

กรุงเทพธุรกิจ

Section: First Section/ทัศนวิจารณ์

วันที่: ศุกร์ 18 ธันวาคม 2552

ปีที่: 22

ฉบับที่:

หน้า: 11 (ล่าง)

Col.Inch: 120

ADValue: (B/W)

144,000

(FC)

180,000

PRValue(x3): (B/W)

432,000

(FC)

540,000

หัวข้อข่าว: แอลกอฮอล์ โภคภัณฑ์ที่ไม่ธรรมดา และแนวนโยบายภาษี (12)

Krungthep Turakij

Circulation: 145,530

แอลกอฮอล์ โภคภัณฑ์ที่ไม่ธรรมดา แนวนโยบายภาษี (12)

■ ดร.พงษ์ศักดิ์ ยืนตระกูล

สถาบันบริหารธุรกิจศศินทร์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ

■ ดร.บัญญัติ ส่งสัมพันธ์

กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง ประเทศไทย

4. ช่องว่างทางการคลังและภาษี ทางตรง (Fiscal Gap & Direct Sin Tax)

ในโลกนี้มีสามวิธีหลักในการหารายได้
เพื่อรองรับระบบสาธารณสุข

1. การเก็บภาษีซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้กันทั่วไป
ตัวอย่างเช่น แคนาดา และสหราชอาณาจักร
2. การบังคับให้ลูกจ้างและนายจ้างเข้ามี
ส่วนร่วม อาทิเช่น เยอรมนี และฝรั่งเศส
3. การประกันส่วนบุคคลแบบสมัครใจ

มีเพียงประเทศเดียว ที่สหรัฐอเมริกา

แม้ว่าจะมีโครงการหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า (UC) แต่การบริการสุขภาพด้านอื่น
ก็ต้องมีประกอบเป็นปกติ งบประมาณสำหรับ
โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)
ของประเทศไทย ได้รับการสนับสนุนทางการเงิน
จากภาษี แต่กระนั้น งบประมาณของโครงการ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ต้องผ่าน

คณะกรรมการตรวจสอบงบประมาณรายจ่าย
ประจำปี สมาชิกวุฒิสภาผู้แทนราษฎร ทุกปีโดยต้องพิจารณา
ร่วมกับงบประมาณรายจ่ายประจำปีในภาพรวม
แต่กระนั้น มักมีการแทรกแซงทางการเมือง ทำให้มี
การร้องเรียนจำนวนมากในเรื่องการจัดงบประมาณ
ที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงในการยกระดับ
คุณภาพชีวิตที่เหมาะสม โดยเฉพาะในชนบท มี
รายงานว่า มากกว่า 25% ของโรงพยาบาลของรัฐ
ประสบปัญหาทางการเงิน

มีข้อสังเกตว่า ตามการศึกษาด้วยการทดสอบ
และการใช้แบบจำลอง (empirical and simula-
tion) ของวัลย์พร พัชรนฤมล และ Michael
Cichon (2547) และ ดร.ทวีศรี กรีทอง (2550) ที่
เสนอความเห็นเรื่องเปลี่ยนกองทุนส่งเสริมสุขภาพ
(Thai Health Fund) เป็นเงินทุนระยะยาวไว้กับ
โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)
ดร.ทวีศรี เสนอให้เพิ่มภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์และยาสูบขึ้นอีกสองเท่าเพื่อนำเงิน

จำนวนครึ่งหนึ่งของรายได้จากภาษีสรรพสามิต
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสองในสามของเงินภาษี
ยาสูบเข้าเป็นกองทุนไว้กับโครงการหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า (UC) และเป็นการลดจำนวนโรค
เรื้อรังเงินทุนใหม่ดังกล่าวนี้ทำให้โครงการหลัก
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) สามารถยืนอยู่ได้
ด้วยตนเอง แต่กระนั้น ข้อเสนอพื้นฐานสำคัญ คือ การ
เพิ่มภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 50% ทำให้ปริมาณ
การบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง 20% และเพิ่มภาษียา
สูบ 100% ทำให้บริโภคโคโคตินลดลง 20% ซึ่งสมมติ
ฐานดังกล่าวเป็นจริงในประเทศส่วนใหญ่แต่อาจไม่
ใช่ประเทศไทย เนื่องจากโครงสร้างภาษีที่บิดเบือน
และการกำกัดกฎหมายที่เฟื่องฟู

ความคิดเรื่องการใช้ภาษียาสูบเพื่อเป็นแหล่ง
เงินทุนให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(UC) เป็นความคิดริเริ่มในการแก้ไขปัญหาเรื่องช่อง
ว่างทางการคลัง (fiscal gap) ค่าใช้จ่ายด้านการ
สาธารณสุขดูเหมือนเป็นสัดส่วนกับผู้สูบบุหรี่

ที่ที่ไม่ธรรมดา ๕ (12)

แอลกอฮอล์ โครงสร้างภาษีควรต้องมีการทบทวน
เพื่อให้มีการคิดภาษีจากปริมาณแอลกอฮอล์ก่อนมี
การพิจารณาเรื่องอื่นใด

5. บทเรียนจากภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ถึงภาษียาสูบ ทั้งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยา
สูบเป็นสินค้าที่เหมือนกันทุกประการ (identical
and complementary product) สินค้าทั้งสองมี
สารเสพติดอยู่ คือ แอลกอฮอล์และนิโคติน ผู้ที่ดื่ม
สุราส่วนมากก็สูบบุหรี่ด้วยพฤติกรรมผู้บริโภคของ
ทั้งสองสิ่งคล้ายกัน คือ เริ่มต้นด้วยการเป็นทางเลือก
ที่มีเหตุผล (rational choice) เพื่อความสนุก
สนานและมีโอกาสที่จะจบลงด้วยการติดบุหรี่
จิตใจ หากไม่ได้มีการบริโภคแบบพอดี ครั้นกลายเป็น
ผู้เสพติดสุราความต้องการแอลกอฮอล์เป็นสิ่ง
ที่ต้องการมากกว่ารสชาติของสินค้าขณะที่ผู้ติดบุหรี่
มีความสุขกับนิโคตินก็มีลักษณะเช่นเดียวกัน
สำหรับบุหรี่ยังก่อให้เกิดผู้สูบบุหรี่มือสอง (second
hand smoker) อันเป็นปัญหาทางสุขภาพอีกด้วย

การบริโภคก่อให้เกิดความเสียหายต่อสุขภาพของ
ผู้เสพ และเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ดัง
นั้น อัตราภาษีบุหรี่ควรเป็นอัตราที่เจาะจง (spe-
cific tax) ให้เป็นสัดส่วนกับต้นทุนทางสังคม
บุหรี่ยาสูบ ภาษียาสูบ (Shredded Tobacco)
คล้ายคลึงกับกรณีของสุรา ยาสูบถูกและ
สามารถใช้บุหรี่ยาสูบแทนได้โดยตรงเช่นเดียวกับ
สุราและวิสกี้

ที่แตกต่างจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ อุตสาหกรรมยาสูบในประเทศไทย
ถูกผูกขาดเป็นเวลานานโดยรัฐวิสาหกิจที่เรียกว่า
โรงงานยาสูบแห่งประเทศไทย (Thai Tobacco
Monopoly) มีบริษัทผู้นำเข้าจำนวน 13 แห่งที่อยู่
ในธุรกิจบุหรี่ยาสูบในประเทศไทยเปิดตลาดบุหรี่ยาสูบ
ในปี 2534 ในปี 2551 การบริโภคบุหรี่ยาสูบทั้งหมดอยู่ที่
1,900 ล้านซอง ขณะที่รายได้ภาษีอยู่ที่ 42,180 ล้านบาท
ตามโครงสร้างภาษีบุหรี่ยาสูบที่ผลิตในประเทศ
มีส่วนแบ่งการตลาด 75% หรือ 1,400 ล้านซอง
อัตราภาษีบุหรี่ยาสูบเป็นแบบคิดตามมูลค่า (Ad
Valorem) ที่ 85% หรือเป็นอัตราภาษีที่แท้จริงอยู่ที่
56% ต่อต้นทุนการผลิต ตามอัตราภาษีสรรพ
สามิตในปัจจุบัน ความแตกต่างระหว่างราคาของ
บุหรี่ยาสูบในประเทศกับบุหรี่ยาสูบนำเข้าอยู่ที่ 40 บาทต่อซอง
แม้ว่าการบริโภคบุหรี่ยาสูบมีแนวโน้มลดลงน้อยลงเนื่อง

จากการรณรงค์ขององค์การอนามัยโลก
(WHO) และนโยบายสาธารณสุขของไทย
รายได้จากภาษีสรรพสามิตของยาสูบอยู่ที่
15% ของรายได้ภาษีสรรพสามิตทั้งหมด

ตามรายงานขององค์การยาสูบบริติชอเมริกา
ริกัน (British American Tobacco-BAT) มี
บุหรี่ยาสูบ 300 พันล้านแพคเกจ หรือ 6% ของ
บุหรี่ยาสูบทั่วโลกที่เป็นบุหรี่ยาสูบที่ประมาณโดย
Bloomquist and Weeman (2552) แหล่ง
ใหญ่ของบุหรี่ยาสูบอยู่ในยุโรปภายใต้ยี่ห้อ
“จิน ลิง (Jin Ling)” ที่ผลิตในยุโรปตะวันออก
ด้วยกำลังการผลิต 24 พันล้านแพคเกจ หรือ
ประมาณ 4% ของปริมาณที่จำหน่ายในยุโรป
ซึ่งเป็นไปได้อย่างมากที่เหตุการณ์จะมีส่วน
คล้ายคลึงและแตกต่างกันกับการกำกัด
กฎหมายและแนวนโยบายในประเทศไทย
และเขตเศรษฐกิจอาเซียนที่กำลังเกิดขึ้น

(ศุกร์ที่ 8 มกราคม มาดู “บทสรุป”
ของงานวิจัย ศุกร์ที่ 25 ธันวาคม และศุกร์ที่ 1
มกราคม ของด 2 ครั้ง) ดูรายละเอียดเพิ่มเติม
ได้ที่ <[http://www.facebook.com/
group.php?gid=124544957842](http://www.facebook.com/group.php?gid=124544957842)>
<[http://www.youtube.com/watch?v=
OaBfuakoTW8](http://www.youtube.com/watch?v=OaBfuakoTW8)>