

# Thuế thuốc lá ở Việt Nam

G Emmanuel Guindon

Trung tâm Phân tích Chính sách và Kinh tế Y tế,  
McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

Emily McGirr

Khoa Quy hoạch Đô thị và Khu vực,  
Queen's University, Kingston, Canada

Hiền Nguyễn-Thị-Thu

Khoa Kinh tế, Trường Đại học Thương mại,  
Hà Nội, Việt Nam

Trung Đặng-Vũ

Bộ môn Kinh tế Y tế, Trường Đại học Y tế Công  
cộng Hà Nội, Việt Nam

Kình Hoàng-Văn

Khoa Kinh tế, Trường Đại học Thương Mại,  
Hà nội, Việt Nam

Lâm Nguyễn-Tuấn

Văn phòng đại diện Tổ chức Y tế  
Thế giới tại Việt Nam

“Việc áp dụng thuế tính theo số lượng với mức thuế 1750 VNĐ (0,11 USD) mỗi bao thuốc 20 điếu, điều chỉnh theo lạm phát, sẽ làm tăng thêm 4300 tỷ đồng (268 triệu USD) tiền thu thuế mỗi năm và làm giảm khoảng 339.000 ca tử vong sớm.”



**mpower**

- M: (Monitor)** Giám sát việc sử dụng thuốc lá và các chính sách phòng ngừa
- P: (Protect)** Bảo vệ mọi người khỏi khói thuốc lá
- O: (Offer help)** Giúp bỏ thuốc lá
- W: (Warning)** Cảnh báo về những tác hại của thuốc lá
- E: (Enforce)** Thực thi quy định cấm quảng cáo, khuyến mại và tài trợ bởi thuốc lá
- R: (Raise)** Tăng thuế thuốc lá

ISBN: 2-914365-65-9

International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union)  
68 boulevard Saint Michel, 75006 Paris - FRANCE  
Tel : +33-1 44.32.03.60, Fax : +33-1 43.29.90.87  
email: union@iuatld.org; web: www.iuatld.org

Gợi ý khi trích dẫn: Guindon GE, Nguyen TT Hien, Hoang V Kinh, McGirr E, Dang V Trung, Nguyen T Lam. Tobacco Taxation in Vietnam. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2010.

# Thuế thuốc lá ở Việt Nam

<b>Tóm tắt</b>	<b>1</b>
<b>I. Bối cảnh</b>	<b>3</b>
Tình hình sử dụng thuốc lá	3
Gánh nặng sức khỏe và kinh tế của việc sử dụng thuốc lá	4
Khái quát về ngành công nghiệp thuốc lá ở Việt Nam	5
Tình hình kiểm soát thuốc lá ở Việt Nam	8
<b>II. Giá và thuế của các sản phẩm thuốc lá</b>	<b>11</b>
Thuế	11
Giá	13
<b>III. Tác động của tăng giá đối với hành vi hút thuốc</b>	<b>19</b>
<b>IV. Thuế thuốc lá: Những khía cạnh cần cân nhắc khác về sức khỏe và kinh tế</b>	<b>23</b>
Ngân sách hộ gia đình: ngân sách khả dụng tăng lên, cú sốc sức khỏe giảm đi	23
Mức thuế tiêu thụ đặc biệt	24
Tăng thuế và việc làm	24
Việc chọn sản phẩm khác thay thế	25
Tăng thu nhập thuế	25
Trích riêng một phần thuế thuốc lá	26
Mậu dịch	26
Buôn lậu	27
<b>V. Lượng hóa ảnh hưởng của tăng thuế và giá thuốc lá</b>	<b>30</b>
<b>VI. Các vấn đề về thực hiện khi tăng thuế thuốc lá</b>	<b>33</b>
Quản lý	33
<b>VII. Khuyến nghị</b>	<b>35</b>
Phụ lục	37
Lời cảm ơn	47
Tài liệu tham khảo	48



## Tóm tắt

Việt Nam đang chịu một gánh nặng rất lớn về các bệnh không lây nhiễm (NCD), những bệnh hiện chiếm tỷ trọng lớn nhất trong tổng số các ca mắc và chết hàng năm. Số liệu ước tính mới đây (năm 2006) cho thấy tỷ lệ hút thuốc ở nam giới ở Việt Nam là hơn 49%. Trong số những người trẻ (từ 25 đến 45 tuổi) tỷ lệ hút thuốc thậm chí còn cao hơn, khoảng 65%. Mặc dù tỷ lệ hút thuốc là thấp ở nữ giới, dưới 2%, nhưng nữ giới lại phải chịu những tác hại của hút thuốc thụ động. Những ảnh hưởng sức khỏe đối với trẻ em do thuốc thụ động gây ra cũng là rất đáng kể.

---

**Số liệu ước tính mới đây (2006) cho thấy tỷ lệ hút thuốc ở nam giới ở Việt Nam là hơn 49%. Trong số những người trẻ (từ 25 đến 45 tuổi) tỷ lệ hút thuốc thậm chí còn cao hơn, khoảng 65%.**

---

Mặc dù thuốc lá có tính chất gây nghiện nhưng nhu cầu tiêu dùng thuốc lá cũng vẫn có sự thay đổi theo giá. Do đó, một trong những phương pháp hiệu quả nhất để giảm lượng tiêu dùng các sản phẩm thuốc lá là tăng giá. Giá cao trước hết sẽ ngăn ngừa việc bắt đầu hút thuốc, khuyến khích những người đang hút thuốc giảm mức độ tiêu thụ hoặc bỏ hẳn, và có thể giúp những người đã bỏ thuốc khôi hút lại.

Phần tổng quan tài liệu là rất toàn diện và đặc biệt chú trọng tài liệu từ các nước gần với Việt Nam. Sau khi xem xét tất cả các nghiên cứu về mối liên hệ giữa giá hoặc thuế thuốc lá với việc sử dụng các sản phẩm thuốc lá thì thấy rằng có một mối liên hệ rõ rệt và tỷ lệ nghịch giữa giá và lượng tiêu dùng thuốc lá. Độ lớn của những ảnh hưởng này khác nhau đáng kể ở các nghiên cứu khác nhau. Tổng độ co giãn cầu theo giá của thuốc lá ở Việt Nam ước tính ở mức không lớn hơn -0,50. Nghĩa là, khi

tăng 10% giá thuốc lá, thì có thể làm giảm lượng tiêu dùng thuốc lá ít nhất là 5%. Các bằng chứng về mối liên hệ giữa giá cả và sử dụng thuốc ở các nhóm thu nhập và nhóm tuổi khác nhau thì chưa có nhiều. Tuy nhiên, theo các lý thuyết đã được chấp nhận rộng rãi và các bằng chứng thuyết phục ở các nước khác, thì giới trẻ và người nghèo thường có đáp ứng mạnh hơn với sự thay đổi về giá cả. Có một số bằng chứng chỉ ra rằng tăng giá có thể ngăn ngừa việc bắt đầu hút thuốc ở những người chưa hút thuốc và có thể làm tăng việc chuyển sang hút loại thuốc lá khác thay thế ở những người đang hút thuốc. Với độ co giãn cầu theo giá đối với thuốc lá và mức thuế suất hiện tại ở Việt Nam, thì có thể ước tính rằng việc tăng thuế thuốc lá sẽ giúp tăng thu ngân sách từ thuế cho chính phủ.

Mặc dù các bằng chứng đã chỉ rõ rằng khi tăng giá các sản phẩm thuốc sẽ làm giảm sử dụng thuốc lá và tăng thu nhập từ thuế, nhưng giá thực của các sản phẩm thuốc lá (là giá sau khi đã loại bỏ lạm phát) ở Việt Nam chưa tăng lên trong giai đoạn từ 1995 đến 2006. Trên thực tế, giá thực đã giảm trung bình khoảng 5% trong thập kỷ đó. Chẳng hạn, một bao thuốc Vinataba (nhãn hiệu thuốc lá phổ biến nhất của Việt Nam) có giá khoảng 10.000 VND năm 1996 (tính theo giá VND năm 2006) (0,63 USD) thì 10 năm sau có giá thực (sau khi loại bỏ lạm phát) chỉ khoảng 8.500 VND (0,53 USD). Điều này trái ngược với chiều hướng tăng thu nhập thực tế ở Việt Nam:

---

**Thuế thuốc lá ở Việt Nam hiện chiếm nhiều nhất là 45% giá bán lẻ thuốc lá đã bao gồm thuế, thấp hơn rất nhiều so với tỷ lệ 65-80% do Ngân hàng Thế giới ghi nhận ở các nước có chính sách kiểm soát thuốc lá hiệu quả.**

---

---

**Việt Nam nên áp dụng thuế theo số lượng, với mức thuế cao và có điều chỉnh theo lạm phát hoặc quy định lịch trình tăng thuế để theo kịp hoặc vượt lạm phát.**

---

GDP thực (đã loại bỏ yếu tố lạm phát) tính theo đầu người đã tăng hơn 80% từ năm 1995 đến 2006, do đó làm cho thuốc lá tính trung bình là càng trở nên rẻ hơn. Thuế thuốc lá ở Việt Nam hiện chiếm nhiều nhất là 45% giá bán lẻ thuốc lá đã bao gồm thuế, thấp hơn rất nhiều so với tỷ lệ 65-80% do Ngân hàng Thế Giới ghi nhận ở các nước có chính sách kiểm soát thuốc lá hiệu quả.

Các chính sách kiểm soát thuốc lá như tăng thuế đường như không có ảnh hưởng tiêu cực đáng kể lên việc làm trong các ngành trồng và sản xuất thuốc lá mà các ngành này chỉ chiếm một tỷ trọng nhỏ trong toàn bộ số việc làm ở Việt Nam – khoảng 0,3% tổng số việc làm. Vì dân số và thu nhập ở Việt Nam tiếp tục tăng lên vì vậy số lượng việc làm tuyệt đối trong các ngành liên quan đến thuốc lá ước tính sẽ tiếp tục được duy trì không giảm đi trong nhiều năm tới.

Do đó, Việt Nam nên áp dụng mức tăng hàng năm với thuế tiêu thụ đặc biệt để giá các sản phẩm thuốc lá tăng ít

nhất bằng, và tốt hơn là vượt, tốc độ tăng trưởng của nền kinh tế Việt Nam. Ngoài ra, để tăng đáng kể giá các sản phẩm thuốc rẻ nhất và từ đó giảm cơ hội cho việc thay thế từ sản phẩm này sang sản phẩm khác rẻ hơn khi thuế tăng, Việt Nam nên áp dụng thuế theo số lượng, với mức thuế cao và có điều chỉnh theo lạm phát hoặc quy định lịch trình tăng thuế để theo kịp hoặc vượt lạm phát. Tương tự như vậy, vì thuốc lá hiện chưa phải chịu thuế tiêu thụ đặc biệt nên để giảm việc thay thế sản phẩm thuốc lá sang dùng thuốc lá rẻ hơn khi thuế thuốc lá tăng, cũng nên áp dụng thuế tiêu thụ đặc biệt đối với thuốc lá.

Vì tình trạng buôn lậu có thể làm giảm tác dụng của việc tăng giá do thuế cũng như giảm mức tăng dự kiến của thu thuế, các biện pháp chống buôn lậu cần được đẩy mạnh. Chính sách dán tem thuế mà chính phủ Việt Nam áp dụng năm 2000 cần được duy trì và củng cố vì việc sử dụng tem thuế có thể giúp dễ dàng xác định các sản phẩm được sản xuất hoặc nhập khẩu trái phép. Các biện pháp chống buôn lậu khác như đặt ra yêu cầu cấp phép và việc thực thi luật pháp tốt hơn cần được khởi xướng. Cuối cùng, việc kiểm soát thuốc lá cần được lồng ghép vào các nỗ lực giảm nghèo nói chung. Vì vậy, khuyến nghị là nên trích một phần thu nhập thuế thuốc lá để dành riêng cho các chương trình sức khỏe lớn như bảo hiểm y tế, nâng cao sức khỏe và các hoạt động kiểm soát thuốc lá.

## I. Bối cảnh

Việt Nam có dân số 84.155.800 người vào năm 2006, hơn 70% trong số đó sống ở các vùng nông thôn<sup>1</sup>. Hai khu vực đông dân nhất là châu thổ sông Hồng (ở miền Bắc) và sông Mê-kông (ở miền Nam). Có 54 dân tộc khác nhau ở Việt Nam, và người Kinh (Việt) chiếm tới gần 90% dân số. Tiếng Việt là ngôn ngữ chính thức và được hơn 80% dân số sử dụng. Việt Nam chuyển đổi từ một nền kinh tế kế hoạch hóa tập trung sang nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa từ những cải cách kinh tế năm 1986 được biết đến với tên Đổi Mới. Trong vòng mười năm qua tổng sản phẩm quốc nội (GDP) đã tăng hơn hai lần. Khi đất nước hiện đại hóa, tỷ trọng nông nghiệp trong GDP đã giảm so với các ngành dịch vụ và công nghiệp. Việt Nam xếp thứ hạng cao về phát triển nhân lực khi xét đến mức độ phát triển kinh tế. Tuổi thọ (69 tuổi đối với nam và 74 tuổi đối với nữ năm 2005)<sup>2</sup> và tỷ lệ biết đọc biết viết ở người lớn (90,3% năm 2004)<sup>3</sup> là cao so với các quốc gia khác.

**Trong vòng mười năm qua tổng sản phẩm quốc nội (GDP) đã tăng hơn hai lần.**

### Việc sử dụng thuốc lá

Ở Việt Nam, tỷ lệ hút thuốc ước tính hiện tại (2006, xem Phụ lục A, Bảng A1) là khoảng trên 49,2% ở nam giới, nhưng dưới 2% ở nữ giới<sup>4</sup>. Tỷ lệ này thấp hơn so với một thập kỷ trước đây khi có tới hơn 60% nam giới và 4% nữ giới hút các sản phẩm thuốc lá, mặc dù mức giảm này chủ yếu xuất hiện trong khoảng thời gian từ 1993 đến 1998.<sup>4-6</sup> Cuộc điều tra y tế thế giới tiến hành năm 2003

**Ở Việt Nam, tỷ lệ hút thuốc ước tính hiện tại là khoảng trên 49,2% ở nam giới, nhưng dưới 2% ở nữ giới.**

cho thấy tỷ lệ hút thuốc là 51,2% ở nam giới và 2,8% ở nữ giới. Tỷ lệ hút thuốc được phân bổ đều giữa đô thị và nông thôn, mặc dù người sử dụng thuốc lá ở các khu vực khác nhau có khuynh hướng sử dụng các loại sản phẩm thuốc lá khác nhau. Thuốc lá phổ biến hơn ở khu vực nông thôn còn ở khu vực thành thị thuốc lá phổ biến hơn.

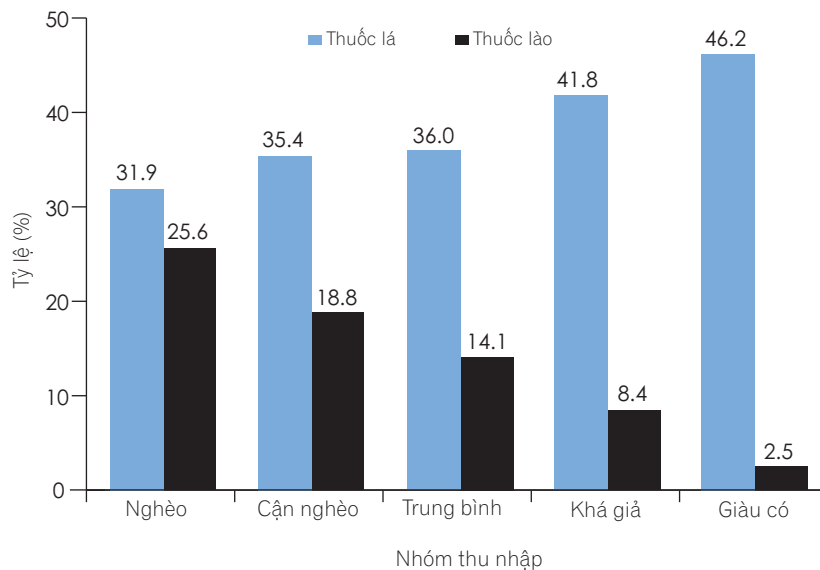
**Có mối liên hệ tỷ lệ thuận giữa hút thuốc lá và thu nhập và mối liên hệ tỷ lệ nghịch giữa hút thuốc lá và thu nhập**

Trong số những người hút thuốc là nam giới trong năm 2001-02, 69,1% chỉ hút thuốc lá, 23,2% chỉ hút thuốc láo, và 7,7% sử dụng cả hai loại. Ở thành phố, trong tổng số nam giới thì tỷ lệ nam giới chỉ hút riêng thuốc lá chiếm 48,6%, còn chỉ hút thuốc láo chiếm 3,8%. Trong khi đó ở nam giới nông thôn, 35,6% chỉ hút thuốc lá và 16,0% chỉ hút thuốc láo. Một điều đặc biệt quan trọng là tỷ lệ hút thuốc cao ở nam giới trẻ tuổi (hơn 65% nam giới độ tuổi từ 25 đến 45 hút thuốc năm 2006, xem Phụ lục A, Bảng A1) và mối liên hệ giữa hút thuốc và thu nhập (Biểu đồ 1.1). Có mối liên hệ tỷ lệ thuận giữa hút thuốc lá và thu nhập và mối liên hệ tỷ lệ nghịch giữa hút thuốc láo và thu nhập.

**... năm 2003, gần 60% học sinh tuổi thiếu niên nói là thường xuyên hít phải khói thuốc thụ động ở nhà, trong khi 71% trẻ em dưới 5 tuổi sống trong các hộ gia đình có ít nhất một người hút thuốc.**

Tỷ lệ hút thuốc thấp ở phụ nữ ở Việt Nam không hẳn đã bảo vệ được họ khỏi các tác hại của khói thuốc. Trong năm 2001-02, 63% hộ gia đình có ít nhất một người hút thuốc<sup>4</sup>. Tương tự như vậy, năm 2003, gần 60% học sinh tuổi thiếu niên nói rằng thường hay hít phải khói thuốc thụ động ở nhà<sup>7</sup>, trong khi 71% trẻ em dưới 5 tuổi sống trong các hộ gia đình có ít nhất một người hút thuốc<sup>4</sup>.

**Biểu đồ 1.1: Tỷ lệ nam tuổi 15 trở lên hút thuốc lá, phân theo ngũ phân vị mức sống, 2001-02**



Nguồn  
VNHS (2001-02)

Điều quan trọng cần lưu ý là hầu hết các cuộc điều tra tiến hành ở Việt Nam đều sử dụng những phương pháp luận khác nhau (ví dụ, định nghĩa người hút thuốc, vùng địa lý, độ lớn mẫu điều tra). Những khác biệt như vậy về phương pháp luận làm cho việc so sánh giữa các cuộc điều tra gặp khó khăn. Phụ lục A trình bày chi tiết về phương pháp và kết quả chính của tất cả các cuộc điều tra được tiến hành ở Việt Nam và có hỏi về hành vi hút thuốc và những vấn đề liên quan.

### Sức khỏe và Gánh nặng Kinh tế của việc Sử dụng thuốc lá

Việt Nam phải chịu một gánh nặng lớn về những bệnh không lây nhiễm (NCD), những bệnh hiện chiếm tỷ trọng lớn nhất về tỷ lệ mắc và chết, cao hơn cả tổng số tử vong do các bệnh lây nhiễm, tai nạn và thương tích cộng lại<sup>8</sup>. Năm 2002, các bệnh tim mạch (CVDs)

chiếm gần một nửa số ca tử vong do bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam – hay gần một phần ba tổng số ca tử vong do tất cả các nguyên nhân.<sup>8</sup> Con số ước tính từ một cơ sở dịch tễ học thực địa (field lab) cho thấy các bệnh tim mạch (CVDs) chiếm tới 29% các ca tử vong được ghi nhận trong thời kỳ 5 năm (1999-2003), trong khi đó ung thư chiếm 15% số ca tử vong và các bệnh truyền nhiễm chiếm 11%.<sup>9</sup>

Năm 2002, tỷ lệ tử vong chuẩn hóa theo tuổi do u ác tính ở Việt Nam ước tính khoảng 123 trên 100.000.<sup>8</sup> Hút thuốc lá là nguyên nhân hàng đầu của hầu hết các

**...năm 2008 có khoảng 40.000 ca tử vong xuất phát từ nguyên nhân hút thuốc – và ước tính tới năm 2023 con số này sẽ tăng thành hơn 50.000 ca mỗi năm.**



ca bệnh này. Một mô hình mô phỏng được xây dựng cho Việt Nam ước tính rằng năm 2008 có khoảng 40.000 ca tử vong xuất phát từ nguyên nhân hút thuốc – và ước tính tới năm 2023 con số này sẽ tăng thành hơn 50.000 ca mỗi năm.<sup>10</sup>

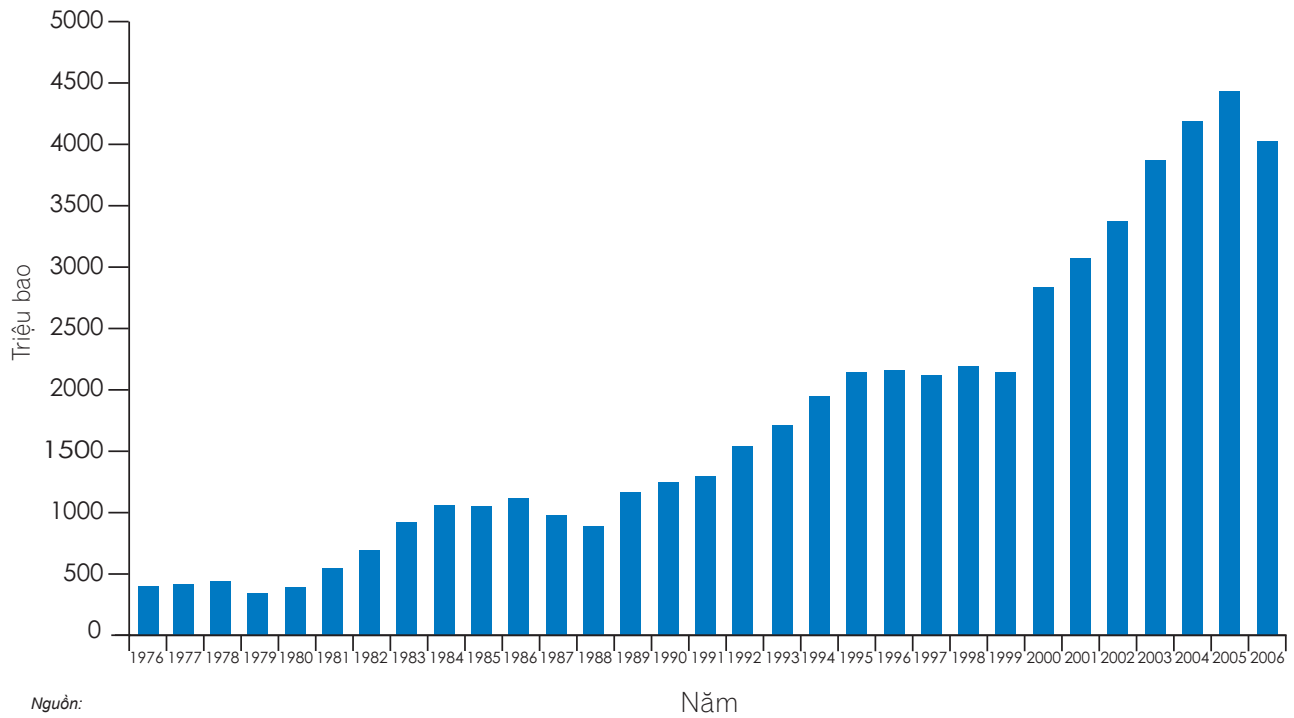
Việc sử dụng thuốc lá không chỉ ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe mà còn tạo ra một gánh nặng cho xã hội và hệ thống y tế vì nó làm tiêu tốn các nguồn lực giá trị. Chi riêng chi phí liên quan tới ba căn bệnh (ung thư phổi, bệnh tim do thiếu máu cục bộ, và bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính [COPD]) do sử dụng thuốc lá ở Việt Nam ước tính đã vượt 1100 tỷ đồng (khoảng 75 triệu USD) trong năm 2005.<sup>11</sup> Phụ lục B trình bày kết quả và thảo luận các phương pháp của 10 nghiên cứu đánh giá chi phí kinh tế của việc sử dụng thuốc lá ở châu Á, bao gồm 8 nghiên cứu từ các nước thu nhập thấp và trung bình.

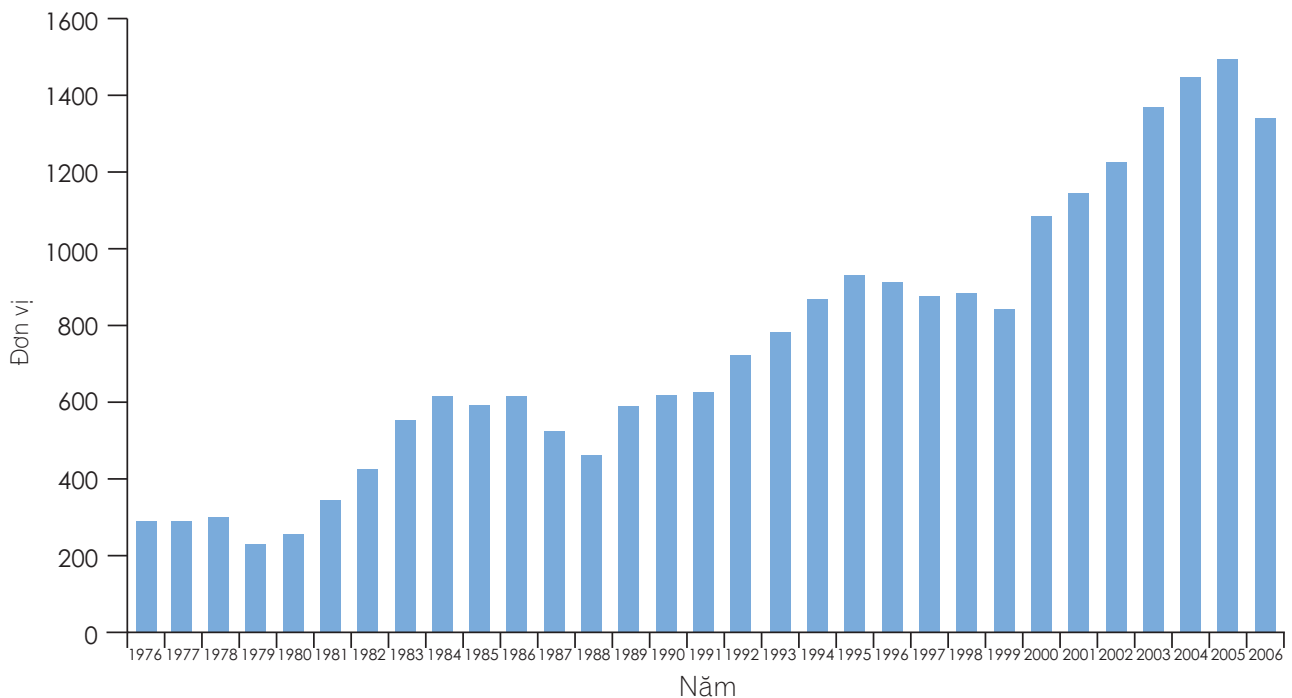
### Đánh giá khái quát về ngành công nghiệp thuốc lá ở Việt Nam

Ngành công nghiệp thuốc lá ở Việt Nam có khả năng sản xuất khoảng 5.800 triệu bao mỗi năm, trong đó 70% đến 80% công suất được sử dụng. Sản lượng thuốc lá của ngành đã tăng liên tục từ năm 2000, ngay cả khi tính đến tăng trưởng dân số, chủ yếu do đầu tư vào trồng, chế biến lá thuốc và các thiết bị sản xuất thuốc lá và do việc kiểm soát chặt chẽ hơn để chống buôn lậu. Hiện giờ sản lượng mỗi năm khoảng 4.000 – 4.500 triệu bao (Biểu đồ 1.2 và 1.3). Giai đoạn 2000-06, tổng sản lượng thuốc lá tăng khoảng 42%. Việc áp dụng tem thuế là một trong những

**Giai đoạn 2000–06, tổng sản lượng thuốc lá tăng khoảng 42%.**

**Biểu đồ 1.2: Sản lượng Thuốc lá, Tổng**



**Biểu đồ 1.3: Sản lượng Thuốc lá, Theo đầu người (15 tuổi hoặc hơn)**

Nguồn:  
GSO (2007)

nguyên nhân dẫn đến tăng trưởng 32% sản lượng thuốc lá năm 2000 (tức là tăng trưởng một phần do báo cáo chính xác hơn chứ không phải mức tăng sản lượng thực tế).

Ngành công nghiệp thuốc lá ở Việt Nam chủ yếu là do chính phủ kiểm soát, và điều này cũng đã được khẳng định lại trong một nghị định của chính phủ ban hành gần đây (nghị định 119/2007). Chỉ có rất ít liên doanh với các công ty đa quốc gia tham gia vào tất cả các công đoạn sản xuất, từ trồng và chế biến sợi thuốc (liên doanh với British American Tobacco) đến sản xuất thuốc lá (liên doanh với Philip Morris, trước đây là Sampoerna) và sản xuất phụ liệu (liên doanh với New Toyo). Hầu hết thuốc lá sản xuất tại Việt Nam được sản xuất bởi Tổng công ty Thuốc lá Việt Nam (Vinataba) và các thành viên của Tổng công ty hiện đang sở hữu 11 trong số 17 nhà máy của cả nước và sản xuất hơn 200 nhãn hiệu trên toàn quốc.<sup>12</sup> Các cơ sở sản xuất khác đều là đơn vị do các địa phương quản lý. Thành viên lớn nhất của tập đoàn

Vinataba là Công ty Thuốc lá Sài Gòn sản xuất 25 nhãn hiệu tại các nhà máy ở Sài Gòn và Vĩnh Hội, khoảng 26 tỷ điếu mỗi năm – hay 1,3 tỷ bao hai mươi điếu. Công ty Thuốc lá Sài Gòn sản xuất các nhãn hiệu thuốc lá ngoại phổ biến nhất đã được cho phép sản xuất tại Việt Nam bởi Tổng công ty Thuốc lá, chẳng hạn như 555 State Express và Marlboro,<sup>13</sup> mà những loại thuốc này chiếm một thị phần đáng kể. (Bảng 1.1).

Năm 2005 hơn 20% thuốc lá bán ở Việt Nam là có liên quan đến các nhãn hiệu ngoại (tức là hoặc được các liên doanh sản xuất hoặc được Vinataba sản xuất thông qua các hợp đồng hợp tác kinh doanh).<sup>13</sup> Tỷ lệ này đã tăng rất nhiều so với tỷ lệ 5% vào năm 1998, và vẫn tiếp tục tăng bất chấp đã có những hạn chế với hoạt động của các công ty nước ngoài như được quy định trong nghị định phủ năm 2001\* (NĐ 76/2001),<sup>14</sup> cũng như nghị định sửa đổi (NĐ 119/2007) nêu trên về sản xuất và kinh doanh thuốc lá. Nghị định 76/2001 quy định Vinataba có vai trò

\* Văn bản có tại: <http://vbqppl.moj.gov.vn/>.

**Bảng 1.1: Thị phần của các nhãn hiệu, 2002–2005 (%)**

Xếp loại 2005	Nhãn hiệu	Công ty trong nước	Tập đoàn quốc tế	2002	2003	2004	2005
1	Vinataba	Vinataba		6,3	6,7	6,7	6,8
2	White Horse*	Khanh Vier Corp	BAT	4,1	5,1	5,4	5,9
3	Craven A*	Ben Thanh Tobacco Co	BAT	4,4	4,7	5,0	5,8
4	Tourism	Vinataba		5,9	5,6	5,6	5,6
5	555 State Express*	Vinataba	BAT	2,7	3,1	3,8	4,8
6	Souvenir	Vinataba		2,9	2,9	2,9	2,9
7	Virginia Gold*	Hai Phong Tobacco Co	BAT	2,0	2,1	2,3	2,5
8	Tam Đảo	Vinataba		2,4	2,3	2,3	2,4
9	Thăng Long	Vinataba		1,4	1,3	1,3	1,3
10	Aroma	Vinataba		1,0	1,1	1,1	1,1
11	Marlboro*	Vinataba	Philip Morris	0,5	0,6	0,8	1,1
12	Hoàn Kiếm	Vinataba		0,9	0,8	0,8	0,9
13	Everest*	Khanh Viet Corp	BAT	0,6	0,7	0,8	0,9
14	Thủ Đô	Vinataba		0,6	0,6	0,6	0,6
15	Bastion	Vinataba		0,2	0,2	0,2	0,2
16	Mild Seven*	Vinataba	JTI	0,1	0,2	0,2	0,2
17	Dunhill*	Vinataba	BAT	0,1	0,1	0,1	0,1
	Nhãn hiệu khác			63,9	61,8	60,1	56,9

Nguồn:

Euromonitor (2007c) phần dữ liệu, ERC (2007) về xác định nhãn hiệu nào của tập đoàn quốc tế nào.

Ghi chú: \* = Nhãn hiệu nước ngoài được sản xuất theo giấy phép.

nòng cốt trong việc điều tiết các hoạt động sản xuất của ngành, đưa ra chiến lược phát triển và duy trì trật tự của thị trường. Công ty BAT (British American Tobacco) cho đến nay vẫn là nhân tố nước ngoài lớn nhất ở Việt Nam, tình trạng này chủ yếu là do việc tập đoàn này mua lại công ty Rothmans vào năm 1999.<sup>15</sup>

Ngoài các sản phẩm thuốc lá ngoại, thường là các sản phẩm cao cấp có giá 10.000 VNĐ đến 30.000 VNĐ (0,63 USD đến 1,88 USD) mỗi bao, thì Vinataba còn tập trung vào các sản phẩm cấp thấp hơn với giá từ 1.000 VNĐ đến 10.000 VNĐ (0,07 USD đến 0,63 USD) và sản xuất hầu hết các nhãn hiệu bán chạy nhất trong nước, kể cả nhãn hiệu bán chạy nhất là thuốc lá Vinataba.<sup>12</sup> Trong danh mục các nhãn thuốc bán chạy nhất (Bảng 1.1) thì các nhãn hiệu thuộc về Vinataba, tính cả các nhãn hiệu

ngoại sản xuất theo giấy phép, đã chiếm tới hơn 25% thị trường (Bảng 1.1).<sup>14</sup> Hơn 73% thuốc lá sản xuất trong nước năm 2004 là các nhãn hiệu cấp trung hoặc thấp (phần còn lại bao gồm các nhãn hiệu quốc tế sản xuất trong nước), và tỷ lệ các nhãn này (cấp trung và thấp) đã giảm đáng kể từ mức khoảng 78% năm 2000. Hơn 90% thuốc lá bán ở Việt Nam những năm gần đây là thuốc có đầu lọc, với một tỷ trọng liên tục tăng và đạt đến gần 98% năm 2006.<sup>16</sup>

Việc trồng thuốc lá trong đó thuốc lá vàng chiếm ba phần tư đang tăng lên bất chấp những vấn đề hiện tại (chẳng hạn như sâu bệnh trên lá thuốc) và sự khác biệt lớn ở các khu vực canh tác. Từ năm 2000 đến năm 2005 Việt Nam sản xuất được từ 23.000 đến 33.000 tấn lá thuốc mỗi năm. Từ năm 2001 đến 2004, mỗi năm Việt Nam nhập

\* Tại thời điểm 1/1/2008, 1 USD có giá 16.000 VNĐ. 1 Euro có giá 23.000 VNĐ, 1 KHR có giá 4,2 VNĐ, 1 LAK có giá 1,77 VNĐ và 1 CNY có giá 2.232 VNĐ.

**Tổng cộng, việc làm trong ngành thuốc lá chiếm khoảng 0,3% việc làm ở Việt Nam, và xu hướng việc làm trong ngành canh tác thuốc lá có vẻ như đã giảm trong vài năm gần đây.**

khẩu từ 12.000 đến 15.000 tấn (khoảng 40% đến 50% sản lượng trong nước).<sup>1</sup> Hiện nay ngành thuốc lá có bốn dây chuyền chế biến thuốc lá được phân bố ở ba khu vực của đất nước.<sup>16</sup>

Chính phủ có chính sách mở rộng ngành trồng thuốc lá với mục tiêu ổn định sản lượng hàng năm đến 2010 ở mức khoảng 40.000 ha canh tác và 80.000 tấn lá đã qua xử lý, hướng tới “nội địa hóa nguồn cung nguyên liệu thuốc lá” vào năm 2015 để tất cả các công ty sản xuất thuốc lá sẽ chỉ sử dụng lá thuốc được chế biến trong nước.

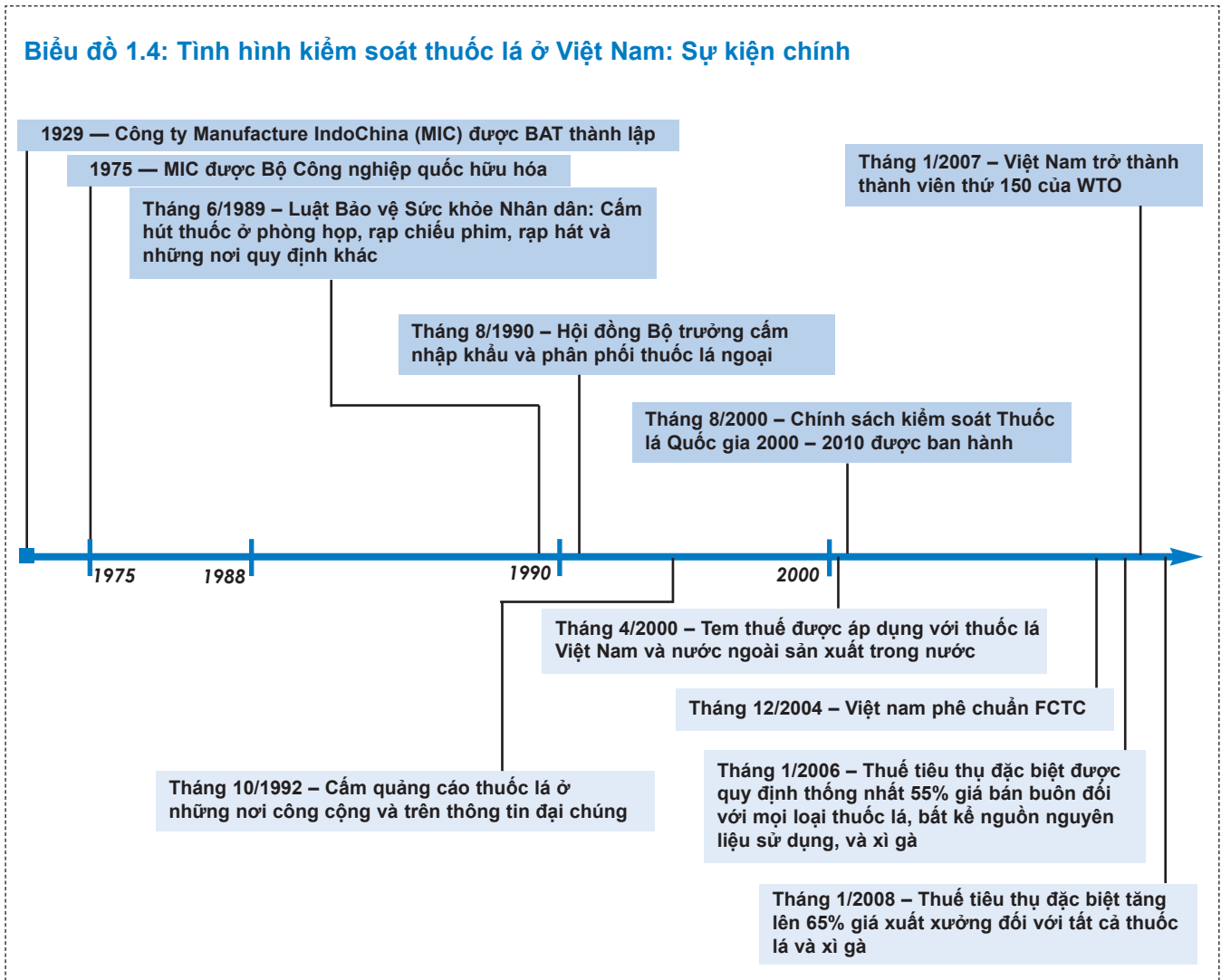
Ngành trồng thuốc lá năm 2006 sử dụng một lượng lao động tương đương với khoảng 72.000 công nhân làm toàn thời gian (full-time employment-FTE), hay khoảng 0,2% lực lượng lao động (0,4% lao động nông nghiệp).<sup>1</sup> Cây thuốc lá được canh tác ở 27 trong số 64 tỉnh ở Việt Nam.<sup>1</sup> Nông dân trồng thuốc lá được nhận hỗ trợ của Vinataba bằng hạt giống, vốn và cơ sở hạ tầng nông thôn. Tính đến 2006, ngành sản xuất thuốc lá sử dụng khoảng 18.000 công nhân, hay 0,05% lực lượng lao động ở Việt Nam – một tỷ trọng khá ổn định theo thời gian.<sup>1</sup> Việc làm ổn định trong ngành sản xuất thuốc lá trong khi sản xuất tăng cho thấy có sự cải thiện về hiệu quả sản xuất. Việc làm trong ngành phân phối thuốc không bao gồm trong con số trên vì số lượng người liên quan không xác định được cho dù đã có quy định về cấp phép buôn bán thuốc lá. Có một nghiên cứu ước tính con số này vào khoảng 23.000 lao động toàn thời gian (FTE).<sup>17</sup> Cũng cần phải lưu ý rằng việc làm trong ngành phân phối thuốc lá thường không phụ thuộc nhiều vào thuốc lá (mà họ còn buôn bán nhiều sản phẩm khác ngoài thuốc lá). Tổng cộng, ngành thuốc lá chiếm khoảng 0,3% việc làm ở Việt Nam, và xu hướng việc làm trong ngành canh tác thuốc lá có vẻ như đang giảm trong vài năm gần đây.<sup>1</sup>

## Tình hình kiểm soát thuốc lá ở Việt Nam

Phần này nêu tóm tắt những sự kiện chính về tình hình kiểm soát thuốc lá hiện nay ở Việt Nam (Biểu đồ 1.4).

- 1975. Bộ Công nghiệp quốc hữu hóa công ty Manufacture IndoChina (MIC) được British American Tobacco thành lập năm 1929. Trong thập kỷ tiếp theo, sản lượng thuốc lá tăng gần gấp ba dưới tác động của dân số tăng, thu nhập tăng, và sự phổ biến hút thuốc lá ở nam giới.
- 1986. Chương trình cải cách của chính phủ, được biết đến với tên *đổi mới*, được tiến hành để khôi phục nền kinh tế quốc dân. Những cải cách đổi mới có đặc thù là sự chuyển đổi dần dần từ việc kế hoạch hóa tập trung sang mở cửa với nền kinh tế thế giới.
- 1989. Dấu hiệu đầu tiên của cam kết kiểm soát thuốc lá. Chính phủ Việt Nam cấm hút thuốc ở một số nơi công cộng. “Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân” có quy định (theo Điều 15 chương II) cấm hút thuốc trong phòng họp, rạp chiếu phim và rạp hát. Luật được củng cố thêm năm 1991 bằng một nghị định của chính phủ. Vào tháng 5, Bộ Y tế thành lập Ban chỉ đạo về phòng chống tác hại thuốc lá Việt Nam viết tắt tiếng anh là VINACOSH.
- 1990. Hội đồng Bộ trưởng cấm nhập khẩu thuốc lá. Việc cấm nhập khẩu duy trì cho đến khi Việt Nam chính thức gia nhập Tổ chức Thương mại Thế Giới vào tháng 1/2007. Vào tháng 9/1990, chính phủ kiểm soát chặt chẽ hơn thị trường buôn lậu và gần như loại bỏ được buôn lậu trong vòng 18 tháng.
- 1992. Lệnh cấm quảng cáo thuốc lá của Việt Nam có hiệu lực. Năm 1997, lệnh cấm mở rộng ra cả việc tài trợ các sự kiện văn hóa thể thao. Lệnh cấm bao gồm cả quảng cáo trực tiếp và gián tiếp; tài trợ bị cấm chỉ khi có liên kết với quảng cáo.
- 2000. Chính phủ áp dụng tem thuế để tăng cường kiểm soát buôn lậu và trốn thuế.

**Biểu đồ 1.4: Tình hình kiểm soát thuốc lá ở Việt Nam: Sự kiện chính**



- 2000. Chính phủ Việt Nam tiếp tục cam kết kiểm soát thuốc lá và ban hành Chính sách Quốc gia về Phòng chống Tác hại Thuốc lá với mục tiêu tổng thể là giảm tỷ lệ hút thuốc ở nam giới từ 50% xuống 20% và duy trì tỷ lệ hút thuốc ở nữ giới là dưới 2%.
- 2004. Việt Nam cam kết tham gia kiểm soát thuốc lá toàn cầu. Công ước khung về Kiểm soát Thuốc lá (FCTC) đã được Việt Nam phê chuẩn vào tháng 12.
- 2006. Thuế tiêu thụ đặc biệt (SCT) ở Việt Nam được quy định thống nhất cho các loại thuốc lá và xì-gà và ở mức 55% giá xuất xưởng trước thuế. SCT được tăng lên 65% giá xuất xưởng trước thuế vào tháng 1/2008.
- 2007. Bộ Y tế không thể áp dụng các cảnh báo sức khỏe mạnh. Cảnh báo sức khỏe mới vẫn được thực hiện nhưng không có các thông điệp mạnh mẽ hay hình ảnh (cảnh báo bằng chữ chiếm 30% các mặt chính).
- 2012. Việc giảm thuế ở Khu vực Mậu dịch tự do ASEAN (AFTA) sẽ được áp dụng đầy đủ.

**Chú thích cho Chương I**

- <sup>1</sup> Tổng cục Thống kê. Niên giám thống kê Việt Nam 2006, Hà nội: Nhà xuất bản Thống kê, 2007.
- <sup>2</sup> World Health Organization. The World Health Report 2007 -A Safer Future: Global Public Health Security in the 21<sup>st</sup> Century. Geneva: World Health Organization, 2007.
- <sup>3</sup> United Nations Development Programme. Human Development Report 2006: Beyond Scarcity: Power, Poverty and the Global Water Crisis. New York: United Nations Development Programme, 2006.
- <sup>4</sup> Bộ Y tế, Điều tra Sức khỏe Quốc gia Việt nam (VNHS), 2001-02, Hà nội: Bộ Y tế, 2003, 2003.
- <sup>5</sup> Tổng cục Thống kê. Điều tra Mức sống Việt nam (VLSS), 1992 – 1993. Hà nội: Nhà xuất bản thống kê, 1994.
- <sup>6</sup> Tổng cục Thống kê. Điều tra Mức sống Việt nam (VLSS), 1992 – 1993. Hà nội: Nhà xuất bản thống kê, 2000.
- <sup>7</sup> Centers for Disease Control and Prevention, World Health Organization. Global Youth Tobacco Survey (GYTS), 2003. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2005.
- <sup>8</sup> World Health Organization. Global Burden of Disease data. Geneva: Department of Measurement and Health Information, World Health Organization, 2004.
- <sup>9</sup> Hoang M, Thu L, Efrogmson D, FitzGerald S, Jones L, Tuan T. Tobacco over Education -An Examination of Opportunity Losses for Smoking Households. Hanoi: Path Canada (HealthBridge) Vietnam Office, 2004.
- <sup>10</sup> Levy DT, Bales S, Lam NT, Nikolayev L. The role of public policies in reducing smoking and deaths caused by smoking in Vietnam: Results from the Vietnam tobacco policy simulation model. Soc Sci Med 2006;62:1819-1830.
- <sup>11</sup> Ross H, Trung DV, Phu VX. The costs of smoking in Vietnam: The case of inpatient care. Tob Control 2007;16:405-409.
- <sup>12</sup> Euromonitor. Baisha Group. Local Company Profile series. London: Euromonitor International, 2007.
- <sup>13</sup> Euromonitor. Saigon Cigarette Co. Local Company Profile series. London: Euromonitor International, 2007.
- <sup>14</sup> Euromonitor. Cigarettes, Vietnam. Country Sector Briefing series. London: Euromonitor International, 2007.
- <sup>15</sup> ERC Statistics International Plc. The World Cigarette Market: The 2005 survey. Suffolk: ERC Statistics International Plc, 2006.
- <sup>16</sup> Bộ Công nghiệp. [Tình hình thực tế sản xuất và buôn bán thuốc lá, giai đoạn 2003-2005 và nửa đầu 2006]. Hà nội: Bộ Công nghiệp, 2006.
- <sup>17</sup> Kinh HV, Bales S. Tobacco in Vietnam: The industry, demand, control policies and employment. Economic, social and health issues in tobacco control. Report of a WHO international meeting. Kobe: Centre for Health Development, World Health Organisation, 2003.

## II. Giá và thuế của các sản phẩm thuốc lá

### Thuế

Thuốc lá và các sản phẩm thuốc hút khác có thể bị đánh nhiều loại thuế khác nhau, bao gồm thuế tiêu thụ đặc biệt, thuế giá trị gia tăng, và thuế nhập khẩu.<sup>18</sup> Thuế tiêu thụ đặc biệt có thể là tính theo số lượng (specific tax) hoặc thuế theo giá trị (*ad valorem tax*). Trong một số trường hợp cả hai loại thuế theo số lượng và theo giá trị được áp dụng đồng thời cho một loại sản phẩm.<sup>19</sup>

**Để thuế tính theo số lượng có thể theo kịp lạm phát, cần phải có điều chỉnh tự động trượt theo chỉ báo về giá cả, chẳng hạn như chỉ số giá tiêu dùng.**

Giá trị thực của thuế tiêu thụ đặc biệt thu được theo thời gian sẽ phụ thuộc vào loại thuế đánh và cách quản lý nó. Trong một môi trường có lạm phát, thuế tính theo giá trị sẽ thường duy trì được giá trị thực tế với giả thiết giá của sản phẩm thay đổi cùng tốc độ với giá của các hàng hóa và dịch vụ khác.<sup>18</sup> Ngược lại, giá trị thực của thuế dựa trên số lượng sẽ bị giảm qua thời gian nếu như nó không được điều chỉnh tăng thường xuyên theo mức lạm phát. Đặc tính này có thể trở thành vấn đề quan trọng ở những nước hoặc khu vực có tỷ lệ lạm phát cao. Để một loại thuế dựa trên số lượng theo kịp lạm phát cần phải có sự điều chỉnh tự động trượt theo chỉ báo về giá cả, chẳng hạn chỉ số giá tiêu dùng.<sup>19</sup>

Một khác biệt khác giữa thuế tính theo số lượng và thuế tính theo giá trị (*ad valorem*) là ảnh hưởng khác nhau của chúng lên giá của các loại sản phẩm thuốc lá khác nhau. Thuế theo giá trị (*ad valorem*) tạo ra khoảng cách lớn hơn về giá giữa sản phẩm cao cấp và sản phẩm thấp cấp, vì vậy khi đáp ứng với việc tăng thuế một số người tiêu dùng có thể bỏ các sản phẩm giá cao chuyển sang

**Thuế dựa vào số lượng dễ quản lý hơn vì chỉ cần phải xác định số lượng của sản phẩm xếp thuế mà không cần xác định giá trị của nó.**

dùng các sản phẩm giá rẻ hơn.<sup>19</sup> Việc thay thế này có thể làm giảm mất một phần tác động tích cực của việc tăng thuế thuốc lá đối với bảo vệ sức khỏe công cộng. Vì lý do này, thuế tính theo số lượng đôi khi được ưu ái hơn so với thuế theo giá trị (*ad valorem*). Tuy nhiên, một số nước lại muốn áp dụng thuế theo giá trị (*ad valorem*) nếu nhãn hiệu thuốc rẻ được sản xuất trong nước là chính còn các sản phẩm thuốc đắt tiền là nhập khẩu.<sup>19</sup>

Thuế theo giá trị (*ad valorem*) tạo ra những khó khăn trong việc quản lý, vì giá trị của sản phẩm thuốc lá đôi khi là khó xác định. Chẳng hạn, một số công ty có thể thu xếp bán các sản phẩm của họ cho các trung gian với giá thấp giả tạo để giảm nghĩa vụ thuế.<sup>19</sup> Thuế dựa vào số lượng dễ quản lý hơn vì chỉ cần phải xác định số lượng của sản phẩm tính thuế mà không cần xác định giá trị của nó.<sup>19</sup> Do đó, đối với các nước có hệ thống quản lý thuế yếu, việc dễ dàng quản lý là một nguyên nhân khác giải thích cho việc thuế tính theo số lượng (được điều chỉnh tự động theo lạm phát) có thể được ưu ái sử dụng hơn so với thuế theo giá trị (*ad valorem*).<sup>19</sup>

Để mô tả cấu trúc và tầm quan trọng của các loại thuế áp dụng cho các sản phẩm thuốc lá, thông tin chi tiết về thuế suất được lấy từ các báo cáo và văn bản luật của Bộ Tư pháp Việt Nam và báo cáo của Quỹ Tiền tệ Quốc tế (IMF).

*Thuế tiêu thụ đặc biệt.* Thuế suất với thuốc lá ở Việt Nam được tính trên giá xuất xưởng\*, chưa thuế và được áp dụng từ năm 1990. Trước năm 1990, các xí nghiệp thuốc lá chịu thuế doanh thu mức 5%. Thuế này được bỏ vào năm 1990 và được thay thế bằng thuế tiêu thụ đặc biệt. Thuế suất tiêu thụ đặc biệt thay đổi không

\* Để biết thêm chi tiết về cơ sở của việc tính thuế tiêu thụ đặc biệt, xem Thông tư 168/1998/TT-BTC ([http://www.dncustoms.gov.vn/web\\_english/english/btc/TT168-BTC\\_98.htm](http://www.dncustoms.gov.vn/web_english/english/btc/TT168-BTC_98.htm)). Lưu ý rằng Quỹ Tiền tệ quốc tế (IMF) chỉ ra rằng cơ sở tính thuế là giá bán chưa có thuế (Quỹ Tiền tệ Quốc tế, 2007).

### **Thuế đối với thuốc lá đầu lọc sản xuất chủ yếu bằng nguyên liệu nhập khẩu đã giảm từ 70% năm 1994 xuống còn 55% năm 2007.**

nhất quán với các loại thuốc lá khác nhau kể từ năm 1990. Thuế đối với thuốc lá đầu lọc chủ yếu được sản xuất bằng nguyên liệu nhập khẩu đã giảm từ 70% năm 1994 xuống còn 55% năm 2007. Thuế suất đối với thuốc lá đầu lọc sản xuất chủ yếu bằng nguyên liệu trong nước được giữ ổn định cho đến năm 2006, khi thuế suất mới cao hơn được áp dụng. Thuốc lá không đầu lọc được giảm thuế đáng kể trong 10 –15 năm qua trước khi bị tăng thuế lớn vào năm 2006 (tăng hơn gấp đôi thuế suất cho loại sản phẩm này). Từ tháng 1/2008, thuế tiêu thụ đặc biệt đã tăng lên 65% đối với cả ba loại thuốc lá: 1) có đầu lọc, chủ yếu sản xuất bằng nguyên liệu nhập khẩu; 2) có đầu lọc, sản xuất chủ yếu bằng nguyên liệu trong nước; và 3) không đầu lọc.

Xì gà, một sản phẩm thuốc lá không phổ biến ở Việt Nam, được hưởng thuế ưu đãi tương đương với thuốc lá không đầu lọc cho đến 1996. Sau khi giảm thuế suất từ 40% xuống 32% năm 1993, tiếp sau việc giảm thuế thuốc lá không đầu lọc, thuế suất đối với xì-gà đã tăng hơn gấp đôi lên 70% vào năm 1996. Kể từ 1996, những thay đổi thuế suất đối với xì-gà cũng giống như đối với thuốc lá sản xuất bằng nguyên liệu nhập khẩu, từ tháng 1/2008, xì-gà sẽ bị đánh thuế với thuế suất thống nhất mới là 65%.

### **Thuốc lá, mặc dù tính phổ biến tương đối của nó, vẫn không bị đánh thuế ở Việt Nam.**

Thuốc lá, mặc dù tính phổ biến tương đối của nó, vẫn không bị đánh thuế ở Việt Nam. Phần nhiều thuốc lá được tiêu thụ là loại sản xuất tại nhà nên việc thu thuế là rất khó khăn. Thêm vào đó, lĩnh vực này cũng rất manh mún, không có hình thức và đóng gói chuẩn. Thị trường

manh mún và giá thuốc lá thấp làm cho việc thu thuế khó khăn và tốn kém.

Kinh nghiệm của Ấn Độ với thuế đối với bidi có thể tham khảo để phát triển các cơ chế quản lý thuế đối với thuốc lá ở Việt Nam. Bidi là thuốc sợi được cuộn bằng tay trong một loại lá tên là tendu và có dây buộc ở một đầu. Bidi là loại thuốc được hút nhiều nhất ở Ấn Độ và phổ biến hơn ở các khu vực nông thôn. Rất giống như ngành thuốc lá ở Việt Nam, việc sản xuất bidi rất manh mún. Bidi bị đánh thuế thấp hơn so với thuốc lá nhà máy, và do đó nảy sinh vấn đề liên quan đến việc thay thế sản phẩm, trốn thuế, và không tuân thủ. Với những thách thức này, thì đã có các khuyến nghị được đưa ra là cần cấm bán các sản phẩm không có nhãn hiệu, yêu cầu báo cáo thông tin về việc bán thuốc lá sợi đã chế biến cho các nhà sản xuất, và tăng thuế đối với bidi theo cùng thuế suất như thuốc lá không đầu lọc giá rẻ.<sup>20</sup> Một số chiến lược tương tự có thể xem xét cho bối cảnh của Việt Nam. Chẳng hạn, theo Luật Thuế Ấn Độ, bất kỳ người nào tham gia vào việc chế tạo hay sản xuất bất kỳ hàng hóa nào đó mà thuộc diện chịu thuế tiêu thụ đặc biệt thì đều phải đăng ký với viên chức ngành thuế phù hợp hoặc nộp kê khai thuế hàng năm nếu sản xuất ít hơn 2 triệu điều bidi mỗi năm.<sup>20</sup>

### **VAT được thu với thuế suất 10% giá bán lẻ thuốc lá trước VAT. Thuế suất VAT chưa thay đổi kể từ năm 1999.**

*Thuế giá trị gia tăng (VAT).* Thuế giá trị gia tăng được áp dụng ở Việt Nam từ ngày 1/1/1999. VAT được thu theo thuế suất 10% giá bán lẻ thuốc lá trước VAT. Thuế suất VAT chưa thay đổi kể từ năm 1999.

*Tổng thuế theo tỷ lệ phần trăm giá bán lẻ.* Nhìn chung tổng thuế tiêu thụ (gồm thuế tiêu thụ đặc biệt (SCT) và VAT) được tính bằng tỷ lệ phần trăm trong giá bán lẻ đã tăng dần từ năm 1990. Tuy nhiên, bất chấp việc tăng thuế suất mới đây đối với thuốc lá không đầu lọc và



**Bảng 2.1: Thuế suất thuốc lá, 1990–2008**

	Thuế tiêu thụ đặc biệt (SCT)				Thuế GTGT (VAT)
	Thuốc lá				
	Có đầu lọc, chủ yếu sản xuất bằng . . .		Không đầu lọc	Xi-gà	
	Nguyên liệu nhập ngoại	Nguyên liệu trong nước			
10/1990-8/1993	50	50	40	40	–
9/1993-12/1995	70	52	32	32	–
1/1996-12/1998	70	52	32	70	–
1/1999-12/2005	65	45	25	65	10
1/2006-12/2007	55	55	55	55	10
1/2008-. . .	65	65	65	65	10

Chi chú: Cơ sở tính Thuế tiêu thụ đặc biệt (SCT) là giá xuất xưởng, chưa thuế, cơ sở tính thuế VAT là giá bán lẻ trước VAT  
 Nguồn: Bộ Tư pháp Việt Nam

với thuốc lá đầu lọc được sản xuất bằng nguyên liệu trong nước, cùng với việc áp dụng VAT năm 1999, thì tổng mức thuế đối với thuốc lá ở Việt Nam vẫn thấp hơn nhiều so với mức thuế suất do Ngân hàng Thế giới ghi nhận ở các nước có chương trình kiểm soát thuốc lá hiệu quả. Mức thuế suất này nằm trong khoảng 65–80% giá bán lẻ cuối cùng.<sup>21</sup>

Giả sử lợi nhuận ở khâu bán lẻ có mức chênh lệch là bằng không (hoặc bằng 10%), thì năm 2007 thuế thuốc lá ở Việt Nam chiếm nhiều nhất là 41% (hoặc 39%) giá bán lẻ thuốc lá có thuế. Với các giả định như trên thì tỷ lệ này được tăng lên thành 45% (hoặc 43%) vào tháng 1/2008, nhưng vẫn thấp hơn rất nhiều so với tỷ lệ tối ưu theo khuyến cáo là 65–80%.<sup>21</sup>

*Thuế doanh nghiệp.* Các công ty thuốc lá phải chịu thuế thu nhập mà mức thuế suất loại này đã liên tục giảm từ năm 1990. Thuế suất này là 40% cho đến giữa năm 1993, khi mà nó được giảm xuống 35%; sau đó một lần nữa giảm xuống 32% năm 1999, và rồi được giảm xuống còn 28% năm 2004.

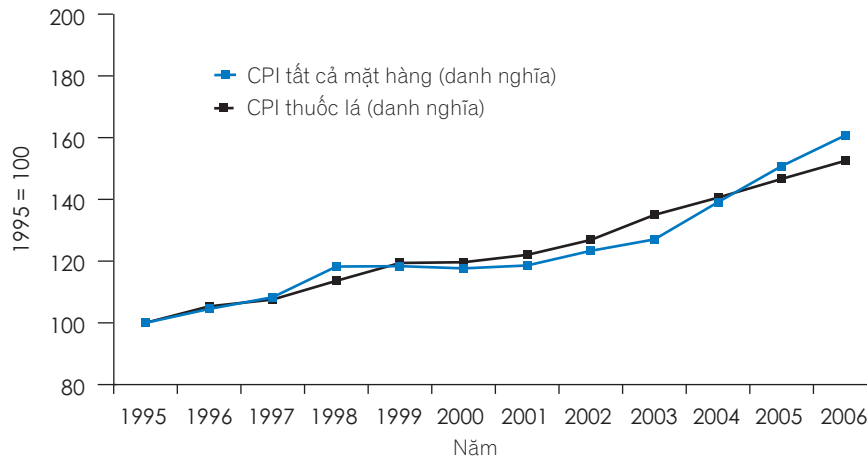
*Thuế nhập khẩu.* Từ năm 1990 đến tháng 1/2007 (khi Việt Nam gia nhập Tổ chức thương mại Thế giới),

Việt Nam chưa cho phép nhập khẩu thuốc lá và xì-gà. Tháng 1/2007, Việt Nam dỡ bỏ lệnh cấm nhập khẩu cho giai đoạn 3 năm (2007–09). Trong giai đoạn đó, thuốc lá và xì-gà chỉ có thể được nhập khẩu thông qua công ty quốc doanh Vinataba. Từ tháng 1/2010, Chính phủ sẽ xem xét lại chính sách này và có thể cho phép các xí nghiệp quốc doanh khác nhập khẩu các sản phẩm thuốc lá điều và xì-gà. Thuốc lá và xì-gà hiện giờ chịu mức thuế nhập khẩu 150% của giá nhập khẩu đã bao gồm chi phí, bảo hiểm và cước phí hàng hóa (CIF) áp dụng cho thuế suất “tối huệ quốc” của WTO. Với các nước không phải là thành viên WTO thuế xuất là 225% của giá nhập khẩu CIF.

### Giá

Để đánh giá chiều hướng và độ lớn những thay đổi giá cả của các sản phẩm thuốc lá thì các mức giá trung bình và chỉ số giá đã được lấy từ nguồn Tổng cục Thống kê Việt Nam (GSO). Để tính chỉ số giá tiêu dùng CPI, hàng tháng GSO thu thập giá cả của gần 400 mặt hàng và dịch vụ. CPI là một chỉ số tương đối để đo sự thay đổi giá cả hàng hóa và dịch vụ. Số lượng địa điểm bán hàng (cửa hàng và chợ) nơi giá được lấy

**Biểu đồ 2.1: CPI Tất cả mặt hàng và CPI thuốc lá, 1995–2006**  
(giá trị danh nghĩa; 1995=100)



Nguồn:  
GSO (2007)

có thể khác nhau theo khu vực địa lý và được dựa vào dân số của mỗi tỉnh. Trọng số sử dụng để tính CPI được lấy từ các cuộc điều tra lớn về hộ gia đình và dựa trên cơ cấu chi tiêu của hộ gia đình tại mỗi tỉnh.

Số liệu cho giai đoạn 1996–2006 được lấy từ GSO bao gồm:

- CPI thuốc lá, theo tỉnh ( $n = 30$ ) và cho toàn quốc
- Giá trung bình, theo tỉnh ( $n = 30$ ) đối với:
  - Thuốc lá 555 (bao 20 điếu), đây là một nhãn hiệu ngoại phổ biến sản xuất theo giấy phép
  - Thuốc lá Vinataba (bao 20 điếu), là nhãn hiệu phổ biến nhất
  - Thuốc Lào (100 g).

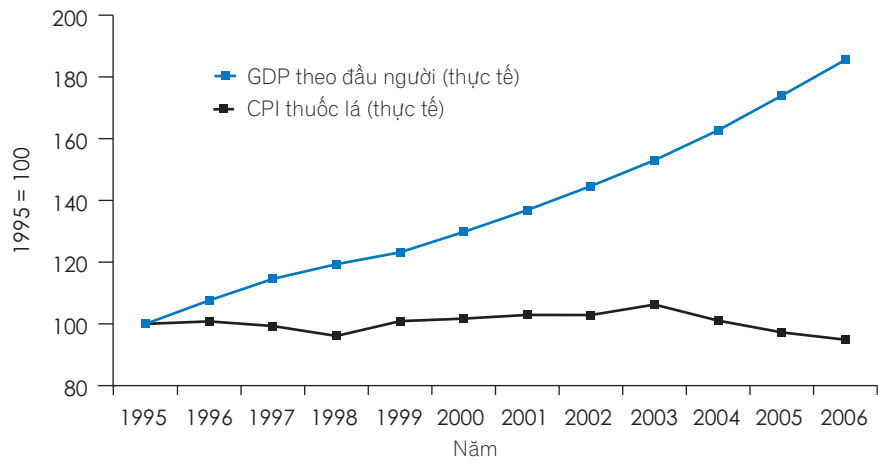
Để tách riêng tác động của lạm phát chung tới giá thuốc lá trong giai đoạn từ 1995 đến 2006 thì, trừ khi ghi chú khác đi, tất cả những thay đổi về giá thuốc lá được thể hiện bằng giá thực (tức là đã loại bỏ phần giá tăng do lạm

phát chung thể hiện qua chỉ số CPI chung của tất cả các hàng hóa cũng do GSO cung cấp). Biểu đồ 2.1 chỉ chiều hướng của CPI chung (tất cả các hàng hóa) và CPI thuốc lá và minh họa tầm quan trọng của việc điều chỉnh theo mức lạm phát. Dưới mức giá danh nghĩa, giá các sản phẩm thuốc lá đã tăng hơn 50% từ năm 1995 đến 2006. Tuy nhiên, trong cùng giai đoạn trên, giá cả chung đã tăng hơn 60%.

Biểu đồ 2.2 cho biết khuynh hướng của cả CPI thuốc lá và GDP tính theo đầu người cho các năm từ 1995 – 2006. Biểu đồ 2.3 cho biết khuynh hướng giá cả của ba sản phẩm thuốc lá, 555, Vinataba và thuốc Lào, cho giai đoạn 1996 - 2006. Tất cả chuỗi dữ liệu đã được điều chỉnh cho mức lạm phát chung và được thể hiện bằng giá thực.

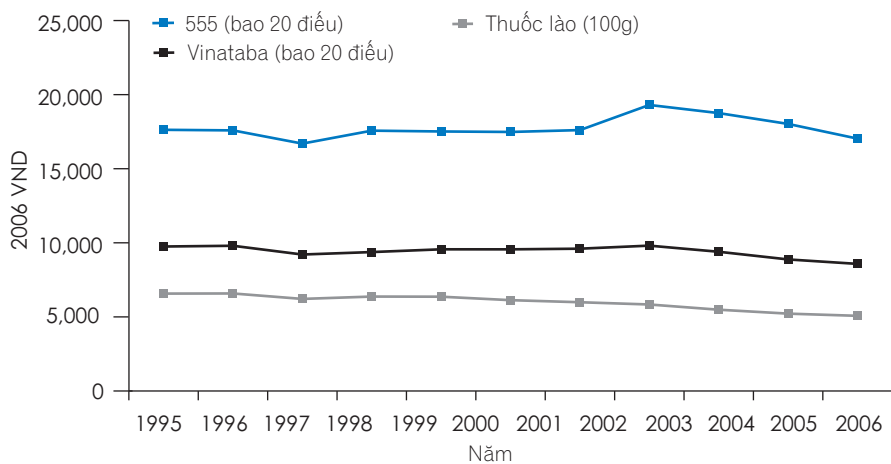
**Khi tính theo giá thực, giá các sản phẩm thuốc lá ở Việt Nam không hề tăng trong giai đoạn 1995 đến 2006. Tính trung bình, giá còn bị giảm khoảng 5% trong giai đoạn này.**

**Biểu đồ 2.2: CPI Thuốc lá và GDP theo đầu người, 1995–2006 (1995=100)**



Nguồn: :  
GSO (2007) and IMF (2007)

**Biểu đồ 2.3: Giá các sản phẩm thuốc lá 1996–2006**



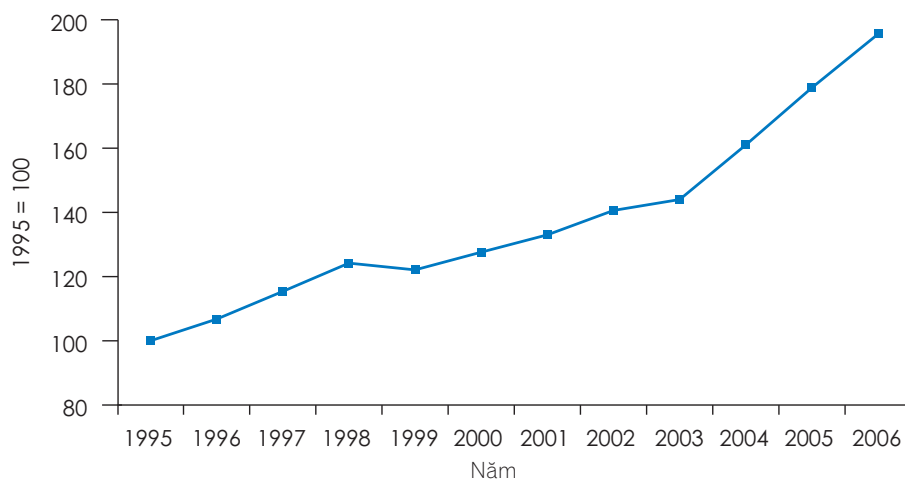
Nguồn:  
GSO (2007)

### Khoảng cách ngày càng tăng giữa thu nhập và giá thuốc lá đã làm cho thuốc lá ngày càng trở nên dễ mua được.

Khi tính theo giá thực, giá các sản phẩm thuốc lá ở Việt Nam không hề tăng trong giai đoạn 1995 đến 2006. Tính trung bình thì giá còn bị giảm khoảng 5% trong giai đoạn này. Cụ thể hơn, một bao thuốc Vinataba (nhãn hiệu phổ biến nhất ở Việt Nam) có giá thực là khoảng 10.000 VNĐ năm 1996 (tính theo VNĐ năm 2006) (0,63 USD) thì vào năm 2006 giá thực của nó chỉ tương đương với khoảng 8.500 VNĐ (0,53 USD). Điều này trái ngược hẳn với sự tăng trưởng thu nhập thực tế ở Việt Nam: GDP thực tế tính theo đầu người đã tăng hơn 80% từ 1995 đến 2006, do đó làm cho thuốc lá tính trung bình trở thành mặt hàng ngày càng rẻ hơn. Khoảng cách ngày càng tăng giữa thu nhập và giá thuốc lá đã làm cho thuốc lá ngày càng trở nên dễ mua được (Biểu đồ 2.4). Xét đến chiều hướng thu nhập hiện nay thì giá thuốc lá chỉ có ảnh hưởng nhỏ với ngăn ngừa hút thuốc ở Việt Nam.

Biểu đồ 2.5–2.7 biểu diễn số liệu về giá thuốc lá mới đây nhất ở 30 tỉnh (trong tổng số 64 tỉnh). Những số liệu này cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa các tỉnh. Giá mỗi bao thuốc lá hiệu 555 sản xuất trong nước dao động từ 15.000 VNĐ (0,94 USD) ở Thanh Hóa đến hơn 19.000 VNĐ (1,19 USD) ở các tỉnh Đồng Nai, Hồ Chí Minh và Bình Phước. Giá mỗi bao Vinataba và thuốc Lào thậm chí còn khác biệt nhiều hơn giữa các tỉnh. Giá thuốc lá Vinataba chỉ 5.000 VNĐ (0,31 USD) ở tỉnh Phú Yên, nhưng tới 10.000 VNĐ (0,63 USD) ở các tỉnh Khánh Hòa, Tiền Giang, và Bình Định, và hơn 12.500 VNĐ (0,78 USD) ở TP Hồ Chí Minh. Tương tự như vậy, giá thuốc Lào từ chỉ 3.000 VNĐ (0,19 USD) mỗi 100 g ở các tỉnh Thừa Thiên Huế, Thái Bình và Hải Dương đến 9.500 VNĐ (0,59 USD) ở TP Hồ Chí Minh. Sự khác biệt về giá giữa các tỉnh một phần là do sự khác biệt về chi phí vận chuyển và các chi phí phân phối khác, ngoài ra còn do các điều kiện độc quyền ở địa phương.

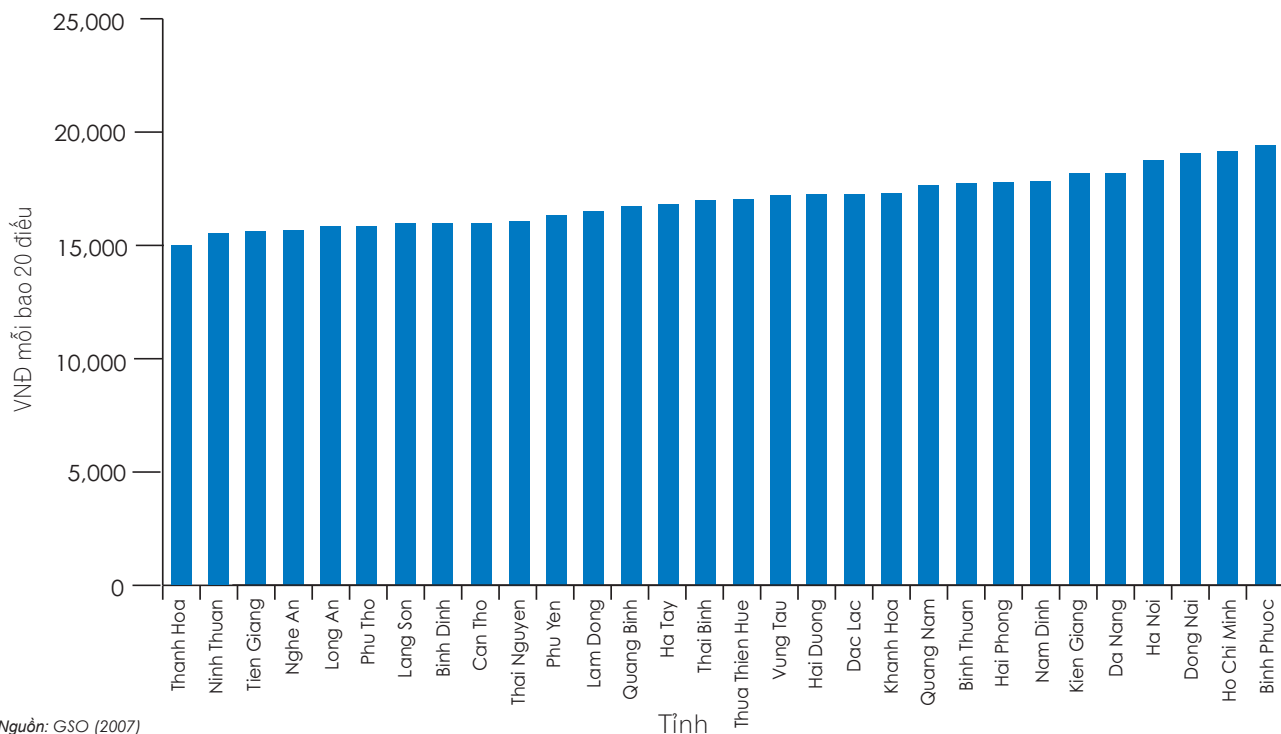
**Biểu đồ 2.4: Khả năng mua các sản phẩm thuốc lá, 1995 – 2006**



Ghi chú: Khả năng mua = GDP theo đầu người/CPI thuốc lá. Chỉ số khả năng mua tăng lên cho thấy các sản phẩm thuốc lá trở nên có giá phải chăng hơn (rẻ hơn).

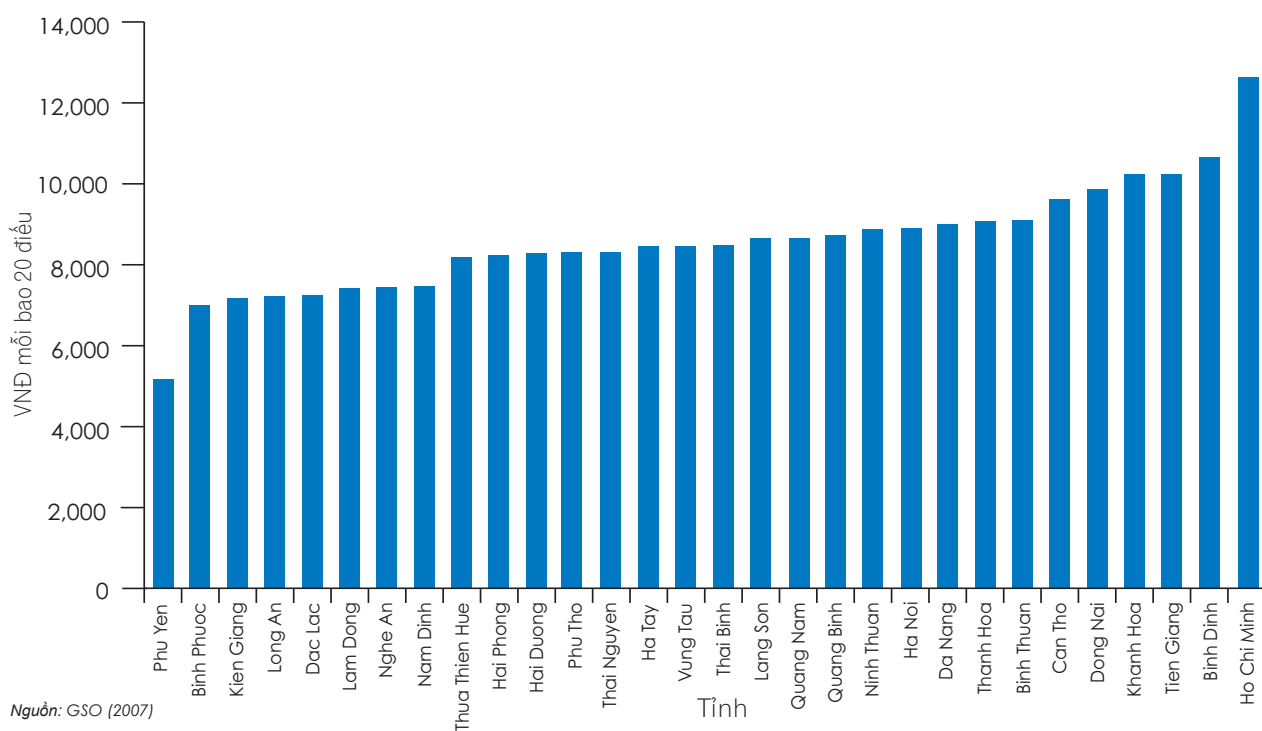
Nguồn GSO (2007)

**Biểu đồ 2.5: Giá thuốc lá 555, theo tỉnh, 2006**

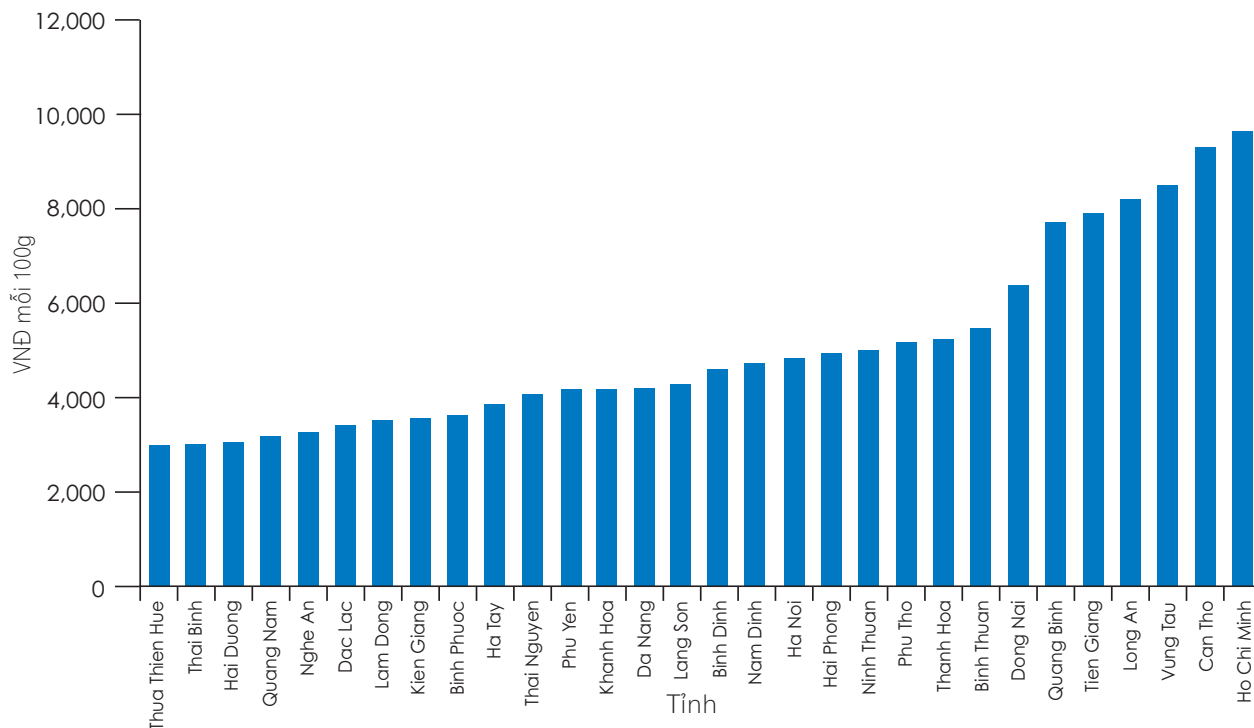


Nguồn: GSO (2007)

**Biểu đồ 2.6: Giá thuốc lá Vinataba theo tỉnh, 2006**



Nguồn: GSO (2007)

**Biểu đồ 2.7: Giá thuốc lá, theo tỉnh, 2006**

Nguồn: GSO (2007)

### Ghi chú cho Chương II

<sup>18</sup> Chaloupka FJ, Warner KE. The Economics of Smoking. Handbook of health economics. Volume 1B, 2000, p. 1539-1627.

<sup>19</sup> Sunley E, Yurekli A, Chaloupka FJ. The design, administration, and potential revenue of tobacco excises. In: Jha P, Chaloupka FJ, editors. Tobacco control policies in developing countries. New York: Oxford University Press, 2000.

<sup>20</sup> Sunley EM. India: The Tax Treatment of Bidis. New York: Bloomberg Philanthropies, 2008.

<sup>21</sup> World Bank. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington: The World Bank, 1999.

<sup>22</sup> International Monetary Fund. World Economic Outlook Database. Washington: International Monetary Fund, 2007.

### III. Tăng giá và hành vi hút thuốc

Phương pháp hiệu quả nhất để giảm số người hút thuốc và lượng tiêu thụ thuốc lá là tăng giá. Giá các sản phẩm thuốc lá càng cao càng có khả năng ngăn cản đối với những người chưa hút khói bắt đầu hút, giúp họ tránh khỏi bị nghiện, và có thể thuyết phục những người hút hiện tại bỏ thuốc hoặc giảm lượng tiêu thụ của họ. Giá càng cao cũng càng có khả năng tránh cho những người đã bỏ thuốc khỏi hút lại. Những người trẻ và người nghèo sẽ có đáp ứng mạnh hơn với sự tăng giá thuốc so với những người già và giàu có.<sup>23</sup>

#### **Biện pháp hiệu quả nhất để giảm số người hút thuốc và lượng tiêu thụ thuốc lá là tăng giá thuốc lá.**

Năm 1999 Ngân hàng Thế giới, sau khi xem xét kỹ lưỡng các bằng chứng, đã kết luận rằng trung bình tăng giá 10% sẽ làm giảm nhu cầu đối với các sản phẩm thuốc lá đi khoảng 4% ở các nước thu nhập cao và khoảng 8% ở các nước có thu nhập thấp và trung bình.<sup>24</sup> Trong một bài phân tích tổng hợp 86 nghiên cứu (và hơn 500 ước tính điểm), Gallet và List tìm thấy độ co giãn cầu theo giá trung bình là  $-0,48$ .<sup>25</sup> Tương tự như vậy, trong một đánh giá phạm vi rộng về chứng cứ cả lý thuyết và thực nghiệm, Chaloupka và Warner, khi đáp lại ý kiến rằng cầu đối với thuốc lá có thể không theo một trong các quy luật cơ bản nhất của kinh tế học, đó là quy luật của cầu (tức là đường cầu dốc xuống dưới), viết:<sup>23</sup>

“Tập hợp các bằng chứng nghiên cứu về kinh tế hiện nay đã rất nhiều và đã chứng minh rằng nhu cầu đối với thuốc lá có phản ứng rõ ràng với các thay đổi về giá và các yếu tố khác, như đã phát hiện thấy trong các nghiên cứu áp dụng mô hình truyền thống về cầu và cả trong những nghiên cứu gần đây hơn có tính đến yếu tố gây nghiện của hút thuốc.”

Một hạn chế quan trọng của những đánh giá trên là nó chỉ bao gồm một số lượng tương đối nhỏ các nghiên cứu được thực hiện ở các nước thu nhập thấp và trung bình. Chúng tôi tiếp tục đánh giá một cách hệ thống và có phê phán các nghiên cứu về ảnh hưởng của giá (hoặc thuế) đối với việc sử dụng các sản phẩm thuốc lá ở Việt Nam.

Chúng tôi đã đưa vào xem xét tất cả các nghiên cứu đánh giá mối quan hệ giữa giá hoặc thuế và việc sử dụng các sản phẩm thuốc lá, bất kể ngày xuất bản, ngôn ngữ xuất bản, hay phương pháp thu thập dữ liệu. Chúng tôi đã khoanh vùng các nghiên cứu tiến hành ở các nước châu Á có nhiều điểm tương đồng nhất với Việt Nam. Vì vậy chúng tôi tập hợp các nghiên cứu từ Miến Điện, Campuchia, Trung Quốc, Hồng Kông, Lào, Malaysia, Mông Cổ, Phillipines, Thái Lan, Đài Loan và Việt Nam, bất kể độ bao phủ địa lý (ví dụ bang, tỉnh, thành phố tự trị). Các cơ sở dữ liệu vi tính hóa đã được tìm kiếm bao gồm MEDLINE thông qua PubMed và EconLit. Việc tìm kiếm được thực hiện lần cuối vào tháng 10/2007. Những tài liệu chưa xuất bản cũng được tìm kiếm thông qua Google và Google Scholar. Bốn tạp chí chuyên ngành được tìm kiếm thủ công trực tiếp là (*Health Economics, Journal of Health Economics, Nicotine & Tobacco Research, và Tobacco Control*) và các tài liệu tham khảo của những bài đánh giá mới đây cũng đã được xem xét.<sup>23-28</sup> Tổng cộng có 25 nghiên cứu được bao gồm trong bài đánh giá này.

Bốn nghiên cứu đã chỉ ra mối liên hệ giữa giá cả và tiêu dùng thuốc lá bằng dữ liệu thu thập được từ Việt Nam.<sup>29-32</sup> Những nghiên cứu khác được thực hiện ở Miến Điện,<sup>33</sup> Trung Quốc,<sup>34-43</sup> Malaysia,<sup>44</sup> Hàn Quốc,<sup>45-46</sup> Đài Loan<sup>47-51</sup> và Thái Lan.<sup>52</sup> Ngoài ra, có một nghiên cứu đã sử dụng dữ liệu đồng thời từ một số nước Đông Nam Á (là Bangladesh, Miến Điện, Indonesia, Maldives, Nepal, Sri Lanka, và Thái Lan).<sup>53</sup>

Gần như tất cả các nghiên cứu chuỗi thời gian (time series) đều phát hiện thấy rằng giá cả có mối liên hệ tỷ lệ nghịch và có ý nghĩa với tiêu dùng thuốc lá. Tuy nhiên, các con số ước tính độ co giãn của cầu theo giá (tức là độ nhạy cảm của cầu với thay đổi về giá) rất khác nhau ở

những nghiên cứu khác nhau. Con số ước tính từ các nghiên cứu có độ tin cậy cao nhất chỉ ra độ co giãn cầu với giá trong ngắn hạn vào khoảng  $-0,3$  đến  $-0,6$  và dài hạn ở khoảng  $-0,35$  đến  $-0,7$ . Một số nghiên cứu sử dụng dữ liệu điều tra cắt ngang ở cấp độ cá nhân và áp dụng một mô hình hai phần: phần 1 “Độ co giãn cầu tham gia” để ước tính độ co giãn của cầu liên quan tới việc bỏ thuốc; và phần 2 “Độ co giãn cầu có điều kiện” để xác định độ co giãn cầu liên quan tới việc giảm lượng hút ở người chưa bỏ. Kết quả các nghiên cứu cho kết quả khác nhau đáng kể (với kết quả của phần 1 của mô hình thay đổi trong khoảng tương ứng là từ  $-0,02$  đến  $-1,3$  và phần 2 trong khoảng  $-0,06$  đến  $-0,64$ ). Về tổng thể, thu nhập không được phát hiện là có mối liên hệ đáng kể với việc tham gia hút thuốc hay số lượng thuốc được sử dụng. Eozenou<sup>30</sup> và Sarntisart<sup>32</sup> sử dụng một cách tiếp cận “hệ thống cầu” và phát hiện ra rằng cả giá cả và thu nhập đều có mối liên hệ đáng kể với tiêu dùng thuốc lá. Độ co giãn của cầu với giá và với thu nhập tương ứng trong khoảng từ  $-0,39$  đến  $-0,53$  và  $+0,34$  đến  $+0,70$ . Có một số bằng chứng cho thấy người trẻ tuổi<sup>42</sup> và người nghèo<sup>43</sup> có đáp ứng nhiều hơn khi tăng giá. Những ước tính từ các nghiên cứu chất lượng cao hơn chỉ ra “độ co giãn của cầu tham gia” và “độ co giãn của cầu điều kiện” tương ứng là  $-0,02$  đến  $-0,20$  và  $-0,06$  đến  $-0,30$ .

Chỉ có một nghiên cứu khám phá ra mối liên hệ giữa quyết định bắt đầu hút hoặc bỏ và giá các sản phẩm thuốc lá. Bằng việc sử dụng một mẫu gồm những người Việt Nam hút thuốc và không hút thuốc (từ các bộ số liệu điều tra mức sống dân cư sẵn có), Laxminarayan và Deolalikar đã nghiên cứu mối liên hệ giữa việc bỏ hoặc bắt đầu hút thuốc lá và thuốc lào từ năm 1993 đến 1998 và những thay đổi về giá của hai sản phẩm thuốc lá này.<sup>32</sup> Họ phát hiện thấy rằng những thay đổi về giá thuốc lá có mối liên hệ tỷ lệ nghịch và đáng kể với quyết định bắt đầu hút thuốc (độ co giãn là  $-1,175$ ). Tuy nhiên, những thay đổi về giá thuốc lào không ảnh hưởng đáng kể tới quyết định bắt đầu hút thuốc lào. Những thay đổi về giá thuốc lào được phát hiện có mối liên hệ tỷ lệ nghịch và đáng kể với quyết định bỏ hút thuốc lá (độ co giãn  $-1,41$ ) chứ không phải hút thuốc lào. Những thay đổi về giá thuốc lá được

thấy là không gây ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đối với quyết định bỏ thuốc lá hoặc thuốc lào. Laxminarayan và Deolalikar cũng khảo sát ảnh hưởng có thể có mà những thay đổi về giá có thể dẫn tới sự thay thế giữa các sản phẩm thuốc lá và phát hiện rằng những thay đổi về giá thuốc lá có mối liên hệ tỷ lệ thuận và đáng kể với quyết định chuyển từ hút thuốc lá sang hút thuốc lào.<sup>32</sup> Những thay đổi về thu nhập được thấy là có mối liên hệ tỷ lệ nghịch và đáng kể với quyết định bắt đầu hút thuốc lào và chuyển từ hút thuốc lá sang hút thuốc lào. Trong số những người hút thuốc lào, những thay đổi về thu nhập có mối liên hệ tỷ lệ thuận với quyết định chuyển sang hút thuốc lá hoặc là bỏ hút thuốc lào.

Tương tự như Laxminarayan và Deolalikar, Tsai và đồng nghiệp<sup>34</sup> khảo sát mối liên hệ giữa giá cả và quyết định bỏ thuốc, giảm số lượng tiêu dùng, hoặc chuyển đổi nhãn hiệu thuốc ở Đài Loan. Giá cả không được phát hiện có mối liên hệ đáng kể với quyết định bỏ hoặc giảm hút thuốc mà có mối liên hệ đáng kể với quyết định chuyển đổi giữa các nhãn hiệu (OR tương ứng =  $1,03$  và  $1,07$ ). Thu nhập hàng tháng không được tìm thấy có mối liên hệ với bất kỳ quyết định nào.

Các đánh giá trên chỉ ra những điểm chính sau:

- Tất cả các nghiên cứu đã xem xét đều phát hiện mối liên hệ tỷ lệ nghịch và đáng kể giữa giá và việc sử dụng các sản phẩm thuốc lá. Tuy nhiên, mức độ ảnh hưởng là khác nhau ở các nghiên cứu. Chẳng hạn, ở những nghiên cứu dựa trên dữ liệu cấp độ cá nhân, mức độ ảnh hưởng từ nhỏ (tổng cộng độ co giãn là  $-0,07$ ) đến rất lớn (tổng cộng độ co giãn gần  $-1,5$ ).
- Không có nhiều thông tin về mối liên hệ giữa giá và việc sử dụng thuốc ở các nhóm tuổi và nhóm thu nhập khác nhau. Tuy nhiên, với lý thuyết đã được chấp nhận chung và bằng chứng nghiên cứu quốc tế, giới trẻ và người nghèo thường sẽ có đáp ứng mạnh hơn với thay đổi về giá.
- Có một số bằng chứng cho thấy việc tăng giá có thể ngăn ngừa việc bắt đầu hút ở người chưa hút thuốc và làm tăng việc thay thế các sản phẩm ở những người hiện đang hút thuốc.



- Ảnh hưởng của thu nhập lên việc sử dụng thuốc lá là không rõ ràng. Có những xung đột đáng kể trong các kết quả nghiên cứu. Tuy nhiên, những nghiên cứu đã xem xét chỉ ra rằng ảnh hưởng đó gần như chắc chắn không phải là tỷ lệ nghịch mà là tỷ lệ thuận.
- Có sự không đồng nhất đáng kể trong các nghiên cứu về cả về phương pháp nghiên cứu và về các hạn chế.

Những hạn chế xuất phát từ việc thiếu dữ liệu – đặc biệt là đối với những nghiên cứu sử dụng dữ liệu chuỗi thời gian – và các bước thực hiện ước tính không phù hợp hoặc không đầy đủ. Điều đặc biệt đáng lưu ý là việc thiếu quan tâm đến tính chất không ổn định (không tuyến tính) và hồi quy sai (tức là mối liên hệ sai lạc nảy sinh từ các khuynh hướng thông thường của dữ liệu chứ không phải mối liên hệ thực sự) trong các nghiên cứu sử dụng dữ liệu

chuỗi thời gian. Hai bài phân tích theo phương pháp Meta-analysis mới đây đã tìm hiểu về các nhân tố có thể ảnh hưởng đến mức độ biến thiên, trong nội bộ từng nghiên cứu và giữa nghiên cứu với nhau, của độ co giãn cầu thuốc lá với giá.<sup>25-28</sup> Điểm đáng quan tâm là, Gallet và List đã phát hiện rằng độ co giãn cầu với giá thấp hơn khi cầu được mô hình hóa như một “hệ thống cầu gần lý tưởng”,<sup>25</sup> trong khi Laporte phát hiện rằng các nghiên cứu kiểm soát yếu tố buôn lậu qua biên giới cho kết quả giá trị ước tính độ co giãn cầu với giá nhiều hơn.<sup>28</sup>

Chúng ta có thể kết luận với mức độ tin cậy nhất định rằng độ co giãn của cầu theo giá của thuốc lá ở Việt Nam nhiều khả năng ở mức không lớn hơn  $-0.50$ . Điều đó có nghĩa là khi tăng giá thuốc lá 10% có thể dẫn đến giảm lượng tiêu thụ thuốc lá ít nhất là 5%.

### Chú thích cho Chương III

- <sup>23</sup> Chaloupka FJ, Warner KE. The Economics of Smoking. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. Handbook of health economics. Volume 1B. Amsterdam: North-Holland (Elsevier BV), 2000, p. 1539-1627.
- <sup>24</sup> World Bank. Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control, Washington: The World Bank, 1999.
- <sup>25</sup> Gallet CA, List JA. Cigarette demand: A meta-analysis of elasticities. *Health Econ* 2003;12:821-835.
- <sup>26</sup> Cameron S. Estimation of the demand for cigarettes: A review of the literature. *Econ Issues* 1998;3:351-372.
- <sup>27</sup> Guindon GE, Perucic A-M, Boisclair D. Higher tobacco prices and Taxes in South-East Asia: An effective tool to reduce tobacco use, save lives and increase government revenue. HNP Discussion Paper. Economics of Tobacco Control Paper No. 11. Washington: The World Bank, 2003.
- <sup>28</sup> Laporte A. Price responsiveness of demand for cigarettes: Does rationality matter? *Subst Use Misuse* 2006;41:511-531.
- <sup>29</sup> Eozenou P. Price elasticity estimation for cigarette demand in Vietnam - Time series analysis. Hanoi, 2001.
- <sup>30</sup> Eozenou P. Price elasticity estimation for cigarette demand in Vietnam. Clermont-Ferrand: Centre d'Études et de Recherches sur le Développement International (CERDI), 2004.
- <sup>31</sup> Kinh HV, Ross H, Levy D, Minh NT, Ngọc VT. The effect of imposing a higher, uniform tobacco tax in Vietnam. *Health Res Policy Syst* 2006;4(6).
- <sup>32</sup> Laxminarayan R, Deolalikar A. Tobacco Initiation, Cessation, and Change: Evidence from Vietnam. *Health Econ* 2004;13:1191-1201.
- <sup>33</sup> Kyaing NN. Tobacco Economics in Myanmar. HNP Discussion Paper. Economics of Tobacco Control Paper No. 14. Washington: The World Bank, 2003.
- <sup>34</sup> Bishop JA, Liu H, Meng Q. Are Chinese Smokers Sensitive to Price? *China Economic Review* 2007;18:113-121.
- <sup>35</sup> Hu TW, Mao Z. Effects of cigarette tax on cigarette consumption and the Chinese economy. *Tob Control* 2002;11:105-108.
- <sup>36</sup> Hu TW, Mao Z, Liu Y, de Beyer J, Ong M. Smoking, standard of living, and poverty in China. *Tob Control* 2005;14:247-250.
- <sup>37</sup> Lance PM, Akin JS, Dow WH, Loh CP. Is cigarette smoking in poorer nations highly sensitive to price? Evidence from Russia and China. *J Health Econ* 2004;23:173-189.
- <sup>38</sup> Mao Z, Hu D, Yang G. Demand of different income groups for cigarettes and impact of increasing tax on smokers. *Chinese Journal of Evidence-Based Medicine* 2005;5:291-295.
- <sup>39</sup> Mao Z, Hu D, Yang G. New Evaluating of the Demand for Cigarettes from Chinese Residents. *Chinese Health Economics* 2005;25:45-47.
- <sup>40</sup> Mao Z, Jiang J. The demand for cigarettes and its determinants: A cross-sectional data model. *China Health Affairs Management* 1997;5:227-229.
- <sup>41</sup> Mao Z, Jiang J, Gong Z, Su W, Yan Z, Zhang P. The demand of cigarettes and price policies. *Chinese Health Economics* 1997;16:50-52.
- <sup>42</sup> Mao Z, Yang G, Ma J, Samet J, Ceraso M. The demand for cigarettes of Chinese youth and the determinants of the demand. *China Public Health* 2002;18:1003-1005.
- <sup>43</sup> Mao Z, Yang G, Ma J, Samet J, Ceraso M. Adults' demand of cigarettes and its influencing factors in China. *Soft Science of Health* 2003;17:19-23.
- <sup>44</sup> Ross H, Al-Sadat N. 2007. Demand Analysis of Tobacco in Malaysia. *Nicotine Tob Res* 2007;9:1163-1169.

- <sup>45</sup> Chung W, Lim S, Lee S, Choi S, Shin K, Cho K. The effect of cigarette price on smoking behavior in Korea. *J Prev Med Pub Health* 2007;40:371-380.
- <sup>46</sup> Kim S, Seldon BJ. The Demand for Cigarettes in the Republic of Korea and Implications for Government Policy to Lower Cigarette Consumption. *Contemporary Economic Policy* 2004;22:299-308.
- <sup>47</sup> Hsieh C-R, Hu T-W, Lin C-FJ. The Demand for Cigarettes in Taiwan: Domestic versus Imported Cigarettes. *Contemporary Economic Policy* 1999;17:223-234.
- <sup>48</sup> Lee JM. The synergistic effect of cigarette taxes on the consumption of cigarettes, alcohol and betel nuts. *BMC Public Health* 2007;7(121).
- <sup>49</sup> Lee JM, Chen SH. Effect of price and smoking characteristics on the decision to smoke smuggled cigarettes in Taiwan. *Public Health Rep* 2006;121:618-626.
- <sup>50</sup> Lee JM, Hwang TC, Ye CY, Chen SH. The effect of cigarette price increase on the cigarette consumption in Taiwan: Evidence from the National Health Interview Surveys on cigarette consumption. *BMC Public Health* 2004;4(61).
- <sup>51</sup> Lee JM, Liao DS, Ye CY, Liao WZ. Effect of cigarette tax increase on cigarette consumption in Taiwan. *Tob Control* 2005;14 Suppl 1:i71-75.
- <sup>52</sup> Sarntisart I. The economics of tobacco in Thailand. HNP Discussion Paper, Economics of Tobacco Control Paper No 15. Washington: The World Bank, 2003.
- <sup>53</sup> Guindon GE, Perucic A-M, Boisclair D. Higher tobacco prices and taxes in South-East Asia: An effective tool to reduce tobacco use, save lives and increase government revenue. HNP Discussion Paper. Economics of Tobacco Control Paper No. 11. Washington: The World Bank. 2003.
- <sup>54</sup> Tsai YW, Yang CL, Chen CS, Liu TC, Chen PF. The effect of Taiwan's tax-induced increases in cigarette prices on brand-switching and the consumption of cigarettes. *Health Econ* 2005;14:627-641.

## IV. Thuốc lá: Những khía cạnh cần cân nhắc khác về sức khỏe và kinh tế

**Ngân sách hộ gia đình: Thu nhập khả dụng tăng lên, Cú sốc Sức khỏe giảm đi**

Hầu hết mọi người vẫn cho rằng thuốc lá chỉ là một vấn đề liên quan tới sức khỏe mà không nhận ra được ảnh hưởng có hại của nó lên nền kinh tế, đặc biệt là vai trò của nó trong việc gia tăng đói nghèo.<sup>55</sup> Ngân hàng Thế giới định nghĩa nghèo là không có khả năng duy trì mức sống tối thiểu.<sup>56</sup> Vào năm 2002, 29% dân số Việt Nam sống ở mức nghèo, với 5–10% dân số khác dễ rơi xuống ngưỡng nghèo.<sup>57</sup> Hút thuốc có thể làm tăng mức độ nghèo đói theo cả cách trực tiếp và gián tiếp do giảm thu nhập khả dụng. Tiền tiêu vào thuốc lá sẽ không còn sẵn để dùng cho các nhu cầu thiết yếu như thực phẩm, nhà ở và giáo dục, và hút thuốc cũng góp phần làm giảm sức khỏe và dẫn đến gia tăng chi phí y tế. Ngoài ra, sức khỏe kém dẫn đến gia tăng bệnh tật, tàn tật và tử vong và điều đó làm giảm năng suất lao động. Năng suất lao động giảm chi phí y tế tăng cao và giảm thu nhập khả dụng, sẽ cùng góp phần vào tình trạng nghèo đói.<sup>58</sup>

**Hút thuốc có thể làm tăng mức độ nghèo theo cả cách trực tiếp và gián tiếp do làm giảm thu nhập khả dụng.**

Việc giảm tiêu thụ thuốc lá có thể giúp cải thiện các tình trạng sức khỏe liên quan trực tiếp, chẳng hạn như giảm mắc bệnh tim mạch và hô hấp, đồng thời cũng góp phần giúp giảm các tình trạng sức khỏe liên quan gián tiếp thông qua đói nghèo, chẳng hạn như suy dinh dưỡng ở trẻ em. Việc cha mẹ sử dụng thuốc lá ở nhà làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng nặng, thấp bé nhẹ cân ở trẻ em dưới 5 tuổi.<sup>59</sup> Hơn nữa, ảnh hưởng sức khỏe công cộng của việc trẻ em hít phải khói thuốc thụ động là rất lớn. Trẻ em đặc biệt dễ bị tác động bởi khói thuốc

**Đối với các hộ gia đình Việt Nam “nghèo” và “nghèo nhất” (là hai nhóm ngũ phân thu nhập thấp nhất), chi tiêu hàng năm vào thuốc lá thường lấy đi một phần đáng kể chi tiêu hàng năm cho các hạng mục thiết yếu như thực phẩm, quần áo và giáo dục.**

thụ động, nguyên nhân dẫn đến nhiều loại bệnh ở trẻ em như nhiễm trùng đường hô hấp dưới, viêm tai giữa và suy giảm chức năng hô hấp.<sup>60</sup>

Chi tiêu hộ gia đình vào thuốc lá đặc biệt trở thành vấn đề ở những nước có tình trạng kinh tế xã hội còn thấp như Việt Nam, nơi mà các hộ gia đình có người hút thuốc tiêu tốn khoảng 627.000 VNĐ (40 USD) mỗi năm vào thuốc lá. Chi tiêu vào thuốc lá có thể dẫn đến nghèo và làm trầm trọng thêm những ảnh hưởng của tình trạng nghèo qua việc dịch chuyển thu nhập của hộ gia đình khỏi các nhu cầu thiết yếu. Đối với các hộ gia đình Việt Nam thuộc hai nhóm “nghèo” và “nghèo nhất” (là hai nhóm ngũ phân có thu nhập thấp nhất), chi tiêu hàng năm vào thuốc lá thường lấy đi một phần đáng kể chi tiêu hàng năm vào các hạng mục thiết yếu như thực phẩm, quần áo và giáo dục.<sup>61</sup> Nếu một phần tiền do các hộ gia đình nghèo ở Việt Nam tiêu vào thuốc lá được dùng để mua thực phẩm sẽ có khoảng 11,2% trong số các hộ gia đình nghèo đói có hút thuốc sẽ có thể vượt lên trên ngưỡng nghèo đói.<sup>61</sup> Mặc dù không phải tất cả số tiền tiết kiệm được từ việc từ bỏ mua thuốc lá đều được chi vào thực phẩm và các nhu cầu thiết yếu khác, thì có một điều chắc chắn là bất kỳ số tiền nào chi cho thuốc lá cũng sẽ không thể còn

**Nếu một phần tiền do các hộ gia đình nghèo ở Việt Nam tiêu vào thuốc lá được dùng để mua thực phẩm, khoảng 11,2% trong số các hộ nghèo đói hút thuốc sẽ có thể vượt lên trên ngưỡng nghèo đói.**

đề chi vào các mặt hàng thiết yếu. Ngay cả khi chỉ một bộ phận người hút thuốc chi một số tiền tiết kiệm được từ việc giảm hút thuốc của họ vào hàng hóa cơ bản, lợi ích ròng có thể đã rất lớn.

Những cú sốc sức khỏe, chẳng hạn như những cú sốc gây ra bởi các bệnh liên quan đến hút thuốc, sẽ làm giảm tổng thu nhập gia đình cũng như tăng chi phí y tế ở những người không có bảo hiểm.<sup>62</sup> Việc bệnh nhân phải tự chi trả những chi phí chữa bệnh vẫn còn rất phổ biến ở Việt Nam và tạo một gánh nặng tài chính lên các hộ nghèo và cận nghèo. Bonu và đồng nghiệp báo cáo rằng ở Ấn Độ, khả năng phải vay mượn hoặc bán tháo tài sản (được dùng như biến số phản ánh tình trạng bản cùng hóa) và phần chi trả phí tổn y tế từ tiền vay mượn hoặc bán tháo trong lúc nằm viện là lớn hơn ở những người hút thuốc lá và những người không hút nhưng sống ở những hộ gia đình có người hút thuốc lá.<sup>63</sup> Hơn nữa, việc mất mát thu nhập do bệnh tật và/hoặc tử vong của người lao động trụ cột có thể gây hậu quả rất trầm trọng đối với một gia đình ở ngưỡng hoặc dưới ngưỡng nghèo. Những người càng nghèo, càng ít được học hành và có ít kỹ năng thì càng có khả năng phải kiếm kế sinh nhai bằng lao động chân tay. Khi một người lao động trụ cột trong một gia đình nghèo bị ốm không làm việc được, nguồn cung cấp thực phẩm và thu nhập của gia đình thường bị chấm dứt.<sup>64</sup>

### Ảnh hưởng của thuế tiêu thụ

Các loại thuế tiêu thụ, chẳng hạn như thuế đánh vào thuốc lá, đôi khi được mô tả như là thuế lũy thoái. Một loại thuế được gọi là lũy thoái nếu tỷ lệ thuế phải trả trên thu nhập thấp hơn đối với những nhóm có thu nhập cao hơn. Ở những nước thu nhập thấp và trung bình, người nghèo thường mua thuốc giá rẻ và hút ít hơn,<sup>59</sup> làm cho thuế thuốc lá ít lũy thoái hơn so với trường hợp khác. Điều này thậm chí còn đúng hơn đối với Việt Nam, nơi mà thuốc lá giá rẻ, chủ yếu do người nghèo dùng (xem biểu đồ 1.1), hiện không bị đánh thuế.

Với lý thuyết kinh tế và bằng chứng có được (cho dù còn hạn chế) nêu trên, việc tăng thuế thuốc lá ở Việt Nam có thể dẫn đến giảm nhiều hơn việc sử dụng thuốc lá ở

nhóm người thu nhập thấp nhất và thường khuyến khích nhóm đó giảm hút thuốc và do đó giảm gánh nặng kinh tế mà việc hút thuốc gây ra, làm cho thuế thuốc lá thậm chí trở thành lũy tiến. Ngoài ra, có một số bằng chứng cho thấy tăng giá thuốc lá ở Việt Nam có thể làm cho một số người bỏ hút thuốc lá và chuyển sang thuốc lá giá rẻ không chịu thuế.

Còn những người nghèo mà không bỏ hoặc giảm hút thuốc có thể sẽ bị ảnh hưởng nhiều hơn vì họ sẽ phải chi trả nhiều hơn cho thuốc lá ở cấp độ cá nhân. Ảnh hưởng tiêu cực này có thể được bù đắp bằng những lợi ích sức khỏe tích cực mà cả nhóm nghèo nói chung thu được. Ngoài ra, như sẽ được thảo luận ở phần sau, một phần thu nhập thuế tăng thêm có thể được dành để giúp người nghèo bỏ hút thuốc và/hoặc cho các chương trình giảm nghèo và xã hội khác.

### Tăng thuế và việc làm

Vi mức giá thuốc lá cao (do thuế cao) có thể dẫn đến giảm sử dụng thuốc lá, với các yếu tố khác tương đương, mọi người thường lý luận rằng thuế thuốc lá cao thường dẫn đến mất việc làm. Tuy nhiên, lý luận này đã bỏ yếu tố là tiền không tiêu dùng vào thuốc lá sẽ được tiêu dùng vào các hàng hóa khác và tạo ra việc làm mới ở các khu vực khác, với tác động ròng thường là tích cực.

Việc làm trong ngành canh tác và sản xuất thuốc lá chiếm một tỷ trọng rất nhỏ trong tổng số việc làm ở Việt Nam. Sự giảm sút trong ngành trồng và sản xuất thuốc lá, khi có thay đổi thuế và giá, chỉ có thể xảy ra khi lượng tiêu thụ thuốc lá thực tế giảm. Tuy nhiên, việc tăng dân số và tăng thu nhập ở Việt Nam nhiều khả năng sẽ bù lại bất kỳ ảnh hưởng tiêu cực nào mà việc đánh thuế cao có thể có lên việc làm trong ngành thuốc lá nói chung. Tính trung bình, dân số Việt Nam tăng 1,5% mỗi năm kể từ năm 1990, còn GDP thực tế theo đầu người tăng 5,8%

---

**Việc làm trong ngành canh tác và sản xuất thuốc lá chiếm tỷ trọng rất nhỏ trong tổng số việc làm ở Việt Nam.**

---

mỗi năm trong thập kỷ qua.<sup>65</sup> Với những xu hướng này, các chính sách kiểm soát thuốc lá dự kiến chỉ có một ảnh hưởng nhỏ lên việc làm liên quan đến thuốc lá.<sup>66</sup>

Những nhân tố khác có thể ảnh hưởng lên việc làm trong ngành thuốc lá ở Việt Nam là chính sách mở rộng xuất khẩu của chính phủ, đồng thời nội địa hóa sản xuất thuốc lá (tức là giảm nhập khẩu bằng cách làm cho ngành thuốc lá Việt Nam có thể tự cung tự cấp về nguyên liệu đầu vào; hiện tới gần 50% lá thuốc và nguyên liệu là nhập khẩu). Do ngành trồng thuốc lá ở Việt Nam lớn và sử dụng tương đối nhiều lao động so với ngành sản xuất thuốc lá, sẽ có nhiều lao động trong nhóm này bị ảnh hưởng bởi việc giảm sử dụng thuốc lá. Và tùy theo lượng thuốc lá nhập ngoại hợp pháp và trái phép nhiều hay ít thì nó có thể chiếm mất thị trường của thuốc lá sản xuất trong nước và qua đó cũng có thể gây ảnh hưởng tiêu cực tới việc làm trong ngành thuốc lá trong nước. Tuy nhiên, những cải thiện về năng suất dẫn đến giảm nhập khẩu và tăng phần sản lượng sản xuất trong nước có thể có tiềm năng bù đắp cho bất kỳ việc giảm sút nào do tăng thuế thuốc lá gây lên. Ngoài ra, việc tái cơ cấu ngành do chính phủ thực hiện – liên quan đến việc đóng cửa bảy nhà máy trong những năm gần đây – có thể đã có ảnh hưởng mạnh hơn tới lao động trong ngành công nghiệp thuốc lá hơn so với ảnh hưởng của bất kỳ việc tăng thuế nào trong tương lai gần.

### Thay thế sản phẩm

Khả năng thay thế giữa các sản phẩm thuốc lá do những thay đổi về giá tương đối là một vấn đề quan trọng nhưng lại không được chú ý tới. Thay thế sản phẩm, thường xảy ra khi người sử dụng chuyển từ một sản phẩm này sang dùng một sản phẩm khác, có thể xảy ra ở Việt Nam giữa hai loại sản phẩm chính (thuốc lá và thuốc lào) hoặc giữa các loại khác nhau của cùng một loại sản phẩm (thuốc lá không đầu lọc và có đầu lọc). Những thay đổi khác nhau trong thuế suất thuế tiêu thụ đặc biệt kể từ năm 1990 có thể đã tạo ra hiện

tượng thay thế sản phẩm. Chẳng hạn, vì thuế suất đối với thuốc lá không đầu lọc và có đầu lọc sản xuất bằng nguyên liệu trong nước tăng lên năm 2006 trong khi thuế suất đối với thuốc lá dùng nguyên liệu nhập ngoại giảm và thuốc lào vẫn chưa bị đánh thuế, có một khả năng thực tế cho việc chuyển nhãn hiệu, hoặc chuyển sang dùng thuốc lào. Tuy nhiên, nếu áp dụng thuế dựa vào số lượng thì sẽ làm hạn chế khả năng thay thế sản phẩm.

Như đã thấy ở trên, có bằng chứng về sự thay thế sản phẩm ở Việt Nam vào những năm 90. Laxminarayan và Deolalikar phát hiện ra rằng những thay đổi về giá thuốc lá có mối liên hệ tỷ lệ thuận và đáng kể với quyết định chuyển từ hút thuốc lá sang hút thuốc lào.<sup>67</sup> Tuy nhiên, cơ cấu hút thuốc hiện nay cho thấy có xu hướng dịch chuyển từ hút thuốc lào sang hút thuốc lá khi thu nhập tăng lên; do đó khả năng chuyển từ hút thuốc lá sang thuốc lào khi thuế tăng sẽ không lớn vì mức thu nhập tăng nhiều trong khoảng 2 thập kỷ qua trong khi những thay đổi về thuế và giá rất ít.

### Tăng thu nhập thuế cho chính phủ

Tăng thuế thuốc lá sẽ gần như luôn dẫn đến tăng thu nhập thuế cho chính phủ.<sup>68</sup> Thuế thuốc lá cao hơn nhìn chung sẽ làm cho giá cao hơn. Và giá cao hơn, như đã đề cập ở trên, sẽ giảm số lượng cầu thuốc lá. Tuy nhiên, tỷ lệ phần trăm giảm về số lượng thường nhỏ hơn tỷ lệ phần trăm tăng về giá (tức là độ co giãn cầu theo giá nhỏ hơn 1, tính theo giá trị tuyệt đối). Hơn nữa, vì thuế chỉ chiếm một phần nhỏ trong giá do người hút trả, mức tăng thuế sẽ chuyển thành phần trăm thay đổi nhỏ hơn trong giá bán lẻ. Ví dụ, nếu thuế chiếm 40% giá bán lẻ (như ở Việt Nam), tăng gấp đôi thuế suất (tức là tăng 100%) sẽ chỉ làm giá tăng thêm gần 60%.

---

**Tăng thuế thuốc lá sẽ gần như luôn tạo ra thu nhập về thuế nhiều hơn cho chính phủ.**

---

Tuy nhiên, hai nhân tố có thể có khả năng tác động đến mối liên hệ tỷ lệ thuận giữa thuế thuốc lá cao và tăng thu nhập thuế của chính phủ. Thứ nhất, như thảo luận ở trên, thuốc lá không bị đánh thuế ở Việt Nam. Do đó, việc thay thế thuốc lá chuyên sang dùng thuốc lá có thể làm giảm phần nào mức tăng thu nhập thuế khi tăng thuế thuốc lá. Thứ hai, buôn lậu thuốc lá là một vấn đề phổ biến ở những nền kinh tế mới nổi; các lựa chọn để khắc phục vấn đề này được nêu dưới đây.

### Trích riêng một phần thuế thuốc lá

Tổ chức Y tế Thế giới khuyến nghị dành một phần thu nhập từ thuế thuốc lá để chi cho các hoạt động nâng cao sức khỏe và giảm nghèo.<sup>69</sup> Việc trích riêng một phần thu nhập thuế của chính phủ thường là được quy định bởi một đạo luật hoặc thông qua cơ chế hành chính bắt buộc, để chi dùng vào một lĩnh vực hay một chương trình nhất định. Chẳng hạn, số tiền được dành ra có thể sử dụng để chi cho các chương trình hỗ trợ chuyển đổi nghề nghiệp cho người nông dân trồng cây thuốc lá và đào tạo nghề. Nhiều nước dành thuế thuốc lá cho một loạt các chương trình và dịch vụ khác.

Quỹ Nâng cao Sức khỏe của Thái Lan (Thai Health) là một ví dụ về một tổ chức sức khỏe được tài trợ bằng tiền thuế dành riêng: mỗi năm kể từ 2001, 2% tiền thuế thuốc lá và rượu của quốc gia thu được ở Thái Lan được trích riêng khỏi cơ chế ngân sách thông thường và chuyển sang quỹ Thai Health, chuyên tài trợ cho các hoạt động để nhằm giải quyết các vấn đề như thuốc lá, rượu và tai nạn giao thông đường bộ. Ở Đài Loan, mỗi bao thuốc lá phải chịu thuế là 5 đô la Đài Loan và 70% tổng tiền thu được được dùng cho bảo hiểm y tế quốc gia, 10% cho các hoạt động kiểm soát thuốc lá, 10% cho vệ sinh và chăm sóc sức khỏe và 10% cho các chương trình phúc lợi xã hội. Ở Philippines, 15% thuế tiêu thụ đặc biệt từ thuốc lá được dành cho các chương trình nông nghiệp, trong khi 5% thuế tiêu thụ đặc biệt thuốc lá và rượu được dành cho

chương trình bảo hiểm y tế quốc gia (được 2,5%) và cho các hoạt động nâng cao sức khỏe (2,5% còn lại).

## Mậu dịch

### Nhập khẩu

*Lá thuốc.* Việt Nam nhập từ 12.000 đến 15.000 tấn lá thuốc mỗi năm (hay 40–50% sản lượng trong nước).<sup>65</sup> Hàng nhập khẩu này chủ yếu từ Trung quốc, và gần đây nhưng ở mức độ nhỏ hơn là từ Ấn độ. Với mục tiêu nội địa hóa nguồn cung lá thuốc lá vào năm 2015, thì tầm quan trọng của mặt hàng lá thuốc nhập ngoại dự kiến sẽ giảm dần dần trong những năm tới.

*Thuốc lá điếu.* Nhập khẩu thuốc lá điếu và xì gà đã bị cấm ở Việt Nam vào năm 1990. Nhập khẩu hợp pháp được cho phép trở lại khi đất nước gia nhập WTO vào tháng 1/2007 khi việc dỡ bỏ lệnh cấm là một phần của các cam kết của Việt Nam với WTO. Nhập khẩu chỉ được phép thông qua Công ty Xuất nhập khẩu Thuốc lá Việt Nam, một công ty thương mại thuộc tập đoàn Vinataba của nhà nước. Như đã thấy ở trên, thuốc lá và xì gà phải chịu thuế nhập khẩu là 150% từ các nước diện “tối huệ quốc” của WTO, và 225% từ các nước khác.

*Nguyên liệu thuốc lá (vỏ bao, thuốc lá đã tẩm nhiên liệu, hương liệu và các nguyên liệu khác thường được sử dụng trong sản xuất thuốc lá).* Hầu hết nguyên liệu thuốc lá chỉ phải chịu thuế nhập khẩu 30% (45% đối với các nước không là thành viên WTO), và VAT được thu với thuế suất thấp là 5% (so với thuế suất chuẩn 10%). Trong giai đoạn 2000–05, có sự tăng đáng kể về số lượng hàng nguyên liệu nhập khẩu hợp pháp khi mà ngành sản xuất thuốc lá tăng sản lượng mạnh và nguồn cung trong nước không thể đáp ứng nhu cầu. Việc giảm sản xuất thuốc lá đã kéo theo giảm nhập nguyên liệu vào năm 2006 – tỷ lệ nhập nguyên liệu trong cơ cấu nhập khẩu sản phẩm của Vinataba là 25% năm 2006 so với 51% năm 2005.<sup>70</sup>

## Xuất khẩu

*Thuốc lá.* Trước năm 1998 Việt Nam xuất khẩu khối lượng thuốc lá khiêm tốn. Vào năm 2001, chính phủ đưa ra mục tiêu sản xuất thuốc lá nội để thay thế thuốc lậu và đồng thời tăng xuất khẩu. Trong giai đoạn 2001–05 xuất khẩu của ngành này đã tăng mỗi năm 40%. Năm 2006, Việt Nam xuất khẩu 615 triệu bao với giá trị 46,5 triệu USD (khoảng 15% tổng sản lượng), 95% trong số đó là từ Vinataba. Thị trường xuất khẩu chính là Trung quốc và ở mức độ thấp hơn là Các Tiểu Vương Quốc Ả rập Thống nhất.

*Nguyên liệu thuốc lá (vỏ bao, lá thuốc tằm nhiên liệu, hương liệu và các nguyên liệu khác thường được sử dụng trong sản xuất thuốc lá).* Xuất khẩu nguyên liệu thuốc lá năm 2004 đạt 6.191 tấn nhưng đã bị giảm xuống chỉ còn một phần tư vào năm sau (1.424 tấn). Việc giảm sút này là do việc chuyển từ xuất khẩu nguyên liệu sang sử dụng trong nước để thay thế hàng ngoại nhập theo chính sách của chính phủ. Chính phủ Việt Nam đã nêu rõ mục tiêu ngành sản xuất thuốc lá phải dần tự cung tự cấp. Các thị trường xuất khẩu hiện nay là Vương quốc Anh, Singapore, Malaysia, Thụy Điển, Úc, Bỉ, và Hy Lạp.

## Buôn lậu

Về bản chất, khó có thể đo lường mức độ buôn lậu ở bất kỳ một quốc gia nào. Ở Việt Nam chẳng hạn, các ước tính khác nhau về hoạt động buôn lậu trong thập kỷ qua đưa ra các con số rất khác nhau từ chỉ có 20 triệu bao cho đến 400 triệu bao mỗi năm. Ở một nước có ít hoặc không có thuốc lá nhập ngoại hợp pháp, nó chiếm khoảng từ 0,5% đến 10% thị phần.<sup>71</sup>

Có thể có một số cách giải thích đã được đưa ra để lý giải cho hoạt động buôn lậu ở Việt Nam:

1. Sự quan niệm của công chúng là chất lượng thuốc lá nhập lậu cao hơn thuốc sản xuất hợp pháp ở thị trường Việt Nam.

2. Thuế thấp và quản lý lỏng ở các nước láng giềng (Lào và Campuchia).
3. Sự phối hợp hạn chế giữa các cơ quan (biên phòng, hải quan...).
4. Thiếu yếu tố động viên cho các viên chức làm công tác chống buôn lậu.
5. Mức phạt thấp một cách không hợp lý đối với người buôn lậu.
6. Hạn chế về việc làm hoặc các cơ hội thu nhập thay thế cho người buôn lậu.
7. Chiến lược định giá của công ty thuốc lá như BAT đã được điều chỉnh theo kênh phân phối.

Buôn lậu thuốc lá ở Việt Nam gây ra thất thu thuế. Một loại buôn lậu có liên quan đến buôn bán trái phép thuốc lá được giảm giá, thường là thông qua việc trốn thuế. Vì giá là nhân tố cơ bản quyết định việc hút thuốc, việc có sẵn các sản phẩm giá thấp hơn sẽ tạo ra khả năng gia tăng hút thuốc và làm mất đi các lợi ích sức khỏe có thể có được từ việc tăng giá thuốc lá trong nước. Do đó, các nỗ lực như thay đổi giá (và thuế) ở cấp khu vực có thể có tiềm năng rất lớn trong việc giảm hoạt động buôn lậu loại này.

Loại buôn lậu thứ hai có vẻ như không liên quan đến giá và là đến sự quan niệm rằng thuốc lá buôn lậu có chất lượng cao hơn. Vào năm 1994, BAT đã được phép sản xuất trong nước nhãn hiệu thuốc 555 mà lúc đó đang phổ biến trên thị trường thuốc lá nhập lậu ở Việt Nam. Mặc dù nhãn hiệu sản xuất trong nước rẻ hơn đáng kể, người hút tiếp tục ưa dùng nhãn hiệu nhập lậu vì cho rằng chất lượng cao hơn. Có vẻ như BAT đã có ảnh hưởng đáng kể lên nhận thức này<sup>72</sup> – các tài liệu công ty cho thấy rằng BAT kiểm soát chiến lược định giá của cả hai sản phẩm và quảng cáo nhãn hiệu “thuốc lậu” là tuyệt hảo, và sự hiểu biết về các con đường buôn lậu đã cho phép họ kiểm soát cung ở Việt Nam. Để khắc phục loại buôn lậu thứ hai này các nỗ lực chính sách cần tập trung vào hành vi của các công ty thuốc lá đa quốc gia.

**Trong khi có một vài cách lý giải về nguyên nhân buôn lậu, thì cũng có một số biện pháp có khả năng làm giảm thiểu buôn lậu các sản phẩm thuốc lá. Một trong các biện pháp như vậy đã được dùng ở Việt Nam là tem thuế.**

Trong khi có một vài cách lý giải về nguyên nhân buôn lậu, thì cũng có một số biện pháp có khả năng làm giảm thiểu buôn lậu các sản phẩm thuốc lá. Một trong các biện pháp như vậy đã được dùng ở Việt Nam là tem thuế. Năm 1999, quyết định của Thủ tướng yêu cầu dán tem thuế trên sản phẩm thuốc lá sản xuất trong nước với mục đích phân biệt với thuốc lá nhập ngoại trái phép có cùng thương hiệu. Chính sách này đã làm tăng thu cho chính phủ khoảng 300 – 500 tỷ VNĐ (18,75 – 31,25 triệu USD) mỗi năm.<sup>71</sup> Một cách tiếp cận thành công khác liên quan đến việc tăng cường

kiểm tra đồng thời tại 61 tỉnh và thành phố. Dự án năm 2002 này đặt mục tiêu kiểm soát vận chuyển và buôn bán thuốc lá nhập trái phép, tăng cường tổ chức của mạng lưới buôn bán thuốc lá trong nước, và xử lý việc vi phạm liên quan đến thuốc lá sản xuất trong nước. Một năm sau khi thực hiện, việc bày bán và buôn bán công khai thuốc lá lậu đã giảm đi đáng kể mặc dù hoạt động trái phép không được xóa bỏ hoàn toàn.<sup>71</sup>

Các chiến lược đã cho thấy có hiệu lực ở các nước khác bao gồm việc sử dụng các hệ thống ghi chép và theo dõi vi tính hóa, như đã được thực hiện ở Hồng Kông. Yêu cầu về cấp phép cho các công ty liên quan đến sản xuất và phân phối thuốc lá đã được áp dụng ở Pháp và Singapore, và các chiến dịch truyền thông đại chúng và nâng cao nhận thức đã được sử dụng hiệu quả ở Đức.<sup>73</sup> Các khả năng khác là xây dựng khung phạt cao hơn đối với những người buôn lậu, để tạo nhiều nguồn lực hơn cho việc thực thi, và cùng phối hợp điều chỉnh thuế suất cho phù hợp giữa các nước láng giềng.<sup>73</sup>

#### Chú thích cho Chương IV

<sup>55</sup> Minh NT, Kinh HV, Lam NT, Hien NTT, Ngoc VTB. Financial Burden of Smoking on Households in Vietnam. *Journal of Practical Medicine* 2006;533:101-108.

<sup>56</sup> World Bank. *World development report 1990: Poverty*. Oxford: Oxford University Press for The World Bank, 1990.

<sup>57</sup> United Nations Development Programme. *UNDP Report on living conditions in Vietnam*. Hanoi: Office of the United Nations Resident Coordinator, Vietnam. 2004.

<sup>58</sup> Hu TW, Mao Z, Liu Y, de Beyer J, Ong M. Smoking, standard of living, and poverty in China. *Tob Control* 2005;14:247-250.

<sup>59</sup> Best CM, Sun K, de Pee S, Bloem MW, Stallkamp G, Semba RD. Parental tobacco use is associated with increased risk of child malnutrition in Bangladesh. *Nutrition* 2007;23:731-738.

<sup>60</sup> Ashley MJ, Ferrence R. Reducing children's exposure to environmental tobacco smoke in homes: issues and strategies. *Tob Control* 1998;7:61-65.

<sup>61</sup> Hoang M, Thu L, Efroymson D, FitzGerald S, Jones L, Tuan T. *Tobacco over Education - An Examination of Opportunity Losses for Smoking Households*. Hanoi: Path Canada (HealthBridge) Vietnam Office, 2004.

<sup>62</sup> Wagstaff A. The economic consequences of health shocks: evidence from Vietnam. *J Health Econ* 2007;26:82-100.

<sup>63</sup> Bonu S, Rani M, Peters DH, Jha P, Nguyen SN. Does use of tobacco or alcohol contribute to impoverishment from hospitalization costs in India? *Health Policy Plan* 2005;20:41-49.

<sup>64</sup> de Beyer J, Lovelace C, Yurekli A. Poverty and tobacco. *Tob Control* 2001;10:210-211.



- <sup>65</sup> Tổng cục Thống kê. Niên giám Thống kê Việt Nam, 2006. Hà nội: Nhà xuất bản Thống kê, 2007.
- <sup>66</sup> Kinh VH, Bales S. Tobacco in Vietnam: the industry, demand, control policies and employment. Economic, social and health issues in tobacco control. Report of a WHO international meeting. Kobe: Centre for Health Development, World Health Organisation, 2003.
- <sup>67</sup> Laxminarayan R, Deolalikar A. Tobacco Initiation, Cessation, and Change: Evidence from Vietnam. *Health Econ* 2004;13:1191-1201.
- <sup>68</sup> World Bank. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington: The World Bank, 1999.
- <sup>69</sup> World Health Organization. The World Health Report 1999—Making a Difference. Geneva: World Health Organization, 1999.
- <sup>70</sup> Tổng công ty Thuốc lá Việt Nam. Báo cáo về hoạt động sản xuất và buôn bán năm 2006 và kế hoạch hành động cho năm 2007. Hà nội: Tổng công ty Thuốc lá Việt Nam, 2007.
- <sup>71</sup> Ha NTT, Thuy PM, Anh NS. Cigarette smuggling in Vietnam: Problems and solutions. *Journal of Practical Medicine* 2006;533:117-125.
- <sup>72</sup> Joossens L. Vietnam: smuggling adds value. *Tob Control* 2003;12:119-120.
- <sup>73</sup> Joossens L, Chaloupka FJ, Merriman D, Yurekli A. Issues in the smuggling of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ, editors. Tobacco control policies in developing countries. New York: Oxford University Press, 2000.

## V. Lượng hóa ảnh hưởng của tăng thuế và giá thuốc lá

Tăng thuế thuốc lá là phương tiện hiệu quả nhất làm giảm việc sử dụng thuốc lá và đồng thời nó cũng giúp tăng thu nhập thuế của chính phủ. Phần này trình bày khái quát về ảnh hưởng có thể có của việc tăng thuế thuốc lá.

**Tăng thuế thuốc lá là phương tiện hiệu quả nhất làm giảm việc sử dụng thuốc lá và đồng thời nó cũng giúp tăng thu nhập thuế của chính phủ.**

Ranson và đồng nghiệp đã tính toán chi phí và hiệu quả của nhiều biện pháp can thiệp kiểm soát thuốc lá khác nhau, bao gồm cả việc tăng giá 10% trên toàn thế giới.<sup>74</sup> Tác giả ước tính về ảnh hưởng của tăng giá đối với số ca tử vong do thuốc lá có thể tránh được thông qua việc giảm tỷ lệ hút thuốc lá và giảm mức tiêu thụ thuốc lá. Độ co giãn cầu theo giá ở những người hút thuốc năm 1995 được ước tính là ở trong khoảng từ -0,4 đến -1,2 ở các nước thu nhập thấp và trung bình, và từ -0,2 đến -0,8 ở các nước thu nhập cao. Ngoài ra, các tác giả đưa ra giả thiết rằng một nửa phản ứng với giá là do thay đổi tỷ lệ hút thuốc lá và nửa kia là do giảm số điều hút ở những người hút thuốc chưa bỏ. Khi ước tính số lượng ca tử vong giảm được thông qua tăng giá, cần giả thiết rằng tác động giảm tử vong do thuốc lá chỉ xảy ra ở những người bỏ thuốc và khác nhau theo độ tuổi (còn việc giảm số điều hút ở những người chưa bỏ được thì không giảm được tỷ lệ tử vong). Họ phát hiện rằng mức tăng giá bán lẻ 10% trên toàn thế giới thông qua tăng thuế sẽ làm giảm được từ 5 triệu đến 16 triệu ca tử vong, 90% số đó ở các nước thu nhập thấp và trung bình.

Levy và đồng nghiệp đã sử dụng một mô hình mô phỏng tên là SimSmoke để dự đoán ảnh hưởng của các chính sách kiểm soát thuốc lên việc sử dụng thuốc lá và tình trạng chết sớm.<sup>75</sup> SimSmoke được áp dụng cho Việt

Nam để dự đoán ảnh hưởng của nhiều chính sách can thiệp kiểm soát thuốc lá lên tỷ lệ hút thuốc ở người lớn và số tử vong do thuốc lá trong giai đoạn 30 năm từ năm cơ sở là 2002. Những can thiệp này bao gồm tăng thuế một lần 10%, 30%, 50% và 100%, áp dụng năm 2004, và duy trì thời gian sau đó. Với giả định độ co giãn cầu theo giá ở các mức nhất định cho các nhóm tuổi (mức -0,6 cho nhóm tuổi dưới 24; mức -0,5 cho nhóm 35-44; và mức -0,3 cho nhóm 45 tuổi hoặc cao hơn) và nguy cơ tử vong tương đối ở những người hút thuốc là 1,35, thì việc tăng thuế 10% sẽ làm giảm tỷ lệ hút thuốc ở nam và nữ tương ứng là 3,6% và 2,1%. Mức tăng 100% sẽ giảm tỷ lệ hút thuốc ở nam và nữ tương ứng là 24,5% và 14,5%. Số lượng ca tử vong vì thuốc lá giảm được mỗi năm trong khoảng từ 1.386 đến 9.490 khi thuế tăng tương ứng là 10% và 100%.

Tác giả Guindon và cộng sự đã ước tính mức thu nhập thuế của chính phủ đến năm 2010 (từ các năm cơ sở khác nhau) với các giả định độ co giãn cầu theo giá khác nhau ở sáu nước thuộc tổ chức WHO trong khu vực Đông Nam Á (Bangladesh, Indonesia, Maldives, Nepal, Sri Lanka và Thái Lan).<sup>76</sup> Bằng việc sử dụng độ co giãn cầu theo giá và theo thu nhập tương ứng là -0,75 và +0,50, các tác giả dự báo mức thay đổi thu nhập thuế của chính phủ khi có sự tăng giá thực tế 5% thông qua thuế. Kết quả của họ chỉ ra rằng tăng giá sẽ giảm tiêu thụ thuốc lá và tăng đáng kể thu nhập của chính phủ ở tất cả các nước. Chẳng hạn, một mức tăng giá thực tế 5% có thể tăng thu nhập trong giai đoạn dự báo thêm 440 triệu USD ở Nepal, 725 triệu USD ở Sri Lanka và 994 triệu USD ở Bangladesh.

Sử dụng phương pháp của Ranson và cộng sự,<sup>74</sup> chúng tôi đánh giá ảnh hưởng của tăng giá thuốc lá đến số tử vong do thuốc lá ở Việt Nam (xem Phụ lục C về phương pháp luận và các giả định). Khi giá chỉ tăng đối với thuốc lá và sử dụng độ co giãn cầu thấp là -0,25, chúng tôi thấy rằng với mức tăng giá bán lẻ là 33% sẽ làm giảm được tổng cộng là 170.000 ca tử vong do thuốc lá cộng dồn đến năm 2050; trong khi một mức tăng giá 70% sẽ giảm được 360.000 ca tử vong do thuốc lá. Nếu việc tăng giá như vậy áp dụng

cho tất cả các sản phẩm thuốc lá (cả thuốc lào), mức giảm số lượng tử vong do thuốc lá sẽ trong khoảng từ 100.000 đến 500.000.

Sử dụng độ co giãn cao  $-0,75$ , mức tăng 33% giá thuốc lá sẽ làm giảm 508.000 ca tử vong do thuốc lá tính

đến 2050, và sẽ giảm được gần 1 triệu ca tử vong do thuốc khi giá thuốc tăng 70%. Nếu việc tăng giá như vậy áp dụng cho tất cả các sản phẩm thuốc lá, số lượng ca tử vong do thuốc lá sẽ giảm đi tương ứng khoảng 710.000 và 1,4 triệu tính đến năm 2050.

**Bảng 5.1: Ảnh hưởng của việc tăng giá thuốc lá đến tỷ lệ tử vong do thuốc lá và thu nhập thuế của chính phủ**

	Giá trị cơ sở	Giá trị dự báo (khoảng % tăng Giá Bán lẻ)		
		10%	33%	50%
Giá bán lẻ (mỗi bao 20 điếu)	5.250	5.850	7.000	7.800
Thuế tiêu thụ đặc biệt (SCT) (%)	65%	85%	125%	150%
Tổng thuế (% của giá bán lẻ)	42,6%	48,5%	57,7%	61,5%
<b>Giảm số người hút thuốc (ngàn người) vào năm 2050</b> Độ co giãn cầu theo giá				
-0,25		-152,0	-501,4	-759,8
-0,50		-303,9	-1.002,9	-1.519,5
-0,75		-455,9	-1.504,6	-2.211,4
<b>Số sinh mạng được cứu (ngàn người) vào năm 2050</b> Độ co giãn cầu theo giá				
-0,25		-51,3	-169,4	-256,7
-0,50		-102,7	-338,8	-513,4
-0,75		-154,0	-508,3	-744,3
<b>Tổng thu nhập thuế bổ sung (triệu VND)</b> Độ co giãn cầu theo giá				
-0,25		2.152.183	5.463.498	7.173.110
-0,50		1.903.335	4.293.086	5.069.394
-0,75		1.654.487	3.122.674	2.965.679
<b>Tổng thu nhập thuế bổ sung (triệu USD)</b> Độ co giãn cầu theo giá				
-0,25		134,5	341,5	448,3
-0,50		119,0	268,3	316,8
-0,75		103,4	195,2	185,4
<b>Tổng thu nhập thuế (triệu VND)</b> Độ co giãn cầu theo giá	<b>7.552.900</b>			
-0,25		9.705.083	13.016.398	14.726.010
-0,50		9.456.235	11.845.986	12.622.294
-0,75		9.207.387	10.675.574	10.518.579
<b>Tổng thu nhập thuế (triệu USD)</b> Độ co giãn cầu theo giá	<b>472</b>			
-0,25		606,6	813,5	920,4
-0,50		591,0	740,4	788,9
-0,75		575,5	667,2	657,4

Ghi chú: Tổng thu nhập thuế bao gồm thu nhập từ Thuế Tiêu thụ Đặc biệt và từ VAT 10% của Việt Nam. Giá trị cơ sở của Tổng Thu nhập Thuế là từ năm 2008. Đối với tổng doanh số bán hàng thuốc lá, giá trị cơ sở là 3.510 triệu bao được sử dụng (dựa trên số liệu sản lượng và xuất khẩu năm 2008). Xem Phụ lục C để biết thêm chi tiết về phương pháp luận và giả định của mô hình dự báo.

**...khi tăng giá thực của thuốc lá lên 10% ước tính sẽ làm giảm số lượng người hút đi khoảng 300.000, giảm hơn 100.000 ca tử vong sớm và làm tăng thu nhập thuế của chính phủ thêm hơn 1.900 tỷ VNĐ (119 triệu USD).**

Bảng 5.1 biểu thị ảnh hưởng ước tính của việc tăng giá thuốc lá thêm 10%, 33% và 50% đối với số người hút thuốc lá, với số ca tử vong sớm tránh được và với thu nhập của chính phủ từ thuế thuốc lá. Ba kịch bản sử dụng các ước tính độ co giãn cầu theo giá khác nhau được trình bày (thấp, trung bình và cao, tương ứng với 3 mức của độ co giãn cầu theo giá là  $-0,25$ ,  $-0,50$  và  $-0,75$ ). Như vậy, các ước tính mô hình dự đoán trình bày ở Bảng 5.1 biểu thị ảnh hưởng của việc tăng giá thuốc lá và từ đó ảnh hưởng của chúng đến tỷ lệ tử vong sớm do thuốc lá và ảnh hưởng tới thu nhập của chính phủ thông qua những thay đổi về số người hút thuốc và tổng số thuốc lá tiêu thụ.

Với giả thiết tổng độ co giãn cầu theo giá ở mức trung bình, tức là  $-0,50$ , thì khi tăng giá thực của thuốc lá lên 10% ước tính sẽ làm giảm số lượng người hút thuốc đi khoảng 300.000, giảm được hơn 100.000 ca chết sớm và làm tăng thu nhập thuế của chính phủ thêm hơn 1.900 tỷ VNĐ (119 triệu USD).

Con số ước lượng về mức thay đổi số người hút thuốc lá và thay đổi về số lượng ca tử vong sớm có thể tránh được như trình bày ở đây nhiều khả năng vẫn là con số ước tính ở mức bảo thủ (mức thấp) vì một số lý do. Thứ nhất, chỉ riêng những người hiện đang hút thuốc tại năm 2005 được sử dụng trong ước tính, vì vậy chưa tính đến ảnh hưởng mà giá cao có thể có lên nhóm người hút thuốc trong tương lai. Thứ hai, việc giảm tiêu thụ ở những người hút thuốc nhưng không bỏ thuốc được giả định là không có ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong. Thứ ba, chúng tôi giả định rằng chỉ có 4 trong 10 người hút thuốc hiện tại sau này sẽ bị chết vì bệnh do hút thuốc gây ra.<sup>74</sup>

Tính toán mô phỏng của chúng tôi về số tiền thu thuế tăng thêm có những hạn chế cần phải thảo luận. Thứ nhất, vì thiếu dữ liệu về tổng số tiêu thụ hoặc doanh thu bán hàng từ thuốc lá, chúng tôi không thể lập mô hình về ảnh hưởng của tăng giá thuốc lá lên thu nhập từ thuế. Tuy nhiên, như đã thảo luận ở trên, chúng tôi có thể lập mô hình về ảnh hưởng của tăng giá thuốc lá đến số lượng người hút thuốc lá và số lượng ca chết sớm có thể tránh được bằng cách sử dụng dữ liệu sẵn có về tỷ lệ hút thuốc lá. Thứ hai, chúng tôi giả định rằng tất cả các yếu tố khác, ngoài yếu tố giá, mà có thể có ảnh hưởng đến việc sử dụng các sản phẩm thuốc lá ngoài giá, kể cả thu nhập, là giữ nguyên không đổi. Với mức tăng trưởng dự kiến của nền kinh tế Việt Nam và với độ co giãn cầu theo thu nhập là dương tính, ước tính số thu nhập thuế tăng thêm của chúng tôi nhiều khả năng cũng vẫn là con số ước tính bảo thủ (ở mức thấp).

#### Chú thích cho Chương V

<sup>74</sup> Ranson MK, Jha P, Chaloupka FJ, Nguyen SN. Global and regional estimates of the effectiveness and cost-effectiveness of price increases and other tobacco control policies. *Nicotine Tob Res* 2002;4:311-319.

<sup>75</sup> Levy DT, Bales S, Lam NT, Nikolayev L. The role of public policies in reducing smoking and deaths caused by smoking in Vietnam: results from the Vietnam tobacco policy simulation model. *Soc Sci Med* 2006;62:1819-1830.

<sup>76</sup> Guindon GE, Perucic A-M, Boisclair D. Higher tobacco prices and Taxes in South-East Asia: an effective tool to reduce tobacco use, save lives and increase government revenue. HNP Discussion Paper. *Economics of Tobacco Control Paper No. 11*. Washington: The World Bank, 2003.

## VI. Các vấn đề về thực hiện khi tăng thuế thuốc lá

Việc thay đổi thuế thuốc lá liên quan đến một loạt các bước hoặc hành động về pháp lý và hành chính. Những quá trình này được mô tả ở đây vì chúng phù hợp với Việt Nam và bao gồm một thảo luận ngắn về các chi phí hành chính liên quan đến thay đổi thuế thuốc lá.

### Quản lý

#### Quản lý thuế thuốc lá

Bộ Tài chính Việt Nam chịu trách nhiệm về vấn đề thuế, bao gồm việc soạn thảo chính sách thuế thuốc lá và các văn bản liên quan như hướng dẫn thực hiện chính sách, quản lý việc thu và chi tiêu thuế thuốc lá, và giám sát việc quản lý tài chính của các doanh nghiệp. Tiền thuế thuốc lá được Bộ Tài chính thu, đưa vào ngân sách chính phủ, và sau đó phân bổ vào chi tiêu chính phủ.

Quốc hội Việt Nam ấn định thuế suất thuế tiêu thụ đặc biệt, thuế thu nhập doanh nghiệp và thuế giá trị gia tăng đối với thuốc lá. Thủ tướng quy định thuế nhập khẩu thuốc lá, Bộ Tài chính quy định giá cơ sở để tính thuế áp dụng cho các nguyên liệu nhập ngoại. Tổng cục thuế chịu trách nhiệm thu tất cả các loại thuế thuốc lá. Cơ quan này có các đơn vị thu thuế ở cấp tỉnh và quận huyện và đội thu thuế ở các địa phương.

#### Quy trình thay đổi thuế thuốc lá

Luật thuế được Bộ Tài chính soạn thảo, sau đó gửi tới các bộ ngành liên quan – chẳng hạn như Bộ Công Thương và Bộ Tư pháp – để lấy ý kiến. Dự thảo luật sau đó được chỉnh sửa nếu cần thiết, và sau đó được đệ trình lên Quốc Hội để phê chuẩn.

Để được đưa ra tại kỳ họp Quốc Hội, luật thuế thuốc lá phải có trong chương trình nghị sự của Quốc hội mà chương trình này một phần là trách nhiệm của Bộ Tư pháp.\* Do đó, Bộ Tài chính cũng cần phối hợp với Bộ Tư pháp trong việc soạn thảo và đệ trình dự thảo luật quy định về thuế thuốc lá mới. Khi luật thuế được phê chuẩn, Bộ Tài chính chịu trách nhiệm soạn thảo nghị định để hướng dẫn thực hiện luật thuế thuốc lá và Thủ tướng chính phủ sẽ ký ban hành. Sau đó Bộ Tài chính ban hành các văn bản hướng dẫn chi tiết việc thực hiện luật thuế thuốc lá do Bộ Trưởng Tài chính ký.

Ban chỉ đạo Chương trình Phòng chống Tác hại Thuốc lá quốc gia của Việt Nam (VINACOSH) đóng một vai trò tích cực và quan trọng trong quá trình thay đổi thuế thuốc lá. VINACOSH thường xuyên đối thoại với Bộ Tài chính, tổ chức các hội thảo với Quốc Hội và hỗ trợ một loạt hoạt động truyền thông đại chúng.

#### Các vấn đề về thu thuế

Có một số biện pháp đang được thực hiện để chống trốn thuế và buôn lậu thuốc lá, bao gồm tem thuế và một loạt hình thức xử phạt đối với những người buôn lậu thuốc lá. Tem thuế thuốc lá được đưa ra năm 1999 và bắt đầu áp dụng từ 1/4/2000. Mặc dù không phải là mục đích ban đầu của chính sách, tất cả các doanh nghiệp kể từ đó đã phải công bố sản lượng chính xác, trong khi những năm trước đó các doanh nghiệp này có thể báo cáo sản lượng ít đi để giảm gánh nặng về thuế. Việc áp dụng tem thuế là một trong những lý do giải thích cho mức tăng sản lượng thuốc lá 32% vào năm 2000 (tức là tốc độ tăng trưởng một phần là do báo cáo không chính xác, chứ không phải là sản lượng tăng thực tế). Hơn nữa, biện pháp này đã làm tăng thu cho chính phủ khoảng 300 tỷ đến 500 tỷ VNĐ mỗi năm (từ 18,75 đến 31,25 triệu USD).<sup>77</sup>

\* Bộ Tư pháp chịu trách nhiệm lập chương trình nghị sự để xây dựng luật và sắc lệnh về những vấn đề thuộc về chính phủ và theo dõi tiếp để đảm bảo tính nhất quán về luật pháp với các văn bản luật hiện có và để đảm bảo đáp ứng được thời hạn.

Nhìn chung, những biện pháp xử phạt hiện tại đối với buôn lậu có vẻ như không hiệu quả. Đối với người buôn lậu nhỏ (thường là người mang vác thuốc lá qua biên giới), mức phạt khác nhau tùy theo số lượng bao thuốc buôn lậu. Nhưng vì hầu hết người buôn lậu nhỏ là người nghèo và bị bắt khi mang số lượng dưới ngưỡng cho phép (1.500 bao), mức phạt tiền không thể là cách hiệu quả nhất để xử lý vấn đề buôn lậu kiểu này. Các mức phạt cho những người buôn lậu tội phạm quy mô lớn có thể cao, với mức phạt 3 triệu đến 100 triệu VNĐ (187,5 đến 6.250 USD), ngoài ra còn bị kết án tù và trong các trường hợp nghiêm trọng còn bị tử hình. Mặc dù những mức phạt nghiêm khắc như vậy có thể có tác dụng răn đe, nhưng thực tế lại tỏ ra không hiệu quả vì xác suất bị bắt thấp. Những người cầm đầu hầu hết các mạng lưới buôn lậu vẫn chưa bị bắt và kết tội vì việc này sẽ đòi hỏi phải có các cuộc điều tra tốn kém của các nhân viên thực thi luật pháp.<sup>77</sup>

Điều quan trọng cần lưu ý là chi phí của việc thu thuế, liên quan đến các phương pháp thu thuế, là khác nhau đáng kể giữa thuế một mức thống nhất và thuế nhiều mức riêng biệt theo sản phẩm (thuế nhiều mức). Việc thu thuế một mức thống nhất đơn giản và rẻ hơn vì việc tính toán là dựa trên thu nhập doanh nghiệp và tổng tiền thuế phải trả bằng doanh thu của công ty nhân với thuế suất.

Ngược lại, với thuế nhiều mức như các loại thuế áp dụng ở Việt Nam trước năm 2006, việc tính toán rất phức tạp và dễ bị làm sai lệch vì còn liên quan đến tỷ trọng nguyên liệu nhập ngoại trong tổng chi phí của một bao thuốc lá. Cách tính toán này gây tổn kém và tạo khe hở cho tham nhũng trong việc xác định số tiền thuế của doanh nghiệp. Phí thu thuế là tương tự nhau đối với cả hai loại (một mức và nhiều mức) vì quy trình thu thuế là tương tự nhau.

Hiện tại không có loại thuế tính theo số lượng (specific excise tax) nào được áp dụng cho thuốc lá ở Việt Nam, do đó một hướng cải cách thuế có hiệu quả nhất đối với kiểm soát thuốc lá sẽ là đưa ra áp dụng một loại thuế tiêu thụ đặc biệt tính theo số lượng vì những lý do sau:

- Thuế tính theo số lượng hạn chế việc người hút thuốc chuyển sang dùng các loại thuốc rẻ tiền hơn và do đó hiệu quả hơn trong việc làm giảm tỷ lệ hút thuốc; ngược lại với thuế tính theo giá trị như hiện nay thường là dẫn đến chênh lệch giá càng lớn hơn giữa thuốc lá rẻ tiền và thuốc lá đắt tiền.
- Thuế tính theo số lượng quản lý cũng đơn giản hơn vì chỉ cần xác định số lượng sản phẩm mà không cần xác định giá trị.\*
- Để duy trì tính hiệu quả, thuế tính theo số lượng phải được điều chỉnh tự động hàng năm để theo kịp lạm phát và sức mua tăng lên.

#### Chú thích cho Chương VI

<sup>77</sup> Ha NTT, Thuý PM, Anh NS. Buôn lậu thuốc lá ở Việt Nam: Vấn đề và giải pháp. Tạp chí Y học Thực hành 2006;533:117-125.

\* Việc xác định giá trị có thể rất khó khăn khi nhà sản xuất thuốc muốn bán cho nhà phân phối với giá thấp giả tạo để giảm nghĩa vụ thuế.

## VII. Khuyến nghị

Thuế các sản phẩm thuốc lá nên được tăng thường xuyên và thống nhất cho tất cả các loại thuốc lá.

- Giá các sản phẩm thuốc lá, so với các hàng hóa và dịch vụ khác, phải ngày càng trở nên đắt đỏ hơn.
- Điều quan trọng là thuế cần được tăng thống nhất đối với tất cả các loại sản phẩm để không khuyến khích việc thay thế giữa các sản phẩm thuốc lá.
- Thuốc lá, hiện chưa bị thu thuế, thì cũng cần phải bị đánh thuế.

Cụ thể hơn, xét vì:

- a. Mức thuế hiện tại đối với các sản phẩm thuốc lá còn chiếm tỷ lệ tương đối thấp trong giá bán lẻ ở Việt Nam.
  - b. Cầu sản phẩm thuốc lá ở Việt Nam ít co giãn.
  - c. Tốc độ tăng trưởng kinh tế Việt Nam (hơn 8% mỗi năm trong những năm gần đây).
  - d. Tỷ lệ lạm phát mới đây, hiện nay và dự báo thời gian tới là tương đối cao (hơn 7% kể từ 2004 và dự kiến 18% năm 2008 và 10% năm 2009).<sup>78-79</sup>
  - e. Những thay đổi mới đây được áp dụng để đơn giản hóa cơ cấu thuế cho các sản phẩm thuốc lá ở Việt Nam và việc không có loại thuế tính theo số lượng nào hiện đang được áp dụng cho các sản phẩm thuốc lá.
  - f. Thị trường các sản phẩm thuốc lá ở Việt Nam có đặc điểm gồm nhiều loại nhãn hiệu với nhiều mức giá khác nhau.
1. **Tăng thuế tiêu thụ đặc biệt hàng năm để giá các sản phẩm thuốc lá tăng ít nhất bằng, và tốt nhất là vượt, tốc độ tăng trưởng kinh tế của Việt Nam.**

*Thuế tiêu thụ đặc biệt*, được ấn định 65% từ 1/1/2008, nên được tăng mỗi năm 20% (tức là 85% năm 2009, 105% năm 2010, v.v...) và qua đó tự động dẫn đến tăng giá khoảng 10% mỗi năm. Việc điều chỉnh một lần sẽ không đủ vì tốc độ tăng của nền kinh tế Việt Nam. Việc tăng như vậy dự kiến sẽ có thể làm tăng thêm 1.900 tỷ VNĐ (119 triệu USD) thu nhập thuế mỗi năm và giảm được khoảng 103.000 ca chết sớm.

2. **Với mục tiêu tăng đáng kể giá của các sản phẩm thuốc lá rẻ nhất và do đó giảm cơ hội người hút thuốc chuyển sang các sản phẩm rẻ hơn khi thuế tăng, nên áp dụng một loại thuế tính theo số lượng, có điều chỉnh hàng năm theo lạm phát hoặc có lộ trình tăng theo thời gian để theo kịp và vượt mức lạm phát dự kiến.**

Với tỷ lệ lạm phát dự kiến cao trong những năm sắp tới, thì khi áp thuế theo số lượng cần tránh không để cho thuế này bị mất tác dụng do việc tăng giá chung các mặt hàng. Một điều quan trọng nữa là khi áp dụng thuế theo số lượng thì cũng không được giảm hoặc bỏ *thuế tiêu thụ đặc biệt theo giá trị hiện đang áp dụng*. Nên đưa ra áp dụng (bổ sung) một mức thuế theo số lượng là 1.750 VNĐ (0,11 USD) mỗi bao 20 điếu, điều chỉnh theo lạm phát hoặc tăng theo lịch trình để theo kịp hoặc vượt lạm phát dự kiến. Mức thuế như vậy sẽ làm tăng giá trung bình khoảng 30% và ước tính sẽ làm tăng thêm khoảng 4.300 tỷ VNĐ (268 triệu USD) tiền thu thuế mỗi năm và tránh được khoảng 339.000 ca tử vong sớm.

3. **Xét vì thuốc lá hiện được miễn tất cả các loại thuế, và với mục tiêu giảm cơ hội thay thế từ thuốc lá sang thuốc lá rẻ tiền khi thuế thuốc lá tăng lên, thì khuyến nghị nên áp một loại thuế tính theo số lượng đối với thuốc lá.**

Nên áp dụng một mức thuế là 1000 VNĐ (0,06 USD) mỗi 100 gam thuốc lá, điều chỉnh theo lạm phát hoặc được tăng theo lịch trình để theo kịp hoặc vượt lạm phát dự kiến.

#### 4. **Tăng cường các biện pháp chống buôn lậu.**

Mặc dù khó có thể có con số chính xác về mức buôn lậu, một số ước tính cho thấy tỷ trọng buôn lậu ở Việt Nam chiếm gần 10% tổng lượng thiêu thụ.<sup>80</sup> Chính sách tem thuế áp dụng từ năm 2000 của chính phủ Việt Nam cần được duy trì và tăng cường, vì việc sử dụng tem thuế có thể giúp xác định các sản phẩm sản xuất hoặc nhập khẩu trái phép. Các biện pháp chống buôn lậu khác như quy định cấp phép bán hàng và thực thi luật pháp tốt hơn cần được thực hiện.

#### 5. **Lồng ghép việc kiểm soát thuốc lá vào trong các nỗ lực giảm nghèo chung.**

Khía cạnh tác hại sức khỏe của việc sử dụng thuốc lá đã được y văn đề cập rất đầy đủ. Tuy nhiên, khía cạnh ảnh hưởng của thuốc lá tới việc làm trầm trọng thêm đói nghèo thường ít được quan tâm tới. Khi gánh nặng bệnh tật do thuốc lá gây ra đối với các nước thu nhập thấp và trung bình như Việt Nam ngày càng lớn, thì việc kiểm soát thuốc lá cần được lồng ghép trong các nỗ lực giảm nghèo chung.<sup>81</sup>

Việc dành ra một phần thu nhập từ thuế thuốc lá cho các chương trình sức khỏe chung như bảo hiểm y tế, nâng cao sức khỏe và các hoạt động kiểm soát thuốc lá được khuyến nghị thực hiện.

#### **Chú thích cho Chương VII**

<sup>78</sup> Asian Development Bank. Asian Development Outlook 2008: Workers in Asia, Manila: Asian Development Bank, 2008.

<sup>79</sup> International Monetary Fund. World Economic Outlook Database. Washington: International Monetary Fund, 2007.

<sup>80</sup> Ha NTT, Thuy PM, Anh NS, và đồng nghiệp. Buôn lậu thuốc lá ở Việt Nam: Vấn đề và giải pháp. Tạp chí Y học Thực hành 2006;533:117.

<sup>81</sup> World Health Organization. Tobacco & Health in the Developing World. Background paper prepared for the European Commission Round Table on Tobacco Control and Development Policy. Brussels: European Commission, 2003.



## Phụ lục A: Điều tra quốc gia về sử dụng thuốc lá ở Việt Nam

### Bối cảnh

Từ năm 1992 đến 2006, đã có bốn cuộc điều tra được tiến hành để đánh giá mức độ và sự phân bố tỷ lệ sử dụng thuốc lá ở Việt Nam. *Điều tra Mức sống dân cư Việt Nam (VLSS)* 1992 -93 khảo sát 4.800 hộ. 20% mẫu điều tra được lựa chọn từ các khu vực thành thị và sự phân tầng theo vùng địa lý được áp dụng để mẫu có tính đại diện cho dân số Việt Nam nói chung. Các câu hỏi có bao gồm cả thông tin về loại sản phẩm sử dụng là thuốc lá, tẩu, hay thuốc nhai. Số lượng thuốc lá được sử dụng được tính bằng số gram được hút hoặc nhai mỗi ngày, và thông tin về chi phí cho thuốc lá được thu thập ở cấp độ hộ gia đình. Điều tra VLSS được thực hiện lần hai vào năm 1997-98 có sử dụng mẫu điều tra lớn hơn là 6.000 hộ. Một phần của bảng câu hỏi hộ gia đình được chỉnh sửa để cung cấp thêm chi tiết về những vấn đề liên quan đến sức khỏe, và các câu hỏi được điều chỉnh để đề cập đến việc sử dụng các sản phẩm thuốc lá tự cuốn. Việc bao gồm thuốc lá tự cuốn có thể có khả năng làm tăng tỷ lệ hút thuốc lá theo báo cáo, đặc biệt đối với các vùng phía nam đất nước. Số lượng thuốc lá sử dụng được tính bằng số điếu thuốc lá hút mỗi ngày, và chi phí cho các sản phẩm thuốc lá được hỏi ở cấp độ cá nhân chứ không phải cấp độ hộ gia đình.

Vào năm 2001-02, cuộc *Điều tra Y tế Quốc gia Việt Nam (VNHS)* được tiến hành dựa trên mẫu điều tra ở tất cả 61 tỉnh kể cả các khu vực thành thị và nông thôn, ven biển và miền núi, với tổng số 36.000 hộ gia đình. Trong khi hai cuộc điều tra VLSS trước đó hỏi “Bạn có đang hút thuốc?”, thì VNHS xác định những người hút thuốc hiện tại là những người tiêu thụ hơn bảy điếu thuốc lá/thuốc tự cuốn/lần hút thuốc lào mỗi tuần. Chi phí được tính bằng cách hỏi cá nhân đó đã tiêu bao nhiêu tiền để mua thuốc.

Còn trong *Điều tra Mức sống Hộ Gia đình Việt Nam 2006 (VHLSS)* phần hỏi về sử dụng thuốc lá được tiến hành trong một mẫu điều tra gồm 9.189 hộ gia đình là đại diện toàn quốc và đại diện cho cả 8 khu vực, các tầng lớp thành thị và nông thôn. VHLSS tính toán mức độ sử dụng thuốc lá bằng cách hỏi các câu hỏi sau: Bạn đã bao giờ hút thuốc lá hay thuốc lào chưa?; Bây giờ bạn hút hàng ngày, thỉnh thoảng hút hay đã bỏ? Khác với VLSS và VNHS, VHLSS không phân biệt giữa sử dụng thuốc lá và thuốc lào.

Vì bốn cuộc điều tra có khác nhau chút ít về kỹ thuật lấy mẫu và các câu hỏi, việc so sánh trực tiếp các dữ liệu cần phải thận trọng. Tuy nhiên, thông tin thu thập được là có giá trị ở chỗ nó đại diện cho một bức tranh chung về khuynh hướng sử dụng thuốc lá ở Việt Nam.

### Khuynh hướng chính

Về tổng thể, từ 25% đến 30% dân số trưởng thành của Việt Nam được ước tính sử dụng các sản phẩm thuốc lá. Tuy nhiên, tỷ lệ sử dụng thuốc lá khác nhau nhiều ở giới tính. Trong số nữ giới\* tỷ lệ sử dụng thuốc lá ước tính là từ 1,8% dân số (VNHS ‘01) đến 4,1% (VLSS ‘93). Trong số nam giới, con số ước tính nằm trong khoảng từ 50,7% (VLSS ‘98) đến 61,3% (VLSS ‘93) (xem Bảng A1). Nhìn chung, tỷ lệ sử dụng thuốc lá ở các vùng nông thôn là cao hơn ở thành thị đối với cả nam và nữ. Về sự khác biệt giữa các nhóm tuổi, đối với nữ, tỷ lệ sử dụng thuốc lá cao hơn ở nhóm tuổi cao hơn. Đối với nam, tỷ lệ sử dụng thuốc lá cao nhất ở nhóm tuổi 35-44. Tất cả ba cuộc điều tra chỉ ra rằng đối với cả nam và nữ, tỷ lệ sử dụng thuốc lá theo xu hướng giảm ở các nhóm thu nhập cao hơn.

Xét về số lượng thuốc lá sử dụng, số lượng điếu thuốc lá trung bình hút hàng ngày là khoảng 11 hoặc 12 đối với nam, và khoảng 8 hoặc 9 đối với nữ. Nam giới ở khu vực nông thôn có khuynh hướng hút nhiều điếu một ngày hơn so với nam ở khu vực thành thị. Tuy nhiên, khuynh hướng đó không có ở phụ nữ. Trong số các hộ gia

\* Mọi con số là dành cho các cá nhân từ 15 tuổi trở lên trừ khi quy định khác đi.

**Bảng A1: Tỷ lệ sử dụng thuốc lá theo Giới tính và nơi cư trú, Nhóm tuổi, và Nhóm thu nhập**

		VLSS 1993		VLSS 1998		VNHS 2001		VHSS 2006	
		Nam	Nữ	Nam	Nữ	Nam	Nữ	Nam	Nữ
Tổng tuổi 15+		61,3	4,1	50,7	3,2	56,1	1,8	49,2	1,5
Thành phố		56,6	2,7	47,4	1,9	55,1	1,4	46,9	1,2
Nông thôn		62,6	4,6	51,7	3,6	56,4	2	50,0	1,6
Tuổi	15-24	38,7	0,5	25,5	0,2	31,6	0,3	21,5	0,5
	25-34	74,6	1,6	65,6	0,9	69,8	0,7	59,4	0,8
	35-44	79,2	3,9	69,0	1,9	72,2	1,3	68,9	0,9
	45-54	71,3	8,2	66,1	5,2	67,9	3,6	66,7	2,0
	55-64	66,5	10,3	58,9	9,7	57,0	5,8	56,1	2,8
	65+	56,3	11,6	44,9	11,8	46,1	4,8	43,0	3,6
Nhóm thu nhập	Q1: Nghèo nhất	65,1	8,1	57,0	4,8	62,3	4,3	55,4	3,6
	Q2	63,7	4,4	53,5	4,5	59,8	1,7	53,2	1,3
	Q3	63,8	4,3	52,9	2,7	55,7	1,4	48,8	0,8
	Q4	58,9	2,5	48,0	2,5	54,3	1,3	47,2	1,0
	Q5: Giàu nhất	56,3	2,2	42,1	1,5	50,7	0,9	43,3	0,9

đình hút thuốc, chi tiêu hàng năm trung bình cho thuốc lá nằm trong khoảng từ 185,67 ngàn VNĐ (VLSS '93) đến 490,05 ngàn (VLSS '98). Chi tiêu cho thuốc lá trung bình của hộ gia đình tăng lên cùng với các nhóm thu nhập.

### Sử dụng thuốc lá so với thuốc lào

Tỷ lệ hút thuốc lào là cao hơn ở khu vực nông thôn. Trong số nam giới ở khu vực thành thị, ước tính từ 3,8% (VNHS '01) đến 12% (VLSS '93) có sử dụng thuốc lào.

Ở khu vực nông thôn, từ 16% (VNHS '01) đến 23% (VLSS '98) nam giới sử dụng loại sản phẩm này.

Mặc dù tỷ lệ sử dụng thuốc lá nói chung giảm ở các nhóm thu nhập cao dần, thì trong số nam giới tỷ lệ sử dụng thuốc lá tăng và sử dụng thuốc lào giảm ở các nhóm thu nhập cao hơn. Đối với nữ, tỷ lệ sử dụng thuốc lào giảm ở các nhóm thu nhập cao hơn, nhưng tỷ lệ sử dụng thuốc lá không tăng tương ứng.

**Bảng A2a: Tỷ lệ nam giới tuổi từ 15 trở lên hút thuốc, theo sản phẩm thuốc, nơi cư trú, Nhóm tuổi, và Nhóm thu nhập**

		VLSS 1993		VLSS 1998		VNHS 2001	
		Thuốc lá	Thuốc lào	Thuốc lá	Thuốc lào	Thuốc lá	Thuốc lào
Tổng tuổi 15+		43,9	19,7	34,9	19,4	38,8	13,0
Thành phố		47,4	12,0	43,1	6,9	48,6	3,8
Nông thôn		42,9	21,9	32,6	23,0	35,6	16,0
Tuổi	15-24	32,0	8,6	21,1	5,9	26,6	2,7
	25-34	51,3	27,1	48,1	22,4	50,6	13,3
	35-44	55,9	26,7	45,0	29,7	46,9	18,8
	45-54	47,8	24,8	42,5	28,5	43,8	19,9
	55-64	44,9	22,4	34,7	27,8	32,8	21,0
	65+	37,9	18,4	25,2	22,2	24,2	20,0
Nhóm thu nhập	Q1: Nghèo nhất	37,7	29,1	28,6	33,1	31,9	25,6
	Q2	39,2	27,1	32,4	25,5	35,4	18,8
	Q3	42,3	24,0	36,5	20,4	36,0	14,1
	Q4	46,6	15,0	37,3	14,2	41,8	8,4
	Q5: Giàu nhất	51,1	7,5	39,4	5,4	46,2	2,5

**Bảng A2b: Tỷ lệ sử dụng sản phẩm thuốc lá ở nữ giới tuổi từ 15 trở lên, theo nhóm sản phẩm, nơi cư trú, nhóm tuổi, và nhóm thu nhập**

		VLSS 1993		VLSS 1998		VNHS 2001	
		Thuốc lá	Thuốc lào	Thuốc lá	Thuốc lào	Thuốc lá	Thuốc lào
Tổng tuổi 15+		2,3	1,9	1,0	2,3	0,9	0,9
Thành phố		1,8	1,0	0,9	1,0	1,1	0,3
Nông thôn		2,4	2,2	1,1	2,7	0,8	1,1
Tuổi	15-24	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1
	25-34	1,4	0,2	0,4	0,6	0,5	0,4
	35-44	2,3	1,7	1,0	1,0		
	45-54	5,5	2,9	2,2	3,2	2,2	2,2
	55-64	4,9	5,4	3,3	6,4		
	65+	4,4	7,4	2,0	10,0	1,9	2,8
Nhóm thu nhập	Q1: Nghèo nhất	4,6	3,6	1,3	3,7	1,2	2,9
	Q2	1,7	2,8	1,1	3,5	0,9	0,8
	Q3	2,4	2,0	0,6	2,2	0,8	0,5
	Q4	1,5	1,1	1,1	1,5	0,8	0,5
	Q5: Giàu nhất	1,6	0,7	1,0	0,5	0,7	0,2

## Phụ lục B: Ước tính chi phí do sử dụng thuốc lá ở Châu Á và các nước thu nhập thấp và trung bình

Bệnh tật và tử vong do sử dụng thuốc lá tạo ra một gánh nặng tài chính cho cá nhân và xã hội. Một số nghiên cứu đã được thực hiện để ước tính chi phí ở tầm vĩ mô của việc sử dụng thuốc lá ở những nước có thu nhập cao, nhưng còn có tương đối ít nghiên cứu như vậy ở các nước thu nhập thấp và trung bình. Dưới đây là một đánh giá tổng hợp về những phát hiện từ các tài liệu tham khảo về chi phí của việc sử dụng thuốc lá đối với các nước Châu Á và các nước thu nhập thấp và trung bình. Ngoài ra các vấn đề về phương pháp luận liên quan đến lĩnh vực nghiên cứu này cũng được đem ra thảo luận.

### Tính toán chi phí của việc sử dụng thuốc lá

Tài liệu nghiên cứu ước tính chi phí của việc sử dụng thuốc lá chủ yếu dựa vào hai khía cạnh chính: chi phí cho chăm sóc y tế, và chi phí xã hội nói chung.

### Khía cạnh chi phí chăm sóc y tế

Khía cạnh chi phí của hệ thống chăm sóc y tế xem xét chi phí y tế liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh và tử vong do sử dụng thuốc lá và do hút thuốc thụ động gây ra. Ví dụ về các chi phí có thể bao gồm chi phí nằm viện, chăm sóc ngoại trú/đi lại chữa bệnh, dịch vụ của bác sĩ, dịch vụ của các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, thuốc kê toa chữa bệnh, và chăm sóc tại nhà. Ở khía cạnh này, có hai cách tiếp cận chính để đo lường chi phí liên quan đến sức khỏe do hút thuốc. Thứ nhất là phương pháp nguy cơ tương đối (RR) là phương pháp sử dụng bằng chứng dịch tễ học để xác định nguy cơ của người hút thuốc lá mắc một số bệnh cụ thể và so sánh với nguy cơ mà người không hút thuốc có thể mắc. Cách tiếp cận thứ hai là phương pháp phân tích (còn được gọi là phương pháp “kinh tế lượng”, phương pháp “tất cả các bệnh tật” hay

phương pháp “từ trên xuống”) là phương pháp so sánh việc sử dụng các dịch vụ y tế ở người hút thuốc và người không hút thuốc. Cách tiếp cận phân tích có thể tính được phần chi phí y tế do sử dụng thuốc lá, không cần tính đến các bệnh cụ thể.

### Khía cạnh chi phí xã hội

Khía cạnh xã hội rộng hơn ở chỗ ngoài chi phí chăm sóc sức khỏe nó còn cần nhắc đến các chi phí gián tiếp liên quan đến sử dụng thuốc lá, đáng chú ý là sự giảm sút năng suất lao động.\* Điều này liên quan đến việc ước tính chi phí của xã hội khi bỏ lỡ một phần thu nhập vì lý do của bệnh tật và tử vong liên quan đến thuốc lá. Tuy nhiên, vẫn còn thiếu sự nhất trí xung quanh các phương pháp tính lượng giảm sút năng suất lao động do sử dụng thuốc lá – nhiều phương pháp được sử dụng bao gồm cách tiếp cận “vốn con người”, cách tiếp cận “nhân khẩu học”, và phương pháp “ma sát”. Cần lưu ý rằng việc chọn cách tiếp cận có một ảnh hưởng đáng kể đối với mức chi phí tính được.

### Phát hiện chính của các nghiên cứu

Mặc dù còn ít nghiên cứu được đăng tải về chi phí của việc sử dụng thuốc lá ở các nước châu Á và các nước thu nhập thấp và trung bình, một số nghiên cứu đã được thực hiện ở Bangladesh, Miến Điện, Trung Quốc, Ấn Độ, Mexico, Thái Lan và Việt Nam.

Nhìn chung, chi phí ước tính của việc sử dụng thuốc lá nằm trong khoảng từ thấp nhất là 2 triệu đô la, như trường hợp của Miến Điện, đến 5 tỷ đô la đối với Trung Quốc (Các bảng B1 – B3). Về chi phí chăm sóc sức khỏe, con số ước tính trong khoảng từ 2 triệu đô la đến 1,8 tỷ đô la (tương ứng với Miến Điện và Trung Quốc). Tất cả các nghiên cứu đều xem xét chi phí nằm viện liên quan đến sử dụng thuốc lá, nhưng không có sự khác biệt lớn về các thành phần chăm sóc sức khỏe khác được nhắc đến. Ví dụ, một nghiên cứu của Thái Lan (Sarntisart, 2003) chỉ

\* Chi phí xã hội gián tiếp cũng bao gồm các chi phí vô hình như ảnh hưởng tâm lý đối với một người liên quan đến bệnh tật hoặc chết sớm do thuốc lá và nỗi đau và nỗi khổ của những người khác xuất phát từ bệnh tật hoặc chết chóc do thuốc lá của người sử dụng thuốc.

\* Chi phí được ước tính bằng cách sử dụng cách tiếp cận “vốn con người” thường cao hơn đáng kể.

xem xét chi phí ngoại trú/đi lại chữa bệnh ngoài chi phí nằm viện, trong khi một nghiên cứu ở Việt Nam (Ross và cộng sự, 2007) xem xét chi phí thuốc kê toa, chăm sóc tại nhà, và chi phí đi lại chữa bệnh. Các nghiên cứu ở các nước thu nhập cao cũng cho thấy sự khác biệt lớn về bệnh tật và các dịch vụ y tế. Vì hầu hết các nghiên cứu không khảo sát toàn bộ bệnh tật và dịch vụ, mức chi phí được ước tính có thể chỉ là ước tính mức thấp.

Chỉ có một số nhỏ các nghiên cứu đã đánh giá chi phí tổn thất năng suất lao động do thuốc lá ở các nước thu nhập trung bình với sự khác biệt đáng kể trong kết quả. Đối với Trung quốc và Bangladesh, mức độ chi phí do giảm năng suất lao động gây ra do thuốc lá cao gấp hai lần chi phí chăm sóc y tế (WHO, 2005; Sung và cộng sự, 2006). Ngược lại, các nghiên cứu đối với Ấn độ và Việt Nam lại ước tính thiệt hại về giảm năng suất lao động chỉ chiếm gần một nửa tổng chi phí (Rath và Chaudhry, 1995; Ross và cộng sự, 2007). Sự khác biệt này có thể là do các nghiên cứu của Trung quốc và Bangladesh có bao gồm cả các thiệt hại về giảm năng suất lao động gây ra do tỷ lệ chết, trong khi nghiên cứu ở Ấn độ và Việt Nam chỉ xem xét giảm do tỷ lệ mắc. Hơn nữa, nghiên cứu của Việt Nam chỉ bao gồm một số lượng bệnh tật rất hạn chế.

Tính trung bình, thiệt hại về giảm năng suất lao động do sử dụng thuốc lá là thấp hơn ở các nước thu nhập thấp và trung bình so với các nước thu nhập cao. Phát hiện này có thể liên quan đến thực tế là mức lương thấp hơn ở các nước thu nhập thấp và trung bình. Vì lương là cơ sở quan trọng cho việc tính thiệt hại về năng suất lao động, xuất phát điểm thấp nên con số ước tính được trong kết quả chung cũng thấp.

### Các nước châu Á có thu nhập cao

Mặc dù Hồng Kông, Hàn Quốc, Đài loan và Singapore được coi là các nước thu nhập cao, các nghiên cứu từ các nước này vẫn có thể được sử dụng để giải thích cho mô hình ước tính đối với các nước châu Á thu nhập thấp và trung bình. Chẳng hạn, ở Hồng Kông, việc sử dụng phân tích độ nhạy cho thấy chi phí là tương đối nhạy cảm với thay đổi của các tham số (McGhee và cộng sự,

2006). Bằng việc thay đổi tỷ lệ quy thuộc (SAF) do hút thuốc lá, các tác giả cho thấy chi phí có thể dao động từ 6 tỷ đô la đến 12 tỷ đô la. Những nghiên cứu này cũng xác nhận tầm quan trọng tương đối của thiệt hại về giảm năng suất và mối liên hệ với thu nhập. Chẳng hạn, các nghiên cứu ở Hàn Quốc, Đài loan và Singaporre phát hiện rằng chi phí về giảm năng suất chiếm tỷ trọng đáng kể trong tổng chi phí do sử dụng thuốc lá, tức là hơn ba phần tư (Kang và cộng sự, 2003; Yang và cộng sự, 2005; Quah và cộng sự, 2002).

### Vấn đề về phương pháp luận

Số lượng nhỏ các nghiên cứu ước tính chi phí của việc sử dụng thuốc lá ở các nước thu nhập thấp và trung bình chính là một hạn chế trong việc đưa ra bằng chứng cho quá trình phát triển chính sách. Hơn nữa, kết quả của các nghiên cứu hiện tại cần được xem xét trong bối cảnh hạn chế về phương pháp luận. Để ước tính chi phí chăm sóc sức khỏe của việc sử dụng thuốc lá ở các nước thu nhập thấp và trung bình, một thách thức lớn là thiếu dữ liệu chi tiết về bệnh tật và chi phí. Tất cả các nghiên cứu này đều sử dụng cách tiếp cận nguy cơ tương đối (RR) để tính toán chi phí chăm sóc sức khỏe do nguyên nhân hút thuốc nhưng lại có rất ít dữ liệu điều tra về nguy cơ tương đối nên khó có thể xác định được RR và trình bày dữ liệu theo một cách minh bạch. Ngoài ra, cách tiếp cận nguy cơ tương đối cũng có hạn chế ở chỗ nó chỉ tính đến chi phí can thiệp với một số bệnh cụ thể. Việc sử dụng cách tiếp cận “phân tích” có thể có kết quả toàn diện hơn. Về mặt này cũng cần phải lưu ý các bệnh được xem xét trong các nghiên cứu là khác nhau, và trong một số trường hợp, các bệnh cụ thể được khảo sát không được công bố rõ ràng.

Về cách hiểu đối với tổn thất do giảm năng suất lao động, cần phải lưu ý các cách tiếp cận khác nhau về năng suất lao động có thể tạo ra kết quả rất khác nhau. Một số nghiên cứu, chẳng hạn ở Ấn độ và Việt Nam, có vẻ như ước tính thấp thiệt hại về giảm năng suất lao động khi chỉ bao gồm chi phí liên quan đến mắc mà không bao gồm chi phí liên quan đến tử vong (Rath & Chaudhry, 1995; Ross và đồng nghiệp, 2007).

Một điều quan tâm nữa là việc thiếu phân tích độ nhạy và do đó gây ra tính không chắc chắn về kết quả nghiên cứu. Chẳng hạn, ở những nghiên cứu ước tính chi

phí giảm năng suất của các nước thu nhập thấp và trung bình, phân tích độ nhạy chỉ được thực hiện cho trường hợp Trung quốc (Sung và cộng sự, 2006).

**Bảng B1: Chi phí y tế liên quan đến sử dụng thuốc lá**

Nghiên cứu	Năm dữ liệu	Cách tiếp cận <sup>a</sup>	Nguồn RR <sup>b</sup>	Báo cáo RR	Bệnh bao gồm <sup>c</sup>	Dịch vụ bao gồm <sup>d</sup>	Phân tích độ nhạy <sup>e</sup>	Chi phí y tế (triệu)		
								Đơn vị nội tệ	Đơn vị tiền tệ	Ngang giá 2000 <sup>f</sup>
<b>Các nước thu nhập thấp và trung bình</b>										
Bangladesh WHO (2005)	2003	RR	–	y	M,C,R,T	H,OP,HC	n	8.540	BTD	647
Trung Quốc Sung và cộng sự (2006)	2000	RR	–	y	M,C,R,T	H,OP,D,T	y	1.828	USD	1.828
Ấn Độ Rath & Chaudhry (1995)	1990	RR	–	n	M	H, P, T	n	833	INR	198
Mexico — Morelos Reynales và cộng sự (2006)— trung bình	2001	RR	US	y	Is	H,OP,D	y	2	USD	2
Reynales và cộng sự (2005)— trung bình	2001	RR	US	y	M,Is,R	H,OP,D	y	124	MXN	18
Myanmar Kyaing (2003)	1999	RR	China	y	M,C,R,T	H,OP,D	n	85	MMK	2
Việt Nam Ross và cộng sự (2007)	2005	RR	–	Y	M,Is,R	H,D,HC,T	n	1.094.675	VND	308
<b>Các nước thu nhập cao</b>										
Hong-Kong McGhee và cộng sự (2006)— trung bình	1998	RR	–	y	M,C,R,D,T,S	H,OP,P,N,HC	y	459	USD	485
McGhee và cộng sự (2002)— trung bình	1998	RR	–	y	S	P	y	32	USD	34
Hàn Quốc Kang và cộng sự (2003)— cơ bản	1998	RR	–	y	M,C,R,D,F	H,OP,P,T	y	221	USD	234
Singapore Quah và cộng sự (2002)— thấp	1997	RR	US,UK, Aus	y	M,C,R,F	H	y	74	SGD	44
Đài Loan Yang và cộng sự (2005)	2001	RR	–	y	M,C,R,D	H,OP	n	398	USD	387

Ghi chú: n.a. = không áp dụng; n.r. = không lặp lại; y = có; n= không

a. RR=Nguy cơ tương đối (Tổng hợp); A= Tất cả bệnh (kinh tế lượng/phân tích)

b. nếu không phải từ chính nước người đó

c. M=Khối u ác tính; C=bệnh tim mạch và tuần hoàn (kể cả Is); Is=bệnh tim thiếu máu cục bộ; R= Bệnh hô hấp không ác tính; D= Bệnh tiêu hóa; F= thương tật do hỏa hoạn; P= Các bệnh thời kỳ chu sinh; Pc = các bệnh lúc mang thai, sinh đẻ; S= Hút thuốc thụ động; T= Bệnh lao

Bangladesh: Chỉ có bệnh viêm phế quản mãn tính.

Mexico (Reynales và cộng sự 2005): chỉ có ung thư phổi, nhồi máu cơ tim cấp, Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính

Việt Nam; chỉ có ung thư phổi

d. H= Nằm viện; OP= Ngoại trú/đi lại chữa bệnh (ví dụ, đến khám, đến phòng khám); P=Chi phí bác sĩ (không bao gồm trong chi phí nằm viện và chăm sóc ngoại trú); PS=Dịch vụ chuyên ngành khác với bác sĩ; d= Thuốc kê toa để điều trị; HC= Chăm sóc tại nhà; N= Ở lại nơi an dưỡng; T= Cứu thương/Vận chuyển; O=Dịch vụ khác

e. phân tích độ nhạy liên quan đến chi phí y tế được thực hiện.

f. Để đo độ lớn của chi phí đã trình bày, đối với mỗi loại chi phí, giá trị trước tiên được chuyển đổi thành đô la ngang giá sức mua (PPP) cho năm nghiên cứu và sau đó chuyển sang năm 2000 có sử dụng Chỉ số Giá Tiêu dùng (CPI) của Mỹ.

**Bảng B2: Thiệt hại về giảm năng suất do sử dụng thuốc lá**

Nghiên cứu	Năm dữ liệu	Cách tiếp cận <sup>a</sup>	Bệnh bao gồm <sup>b</sup>	Thành phần <sup>c</sup>	Phương pháp <sup>d</sup>	Phân tích độ nhạy <sup>e</sup>	Tỷ lệ chiết khấu	Tăng trưởng (Thu nhập)	Thiệt hại giảm năng suất (triệu)			
									Đơn vị nội tệ	Đơn vị ngoại tệ	Ngang giá 2000	
<b>Các nước thu nhập thấp và trung bình</b>												
Bangladesh WHO (2005)	2003	RR	M,C,R,T	M	HC	n	5	–	18.865	BTD	1.428	
Trung Quốc Sung và cộng sự (2006)	2000	RR	M,C,R,T	M,Mb	HC	y	3	–	3.206	USD	3.206	
Ấn Độ Rath & Chaudhry (1995)	1990	RR	M	Mb	n.a.	n	n.a.	n.a.	334	INR	79	
Việt Nam Ross và cộng sự (2007)	2005	RR	M,Is,R	Mb	n.a.	n	n.a.	n.a.	67.154	VND	19	
<b>Các nước thu nhập cao</b>												
Hong-Kong McGhee và cộng sự (2006)— trung bình	1998	RR	M,C,R,D,IS	M,Mb	HC	y	3	–	230	USD	243	
Hàn Quốc Kang và cộng sự (2003) — cơ bản	1998	RR	M,C,R,D,F	M,Mb	HC	y	8,42	7,73	2.735	USD	2.889	
Singapore Quah và cộng sự (2002)— thấp	1997	RR	M,C,R,F	M,Mb	HC	y	4,38	5	600	SGD	356	
Đài Loan Yang và cộng sự (2005)	2001	RR	M,C,R,D	M	HC	n	3	6	1.390	USD	1.352	
Tsai và cộng sự (2003)	1997	n.a.	n.a.	Mb,O	R	y	0	0	740	USD	794	

Ghi chú: n.a. = không áp dụng; n.r. = không lặp lại; y = có; n = không

a. RR=Nguy cơ tương đối (Tổng hợp); A= Tất cả bệnh (kinh tế lượng/phân tích)

b. nếu không phải từ chính nước người đó

c. M=Khối u ác tính; C=bệnh tim mạch và tuần hoàn (kể cả Is); Is=bệnh tim thiếu máu cục bộ; R= Bệnh hô hấp không ác tính; D= Bệnh tiêu hóa; F= thương tật do hỏa hoạn; P= Các bệnh thời kỳ chu sinh; Pc = các bệnh lúc mang thai, sinh đẻ; S= Hút thuốc thụ động; T= Bệnh lao

Bangladesh: Chỉ có bệnh viêm phế quản mãn tính.

Mexico (Reynales và cộng sự 2005): chỉ có ung thư phổi, nhồi máu cơ tim cấp, Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

d. H= Nằm viện; OP= Ngoại trú/di lại chữa bệnh (ví dụ, đến khám, đến phòng khám); P=Chi phí bác sĩ (không bao gồm trong chi phí nằm viện và chăm sóc ngoại trú); PS=Dịch vụ chuyên ngành khác với bác sĩ; d= Thuốc kê toa để điều trị; HC= Chăm sóc tại nhà; N= Ở lại nơi an dưỡng; T= Cứu thương/Vận chuyển; O=Dịch vụ khác

e. phân tích độ nhạy liên quan đến chi phí y tế được thực hiện.

f. Để đo độ lớn của chi phí đã trình bày, đối với mỗi loại chi phí, giá trị trước tiên được chuyển đổi thành đô la ngang giá sức mua (PPP) cho năm nghiên cứu và sau đó chuyển sang năm 2000 có sử dụng Chỉ số Giá Tiêu dùng (CPI) của Mỹ.

Cuối cùng, cần thận trọng khi so sánh kết quả ở các nước khác nhau. Các loại bệnh và dịch vụ y tế sẵn có là khác nhau đáng kể ở từng nước, và do đó chi phí của thủ thuật can thiệp cụ thể cũng khác nhau. Hơn nữa, sự khác

biệt về mức lương và áp lực lạm phát ở các nước thu nhập thấp và trung bình ảnh hưởng đến tỷ lệ chiết khấu dùng trong tính toán thiệt hại do giảm năng suất. Để có được các ước tính tin cậy hơn, một tỷ lệ chiết khấu phù hợp cần được áp dụng để phản ánh đặc thù của từng nước.

**Bảng B3: Ước tính Chi phí do sử dụng Thuốc lá (triệu đô la ngang giá năm 2000)\***

Nghiên cứu	Năm dữ liệu	Chi phí chăm sóc sức khỏe	Thiệt hại giảm năng suất	Tổng chi phí
<b>Các nước thu nhập thấp và trung bình</b>				
Bangladesh WHO (2005)	2003	647	1.428	2.075
Trung Quốc Sung và cộng sự (2006)	2000	1.828	3.206	5.034
Ấn Độ Rath & Chaudhry (1995)	1990	198	79	460
Mexico — Morelos Reynales và cộng sự (2006)— trung bình	2001	2	n.a.	2
Reynales và cộng sự (2005)— trung bình	2001	18	n.a.	18
Myanmar Kyaing (2003)	1999	2	n.a.	2
Việt Nam Ross và cộng sự (2007)	2005	308	19	327
<b>Các nước thu nhập cao</b>				
Hong-Kong McGhee và cộng sự (2006)— trung bình	1998	485	243	9.880
McGhee và cộng sự (2002)— trung bình	1998	34	n.a.	34
Hàn Quốc Kang và cộng sự (2003)— cơ bản	1998	234	2.889	3.123
Singapore Quah và cộng sự (2002)— thấp	1997	44	356	400
Đài Loan Yang và cộng sự (2005)	2001	387	1.352	1.739
Tsai và cộng sự (2003)	1997		794	794

Ghi chú: \* Tổng có thể lớn hơn kết quả cộng các chi phí chăm sóc y tế và thiệt hại về giảm năng suất vì trong một số ít trường hợp, tổng chi phí cũng bao gồm, khi phù hợp, các chi phí vô hình và gián tiếp (chẳng hạn chi phí hỏa hoạn).

Một số chi phí và tiết kiệm khác liên quan đến việc sử dụng thuốc lá được bao gồm trong nghiên cứu (ví dụ, an sinh xã hội, bảo hiểm nhân thọ, ảnh hưởng sức khỏe lên những người khác và tình trạng bệnh tật, thương tật và mất việc làm) nhưng không thể tách riêng chính xác thành các loại phù hợp.

Để đo mức độ các chi phí đã được trình bày, với mỗi loại chi phí, giá trị trước hết được chuyển thành đô la ngang giá sức mua (PPP) của Mỹ ở năm nghiên cứu sau đó được chuyển sang năm 2000 sử dụng số liệu chỉ số giá tiêu dùng CPI của Mỹ.



**Tài liệu tham khảo cho Phụ lục B**

- Kang HY, Kim HJ, Park TK, et al. Economic burden of smoking in Korea. *Tob Control*, 2003;12:37-44.
- Kyaing NN. Tobacco Economics in Myanmar. HNP Discussion Paper -Economics of Tobacco Control Paper. Washington, DC, WHO/Health, Nutrition and Population (HNP), The World Bank, 2003.
- McGhee SM, Hedley AJ, Ho LM. Passive smoking and its impact on employers and employees in Hong Kong. *Occup Environ Med*, 2002;59(12):842-846.
- McGhee SM, Ho LM, Lapsley HM, et al. Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong. *Tob Control*, 2006;15: 125-30.
- Quah E, Tan KC, Saw SL, Yong JS. The social cost of smoking in Singapore. *Singapore Med J*, 2002;43:340-4.
- Rath GK, Chaudry K. Cost of management of tobacco-related cancers in India. IN SLAMA, K. (Ed.) *Tobacco and health*. New York, Plenum Press, 1995.
- Reynales-Shigematsu LM, Campuzano-Rincon JC, Sesma-Vasquez S, et al. Costs of medical care for acute myocardial infarction attributable to tobacco consumption. *Arch Med Res*, 2006;37:871-9.
- Reynales-Shigematsu LM, Juarez-Marquez SA, Valdes-Salgado R. [Costs of medical care attributable to tobacco consumption at the Mexican Institute of Social Security (IMSS), Morelos]. *Salud Publica Mex*, 2005;47:451-7.
- Ross H, Trung DV, Phu VX. The costs of smoking in Vietnam: the case of inpatient care. *Tob Control*, 2007;16(6):405-9.
- Sarntisart I. An economic analysis of tobacco control in Thailand. HNP Discussion paper. Economics of Tobacco Control Paper No. 15. Washington, The World Bank, 2003.
- Sung HY, Wang L, Jin S, Hu TW, Jiang Y. Economic burden of smoking in China, 2000. *Tob Control*, 2006;15 Suppl 1: i5-11.
- World Health Organization. *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002.
- World Health Organization. *Impact of tobacco-related illnesses in Bangladesh*. Dhaka, Bangladesh, World Health Organization, 2005.
- Yang MC, Fann CY, Wen CP, Cheng TY. Smoking attributable medical expenditures, years of potential life lost, and the cost of premature death in Taiwan. *Tob Control*, 2005;14 Suppl 1:i62-70.

## Phụ lục C: Phương pháp luận và giả định

1. Ước tính số người chết vì thuốc lá ở Việt Nam theo nhóm tuổi và giới tính ở đường cơ sở. Các con số về tỷ lệ sử dụng thuốc lá được lấy theo nhóm tuổi (15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60+), giới tính và sản phẩm thuốc lá sử dụng bản Điều tra Hộ Gia đình Quốc gia Việt Nam (VNHS) 2001-02. Số tử vong liên quan đến thuốc lá được tính bằng cách áp dụng những số liệu này với số ước tính bảo thủ là 40% tử vong do thuốc lá.
2. Co giãn cầu theo giá cho từng nhóm tuổi và giới được tính toán qua việc sử dụng giả định độ co giãn tổng thể là -0,25 và -0,75 (dựa trên đánh giá trình bày ở Chương 3) và giả định rằng:
  - a) thanh thiếu niên (15-19 tuổi) nhạy cảm hơn 3,1 lần và người trẻ tuổi (20-29 tuổi) nhạy cảm hơn 1,5 lần với thay đổi giá cả so với người lớn tuổi hơn (tuổi từ 30 trở lên);
  - b) thay đổi giá ảnh hưởng đến số lượng người chết do thuốc lá chỉ thông qua thay đổi về tỷ lệ sử dụng thuốc lá (ảnh hưởng với tỷ lệ hút thuốc giả thiết là 50% tổng độ co giãn cầu)
3. Việc giảm số người chết do thuốc lá trong mỗi liên quan tới tăng giá được tính bằng cách nhân mức tăng giá tương ứng (33%, 50% và 70%) với co giãn cầu theo giá theo nhóm tuổi và giới và áp dụng vào ước tính đường cơ sở của số người chết do thuốc lá. Không phải tất cả những người bỏ thuốc có thể tránh được tử vong trong mô hình. Chẳng hạn, 95% người bỏ thuốc có độ tuổi 15-19 tránh được tử vong do thuốc lá nhưng chỉ có 25% những người bỏ thuốc tuổi từ 60 trở lên tránh được tử vong do thuốc lá. Để có thêm thông tin xin mời tham khảo Ranson MK, Jha P, Chaloupka FJ, Nguyen SN. Ước tính toàn cầu và khu vực về tính hiệu quả và hiệu quả-chi phí của việc tăng giá và các chính sách kiểm soát thuốc lá khác. *Nicotine Tob Res* 2002;4: 311-319.

## Lời cảm tạ

Nhóm Nghiên cứu gồm:

G Emmanuel Guindon, Jinhu Li, Jeremiah Hurley : McMaster University, Hamilton, Canada

Nguyễn Thị Thu Hiền: Đại học Thương mại, Hà Nội, Việt Nam

Hoàng Văn Kinh: Đại học Thương mại, Hà Nội, Việt Nam

Emily McGirr : Queen's University, Kingston, Canada

Steven Tobin : Cơ quan Phát triển Xã hội và Nhân lực Canada, Ottawa, Canada

Đặng Vũ Trung: Đại học Y tế Công cộng Hà Nội, Hà Nội, Việt Nam

Nguyễn Tuấn Lâm: Văn phòng đại diện Tổ chức Y tế Thế giới tại Việt Nam

David Boisclair: Chuyên viên Tư vấn Y tế cộng đồng, Montréal, Canada

Chúng tôi xin cảm ơn Mike Veal vì sự hỗ trợ của ông về các phương pháp kinh tế lượng, Jee Eun Choi, Deirdre DeJean, Morgan Lim và Wojtek Wiercioch về sự trợ giúp nghiên cứu, John Shimwell vì sự trợ giúp hiệu đính và Patrick Hoang-Vu Eozenou, Kelly Henning, Hoang Van-Minh, Stephan Rabimov và Janet Rosenbaum vì những ý kiến đóng góp. James Moore, Prabhat Jha và Frank J Chaloupka đã xây dựng và ước tính mô hình dự báo. Chúng tôi đặc biệt biết ơn Frank J Chaloupka vì đã đóng góp ý kiến và hướng dẫn chi tiết.

Nghiên cứu này được hỗ trợ bằng khoản viện trợ của Tổ chức Quốc tế chống Lao và Bệnh phổi với sự hỗ trợ tài chính của Bloomberg Philanthropies (khoản viện trợ #8-49375). Quan điểm nêu trong tài liệu này là của tác giả và không nhất thiết đại diện cho quan điểm của các tổ chức ở trên.

## Tài liệu tham khảo

- Ashley MJ, Ferrence R. 1998. Reducing children's exposure to environmental tobacco smoke in homes: issues and strategies. *Tob Control* 1998;7:61-65.
- Asian Development Bank. *Asian Development Outlook 2008: Workers in Asia*, Manila: Asian Development Bank, 2008.
- Best CM, Sun K, de Pee S, Bloem MW, Stallkamp G, Semba RD. Parental tobacco use is associated with increased risk of child malnutrition in Bangladesh. *Nutrition* 2007;23:731-738.
- Bishop JA, Liu H, Meng Q. Are Chinese Smokers Sensitive to Price? *China Economic Review* 2007;18:113-121.
- Bobak M, Jha P, Nguyen S, Jarvis M. Poverty and smoking. In: Jha P, Chaloupka FJ, editors. *Tobacco control in developing countries*. Oxford: Oxford University Press. 2000.
- Bonu S, Rani M, Peters DH, Jha P, Nguyen SN. Does use of tobacco or alcohol contribute to impoverishment from hospitalization costs in India? *Health Policy Plan* 2005;20:41-49.
- Cameron S. Estimation of the demand for cigarettes: a review of the literature. *Econ Issues* 1998;3:351-372.
- Centers for Disease Control and Prevention, World Health Organization. *Global Youth Tobacco Survey (GYTS), 2003*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2005.
- Chaloupka FJ, Warner KE. The Economics of Smoking. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. *Handbook of health economics*. Volume 1B. Amsterdam: North-Holland (Elsevier BV), 2000, p. 1539-1627.
- Chung W, Lim S, Lee S, Choi S, Shin K, Cho K. [The effect of cigarette price on smoking behavior in Korea]. *J Prev Med Pub Health* 2007;40:371-380.
- de Beyer J, Lovelace C, Yurekli A. Poverty and tobacco. *Tob Control* 2001;10:210-211.
- Doll R. Uncovering the effects of smoking: historical perspective. *Stat Methods Med Res* 1998;7:87-117.
- Efroymson D, Ahmed S, Townsend J, et al. Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh. *Tob Control* 2001;10:212-217.
- Eozenou P. Price elasticity estimation for cigarette demand in Vietnam -Time series analysis Hanoi. 2001.
- Eozenou P. Price elasticity estimation for cigarette demand in Vietnam. Clermont-Ferrand: Centre d'Études et de Recherches sur le Développement International (CERDI), 2004.
- ERC Statistics International Plc. *The World Cigarette Market: The 2005 survey*. Suffolk: ERC Statistics International Plc, 2006.
- Euromonitor. Baisha Group. Local Company Profile series. London: Euromonitor International, 2007.
- Euromonitor. Cigarettes, Vietnam. Country Sector Briefing series. London: Euromonitor International, 2007.
- Euromonitor. Saigon Cigarette Co. Local Company Profile series. London: Euromonitor International, 2007.
- Gallet CA, List JA. Cigarette demand: a meta-analysis of elasticities. *Health Econ* 2003;12:821-835.
- General Statistics Office. *Vietnam Living Standard Survey (VLSS), 1992-1993*. Hanoi: Statistical Publishing House, 1994.
- General Statistics Office. *Vietnam Living Standard Survey (VLSS), 1997-1998*. Hanoi: Statistical Publishing House, 2000.
- General Statistics Office. *Statistical Handbook of Vietnam, 2006*. Hanoi: Statistical Publishing House, 2007.
- Guindon GE, Perucic A-M, Boisclair D. Higher tobacco prices and Taxes in South-East Asia: an effective tool to reduce tobacco use, save lives and increase government revenue. HNP Discussion Paper. *Economics of Tobacco Control Paper No. 11*. Washington: The World Bank, 2003.
- Hoang M, Thu L, Efroymson D, FitzGerald S, Jones L, Tuan T. Tobacco over Education - An Examination of Opportunity Losses for Smoking Households. Hanoi: Path Canada (HealthBridge) Vietnam Office, 2004.
- Hsieh C-R, Hu T-W, Lin C-FJ. The Demand for Cigarettes in Taiwan: Domestic versus Imported Cigarettes. *Contemporary Economic Policy* 1999;17:223-234.
- Hu TW, Mao Z. Effects of cigarette tax on cigarette consumption and the Chinese economy. *Tob Control* 2002;11:105-108.
- Hu TW, Mao Z, Liu Y, de Beyer J, Ong M. Smoking, standard of living, and poverty in China. *Tob Control* 2005;14:247-250.
- Huong DL, Minh HV, Vos T, Janlert U, Van do D, Byass P. Burden of premature mortality in rural Vietnam from 1999-2003: analyses from a Demographic Surveillance Site. *Popul Health Metr* 2006;4(9).

- International Agency for Research on Cancer. Tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon: IARC Press, 2004.
- International Monetary Fund. World Economic Outlook Database. Washington: International Monetary Fund, 2007.
- Joossens L. Vietnam: smuggling adds value. *Tob Control* 2003;12:119-120.
- Joossens L, Chaloupka FJ, Merriman D, Yurekli A. Issues in the smuggling of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ, editors. *Tobacco control policies in developing countries*. New York: Oxford University Press, 2000.
- Kim S, Seldon BJ. The Demand for Cigarettes in the Republic of Korea and Implications for Government Policy to Lower Cigarette Consumption. *Contemporary Economic Policy* 2004;22:299-308.
- Kinh HV, Ross H, Levy D, Minh NT, Ngoc VT. The effect of imposing a higher, uniform tobacco tax in Vietnam. *Health Res Policy Syst* 2006;4(6).
- Kinh HV, Bales S. Tobacco in Vietnam: the industry, demand, control policies and employment. Economic, social and health issues in tobacco control. Report of a WHO international meeting. Kobe: Centre for Health Development, World Health Organisation, 2003.
- Kyaing NN. Tobacco Economics in Myanmar. HNP Discussion Paper. Economics of Tobacco Control Paper No. 14. Washington: The World Bank, 2003.
- Lance PM, Akin JS, Dow WH, Loh CP. Is cigarette smoking in poorer nations highly sensitive to price? Evidence from Russia and China. *J Health Econ* 2004;23:173-189.
- Laporte A. Price responsiveness of demand for cigarettes: does rationality matter? *Subst Use Misuse* 2006;41:511-531.
- Laxminarayan R, Deolalikar A. Tobacco Initiation, Cessation, and Change: Evidence from Vietnam. *Health economics* 2004;13:1191-1201.
- Lee JM. The synergistic effect of cigarette taxes on the consumption of cigarettes, alcohol and betel nuts. *BMC Public Health* 2007;7(121).
- Lee JM, Chen SH. Effect of price and smoking characteristics on the decision to smoke smuggled cigarettes in Taiwan. *Public Health Rep* 2006;121:618-626.
- Lee JM, Hwang TC, Ye CY, Chen SH. The effect of cigarette price increase on the cigarette consumption in Taiwan: evidence from the National Health Interview Surveys on cigarette consumption. *BMC Public Health* 2004;4(61).
- Lee JM, Liao DS, Ye CY, Liao WZ. Effect of cigarette tax increase on cigarette consumption in Taiwan. *Tob Control* 2005;14 Suppl 1:i71-75.
- Levy DT, Bales S, Lam NT, Nikolayev L. The role of public policies in reducing smoking and deaths caused by smoking in Vietnam: results from the Vietnam tobacco policy simulation model. *Soc Sci Med* 2006;62:1819-1830.
- Mackay J, Eriksen MP, Shafey O. *The Tobacco Atlas*. Atlanta: American Cancer Society, 2006.
- Mao Z, Hu D, Yang G. [Demand of Different Income Groups for Cigarettes and Impact of Increasing Tax on Smokers]. *Chinese Journal of Evidence-Based Medicine* 2005;5:291-295.
- Mao Z, Hu D, Yang G. [New Evaluating of the Demand for Cigarettes from Chinese Residents]. *Chinese Health Economics* 2005;25:45-47.
- Mao Z, Jiang J. [The demand for cigarettes and its determinants: a cross-sectional data model]. *China Health Affairs Management* 1997;5:227-229.
- Mao Z, Jiang J, Gong Z, Su W, Yan Z, Zhang P. [The demand of cigarettes and Price Policies]. *Chinese Health Economics* 1997;16:50-52.
- Mao Z, Yang G, Ma J, Samet J, Ceraso M. [The demand for cigarettes of Chinese youth and the determinants of the demand]. *China Public Health* 2002;18:1003-1005.
- Mao Z, Yang G, Ma J, Samet J, Ceraso M. [Adults' demand of cigarettes and its influencing factors in China] *Soft Science of Health* 2003;17:19-23.
- Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006;3:e442.
- Minh HV. Epidemiology of cardiovascular disease in rural Vietnam. Faculty of Medicine, Public Health and Clinical Medicine. Umeå: Umeå University, 2006.
- Minh HV, Byass P, Chuc NT, Wall S. Gender differences in prevalence and socioeconomic determinants of hypertension: findings from the WHO STEPs survey in a rural community of Vietnam. *J Hum Hypertens* 2006;20:109-115.
- Ministry of Health. Vietnam National Health Survey (VNHS), 2001-02. Hanoi: Ministry of Health, 2003.
- Ministry of Industry. [Real Situation of Cigarette production and trading, period 2003 - 2005 and first half of 2006]. Hanoi: Ministry of Industry, 2006.
- Nguyen T, Hoang V, Nguyen T, Nguyen T, Vu T. Financial Burden of Smoking on Households in Vietnam. *Journal of Practical Medicine* 2006;533:101-108.
- Ranson MK, Jha P, Chaloupka FJ, Nguyen SN. Global and regional estimates of the effectiveness and cost-effectiveness of price increases and other tobacco control policies. *Nicotine Tob Res* 2002;4: 311-319.
- Ross H, Al-Sadat N. 2007. Demand Analysis of Tobacco in Malaysia. *Nicotine Tob Res* 2007;9:1163-1169.

- Ross H, Trung DV, Phu VX. The costs of smoking in Vietnam: the case of inpatient care. *Tob Control* 2007;16:405-409.
- Sarntisart I. The economics of tobacco in Thailand. HNP Discussion Paper, Economics of Tobacco Control Paper No 15. Washington: The World Bank, 2003.
- Sunley E, Yurekli A, Chaloupka FJ. The design, administration, and potential revenue of tobacco excises. In: Jha P, Chaloupka FJ, editors. *Tobacco control policies in developing countries*. New York: Oxford University Press, 2000.
- Sunley EM. *India: The Tax Treatment of Bidis*. New York: Bloomberg Philanthropies, 2008.
- Ha NTT, Thuy PM, Anh NS, et al. Cigarette smuggling in Vietnam: Problems and solutions. *Journal of Practical Medicine* 2006;533:117-125.
- Tsai YW, Yang CL, Chen CS, Liu TC, Chen PF. The effect of Taiwan's tax-induced increases in cigarette prices on brand-switching and the consumption of cigarettes. *Health Econ* 2005;14:627-641.
- United Nations Development Programme. *UNDP Report on living conditions in Vietnam Hanoi: Office of the United Nations Resident Coordinator, Vietnam, 2004*.
- United Nations Development Programme. *Human Development Report 2006: beyond scarcity: Power, Poverty and the Global Water Crisis*. New York: United Nations Development Programme, 2006.
- United States Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General*. Atlanta: United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
- United States Public Health Service Office of the Surgeon General. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Rockville: United States Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2006.
- Vietnam Tobacco Corporation. *Report on production and trading activities year 2006 and action plan for year 2007*. Hanoi: Vietnam Tobacco Corporation; 2007.
- Wagstaff A. The economic consequences of health shocks: evidence from Vietnam. *J Health Econ* 2007;26:82-100.
- Warner KE. The economics of tobacco: myths and realities. *Tob Control* 2000;9:78-89.
- World Bank. *World development report 1990: Poverty*. Oxford: Oxford University Press for The World Bank, 1990.
- World Bank. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*, Washington: The World Bank, 1999.
- World Health Organization. *The World Health Report 1999 - Making a Difference*. Geneva: World Health Organization; 1999.
- World Health Organization. *Tobacco & Health in the Developing World*. Background paper prepared for the European Commission Round Table on Tobacco Control and Development Policy. Brussels: European Commission, 2003.
- World Health Organization. *Global Burden of Disease data*. Geneva: Department of Measurement and Health Information, World Health Organization, 2004.
- World Health Organization. *The World Health Report 2007 -- Safer Future: Global Public Health Security in the 21st Century*. Geneva: World Health Organization, 2007.



Tháng 3 năm 2010

ISBN: 2-914365-65-9