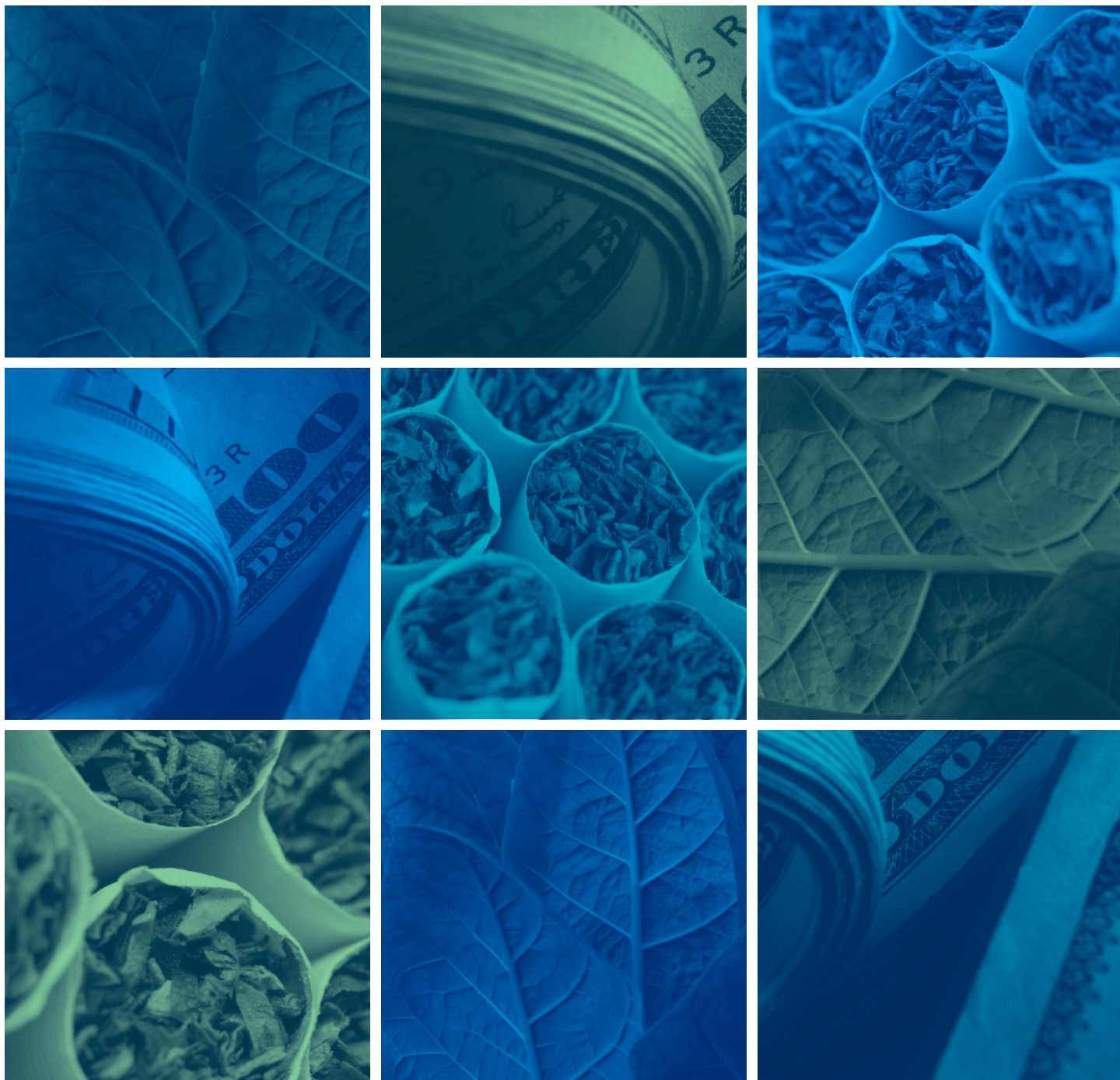


TRIBUTAÇÃO DE TABACO DE ARRECADAÇÃO VINCULADA

lições de nove países



World Health
Organization

TRIBUTAÇÃO DE TABACO DE ARRECADAÇÃO VINCULADA

lições de nove países

Tradução e adaptação: ACT Promoção da Saúde

Para o original em inglês e os casos específicos de cada país, acesse:

<http://www.who.int/tobacco/publications/economics/earmarked-tobacco-taxes-lesson-nine-countries/en/>



World Health
Organization

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Título original em inglês: Earmarked tobacco taxes: lessons learnt from nine countries.

1. Tributação. 2. Indústria do Tabaco. 3. Tabagismo - economia. 4. Tabagismo - prevenção e controle. 5. Lobby. 6. Financiamento para saúde. 7. Estudos de caso.

I. World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

ISBN978 92 4 151042 4

(Classificação NLM: WM 290)

© World Health Organization 2016

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde estão disponíveis no site da OMS (<http://www.who.int>) ou podem ser adquiridas através da WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; email: bookorders@who.int).

Solicitações para permissão de reprodução ou tradução das publicações da OMS - para venda ou distribuição não comercial - devem ser endereçadas para a WHO Press através do site da OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/index.html). As designações utilizadas e a apresentação do material nessa publicação não implica na expressão de qualquer opinião por parte da Organização Mundial da Saúde sobre o status legal de qualquer país, território, cidade, área ou sobre suas autoridades, nem sobre a delimitação de limites ou fronteiras. Linhas pontilhadas em mapas representam fronteiras aproximadas para as quais pode não haver acordo.

Menções a empresas ou produtos específicos não implica que eles sejam endossados ou recomendados pela Organização Mundial da Saúde preferencialmente a outros de natureza semelhante que não são citados. Excluindo erros e omissões, nomes de produtos patenteados são distinguidos por letras iniciais maiúsculas.

A Organização Mundial da Saúde tomou todas as precauções razoáveis para verificar as informações contidas nesta publicação. Entretanto, o material publicado é distribuído sem garantias de nenhum tipo, expressas ou implícitas. O leitor é responsável pela interpretação e uso do material. Em nenhuma hipótese a Organização Mundial da Saúde será responsabilizada por danos provenientes de sua utilização.

Traduzido e adaptado para o português pela ACT Promoção da Saúde a partir de *Earmarked tobacco taxes: lessons learnt from nine countries*, 2016. A Organização Mundial da Saúde não é responsável pelo conteúdo nem pela precisão dessa tradução. Caso haja inconsistências entre a versão em inglês e a tradução em português, a versão original em inglês deve ser considerada a verdadeira e autêntica.

Translated into Portuguese by ACT Promoção da Saúde from Earmarked tobacco taxes: lessons learnt from nine countries, 2016. WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. In the event of any inconsistency between the English and the Portuguese translation, the original English version shall be the binding and authentic version.

Sumário

Agradecimentos	4
1. Introdução	5
2. Tributos de arrecadação vinculada à saúde	6
3. Práticas de nove países	8
3.1 Estratégias e processos para mudar a legislação	11
3.2 Gerenciamento de recursos e uso de tributos vinculados	13
3.3 Contribuições para programas de saúde e resultados	16
4. Desafios e lições aprendidas	17
5. Oportunidades atuais e futuras para advocacy	19
6. Conclusões	20
7. Referências	21
Anexo.	
Casos reportados de tributos de arrecadação vinculada	22

Agradecimentos

Este trabalho foi feito para a OMS por Yen Lian Tan, da *South-East Asia Tobacco Control Alliance* (SEATCA).

Os estudos de casos dos nove países, presentes no documento original em inglês, foram preparados por:

- Para Botswana: Mongale Mongalenyana, *Botswana Unified Revenue Service*, e Moagi Gaborone, escritório local da OMS, Gaborone, Botswana.
- Para o Egito: Mohamed Madbouly, Autoridade de Tributação do Egito, Cairo, Egito.
- Para a Islândia: Viðar Jensson e Lilja Sigrún Jónsdóttir, Diretoria da Saúde, Islândia.
- Para o Panamá: Víctor Hugo Herrera Ballesteros, economista, Cidade do Panamá, Panamá.
- Para as Filipinas: Filomeno S. Sta. Ana III, *Action for Economic Reforms*, Manila, Filipinas.
- Para a Polônia: Łukasz Balwicki, Departamento de Saúde Pública e Medicina Social, Universidade de Medicina de Gdańsk, Polônia.
- Para a Romênia: Magdalena Ciobanu, Instituto de Pneumologia "Marius Nasta", Bucareste, Romênia.
- Para a Tailândia: Yen Lian Tan, *South-East Asia Tobacco Control Alliance* (SEATCA) e Professor Prakit Vathesatogkit MD FRCP, *Action on Smoking and Health* (ASH), Tailândia, e Conselheiro da ThaiHealth, Tailândia.
- Para o Vietnã: Yen Lian Tan, *South-East Asia Tobacco Control Alliance* (SEATCA).

1. Introdução

Em todo mundo, mas especialmente nos países de renda média e baixa, recursos destinados à saúde estão sobrecarregados pelo desafio crescente de enfrentar as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs).

Por isso, vários países têm desenvolvido mecanismos fiscais para ajudar no financiamento de ações e programas de saúde. Dentre esses mecanismos, inclui-se o aumento de tributos de tabaco e a vinculação de parte da arrecadação a um fundo específico. Esse aumento, se feito através de um sistema tributário bem administrado e organizado, é uma das medidas mais eficazes e baratas para reduzir o uso de tabaco e a mortalidade e morbidade relacionadas ao tabagismo (1).

Além de melhorar a eficácia do sistema com o aumento da arrecadação, os governos também devem ser incentivados a implementar políticas tributárias para reduzir o uso de produtos nocivos, como o tabaco. Vários países também passam a destinar parte desse aumento de arrecadação para financiar programas de saúde. Essa política está alinhada com o Artigo 6 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) da Organização Mundial da Saúde (OMS), *Medidas relacionadas a preços e impostos para reduzir a demanda de tabaco*, e suas diretrizes para implementação, que recomendam que os países dediquem fundos para o controle do tabagismo e outras atividades de promoção da saúde (2). O Artigo 26 da CQCT afirma que as Partes devem assegurar e fornecer apoio financeiro para a implementação de diversos programas e ações de controle do tabagismo para alcançar os objetivos da convenção. Impostos de tabaco também foram identificados como fonte de renda para o financiamento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) pós-2015 (3).

Este documento descreve os desafios, reveses e conquistas de nove países das 6 regiões da OMS (Botswana, Egito, Islândia, Panamá, Filipinas, Polônia, Romênia, Tailândia e Vietnã) que adotaram tributos de tabaco (e, em alguns casos, de álcool) de arrecadação vinculada para serem gastos em programas de saúde pública. O estudo desses nove países mostra que não existe uma fórmula única para estabelecer um tributo de arrecadação vinculada, mas que algumas estratégias de advocacy têm maior probabilidade de resultar nas mudanças de políticas desejadas e em resultados de longo prazo. Embora o contexto social e político de cada país seja diferente e cada experiência seja única, lições comuns podem ser aplicadas em outros contextos.

Espera-se que esta análise seja um recurso útil para formuladores de políticas e ativistas do controle do tabagismo que estejam considerando o estabelecimento de fundos sustentáveis para programas de saúde em geral ou programas específicos de controle do tabagismo provenientes de tributos de arrecadação vinculada.

2. Tributos de arrecadação vinculada à saúde

Nas duas últimas décadas, diversos países e divisões administrativas dedicaram parte de sua arrecadação de tributos à promoção da saúde e tratamentos de doenças, inclusive para o controle do tabagismo. Uma tributação desse tipo também pode ser chamada de "hipotecada", "vinculada", "marcada" ou "discricionária". No Brasil, para implementá-la é necessário criar uma Contribuição de Intervenção do Domínio Econômico - CIDE. Como fica separado da arrecadação geral, esse sistema permite uma alocação de recursos mais transparente e dedicada para programas de saúde.

Existem vários motivos para implementar esse tipo de tributação:

- promover a saúde através do investimento em saneamento e higiene, disponibilizar cuidados preventivos e conscientizar o público sobre estilos de vida saudáveis;
- garantir que o tratamento seja acessível, isento de impostos ou garantido como um direito legal;
- apoiar iniciativas de educação, agricultura, moradia e energia que afetam indiretamente a saúde;
- e incentivar pesquisas e desenvolvimento de produtos e serviços do setor de saúde.

A principal vantagem desse tipo de tributação para o controle do tabagismo e promoção da saúde é que isso será uma fonte de financiamento regular, contínua e que não estará sujeita a revisões orçamentárias anuais. Se gerenciados corretamente, espera-se que esses tributos contribuam para a saúde e ajudem a equilibrar os custos do setor a longo prazo.

Os tributos sobre produtos de tabaco já são uma fonte importante de receita para a maior parte dos países. Sua vinculação à saúde pode ser particularmente bem aceita, já que, em geral, as pessoas são mais favoráveis a aumentos de impostos quando eles são destinados a programas de saúde (1).

Opositores dos tributos de arrecadação vinculada argumentam que eles podem se tornar rígidos e ineficazes. A principal crítica é que esse modelo restringiria as opções de alocação para o governo e dificultaria o controle orçamentário (5). Os tributos poderiam, por exemplo, ser usados para projetos ou programas mais relevantes, mas que não estão previstos na legislação em vigor, ou resultar em um excesso de recursos. Argumenta-se também que os gastos públicos deveriam ser determinados por decisões políticas e não pela quantidade de recursos adquiridos através de um tributo de arrecadação vinculada (6). A Índia tem um caso interessante de flexibilidade, onde o Ministério das Finanças recolhe uma contribuição para a saúde em todos os produtos de tabaco (exceto bidis)¹ e disponibiliza-a para o financiamento de programas de saúde. Como essa contribuição é recolhida como parte do tesouro nacional, entretanto, o Ministério da Saúde precisa elaborar uma proposta para receber os fundos. Se ele não conseguir entregar um planejamento para a quantia total arrecadada, o Ministério das Finanças pode aplicá-la no financiamento de programas que não sejam do setor da saúde.

1 Veja mais informações sobre a Índia no Anexo.

Também já foram expressadas preocupações pelos tributos de arrecadação vinculada serem inerentemente pró-cíclicos e, portanto, sujeitos a flutuações. O financiamento a serviços específicos, como seguros de saúde nacionais ou medidas educativas, poderia diminuir em caso de uma recessão econômica, por exemplo. Além disso, especula-se que os fundos provenientes de tributos sobre produtos não saudáveis diminuam a longo prazo, já que o consumo desses produtos tende a cair conforme políticas dissuasivas são postas em prática. A arrecadação vinculada também pode aumentar a fragmentação do processo orçamentário. Para o financiamento de programas de saúde, separar as fontes de receita pode fragmentar a distribuição, e separar a saúde de outros setores afetados pelos gastos públicos pode causar uma falta de integração entre as políticas de saúde e os outros setores, que também podem ser importantes para a saúde da população. Os opositores também argumentam que esse tipo de fundo é particularmente suscetível à influência de grupos de interesse e lobistas (7), que poderiam canalizar os recursos diretamente em benefício próprio. Outra preocupação é que fundos provenientes desse tipo de tributo podem não ser aditivos, por serem desviados para outras atividades ou contrabalanceados por reduções em outras fontes domésticas (8).

A arrecadação vinculada é vista por muitos como uma infração de critérios: por reduzir o controle dos poderes executivo e legislativo sobre a alocação de recursos, ela poderia resultar em rigidez e menos flexibilidade no sistema (9).

3. Práticas de nove países

Os nove governos nacionais e seus contextos políticos são muito distintos, o que pode dificultar comparações entre seus sistemas e mecanismos tributários e a maneira em que suas arrecadações são alocadas e gastas. Essa seção destaca as características únicas e comuns que podem ter implicações na adoção desse tipo de política fiscal por outros países em níveis diferentes de desenvolvimento e com consumo de tabaco e sistemas tributários diversos. A tabela 1 fornece informações sobre a epidemia do tabagismo (prevalência entre adultos), tributação de tabaco (tributos, preço de cigarros e acessibilidade), tamanho da população e produto interno bruto (PIB) em cada um dos nove países.

Tabela 1. Prevalência de tabagismo, preços de cigarros e tributos em 9 países das 6 regiões da OMS

País	Prevalência de fumo (adultos fumantes atualmente) (%) 2013*	Preço de maço com 20 cigarros (premium (P) e o mais barato (B)) 2014 (US\$)	Tributos (% do preço)	% do PIB per capita para compra (100 maços da marca mais popular - Acessibilidade)	População total (milhares) 2013	PIB per capita, preços atuais 2013 (US\$)
Botswana	ND	3.08 (P) ND	51.97	3.98	2 021	7 117.74
Egito	23.8	2.80 (P) 1.12 (B)	73.13	3.35	85 378	3 204.57
Islândia	17.5	10.59 (P) 9.11 (B)	36.08	2.12	321	47 630.03
Panamá	7.4	4.50 (P) 3.50 (B)	43.48	3.60	3 864	10 489.60
Filipinas	26.7	1.27 (P) ND	63.55	2.11	98 394	2 790.88
Polônia	29.4	4.73 (P) 3.20 (B)	61.59	3.07	38 533	13 820.17
Romênia	30.5	4.48 (P) 3.85 (B)	56.06	4.32	20 020	9 001.05
Tailândia	21.5	2.81 (P) 1.00 (B)	66.59	3.66	67 011	5 670.13
Vietnã	23.7	1.07 (P) 0.26 (B)	32.50	4.25	91 680	1 901.70

Fonte: PIB - referência 10; demais informações - referências 1 e 11.

ND: Dados não disponíveis

* Estimativas de idades padronizadas

Os nove países possuem regulações de uso de tabaco e legislações de tributação de produtos de tabaco. Embora todos tenham estatutos específicos para tributações de arrecadação vinculada, nem todos estão em vigor (Tabela 2). Na Polônia, que é a exceção, havia um estatuto (Ato de Proteção da Saúde Pública contra os Efeitos do Tabagismo, 1995, Artigo 4), que incluía a tributação de arrecadação vinculada, mas não havia regulamentação para os fundos serem alocados ao Ministério da Saúde. Em setembro de 2015, o novo Ato de Saúde Pública dissolveu o programa inicial de controle do tabagismo e incorporou suas atividades no Programa de Saúde Nacional, financiado com o orçamento do Estado e, assim, pondo fim ao vínculo de tributos especificamente para o controle do tabagismo. A introdução de tributos de arrecadação vinculada e os fundos anuais totais estimados para cada país estão listados na Tabela 2, que mostra que esses tributos representam quantias pequenas (exceto para as Filipinas) e não resultariam, portanto, em rigidez orçamentária.

Tabela 2. Uso de arrecadações vinculadas para programas de saúde, inclusive controle do tabagismo

País	Ano em que o tributo de arrecadação vinculada de tabaco foi estabelecido	Fonte da arrecadação	Fundos anuais totais estimados vindos de tributos de arrecadação vinculada	% dos gastos gerais do governo com setor da saúde provenientes dos tributos de arrecadação vinculada (2013)	% dos gastos gerais do governo com saúde em relação ao PIB (2013)
Botswana	2014	30% dos custos de produção dos produtos de tabaco	2014–2015: BWP 4 milhões (US\$ 0.48 milhões)	ND	3.1%
Egito	1992	10 piastres por cada maço com 20 cigarros	2013–2014: EGP 392 milhões (US\$ 52.06 milhões) Os tributos vinculados são apenas 1,8% dos tributos de tabaco	1.086%	2.1%
Islândia	1972 1977 (suspensão) 1985 (reintroduzido) 1996 (reformado) 2001 (reformado)	0.2% do valor bruto das vendas de tabaco (1972) 0.7% do valor bruto das vendas de tabaco (1996) 0.9% do valor bruto das vendas de tabaco (2001)	2014: ISK 108.3 milhões (US\$ 0.89 milhões)	0.083%	7.0%
Panamá	2009	50% de tributos de consumo seletivo em cigarros e outros produtos de tabaco O nível do tributo de consumo seletivo era 32.5% do preço declarado pelo atacadista/importador em 1995 e foi aumentado para 50% em setembro de 2009 e 100% em novembro de 2009	2014: US\$ 27.8 milhões	1.322%	5.2%

Filipinas	1997 (RA 8240) e 2004 (RA 9334) Reforma de tributos sobre tabaco e álcool em 2012 (RA 10351 ou "Sin Tax Reform Law" - "Lei do Tributo do Pecado")	Mais de 85% de recursos extras de tributos de produtos de tabaco e álcool	Recursos extras de 2014: PHP 50.23 bilhões (US\$ 1.13 bilhões) Quantia vinculada para o Departamento de Saúde: PHP 44.72 bilhões (US\$ 1.01 bilhão) Quantia alocada para o Departamento de Saúde: PHP 30.49 bilhões (US\$ 0.69 bilhão)	36.4% *	1.4%
Polônia	2000 (revogado em 2015)	Orçamento estadual (0.5% do valor do tributo de produtos de tabaco)	2013: 1 milhão PLN (US\$ 0.36 milhões) do orçamento geral Tributos vinculados de tabaco não alocados para a Saúde	0.001%	4.6%
Romênia	2005	Tributos vinculados sobre álcool e tabaco 10€ / 1000 cigarros, 10€ / 1000 charutos, cigarrilhos e outros produtos de fumo, 13€ / kg de tabaco para fumo	2014: 1.1 milhão de leus (US\$ 0.33 milhões); 14.4% do total do orçamento para a saúde	0.004%	4.2%
Tailândia	2001	2% de sobretaxa em tabaco e álcool	2014: THB 4064.74 milhões (US\$ 125.15 milhões) 1.78% do orçamento do Ministério da Saúde e 1.84% do Fundo de Seguridade de Saúde Nacional	0.932%	3.7%
Vietnã	2012	Contribuição compulsória de produtores e importadores de tabaco para o Fundo de Controle do Tabaco: 1% do preço de fábrica (1/5/13), 1.5% (a partir de 1/5/16) e 2% (a partir de 1/5/19)	2014: VND 299.171 bilhões (US\$ 13.91 bilhões), 0.5% do orçamento nacional para a Saúde	0.335%	2.5%

*Estimativa para 2014 feita dividindo a alocação da reforma de 2012 pelo orçamento total do Departamento de Saúde em 2014.

Fonte: Nove estudos de caso dos países (presentes na versão original em inglês desse documento); referência 11 para gastos gerais do governo com Saúde (com exceção das Filipinas, os dados dos orçamentos dos Ministérios da Saúde de cada país foram fornecidos diretamente por contatos no Ministério das Finanças); referência 10 para dados de PIB.

3.1 Estratégias e processos para mudar a legislação

O processo de estabelecimento de tributos de arrecadação vinculada para o setor da saúde é comumente associado com o advocacy pelo controle do tabagismo e políticas de saúde pública. Na Islândia, por exemplo, as discussões sobre tributos vinculados de tabaco começaram já em 1969. Alguns dos pontos comuns das campanhas pelos tributos de tabaco de arrecadação vinculada estão resumidos abaixo.

Buscando oportunidades

A busca por financiamentos sustentáveis era normalmente o contexto político internacional ou a base de uma iniciativa nacional para introduzir o controle do tabagismo (especialmente nos últimos anos pelas Partes da CQCT). Um componente comum nas campanhas por tributos de arrecadação vinculada à saúde era a apresentação dos tributos como um benefício fiscal e para a saúde no país. Embora a maior parte dos países busque a implementação de medidas de controle do tabagismo mais abrangentes, no Egito, o Ministério da Saúde propôs um tributo de tabaco vinculado para complementar o orçamento para seguros de saúde estudantis. As oportunidades identificadas em cada país estão listadas na Tabela 3.

Tabela 3. Oportunidades usadas para implementar tributos de tabaco de arrecadação vinculada

País	Ano em que o tributo foi implementado	Legislação	Oportunidade
Botswana	2014	Tributo sobre tabaco de 2014, por Diretiva Presidencial Ato de Controle do Tabagismo CSA92 1992 Lei de Controle do Tabagismo (2015)	Comprometimento político com a saúde pública Revisão das leis de tabaco para se adequar à CQCT Preocupação com jovens fumantes
Egito	1992	Resolução No. 99 1992 do Ministério das Finanças	Fundos adicionais para custear seguros de saúde estudantis estendidos
Islândia	1972 1977 (suspensão) 1985 (reintroduzido)	Leis de álcool e tabaco (1972) Lei de Controle do Tabagismo (1985)	Uma legislação abrangente de controle do tabagismo incluiu a reintrodução dos tributos de tabaco vinculados em 1985
Panamá	2009	Ato No. 69	Aumentos nas taxas de consumo e ratificação da CQCT
Filipinas	1997 e 2004 com reforma em 2012	Ato da República 9334 (2004) Ato da República 10351 (2012) para a reestruturação dos tributos de produtos de álcool e tabaco	Reforma do código de Receita Interna nacional, incluindo grande aumento nos tributos sobre tabaco Fraqueza na estrutura de aplicação de tributos sobre tabaco
Polônia	2000	Proteção da Saúde Pública contra os Efeitos do Tabagismo 1995 Regulações 1999, entraram em vigor em 2000	Uma emenda proposta para a legislação de controle do tabagismo

Romênia	2005	Lei para reforma da saúde (No. 95/2005)	Duas diretrizes da União Europeia sobre produtos de tabaco e assinatura da CQCT
Tailândia	2001	Ato de Fundação da Promoção da Saúde 2001 (BE 2544)	Inclusão de um fundo de promoção da saúde e um fundo de seguro de saúde no planejamento fiscal e financeiro (1997-2001)
Vietnã	2012	Lei de Prevenção e Controle dos Males do Tabaco	Ratificação da CQCT em 2004

Apresentação de evidências e razões convincentes

Na maior parte dos países, a razão para implementar os tributos de tabaco (ou álcool) era melhorar a saúde pública. Isso também seria feito a partir de um aumento de impostos e, portanto, com recursos novos, e não pré-existentes. Evidências da validade desse argumento, junto com evidências de aumentos na receita tributária, geralmente são suficientes para convencer os legisladores. No caso das Filipinas, um tributo vinculado aumentaria significativamente o orçamento da saúde e também o nível geral de tributos, estendendo, assim, o espaço fiscal. Para ambos, a prontidão com que o tributo foi aceito naquele contexto político veio principalmente do entendimento que o aumento na tributação seria usado em uma prioridade ou política definida. Na Tailândia e no Vietnã, o argumento usado nas campanhas pela adoção do tributo de arrecadação vinculada foi que ele seria uma fonte de renda contínua e constante para programas de saúde pública de prevenção que não recebiam fundos suficientes.

Sinergia política e a criação de consenso entre os setores de Finanças e Saúde

Outra estratégia em comum foi a construção de uma colaboração entre os setores de Finanças e Saúde para defender os tributos de arrecadação vinculada para a saúde. Com frequência, o Ministério das Finanças é o único que pode decidir aumentar impostos. Tributos de arrecadação vinculada incentivam o Ministério da Saúde a apoiar o Ministério das Finanças, criando, assim, sinergia entre as duas agendas. Fundos limitados para a saúde e baixas receitas provenientes de tributos resultam em sinergias políticas entre as duas pastas na maior parte dos países. A vinculação de tributos de tabaco (ou, em alguns países, álcool) é um meio politicamente vendável de alcançar dois objetivos; essa medida política protege tanto a saúde pública quanto as necessidades orçamentárias de um país. O planejamento fiscal e financeiro (1997-2001) do Ministério da Fazenda da Tailândia, por exemplo, tornou possível a vinculação de tributos de tabaco e álcool para um fundo de promoção da saúde.

Lideranças e parcerias estratégicas

Parcerias estratégicas entre formuladores de políticas, profissionais da saúde, pesquisadores, ativistas, sociedade civil e mídia foram essenciais para a adoção de tributos de arrecadação vinculada para a saúde. Muitos países reconhecem agora a importância do Ministério da Saúde em parcerias inovadoras, especialmente com o Ministério das Finanças, para gerar uma fonte sustentável de receita para programas de prevenção e tratamento relacionados com a saúde. Por exemplo, uma parceria entre os Ministérios da Saúde e das Finanças foi a base para o estabelecimento do Fundo de Controle do Tabagismo do Vietnã. O processo começou com um grupo de profissionais da saúde e ativistas do controle do tabagismo, liderados pelo *Steering Committee on Smoking and Health* (Comitê Diretivo sobre Fumo e Saúde). Foram necessárias muitas parcerias para se obter o resultado desejado, incluindo a coordenação entre o governo, a sociedade civil, a mídia, líderes locais, grupos de interesse especiais e doadores.

3.2 Gerenciamento de recursos e uso de tributos vinculados

Os tributos de arrecadação vinculada de tabaco (e, em alguns países, combinados com tributos de álcool) e os recursos provenientes deles são, geralmente, atribuídos para o Ministério da Saúde distribuir, como acontece na Islândia (que também já teve um gerenciador de fundo autônomo), no Panamá, nas Filipinas e na Romênia. O Ministério da Saúde da Polônia, que era responsável pelos programas e fundos para o controle do tabagismo, não solicitou nem recebeu os tributos vinculados, enquanto a Tailândia e o Vietnã estabeleceram gerenciadores autônomo e semi-autônomo, respectivamente. Existem vantagens e desvantagens em todos os casos, mas é essencial evitar a interferência política. Também é igualmente importante garantir a prestação de contas referente ao uso dos recursos. Veja a Tabela 4.

Gerenciamento pelo Ministério da Saúde

Na maioria dos nove países analisados, o Ministério da Saúde é quem gerencia os fundos. Embora essa abordagem possa ser considerada eficaz, é preciso tomar providências para que os fundos vinculados não sejam agrupados com o resto do orçamento geral, o que poderia resultar em desvios dos fundos de seu propósito original devido a sua dissolução em alocações orçamentárias generalizadas. O Ministério da Saúde é o gerenciador dos fundos na Botswana, Islândia, Panamá, Filipinas e Romênia, embora o gerenciamento e a natureza dos gastos varie. No Egito, o gerenciador é a Autoridade Geral para Seguros de Saúde.

Gerenciamento autônomo

A Fundação de Promoção da Saúde da Tailândia (ThaiHealth) é uma autoridade legal (e que não faz parte de nenhum ministério) com um conselho independente formado por 21 membros supervisionados pelo Primeiro-Ministro. Um conselho de governança monitora as operações, enquanto um conselho independente avalia o desempenho geral da ThaiHealth e prepara um relatório anual, que é enviado ao Gabinete e para as duas casas do Parlamento da Tailândia.

Gerenciamento semi-autônomo

No Vietnã, os tributos de arrecadação vinculada são direcionados para o Fundo de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde. O Fundo funciona de maneira semi-autônoma, para flexibilizar os gastos das receitas provenientes dos tributos, ao mesmo tempo em que ainda está sujeito ao gerenciamento financeiro do Ministério das Finanças. O Ministério da Saúde é responsável por relatar anualmente para o governo informações sobre desempenho e uso dos recursos, e também faz relatórios bienais para a Assembléia Nacional sobre os resultados das operações e gerenciamento dos recursos.

Tabela 4. Gerenciamento e uso de recursos provenientes de tributos de tabaco de arrecadação vinculada em oito países em 2014*

	Botswana	Egito	Islândia	Panamá	Filipinas	Romênia	Taiilândia	Vietnã
Gerenciador	<p>Ministério da Saúde</p> <p>O Conselho de Recursos de Impostos de Tabaco fornece uma visão geral e reporta para o Ministério da Saúde sobre o uso dos recursos.</p> <p>Um comitê de implementação do imposto fornece suporte técnico e supervisiona o Departamento de Saúde Pública, que é a estrutura implementadora do Ministério.</p>	<p>Autoridade Geral para Seguros de Saúde</p> <p>Recursos coletados pelos Departamentos de Impostos e Importação e depositados em uma conta especial para seguro de saúde para estudantes.</p>	<p>Diretoria de Saúde</p> <p>Recursos vinculados provenientes de impostos sobre tabaco e álcool são reunidos em um fundo para a saúde pública gerenciado pela Diretoria de Saúde.</p> <p>A Diretoria designa um conselho para o fundo, que inclui membros de comitês especializados em tabaco e álcool e outros.</p>	<p>Ministério da Saúde</p> <p>Ato No. 69 de 2009 divide os recursos com gerenciamento do Ministério da Saúde.</p>	<p>Departamento de Saúde</p> <p>RA 10351 requer que o Departamento da Saúde "identifique os requisitos anuais de financiamento para proteção de riscos financeiros, assistência médica, programas de instalações para melhorias da saúde e outros programas de saúde".</p> <p>O Comitê de Coordenação de Orçamento de Desenvolvimento, incluindo o Departamento de Orçamento e Gerenciamento e o Departamento das Finanças, revisam o programa de gastos de médio prazo, que é a base para a alocação anual dos recursos adicionais para o sistema de saúde universal, assistência médica e instalações para melhoria da saúde.</p>	<p>Ministério da Saúde</p> <p>De acordo com a Lei 95/2005.</p>	<p>Fundação de Promoção da Saúde da Tailândia (ThaiHealth) com gerenciamento autônomo supervisionado pelo Primeiro-Ministro</p> <p>A ThaiHealth possui dois órgãos administrativos: um conselho multissetorial (21 membros) e um conselho avaliativo com 7 membros. O conselho multissetorial é presidido pelo Primeiro-Ministro, o Ministro da Saúde Pública (vice) e um especialista independente apontado pelo gabinete (segundo vice). Nove membros representam diferentes ministérios e outros oito são especialistas independentes de vários campos sem afiliações políticas.</p>	<p>Ministério da Saúde e Fundo de Controle do Tabagismo, de acordo com a Lei de Prevenção e Controle dos Males do Tabaco (2012)</p> <p>Semi-autônomo, diretoria inter-setorial presidida pelo Ministro da Saúde e com membros dos Ministérios das Finanças (vice), da Indústria e Comércio, da Educação, da Informação e Comunicação, do Trabalho e outros.</p>

Botswana	Egito	Islândia	Panamá	Filipinas	Romênia	Taiândia	Vietnã
Os recursos ainda serão usados, mas vão se destinar à promoção da saúde, incluindo cessação de tabagismo, reabilitação e educação pública.	Prevenção de doenças e serviços de reabilitação para estudantes através do fornecimento de: <ul style="list-style-type: none"> - Um exame médico abrangente no início de cada etapa da educação; - Vacinação; - Exames médicos específicos regulares e em casos de emergência médica; - Recomendações médicas para a autoridade educacional para fornecer os serviços necessários para manter um ambiente saudável; - Exames dos estudantes durante a prática de várias atividades para determinar sua aptidão para essas atividades; - Conscientização de saúde; e - Supervisão nutricional. 	Pelo menos 0,9% das vendas brutas de tabaco são alocadas para o controle do tabagismo. <p>2011 (estimativas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 20% do total foi usado em ações específicas de controle do tabagismo; e - 80% para a promoção da saúde no geral. <p>65% dos recursos são alocados para programas executados por, ou em conjunto com, a Diretoria da Saúde e 35% são alocados para projetos específicos que se aplicam para recebê-los.</p> <p>Os cenários de alocação incluem escolas e comunidades.</p>	50% dos recursos de impostos de tabaco vão para a saúde. <p>O valor vinculado é distribuído da seguinte maneira:</p> <p>Cerca de 40% vai para o Instituto Nacional do Câncer para melhorar os tratamentos e instalações.</p> <p>40% para o Ministério da Saúde que, em 2010–2011, gastou: <ul style="list-style-type: none"> - 70% na promoção da saúde, diagnóstico e apoio à cessação, sendo: 20,1% para a promoção da saúde; 30,9% para diagnósticos nos sistemas primários; e 19% para cessação de fumo e tratamento de doenças crônicas. - 23,4% para implementação e monitoramento da CQCT; - 4,9% para apoio diagnóstico (serviços laboratoriais); e - 1,7% para capacitação. </p> <p>20% para a Autoridade Alfandegária Nacional (sem dados disponíveis).</p>	Mais de 85% dos recursos adicionais provenientes de impostos vão para a saúde, incluindo: <ul style="list-style-type: none"> - Sistema de saúde universal sob o Programa Nacional de Seguros de Saúde; - Ações para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde; - Programas de conscientização de saúde, assistência médica e - Instalações para a melhoria da saúde. <p>15% para programas de diversificação para fumicultores (e projetos econômicos em cidades de cultivo de tabaco).</p>	10 € por 1000 cigarros e 13 € por kg de tabaco são dedicados a programas de saúde. <p>O Ministério da Saúde financia: <ul style="list-style-type: none"> - A infraestrutura do sistema de saúde; e - Programas de saúde pública nacionais (incluindo controle do tabagismo) e outros serviços relacionados à saúde, como um sistema de emergência. </p>	De acordo com o planejamento estratégico da Fundação em 14 áreas: <ul style="list-style-type: none"> - 90% é utilizado em 14 planos de ação, sendo que 36% dos recursos vão para planos de enfrentamento dos principais fatores de risco para a saúde (consumo de tabaco e álcool e direção perigosa) e para aumentar os índices de atividade física e alimentação saudável; - 5% para despesas administrativas. 	Em 2015: <ul style="list-style-type: none"> - 47% do orçamento total foi alocado para conscientizar formuladores de políticas e o público sobre os males do tabaco e a lei de controle do tabagismo; - 36% para a disseminação de modelos livres de fumo em agências governamentais; - 6% para fortalecer serviços de apoio à cessação do fumo, uma linha direta e serviços de consulta em todas as áreas da saúde; - 2% para capacitação de colaboradores da rede de controle do tabaco e do conselho executivo do Fundo; - 2% para pesquisas sobre os males do tabaco, programas de intervenção e seu impacto socioeconômico; - 3% para capacitar a rede de inspetores para monitorar e aplicar a lei de controle do tabagismo; e - 4% para administração e desempenho do Fundo.

* A Polónia não foi incluída na tabela porque os recursos não foram direcionados a um fundo específico.

3.3 Contribuições para programas de saúde e resultados

Nos países em que os recursos provenientes de tributos de arrecadação vinculada foram alocados especificamente para o setor da saúde, eles representam novos recursos (veja na Tabela 2) e políticas importantes já foram ou estão sendo implementadas. Para medirmos a contribuição desses recursos para melhorias na saúde, precisamos levar em conta todos os outros fatores políticos e econômicos que também podem ter influenciado os resultados. Embora não seja possível comprovar uma associação definitiva, foram observadas melhorias em indicadores de saúde durante as últimas décadas nos países analisados (Tabela 5).

Tabela 5. Resultados desde o estabelecimento dos tributos de arrecadação vinculada

País	Resultado (sem associação comprovada)
Botswana	Em análise
Egito	ND
Islândia	A taxa de fumantes adultos diários caiu 15%. Um estudo de 2012 sobre o bem-estar dos islandeses mostrou que mais da metade da população nunca havia fumado ou havia parado de fumar. Entre 1981 e 2006, a mortalidade por doença arterial coronariana diminuiu para a faixa etária de 25-74 anos, e a taxa por câncer de pulmão, que cresceu entre 1980 e 2009, se estabilizou.
Panamá	Entre 2007 e 2013, o uso de tabaco diminuiu de 9.4% para 6.4%, a taxa mais baixa das Américas na época, devido a vários fatores, incluindo a tributação. Existem evidências de: <ul style="list-style-type: none">• Redução na prevalência de fumo;• Redução no risco relativo de infarto agudo do miocárdio; e• Diminuição na mortalidade de doenças causadas pelo uso do tabaco de 16.4% em 2005 para 12.1% em 2012 A redução na acessibilidade teve efeito regulatório no contrabando.
Filipinas	Houve uma redução significativa na prevalência de fumantes, de 31% em 2008 para 25.4% em 2013, ^a ano de implementação do tributo).
Polônia	Redução nos fumantes diários com mais de 15 anos (De 33% em 1999 para 24% em 2015)
Romênia	Houve redução na prevalência de fumantes diários de 30.9% em 2008 para 24.3% em 2011 O sistema de serviço de emergência é parcialmente financiado pelos tributos vinculados.
Tailândia	A prevalência de adultos (15 anos ou mais) fumantes diminuiu de 25.47% em 2001 para 20.7% em 2009 graças ao controle do tabagismo, incluindo a tributação. Houve redução similar no consumo de álcool, que foi de 9.1% em 2004 para 7.3% em 2009. A taxa de mortalidade em acidentes com veículos caiu de 22,9 por 100 000 em 2003 para 16,82 por 100 000 em 2010. O número total de tailandeses que afirmaram se exercitar regularmente aumentou de 29% em 2003 para 29.6% em 2007. ^b
Vietnã	Em análise

^a A prevalência de 2013 dessa tabela é diferente da Tabela 1 porque elas são procedentes de conjuntos de dados diferentes. Na Tabela 1, foi usado um número padronizado por idade para comparar os países. Nessa tabela, o número é a prevalência real, comparável com a reportada em 2008 e, portanto, ao longo do tempo.

^b Vathesatogkit P, Ritthiphakdee B. *The impact of the tobacco tax policy*. Apresentado em um workshop sobre experiências regionais de tributação de tabaco em 5 de julho de 2013, Halong, Quang Ninh, Vietnã.

ND: Não disponível.

4. Desafios e lições aprendidas

Todos os nove países analisados desenvolveram e coordenaram campanhas nas quais estava evidente a maneira em que os tributos de tabaco de arrecadação vinculada seriam utilizados. Os desafios e as lições dos nove países são muito semelhantes.

Todos esses países que conseguiram aprovar leis para vincular tributos à promoção da saúde e ao controle do tabagismo tiveram que lidar com oposição e atrasos na reforma legislativa, principalmente por dois motivos: influência da indústria do tabaco e crenças sobre políticas tributárias normativas. Uma das lições aprendidas foi que o processo deve ser rápido, para que a oposição tenha menos tempo para tentar influenciar ou reverter a política proposta (12).

Em alguns países, não foi difícil conseguir um consenso entre os setores financeiro e da saúde; na maioria dos casos, entretanto, foi preciso conscientização sobre o benefício duplo trazido pelo aumento de tributos de produtos não saudáveis e por vincular parte dos recursos para programas de saúde.

Na maior parte dos países, houve lobby feito pela indústria do tabaco. Na Polônia, esse lobby foi aparentemente muito persuasivo, pois houve pouco comprometimento político com a implementação do mecanismo de financiamento através de tributos vinculados.

As Filipinas, por sua vez, enfrentaram um problema diferente. Houve um aumento súbito no orçamento para o sistema de saúde universal e a Diretoria de Saúde teve que gastar novos recursos, embora tivesse capacidade limitada de absorção para as expectativas de novos programas.

Embora não haja uma fórmula geral para enfrentar esses desafios, as campanhas e programas de implementação desses países estabeleceram algumas lições comuns (e outras específicas) que podem ser úteis para outros casos, conforme lista abaixo.

Apresente evidências e argumentos convincentes e consistentes

Os representantes do Ministério da Saúde da Romênia usaram um argumento forte e eficaz sobre o aspecto ético da medida durante debates públicos: os fumantes devem pagar mais ao sistema de saúde público, já que usam os serviços médicos com mais frequência. O Ministério, por sua vez, ajudaria-os a parar de fumar através da alocação de recursos para programas de controle do tabagismo.

Especifique o mecanismo de financiamento e o uso dos recursos

Quanto mais simples for o mecanismo de arrecadação e alocação dos recursos provenientes dos tributos de arrecadação vinculada, maior a eficácia administrativa e menor a probabilidade de interferência política. O Ministério de Economia e Finanças do Panamá, por exemplo, recolhe os tributos e seu Departamento de Recursos notifica o Banco Nacional sobre a quantidade arrecadada, que é então transferida para uma subconta do Ministério da Saúde destinada ao controle do tabagismo. Esses recursos não passam pelo orçamento nacional e não impactam o orçamento de nenhuma outra fonte ou entidade.

Preste atenção na implementação

A maneira que o tributo vinculado será usado, o tipo de mecanismo de financiamento e as estruturas administrativas para gerenciar e alocar os recursos devem estar especificados no texto da legislação (12).

Estabeleça parcerias em todos os setores da sociedade para estabelecer um fundo vinculado e para lidar com a oposição

Para fazer advocacy por um tributo de arrecadação vinculada, é preciso apenas um grupo pequeno de pessoas. A influência deve crescer através da formação de alianças estratégicas. É importante estabelecer relações com os departamentos governamentais responsáveis pelos setores financeiros e da saúde para garantir apoio para a estrutura, administração e alocação dos recursos provenientes dos tributos vinculados.

Busque apoio político e aliados

Antes de começar uma campanha, assegure-se de que haja um ambiente político favorável. Aproveitar as oportunidades do momento histórico é essencial.

Seja paciente, persistente e identifique oportunidades para mudanças

O tempo de implementação de novas leis varia; por isso, uma campanha por tributos de arrecadação vinculada demanda estratégias de curto e longo prazo.

Pense globalmente, mesmo agindo localmente

As parcerias e alianças devem se estender para além das fronteiras nacionais, não apenas para ajudar a defender as medidas de controle do tabagismo, mas também para conseguir apoio intradisciplinar de especialistas em tributação e administradores e formuladores de políticas de saúde pública. Quando conhecem modelos legislativos aplicados com sucesso em outros países, os decisores têm mais confiança de que eles podem ser adaptados para seu próprio contexto nacional.

5. Oportunidades atuais e futuras para advocacy

O estabelecimento e uso de tributos de arrecadação vinculada para o controle do tabagismo e outros programas de saúde nos nove países analisados já está no passado. Agora, temos novas oportunidades para fazer advocacy pela vinculação de tributos para o controle do tabagismo e a promoção da saúde:

- Diretrizes específicas para a alocação de recursos provenientes de impostos de tabaco para o controle do tabagismo são apresentadas no Artigo 6 da CQCT. No meio de 2015, menos de um quinto dos países havia dedicado recursos provenientes de tributos para o controle do tabagismo (1).
- Análises econômicas de financiamentos para a saúde mostram que não estão disponíveis recursos suficientes para ajuda de desenvolvimento internacional nem para os orçamentos domésticos nacionais para a saúde, especialmente para as DCNTs (13). Mesmo quando existem recursos disponíveis, tanto a ajuda ao desenvolvimento quanto as alocações domésticas para o controle do tabagismo são frequentemente insustentáveis, irregulares e baixas demais para financiar programas de controle do tabagismo abrangentes (14).
- A declaração política da Reunião de Alto Nível sobre DCNTs de 2011 recomendou que a implementação da CQCT fosse acelerada e que novos recursos fossem obtidos através de mecanismos de financiamento inovadores e sustentáveis (15). O tabagismo é um dos principais fatores de risco das DCNTs, que são as principais doenças do mundo e cujo fardo está 80% concentrado em países de renda média e baixa (16).
- Quando 193 líderes mundiais adotaram a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da ONU, eles se comprometeram a atingir os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs), compostos por 169 metas para acabar com a pobreza extrema, lutar contra as desigualdades e injustiças, melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas e proteger o planeta pelos próximos 15 anos. A CQCT é uma das quatro maneiras de atingir as metas do ODS 3, referente à saúde, que determina que os governos são responsáveis por garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar de toda a população, de todas as idades. A tributação de tabaco também é mencionada na Agenda de Ação Addis Abeba, um acordo adotado para incentivar investimentos domésticos, multilaterais e privados para os ODSs, incluindo compromissos políticos para aumentar os recursos para o enfrentamento das DCNTs.

Para os países de baixa e média renda onde os recursos para enfrentamento de DCNTs não estão disponíveis nos mecanismos orçamentários regulares, os tributos de arrecadação vinculada são uma excelente maneira de garantir a implementação completa das provisões e diretrizes da CQCT.

6. Conclusões

Os países analisados vinculam recursos provenientes de tributos de tabaco para o setor da saúde. Embora não tenha sido identificada uma associação definitiva entre os tributos vinculados e melhorias para a saúde, houve aumentos nos preços de cigarros (após um aumento na tributação) e geração de recursos para programas de controle do tabagismo. A aceitação política dos recursos provenientes de tributos vinculados para políticas de saúde nesses países ajuda na introdução de medidas desse tipo quando os recursos para ações de controle do tabagismo são escassos. Embora os fatores que podem ter sido responsáveis não tenham sido analisados com vigor, a consistência dos resultados observados na saúde também é importante. Também foram reportadas melhorias em situações em que os recursos foram usados na infraestrutura e em outras ações do setor de saúde.

A vinculação de tributos de tabaco (e álcool) para políticas de saúde (e especialmente de controle do tabagismo) encontra apoio nas experiências de oito dos países estudados. Todos eles tiveram benefícios a partir do estabelecimento de uma fonte de recursos segura e constante para intervenções de longo prazo. O fato de que esses recursos representam apenas uma pequena fração do orçamento total de saúde nesses países e que há um uso eficaz deles, bem como mecanismos claros de prestação de contas, fez com que seja fácil responder a argumentos contrários aos tributos de arrecadação vinculada. A pequena fração do orçamento geral de saúde que foi destinada a programas de prevenção, como os de controle do tabagismo, não atrapalhou a estrutura fiscal e nem causou uma rigidez desnecessária.

Embora cada governo deva avaliar as vantagens e desvantagens de implementar um tributo de arrecadação vinculada em produtos de tabaco e/ou álcool, os estudos de caso mostram que, quando são gerados recursos suficientes para financiar programas nacionais de promoção da saúde, eles vão contribuir com a redução do impacto das DCNTs.

7. Referências

1. WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: raising taxes on tobacco. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606_eng.pdf?ua=1&ua=1).
2. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2003.
3. Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development. New York: United Nations; 2015 (http://www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2015/08/AAAA_Outcome.pdf).
4. Disease Control Priorities Project. (March 2006) Tax and Spend for Better Health: Often Overlooked, Fiscal Policies are Powerful Tools, 2006 (www.dcp2.org).
5. Mossialos E, Dixon A, Figueras J. Funding healthcare: options for Europe (European Observatory on Health Care Systems Series). Geneva: World Health Organization; 2002 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98310/E74485.pdf).
6. Wilkinson M. Paying for public spending: Is there a role for earmarked taxes? *Fiscal Stud* 1994;15:119–135.
7. Doetinchem O. Hypothecation of tax revenue for health. Geneva: World Health Organization; 2010.
8. Tandon A, Cashin C. Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective (Health, Nutrition and Population Discussion Paper). Washington DC: World Bank; 2010 (<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/AssesingPublicExpenditureFiscalSpace.pdf>).
9. McCleary W. The earmarking of government revenue: a review of some World Bank experience. *World Bank Res Observer* 1991;6:81–104.
10. World economic outlook 2015. Washington DC: International Monetary Fund (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2015/01/>).
11. Global Health Expenditure Database 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>).
12. The establishment and use of dedicated tobacco taxes for health. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific Region; 2004.
13. Sachs J. The age of sustainable development. New York: Columbia University Press; 2015.
14. Stoklosa M, Ross H. Tobacco control funding for low-income and middle-income countries in a time of economic hardship. *Tob Control* 2014;23:e122–e126.
15. Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases (document A/66/LI). New York: United Nations; 2011.
16. GBD 2013 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;386:2287–2323.

Anexo. Casos reportados de tributos de arrecadação vinculada

País	Uso relatado
Algéria	6 dinares por maço de cigarro para o fundo de emergência e cuidados médicos; 2 dinares por maço para o controle do câncer
Argentina	Tributo de emergência de 7% do preço de varejo para financiar programas sociais e/ou de saúde dos programas de mudanças rurais e programas de socio-agricultura
Bangladesh	Tributo adicional de 1% do preço de varejo para o Ministério da Saúde
Cabo Verde	Todos os recursos provenientes de tributos de consumo para saúde e esportes
Colômbia	16% dos impostos de consumo específicos de produtos de tabaco para esportes e todos os recursos de tributos ad valorem para a saúde
Comores	Parte do tributo de 5% de tabaco para o Ministério do Esporte e para departamentos de emergências de hospitais
Congo	Metade do tributo de consumo específico por maço (40 XOF) para seguros de saúde e metade para esportes
Costa Rica	Todos os recursos do tributo de consumo específico são usados para financiar programas de prevenção e tratamento de doenças relacionadas com tabagismo, tratamento de câncer, uso abusivo do álcool e esportes
Costa do Marfim	Um tributo adicional de 5% para um fundo de AIDS e outro de 2% para esportes
Egito	Um tributo extra de 10 piastres por maço para seguros de saúde estudantis
El Salvador	35% dos recursos de tributos de tabaco, álcool, armas de fogo, munição e explosivos (ou um mínimo de 20 milhões de dólares por ano) financiam o fundo de solidariedade para a saúde
Guatemala	Todos os recursos do imposto de consumo ad valorem de tabaco para políticas de saúde
Islândia	Pelo menos 0.9% das vendas brutas de tabaco vão para o controle do tabagismo
Índia	Um valor específico de todos os produtos de tabaco (variável de acordo com o produto), menos <i>bidis</i> , para o Fundo Nacional de Cessação, e um valor tributado nos <i>bidis</i> para o Fundo Bidi de Bem-Estar dos Trabalhadores (inclui tratamento médico)
Indonésia	Taxa adicional de 10% sobre consumo de tabaco; pelo menos 50% para programas de saúde e aplicação da lei em nível regional e 2% dos recursos de tributos de tabaco alocados para governos regionais, dos quais uma porção deve ser utilizada para a saúde
Irã	Ate 2% dos tributos arrecadados com produtos de tabaco são usados em ações de controle do tabagismo
Jamaica	20% do tributo especial de consumo de tabaco e mais 5% dos tributos em todos os produtos incluindo tabaco para o Fundo Nacional de Saúde
Madagascar	6 ariarys por maço para financiar o Fundo Nacional para a Promoção e o Desenvolvimento da Juventude, Esportes e Recreação
Nepal	Todos os recursos de tributos de tabaco para o Fundo de Tributos de Saúde para financiar principalmente a prevenção e o tratamento de DCNTs
Panamá	50% dos recursos de tributos de tabaco para o Instituto Nacional de Oncologia, para serviços de cessação do Ministério da Saúde, e para o departamento alfandegário para combater o mercado ilícito de produtos de tabaco. O Ministério da Saúde também usa os recursos para controles regionais do tabaco.

Filipinas	Após o aumento de tributos de 2012, mais de 85% dos recursos adicionais para programas de saúde. Desses, 80% para o sistema universal de saúde e ODMs relacionados com saúde e conscientização de saúde e 20% para assistência médica e melhorias de infraestrutura de saúde em todo o país
Polônia	0.5% do tributo de consumo financia um programa para reduzir o consumo de produtos de tabaco (não foi implementado e foi finalizado em 2015)
República da Coreia (Coreia do Sul)	354 wons por maço para o Fundo de Promoção da Saúde, que financia projetos e pesquisas de promoção da saúde
Romênia	10 € a cada 100 cigarros e 13 €/kg de tabaco para a saúde. Além disso, 1% do tributo sobre consumo de tabaco é usado para financiar esportes.
Suíça	0.26 CHF por maço de cigarro vai para o Fundo de Prevenção de Tabagismo
Tailândia	Tributo adicional de 2% em tabaco e álcool vai para o ThaiHealth Fund
Antiga República Iugoslava da Macedônia	0.053 denars por cigarro alocados para financiar medicamentos para doenças raras
Estados Unidos da América	Quantia por maço varia e financia várias atividades, principalmente de saúde.
Vietnã	Contribuição compulsória adicional ad valorem (1% do preço importado ou do produtor) vai para o Fundo de Controle do Tabagismo

Tobacco Control Economics Unit
Department of Prevention of Noncommunicable Diseases

World Health Organization
20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland
phone: + 41 22 791 4426
fax: + 41 22 791 4832
tfi@who.int
www.who.int/tobacco

