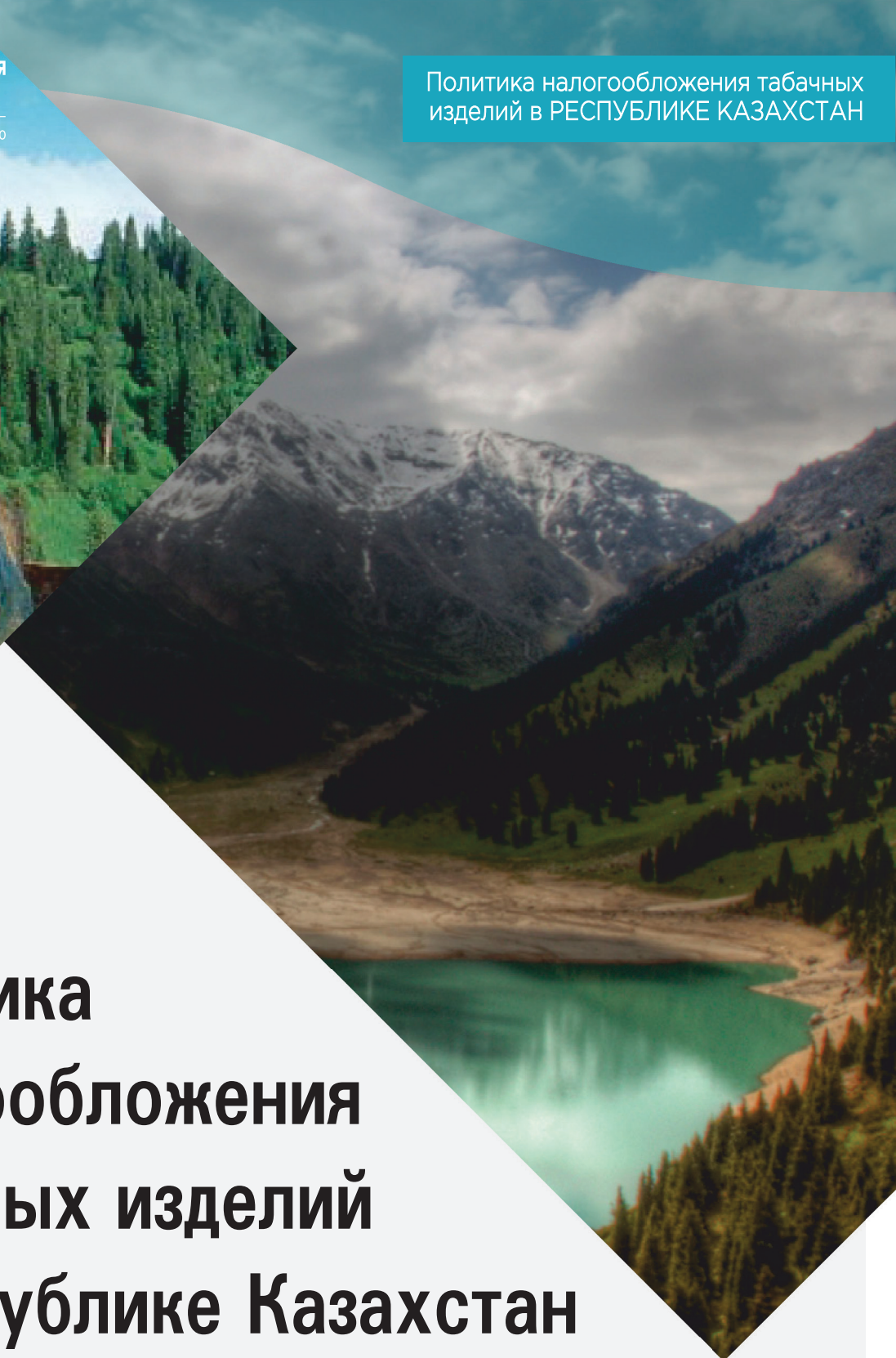





Всемирная организация
здравоохранения


Европейское региональное бюро

Политика налогообложения табачных
изделий в РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН



Политика налогообложения табачных изделий в Республике Казахстан

Константин Красовский, консультант ВОЗ



Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро:
<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© **Всемирная организация здравоохранения, 2017 г.**

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Реферат

В 2014 году в Республике Казахстан ставка акцизов на сигареты выросла на 94%. Таким образом, их стоимость увеличилась в достаточной мере, для того чтобы снизить доступность табака, что, в свою очередь, вызвало падение объемов продаж табачных изделий и сокращение распространенности курения в стране. В 2013–2015 гг. уровень смертности по причинам, связанным с потреблением табака, существенно снизился среди мужчин и женщин в возрасте 30–79 лет. Но в предыдущие годы Казахстан лишь умеренно повышал акцизы на табачные изделия, что не обеспечивало ни роста поступлений в бюджет, ни сокращения потребления табака. Повышение налогов на табачные изделия, влекущее за собой снижение их доступности и потребления, является эффективным средством сокращения смертности в стране. Дальнейший рост ставок акцизов позволит закрепить выгоды для здоровья. У Казахстана имеется большой потенциал для увеличения ставок акцизов на табачные изделия в ближайшие годы. Чем выше акциз, тем более существенным будет сокращение потребления и рост поступлений в бюджет.

Ключевые слова

Taxes
Tobacco
Smoking
Tobacco industry
Health policy





Содержание

Сокращения	vi
Введение	1
Источники данных	1
Результаты	2
Ставки табачных акцизов	2
Производство и продажи табачных изделий	2
Ценовая доступность табачных изделий	4
Цены на сигареты	5
Поступления табачных акцизов	6
Потребление табака	7
Связанная с табаком смертность в Казахстане	8
Результаты и перспективы политики акцизного налогообложения табачных изделий в Казахстане	14
Акцизные ставки и цены на сигареты в соседних странах	15
Евразийский экономический союз	16
Перспективы политики акцизного налогообложения табачных изделий в Казахстане в 2018 году	17
Выводы	19
Библиография	20

Сокращения

ЕАЭС	Евразийский экономический союз
ИБС	ишемическая болезнь сердца
ИПЦ	индекс потребительских цен
МКБ-10	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
НДС	налог на добавленную стоимость
РК	Республика Казахстан
РКБТ ВОЗ	Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака
СКС	стандартизированный коэффициент смертности
ХОБЛ	хроническая обструктивная болезнь легких
GATS	Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (Global Adult Tobacco Survey)

Введение

В 2005 г. была принята Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ), разработанная в ответ на приобретение табачной эпидемией глобального характера. В Статье 6 РКБТ говорится о ценовых и налоговых мерах по сокращению спроса на табачные изделия. Стороны Конвенции признают, что ценовые и налоговые меры являются эффективным и важным средством, для того чтобы сократить потребление табака различными группами населения, особенно молодежью. Каждая Страна Конвенции обязуется осуществлять налоговую и ценовую политику в отношении табачных изделий, с тем чтобы содействовать достижению целей в области здравоохранения, связанных с сокращением потребления табака. В 2014 г. на Конференции Сторон РКБТ ВОЗ были приняты Руководящие принципы осуществления Статьи 6.

Казахстан присоединился к РКБТ ВОЗ в 2006 г. и обязался внедрять указанные в Конвенции межотраслевые меры для защиты людей от вредного воздействия табака.

Перед данным докладом поставлены следующие цели:

- оценить воздействие политики налогообложения табачной продукции на потребление табака, поступления в бюджет от уплаты акцизов на табачные изделия, а также на смертность по причинам, связанным с потреблением табака, в Казахстане в период с 2003 по 2015 г.;
- предложить варианты налоговой политики в отношении табачных изделий на 2018 г. и сравнить их с точки зрения воздействия на потребление табака и поступления в бюджет.

Источники данных

Данные о поступлениях от уплаты табачных акцизов взяты из статистических бюллетеней Министерства финансов РК (1). Поскольку в Казахстане действует простая система специфических акцизов, произведен расчет годового количества облагаемых налогом сигарет за каждый год с использованием данных о налоговых поступлениях и ставках акцизов на сигареты. Данные о ценах, импорте, экспорте и прочие показатели получены с сайтов Комитета по статистике <http://stat.gov.kz> и Таможенной службы <http://www.kgd.gov.kz>

Казахстан предоставляет сведения о смертности в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) только с 2013 г., поэтому необходимые данные за 2013, 2014 и 2015 гг. взяты из Европейской базы детализированных данных о смертности (2).

Результаты

Ставки табачных акцизов

Начиная с 2006 г. Казахстан ежегодно повышал ставку акцизного налога, но в 2000–2005 гг. она оставалась неизменной (табл. 1). Ставки акцизов на сигареты с фильтром и без фильтра не менялись с 2014 г. Новые ставки акцизов на сигареты на 2017, 2018 и 2019 гг. были утверждены 30 ноября 2016 г. Ставка налога на добавленную стоимость (НДС) постепенно снижалась с 20% в 2001 г. до 12% в 2008 г. и сейчас остается на том же уровне (12%).

Производство и продажи табачных изделий

Производство сигарет в стране выросло с 19,3 млрд шт. в 2000 г. до 31,5 млрд шт. в 2007 г. и затем постепенно сократилось до 20,3 млрд шт. в 2016 г.

Несмотря на рост производства сигарет, выращивание табака в Казахстане (рис. 1) в 2000–2005 гг. оставалось стабильным (15 000–16 000 тонн в год), а затем постепенно снизилось до 1400 тонн (в 10 раз) в 2015 г. Выращивание сокращалось даже в те годы, когда росло производство сигарет. В 2014 г. в Казахстан было ввезено 9600 тонн табачного сырья, а экспортировано 430 тонн. Таким образом, в сигаретах, произведенных в Казахстане, доля местного табака составила всего 10%.

Год	Ставка акциза, тенге на 1 000 сигарет с фильтром	Ежегодный прирост, %	Ставка акциза, тенге на 1 000 сигарет без фильтра	Ежегодный прирост, %	Поступления от табачных акцизов, млрд тенге	Ежегодный прирост, %	Количество налогооблагаемых сигарет, млрд шт.	Годовое изменение, %
2003	180	0	100	0	4.3	30	26.5	29
2004	180	0	100	0	4.6	7	27.1	2
2005	180	0	100	0	5.3	14	30.4	12
2006	230	28	130	30	6.7	27	29.9	-2
2007	315	37	180	38	10.7	55	33.5	12
2008	400	27	200	11	12.6	21	32.0	-4
2009	600	50	350	75	18.0	43	28.8	-10
2010	800	33	500	43	22.9	28	28.4	-2
2011	1000	25	600	20	29.4	28	29.6	4
2012	1250	25	750	25	37.6	28	30.2	2
2013	1550	24	950	27	45.5	21	30.7 ^a	1
2014	3000	94	3000	216	78.7	72	27.7 ^a	-9
2015	3900	30	3900	30	96.1	22	24.5 ^a	-12
2016	5000	28	5000	28	125 ^b	-	25 ^b	-
2017	6200	24	6200	24	-	-	-	-
2018	7500	21	7500	21	-	-	-	-
2019	8700	19	8700	19	-	-	-	-

Таблица 1.

Ставки акцизов на сигареты, акцизные поступления и количество налогооблагаемых сигарет

^a Предварительные данные за 2016 г.

^b Поскольку доходы от продажи налогооблагаемых сигарет в декабре поступили на счета в январе следующего года, расчеты налогооблагаемых сигарет за 2013–2015 гг. основаны на данных об акцизных поступлениях, полученных в феврале-декабре текущего года и январе следующего года.



Рисунок 1.
Выращивание табака и производство сигарет в Казахстане в 2000–2016 гг.

Расчет продаж сигарет в Казахстане произведен на основе имеющихся статистических данных (рис. 2) по следующей формуле:

$$\text{продажи} = \text{производство} + \text{импорт} - \text{экспорт}.$$

Продажи оставались стабильными в период с 2006 по 2013 г. (около 30 млрд шт. в год), но сократились в 2014–2015 гг. Импорт вырос с 2,1 млрд шт. в 2006 г. до 11,5 млрд шт. в 2015 г. Соответственно, доля импортированных сигарет в общих продажах выросла с 10% в 2007 г. до 48% в 2015 г. Продажи сигарет без фильтра упали с 5,25 млрд шт. в 2003 г. до 0,15 млрд шт. в 2014 г. (0,6% общего объема реализации).

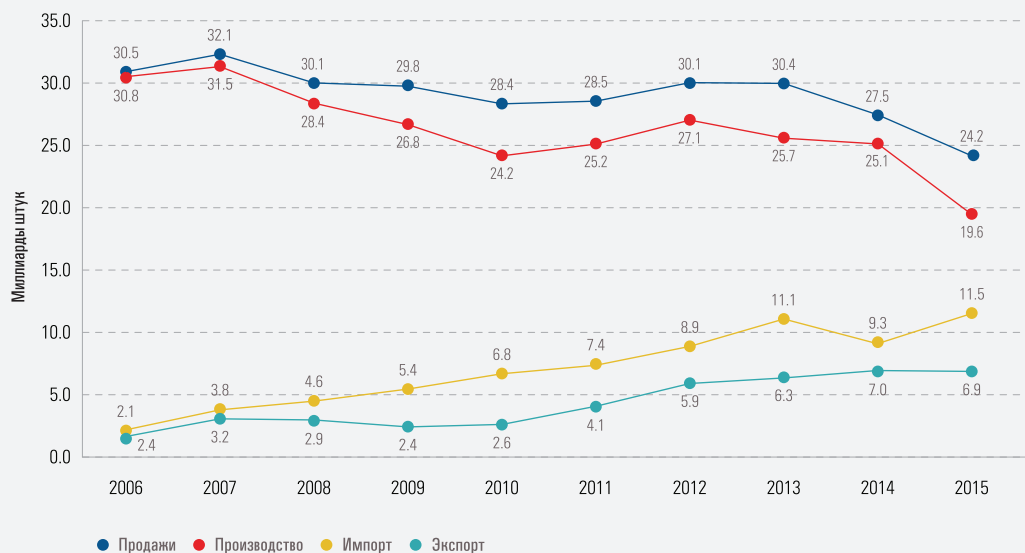


Рисунок 2.
Производство, импорт, экспорт и оценка объемов продаж сигарет в Казахстане (млрд шт.)

Трудовая занятость на табачных фабриках в 2000–2008 гг. оставалась стабильной (около 2000 человек), но снизилась с 1900 человек в 2008 г. до 1400 человек в 2015 г. При этом производство сигарет сократилось в значительно меньшей степени (рис. 2).

Ценовая доступность табачных изделий

В Руководящих принципах осуществления Статьи 6 РКБТ ВОЗ (3) сказано:

Необходимо осуществлять регулярный мониторинг, повышение или корректировку налоговых ставок, по возможности ежегодно, учитывая инфляцию и рост доходов, чтобы сократить потребление табачных изделий.

Начиная с 2005 г. в Казахстане ежегодно осуществляется корректировка налоговых ставок, но их воздействие на потребление табака зависит от инфляции и роста доходов. В 2003–2008 гг. темпы роста стоимости табачных изделий были ниже темпов инфляции (рис. 3), но в 2009 г. обогнали ее. Однако продажи сигарет снизились только в 2009–2010 и 2014–2015 гг. (см. рис. 2), когда рост цен на табачные изделия намного превысил уровень инфляции. Повышение цен в 2016 г. было ниже уровня инфляции, что могло стать фактором роста продаж сигарет.

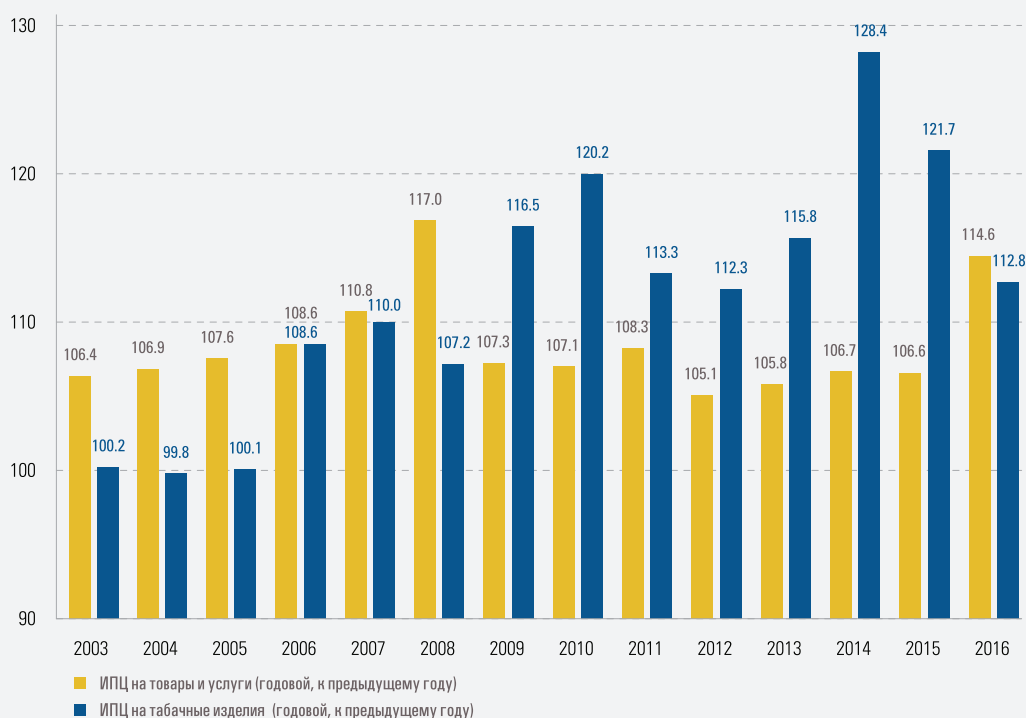


Рисунок 3.

Индексы потребительских цен (ИПЦ) на все товары и услуги и на табачные изделия в Казахстане

В Руководящих принципах осуществления Статьи 6 РКБТ ВОЗ подчеркивается, что без повышения цен сверх роста уровня доходов табачные изделия неизбежно становятся более доступными с течением времени, что, как правило, ведет к росту потребления. Руководящие принципы рекомендуют (3):

При установлении или повышении уровня налогообложения в своих странах Стороны должны учитывать <...> изменения в уровне доходов домохозяйств, чтобы табачные изделия становились менее доступными¹ со временем, а потребление и распространенность снижались.

В данном анализе использован модифицированный индекс доступности табачных изделий (4) для оценки изменений в их доступности в 2004–2015 гг.

¹ Доступность означает отношение цены к доходу на душу населения.

Индекс рассчитывается как ежегодное изменение в конечном доходе на душу населения, деленное на рост стоимости табачных изделий (ИПЦ-табак) минус единица и умноженное на 100:

$$\text{Индекс доступности} = (\text{изменение в доходах/ИПЦ-табак} - 1) \times 100.$$

Если индекс доступности имеет отрицательное значение, это означает, что табак стал **менее** доступным и его потребление будет снижаться. Расчеты индекса доступности в Казахстане приведены в таблице 2.

Доступность табака значительно выросла в 2004–2008 гг., что объясняет рост его потребления. Напротив, в 2009 г. и особенно в 2014 и 2015 гг. сигареты стали менее доступны, что привело к сокращению потребления табака.

Год	ИПЦ табачных изделий, годовой	Конечный доход домохозяйства, среднемесячный, тенге на душу населения	Годовое изменение дохода, %	Индекс доступности
2004	99.8	8 387	110.8	11.0
2005	100.1	9 751	116.3	16.1
2006	108.6	13 723	140.7	29.6
2007	110.0	16 935	123.4	12.2
2008	107.2	20 037	118.3	10.4
2009	116.5	21 348	106.5	-8.5
2010	120.2	26 152	122.5	1.9
2011	113.3	30 618	117.1	3.3
2012	112.3	33 745	110.2	-1.9
2013	115.8	36 761	108.9	-5.9
2014	128.4	39 256	106.8	-16.8
2015	121.7	40 675	103.6	-14.9

Таблица 2.
Доступность табака в Казахстане, 2004–2015 гг.

Цены на сигареты

По данным Комитета по статистике, в декабре 2009 г. средняя цена пачки из 20 сигарет с фильтром составила 82 тенге, а к декабрю 2015 г. она выросла в 3,6 раз, до 296 тенге. Ставка акциза на табак в период с 2009 по 2015 г. выросла в 6,5 раз – с 12 до 78 тенге с пачки (на 66 тенге) (табл. 3), но неналоговая часть стоимости (цена производителя и розницы) выросла на 125 тенге.

Если корректировать компоненты цены с поправкой на инфляцию, стоимость пачки повышается с 77 до 178 тенге (на 101 тенге), из которых 36 тенге приходятся на увеличение акциза, 11 – на повышение НДС и 54 – на увеличение цены производителя и розничной цены. Таким образом, повышение цен на сигареты в Казахстане в 2009–2015 гг. вызвано преимущественно ценовой политикой табачных корпораций, а не акцизной политикой государства. В недавней монографии, выпущенной в сотрудничестве между Национальным институтом рака (США) и ВОЗ, отмечена

аналогичная динамика и в других странах (5): «Как ни странно, производство вызвало более значительное сокращение потребления сигарет за короткое время за счет повышения цен, чем меры государства, направленные только на повышение акциза».

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Цена 20 сигарет с фильтром, тенге	82	131	139	157	194	241	296	324
Акциз, тенге	12	16	20	25	31	60	78	100
Доля акциза в розничной цене, %	15	12	14	16	16	25	26	31
НДС, тенге	9	14	15	17	21	26	32	35
Цена производителя и розницы, тенге	61	101	104	115	142	155	186	189
Инфляция, %	1.062	1.145	1.230	1.303	1.366	1.467	1.666	1.91
Цены с поправкой на инфляцию, тенге	77	114	113	120	142	164	178	170
Акциз, тенге	11	14	16	19	23	41	47	52
НДС, тенге	8	12	12	13	15	18	19	18
Цена производителя и розницы, тенге	58	88	85	88	104	106	112	99

Таблица 3.

Изменения в стоимости сигарет, 2009–2016 гг.

Но в 2016 г., после резкого падения продаж сигарет в предыдущие два года (см. рис. 2), табачная индустрия не повышала цены производителя и розницы для сохранения своей потребительской базы. В результате реальная (с поправкой на инфляцию) цена сигарет снизилась, несмотря на повышение ставки акциза (см. рис. 3 и табл. 3), что стало одной из причин роста продаж сигарет в тот год.

Доля акциза в средней розничной цене в 2009–2013 гг. осталась неизменной (табл. 3), несмотря на повышение ставки акциза. Она выросла с 16% до 25% в 2014 г., осталась без реальных изменений в 2015 г. и увеличилась до 31% в 2016 г.

В 2007 г. в Казахстане была установлена минимальная цена на сигареты. Она постепенно увеличивалась с 50 тенге за пачку из 20 сигарет с фильтром (40 тенге за пачку сигарет без фильтра) в 2007 г. до 240 тенге с января 2016 г. и 300 тенге – с января 2017 г. С учетом установленной минимальной цены и принятой ставки акциза можно сделать вывод, что максимальная доля акциза в розничной цене в 2016 и 2017 гг. составляет около 42%.

Поступления табачных акцизов

В период с 2002 по 2005 г. объем поступлений табачных акцизов вырос с 3,3 до 5,3 млрд тенге без повышения акцизных ставок, что было вызвано ростом продаж и снижением доли сигарет без фильтра с 22% до 7%. Поступления от табачных акцизов росли в 2006–2013 гг. параллельно с повышением акцизных ставок (см. табл. 1), при этом продажи сигарет остались неизменными.

Среднегодовой рост налоговых поступлений от табачных акцизов в 2010–2013 гг. составил около 8 млрд тенге (рис. 4), а в 2014 г. – 33 млрд тенге. Резкое увеличение налогов (на 94%) не только привело к сокращению продаж табака на 9%, но и позволило обеспечить поступление дополнительных 25 млрд тенге (около 150 млн долл. США) в бюджет государства.

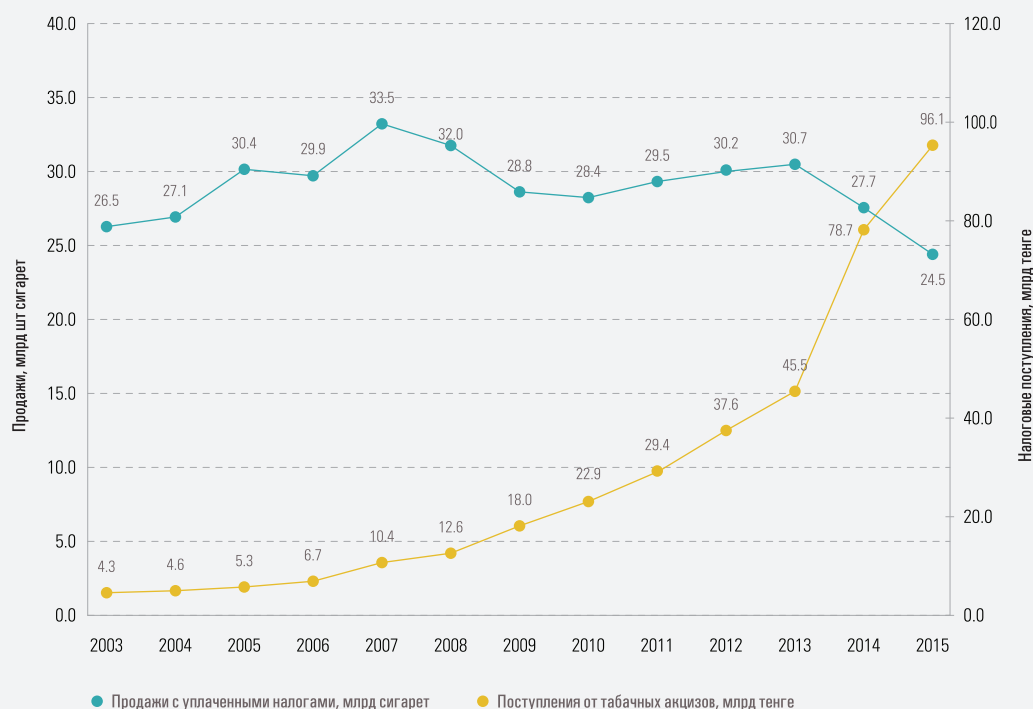


Рисунок 4.
Продажи сигарет и поступления в бюджет в Казахстане, 2003–2015 гг.

В 2015 г. поступления от табачных акцизов выросли на 17,4 млрд тенге (22%), при этом ставка акциза увеличилась на 30%. Продажи сигарет упали на 3 млрд шт., или 12%, в основном вследствие сокращения доступности табака. Казахстан испытывал серьезные экономические проблемы с августа 2015 г. К концу 2015 г. обменный курс к доллару США вырос с 187 до 340 тенге, в результате чего сократились доходы, что вызвало существенное падение продаж сигарет на 1,5 млрд шт. в четвертом квартале 2015 г., а затем на 1,7 млрд шт. в последующие три квартала.

Потребление табака

Третье и четвертое Национальные исследования по вопросам здорового образа жизни показали рост распространенности курения в Казахстане с 23% до 27% в период с 2003 по 2007 г. (6).

Налоги на табачные изделия способствуют сокращению потребления табака, если они повышают реальные (с поправкой на инфляцию) цены и снижают доступность. В 2003–2008 гг. цены на табачные изделия выросли меньше, чем инфляция (см. рис. 1), и сигареты стали относительно более доступными (см. табл. 2), что стимулировало потребление табака.

В 2010–2013 гг. политика ежегодного повышения акцизных ставок на 25–30% привела к росту поступлений, но не была эффективной мерой охраны здоровья, поскольку потребление сигарет не уменьшилось. Четвертое и пятое Национальные исследования по вопросам здорового образа жизни (2007–2012 гг.) показали, что среди населения в возрасте 18 лет и старше распространенность курения снизилась всего лишь с 27% до 26,5% (7).

Ко времени шестого Национального исследования по вопросам здорового образа жизни в 2014 г. распространенность курения снизилась до 18,3% (коэффициент 1,31, или 8,2 процентных пункта) (8). Основной причиной этого стало резкое повышение акцизов в январе 2014 г.

В 2014 г. в Казахстане проводился Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS) (9), в котором приняли участие 4425 мужчин и женщин в возрасте 15 лет и старше. Результаты GATS показали, что распространенность ежедневного курения табака составила 19,1%, что близко к результатам шестого Национального исследования по вопросам здорового образа жизни.

Связанная с табаком смертность в Казахстане

По оценкам ВОЗ, в 2004 г. в Казахстане с воздействием табака были связаны 35% случаев смерти среди мужчин и 12% среди женщин в возрасте 30 лет и старше (10) (табл. 4). Доля смертности, связанной с употреблением табака довольно высока в большинстве возрастных групп мужчин и женщин, за исключением лиц в возрасте 80 лет и старше. При этом выделены следующие причины смерти: рак трахеи, бронхов и легких; хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ); острая ишемическая болезнь сердца (ИБС); цереброваскулярные заболевания; туберкулез.

Акцизные налоги на табак в Казахстане с 1 января 2014 г. значительно выросли, и доступность табака существенно снизилась, что привело к последующему падению продаж табачных изделий и сокращению распространенности курения в стране. Такое снижение потребления могло также повлиять и на смертность, связанную с табаком.

В Европейской базе детализированных данных о смертности (2) содержится информация о том, что число случаев смертей в Казахстане снизилось с 136 261 в 2013 г. до 131 895 в 2014 г. и 131 029 в 2015 г. Общий коэффициент смертности (на 100 000 населения) снизился с 800 в 2013 г. до 747 в 2015 г. (7%). В ходе обзора литературы о воздействии налогообложения табачной продукции на показатели состояния здоровья (Красовский К., Всемирный банк, неопубликованные данные, 2016 г.) установлено, что повышение налогов на табак может стать тем фактором, который влияет на сокращение количества случаев смерти, вызванных раком органов дыхания и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Общая смертность также снижается,



но преимущественно в возрастной группе 35–64 лет. Снижение риска смерти от рака легких и ХОБЛ после отказа от курения идет довольно медленно, но наблюдается существенное сокращение риска по некоторым заболеваниям системы кровообращения (острый инфаркт миокарда, стенокардия и инсульт) в течение одного года после отказа от курения. Риск смерти от туберкулеза также снижается быстрыми темпами после отказа от курения.

		Мужчины, %	Женщины, %
Возрастные группы, число лет	30–44	30	17
	45–59	41	15
	60–69	44	20
	70–79	28	13
	80+	10	2
	All (30+)	35	12
Причина смерти (всего среди людей в возрасте 30 лет и старше)	Туберкулез	35	13
	Рак трахеи, бронхов, легких	94	63
	Острая ИБС	38	10
	Цереброваскулярные заболевания	35	14
	ХОБЛ	86	54
	Все причины	35	12

Таблица 4.

Доля случаев смерти, связанных с употреблением табака, в Казахстане в 2004 г., в %

На основе имеющихся данных исследований следующие заболевания (причины смерти) использовались в качестве показателей для оценки воздействия повышения налогообложения табака на здоровье:

- 1 туберкулез органов дыхания: коды A15 и A16 по МКБ-10;
- 2 злокачественные новообразования органов дыхания (гортани, трахеи, бронхов или легкого): коды C32, C33 и C34 по МКБ-10;
- 3 острая ИБС (стенокардия, острый инфаркт миокарда, повторный инфаркт миокарда, некоторые текущие осложнения после острого инфаркта миокарда и прочие острые формы ИБС): коды I20, I21, I22, I23 и I24 по МКБ-10;
- 4 инсульты (субарахноидальное кровоизлияние; внутримозговое кровоизлияние; другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние; церебральный инфаркт и инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт): коды I60, I61, I62, I63 и I64 по МКБ-10;
- 5 хронические бронхит и эмфизема (простой и слизисто-гнойный хронический бронхит; неуточненный хронический бронхит; эмфизема): коды J41, J42, J43 по МКБ-10; и
- 6 прочие ХОБЛ: код J44 по МКБ-10.

Изменения в смертности по возрастным группам, указанные в совместной монографии Национального института рака (США) и ВОЗ (5) (см. табл. 1), оценивались по отдельности для мужчин и женщин. Результаты представлены в таблице 5.

Таблица 5.
Изменения в смертности в
Казахстане, 2013–2015 гг.

		ВСЕГО (ВСЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ)										
		Количество случаев смерти			Общая смертность на 100 000 населения			Изменение в общей смертности (%)				
		2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013–2014	2014–2015	2013–2016		
Мужчины	Все возрасты	75 038	71 929	71 389	913	861	842	↓ –6	↓ –2	↓ –8		
		30–44	10 018	9 107	8 823	568	507	482	↓ –11	↓ –5	↓ –15	
		45–59	18 832	17 856	17 591	1 401	1 308	1 268	↓ –7	↓ –3	↓ –9	
	Все возрасты	60–69	13 639	14 259	15 229	3 481	3 366	3 335	↓ –3	↓ –1	↓ –4	
		70–79	16 088	15 316	14 480	7 539	7 478	7 378	↓ –1	↓ –1	↓ –2	
		80+	8 598	8 410	8 577	15 919	15 630	15 462	↓ –2	↓ –1	↓ –3	
Женщины	Все возрасты	61 223	59 966	59 640	695	671	658	↓ –3	↓ –2	↓ –5		
		30–44	3 529	3 407	3 245	191	182	170	↓ –5	↓ –6	↓ –11	
		45–59	8 283	8 189	7 941	533	520	498	↓ –2	↓ –4	↓ –6	
	Все возрасты	60–69	8 332	8 756	9 355	1 496	1 449	1 434	↓ –3	↓ –1	↓ –4	
		70–79	16 661	16 294	15 854	4 257	4 278	4 307	→ 0	↑ 1	↑ 1	
		80+	20 171	19 513	19 600	14 243	13 995	13 810	↓ –2	↓ –1	↓ –3	

C32–34: ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ГОРТАНИ, ТРАХЕИ, БРОНХА И ЛЕГКОГО

		Количество случаев смерти			Общая смертность на 100 000 населения			Изменение в общей смертности (%)				
		2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013–2014	2014–2015	2013–2016		
Мужчины	Все возрасты	2 719	2 440	2 384	33.1	29.2	28.1	↓ –12	↓ –4	↓ –15		
		30–44	80	63	46	4.5	3.5	2.5	↓ –23	↓ –28	↓ –45	
		45–59	835	782	732	62.1	57.3	52.8	↓ –8	↓ –8	↓ –15	
	Все возрасты	60–69	1 015	959	989	259.1	226.4	216.6	↓ –13	↓ –4	↓ –16	
		70–79	672	551	513	314.9	269.0	261.4	↓ –15	↓ –3	↓ –17	
		80+	106	82	99	196.3	152.4	178.5	↓ –22	↑ 17	↓ –9	
Женщины	Все возрасты	560	552	537	6.4	6.2	5.9	↓ –3	↓ –4	↓ –7		
		30–44	25	37	26	1.4	2.0	1.4	↑ 46	↓ –31	→ 0	
		45–59	152	145	147	9.8	9.2	9.2	↓ –6	→ 0	↓ –6	
	Все возрасты	60–69	149	124	171	26.7	20.5	26.2	↓ –23	↑ 28	↓ –2	
		70–79	173	190	144	44.2	49.9	39.1	↑ 13	↓ –22	↓ –12	
		80+	55	53	46	38.8	38.0	32.4	↓ –2	↓ –15	↓ –17	

I20–24: ОСТРАЯ ИБС

		Количество случаев смерти			Общая смертность на 100 000 населения			Изменение в общей смертности (%)				
		2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013–2014	2014–2015	2013–2016		
Мужчины	Все возрасты	2 997	2 571	2 448	36.5	30.8	28.9	↓ –16	↓ –6	↓ –21		
		30–44	267	231	228	15.1	12.9	12.5	↓ –15	↓ –3	↓ –18	
		45–59	1 140	970	909	84.8	71.1	65.5	↓ –16	↓ –8	↓ –23	
	Все возрасты	60–69	738	711	678	188.4	167.8	148.5	↓ –11	↓ –12	↓ –21	
		70–79	636	472	444	298.0	230.5	226.2	↓ –23	↓ –2	↓ –24	
		80+	167	162	156	309.2	301.1	281.2	↓ –3	↓ –7	↓ –9	



I20–24: ОСТРАЯ ИБС														
Женщины	Все возрасты	1 646	1 441	1 304	18.7	16.1	14.4	↓	-14	↓	-11	↓	-23	
	Все возрасты	30–44	85	55	36	4.6	2.9	1.9	↓	-36	↓	-36	↓	-59
		45–59	248	198	197	16.0	12.6	12.4	↓	-21	↓	-2	↓	-23
		60–69	367	372	308	65.9	61.6	47.2	↓	-7	↓	-23	↓	-28
		70–79	594	530	458	151.8	139.2	124.4	↓	-8	↓	-11	↓	-18
		80+	343	277	300	242.2	198.7	211.4	↓	-18	↑	6	↓	-13

I60–64: ИНСУЛЬТЫ														
		Количество случаев смерти			Общая смертность на 100 000 населения			Изменение в общей смертности (%)						
		2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013–2014	2014–2015	2013–2016				
Мужчины	Все возрасты	4 358	3 931	3 706	53.0	47.1	43.7	↓	-11	↓	-7	↓	-18	
	Все возрасты	30–44	291	301	265	16.5	16.8	14.5	↑	2	↓	-14	↓	-12
		45–59	1 337	1 226	1 180	99.4	89.8	85.1	↓	-10	↓	-5	↓	-14
		60–69	1 193	1 115	1 072	304.5	263.2	234.7	↓	-14	↓	-11	↓	-23
		70–79	1 119	930	794	524.4	454.1	404.6	↓	-13	↓	-11	↓	-23
		80+	336	276	332	622.1	512.9	598.5	↓	-18	↑	17	↓	-4
Женщины	Все возрасты	4 090	3 645	3 483	46.4	40.8	38.4	↓	-12	↓	-6	↓	-17	
	Все возрасты	30–44	173	142	134	9.4	7.6	7.0	↓	-19	↓	-7	↓	-25
		45–59	796	792	705	51.2	50.3	44.2	↓	-2	↓	-12	↓	-14
		60–69	870	831	843	156.2	137.6	129.2	↓	-12	↓	-6	↓	-17
		70–79	1 432	1 194	1 046	365.9	313.5	284.1	↓	-14	↓	-9	↓	-22
		80+	756	643	703	533.8	461.2	495.3	↓	-14	↑	7	↓	-7

J41–43: ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ И ЭМФИЗЕМА														
		Количество случаев смерти			Общая смертность на 100 000 населения			Изменение в общей смертности (%)						
		2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013–2014	2014–2015	2013–2016				
Мужчины	Все возрасты	197	144	124	2.4	1.7	1.5	↓	-28	↓	-15	↓	-39	
	Все возрасты	30–44	6	3	6	0.3	0.2	0.3	↓	-51	↑	96	↓	-4
		45–59	23	17	16	1.7	1.2	1.2	↓	-27	↓	-7	↓	-33
		60–69	48	40	23	12.3	9.4	5.0	↓	-23	↓	-47	↓	-59
		70–79	94	60	48	44.0	29.3	24.5	↓	-33	↓	-17	↓	-44
		80+	25	23	39	46.3	42.7	54.1	↓	-8	↑	27	↑	17
Женщины	Все возрасты	134	130	129	1.5	1.5	1.4	↓	-4	↓	-2	↓	-6	
	Все возрасты	30–44	3	1	1	0.2	0.1	0.1	↓	-67	↓	-2	↓	-68
		45–59	8	4	3	0.5	0.3	0.2	↓	-51	↓	-26	↓	-63
		60–69	17	12	12	3.1	2.0	1.8	↓	-35	↓	-7	↓	-40
		70–79	57	52	50	14.6	13.7	13.6	↓	-6	↓	-1	↓	-7
		80+	49	60	63	34.6	43.0	44.4	↑	24	↑	3	↑	28



А15–16: ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

		Количество случаев смерти			Общая смертность на 100 000 населения			Изменение в общей смертности (%)			
		2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013–2014	2014–2015	2013–2016	
Мужчины	Все возрасты	658	559	448	8.0	6.7	5.3	↓ –16	↓ –21	↓ –34	
	30–44	250	226	161	14.2	12.6	8.8	↓ –11	↓ –30	↓ –38	
	45–59	248	209	180	18.4	15.3	13.0	↓ –17	↓ –15	↓ –30	
	Все возрасты	60–69	63	54	60	16.1	12.7	13.1	↓ –21	↑ 3	↓ –18
		70–79	31	22	14	14.5	10.7	7.1	↓ –26	↓ –34	↓ –51
		80+	3	3	1	5.6	5.6	1.8	–	–	–
Женщины	Все возрасты	214	198	137	2.4	2.2	1.5	↓ –9	↓ –32	↓ –38	
	30–44	82	79	55	4.5	4.2	2.9	↓ –5	↓ –32	↓ –35	
	45–59	55	47	28	3.5	3.0	1.8	↓ –16	↓ –41	↓ –50	
	Все возрасты	60–69	20	17	15	3.6	2.8	2.3	↓ –22	↓ –18	↓ –36
		70–79	13	15	11	3.3	3.9	3.0	↑ 19	↓ –24	↓ –10
		80+	3	2	4	2.1	1.4	2.8	–	–	–

Общая смертность (от всех причин) среди мужчин (8%) снизилась больше, чем среди женщин (5%), и была выше в более молодых возрастных группах по обоим полам, особенно в возрастной группе 30–44 лет (мужчины – 15% и женщины – 11%). Смертность выросла среди женщин в возрасте 70–79 лет.

Рак легких – самое известное заболевание, вызываемое потреблением табака. Динамика смертности от рака органов дыхания в Казахстане в 2013–2015 гг. у мужчин и женщин существенно различается: смертность сократилась во всех возрастных группах среди мужчин, но среди женщин в возрасте 30–69 лет снижения смертности от рака легких почти не наблюдается. В исследованиях установлено, что снижение риска рака легких у бывших курильщиков становится очевидным только спустя 5–9 лет после отказа от курения (11). Это означает, что наблюдаемые изменения в смертности от злокачественных новообразований органов дыхания, скорее всего, отражают ранее зафиксированные изменения в распространенности курения.

По данным анализа изменений в распространенности курения в восьми странах бывшего СССР за период с 2001 по 2010 г. (12) среди населения в возрасте 18 лет и старше, в Казахстане распространенность курения снизилась среди мужчин с 65,3% до 51,2%, но среди женщин осталась неизменной – на уровне 9,3%.

Общий коэффициент смертности от острой ИБС намного выше для мужчин, особенно в более молодых возрастных группах (см. табл. 5), но в 2013–2015 гг. снижение смертности от острой ИБС, сходное для большинства возрастных групп у мужчин и женщин, было менее всего выражено в самой старшей возрастной группе. По оценкам ВОЗ, доля случаев смерти от ишемической болезни сердца, вызванной курением, в Казахстане довольно высока (см. табл. 4), особенно в группах среднего возраста.



Несмотря на то что в Казахстане распространенность курения среди женщин намного ниже, чем среди мужчин, исследование показывает, что женщины почти в два раза сильнее реагируют на налоги на сигареты (13). Поэтому можно предположить, что наблюдаемое сокращение смертности от острой ИБС у мужчин и женщин как минимум частично вызвано снижением потребления табака.

Смертность от инсульта в Казахстане выше среди мужчин, но не так высока, как от других заболеваний, связанных с потреблением табака. Динамика смертности от инсульта сходна с динамикой смертности от острой ИБС в том, что снижение наблюдается в большинстве возрастных групп у мужчин и женщин, за исключением самой старшей возрастной группы. Это дает основания предположить, что снижение смертности от острой ИБС и инсульта вызвано одними и теми же факторами.

Данные по смертности в Казахстане показывают очень большое количество случаев смерти от заболеваний под кодом J44 (другие ХОБЛ) – 12 644 случаев в 2015 г. Общий коэффициент смертности от этих заболеваний в 2013–2015 гг. увеличился по всем половозрастным группам. Европейская база детализированных данных по смертности (14) показывает, что стандартизированный коэффициент смертности (СКС) от ХОБЛ в 2010–2015 гг. увеличился более чем в три раза (с 36 до 118 на 100 000 населения). В 2013 г. в Казахстане СКС от ХОБЛ составил 111, что в пять раз выше среднеевропейского показателя (21 на 100 000 населения) и более чем вдвое выше аналогичного показателя в Кыргызстане (49 на 100 000 населения). При такой непоследовательности в данных по смертности от ХОБЛ (вероятно, вызванной проблемами с регистрацией причины смерти) последние (после 2011 г.) данные по ХОБЛ невозможно использовать для анализа динамики смертности в Казахстане.

Смертность от хронического бронхита и эмфиземы (коды J41–43), а также туберкулеза органов дыхания (коды A15–16) значительно снизилась в большинстве возрастных групп мужчин и женщин, за исключением самой старшей возрастной группы, где наблюдается в основном рост (см. табл. 5). Динамика изменения аналогична таковой в отношении острой ИБС и инсульта.

Смертность от некоторых причин, связанных с употреблением табака, в Казахстане существенно снизилась в 2013–2015 гг. среди мужчин и женщин в возрасте 30–79 лет: примерно на 20% по острой ИБС и инсультам и на 30–40% – по хроническому бронхиту и эмфиземе, а также туберкулезу органов дыхания. Масштабы снижения многих из этих причин смерти сходны у мужчин и женщин в большинстве возрастных групп. Но поскольку количество случаев смерти по причинам, связанным с употреблением табака, намного выше среди мужчин, количество предотвращенных случаев смерти также выше среди мужчин.

Другие факторы также могли повлиять на наблюдаемое снижение смертности, но особенно весомый вклад, очевидно, внесло снижение потребления табака в 2014–2015 гг. Это снижение вызвано существенным увеличением акцизного налога, что привело к сокращению доступности табака и последующему падению продаж и снижению распространенности курения в стране.



Значительное сокращение смертности у мужчин в возрасте 30–69 лет в 2014 г. также могло быть вызвано снижением потребления алкоголя. Ставки акцизов на спирт в Казахстане в 2014 г. увеличились вдвое, и одновременно было отмечено некоторое снижение смертности, особенно среди молодых мужчин, в отношении:

- 1 причин смерти, напрямую связанных с алкоголем (алкогольная болезнь печени, психические расстройства и расстройства поведения вследствие потребления алкоголя);
- 2 внутренних причин смерти, косвенно связанных с алкоголем (фиброз и цирроз печени, кардиомиопатия, острый панкреатит); и
- 3 внешних причин смерти, косвенно связанных с алкоголем (дорожно-транспортные происшествия, самоубийства, отравление точно не установленными химическими веществами).

Для оценки того, как влияют на снижение смертности изменения в потреблении алкоголя, необходимо более детальное исследование.

Результаты и перспективы политики акцизного налогообложения табачных изделий в Казахстане

Распространенность курения и потребление табака в Казахстане в 2003–2007 гг. увеличились, поскольку ставки акцизов были очень низкими. Ежегодно с 2007 по 2012 г. происходило повышение ставок, но потребление табака и распространенность курения оставались неизменными. Продажи сигарет и распространенность курения снизились только в 2014–2015 гг.

Потребление табака снижается, когда сигареты становятся менее доступными, чему могут способствовать следующие факторы:

- 1 повышение акциза на табачные изделия, что приводит к росту стоимости сигарет сверх роста дохода;
- 2 увеличение табачной отрасли неналоговой части стоимости сигарет;
- 3 снижение доходов населения.

Все три фактора влияют на снижение потребления сигарет и их продаж, но только первый способствует росту акцизных поступлений в бюджет государства.

Поскольку в Казахстане действует система специфических акцизов, табачная индустрия может получать большую прибыль за счет увеличения (безналоговой) части стоимости сигарет. Это поможет сократить объемы продаж и будет полезно для общественного здоровья, но без повышения налоговой ставки акцизные поступления будут падать.

Все три вышеуказанных фактора способствовали снижению доступности табака в 2015 г.: ставка акциза выросла на 28%; производители повысили стоимость на 20% (см. табл. 3); рост номинального дохода (3,6%) был ниже уровня инфляции (6,6%). Соответствующие цифры в 2014 году по акцизам составили 94%, цена производителя – 9%, доход – 6,8% и инфляция – 6,7%. Таким образом, в снижении доступности табака в 2014 г. доминирующим фактором был рост акцизов, тогда как в 2015 г. наибольший вклад внесли ценовая политика производителей и падение доходов населения. Сокращение доступности табачных изделий и продаж сигарет имели одинаковый масштаб в оба года, но повышение акцизных поступлений было более заметным в 2014 г.

Согласно действующей редакции Налогового кодекса годовой рост ставок акцизов в 2015–2016 гг. составил 28–30%, а с 2017 по 2019 г. не превысит 19–24% (см. табл. 1). На самом деле это признак возврата к политике 2010–2013 гг., когда объем поступлений вырос, но выгод для общественного здоровья получено не было.

У Казахстана есть суверенное право определять и проводить свою политику налогообложения (включая уровень налоговых ставок, а также структуру и систему налогов на табачные изделия) с учетом ситуации в стране для достижения целей в отношении общественного здоровья, бюджета и других (3). Необходимо также учитывать политику налогообложения табачных изделий в соседних странах.

Акцизные ставки и цены на сигареты в соседних странах

Сравнение ставок акцизов и цен на сигареты в Казахстане и соседних странах (табл. 6) показывает, что налоги в Казахстане выше, чем в Кыргызстане и Узбекистане, но ниже, чем в Российской Федерации и Туркменистане. Но при текущем курсе тенге сигареты в Казахстане в пересчете на доллары дешевле, чем в большинстве соседних стран.

	Ставка специфического акциза на 1000 сигарет (январь 2017 г.)		Адвалорный акциз (%)	НДС (%)	Цена пачки сигарет «Winston» (июль 2016 г.)	
	В национальной валюте	В долл. США			В национальной валюте	В долл. США
Казахстан	6 200	18.8	0	12	310	0.91
Кыргызстан	1 000	14.4	0	12	50	0.72
Российская Федерация	2 123	35.8	12	18	100	1.54
Туркменистан	–	25.0	30	20	10	2.86
Узбекистан	37 432	11.5–18.2 (импорт)	0	20	6 500	2.18

Таблица 6.
Ставки акцизов и цены на сигареты в Казахстане и соседних странах

Такие различия в стоимости стимулируют движение (законное и незаконное) облагаемых налогом сигарет из стран с более низкими ценами, поэтому **отток сигарет из Казахстана** мог быть намного больше их **притока** в страну. Однако различия в стоимости являются не единственной причиной такого явления, когда сигареты облагаются налогом в одной стране, но курят их в другой.

В отчете GATS (9) сказано, что в 2014 г. в Казахстане насчитывалось 2,4 млн человек, выкуривающих в среднем по 14,9 сигарет в день. Таким образом, в 2014 г. было выкурено:

$$2,4 \times 14,9 \times 365 = 13 \text{ млрд сигарет.}$$

Количество налогооблагаемых сигарет в 2014 г. было намного больше (см. табл. 1), следовательно, преобладающая часть сигарет, облагаемая налогами в Казахстане, потребляется в других странах. Поэтому повышение акцизов на табачные изделия в Казахстане не только сокращает потребление внутри страны, но и приводит к уменьшению общего количества сигарет, облагаемых налогом в Казахстане, но потребляемых в других странах.

За последние годы ставки акцизов на сигареты в трех соседних странах повышались.

В **Узбекистане** ставки акцизов на сигареты с января 2016 г. повысились на 50% и с января 2017 г. – на 30%.

В **Кыргызстане** минимальная ставка акциза на сигареты с фильтром в 2009–2014 гг. выросла в четыре раза, а акцизные поступления – в пять раз (15). Единственная табачная фабрика в стране закрылась в 2014 г. Ставка акциза вновь повышена в мае 2015 г. и затем на 33% в январе 2017 г.

Средняя ставка акциза на сигареты в **Российской Федерации** с 2010 по 2015 гг. выросла в 4,8 раз, а годовые поступления от акцизов на табак выросли с 108 млрд рублей в 2010 г. до 386 млрд рублей в 2015 г. Рынок сигарет сократился на 22% (или 83 млрд шт.), с 377 млрд в 2010 г. до 294 млрд в 2015 г. Контрабанда и фальсифицированная продукция, по оценкам табачной индустрии, в 2015 г. составляли 1,1% рынка, или 3 млрд сигарет. Эти данные подтверждают общую тенденцию, когда повышение акцизов на табак может привести к росту потребления сигарет из незаконного оборота, но этот рост будет менее значителен, чем снижение потребления сигарет из законного оборота, и в результате общее потребление сигарет снизится.

Российская Федерация повышала ставки акцизов на табачные изделия в 2015, 2016 и 2017 гг., но только на 27% в год (в сравнении с повышением в предыдущие годы на 40%). В качестве главного аргумента для замедления роста акцизов в Российской Федерации служат низкие ставки акцизов в Беларуси и Казахстане, и этим странам предлагается соразмерно увеличивать акцизы на табачные изделия.

Евразийский экономический союз

Казахстан является членом Евразийского экономического союза (ЕАЭС).

Проект соглашения о принципах внедрения политики акцизных налогов на табачные изделия в странах ЕАЭС опубликован в октябре 2015 г. (16). В Статье 4 предлагаются индикативные, минимальные и максимальные ставки акцизного налога на сигареты на 2016–2020 гг., выраженные в евро. Предложенные ставки представлены в таблице 7.



Установленные в Казахстане ставки акцизов (см. табл. 1) в 2016 г. ниже предложенных минимальных ставок. Ставки акцизов, принятые на 2017–2019 гг., чуть выше минимальных ставок, но намного ниже индикативных.

В проекте соглашения установлено ежегодное повышение минимальных ставок акцизов в интервале 13–19% (см. табл. 5), но даже в 2020 г. ставки составят 27,2–5,2 евро на 1000 сигарет, тогда как в каждом государстве Европейского союза минимальная ставка составляет 90 евро. Опыт Беларуси, Казахстана, Российской Федерации и других стран показывает, что с учетом уровня инфляции годовое повышение акциза должно составлять более 30%, чтобы обеспечить снижение доступности табачных изделий.

	Индикативная ставка, на 1000 сигарет		Допустимое понижение индикативной ставки (%)	Допустимая минимальная ставка, на 1000 сигарет		
	В евро	В тенге ^а		В евро	В тенге ^а	Повышение минимальной ставки (%)
2016	22	7 810	30	15.4	5 467	–
2017	25	8 875	30	17.5	6 213	14
2018	27	9 585	25	20.25	7 189	16
2019	30	10 650	20	24	8 520	19
2020	32	11 360	15	27.2	9 656	13

Таблица 7.
Ставки акцизного налога, предложенные в проекте соглашения ЕАЭС

^а 1 евро = 355 тенге.

Перспективы политики акцизного налогообложения табачных изделий в Казахстане в 2018 г.

Предложена модель ставок акцизного налога, для того чтобы проиллюстрировать потенциал их увеличения. В модели оценивается воздействие политики налогообложения табачных изделий на их потребление и на поступления в бюджет в 2016 г. и представлены три сценария повышения ставки акциза в 2018 г.:

- 1 ставка акциза вырастет до 7500 тенге на 1000 сигарет (о чем сказано в действующем законодательстве), или на 21%;
- 2 ставка акциза вырастет до 9600 тенге на 1000 сигарет (индикативная ставка, предложенная в проекте соглашения ЕАЭС на 2018 г.), или на 55%; или
- 3 ставка акциза вырастет до 11 400 тенге на 1000 сигарет (индикативная ставка, предложенная в проекте соглашения ЕАЭС на 2020 г.), или на 84%, по аналогии с успешным повышением налога в 2014 г.

В модели использованы следующие допущения:

- уровень инфляции в 2017 и 2018 гг. составит 6% (средний уровень на 2012–2015 гг.);
- цена производителя и розницы увеличится соразмерно с инфляцией;
- рост доходов населения в 2017 и 2018 гг. составит 6,5% (в среднем за 2013–2015 гг.).

На основе этих допущений произведены оценки средней стоимости сигарет и индекса доступности табачных изделий на 2016 г. и трех вариантов на 2017 г. (табл. 8).

	2014	2015	2016	2017	2018-1	2018-2	2018-3
Цена пачки сигарет, тенге	241.0	296.0	324.0	364.0	407.0	454.0	494.0
ИПЦ (с декабря по декабрь)	107.4	113.6	108.5	106.0	106.0	106.0	106.0
Акциз, тенге	60.0	78.0	100.0	124.0	150.0	192.0	228.0
НДС, тенге	26.0	32.0	35.0	39.0	44.0	49.0	53.0
Цена производителя и розницы, тенге	155.0	186.0	189.0	201.0	213.0	213.0	213.0
Увеличение цены производителя и розницы, %, предыдущий год = 100	109.1	120.0	101.6	106.2	106.2	106.1	106.0
Повышение стоимости сигарет, %, предыдущий год = 100	124.2	122.8	109.5	112.3	111.8	124.7	135.7
Рост дохода, %, предыдущий год = 100	106.8	103.6	106.5	106.5	106.5	106.5	106.5
Индекс доступности табака	-14.0	-15.7	-2.7	-5.2	-4.8	-14.6	-21.5

Таблица 8.

Прогноз изменения цен и доступности табачных изделий, 2017 и 2018 гг.

Как показывают результаты оценки, в 2017 и 2018 гг. (сценарий 1) доступность табачных изделий снижается слабо, что, вероятно, приведет лишь к незначительному сокращению потребления табака. В сценариях 2 и 3 на 2018 г. предусматривается более значительное снижение доступности табачных изделий и, соответственно, более высокий потенциал для сокращения потребления табака.

Проведена также оценка поступлений табачных акцизов на 2017 г. и по каждому сценарию в 2018 г. (табл. 9). В модели допускается, что существенное снижение доступности табака приведет к уменьшению **оттока сигарет** из страны и увеличению **притока сигарет** в страну, при этом оба процесса сократят количество налогооблагаемых сигарет. В отсутствие достоверных оценок оттока и притока в таблице использованы допущения на основе представленной выше информации. Фактический уровень будет зависеть от обеспечительных мер против незаконного оборота, налоговой политики в соседних государствах, обменного курса валюты и прочих факторов.

	2014	2015	2016	2017	2018-1	2018-2	2018-3
Потребление, млрд сигарет	23.0	22.0	22.5	22.0	21.5	20.0	19.0
Отток из страны, млрд сигарет	4.0	3.5	3.5	3.5	3.5	3.0	2.5
Приток в страну, млрд сигарет	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5	2.0
Налогооблагаемые продажи, млрд сигарет	26.0	24.5	25.0	24.5	24.0	21.5	19.5
Ставка акциза, в тенге на 1000 сигарет	3 000.0	3 900.0	5 000.0	6 200.0	7 500.0	9 600.0	11 400.0
Поступления, млрд тенге	78.0	96.0	125.0	152.0	180.0	206.0	222.0

Таблица 9.

Прогноз воздействия модельной политики налогообложения на потребление и поступления в бюджет

Поступления от табачных акцизов в 2017 и 2018 гг. увеличатся во всех вариантах, но варианты 2 и 3 на 2017 г. обеспечивают более высокий рост поступлений и более существенное снижение потребления табака. Возможные дополнительные поступления (около 25–40 млрд тенге) можно направить на различные социально полезные цели, в том числе на медицинское страхование. Прогнозные цифры основаны на нескольких допущениях, но показывают тенденции, весьма сходные с теми, что недавно наблюдались в Казахстане и других странах.

Выводы

До 2014 г. рост акцизов на табак в Казахстане был умеренным. Опыт показывает, что такой подход не обеспечил ни роста поступлений, ни снижения потребления табака. В период с 2007 по 2013 г. объем поступлений табачных акцизов увеличился, однако повышение налога было недостаточным для того, чтобы снизить доступность табака (с учетом инфляции и изменений в уровне доходов) и его потребление.

В 2014 г. в Казахстане была внедрена налоговая политика в отношении табачных изделий, которая способствовала достижению целей в области охраны здоровья, касающихся сокращения потребления табака. Ставка акциза была увеличена на 94%, что повлекло повышение цен на сигареты в достаточной степени для того, чтобы снизилась доступность табака, упали объемы продаж табачных изделий и сократилась распространенность курения в стране. Объем табачных акцизных поступлений за два года увеличился более чем вдвое. Такая политика налогообложения полностью соответствует положениям РКБТ ВОЗ.

В 2015–2016 гг. Казахстан вернулся к политике умеренного повышения налогов. В 2015 г. доступность табака снизилась не только за счет повышения акциза, но и вследствие ценовой политики табачной индустрии и уменьшения реальных доходов. Потребление табака в республике в 2015 г. также снизилось, но рост поступлений в бюджет оказался меньше ожидаемого. Умеренное повышение акциза в 2016 г. не смогло обеспечить реальное (с поправкой на инфляцию) повышение цен на сигареты, и продажи табачных изделий вновь начали расти.

Опыт предыдущих лет показывает, что политика умеренного (20–30% в год) повышения акцизов не может обеспечить снижение потребления и рост поступлений в бюджет. На 2017–2019 гг. запланировано годовое повышение акцизов всего на 19–24%.

В 2013–2015 гг. в Казахстане уровень смертности по ряду причин, связанных с потреблением табака, среди мужчин и женщин в возрасте 30–79 лет существенно снизился: примерно на 20% от острой ИБС и инсультов и на 30–40% – от туберкулеза органов дыхания, хронического бронхита и эмфиземы.

Повышение налогов на табак, ведущее к снижению доступности табака и его потребления, является эффективным способом сокращения смертности в стране, особенно среди населения среднего возраста. Смертность по некоторым заболеваниям в первые годы после сокращения потребления табака начинает снижаться. Дальнейшее повышение ставок акцизов на табачные изделия может закрепить пользу для здоровья.

Казахстан обладает большим потенциалом в повышении акцизных ставок на табак в последующие годы, что будет способствовать достижению целей охраны здоровья, связанных с сокращением потребления табака. Чем значительнее рост акцизного налога, тем более существенными будут сокращение потребления табачных изделий и рост поступлений от табачных акцизов.

Библиография

1. Фактические поступления по налогам и платежам в государственный бюджет за 2002–2016 гг. [онлайновая база данных]. Астана: Комитет государственных доходов Министерства финансов Республики Казахстан; 2017 (<http://kgd.gov.kz/ru/content/fakticheskie-postupleniya-po-nalogam-i-platezham-v-gosudarstvennyy-byudzhets-za-2002-2016-gg>, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
2. European detailed mortality database [Европейская база детализированных данных о смертности; онлайновая база данных]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://data.euro.who.int/dmdb/>, по состоянию на 2 февраля 2017).
3. Guidelines for implementation of Article 6 of the WHO FCTC [Руководящие принципы по осуществлению Статьи 6 РКБТ ВОЗ]. Geneva: World Health Organization; undated (http://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/Guidelines_article_6.pdf, accessed 2 February 2017).
4. Krasovsky K. Tobacco taxation policy in three Baltic countries after the EU accession [Политика налогообложения табака в трех государствах Прибалтики после их присоединения к Европейскому союзу]. Tobacco Control and Public Health in Eastern Europe 2012;2(2):81–98.
5. The economics of tobacco and tobacco control. National Cancer Institute tobacco control monograph 21 [Экономика табака и борьбы с табаком. Монография Национального института рака и ВОЗ]; Bethesda (MD), Geneva: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, World Health Organization; 2016; (NIH Publication No. 16-CA-8029A; https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/21/docs/m21_complete.pdf accessed 2 February 2017).
6. Zhylkaidarova A, Nurguzhayev K. Expansion of the Quit&Win competition in Kazakhstan as the instrument of the building capacity for a tobacco-free society. The 13th World Conference on Tobacco OR Health, Washington (DC), 12–15 July 2006 [website] [Расширение конкурса «Брось курить и выиграй» в Казахстане как инструмент развития потенциала для общества, свободного от табака. 13 Всемирная конференция «Табак или здоровье»]; Atlanta (GA): American Cancer Society; 2006 (<https://2006.confex.com/uicc/wctoh/techprogram/P3865.HTM>, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
7. Казахстан. Доклад за 2014 год. База данных осуществления РКБТ, 2014 [онлайновая база данных]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 (<http://apps.who.int/fctc/implementation/database/parties/Kazakhstan#>, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
8. Анонс к проведению круглого стола по обсуждению результатов VI Национального социологического исследования по определению распространенности поведенческих факторов риска среди населения Республики Казахстан [веб-сайт]. Алматы: Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения Республики Казахстан; 2016 (http://www.hls.kz/announcements_2_2/, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).

9. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS). Республика Казахстан, 2014. Страновой отчет. Алматы: Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан; 2014 (http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/kaz_countryreport_ru.pdf?ua=1, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
10. WHO global report: mortality attributable to tobacco [Глобальный доклад ВОЗ: смертность, обусловленная употреблением табака]. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
11. Reversal of risk after quitting smoking. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2007 [Обратимость риска после отказа от курения. Международное агентство исследований рака]; (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume 11; <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook11/>, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
12. Roberts B, Gilmore A, Stickley A, Rotman D, Prohoda V, Haerper C et al. Changes in smoking prevalence in 8 countries of the former Soviet Union between 2001 and 2010 [Изменения в распространенности курения в 8 странах бывшего Советского Союза в 2001–2010 годах]. *Am J Public Health* 2012;102(7):1320–8.
13. Stehr M. The effect of cigarette taxes on smoking among men and women [Влияние налогообложения сигарет на курение среди мужчин и женщин]. *Health Econ.* 2007;16:1333–43. doi:10.1002/hec.1223.
14. European mortality database (MDB). Updated July 2016 [Европейская база данных по смертности. Обновлено в июле 2016]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://data.euro.who.int/hfamdb/>, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
15. Krasovsky K. Tobacco taxation policy in Kyrgyzstan [Политика налогообложения табачных изделий в Кыргызстане]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/293640/Tobacco-taxation-policy-Kyrgyzstan-en.pdf?ua=1, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).
16. Проект. Соглашение о принципах ведения налоговой политики в области акцизов на табачную продукцию государств-членов Евразийского экономического союза. Москва: Евразийский экономический союз; (https://docs.eaeunion.org/sites/storage1/Lists/PublicDiscussions/faa22d1e-150d-4765-ba68-fdf48434bc06/b5c8ba6f-08b6-4e93-9e30-91d461fa3a88_%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%B5%D0%BA%D1%82%20%D0%A1%D0%BE%D0%B3%D0%BB%D0%B0%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D0%BF%D0%BE%20%D0%B0%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D0%BC%20%D0%BD%D0%B0%20%D1%82%D0%B0%D0%B1%D0%B0%D1%87%D0%BD%D1%83%D1%8E%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B4%D1%83-%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8E.pdf, по состоянию на 2 февраля 2017 г.).

