

政府控制烟草消费的经济学依据

刘虹

摘要: 吸烟危害健康,但我国烟草生产和烟草消费却高居世界第一。从理论上讲,吸烟的成瘾性导致消费者行为非理性,消费偏好不合理;吸烟行为造成被动吸烟,产生负外部性;吸烟者不完全了解吸烟行为产生的健康后果,存在信息不完全。这些市场缺陷的存在,会导致资源配置偏离最佳状态,产生效率损失。不仅如此,吸烟还会造成低收入阶层福利的恶化。在现实中,中国每年归因于吸烟的疾病医疗成本十分巨大,因吸烟导致的误工生产力损失也不容忽视,烟草消费使中国蒙受着沉重的经济损失。因此,政府有必要采取措施控制烟草消费。

关键词: 控制 烟草消费 经济学依据

一、研究背景

吸烟危害健康已是一个不争的事实,各发达国家的政府都以不同的方式在不同程度上干预着烟草市场,以达到控制烟草消费的目的。

然而,从我国烟草生产与消费的现状来看,我国是烟草大国,烟草生产和消费居八个“世界第一”:烤烟种植面积世界第一,烤烟产量世界第一,烤烟增长速度世界第一,卷烟产销量世界第一,卷烟增长速度世界第一,吸烟人数世界第一,吸烟人数增加数量世界第一,烟税增长速度世界第一。中国卷烟总产量占世界卷烟总产量的30%强,年生产烟草3300万箱(每箱5万支),是第二烟草生产大国美国的4倍,占全球烟草市场的31%;中国吸烟人数为3.2亿,占世界吸烟总人数(11亿)的1/4强,烟草消费量占世界的1/3;在2006年9月公布的中国纳税百强排行榜中,有35家烟草企业进入百强,占百强纳税总额的34.91%。烟草业已成为中国举足轻重的支柱产业之一。

必须看到,虽然巨额的烟草利润和税收从表面看确实是一笔可观的收入,但其背后却隐藏着可怕的祸端,吸烟造成的健康危害及带来的经济损失是长期的、巨大的。在这样的背景下,有必要从经济学的角度,考察烟草消费中的市场缺陷,为政府控制烟草消费提供经济学理论依据。

二、烟草消费中市场缺陷的理论分析

(一) 烟草消费中的偏好不合理

关于个人偏好不合理这一市场缺陷,最初由马斯格雷夫(Richard A. Musgrave)于1959年提出。他把个人偏好不合理的物品命名为有益品和有害

品,有益品指个人对它的效用评价偏低的物品,有害品指个人对它的效用评价偏高的物品。

烟草属于经济学意义上的有害品,这并非指烟草对人们身体有害,而是指烟草的消费者(吸烟者)偏好存在问题,即吸烟者对烟草的效用评价过高。

吸烟者对烟草这个产品的消费,明显地存在着行为上的非理性。一方面,从开始吸烟的行为来看,相当一部分人明知吸烟危害健康、烟草有致癌性,但因为这种对健康的危害和致癌性不是立竿见影的,因而,消费者往往过高估计了吸烟的效用而过低估计了吸烟的成本(因健康问题产生的成本),选择了吸烟,由此可见,选择开始吸烟这一行为是非理性的。另一方面,从吸烟成瘾后的行为来看,成瘾后的吸烟者明知道吸烟危害健康,但由于心理上和生理上对烟草的依赖,难以成功地放弃吸烟行为,因而,对于已经成瘾的吸烟者来说,对放弃吸烟这一行为的收益和成本的评价与非吸烟者的评价已经完全不同了。出于对烟草的生理和心理依赖,吸烟者对放弃吸烟的成本的估计会高于非吸烟者,而对放弃吸烟的收益的评价会低于非吸烟者。因此,烟草成瘾者对烟草的依赖,是一种非理性的行为,他们对烟草的效用评价高于社会的评价。而且,这种成瘾性本身,侵犯了个人权利,它导致烟草成瘾的个人丧失了作出提高自己福利的理性选择的能力。

(二) 烟草消费中的负外部性

吸烟行为通常会产生被动吸烟。被动吸烟即是吸“二手烟”,指生活和工作在吸烟者周围的人们,不自觉地吸进吸烟者吐出的烟雾尘粒和各种有害物质。而在吸烟者吐出的冷烟雾中,烟焦油含量比吸烟者吸入的热烟雾中的要多1倍,苯丙比多2倍,一氧化碳多4倍。吸烟者的吸烟行为给其他人带来

了健康损害,而吸烟者本人并不为此付出代价。按照经济学原理,在吸烟者购买香烟的时候,他(她)按照香烟带给自己的效用支付价格,使他(她)的消费达到自身的边际效用与边际成本相等,实现自身消费的效用最大化。然而,吸烟的效用由吸烟者自己享受,而吸烟产生的成本除了吸烟者购买香烟而付出的价格外,还包括了这一行为给其他人造成的健康损害,以及由此产生的他人的医疗费用代价和心理代价,这些代价并没有包含在香烟的价格中,也就是说,吸烟者的吸烟行为造成了负的外部性,即外部成本,这种成本不由吸烟者自己承担而由其他人承担。

(三) 烟草消费中的信息不完全

虽然很多人都知道吸烟危害健康,但事实上,关于吸烟会在哪些方面、在何种程度上危害健康,仍然是许多人不清楚的。这表现在两个方面:

第一,人们对吸烟所产生的健康后果不完全认知。根据全国吸烟行为的流行病学调查结果,在中国有 68.8% 的吸烟者和 54.6% 的不吸烟者认为吸烟轻度有害或者无害;67.2% 的吸烟者和 57.1% 的不吸烟者认为被动吸烟无害或轻度有害;69.72% 的人认为吸烟易患气管炎,仅 39.82% 的人知道吸烟易患肺癌,仅 4.04% 的人知道吸烟易患冠心病,而全部知道这三种与烟草相关疾病的人只有 2.87%。造成人们不能正确和充分地认识吸烟所产生的健康后果的原因主要有两个:一是因为市场所提供的信息不完全。作为烟草商本身没有动机向消费者提供吸烟对健康的负面影响的信息,不仅如此,他们还会故意隐藏甚至歪曲吸烟的健康后果,目的是避免消费者知道这些信息后减少消费量。二是因为从开始吸烟到出现健康被损害的特征之间,一般有很长的滞后期,从而使人们对吸烟与健康损害之间的联系认识变得模糊。

第二,人们对烟草的成瘾性的认知不完全,尤其是未成年人,较大程度地低估了烟草的成瘾性。根据美国的一项调查,发现初中高年級的吸烟者认为在 5 年后能够戒烟,而 5 年过后,实际能戒烟的人不足 2/5。从日常生活的例子中也可以看到,许多成年烟民后悔开始吸烟,他们做了很大的努力来戒烟,大多数戒烟者在其成功戒烟之前要做出好几次努力。这就意味着,当人们开始吸烟的时候,对烟草的成瘾性认识不足,以为在自己想戒烟的时候能够随时戒烟,从而比较轻率地作出开始吸烟的决定,当他们对尼古丁已经形成依赖之后,戒烟就成为一件成本很高的事。

人们对烟草危害健康的信息了解不完全,导致人们低估烟草对健康的危害,从而低估吸烟成本。吸烟者所认为的成本,往往只包括购买香烟的成本,即个人在消费香烟时发生的购买成本(当期成本),而不会考虑或者不能恰当考虑包括由于吸烟产生的健康问题而给自己和家人带来的治疗成本、吸烟造成的误工等生产力损失(未来成本),以及自己的戒

烟成本。这种由于信息不完全造成的低估成本,会影响消费者的消费决策。

上述三个方面的市场缺陷,都会给资源配置带来效率损失,效率损失可以用图 1 来综合反映。

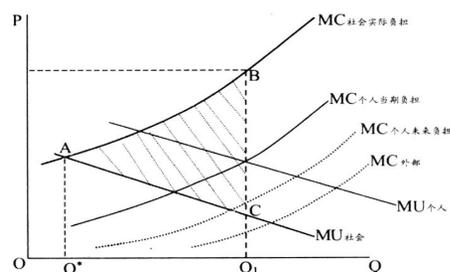


图 1 烟草消费中的市场缺陷及效率损失

图 1 中 $MU_{社会}$ 代表烟草的社会边际效用曲线, $MU_{个人}$ 代表烟草的个人边际效用曲线; $MC_{个人当期负担}$ 代表个人所认为并由个人当期实际负担的边际成本, $MC_{外部}$ 代表由他人承担的外部边际成本, $MC_{个人未来负担}$ 代表个人未来负担的成本。从图 1 中可以看出,由于烟草的有害品属性,吸烟者对烟草的边际效用评价 $MU_{个人}$ 高于社会对烟草的边际效用评价 $MU_{社会}$; 而烟草的社会边际成本 ($MC_{社会实际负担}$) 应该包含个人当期负担的边际成本 ($MC_{个人当期负担}$) 与个人未来负担的边际成本 ($MC_{个人未来负担}$) 以及由社会其他成员所负担的外部边际成本 ($MC_{外部}$) 构成, 个人当期负担的边际成本 $MC_{个人当期负担}$ 远远低于社会实际负担的边际成本 $MC_{社会实际负担}$ 。由于负外部性和信息不完全,吸烟者对香烟的消费决策是按照 $MC_{个人当期负担} = MU_{个人}$ 作出的,因此,在市场机制自发调节下,烟草的均衡量在 Q_1 ,而符合帕累托效率的烟草消费量应该是按照 $MC_{社会实际负担} = MU_{社会}$ 的原则来确定的 Q^* ,这个量远远小于市场自发调节时的量,效率损失的大小为 ABC 表示的面积。

(四) 烟草消费对收入分配的影响: 扩大了收入分配差距

世界银行的研究报告发现,从历史上看,随着人们收入的提高,吸烟者的数量会增加。在高收入国家,在吸烟流行初期,富人的吸烟率高于穷人,但在过去的三四十年中,高收入国家中富有的男性已逐步放弃了吸烟,但比较贫穷的男性的吸烟习惯没有改变。以挪威为例,高收入男性吸烟的百分比从 1955 年的 75% 下降到 1990 年的 28%; 在同一时期,低收入男性吸烟百分比的下降则平缓得多,从 1955 年的 60% 下降到 1990 年的 48%。在英国,最高等级的社会经济群体中,女性的吸烟率为 10%,男性的吸烟率为 12%; 而在最低层的社会经济群体中,女性吸烟率为 35%,男性为 40%,比最高等级的社会经济群体的吸烟率高出 3 倍以上。对中低收入国家的研究也发现,地位低的男性比地位高的男性更有可能吸烟。世界银行研究的结果发现,在全世界范围内,穷人和受教

育较少者的吸烟率都高于富人和受教育较多者。也就是说,随着人类的进步、社会经济的发展,低收入群体比高收入群体有更高的吸烟率。

总的来看,吸烟从三个方面影响收入分配:一是吸烟的开支使低收入阶层的收入进一步减少,扩大社会的收入差距;二是吸烟的开支使低收入群体有限的家庭收入被消耗在香烟上而不是花在食物和其他必需开支如教育和营养上,造成低收入阶层福利的进一步恶化;三是由于吸烟所造成的高患病率和高死亡率,增加了低收入群体的医疗开支,也使低收入群体的生活状况进一步恶化。

三、烟草消费中市场缺陷造成的效率损失估算

(一) 吸烟产生的医疗成本

本文采用比较通行的疾病成本归因法,对吸烟所带来的医疗费用进行估算。

吸烟产生的医疗成本包括两个部分:一是因吸

烟引起的疾病患者到医院诊疗(门诊或住院)所产生的医疗费用,包括直接医疗费用和间接医疗费用。直接费用指支付给医院的诊断、治疗和药品等各项费用;间接费用指除了支付给医院的费用以外,为了就诊所花费的其他费用,如差旅费等。二是患者自我医治产生的医疗费用。

首先估算因吸烟引起的患病者的人次数。本文采用被医学界广泛使用的由美国健康医学家 Jeffrey E. Harris 教授提出的公式 估算吸烟归因的慢性病患者人数:

$$PAR = \frac{p(r-1)}{p(r-1)+1} \times 100\% \dots\dots\dots (1)$$

其中,PAR 为归因于吸烟的慢性病患者率,p 为吸烟率,r 为吸烟患慢性病的相对风险(即吸烟者慢性病的患病率与不吸烟者慢性病的患病率之比)。

$$\text{归因于吸烟的慢性病患者人数} = \text{全国人口数} \times \text{慢性病患者率} \times PAR \dots\dots\dots (2)$$

估算结果列于表 1。

表 1 中国吸烟导致的慢性病年患病人数及占病人总数的比例

		r (%)	p (%)	PAR (%)	人口数 (万人)	慢性病患病率 (%)	归因于吸烟的慢性病人人数 (万人)	全国归因于吸烟的慢性病人合计人数 (万人)	慢性病患者人数 (万人)	归因于吸烟的慢性病人人数占慢性病人总数的比例 (%)
1999	城镇	1.173	34.5	5.63	38 892	23.96	524.85	2 708.51	19 804.07	13.68
	农村	1.671	39.2	20.83	87 017	12.05	2 183.66			
2000	城镇	1.173	34.5	5.63	45 844	23.96	618.67	2 644.79	20 713.27	12.77
	农村	1.671	39.2	20.83	80 739	12.05	2 026.12			
2001	城镇	1.173	34.5	5.63	48 064	23.96	648.63	2 645.23	21 103.48	12.53
	农村	1.671	39.2	20.83	79 563	12.05	1 996.61			
2002	城镇	1.173	29.5	4.86	50 212	23.96	584.18	2 491.67	21 458.84	11.61
	农村	1.671	37.8	20.23	78 241	12.05	1 907.50			
2003	城镇	1.173	29.5	4.86	52 376	23.96	609.35	2 482.96	21 809.84	11.38
	农村	1.671	37.8	20.23	76 851	12.05	1 873.61			
2004	城镇	1.173	29.5	4.86	54 283	17.73	467.33	2 070.99	17 550.69	11.80
	农村	1.671	37.8	20.23	75 705	10.47	1 603.66			
2005	城镇	1.173	29.5	4.86	56 212	23.96	484.37	2 063.27	17 771.14	11.61
	农村	1.671	37.8	20.23	74 544	12.05	1 578.90			

资料来源:r 来源于程郁和张小林(2004)的计算;p 分别来源于 1998 年和 2002 年全国吸烟行为调查;慢性病患者率分别来源于 1998 年第二次全国卫生服务调查、2004 年第三次全国卫生服务调查、《中国卫生统计年鉴》(2004 年);人口数来源于《中国统计年鉴》(1999 - 2004 年)、2005 年中国卫生统计提要、2005 年全国 1%人口抽样调查主要数据公报。

由于一些数据的不可得,本文无法得到各年全国到医院就诊的人次数中,哪些是吸烟归因的就诊人次数,只能按照表 1 计算出的吸烟归因的慢性病人人数占慢性病人总数的比例来推算每年全国就诊总人次中吸烟归因的就诊人次数;同时,根据卫生事业

发展统计公报中关于诊疗人次数中,门诊人次与住院人次的比例,推算出吸烟归因的诊疗人次数中门诊和住院的人次数。按照这样的方法估算出的只是近似结果,估算结果如表 2 所示。

表 2 吸烟归因患者的诊疗情况

	(1) 吸烟归因的慢性病人人数占慢性病人总数的比例 (%)	(2) 诊疗人次 (万人次)	(3) 其中:住院 (万人次)	(4) 住院人次占诊疗人次的比例 (%)	(5) 门诊人次占诊疗人次的比例 (%)	(6) 吸烟归因的诊疗人次 (万人次) (6) = (2) × (1)	(7) 吸烟归因的住院人次 (万人次) (7) = (6) × (4)	(8) 吸烟归因的门诊人次 (万人次) (8) = (6) × (5)
1999	13.68	208 200	5 073	2.4	97.6	28 481.76	693.99	27 787.77
2000	12.77	212 300	5 297	2.5	97.5	27 110.71	676.43	26 434.28
2001	12.53	208 700	5 464	2.6	97.4	26 150.11	684.64	25 465.47
2002	11.61	215 000	5 991	2.8	97.2	24 961.50	695.56	24 265.94
2003	11.38	209 600	6 092	2.9	97.1	23 852.48	693.27	23 159.21
2004	11.80	220 300	6 669	3.0	97.0	25 995.4	786.94	25 208.46
2005	11.61	230 500	7 184	3.1	96.9	26 761.05	834.06	25 926.99

资料来源:就诊人次数和住院人次数来源于《中国卫生事业发展统计公报》(1999 - 2005 年)(卫生部卫生统计信息中心)。

在上述基本数据的基础上,估算吸烟归因的病人到医院诊疗所花费的医疗开支。

因吸烟引起的疾病患者到医院治疗所产生的医疗费用 $= \sum_{i=1}^2 \sum_{j=1}^2 p_{ij} AD_{ij} \dots\dots\dots (3)$

其中,P表示就医的人次,AD表示平均每人次的医疗费用,i=1,2分别表示门诊和住院,j=1,2分别表示直接费用和间接费用。估算结果如表3。

表3 吸烟归因患者的医疗费用

	就诊类型	吸烟归因的诊疗人次(万人次)	平均每次直接医疗费用(元)	平均每次间接医疗费用(元)	合计(亿元)	
1999	门诊	27 787.77	79.0	4.5	233.55	463.34
	住院	693.99	2 891.1	442.0	232.83	
2000	门诊	26 434.28	85.8	4.5	238.70	477.19
	住院	676.43	3 083.7	442.0	238.49	
2001	门诊	25 465.47	93.6	4.5	340.029	502.28
	住院	684.64	3 245.5	442.0	56.099	
2002	门诊	24 265.94	99.6	4.5	252.61	533.59
	住院	695.56	3 597.7	442.0	280.99	
2003	门诊	23 159.21	108.2	4.5	256.88	562.76
	住院	693.27	3 910.7	442.0	296.98	
2004	门诊	25 208.46	117.7	4.5	308.05	679.93
	住院	786.94	4 283.7	442.0	371.88	
2005	门诊	25 926.99	126.9	4.5	340.68	766.34
	住院	834.06	4 661.5	442.0	425.66	

资料来源:门诊、住院人次来源于表2的估算;平均每次直接医疗费用来源于《中国卫生事业发展统计公报》(1999-2005年)(卫生部卫生统计信息中心);平均每次间接医疗费用来源于《1998年全国第二次卫生服务调查分析报告》(卫生部1999年7月)。

需要说明的是,根据各年直接医疗费用的数据资料来判断,随着患者的门诊治疗费用和住院治疗费用的增加,平均每次间接医疗费用开支也会增加。但由于卫生部公布的信息中,只披露了1998年全国卫生调查的结果,无法查到更新的数据,因而本文估算所采用的平均每次间接医疗费用是1998年全国调查的数据。故此,本文估算出来的这部分费用数字,会远远小于实际的开支数。

表5 吸烟造成的误工生产力损失

	城镇/农村	P(万)	A(天/人年)	B(天/人年)	年平均工资(元/人年)	W(元/人天)	旷工生产力损失(亿元)	生产力低效损失(亿元)	生产力损失合计(亿元)
1999	城镇	524.85	3.978	38.818	8 348	22.87	4.77	23.30	53.39
	农村	2 183.66	9.022	20.228	2 212	6.06	11.94	13.38	
2000	城镇	618.67	3.978	38.818	9 371	25.67	6.32	30.82	61.06
	农村	2 026.12	9.022	20.228	2 253	6.173	11.28	12.64	
2001	城镇	648.63	3.978	38.818	10 870	29.78	7.68	37.49	69.93
	农村	1 996.61	9.022	20.228	2 366	6.48	11.67	13.09	
2002	城镇	584.18	3.978	38.818	12 422	34.03	5.21	25.40	64.92
	农村	1 907.50	9.022	20.228	2 476	6.78	16.18	18.13	
2003	城镇	609.35	3.978	38.818	14 040	38.47	6.02	29.37	70.56
	农村	1 873.61	9.022	20.228	2 622	7.18	16.58	18.59	
2004	城镇	467.33	3.978	38.818	16 024	43.90	8.16	39.82	72.65
	农村	1 603.66	9.022	20.228	2 936	8.04	11.63	13.04	

资料来源:人口数来源于《中国统计年鉴》(1999-2005年)以及《中国卫生事业发展情况统计公报》(2005年);平均休工天数和平均带病工作天数来源于程郁和张小林(2004)的计算并保持不变;平均每日工资来源于《中国统计年鉴》(1999-2002年)、《中国卫生统计年鉴》(2004-2005年)中的城镇居民年平均工资和农村居民平均每人年收入除以365天。

其次,估算采取自我医疗方式的医疗费用。根据全国卫生调查的相关数据,估算居民采取自我医疗方式的医疗费用,估算结果列于表4。

表4 我国归因于吸烟的慢性病患者年自我医疗费用

	归因于吸烟的慢性病患者人数(万人)	自我医疗比率(%)	人均购药开支(元)	自我医疗费用(亿元)
1999	2 708.51	28.43	391	30.11
2000	2 644.79	28.43	391	29.4
2001	2 645.23	28.43	391	29.4
2002	2 491.67	28.43	391	27.7
2003	2 482.96	28.43	391	27.6
2004	2 070.99	35.7	391	28.91
2005	2 063.27	35.7	391	28.80

资料来源:自我医疗比率来源于1998年和2004年第三次全国卫生服务调查;人均购药开支根据《1998年全国第二次卫生服务调查分析报告》中的数据计算而得。

与前文的原因一样,关于人均购药开支数,卫生部公布的数字只有1998年全国卫生调查的数字,因此,本文的估算也仍然采用1998年的数字。由此估算出来的自我医疗费用会比实际数小。

(二) 吸烟造成的社会生产力损失

假设因病休息而误工所造成的生产力损失为当日的劳动工资,因带病工作所造成的生产效率低下而产生的生产力损失为当日劳动工资的一半。按照这个口径,采用如下公式估算吸烟造成的误工生产力损失:

$$LP = \sum_{j=1}^2 A_j \times P_j \times W_j + \sum_{j=1}^2 B_j \times P_j \times \frac{W_j}{2} \dots (4)$$

其中,LP表示吸烟造成的误工生产力损失,A表示每人因慢性病造成的年平均休工天数,B表示每人因慢性病造成的年平均带病工作天数(假定这两组数据保持1998年第二次全国卫生服务调查数据不变),P表示归因于吸烟的慢性病患者人数(在表1中已经计算出),W表示平均每天的工资水平,j=1,2分别表示城镇和农村。计算结果如表5所示。



综合以上几个方面的数据,得到吸烟归因的疾病支出和劳动力损失估算数如表 6。

表 6 吸烟归因的疾病所造成的经济损失估算数(亿元)

	吸烟归因的疾病就诊医疗费	吸烟归因的慢性病患者自我医疗费用	吸烟造成的误工费生产损失	吸烟归因的疾病所造成的经济损失合计
1999	463.34	30.11	53.39	546.84
2000	477.19	29.4	61.06	567.65
2001	502.28	29.4	69.93	601.61
2002	533.59	27.7	64.92	626.21
2003	562.76	27.6	70.56	660.92
2004	679.93	28.91	72.65	781.49

值得说明的是,以上仅仅是从吸烟所产生的医疗成本和误工、生产力低下所造成的损失两个角度来考察烟草消费的市场缺陷所产生的效率损失,应该看到,烟草消费所产生的成本远不止于此,还包括被动吸烟的成本、戒烟的成本、吸烟造成的早逝对生产力的损害等。由于缺乏相关的数据,本文没有对这些损失进行估算。

四、结论

从理论上讲,由于烟草的有害品属性,一部分人对它的效用评价偏高,导致消费量的偏高;又由于烟草的消费具有负外部性,消费者承担的成本低于社会成本,导致烟草的消费量偏高;同时,由于烟草消费中存在信息不完全,消费者对吸烟的危害认识不足,也导致烟草的消费量偏高。这几个因素的综合作用,导致烟草的消费量大大超过符合效率的量,使资源配置偏离了帕累托效率。而且,由于低收入群体比高收入群体具有更高的吸烟率,因此吸烟也是导致贫富差距扩大的一个重要因素。

从现实看,根据医学证据和统计数据进行的计算结果显示,由于烟草消费而引发的疾病,造成了庞大的治疗费用和误工生产力损失,给社会带来的经济损失十分巨大。正是由于这些市场缺陷的存在,要求政府必须采取有效的措施,控制烟草的消费,对市场缺陷所造成的效率损失进行纠正,以减少烟草消费给社会带来的危害。

政府应当针对不同的市场缺陷采取多种干预措施。

针对消费者偏好不当,可以采取一些强制性措施来纠正消费者偏好。比如通过颁布法律或者行政命令,禁止吸烟或者禁止在特定场合吸烟,对吸烟者的吸烟行为采取一定的惩罚措施,以降低吸烟者对吸烟的效用评价,达到纠正吸烟者偏好、促使吸烟者减少或者放弃吸烟的目的。此外,还可以通过宣传教育的方式,大力宣传吸烟的危害,纠正吸烟者的偏好,降低吸烟者对吸烟的效用评价,减少吸烟量。

针对烟草消费中的负外部性,可以对烟草消费

课征庇古税,使吸烟者的外部成本内部化,以提高烟草消费的成本,降低烟草消费量。

针对消费者信息不完全和信息不对称,可以通过加强宣传力度,向公众提供关于吸烟危害健康的充分信息;也可以实行信息管制,要求烟草的生产者及销售者向消费者提供充分的信息;还可以通过广告管制,禁止或限制烟草广告对消费者的诱导。

注释:

瞿介明、宋琳:《吸烟危及生命概率 50%》,见《中国烟草在线》,2004-03-30, <http://www.tobaccochina.net/culture/smoking/harm/20043/200433092941-224443.shtml>。

《关于烟草危害的调查与思考》,见《中国烟草在线》,2003-08-01, <http://www.tobaccochina.net/culture/smoking/harm/20038/20038191143-224683.shtml>。

[美]里查·A·马斯格雷夫、皮吉·B·马斯格雷夫:《财政理论与实践》,中文版,88~90页,北京,中国财政经济出版社,1984。

朱振杰:《一组有关吸烟危害的数据》,载《生物学教学》,2002(3)。

杨功焕:《1996年全国吸烟行为流行病学调查》,载《中国肿瘤》,1998(2)。

The International Bank for Reconstruction and Development, 1999. The World Bank: Curbing the Epidemic: Government and the Economics of Tobacco Control. Ch. 3, Washington, D. C., p. 39, pp. 21 - 23.

Harris, Jeffrey E., 1989. "Trends in Smoking - Attributable Mortality," in Reducing the Health Consequences of Smoking, 25 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Washington, D. C.: U. S. Department of Health and Human Services, pp. 117 - 169.

参考文献:

1. [美]里查·A·马斯格雷夫、皮吉·B·马斯格雷夫:《财政理论与实践》,中文版,北京,中国财政经济出版社,1984。

2. 卫生部卫生统计信息中心:《中国卫生事业发展统计公报》(1999-2005年), <http://www.moh.gov.cn/menunews/c303.htm>。

3. 程郁、张小林:《我国烟草的社会成本与效益综合评估及政策建议》,载《经济科学》,2004(1)。

4. 杨功焕:《1996年全国吸烟行为流行病学调查》,载《中国肿瘤》,1998(2)。

5. The International Bank for Reconstruction and Development, 1999. The World Bank: Curbing the Epidemic: Government and the Economics of Tobacco Control. Ch. 3, Washington, D. C. .

6. Harris, Jeffrey E., 1989. "Trends in Smoking - Attributable Mortality," in Reducing the Health Consequences of Smoking, 25 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Washington, D. C.: U. S. Department of Health and Human Services.

(作者单位:中山大学岭南学院 广州 510275)

(责任编辑:K)