

DOI:10.20032/j.cnki.cn10-1359/f.2023.01.005

# 健康风险行为的公共财政治理

行伟波 田 坤

**内容摘要** “十四五”规划和2035远景纲要提出,坚持贯彻“健康中国”战略,完善国民健康促进政策。面对健康风险行为的威胁,国家健康治理体系的现代化需要公共财政治理的现代化。健康风险行为不但威胁着居民健康水平的提高,也抑制了社会发展进程的推进。中国现行公共财政政策在健康风险行为治理方面发挥了重要作用,卫生财政成为风险行为危害治理的有效措施,财政政策、税收政策和医疗卫生政策从不同角度发挥了平滑健康风险行为危害的政策效果。本文基于相关文献和财政实践对此展开跨学科探讨,总结当前治理政策的不足,并提出健康风险行为公共财政治理的对策建议。

**关键词** 卫生财政;健康风险行为;财政治理

**JEL分类号** H51, I18, I12

**作者简介** 行伟波:对外经济贸易大学国际经济贸易学院 北京市朝阳区惠新东街10号对外经济贸易大学博学楼 100029 电子邮箱: xingweibo@uibe.edu.cn; 田坤(通讯作者):北京工商大学经济学院 北京市海淀区阜成路33号北京工商大学综合楼 100048 电子邮箱: tiankunuibe@163.com。

**基金项目** 国家自科基金面上项目“中国区域间市场整合研究:微观机制与外部效应”(71673044);国家自科基金重点项目“全球价值链视角下的国内区域分工与市场一体化研究”(71733003);北京工商大学青年教师科研启动基金资助项目(19008022195)。

## 一、引言

随着经济发展和人民生活水平的不断提高，居民健康需求成为全社会关注的重点话题。《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和2035年远景目标纲要》提出，把保障人民健康放在优先发展的战略位置，坚持以预防为主的方针，深入实施健康中国行动，完善国民健康促进政策，织牢国家公共卫生防护网，为人民提供全方位的全生命期健康服务。贯彻落实“健康中国”战略，切实提高居民的基本健康水平，是中国促进社会发展和提高公共治理水平的必然要求。各类健康风险行为作为居民健康的天敌，会诱发多种致死疾病，严重危害居民个人和社会公共的健康水平，给“重预防”的国家健康治理体系带来重大隐患。鉴于此，通过合理有效的公共财政治理手段，抑制健康风险行为的次生危害，提高全民健康水平势在必行。

健康风险行为这一概念在国际上的既有研究中已经相对成熟，但引入国内学术界的时间并不长，相关的系统性研究也并未及时展开。健康风险行为的概念并不难理解，实际上是指个人实施危害自身或他人健康的风险行为和故意不作为。根据健康经济学手册的界定，吸烟、肥胖、饮酒、不合理膳食、吸毒、性滥交和传染病传播等都可以被归类为健康风险行为；在新冠疫情流行时期，拒绝佩戴口罩和延长社交距离都属于传播传染病类别的健康风险行为。中国是人口大国，居民健康深受各类健康风险行为的危害，但社会公众对于健康风险行为的概念及危害不甚了解，甚至存在一定误解。同时，国内学术界对于健康风险行为也一直没有进行清晰的界定，因此阐述和归纳健康风险行为的概念与危害，评估相关公共政策的治理效果是十分有意义的。

在“健康中国”战略实施过程中，公共财政治理是健康治理的基础，公共健康治理的现代化离不开公共财政治理的现代化。伴随着人民和社会对于公共健康重视程度的提升，卫生财政治理作为公共财政治理的重要组成部分，重要性和现实意义越发凸显。如何发挥公共财政治理的调控作用和影响机制，抑制健康风险行为带来的负面影响就成为热门议题。实际上，卫生财政政策一直扮演着非常重要的角色。其中，税收政策作为最为有效的行为调控工具，可通

过价格杠杆有效调节诸如吸烟、饮酒等成瘾性健康风险行为的发生；财政支出和财政补贴可以同时发挥实施精准度高的优势，在健康饮食习惯塑造、运动习惯倡导等方面起到引导作用；财政分权政策通过对各级政府财力和支出责任的划分，做到统筹全局、协调各方，特别是在应对传染病风险的过程中，充分发挥各级政府的效率，从而实现疫情防控效果的最大化。基于此，本文在公共财治理的视角下梳理中国卫生领域财政政策的发展脉络，并探讨卫生财政政策对于健康风险行为的治理效果。

中国现行的各项财政政策对于居民健康风险行为的危害有一定的抑制作用。回顾相关的历史经验和评估政策效果有利于明晰政策的指向性，能在下一步政策制定过程中最大化避险效应，遏制健康风险行为可能带来的社会危害。另外，健康风险行为是国民疾病发病率和死亡率的重要影响因素，因此基于居民健康水平和社会健康程度的公共政策对于提高中国居民预期寿命和生命质量具有深远的影响。随着目前衡量各类健康风险行为的数据库越来越丰富，健康风险行为和公共政策效果的研究前景十分明朗。本文首先界定健康风险行为的相关概念，并回顾健康风险行为对于居民健康和社会发展的危害性；其次，以公共财治理视角为切入点分析中国公共卫生财政发展的现状，梳理新中国成立以来各项卫生财政政策的发展脉络，并归纳中国对于各类健康风险行为进行公共财治理措施的演变过程；再次，探讨公共财治理中相关财政政策、税收政策和医疗卫生政策在健康风险行为领域的治理效果；最后，总结现行健康风险治理政策的不足，并提出相应的政策建议。

## 二、健康风险行为的概念界定和危害评估

### （一）概念界定

健康风险行为（Risky Health Behavior），指个人实施的危害自身或他人健康水平的一切风险行为或故意不作为（Cawley and Ruhm, 2011）。例如吸烟、饮酒、吸毒、肥胖、自杀、传染病传播、非合理膳食和无保护措施的性行为等。世界卫生组织（WHO）和经合组织国家（OECD）很早就开始关注各类健康风险行为的危害和社会影响。根据WHO的数据，吸烟、高

血压和肥胖等健康风险行为每年在全世界各自引发数十万人的死亡；健康风险行为引发的死亡人数和造成的伤残调整寿命年数（DALYs）在社会全年的死亡人数和 DALYs 中占据极高的比重，分别超过了 70% 和 47%（见表 1）。就中国而言，健康风险行为对于居民健康水平的危害效应正在逐年显现并呈现扩大趋势。《国务院关于实施健康中国行动的意见》指出，工业化、城镇化和人口老龄化进程的加快，改变了中国居民生产生活方式和疾病谱，吸烟、饮酒、不合理膳食等健康风险行为造成的心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病等非传染性疾病引发了 88% 的疾病死亡并带来了超过 70% 的疾病负担。表 2 展示了基于中国病例数据得到的中国人健康风险行为可能引致的癌症疾病关系，体现了健康风险行为的致病路径和现实危害。因此，从长期来看，健康风险行为是造成可预防性死亡的主要因素，对包括中国在内的世界各国的公共健康造成了极其负面的影响。另外，健康风险行为的成瘾特性，健康风险行为与个人收入、就业、教育、医保的关系，也在近年成为中国社会的热点话题。

表 1 OECD 国家健康风险行为危害统计

健康风险行为	致死人数（人）	致死人数占全年死亡人 数百分比（%）	造成伤残调整寿命年数 百分比（%）
吸烟	467000	17.9	10.7
高血压	395000	16.8	6.1
肥胖（超重）	216000	8.4	6.5
运动缺乏	191000	7.7	4.1
高血糖	190000	7.0	4.9
高胆固醇	113000	5.8	3.4
低水果蔬菜摄入	102000	2.5	1.3
室外空气污染	84000	2.5	
饮酒	64000	1.6	6.7
职业病风险	58000	1.1	1.5
吸毒	15000		2.1

资料来源：世界卫生组织研究报告（2019）。

表 2 中国居民健康风险行为致癌关系

健康风险行为	引致癌症发病部位
吸烟	肺、支气管、口腔、食管、胃、结直肠、肝、胰腺、宫颈、肾、尿道、膀胱
饮酒	口腔、咽、食管、结直肠、肝、喉、女性乳腺
缺乏锻炼	结肠、女性乳腺、子宫体
蔬菜、水果摄入不足	口腔、咽喉、肺、气管
肥胖（超重）	食管、胃、结直肠、肝、胆囊、胰腺、女性乳腺、子宫体、卵巢、肾、甲状腺
室外空气污染	肺、气管
无保护措施性行为	胃、肝、血液

资料来源：Chen 等（2019）。

## （二）危害评估

### 1. 居民健康损失

在世界各国，各类健康风险行为都造成了居民的过早死亡和 DALYs 的增加，从而降低个人效用和社会福利。例如 20 世纪 90 年代初，美国有超过 50% 的居民死亡是源自健康风险行为导致的不良后果（McGinnes and Foege, 1993）。第一，从烟草使用来看，由于中国是世界烟草大国，吸烟行为给中国居民健康带来巨大负面影响，每年产生超过 1000 亿元的净损失（行伟波、田坤, 2020b）；反之，禁烟令能够有效降低心肌梗死的死亡率，一个国家禁烟与否能够造成 8% 左右的死亡率差异（Mazzonna and Salari, 2018）。第二，从酒精摄入来看，饮酒行为对于母婴群体和未成年人群体的健康都有相当大的危害。饮酒行为对中国造成的生命健康成本和劳动力损失每年超过 2200 亿元（行伟波等, 2021）。国际上施行的一些控酒政策产生了明显的效果：美国酒税的提高降低了酒类消费和中年饮酒者的死亡率（Cook et al., 2005），最低酒精购买年龄的下调则增加了新西兰未成年人与酒精相关疾病的发病率和住院率（Conover and Scrimgeour, 2013）。第三，艾滋病的传播极大地影响了疾病活跃时间周期内居民的健康水平，造成了巨大的疾病累计负担和人力资本损失，且这种潜在健康危害具有持续性。在世界各国，艾滋病的传播还导致代际更迭过

程中未来成员的预期寿命缩短，教育投资回报降低，代际人力资本积累水平下降（Ferreira, 2011）。第四，自杀行为降低了人群的预期寿命，并给社会带来一系列严重的心理疾病负担。中国的自杀率与经济发展、人口流动之间存在相关关系，自杀行为的诱因众多（张杰等，2011）。中国中部地区的村庄田野调查显示，城乡二元制加剧导致的阶层分化、代际剥削和社会化竞争是农村自杀集中在中老年人群体的根源（杨华、欧阳静，2013）。第五，传染病的暴发极大影响了疾病活跃时间周期内居民的健康水平，造成了巨大的疾病负担和人力资本损失，且这种潜在健康危害也具有持续性和广泛性，危害人群涵盖了从胎儿到婴幼儿再到成年人和中老年人的全口径人群群体（行伟波、田坤，2020a）。

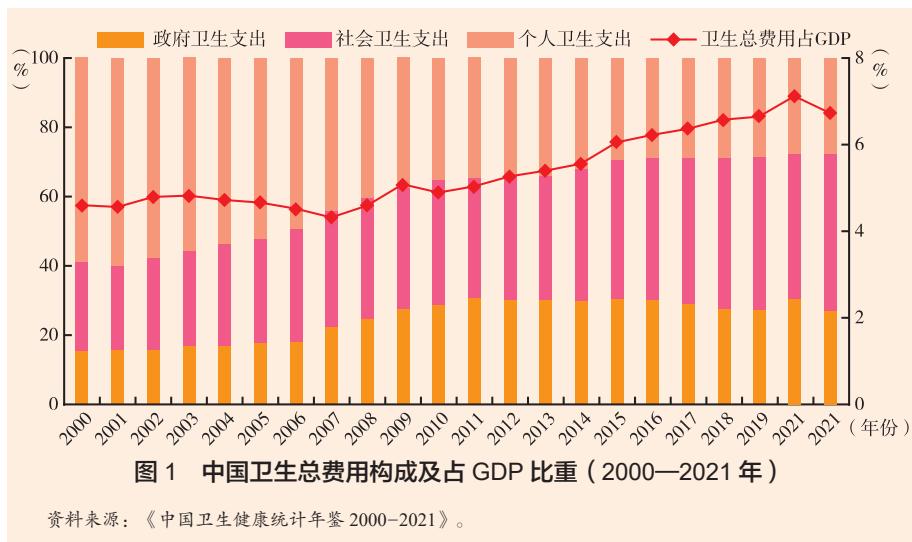
## 2. 社会经济损失

第一，吸烟的直接开销和由此引发疾病的间接花费会导致严重的贫困问题。吸烟对于收入和工资有着长期的负向影响，其引致的收入损失在过去30年中一直上升，吸烟者与非吸烟者的收入差距也在持续扩大。长期来看，烟草消费的增加还会导致劳动力市场的产出下降，造成的失业率上升（Viscusi and Hersch, 2008）。第二，饮酒行为带来的最直接的社会问题就是酒后驾车可能引发的恶性后果，而酒精消费量的增长也会滋生犯罪，特别是会对女性和青少年的安全造成负面影响。饮酒行为还会造成劳动力成本损失，包括劳动力市场生产率和工资的下降以及失业问题（Mullahy and Sindelar, 1996）。第三，艾滋病的暴发和传播对于经济增长、就业和收入都会带来极其负面的影响，产生高额的社会成本。部分非洲国家的数据显示，艾滋病的传播扭曲了就业市场，并通过降低劳动生产率和人力资本投资的渠道对收入产生影响（Bloom and Canning, 2000）。第四，自杀行为可能给社会带来巨大的经济损失。自杀和自杀未遂降低了年轻人接受教育和就业的可能性，由此造成生命周期内医疗花费增加和收入持续损失，所以预防自杀行为的发生具有延长预期寿命和提高经济收入的双重效用（Heckman, 2012）。第五，传染病的暴发和传播对经济增长产生显著的负面冲击。传染病对宏观经济的冲击体现在各行各业中，既包括实体经济的各项产业，也包括受影响尤为严重的金融业、零售业、旅游业和酒店服务业等第三产业（Keogh-Brown and Smith, 2008）。

### 三、中国卫生财政的现状与改革

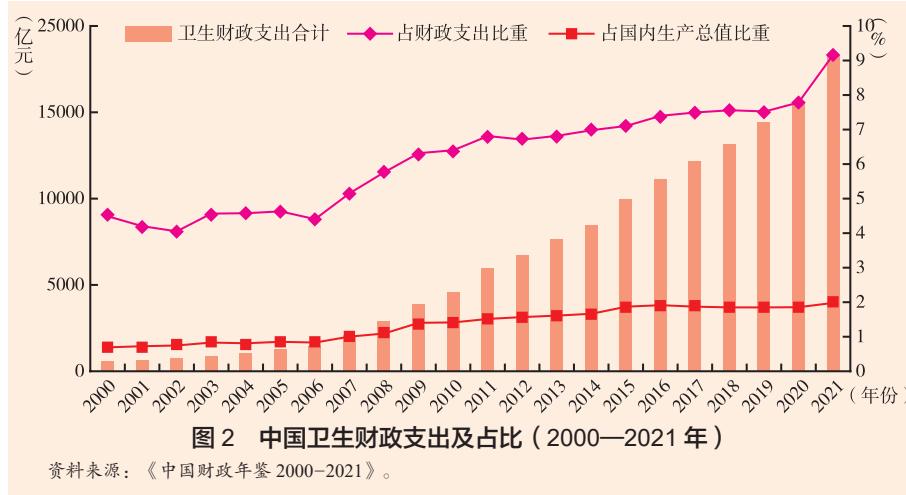
#### (一) 卫生财政的现状

为了分析公共财政资金划拨在健康领域的使用现状，需要了解历年中国卫生总费用的构成情况。从趋势上看，中国卫生总费用呈逐年递增的态势。2021年，全国卫生总费用达到76844亿元，人均卫生总费用为5440元；卫生总费用占GDP的比重也逐年提升，并于2020年达到7.12%的峰值。图1展示了将全国卫生总费用具体细分为政府卫生支出、社会卫生支出和个人卫生支出的比例。2000年以来，政府卫生支出和社会卫生支出的占比在不断攀升，个人卫生支出占比不断下降，公共财政资金在中国医疗卫生服务领域中发挥了越来越重要的作用。

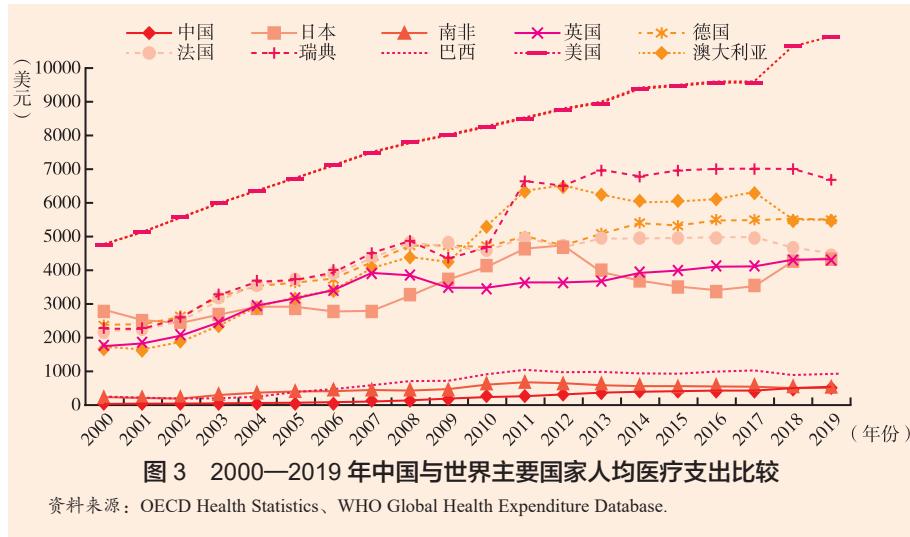


资料来源：《中国卫生健康统计年鉴 2000—2021》。

2000年以来，中国卫生财政支出金额持续迅速增长，于2021年达到22542亿元，占财政支出的比重达到9.18%，占GDP的比重达到1.97%（见图2）。无论从卫生财政的绝对支出金额角度，还是从支出占比角度，近20年来中国卫生财政支出都经历了一个蓬勃的发展时期。公共财政在卫生健康领域投入的持续加强，无疑为抑制健康风险行为的潜在危害提供了完备的制度支持和充足的资金保障。



目前，中国卫生财政资金主要分为公立医院财政投入、基层医疗机构财政投入和社会基本医保基金投入三大方面。首先，中国公立医院的财政投入持续增加，人均医疗支出、床位资源和医疗设备资源取得了长足的进步。如图3所示，中国人均医疗支出水平在稳步提高，逐渐缩小了与发达国家之间的差距。截至2020年，中国医院每千人拥有床位数也达到了6.51张，超过了许多OECD国家床位数供给水平。另外，当年中国MRI和CT设备的拥有量分别为17751台和36868台，每百万人保有量分别为12.6台和26.1台，这也体现了中国医疗设施投入效果的显著性。其次，卫生财政资金对于基层医疗机构的投入也持续稳步发展。从基层医疗服务点建设到人员经费的划拨，公共财政扮演着越来越重要的角色。例如，2020年城乡卫生院获得的财政补贴分别为633.5亿元和1968.5亿元，城乡医疗卫生机构每编制人均经费分别为21.7万元和15.3万元，年均增长幅度均超过了20%。最后，社会基本医疗保障制度作为居民健康的保护伞和安全网，对居民公共健康发挥着基础保障作用。2020年，公共财政预算资金对于社会保障基金和医疗救助的财政补贴高达9741.7亿元，且保持着年均2%的稳定增长率。由此可见，卫生财政的影响范围覆盖了居民健康的方方面面，对健康风险行为的预防、治疗和善后保障康复等一系列问题提供了坚实有力的制度保障和资金支持。



## （二）卫生财政政策的演变

### 1. 卫生财政体制

中国公共财政政策及体制构建于新中国成立初期。在传统计划经济主导的体制背景下，中央政府主导建立了以低层次、不同体制不同制度和城乡差异化为特点的横向均等的医疗制度，居民所有的医疗卫生支出均由财政负责。短期内，卫生财政政策促进了健康人力资本的迅速积累，形成了广覆盖的居民基本公共卫生服务体系，中国的医疗卫生体制实现从无到有、由点到面的发展。由于国家财政全额承担医疗卫生的支付责任，造成财政压力过大、医疗卫生系统效率偏低和城乡健康人力资本差距拉大等一系列问题。

改革开放后，中国医疗卫生体系开始市场化改革，卫生财政支出占卫生总费用的比例锐减，财政压力明显减小，但与此同时，市场化改革的弊端也逐渐显露，迫使政府对医疗卫生事业的性质和地位进行重新规划，卫生财政支出由从属地位重新回归主导，基本医疗卫生服务实现全覆盖。1985年，国务院《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》（国发〔1985〕62号）拉开了以“放权让利”为特点的卫生体制改革和全面医改的大幕。1992年，国务院《关于深化卫生医疗体制改革的几点意见》提出医疗卫生改革需要引入市场机制

的力量。2000年，国务院颁发《关于城镇医疗卫生体制改革的指导意见》(国发〔2000〕16号)，将医疗卫生体制改革的基调定位为市场化和商业化。此轮医改的主要特征是将市场力量引入医疗卫生体系，将医疗卫生费用由财政支付为主改为个人筹资为主，全面提升医疗卫生服务效率，建成多层次医疗保障筹资体系，完成医疗费用控制机制。然而，过于激进的市场化运作也造成了医疗卫生事业的公益性质背离和城乡、区域、中西医等治疗手段的矛盾。

为了解决上述问题，新一轮医疗卫生体系改革拉开帷幕。2007年，财政部提出医疗公共财政支出要向农村地区倾斜，向医疗救助制度倾斜，同时加大医疗卫生事业的改革力度。2007年7月，国务院颁布《关于开展城镇居民基本医疗保健试点的指导意见》(国发〔2007〕20号)，进一步强调政府在医疗卫生服务供给中的主体地位。2012年，国务院发布《卫生事业发展“十二五”规划》(国发〔2012〕57号)，为未来医疗卫生体系改革和指标制定设立明确目标。2016年，国务院发布《关于推进中央与地方财政事权和支出责任划分改革的指导意见》(国发〔2016〕49号)，规定基本医疗保障和基本公共卫生服务事权由中央与地方共同承担支出责任。2018年，国务院办公厅发布《基本公共服务领域中央与地方共同财政事权和支出责任划分改革方案》(国办发〔2018〕6号)，规定基本医疗保障和基本公共卫生服务事权由中央与地方共同承担支出责任。其中，在基本医疗保障方面，城乡居民基本医疗保险补助由中央制定指导性补助标准，地方结合实际确定具体补助标准，中央与地方分档按比例分担；在基本卫生服务方面，由中央制定基础标准，中央与地方分档按比例分担。2018年，国务院颁布《关于印发医疗卫生领域中央与地方财政事权和支出责任划分改革方案的通知》(国办发〔2018〕67号)，进一步明确了中央政府和地方政府在医疗卫生服务领域事权和支出责任的划分。其中，基本公共卫生服务明确为中央与地方共同财政事权，由中央财政和地方财政共同承担支出责任；重大公共卫生服务上划为中央财政事权，由中央财政承担支出责任；医疗保障服务(包括城乡居民基本医疗保险补助和医疗救助)明确为中央与地方共同财政事权，由中央财政和地方财政共同承担支出责任。该文件为医疗卫生服务供给的权责划分提供了参考依据。新一轮医疗卫生改革明确了政府

财政支出是全民基本医疗的服务主体，提升了医疗财政支出的“质”与“量”，使医疗卫生领域的财政事权和支出责任更加明晰，行政效率更上一层。

## 2. 公共卫生和医疗服务政策

随着医疗公共财政支出的主导性地位进一步确立，公共卫生和医疗服务政策也伴随着新医改方案的出台持续推进。医疗公共财政政策通过公共卫生和医疗服务两方面共同作用，通过不同机制准确引导公共健康事业蓬勃发展。鉴于健康风险行为的公共财治理主要与公共卫生政策相关，因而本部分对相关公共卫生政策进行了梳理。

2007年，党的十七大报告进一步明确了建立健全突发公共卫生事件应急处理体系、城市基本医疗服务体系、卫生科普宣传体系和财政经费保障体系。2009年，中共中央 国务院发布“新医改”的纲领性文件《关于深化医疗卫生体制改革的意见》(中发〔2009〕6号)，其核心思想在于健康公共卫生和基本医疗公共服务的公益性，并明确了基本医疗保障制度建设、建立国家基本药物目录、健全基层医疗卫生服务体系、促进基本公共卫生服务均等化和推进公立医院改革五大工作重点。2013年，《关于促进健康服务业发展的若干意见》(国发〔2013〕40号)发布，明确了基层医疗卫生机构为居民提供公共卫生和医疗服务的职能，基层医疗卫生服务能力的提升和地方医疗卫生资源的整合被高度重视。其中，公共卫生服务的内容由政府规定，而医疗服务供给则受到药品制度、政府指导定价和医保报销规定的制约。由此开始，以社区卫生服务中心和乡村医生为载体的城乡基层公共卫生服务体系的建立对于治理健康风险行为危害起到了补充作用。社区卫生服务中心承担了城市地区公共卫生服务转型的任务。2020年，国家卫生健康委发布《关于全面推进社区医院建设工作的通知》，明确落实财政补助经费和推动医保政策向社区医院倾斜，提升社区医院的医疗服务能力，发挥社区医院在由健康风险行为继发的慢病护理方面的独特功效。乡村医生的转型与发展也承担了农村地区公共卫生服务转型的使命，乡村医生作为农村基层公共卫生服务的供给主体，为农村地区风险行为致病防治和相关慢病护理做出了突出贡献。2021年，国务院发布《关于全面推进乡村振兴加快农业农村现代化的意见》，明确强化农村公共卫生服务供给县乡村

统筹，逐步实现标准统一、制度并轨；推动乡村医生向执业（助理）医师转变，采取派驻、巡诊等方式提高基层卫生服务水平；提升乡镇卫生院医疗服务能力，选建一批中心卫生院。由此可见，乡村医生在农村地区承担了风险行为危害的“防治同步”作用，建立乡村医生长效发展机制十分必要。截至 2022 年，中国已建成覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，实现居民人人享有安全、有效、方便、廉价的医疗卫生服务和分级诊疗体系，并以此为基础继续巩固完善全民医疗保障体系，建立以基本药物为基础、药品研发与创新为龙头、药品流通体系为保障、药品使用为落地政策的一整套医药服务体系。

当前的公共卫生政策，秉持了政府在医疗卫生领域的主导地位，确立医疗财政支出作为医疗卫生经费的主要资金来源的地位。公共卫生事业持续发展，医疗卫生服务水平显著提高，医疗卫生服务体系不断完善，服务可及性和针对性持续提升。具体来说，医疗财政支出规模不断扩大，占财政支出的比重也持续上升，实现了“医改”公益性的目标；同时，全民医疗卫生服务质量显著提升，医疗财政支出效率显现。

### 3. 税收政策

税收政策作为公共财政治理手段的重要组成部分，在促进居民健康领域也起到了举足轻重的作用。不同于财政支出和医疗保障补贴政策的直接作用方式，税收政策大多通过在风险行为诱发商品的生产销售环节进行间接调节，采用价格传动机制抑制相关商品消费量，进而减轻风险行为的健康危害。首先，我国对健康风险诱发商品均开征了增值税，提高了居民的消费成本，从而抑制健康风险诱发商品的消费量。其次，我国还对几类健康风险诱发商品加征了消费税。在抑制吸烟行为危害方面，1998 年国务院将卷烟消费税率划为从 25% 到 50% 的三档税率；并于 2009 年和 2015 年分别上调烟草从价税并加征烟草批发环节的从量税。对于烟草行业的加税提高了居民消费烟草的成本，从而在一定程度上实现了控烟的目的。在控制饮酒行为危害方面，我国也对白酒采取从量定额和从价定率的综合计税依据征收消费税。增值税和特别消费税相结合的税收体系，一定程度上限制了诸如烟酒等健康风险诱发商品的消费，从而抑制了健康风险行为的危害。

税收政策在突发公共卫生危机过程中发挥了纾困作用，既为公共卫生体系建设提供资金支持，又为公共卫生危机“疫中”和“疫后”涉疫微观主体提供必要税收优惠政策，从而最大限度的平滑公共卫生危机的经济社会危害。税收政策应对突发公共卫生事件主要通过一般性税收政策、临时性税收政策和地方性补充型税收政策的方式进行调节。一般性税收政策一方面基于各税种“实体法”中不可抗力减免税原则，通过设置疫情救济减免税条款，在增值税、关税、企业所得税和个人所得税等税种中提供医疗服务、公益捐赠或不可抗力事件等免征或优惠条款；另一方面基于税收征管“程序法”中灾后延期申报和损失确认原则，进行相关税种的延期申报或延期缴纳并明确相关资产损失确认程序，最大限度地助力相关疫情损失主体恢复生产经营活动。临时性税收政策则是根据不同突发公共卫生事件的影响程度、波及范围和持续时间有针对性的在疫情波及窗口期进行相应的税收政策扶持，诸如疫情进口物资的免税政策、相关企业增值税的减免政策、相关捐赠的免税政策和相关个人所得税的减免政策。而地方自主补充型税收政策则是地方政府根据辖区内突发公共卫生冲击的危害情况，专门制定的针对本辖区的税收优惠政策。通过税收减免和税收优惠政策鼓励企业支持疫情防控、落实抗疫物资供应保障，促进经济快速恢复平稳运行。

#### 4. 医疗保障补贴政策

新中国建立初期，医疗保障补贴政策经历了从初步建设到逐步发展的过程。1951年，政务院颁布《劳动保险条例》，标志着政府对职工健康提供公共财政支持，这一条例从住房、医疗和退休等方面给予了公共性的制度保障，也奠定了财政医疗卫生支出在医疗卫生筹资体系中的主导和核心地位；1952年，政府正式建立公费医疗制度和劳保医疗制度，并于1959年建立农村医疗合作制度。该时期的医疗卫生服务供给被视为一种国家福利，公共卫生和医疗服务都免费推行，政府医疗公共财政支出由增加补助转为差额预算管理。改革开放以来，中国医疗保障补贴政策进一步完善，医疗保障补贴体系基本建成。1998年，国务院颁布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）在全国范围内全面推行职工医疗保障制度改革，开始由公费劳保医疗

的单位福利转向社会保险制度的社会保障体系。同时，提出农村合作医疗制度的构想，推进农村多种形式的医疗保障制度构建。2002年、2003年相继印发《关于进一步加强农村卫生工作的决定》和《关于进一步做好新型农村合作医疗试点工作的指导意见》，并于2003年开启新型农村合作医疗制度试点，为农村居民医疗和健康需求提供了切实的政策保障。2006年，《中共中央关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定》要求推进覆盖城乡居民的公共卫生保健制度建立。2007年，国务院印发《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》，将城乡居民纳入医疗保障范围。由此，我国形成了以城职保、新农合和城居保为核心的覆盖各类群体的基本医疗保障体系，从而实现了城乡人群医疗保障的制度性全覆盖。新时期以来，结合当前时期医疗保障事业发展现状和存在问题，医疗保障补贴政策更加完善，并实现了精准式的跨越发展。2012年，国家发展改革委员会联合6部门出台了《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》(发改社会〔2012〕2605号)，为中国大病医保专项支出提供了政策依据。2015年，《国务院办公厅关于全面实施城乡居民大病保险的意见》(国办发〔2015〕57号)规定，大病保险基金从城乡居民基本医疗保险基金结余中划拨，无须参保群众专门缴费。2016年，国务院出台《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》(国发〔2016〕3号)，合并两项医保制度后，设定“统一保障待遇、统一医保目录”的政策目标，提升了农村基本医保的保障水平，平滑了城乡医保差距。2021年，国家医保局和财政部联合印发《关于建立医疗保障待遇清单管理制度的意见》，划定了基本医疗保险、补充医疗保险和医疗救助制度的边界，也标志着我国现行基本医疗保障制度体系的建成。

全民医保制度的建成和多层次医保体系的全覆盖，形成了以基本医疗保险和商业保险为根本，医疗救助制度、疾病应急救助制度等各类保障制度为拓展的立体医疗保障补贴网络，从而使医保制度更加统一、医保待遇更加公平。而医保补贴标准的持续提高，也进一步提升了医疗保障程度和居民健康水平，形成了良性的政策循环。医疗保障补贴政策的不断发展，为健康风险行为的公共财治理提供了坚实的后盾，城镇居民医保和新农合补助标准逐年提高，医

疗卫生服务的城乡差距被逐步弥合。医疗保障补贴政策的推广和实施进一步弥补了卫生支出和税收政策覆盖下的盲点，精确定位了医疗卫生公共服务的需求主体，实现了政策效果的升级。

### 5. 医疗机构投入政策

以医疗机构为载体的直接投入往往能够缩短政策传导路径，实现投入效应最优。我国尤为注重对于医疗机构的直接财政投入。2009年，《关于完善政府卫生投入政策的意见》（财社〔2009〕66号）提出，对于不同医疗机构应当进行分类补偿。基于此，财政经费对于公立医院和基层医疗机构进行了卓有成效的相关投入（朱恒鹏，2019）。一方面，立足于基本建设和设备购置、重点学科发展、符合国家规定的离退休人员费用、政策性亏损补贴和公共卫生服务任务补助六项基本投入原则，财政经费对于公立医院进行了直接投入。2017年，城市公立医院床均财政投入达到7.3万元，县级公立医院床均财政投入达到4.7万元，公立医院在编人均财政补助超过3.1万元。同时给予中医院、传染病院、儿童医院等特种医院相关政策倾斜。对于医疗机构投入政策的直观效果显现在床位资源的快速增长和设备配置的有效提升，为基本医疗服务供给能力和突发医疗事件应对能力提供了物质基础和设备保障，也为平滑健康风险行为潜在危害做好了底层保护伞。另一方面，着眼于运营经费、基本建设和设备购置三大关键点，财政资金从基层医疗机构入手，进行了精准有效的定向投入。具体来看，财政资金对于城市社区和乡镇卫生院的投入显著增长。截至2017年，投入规模已达1140.9亿元，编制人员人均补助金额也超过11万元。

## （三）健康风险行为公共财政治理的演变：中国经验

新中国成立以来，中国政府出台了一系列相关的财政政策和规章，希望通过公共财政治理的手段抑制健康风险行为带来的危害。本部分以吸烟、饮酒和传染病传播这三类健康风险行为为例，分别总结我国相关公共财政治理的演变脉络。

第一，为了抑制吸烟行为带来的危害，课征烟草消费税进行了相应的调控。自1950年《货物税暂行条例》开始，烟草逐步由货物税演变为工商统一

税；直到分税制改革，烟草消费税才作为独立的税目登上历史舞台。1994年，卷烟消费税实行出厂价为税基40%的从价税率；1998年，《关于调整烟叶和卷烟价格税收政策的紧急通知》规定卷烟消费税率划为从25%到50%的三档税率；2001年，财政部91号文规定烟草消费税开始实施从量与从价的符合税制；2009年，财政部发布的《关于调整烟产品消费税政策的通知》一方面上调了甲乙类卷烟的从价税率，另一方面在批发环节加征了5%的从价税；2015年，财政部发布的《关于调整卷烟消费税的通知》则首次在批发环节加征从量税，且将批发环节的从价税率提升至11%。总之，中国一直在通过提高烟草税税负的方式间接提升消费者的烟草消费成本，并利用消费价格弹性的杠杆实现从行为端抑制消费者吸烟行为的目的。

第二，中国也采取了类似的税收政策治理饮酒行为的危害。1983年，财政部发布《关于加强酒税征收管理的通知》，规定日常用粮酿酒按60%的税率征税，议价粮酿酒按40%的税率征税；1984年，财政部（84）财税字第165号文进一步对议价粮和加价粮酿酒进行减税；1988年，《财政部关于对用议价粮或加价粮生产的饮料酒减税问题的通知》（财政部（84）财税字第165号）进一步对议价粮和加价粮酿酒进行减税；1989年，名酒提价以后，《审计署关于对烟酒生产、批发企业放调部分烟酒价格的定期审计中若干问题的处理意见》（审工字〔1989〕36号）规定“新老差价作为提价收入，按规定征收专项收入和各种税收”；2001年，国家对酒类消费税政策进行调整，对粮食白酒、薯类白酒计税办法由《中华人民共和国消费税暂行条例》规定的从价定率调整为从量定额和从价定率相结合。这就是沿用至今的白酒计税标准：酒类产品不含税销售收入 $\times$ 税率+0.5元/500ml。虽然相较于体量庞大的饮酒消费量，酒税的抑制风险行为作用不很明显，但作为政策治理方面的一种思路，依然值得提倡。

第三，与吸烟和饮酒行为不同，传染病的暴发和传播具有极高的区域流动危害性，需要各级政府之间合理的政策分工和协作。公共财政通过合理划分各级政府之间的财力和支出责任，充分调动各级政府在传染病防控和治疗方面的能动性，最大化传染病的防治效果。其中，《传染病防治法》规定国务院卫

生行政部门主管全国传染病的防治及其监督管理工作，县级以上地方人民政府卫生行政部门负责本行政区域内的传染病防治及其监督管理工作。国务院发布的《关于推进中央与地方财政事权和支出责任划分改革的指导意见》（国发〔2016〕49号）则明确指出，全国性重大传染病防治的事权要上划为中央事权并由中央财政安排经费，而与传染病防控有关的城乡社区事务、市政交通等防疫行政事权则划归地方并由地方政府承担支出责任。《基本公共服务领域中央与地方共同财政事权和支出责任划分改革方案》（国办发〔2018〕6号）规定，与传染病治理息息相关的基本医疗保障和基本公共卫生服务事权由中央与地方共同承担支出责任。而在《关于医疗卫生领域中央与地方财政事权和支出责任划分改革方案通知》（国办发〔2018〕67号）中，中央政府与地方政府对传染病治理的权责划分做了进一步的划定，全国性或跨区域的重大传染病（包括艾滋病、结核病、血吸虫病和包虫病）防控由中央承担事权和支出责任，纳入中央支出责任的项目主要包括，常规免疫及国家确定的群体性预防接种和重点人群应急接种。通过各级政府传染病防控事权和财政支出责任的合理划分，公共财政治理措施尝试抑制传染病风险对于居民健康和社会稳定的潜在危害。

对艾滋病和新冠疫情两种较为特殊的传染病，中国政府出台了更为直接的财政政策进行治理。其中，在艾滋病防治方面，通过专项财政支出的方式推行“四免一关怀”政策，即对农民和城市贫困的艾滋病病人提供免费抗逆转录病毒治疗药品、提供免费的艾滋病感染检测、免费提供母婴阻断药品和新生儿检测试剂、为因艾滋病致孤儿童免除学费，为感染艾滋病的家庭提供生活救助和人文关怀；同时，对于艾滋病的母婴传播阻隔项目提供额外的财政补贴，确保母婴传播阻隔项目的100%全覆盖。而在新冠疫情的防控过程中，中央政府和地方政府紧密配合，紧急安排疫情防控专项补助资金应对疫情传播；同时，随着疫情防控进入新的阶段，专项资金监管、税收优惠和减免以及相应政府采购政策的颁布都保障了新冠疫情冲击下的物资储备、企业运行以及经济基本态势恢复。

总之，中国过去和当前对健康风险行为进行的公共财政治理，更多的是采取对风险行为相关产品的税收调控或传染病防治领域的权责划分，政策制定

偏向于被动的补救性措施，而缺少一个宏观的、立体的健康风险行为治理框架。因此，现行政策体系与中国“健康中国”战略所要求的“重预防”的国家健康治理体系存在较大偏差，各类财政治理措施在抑制健康风险行为危害的过程中存在一定的滞后性。

## 四、公共财政的健康风险治理效果：基于文献的评述

### （一）卫生财政支出的效果

卫生财政支出作为一种财政支出，会产生经济效应和社会效应，但这些效应的具体影响，在理论上仍然存在巨大争议。新古典主义者认为公共卫生支出具有“挤出效应”，即增加公共卫生支出也会增加居民的税负，从而导致其可支配收入和消费水平的下降（Barro, 1981）；而凯恩斯主义者则持相反观点，认为公共支出具有“挤入效应”，即公共卫生支出的增加通过提高公共健康水平促进经济总产出的增长，进而带动居民收入水平和消费水平的上升（Amano and Wirjanto, 1997）。

国内外一系列研究显示，卫生财政支出的增加对于居民健康水平的提高有显著的正向效应。首先，宏观层面的卫生财政支出能够抑制社会风险行为危害，提升居民健康水平。例如，Deroose 等（2011）分析了饮用水系统改造工程对于居民健康的影响，发现财政支出提升了饮用水安全水平，降低了不洁饮水风险的致病概率，促进了当地居民公众健康水平提升。Akinkugbe 和 Mohanoe（2009）评估了卫生财政支出范围内关于疫苗供给和定期健康监测项目的效果，发现健康服务项目能够有效预防健康风险行为诱发疾病的发病率，提高慢病护理效率，提升人均预期寿命。其次，微观层面的卫生财政支出能够减少居民参与风险行为的概率，降低风险行为危害，提升居民个体健康水平。例如，Farahani 等（2010）采用印度微观调查数据，证明了公共卫生支出对于居民个体健康的正向促进作用，即公共卫生支出能够减轻健康风险的危害，其作用效果对青少年和老年人影响最大。Summan 等（2022）根据儿童健康和免疫综合调查数据，研究财政支持下的疫苗接种工程的政策影响。研究证实了财政支持力度的差异造成了疫苗接种率的不同，进而衍生出儿童健康水

平分布的差异。由此可见，卫生财政支出能够通过拓宽疫苗覆盖人群的方式抑制风险疾病传播、提升儿童健康水平。最后，卫生财政支出在促进居民健康领域也存在异质性。例如，公共卫生支出对于提高贫困人口的健康状况有着关键影响 (Sanjeev et al., 2003)，通过分发健康保健产品的途径来增加卫生补贴可以显著提高撒哈拉以南非洲国家居民的健康水平 (Dizon-Ross et al., 2017)。对不同的年龄群体来看，卫生财政支出的增加有利于促进婴儿死亡率的降低 (Mayer and Sarin, 2005)，医疗保健支出的增加可以显著改善老年人的健康状况 (Wouterse et al., 2013)。较大规模的卫生财政支出可以改善慢性病的治疗情况，例如美国糖尿病人的病情改善情况与公共支出的规模大致相符 (Eggleston and Steven, 2011)。对中国 30 个省份“千村”现场调查数据的研究发现，卫生财政支出的增加可以通过改善生活环境和改善医疗服务可及性两种路径影响农村地区的居民健康问题；卫生支出的增加可以优化常见病和慢性病的治疗条件并强化健康保健的教育和管理，对于农村地区居民健康状况的改善有着显著影响 (李华、俞卫, 2013)。宋璐和左冬梅 (2010) 分析了医疗财政支出对于农村老年人群的健康需求行为的影响，研究发现享受医疗卫生支出的农村女性老人比例高于男性老人，但女性的支付水平较之男性偏低。基于不同年龄队列的异质性检验的结果表明，农村老年人医疗卫生支出存在明显的性别差异，而医疗卫生支出的性别差异可以归因于低龄老年阶段住院支出的性别差异，其中，男性老人医疗卫生支出的决定因素在于自身潜在因素，女性老人则更多依赖于家庭和子女支持等诱发因素。

总之，卫生财政支出的健康效应已经在国内外的研究和实践中得到了普遍的证实。财政资金的精准投放可以有效提高各群体居民的专项健康水平，增进社会健康福利。而就健康风险行为致病危害而言，结合国内外卫生财政支出健康成效的先例，进行合理的健康风险危害阻隔支出可以有效的破坏健康风险行为的致病链条，缓解健康风险行为的危害，提升居民健康水平。

## （二）税制改革的效果

税收政策在公众健康领域往往也发挥着重要作用，设计适当的政策可以

实现抑制健康风险行为危害、规范居民生活方式和促进公共健康水平的政策效果。

第一，烟草税的征收、改革以及对健康影响一直是公共政策领域研究的热点，已形成海量的文献库。烟草税制改革可以抑制青少年和老年人的卷烟消费，进而减少吸烟行为带来的负面健康影响 (Carpenter and Cook, 2008)。基于青少年与成年人风险行为的调查数据和风险行为因素监测的系统数据，可发现以烟草税的提高作为准自然实验的政策冲击，可以降低青少年和老年人的吸烟参与率，其中低受教育群体和低收入群体受益更大 (Decicca and Mcleod, 2008)。烟草税负的提高还可以促进戒烟率的提升，降低因烟致病疾病的发病率，提高人均预期寿命。另外，针对孕妇和新生儿的研究显示，烟草消费税降低了孕妇产前吸烟率，产前戒烟和产后复发的价格弹性绝对值都接近于 1，即在怀孕期间和生育后的卷烟消费税改革有利于激励孕妇的戒烟行为，提高产妇和胎儿的健康状况 (Colman et al., 2003)。

鉴于吸烟行为在中国造成巨大危害，国内的一系列研究也评估了烟草消费弹性、烟草税改革以及健康效应 (WHO, 2017; 行伟波、田坤, 2020b)。杨练等 (2010) 从医疗疾病负担的角度核算了中国居民吸烟行为的健康成本，为烟草税改革的潜在收益提供了数据支持。中国居民的烟草制品消费弹性相对较高，烟草税能够较好地降低烟草消费 (Chen and Xing, 2011)。对两次烟草消费税改革的评估显示，2009 年的烟草税率调整不但增加了税收收入，而且抑制了卷烟消费，具有经济效应和健康效应的双重属性 (高松等, 2010)；对 2015 年烟草税调整的测算结果表明，烟草税负增加的健康外溢效应显著 (郑榕等, 2016)。针对烟草税调整的各项政策方案的模拟结果，都表明烟草税负的提高会带来社会净收益的增加，烟草税的控烟效果值得提倡 (石坚等, 2010)。

第二，税制改革会对饮酒行为进行良好的监管作用以及产生附加的健康影响。各国研究显示，酒精消费品的弹性较高，因此提高税负能明显降低消费。例如，美国酒类消费税每提高 1 美元 /1 加仑，短期的肝硬化死亡率会降低 5.4%，长期的健康效应更是短期效应的两倍 (Cook and Tauchen, 1982)。

税负的调整还有跨境的溢出效应，芬兰的酒精税削减政策引发了其与邻国的酒精饮料价格差异扩大，从而引发了邻国的酒精消费量增加，健康水平滑坡和劳动力产出下降 (Johansson et al., 2014)。酒精消费税的改革还会有效减少居民受到意外伤害的频率，同时遏制暴力犯罪的增长。例如，1991年美国联邦酒精消费税 6% 的增长使人均酒精消费量下降，居民受伤害死亡人数减少了 4.5% (Cook and Durrance, 2013)；在英格兰和威尔士，啤酒税的开征降低了当地强奸和人身攻击等暴力犯罪事件的发生率，提高了居民的健康保障水平 (Matthews et al., 2006)。中国自改革开放以来一直实行“酒类暂停专卖管理”制度，与税收相关的政策较少，没有采用税收政策来进行酒类消费的调控 (行伟波等, 2021)。

第三，税制改革的健康红利也体现在糖类摄入领域。随着糖类摄入的现象愈演愈烈，越来越多的国家开始课征含糖饮料税 (Sugar-Sweetened Beverages, SSBs)。研究显示，多数国家居民对软饮料的需求价格弹性约为 -0.8，因此含糖饮料税能够较明显的调节糖类摄入 (Chaloupka et al., 2019)。例如，美国费城地区开征的每盎司 1.5 美分的含糖饮料税使得该地区成年人的汽水消费频率降低了 31%，同时也减少了儿童含糖饮料消费 (Cawley et al., 2019)；美国 1998—2003 年糖税的施行降低了软饮料和果汁饮料的消费量，使得政策期内的人均体重下降 1.54~2 磅，对于居民健康水平有显著的正向效应 (Dharmasena and Capps, 2012)。中国目前暂未对含糖饮料课征单独的糖税或消费税，但基于对含糖饮料消费税的模拟研究发现，征收含糖饮料消费税可以带来 2% 的消费税税收增幅，并同时降低居民的能量摄入和体重，带来可观的健康正外部性 (马海涛、王斐然, 2021)。

第四，税制改革对于居民养成健康的生活习惯也具有较好的引导作用，能够促进居民合理膳食和营养平衡。例如，瑞典对谷物商品的减税政策以及相关价格补贴对谷物价格产生了较大影响，进而促进了居民日常谷物消费量的提升，优化了居民的饮食结构，进而有利于培养居民的健康生活习惯形成 (Nordstroem and Thunstroem, 2009)。通过税收补贴使居民养成消费水果和蔬菜的生活习惯，可以降低美国居民的冠心病和缺血性心脏病的发病率，税收补

贴额每增加 1%，上述病例发病数减少 9680 例 (Cash et al., 2005)。而我国在加入世贸组织初期，为了促进贸易发展而降低了高脂肪高糖分食品的进口关税，导致该类食品价格下降，从而引发我国居民饮食结构中高脂肪、高糖类食品的占比升高，进而带来了高血压和肥胖风险的加剧 (张明昂，2021)，因而结构性的税制改革可能带来健康方面的负外部性。

总之，税收政策对于健康风险行为的作用主要体现在抑制相关风险行为及上下游产业的发展。国际上，税收政策对于卷烟、酒类和糖类等健康风险品的消费抑制效用已经初见成效，而受限于产业发展对于经济增长的助力作用，中国的税收政策还处于初步探索阶段，控烟、控酒、控糖等政策框架还有待进一步构建。鉴于健康风险行为的巨大危害，中国应出台更加精准有效的税收政策，加大税收政策对于健康风险产业的调节力度，从源头上遏制健康风险行为的致病风险。

### (三) 医疗保险制度的效果

医疗保险政策的实施和推行对于公共健康的促进作用已经被国内外的海量研究所证实。例如，Cutler 和 Vigdor (2005) 基于美国老年医疗保险，采用双重差分法分析了医疗保险政策的健康效应，证实了参保人群面对慢病冲击和健康恶化风险时的抗风险能力更强，健康水平更高。Card 等 (2009) 采用断点回归分析了美国老年保险对 65 岁及以上老人的健康影响，发现参保人群急诊入院后的 7 日死亡率明显下降。Currie 和 Gruber (1996) 分析了美国低收入群体医疗保险的健康效应，发现参保家庭的儿童死亡率显著降低。Finkelstein 等 (2012) 还证明了俄勒冈州地方医疗保险计划对于提升 19~64 岁群体的自评健康和精神健康具有显著效果。而医疗保险制度对于平滑健康风险行为危害的作用也越来越被研究者们关注和证实。基于对韩国《平价医疗法案》改革的政策评估，相关研究发现健康保险受益人年龄覆盖范围的扩大显著降低了吸烟、饮酒等健康风险行为对青年人健康的危害，医疗保险制度在韩国对于抑制风险行为危害性的作用被证实 (Lee, 2018)。根据希腊社会保障体系的研究发现，受惠于强制性医疗保险提供的药品、门诊和住院服

务, 希腊农村地区农民由健康风险和职业病风险带来的危害显著降低, 医疗保险制度有效提升了农村人口的健康水平 ( Evangelakaki et al., 2020 )。医疗保险制度在撒哈拉以南非洲的推广可以显著降低艾滋病传播和致病的危害, 当地政府的人寿保险福利政策通过为非艾滋病死亡提供理赔, 成功降低了风险性性行为诱发艾滋病的人数, 进而达到了抑制艾滋病传播的政策效果 ( Araujo and Murray, 2015 )。

而我国的医保制度改革起步较晚, 虽然增加医疗支出可以显著改善几乎所有疾病类别的治疗效果, 但改革开放初期就施行的基本医疗保险存在明显缺陷, 降低了医疗支出的健康效应 ( 俞乔等, 2013 )。近年来一系列医保制度改革逐步扭转了这一局面。首先, 基本医疗保险的推广显著提高了居民健康水平: 潘杰等 ( 2013 ) 证实了城镇居民基本医疗保险可以促进居民健康水平提高这一结论; 刘国恩等 ( 2011 ) 通过建立医疗服务需求模型, 分析了基本医疗保险对老年人就医需求的影响, 证实医保的覆盖可以显著提高老年人就医率、降低其医疗负担, 进而改善老年人的健康水平; 赵为民 ( 2020 ) 指出基本医疗保险制度提升了医疗资源和服务的利用率, 进而提高的参保者的健康水平。其次, 以新农合为代表的农村医疗保险同样发挥了显著的健康效应: 王翌秋和刘蕾 ( 2016 ) 发现新农合显著提升了农村人口的短期健康人力资本; 傅虹桥等 ( 2017 ) 选择中国老年健康影响因素跟踪调查 ( CLHLS ) 数据, 证明了新农合参保对于健康风险行为抑制具有负向影响, 即由于存在道德风险, 新农合参保者的吸烟、饮酒比例更高, 锻炼比例更低; 也有研究表明医疗转诊制度和合作医疗定点制度可以在一定程度上限制农村居民的医疗服务过度利用现象, 从而发挥基层医疗机构和医疗制度的最大效用 ( 王翌秋、张兵, 2009 )。总体来说, 新型农村合作医疗制度建立后使农户的灾难性疾病风险和“因病致贫”风险分别下降了 33.3% 和 24.2%, 将医疗支出补偿范围扩大到门诊费用能帮助农村居民有效地抵御健康风险 ( 封进、李珍珍, 2009; 张广科、黄瑞芹, 2010 )。医疗保险通过降低居民健康风险从而改善了家庭的财务状况, 实现了家庭健康净效应的提升 ( 岳崴等, 2021 ); 从年龄组看, 有医疗保险的老年人群体的预期寿命比无医疗保险的老年人群体高 5 年, 且参保老年人群体的医疗支出为有效

需求而非过度需求（黄枫、甘犁，2010）。

总之，合理有效的医疗保险制度为居民健康提供了“安全网”效用，显著降低了各类疾病的医疗成本，规避了健康风险行为危害的扩大化，提升了居民的健康水平。与此同时，医疗保险政策可能存在逆向选择和道德风险问题，为居民选择实施风险行为提供了负面背书。鉴于此，如何在道德风险和合理范围保障之间寻找医疗保险的最优保障水平成为政策制定者面临的新挑战。例如，将健康风险行为纳入医疗保险拒保因素名录，能够有效加强居民的自身健康意识和防范健康风险行为的认知，从而最大限度地降低健康风险行为的社会危害。

## 五、中国对健康风险行为治理的不足及政策建议

### （一）健康风险行为治理的不足

#### 1. 对居民健康外溢效应忽视

现阶段，中国公共财政政策的制定和实施，往往以经济发展作为第一出发点，以民生保障、生态环境和社会公平等其他因素作为重要参考条件。对于居民健康这一关键要素相对忽视，导致相关的政策考核和绩效评估通常不把居民健康作为主要衡量指标。居民健康在政策制定和实施层面的持续缺位，使健康风险行为作为危害居民健康的重要因素没有得到很好的抑制。首先，现阶段卫生财政支出中，并未设立健康风险行为防治的专项资金，进而造成健康风险行为危害宣传和预防性政策的推进缺乏有效的财政支持，目前单纯公益和捐赠形式的风险行为预防性措施难以为继。其次，健康风险行为相关的科研和教育支出不足，导致健康风险行为的精准致病链条没有清晰的研究，基于临床经验和数理推测的风险行为致病致死情况往往存在较大误差，流行病监测和预防体系的建设也存在问题。最后，医疗保障和社会保障体系对于健康风险行为及其危害介入不足。健康风险行为及相关疾病的社会保险和商业保险等覆盖不足，社保体系在健康风险行为领域无法发挥“安全网”的保障作用。

#### 2. 对健康风险相关产业抑制不足

以烟草、酒类为代表的健康风险行为源头产业及其相关上下游产业创造

了可观的经济产值、提供了大量的就业岗位、上交了大额的利税所得。鉴于此，中国的财政政策在过去并未对风险行为相关产业的发展进行有效抑制和精准调控。但随着风险行为相关产业的持续发展，烟草、酒类、糖类等风险行为诱发商品的过量生产销售，对于居民健康水平产生了持续而不可逆的危害，由此产生的相关疾病造成了巨额的健康成本、间接经济成本和潜在社会成本。目前关于上述产业的相关财政税收抑制政策还十分薄弱，仅烟草税产生了一定的健康效应，而关于酒类行业、糖类行业等风险行为产业的公共政策调控还尚未开始。公共财治理在健康风险行为产业方面没有充分发挥制度作用，关于相关产业的健康政策引导和扶持还有很长一段路要走。

### 3. 对于健康风险行为的危害宣传不足

当前，中国仍然存在数量庞大的健康风险行为潜在受害群体，受限于信息不对称问题以及居民自身知识水平和辨别能力的不足，抑制健康风险行为危害的宣传工作亟待推进。目前财政资金并未列支对于健康风险行为危害的推广和宣传支出，对于该方面信息的普及和推广工作也相对滞后，对平滑健康风险行为危害，促进居民健康水平提升极为不利。

### 4. 医疗保险制度中道德风险现象难以解决

我国较为完善的医疗保险体系为居民健康提供了有力的“保护伞”，但是鉴于道德风险问题的存在，参保者可能实施健康风险行为的概率大大提升。一方面，医疗保险体系降低了居民患病后的医疗成本，即降低了居民实施健康风险行为的机会成本，从而加大了居民实施健康风险行为的动机。另一方面，医疗保险体系减少了居民的医疗花费，一定程度上对居民自身原有的健康支出产生了“挤出效应”，居民个体过于依赖医疗保险的扶持，从而减轻了自身对于健康的可持续投入，进而为健康风险滋生提供了空间。

## （二）政策建议

### 1. 注重公共财政政策的健康效应

防控风险行为对于公共健康和经济增长的危害，需要建立一整套公共卫生防御体系，适当的公共财政政策设计和实施推广就显得尤为重要。首先，应

当提高财政政策对于风险行为防控的支持力度，强化资金统筹，优化资金配置。例如，提高医疗公共财政支出的规模，通过增加项目支出的方式增加关于风险行为的重大公共卫生服务项目的资金数量，并提高该项目支出资金使用的针对性和有效性。同时，扩大卫生财政在基层的支出范围，提高基层地区的基本医疗卫生服务项目的覆盖面积和适用人群，做到风险行为防范资金的普惠性。其次，应该提高关于风险行为方面的科研和教育财政支出，加强科研支撑和教育服务。例如，开展一批关于风险行为靶向疾病的疑难重症等重大课题攻关，开展关于流行病学控制和流行病治理的科研攻关，对于类似国家科技重大专项和重点研发计划给予合理的财政资金支持，从而使风险行为的社会危害和个人危害降到最低。最后，从社会保障方面入手，对于风险行为既有形成的社会和个人健康危害进行有力保障和合理的弥补。例如，在目前的医疗保险中加入风险行为险种，同时在社会商业保险中推出相应的保险服务，为已经深受风险行为危害的居民提供医疗卫生方面的保障，在抑制潜在健康风险行为发生的同时，尽量减少现有健康风险行为受害者的危害程度，共同提高公共健康水平。

## 2. 抑制风险行为上下游产业发展

风险行为对居民个人健康和社会公共健康水平造成了极大的危害，抑制健康风险行为的个人和社会危害就要从源头抓起。众所周知，健康风险行为的背后是较为庞大的上下游产业，其每年创造一定体量的产值并提供一定的就业岗位，从风险行为附属商品的上下游企业下手，进行合理的政策调控，才能追根溯源，在一定程度上切断风险行为的滋生链条，促进居民个人和社会公共健康水平的有效提升。风险行为附属产品或服务的上游产业，多指风险行为附属商品或服务的生产环节，包括卷烟厂、酒厂、糖类及垃圾食品的生产厂商，另外还有为上述产业提供原材料的农户、个体养殖户和运输服务供给者等。为了抑制风险行为附属产品的上游产业发展，进而达到削减风险行为附属商品供给的目的，建议采取相应的财税政策进行宏观调控。第一，适当提高风险行为附属商品在生产和加工环节的税收，从供给端抬高该行业上游企业的生产成本，拉高居民个人选择风险行为附属产品的经济成本，从而达到调控风险行为附属

商品消费量的作用。第二，加大对风险行为附属商品健康替代品行业的财政支出和转移支付，鼓励发展相应的健康替代产业，改变居民的消费习惯，培养新型健康产业市场，从需求端分流健康风险附属商品的需求量。第三，加强行政执法力度，对于通过非法渠道产生危害的风险行为进行严厉打击。例如，加大对卖淫嫖娼、同性恋行为、吸毒贩毒行为的打击力度，从制度层面杜绝和斩断可能的风险行为危害渠道。

风险行为附属产品或服务的下游行业，多指风险行为附属商品或者服务的销售环节。例如，相应的广告投送、销售推广和网络宣传等。为了抑制风险行为的扩散及产生的不良危害，制度层面对下游行业的限制势在必行。第一，应适当提高风险行为附属商品在销售环节的税率，通过增加销售方成本的方式降低其提供风险行为附属品售卖或供给渠道的积极性。第二，对于关于风险行为附属商品或服务的宣传广告和网络宣发采取管控措施。例如，对于卷烟、酒类的广告进行严格的限制，对于糖类饮品、高糖食品的宣发进行一定的管控。从而降低风险行为附属产品和服务拓展市场的效率，从而降低社会大众对于该类风险行为的认识和热衷程度，达到抑制风险行为恶化的目的。第三，对于风险行为附属商品的进口进行严格的管控并适当增加关税，防止海外不良商品和信息对中国居民健康的危害。例如，对于名贵卷烟和洋酒的进口提高相应的关税水平，在流行病疫情期间提高进口冷链商品的关税，对自由贸易区建设过程中开设的免税店和免税港区，应加入风险行为附属商品黑名单，禁止此类商品出现在免税店和免税港区。

### 3. 宣传风险行为危害，弘扬健康生活方式

坚持贯彻“健康中国”战略，积极宣传健康风险行为的危害，提高大众对风险行为的认知程度，弘扬健康的生活方式。首先，应该注重宣传引导，采取多种宣传形式，强化对于风险行为健康危害的舆论宣传，解决风险行为附属商品潜在危害可能存在的信息不对称问题；编制人民群众喜闻乐见的宣传广告和短视频并大量投放，有效引导居民了解和掌握必备的防范风险行为危害的健康知识，防范于未然。其次，利用已有的群众组织和社会团体，实现风险行为防控的全民参与和共建共享。强化跨部门协作，充分发挥政府部分、企业部

门、居民个人和非营利组织等公益性团体的协作优势，鼓励和引导单位、公司、社区（村）、家庭和个人行动起来，形成政府积极主导、社会广泛动员、人人尽责尽力，实现防控风险行为的全社会齐参与。最后，积极弘扬健康的生活方式，实施合理膳食行动、实施全民健身计划、推进心理健康促进活动，把人民群众的行为选择从风险行为转移到积极的健康行为上来，从而促进全民健康和公共健康水平的提升。

#### 4. 进行医疗保险改革，减少道德风险现象发生

应当不断健全完善医疗保险的覆盖范围和报销内容，将社会医疗保险和商业医疗保险有机结合，发挥各自的比较优势，从而形成完备有效的医疗保险体系。首先，对于参保人基础信息进行全面有效的统计核实，杜绝道德风险情况发生的可能；其次，设置健康风险行为拒赔清单制度，对涉及健康风险行为的医疗花费减少或者取消相应的医保报销金额。例如，对吸烟、饮酒者的医保报销设置限额和比例，特别降低该群体的涉烟涉酒疾病报销比例；取消对自杀者和酒驾致伤者的医保报销权限，从而提高实施健康风险行为的机会成本，从源头抑制健康风险行为的蔓延。最后，合理评估健康风险行为对现有医疗保险制度的影响，在道德风险和合理范围保障之间寻找医疗保险的最优保障水平。

### 参考文献

封进、李珍珍：“中国农村医疗保障制度的补偿模式研究”，《经济研究》2009年第4期。

傅虹桥、袁东、雷晓燕：“健康水平、医疗保险与事前道德风险——来自新农合的经验证据”，《经济学（季刊）》2017年第2期。

高松、刘宏、孟祥轶：“烟草需求、烟草税及其在中国的影响：基于烟草成瘾模型的经验研究”，《世界经济》2010年第10期。

黄枫、甘犁：“过度需求还是有效需求？——城镇老人健康与医疗保险的实证分析”，《经济研究》2010年第6期。

李华、俞卫：“政府卫生支出对中国农村居民健康的影响”，《中国社会科学》2013年第10期。

刘国恩、蔡春光、李林：“中国老人医疗保障与医疗服务需求的实证分析”，《经济研究》2011年第3期。

马海涛、王斐然：“是否应该征收含糖饮料消费税？——基于消费税职能的探讨”，《财经论丛》2021年第10期。

潘杰、雷晓燕、刘国恩：“医疗保险促进健康吗？——基于中国城镇居民基本医疗保险的实证分析”，《经济研究》2013年第4期。

石坚、胡德伟、毛正中：“提高中国烟草税税负的经济影响分析”，《财贸经济》2010年第2期。

宋璐、左冬梅：“农村老年人医疗支出及其影响因素的性别差异：以巢湖地区为例”，《中国农村经济》2010年第5期。

王翌秋、刘蕾：“新型农村合作医疗保险、健康人力资本对农村居民劳动参与的影响”，《中国农村经济》2016年第11期。

王翌秋、张兵：“农村居民就诊单位选择影响因素的实证分析”，《中国农村经济》2009年第2期。

行伟波、田坤：“流行病的经济影响和干预政策研究进展”，《经济学动态》，2020a年第7期。

行伟波、田坤：“控烟公共政策的潜在收益评估——基于烟草消费与公共健康视角”，《财贸经济》2020b年第11期。

行伟波、田坤、石光：“饮酒消费、致病风险与健康成本”，《世界经济》2021年第5期。

杨华、欧阳静：“阶层分化、代际剥削与农村老年人自杀——对近年中部地区农村老年人自杀现象的分析”，《管理世界》2013年第5期。

杨练、毛正中、饶克勤：“我国2008年归因于吸烟的疾病经济负担研究”，《中国卫生经济》2010年第7期。

俞乔、杜修立、赵昌文、林一心、高先海：“有限医疗资源在全病种范围配置的有效性分析”，《中国社会科学》2013年第10期。

岳嵩、王雄、张强：“健康风险、医疗保险与家庭财务脆弱性”，《中国工业经济》2021年第10期。

张广科、黄瑞芹：“新型农村合作医疗制度目标及其实现路径——基于西部五省一线调研数据的实证分析”，《中国人口科学》2010年第4期。

张杰、景军、吴学雅、孙薇薇、王存同：“中国自杀率下降趋势的社会学分析”，《中国社会科学》2011年第5期。

张明昂：“贸易自由化如何影响居民健康？——基于中国加入WTO的证据”，《经济学（季刊）》2021年第21期。

赵为民：“新农合大病保险改善了农村居民的健康吗？”，《财经研究》2020年第1期。

郑榕、王洋、胡筱：“烟草税：理论、制度设计与政策实践”，《财经智库》2016年第6期。

朱恒鹏：“医疗卫生财政投入机制与国家治理体系现代化——学习党的十九届四中全会《决定》的体会”，《经济学动态》2019年第12期。

Akinkugbe, O., and M. Mohanoe, 2009, Public Health Expenditures: A Determinant of Health-Status in Lesotho. *Social Work in Public Health*, 45(1): 231–245.

Amano, R.A., and T.S. Wirjanto, 1997, Intratemporal Substitution and Government Spending. *The Review of Economics and Statistics*, 79(4): 605–609.

Araujo, P., and J. Murray, 2015, A Life Insurance Deterrent to Risky Behavior in Africa. *Journal of Policy Modeling*, 37(4): 548–576.

Barro, R.J., 1981, Output Effects of Government Purchases. *Journal of Political Economy*, 89(6): 1086–1121.

Barro, R.J., J.F. Ursua, and J. Wang, 2020, The Coronavirus and the Great Influenza Pandemic: Lessons from the “Spanish Flu” for the Coronavirus’s Potential Effects on Mortality and Economic Activity. NBER Working Paper, No.26866.

Bloom D., and D. Canning, 2000, Public Health: The Health and Wealth of Nations. *Science*, 287(5456): 1207–1209.

Card, D., C. Dobkin, and N. Maestas, 2009, Does Medicare Save Lives?. *Quarterly Journal of Economics*, 124(2): 597–636.

Carpenter, C., and P.J. Cook, 2008, Cigarette Taxes and Youth Smoking: New Evidence from National, State, and Local Youth Risk Behavior Surveys. *Journal of Health Economics*, 27(2): 287–299.

Cash, S.B., D.L. Sunding, and D. Zilberman, 2005, Fat Taxes and Thin Subsidies: Prices, Diet, and Health Outcomes. *Acta Agriculturae Scandinavica Section C: Food Economics*, 2: 167–174.

Cawley, J., D. Frisvold, A. Hill, and D. Jones, 2019, The Impact of the Philadelphia Beverage Tax on Purchases and Consumption by Adults and Children. *Journal of Health Economics*, 67: 102–225.

Cawley, J., and C. Ruhm, 2011, The Economics of Risky Health Behaviors. IZA Discussion Papers, No.5728.

Chaloupka, F., L. Powell, and K. Warner, 2019, The Use of Excise Taxes to Reduce Tobacco, Alcohol, and Sugary Beverage Consumption. *Annual Review of Public Health*, 40: 187–201.

Chen, Y., and W. Xing, 2011, Quantity, Quality and Spatial Price Variation of Tobacco: Demand Analysis of Household Survey Data in China. *China Economic Review*, 22(2): 221–232.

Chen, W., C. Xia, R. Zheng, M. Zhou, C. Lin, H. Zeng, et al., 2019, Disparities by Province, Age, and Sex in Site-specific Cancer Burden Attributable to 23 Potentially Modifiable Risk Factors in China: A Comparative Risk Assessment. *The Lancet Global Health*, 7(2): 257–269.

Colman, G., M. Grossman, and T. Joyce, 2003, The Effect of Cigarette Excise Taxes on Smoking Before, During and After Pregnancy. *Journal of Health Economics*, 22(6): 1053–1072.

Conover, E., and D. Scrimgeour, 2013, Health Consequences of Easier Access to Alcohol: New Zealand Evidence. *Journal of Health Economics*, 32(3): 570–585.

Cook, P.J., and C.P. Durrance, 2013, The Virtuous Tax: Lifesaving and Crime-Prevention Effects of the 1991 Federal Alcohol-Tax Increase. *Journal of Health Economics*, 32(1): 261–267.

Cook, P.J., J. Ostermann, and F.A. Sloan, 2005, The Net Effect of an Alcohol Tax Increase on Death Rates in Middle Age. *American Economic Review: Papers and Proceedings*, 95(2): 278–281.

Cook, P.J., and G. Tauchen, 1982, The Effect of Liquor Taxes on Heavy Drinking. *The Bell Journal of Economics*, 13(2): 379–390.

Currie, J., and J. Gruber, 1996, Health Insurance Eligibility, Utilization of Medical Care, and Child Health. *Quarterly Journal of Economics*, 2(111): 431–466.

Cutler, D.M., and E.R. Vigdor, 2005, The Impact of Health Insurance on Health: Evidence from People Experiencing Health Shocks. NBER Working Paper, No.16417.

Decicca, P., and L. Mcleod, 2008, Cigarette Taxes and Older Adult Smoking: Evidence from Recent Large Tax Increases. *Journal of Health Economics*, 27(4): 918–929.

Dharmasena, S., and O. Capps, 2012, Intended and Unintended Consequences of

a Proposed National Tax on Sugar-sweetened Beverages to Combat the U.S. Obesity Problem. *Health Economics*, 21(6): 669–694.

Dizon-Ross, R., P. Dupas, and J. Robinson, 2017, Governance and the Effectiveness of Public Health Subsidies: Evidence from Ghana, Kenya and Uganda. *Journal of Public Economics*, 156: 150–169.

Derose, K.P., C.R. Gresenz, and J.S. Ringel, 2011, Understanding Disparities in Health Care Access—And Reducing Them—Through a Focus on Public Health. *Health Affairs*, 30(10): 1844–1851.

Eggleston, K.N., and D. Steven, 2011, Quality Adjustment for Health Care Spending on Chronic Disease: Evidence from Diabetes Treatment. *American Economic Review*, 101(3): 206–211.

Evangelakaki, G., C. Karelakis, and K. Galanopoulos, 2020, Farmers' Health and Social Insurance Perceptions: A Case Study from a Remote Rural Region in Greece. *Journal of Rural Studies*, 80: 337–349.

Farahani, M., S.V. Subramanian, and D. Canning, 2010, Effects of State-level Public Spending On Health On the Mortality Probability in India. *Health Economics*, 19(11): 1361–1376.

Ferreira, P.C., S. Pessoa, F.G. Vargas, and M. Santos, 2011, The Impact of AIDS on Income and Human Capital. *Economic Inquiry*, 49(4): 1104–1116.

Finkelstein, A., S. Tanbman, B. Wright, M. Bernstein, J. Gruber, H. Allen, and K. Baicker, 2012, The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year. *Quarterly Journal of Economics*, 127(3): 1057–1106.

Heckman, J., 2012, The Developmental Original of Health. *Health Economics*, 21: 24–29.

Johansson, P., T. Pekkarinen, and J. Verho, 2014, Cross-Border Health and Productivity Effects of Alcohol Policies. *Journal of Health Economics*, 36: 125–136.

Keogh-Brown, M.R., and R.D. Smith, 2008, The Economic Impact of SARS: How does the Reality Match the Predictions. *Health Policy*, 88(1): 110–120.

Lee, J., 2018, Effects of Health Insurance Coverage on Risky Behaviors. *Health Economics*, 27(1): 762–777.

Matthews, K., J. Shepherd, and V. Sivarajasinghan, 2006, Violence-Related Injury and the Price of Beer in England and Wales. *Applied Economics*, 38: 661–670.

Mayer, S.E., and A. Sarin, 2005, Some Mechanisms Linking Economic Inequality and Infant Mortality. *Social Science & Medicine*, 60(3): 439–455.

Mazzonna, F., and P. Salari, 2018, Can a Smoking Ban Save Your Heart. *Health Economics*, 24: 1435–1449.

McGinnes, J.M., and W.H. Foege, 1993, Actual Causes of Death in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 270(18): 2207–2212.

Mullahy, J., and J. Sindelar, 1996, Employment, Unemployment, and Problem Drinking. *Journal of Health Economics*, 15(4): 409–434.

Nordstroem, J., and L. Thunstroem, 2009, The Impact of Tax Reforms Designed to Encourage Healthier Grain Consumption. *Journal of Health Economics*, 28(3): 622–634.

Sanjeev, G., V. Marijn, and E.R. Tiongson, 2003, Public Spending on Health Care and the Poor. *Health Economics*, 12(8): 685–696.

Summan, A., A. Nandi, E. Schueller, and R. Laxminarayan, 2022, Public Health Facility Quality and Child Immunization Outcomes in Rural India: A Decomposition Analysis. *Vaccine*, 40(16): 2388–2398.

Viscusi, W., and J. Hersch, 2008, The Mortality Cost to Smokers. *Journal of Health Economics*, 27: 943–958.

World Health Organization, 2017, The Bill China Cannot Afford: Health Economic and Social Costs of China's Tobacco Epidemic. [http://www.cn.undp.org/content/china/en/home/library/democratic\\_governance/the-bill-china-cannot-afford-health-economic-and-social-costs-o.html](http://www.cn.undp.org/content/china/en/home/library/democratic_governance/the-bill-china-cannot-afford-health-economic-and-social-costs-o.html), Last assessed on 2017-12-27.

Wouterse, B., M. Huisman, B. Meijboom, D. Deeg, and J.J. Polder, 2013, Modeling the Relationship Between Health and Health Care Expenditures Using a Latent Markov Model. *Journal of Health Economics*, 32(2): 423–439.

(责任编辑：汀 兰)

## 相关文献介绍

亚当·库哈尔斯基:《传染:为什么疾病、金融危机和社会行为会流行?》,谷晓阳等译,中信出版社 2020 年



人类社会中的诸多现象及演化都和传染病的传播路径与时序特征极为相似。这些现象包括金融危机、电脑病毒、政治谣言等,甚至连“肥胖”等行为都具有一定的传染性。本书探索了这些社会传染现象背后的深刻规律,采用模型思维解构了不同社会现象“传染”背后的逻辑机制,这在当前的后新冠流行时代具有极大的启发性。

本书作者是研究传染病学、流行病学的世界级专家,全书深入浅出,文笔优美,几乎未用到任何数学公式就将各章涉及的社会传染现象用数学模式刻画的淋漓尽致,让读者了解到潜藏在人类世界中的重要规律。

“low consumption” or even “no consumption”, consumer confidence fell seriously, and economic growth lost momentum, resulting in rising social risks. The post-pandemic social reboot may be accompanied by some degree of retaliatory rebound in consumption, but the underlying causes of long-term constraints on consumption will be difficult to eliminate. At the same time, the economic downturn, the lack of innovation momentum and the bruised consumer confidence can hardly be reversed in a short time, so we should be wary of the “temporary shock” of the pandemic turning into “permanent damage”. Macro policy should be considered from both short-term and long-term perspectives. In the short term, efforts should be made to “stabilize consumption” and restore it to the normal state. In the long term, we need to promote “upgrading” by establishing a long-term mechanism and changing the development model. To this end, “three people-centered strategies” should be implemented to realize people’s good life and overall social progress through continuous consumption upgrade.

**Key words:** Impact of Covid-19, Disappearance of Consumption, Stabilization of Consumption, Consumption Upgrade

**JEL:** E2

### Public Financial Governance of Risky Health Behaviors

XING Weibo (School of International Trade and Economics, University of International Business and Economics, 100029)

TIAN Kun (School of Economics, Beijing Technology and Business University, 100048)

**Abstract:** The 14th Five-year Plan and 2035 Long-term Outline propose to adhere to the strategy of “healthy China” and improve the national health promotion policy. Facing the threat of risky health behaviors, the national governance system needs the modernization of health financial governance.

Risky health behavior refers to all risky behaviors or intentional omissions that are carried out by individuals and endanger their own or other people's health level. These behaviors not only threaten the improvement of residents' health level, but also inhibit the advancement of social development. China's current public finance policy has played an important role in the governance of risky health behavior. The continuous strengthening of China's health financial funds in public hospitals, primary medical institutions and social basic medical insurance funds have provided complete institutional support and sufficient financial guarantee to curb the potential harm of risky health behaviors. Health finance is an effective measure for the governance of risky behavior hazards. Fiscal policy, tax policy and medical policy have played an effect of smoothing the hazards of risky health behaviors from different angles. Based on the relevant literature and previous research, this paper makes an interdisciplinary discussion on and summarize the shortcomings of current governance policies, and puts forward relevant suggestions on public financial governance of risky health behaviors. Firstly, more attention should be paid to the health effect of public financial policy; secondly, the development of related upstream and downstream industries should be restrained; thirdly, risky behavior hazards should be known to all, with healthy lifestyles promoted; lastly, medical insurance reform should be carried out to reduce the occurrence of moral hazard.

**Key words:** Health Finance, Risky Health Behaviors, Public Financial Governance

**JEL:** H51, I18, I12