

# 精神障碍非自愿医疗的中国视角和探索

吴志国\* 谢斌

上海交通大学医学院附属精神卫生中心 上海 200030

**【摘要】**非自愿医疗已经成为中国精神卫生服务中一个复杂而充满争议的问题。本文从传统文化、医学、法律政策等方面分析了中国在该领域的现状和面临的挑战,并就如何通过立法、政策资源和宣传教育等措施来更好地平衡非自愿医疗所涉及的患者权益保护和公众安全保护问题提出了相关建议。

**【关键词】**非自愿住院;非自愿治疗;精神卫生

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.09.003

## The views and exploration on involuntary mental health care in China

WU Zhi-guo, XIE Bin

Shanghai Mental Health Center, School of Medicine, Shanghai JiaoTong University, Shanghai 200030, China

**【Abstract】** Involuntary care is becoming a complicated and controversial issue in China's mental health service. The present article reviewed and analyzed social cultural, medical, legal and policy factors of involuntary admission and treatment in China. Then, it provided suggestions on how to balance the needs of protecting patients' rights and public safety in this field, through different dimensions such as legislation, policy support, education and advocacy.

**【Key words】** Involuntary admission; Involuntary treatment; Mental health

自主决定(autonomy)和知情同意(informed consent)原则是大多数精神障碍患者接受治疗的基础。中国现行的地方精神卫生法规和精神科临床工作均在很大程度上遵循着这些国际广泛接受的原则,鼓励自愿住院和自愿治疗。但由于传统和现实的诸多因素影响,中国的非自愿医疗(involuntary medical care)仍较普遍且实施中也存在一些问题,迫切需要国家立法加以进一步规范。最近《精神卫生法(草案)》已经公开征求意见<sup>[1]</sup>,其中最受关注的就是非自愿医疗相关的条款。非自愿医疗制度无论在理论还是实践上都存有争议,公众常误认为是一种“不人道的拘禁行为”,因此有必要对相关问题加以探讨和澄清。

### 1 精神障碍非自愿医疗的内涵

对罹患精神障碍的个体实施非自愿医疗首先是

由该类疾病的特殊性决定的。一些严重精神疾病患者以及酒精或其他成瘾物依赖者可能由于疾病症状的支配,或者精神活性物质的影响,在疾病的某些阶段具有远高于正常人群的暴力攻击、自伤自杀等危险行为发生率。研究发现,精神分裂症患者暴力攻击行为风险是普通人群的2倍,如果还合并有物质滥用问题的话则超过4倍<sup>[2]</sup>;20%以上的精神分裂症病人入院前有过各种危险行为<sup>[3-5]</sup>;20%~40%的病人在急性住院期有过各种危险行为,其中约10%有针对他人躯体的攻击行为<sup>[6]</sup>。少部分患者的危害行为有反复发生的倾向,10%~20%反复暴力者导致了约50%~70%的暴力攻击事件。<sup>[7]</sup>

另一方面,这些有潜在危险性的患者往往同时存在个人现实感及判断力下降,对疾病缺乏自知力,既不会主动求医,也不愿接受他人诊疗上的帮助。而罹患精神疾病本身又使患者面临歧视、伤害以及

\* 基金项目:卫生部疾病预防控制局项目“精神卫生防治服务的组织与效率研究”(卫疾控精卫2011-3)

作者简介:吴志国,男(1975年—),主治医师,主要研究方向为司法精神病学。E-mail:wu\_zhiguo@yahoo.com.cn

通讯作者:谢斌。E-mail:binxie64@gmail.com

合法权益受侵害的极大风险,因此也增加了患者甚至家人选择隐瞒病情、讳疾忌医的可能性。有调查发现,56%的家属为避免歧视而对外保密家人患精神病的事实。<sup>[8]</sup>

自 20 世纪 50 年代以来,随着生物医学、精神药物学的迅速发展,精神疾病在治疗上取得了很大的突破。精神科住院治疗早已不是以往的“收容”和“社会控制”措施,而代之以纯粹的医疗目的。以前患者被送入院后常常需要住半年甚至几年,现在大多数患者通常只需要在门诊接受治疗,即便需要住院,平均也只要住院几天到 1 月左右,仅有极少数患者需要较长期的住院治疗和康复。

当病人本身缺乏自知力或现实检验能力,同时又需要获得帮助和治疗时,尤其在住院等医疗措施“足以”使其摆脱疾病困扰、恢复健康的情况下,从道义上看,家庭和社会都有义务从患者最根本权益出发“帮助其实现健康权益”,或者通过暂时限制其个人自由而促成其获得更长远的利益。这就是当今非自愿医疗制度得以建立的基础。从功利主义观点出发,这一制度也可以使社会免于承担患者因疾病造成更严重危害的后果,从而在患者利益和公众利益之间取得一定的平衡。因此,许多国家都把非自愿医疗问题通过立法加以调整。

## 2 中国精神障碍患者非自愿医疗现状

当前,中国精神障碍患者的非自愿住院形式大致可分为 3 种情况:(1)医疗保护性住院:指因患严重精神障碍,医生建议住院治疗而患者本人无能力做出决定,由家属或其监护人、代理人送住院。(2)强制(保安性)住院:指因精神障碍存在危及自身、他人或社会的危险行为或存在上述风险,由家属或公安机关强制送住院;触犯刑律后经司法鉴定无刑事责任能力的患者也通过这种形式进行医疗处置。(3)紧急住院观察:这是在上海等地通过立法确立的一种入院形式,即对有危险行为的疑似患者实施 72 小时的住院观察。2002 年一项对全国 17 个省市精神病专科医院调查的结果显示,1 188 例精神障碍患者中 81.5% 为非自愿住院(包括医疗保护性住院和强制住院),自愿住院者仅占 18.5%<sup>[9]</sup>,中国非自愿

住院的比例显著高于多数欧美国家(表 1)<sup>[9-10]</sup>。

表 1 各国非自愿住院情况

国家	年份	非自愿住院	
		调查例数	占入院比例(%)
丹麦	2000	1 792	4.6
比利时	1998	4 799	5.8
法国	1999	61 063	12.5
荷兰	1999	7 000	13.2
英国	1999	23 822	13.5
德国	2000	163 551	17.7
瑞典	1998	10 104	30.0
中国	2002	2 333	81.5

中国精神科医疗过程中采用约束隔离等非自愿保护措施的比例也远高于发达国家,且往往都无须取得患者或监护人的知情同意。表 2 比较了一些国家住院病人中约束隔离措施的使用情况。<sup>[23]</sup>

表 2 部分国家约束隔离的使用情况

国家	约束	隔离	平均隔离时间
德国	10.4%	7.8%	—
瑞士	6.6%	17.8%	—
加拿大	—	27.7%	90.3 小时 (整个住院期间累计)
澳大利亚	23%(约束和隔离)		—
英国	—	15.3%	85 分钟/次
中国	42.6%(约束和隔离)		>24 小时/次

自 2002 年起中国已先后有 6 个城市(上海、宁波、北京、杭州、无锡和武汉)颁布了地方精神卫生条例,均对非自愿医疗设立了专门条款。遵照这些法规,上述地区的非自愿医疗实践行为获得了一定程度的改观,例如上海地区的精神卫生专科机构已停止外接精神障碍患者的非自愿住院和治疗行为,各专科医疗机构的通行做法是对于需要非自愿住院的患者须获得其监护人或家属的知情同意方可实施非自愿住院,因肇事肇祸由公安机关强制送住院的患者需出具法定申请材料,约束隔离措施需要由医生出具医嘱。由于缺乏相应的研究数据,上述城市颁布的精神卫生条例在多大程度上减少了非自愿医疗尚不得而知。

## 3 高比例非自愿住院的可能原因

造成中国精神障碍患者非自愿住院比例较高的

原因复杂多样,研究表明精神疾病和医疗本身的一些因素如疾病性质、严重程度、病程、既往住院次数、社会功能、治疗依从性、暴力攻击行为、自知力等都可能与非自愿住院相关。<sup>[9,15]</sup>上述研究结论从精神医学和医疗服务的角度看具有一定的科学性,但过于强调疾病本身的因素和非自愿住院的联系可能会在无形中强化因精神疾病而实施非自愿住院和治疗的“合理性”和“不可避免性”,更可能加深公众对精神疾病患者的误解,甚至加重精神疾病的“污名化”。此外,大量满足相同条件的患者没有、也无须实施非自愿住院这一现象,也提醒我们需要从更深层次和更广的角度来加以分析。

### 3.1 传统文化影响

中国的社会文化体系具有保守性、讲情面与和谐、重集体主义和乡土观念、家族本位、重德精神等特点,体现在精神卫生服务中就是重监管轻干预,重实体正义轻程序正义,重公共安全轻个人权益,重(患者照料上的)家庭责任轻社会责任,重国家父权轻个体自主权。

传统中国社会对精神障碍的态度是同情与耻感并存,往往认为患病是家庭(或家族)的耻辱,监管或就医等问题是家人的责任。患者有关治疗的自主诉求在其发病期间往往受到忽视。一旦某人被认为是“疯子”,其家属和精神科专业人员便可能对其自主要求和决定不置可否,而代行决定将其送住院治疗<sup>[11-12]</sup>,导致相当部分患者被“哄骗”住院,如李秀玲等调查发现,60.8%的精神分裂症患者以此方式入院<sup>[12]</sup>。在一些地区,精神科工作人员应家属要求将患者从家中强行送入院治疗也曾被作为一种“便民措施”,这种做法虽然在一定程度上帮助了部分即刻需要获得精神科治疗的患者,减轻了患者家属的负担,但在缺乏法律规范的情况下,也可能导致患者权益受到损害。<sup>[13]</sup>出于对精神疾病“严重性”和“危险性”的考虑,有人认为,对急性期病人的非自愿住院在操作过程中“最重要的是确保患者法定监护人的知情同意权和选择权”。<sup>[14]</sup>因为在中国传统伦理观念中,家庭其他成员理所当然是其老弱病残成员的监护人,而他们之间的根本利益(尤其在疾病治疗问题上)也不可能存在冲突。

### 3.2 缺乏覆盖全国的精神卫生立法

法规的缺失,导致在处理住院问题时无法可依,各地在操作中缺乏统一的标准。现行的地方精神卫生条例在有关非自愿住院和治疗问题上基本遵循了国际精神卫生立法的通行标准和原则,但仍存有缺陷,主要表现在虽然有非自愿住院程序、复核机制,以及针对非自愿住院的申诉机制等方面的原则性规定,但各地在标准和程序的表述上还是有些差别。更重要的是,各地均缺乏具有操作性的实施细则。<sup>[13]</sup>而这些都是世界卫生组织(WHO)精神卫生立法检查清单中所建议的重要内容。<sup>[16]</sup>上述操作机制的缺乏可能导致非自愿住院患者长期处于“非自愿”状态,尽管其疾病状况可能已不满足非自愿住院标准。

### 3.3 现行监护制度存在缺陷

有调查显示,中国66.15%的精神障碍患者由其直系亲属承担看护和管理任务,也有许多照料者是患者的其他亲属。<sup>[17]</sup>《民法通则》第十三条和第十七条虽然对精神病人民事行为能力的认定以及监护人的确定有所规定,但在日常工作中,人们通常仅凭医学诊断就理所当然认定精神障碍者为缺乏自我控制和判断能力的群体,因此代替患者行使决定权的监护人也就自然产生了。反过来,如要通过法定程序鉴定后产生监护人,以当今中国国情,实际上难以实行。此外,监护人和患者之间往往存在各种复杂的利益关系,我国法律赋予监护人较多的职责和较少的权利,加之对精神障碍患者的监护本身具有非盈利性、双重赔偿风险等特点<sup>[18]</sup>,这些均可能导致严重患者无法获得有效的家庭和社区监护,从而被强行送入医院了之。除了监护人的产生和监护人责权上的缺陷外,在中国的传统里,患者在医疗上的自主决定权往往也被自然转移给家人,多数情况下患者的家属或监护人代替患者行使其住院和治疗的知情同意权<sup>[15]</sup>,家属或监护人对于住院形式的态度基本上直接决定了患者的住院形式和知情选择<sup>[12]</sup>。在实际临床工作中,多数精神卫生专科机构都要求必须由监护人陪诊或代替患者做出住院决定,这无形中也限制了患者自我决定的机会,而更有可能造成非自愿住院。

### 3.4 权益保护意识的失衡

与大多数国家和地区一样,精神障碍患者在中国传统上也被视为公共秩序和公众安全的威胁因素,因此需要外界力量加以控制,而非自愿住院等医疗行为可能被认为是有效的控制手段。<sup>[11]</sup>实际情况往往是作为弱势群体的精神障碍患者更易遭受社会和公众的偏见与歧视,其合法权益常未得到应有的尊重,甚至受到损害。部分媒体的宣传报道也可能在无形中强化精神疾病和患者的“危险性”,如关于 2010 年初轰动全国的校园攻击事件的某些报道。这可能直接误导公众不加区分地认同“强制住院”的合理性。另一方面,有关“被精神病”、“滥用强制住院”等的报道,使大众在对患者的偏见之外又增加了对精神卫生服务的误解和偏见。

### 3.5 行政和政策性因素

目前中国有 23 所安康医院,这类机构中的强制住院患者一般能享受到财政经费保障,同时各地现行的医疗保险对于社区康复、门诊和住院也缺少应有的调控政策,这在一定程度上“鼓励”了非自愿住院行为。在公共政策和管理上逐步推行的一些措施如预防性收治、登记和报病等,也对医疗机构的医疗行为产生一定影响,甚至造成对精神病人社会危害性的过度强调。

## 4 非自愿医疗难题的破解

在精神卫生领域,非自愿住院和治疗一方面可以减少精神障碍患者危及自身或他人的风险,帮助因疾病不能自愿接受管理的患者实现健康权利。而另一方面,由于非自愿住院和治疗强烈冲击了个体自由和选择权而成为极具争议性的话题,而且承载着被滥用的风险。<sup>[15-16]</sup>因此,需要从多角度入手对患者权益和公众安全加以平衡。

### 4.1 立法保障

精神障碍患者是社会的弱势群体,保护其住院权和治疗权等合法权益应是一切医疗和法律行为的首要原则。WHO 有关精神卫生立法的指导性文件明确指出,在住院形式这一问题上应尽可能鼓励自愿住院,但对少部分患者非自愿住院治疗的需要也要高度重视;在患者接受非自愿入院和治疗的情况

下,如能提供人性化的治疗和自愿医疗的恰当机会,非自愿入院和治疗也可能会减少。<sup>[16]</sup>因此在观念上,首先应形成广泛的共识,即非自愿住院的首要目的应是为患者提供医疗服务和医疗保护,而非任何形式的“拘禁行为”或惩罚措施。如果社会和法律资源主要用在所谓正常人“被精神病”的关注上,势必会误导精神卫生立法的宗旨、弱化对患者权益的保护,甚至加重大众对患者的偏见与歧视。对正常人的侵权损害,其实是有《宪法》、《民法》、《侵权责任法》等诸多法律法规作为保障的。

从立法的角度为患者的非自愿住院提供法律依据和保障,具体立法条款应严格规定非自愿住院和治疗的程序,完善相关制度建设。我国精神卫生立法尚未颁布实施,这使得处理非自愿住院问题时没有统一的操作标准,有时仅凭精神科医师的个体经验或相关当事人的态度决策。此外,在医学界和法律界对非自愿入院标准判定等细节问题上尚存有较大争议,如现有精神卫生地方立法多强调“自知力缺乏”、“判断力受损”等医学要件<sup>[17]</sup>,而未赋予这些专业词汇足够的法定内涵;而法学界又过分强调法律代理人和司法程序对非自愿医疗行为的介入,忽视了精神医学的特点和中国传统文化影响以及精神卫生体系的现状。

事实上,非自愿医疗并非简单的医学问题或者司法问题。从病情加重、生活自理能力下降、丧失对行为的认知或控制、表现出针对自身或他人的危险行为倾向,到发生各类危险行为,甚至触犯法律,其客观情形和干预处置措施都千差万别。因此,精神卫生法在切实鼓励自愿医疗的同时,应当针对不同条件(标准)设立不同层次的非自愿住院(治疗)方式,如医疗保护住院、紧急住院观察、司法强制住院等。并且严格规定各种非自愿医疗方式的程序,完善从个人自律、行政(社会)监督到法律诉讼的系列救济途径,使将来具体操作上不存在任何随意发挥的空间。

与自愿和非自愿医疗有关的其他亟需澄清的关键立法问题还包括患者知情同意<sup>[20]</sup>和监护制度<sup>[18]</sup>等。国际上一些创新的制度设计也值得研究借鉴,如患者在精神状况相对正常阶段取得其对发病后住

院、治疗等措施的“预先指令(advanced directives)”,以及旨在减少住院等“高人身自由限制性”措施的“非自愿门诊治疗”、“非自愿社区治疗”等变通方式<sup>[16]</sup>。

另一方面,应通过立法鼓励提高对患者的识别率和治疗率,增加医疗资源,加强社区和家庭为基础的服务网络建设,强化监护责任与技术,建立针对有危害行为的患者的登记系统和随访监测系统,开展对患者危害行为的预测和干预研究等切实有效的措施,完善对于社会大众(免遭患者病态行为影响)的安全保护。

#### 4.2 资源保障

对少部分患者自主权的暂时剥夺,与精神障碍和精神医学本身的特点有关。作为平衡的手段,除了非自愿标准和程序需要严格规定外,提高医疗保障水平,改善就医环境也是非常必要的。政府应站在权益保障的高度重视对精神卫生工作的投入,大力提高我国的精神卫生服务质量,引导医疗服务从“管”向“治”甚至“防”转变,而基层和社区则应形成健全的网络,拓展其“管”或“控”的功能。要实现这种转变,首先需要完善对供、需双方的保障制度,进一步促进基本精神卫生服务的均等化,如推进针对重性精神障碍患者的“管理治疗项目”普及并常态化。<sup>[21]</sup>此外,精神障碍患者的家属和监护人在治疗方式决策中发挥着重要作用,且前者的看护能力和态度更是在很大程度上决定了患者的入院形式<sup>[15,17]</sup>,因此从立法、政策和资源上给予家庭更多的实际支持,将能极大改善非自愿入院患者的现状。

#### 4.3 宣传教育和研究

公众利益保护和精神障碍患者权利保护之间的平衡永远是动态博弈的结果。当前我国公众的精神卫生知识仍较为贫乏<sup>[22]</sup>,对精神障碍和患者的负面认知态度居多,精神障碍患者仍可能被认为是社会的“危险”和“不安定”因素。应通过立法和法制教育,使全社会认识到社会利益保护和患者权利保护之间并不对立。同时有必要对媒体进行教育,进而向大众传播普及专业知识。

良好的精神卫生服务本身可能是更有效的宣传手段<sup>[22]</sup>,因此也需要增加全社会的精神卫生资源,提

高精神障碍的识别率和治疗率,尽可能改善患者的治疗结果,这将有助于改善公众的认知态度。当然从公众利益保护的角度看,建立和完善包含患者权益保护的严重精神疾病登记和信息系統对于防范因疾病所致的危险行为也是必要的。此外学界还应大力开展有关精神障碍患者暴力攻击等危害行为的预测和干预研究,为促进个体和公众两者间利益平衡提供技术支撑。

#### 参 考 文 献

- [1] 国务院法制办. 关于《精神卫生法(草案)》公开征求意见的通知. [EB/OL] [2011-07-30] <http://www.chinalaw.gov.cn/article/cazjgg/201106/20110600342460.shtml>.
- [2] Fazel S, Langstrom N, Hjern A, et al. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime [J]. JAMA, 2009, 301(19): 2016-2023.
- [3] 刘桂花, 苏磊, 崔开艳, 等. 精神分裂症患者冲动伤人与其冲动性人格特征及相关因素的研究[J]. 精神医学杂志, 2009, 22(6): 434-436.
- [4] Humphreys M S, Johnstone E C, MacMillan J F, et al. Dangerous behaviour preceding first admissions for schizophrenia[J]. British Journal of Psychiatry, 1992, 161(4): 501-505.
- [5] Volavka J, Laska E, Baker S, et al. History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. analyses based on the WHO study on determinants of outcome of severe mental disorders [J]. British Journal of Psychiatry, 1997, 171(1): 9-14.
- [6] Xie B, Zheng Z P. Predicting dangerousness of schizophrenic inpatients in Shanghai[J]. Hong Kong Journal of Psychiatry, 1995(5): 25-29.
- [7] Arseneault L, Moffitt T E, Caspi A, et al. Mental disorders and violence in a total Birth cohort: results from the Dunedin study[J]. Archives of General Psychiatry, 2000, 57(10): 979-986.
- [8] 高士元, 费立鹏, 王向群, 等. 精神分裂症病人及家属受歧视状况[J]. 中国心理卫生杂志, 2005, 19(2): 82-85.
- [9] 潘忠德, 谢斌, 郑瞻培. 我国精神障碍患者的住院方式调查[J]. 临床精神医学, 2002, 13(5): 270-272.
- [10] Salize H J, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union[J].

- British Journal of Psychiatry, 2004, 184(2): 163-168.
- [11] Person V. The Chinese equation in mental health policy and practice: order plus control equal stability[J]. International Journal of Law and Psychiatry, 1996, 19(3/4): 437-458.
- [12] 李秀玲, 刘庆海, 马振芬. 精神分裂症患者及其家属对住院知情同意权的态度和影响因素[J]. 护理学报, 2006, 13(6): 4-6.
- [13] Shao Y, Xie B, Good B J, et al. Current legislation on admission of mentally ill patients in China[J]. International Journal of Law and Psychiatry, 2010, 33(1): 52-57.
- [14] 刘庆海, 李秀玲, 卢世臣, 等. 精神分裂症急性发作期非自愿住院的不可避免性及相关问题探讨[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2009, 18(11): 1049-1051.
- [15] 彭俊, 刘波, 彭晓梅, 等. 有关精神障碍患者住院方式的调查分析[J]. 中国现代实用医学杂志, 2005, 4(10): 109-110.
- [16] World Health Organization. WHO resource book on mental health, human rights and legislation[EB/OL]. [2011-08-01]. www.who.int/mental\_health/policy/resource\_book\_MHLeg.pdf.
- [17] 林慧, 林振中. 精神病社区康复患者再住院率与监护人的关系探讨[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2004, 8(9): 1682-1682.
- [18] 郭红利, 罗小年. 我国精神病人监护的问题[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2007, 33(11): 699-699.
- [19] 王新, 孙东东. 我国精神卫生立法若干问题研究(1)[J]. 法律与医学杂志, 2004, 11(1): 71-76.
- [20] 潘忠德, 谢斌, 郑瞻培. 精神科临床工作中的知情同意问题[J]. 临床精神医学杂志, 2004, 14(2): 123-124.
- [21] 马弘, 刘津, 于欣. 中国近十年重要精神卫生政策的发展与解读[J]. 中国心理卫生杂志, 2009, 23(12): 840-843.
- [22] 仇剑崑, 谢斌. 上海社区居民精神卫生知识知晓和服务需求调查[J]. 中国健康心理学杂志, 2005, 13(2): 81-85.
- [23] 周敏, 张婕文, 卞茜, 等. 精神科使用约束与隔离措施的现状与改进策略[J]. 临床精神医学杂志, 2010, 20(2): 131-133.

[收稿日期:2011-08-11 修回日期:2011-08-25]

(编辑 刘 博)

## · 信息动态 ·

### 欢迎订阅《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是中华人民共和国卫生部主管,中国医学科学院主办,中国医学科学院医学信息研究所和中国医学科学院卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:

专题研究、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、国际卫生、理论探索、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 15 元/册,全年 180 元(含邮资)。全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

healthpolicycn@gmail.com

电话:010-52328667 52328669

传真:010-52328670