

精神卫生法中入院治疗制度的完善

孙也龙*

复旦大学法学院 上海 200438

【摘要】自愿入院治疗制度的完善需要树立事前自愿和代行自愿的法治观念,同时应建立预先指示制度,以充分保障患者自己的决定权。应当消除监护人决定属于强制入院治疗的错误观念,将监护人决定纳入代行自愿制度之中。强制入院治疗制度的完善需要在对患者自由权与社会安全做出平衡的基础上对法律条款的“危害”、“安全”、“危险”进行明确。应当将严重精神障碍回归到纯粹医学问题的本质,将决定能力评定问题单独做出规定,制定统一的决定能力判定标准。

【关键词】自愿入院治疗;监护人;强制入院治疗;决定能力

中图分类号:R197 D923 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2015.04.008

Improvement of legal institutions of hospitalization of mentally disabled patients

SUN Ye-long

The Law School of Fudan University, Shanghai 200438, China

【Abstract】 The institution of voluntary hospitalization should be improved by establishing the concept of precedent autonomy and surrogate decision-making. The institution of advance directives should also be established to protect rights of autonomy for mentally disabled patients. The decision by the guardian provided by China's Mental Health Law is one situation of surrogate decision-making rather than involuntary hospitalization. The provision of involuntary hospitalization, especially “damage”, “safety”, and “danger”, should be properly interpreted on the basis of balancing patient autonomy and social security. Serious mental disorders shall return to the essence of pure medical problems, and the determination of decision-making capacity should be a separate question. Unified criteria for the judgment of decision-making capacity should be established.

【Key words】 Voluntary hospitalization; Guardian; Involuntary hospitalization; Decision-making capacity

精神障碍患者入院治疗制度一直都是精神卫生法学界讨论的重要议题,因为其涉及患者的自由权、健康权,以及国家的强制治疗权等诸多重大问题。2012年10月我国颁布《精神卫生法》,从立法上对入院治疗制度做出了定论,但其中仍存在法律制度上的漏洞以及立法考量的不完备,有必要针对这些不足之处提出完善法律的建议。

1 精神卫生法入院治疗制度的涵义解读

《精神卫生法》第30条第1款规定,“精神障碍的住院治疗实行自愿原则。”即,我国精神卫生法入院治疗制度是以自愿为原则,以非自愿(即强制)为

例外。这与国际上通行的最少限制原则相一致。由于自愿是原则,就应最大程度扩张自愿入院条款的适用范围,强制入院只起到负面清单的作用,这样才能将可能的限制减为最低。被称为“国际上保护精神残疾者权利最完全的标准”的联合国1991年《保护精神病患者和改善精神健康的原则》(MI原则)确定了精神卫生领域的25项最基本原则,原则15对自愿入院和治疗规定如下:如患者需要在精神卫生机构接受治疗,应尽一切努力避免非自愿住院。1996年,世界卫生组织制定了《精神卫生保健法:10项基本原则》是对MI原则的进一步解释和对各国制定精神卫生法的指导,其第4项原则是“提供最少限制的

* 基金项目:教育部人文社科项目(YJAB20064)

作者简介:孙也龙,男(1989年—),博士研究生,主要研究方向为医事法学。E-mail:sunyelong99@126.com

精神卫生保健”。与国际通行原则相呼应,我国的自愿入院治疗制度体现了对精神障碍患者自由权的尊重与保护。

对于作为例外的强制入院治疗制度,根据《精神卫生法》第30条第2款的规定,严重精神障碍患者有下列两种情形之一的,应当对其实施住院治疗:(一)已经发生伤害自身的行为,或者有伤害自身的危险的;(二)已经发生危害他人安全的行为,或者有危害他人安全危险的。根据立法部门的权威释义,第30条第2款是非自愿入院治疗(即强制入院治疗)条款^[1],学者也是如此认为。^[2]同时,根据《精神卫生法》第31条的规定,对于前述第一种情形,经患者的监护人同意,医疗机构应当对患者实施住院治疗,监护人不同意的,医疗机构不得对患者实施住院治疗。也就是说,对于《精神卫生法》规定的第一种强制入院治疗的情形,患者的监护人享有决定权。根据《精神卫生法》第35条的规定,对于前述第二种情形,精神障碍患者的监护人应当同意对患者实施住院治疗;监护人阻碍实施住院治疗或者患者擅自脱离住院治疗的,可以由公安机关协助医疗机构采取措施对患者实施住院治疗。也就是说,对于《精神卫生法》规定的第二种强制入院治疗的情形,国家依照法律规定授权医疗机构和公安机关执行强制入院。

2 精神卫生法中入院治疗制度的缺陷

2.1 自愿入院治疗制度的不周全

就《精神卫生法》第30条第1款规定的“精神障碍的住院治疗实行自愿原则”,立法部门权威释义做出解释:精神障碍是一个大概念,既包括轻度抑郁等轻微的精神障碍,又包括精神分裂症等严重的精神障碍,大部分精神障碍患者是有自知力的轻微患者,有能力理解所患疾病的性质和程度,有能力决定采取哪种治疗方式,因此,是否进行住院治疗,应首先遵照患者自己的意愿,不得强迫。^[1]这一权威解释似乎表明,该条款规定的自愿原则的主要适用对象是具有决定能力的精神障碍患者,也就是患者应当有能力理解疾病性质与程度并决定采取何种治疗方式。那么,对于严重精神障碍患者,根据《精神卫生法》第83条第2款的定义,其已经丧失决定能力,是否意味着自愿原则无法对其适用?对此问题,我国的立法没有做出周全的考虑,有必要借鉴国际通行规则对我国自愿入院治疗制度进行完善。

2.2 监护人决定制度的错位

《精神卫生法》把监护人决定归为强制入院治疗制度的规定是不合理的,将使监护人决定的法律性质发生错位。强制医疗尽管以治疗疾病为目的,但本质上仍属于限制人身自由的措施。^[3]因此,强制入院治疗的决定主体只能是国家,私人对私人没有强制限制自由的权力。监护人对患者是否住院治疗之决定权的合法性基础在于其是在无委托情况下代行自愿的法定角色,是被国家推定为最了解患者意愿的私主体,他必须以可探知的患者主观意愿为基础行使代行自愿,除了患者的利益外他不得有任何其他考虑。而以国家为决定主体的强制入院治疗制度根本不考虑患者的主观意愿,而是以客观的社会安全与患者健康为依据。强制入院治疗的决定主体是国家,自愿治疗的主体是患者本人及其监护人,这样解释才能避免作为私主体的监护人也成为强制权主体。在大陆法系国家和地区废除禁治产制度而代之以更加尊重个人意愿的成年照护制度时,如果还将本条款解释为监护人对患者的强制,未免逆当今立法之潮流。在意大利,曾经实行由患者亲属同意并申请强制入院治疗的方式,但米兰委员会考虑到给予亲属这样的权利可能会影响随后的亲属与家庭关系,因而在2003年法案中废止了此项权利。^[4]

2.3 强制入院治疗制度的模糊性

根据《精神卫生法》第30条第2款第(二)项以及第35条,严重精神障碍患者“已经发生危害他人安全的行为,或者有危害他人安全的危险的”,应当对其实施住院治疗,监护人阻碍实施住院治疗或者患者擅自脱离住院治疗的,可以由公安机关协助医疗机构采取措施对患者实施住院治疗。这即为学界所称强制入院治疗,其贯彻学者所称的“危险性原则”。但是,强制入院治疗虽然具有医学关怀的追求,但形式上仍属于限制人身自由的措施,其适用范围的扩大意味着患者自由权的缩减,因此强制入院治疗制度的适用必须具有明确的依据和范围,而《精神卫生法》条文表述中的“危害”、“安全”、“危险”具有一定的模糊性和不确定性,这就可能在一定程度上不利于强制入院治疗制度在实践中的适用,并可能产生损害患者自由权的风险。

2.4 决定能力制度的缺失

决定能力对于自愿入院治疗制度和强制入院治疗制度都具有关键意义。对于自愿入院治疗制度,

只有当患者具有决定能力,他所做的决定才可能有效;另一方面,只要患者本人有决定能力,是否医疗介入应以本人自愿决定为准,其他人无权干涉。对于强制入院治疗制度,《精神卫生法》规定其中一个前提条件是就诊者须是严重精神障碍患者,而根据第 83 条第 2 款的定义,严重精神障碍患者的特征之一就是缺乏决定能力,因此是否具备决定能力也是是否适用强制入院治疗制度的一个标准。此外,决定能力制度能够防止他人(特别是家属)擅自将有决定能力的患者强行住院甚至发生“被精神病”现象,从而保护患者自由权。可见,决定能力制度应当是贯穿入院治疗制度体系的重要内容。但是,《精神卫生法》并没有重视决定能力问题,也没有单独对决定能力做出规定,呈现制度缺失状态。

3 精神卫生法中入院治疗制度的完善建议

3.1 自愿入院治疗制度的完善建议

国际上已经形成“事前自愿”(precedent autonomy)的法治观念^[5],即在患者尚具有决定能力时,其预计到将来自己可能因精神疾病发作而丧失决定能力,因此预先表达自己是否住院治疗的意愿,从而希冀此种事前自愿能够在将来产生约束力,使他人遵从其意愿。事前自愿对精神障碍患者自由权具有特别意义。因为精神障碍特别是严重精神障碍会损害患者的心智,使患者丧失决定能力,如果不承认患者有权在意识清楚时行使事前自愿,之后精神障碍发作时患者又无法有效地表达意愿,那么患者本人自始至终就没有行使过自愿治疗权,则自愿原则对精神障碍患者来说就成了一句空话。所以,如果一国的精神卫生法确立了自愿治疗原则,那么事前自愿就是其应有之义,否则这项原则将大打折扣。

从自愿原则推导出事前自愿已经得到发达国家立法的普遍认可,预先指示(advance directives)制度得以建立。美国在 1991 年版《患者自己决定法》(Patient Self-Determination Act, PSDA)从联邦层面确立了预先指示的法律效力。每个州都有不同形式的预先指示法,为统一规则,美国统一州法律委员会于 1993 年通过了《统一医疗决定法》(Uniform Health-Care Decisions Act),至今已有多个州批准了《统一医疗决定法》。^[6]此外,还有很多州参照《统一医疗决定法》制定了自己的综合性医疗决定法。专门应用于精神疾病领域的预先指示在美国也被称为预先精神医疗指示(psychiatric advance directives/

PADs)。英国 2005 年《意思能力法》第 24 条至 26 条规制了预先指示,苏格兰地区 2003 年《精神卫生法》第 275 条、276 条详细规定了适用于精神疾病领域的预先指示,并称之为“预先陈述”(advance statements)。《德国民法典》第 1901a 条、第 1901b 条、第 1904 条对预先指示做出明确规定,其中第 1901a 条第 3 款规定预先指示不依赖于疾病的性质和阶段而予以适用,也就是说预先指示制度适用于一切医疗决策,包括精神障碍方面的医疗决策。此外,奥地利、瑞士、澳大利亚等国立法都明确规定了预先指示制度。

国际上还有“代行自愿”(surrogate decision-making)的法治观念。^[7]代行自愿分为两种,一种是精神障碍患者事先委托他人在自己无决定能力时代为行使医疗自愿,该医疗受托人(healthcare proxy)是患者专门为自己的医疗事务而指定;另一种是在不存在患者医疗事务委托时由法律直接认定的最了解患者意愿的法定监护人代为行使自愿。可以看出,前一种代行自愿也体现了事前自愿的理念,并且较后一种代行自愿更能反映患者的真实意愿,因此在医疗事务方面医疗受托人的代行决定具有优先地位,但法定监护人在其他事务(主要是财产事务)方面仍可行使法定监护权。因此,美国《统一医疗决定法》第 6 条(b)款规定,医疗受托人的代行医疗决定优先于法定监护人之医疗决定;《德国民法典》1896 条第 2 款规定,如果意定代理人能够妥善处理好患者的事务,则照管即为不必要。当然,不管是哪种代行自愿,都有一定的行使规则,如果不遵守这些法律规则,代行人就要承担法律责任。

我国《精神卫生法》第 30 条第 1 款的自愿原则对我国法治具有划时代意义,但是如果将此原则的适用对象仅限于具有决定能力的精神障碍患者,而将丧失决定能力的严重精神障碍患者排除在外,则自愿原则将无法得到良好的贯彻。因此,我国应当树立事前自愿与代行自愿的理念,承认患者事前行使的自愿或委托在将来自己丧失决定能力时也能产生法律约束力。事前自愿理念要求预先指示制度的构建。预先指示制度的具体构建包括以下内容:预先指示的主体、见证人、形式、内容;已有效做成的预先指示于何时开始生效,已生效的预先指示对医师和监护人产生何种效力;预先指示在哪些情况下可以被患者本人撤销;预先指示的保存制度,特别是登记制度;预先指示所涉及的侵权责任问题。代行自

愿则涉及医疗委托制度和监护人决定制度。医疗委托制度涉及:委托合同的订立、生效、终止,受托人资格、权利义务、法律责任,受托人的解任。监护人决定制度虽然不涉及委托合同,但是监护人在行使患者医疗事务的代行自愿时负有与医疗受托人同样的义务。显然,这些制度的构建是复杂的,需要我国立法者和卫生政策制定者详细研究,以形成最有利于精神障碍患者自愿权利的方案。自愿原则不能仅成为一句口号,如何将这条原则发展为一项内容丰富的制度是我国精神对立法法的下一步完善目标。

3.2 监护人决定制度的完善建议

多数观点认为,作为强制入院治疗的一种类型,监护人决定患者是否入院不是任意的,而必须符合患者为严重精神障碍(即丧失决定能力)以及有伤害自身的行为或危险这两项要件。然而,这种观点是对法律的误读。因为即使患者没有伤害自身的行为或危险,监护人仍然可以代行自愿,这属于自愿住院治疗;而患者有伤害自身的行为或危险,根据本条款监护人仍有权决定其是否住院治疗,那么是否具有伤害自身的行为或危险这一条件就不会造成影响。因为重要的不是是否伤害自身,而是患者是否具备决定能力。自愿与有无伤害自身的情节没有关系,而与是否具备决定能力有关。当精神障碍患者丧失决定能力时,如其不存在预先指示或委托代行自愿,则监护人作为国家推定的最了解患者意愿的私主体就可行使代行自愿。

因此,本文对监护人决定的完善建议就是将其纳入代行自愿入院制度之中。这一做法能防止监护人滥用权利从而侵害患者权益。如本文第一部分所述,代行自愿必须遵循一定的法律规则。美国《统一医疗决定法》第2条第5款规定:“代理人应当根据被代理人的预先指示(如果有的话)和据代理人所知的被代理人的其他意愿来做出医疗决定。否则,代理人应当根据自己对被代理人的最佳利益的判断来做出医疗决定。在判断被代理人的最佳利益时,代理人应当考虑据自己所知的被代理人的个人价值观(personal values)。”这些规则适用于监护人代行医疗自愿的情形。《德国民法典》第1901a条第1款规定,一旦预先指示生效,则照管人或意定代理人必须使患者的意思得以表达和适用;第2款规定,不存在预先指示,或预先指示的确定不合乎实际的生命情势和治疗情势的,照管人或意定代理人必须查明患

者的治疗愿望或可推知的意思,可推知的意思必须依具体的论据予以查明,患者先前的口头或书面表达、道德或宗教信仰和其他个人价值观念尤须予以考虑。可见,美国《统一医疗决定法》和《德国民法典》这两种典型规则的基本点都是尽一切可能获知患者本人的主观医疗意愿,都含有以主观推定主观的内容,只是前者对患者客观的最佳利益也给予考虑,而后者没有考虑客观的医学上的患者最佳利益,可能是因为立法者认为患者的意愿必定能够被探知。本文认为,在行使代行自愿时,患者最佳利益也可被适当考虑,但必须是在穷尽患者主观医疗意愿之后,当代行自愿者确实无法探知患者本人的意愿时,应推定患者如果具备决定能力时会以客观的医学上的最佳利益为准做出是否住院治疗的决定。因此,患者自由权应被最优考虑,患者健康权作为客观的最佳利益必须次之。可见,监护人代行自愿时不能任意地做出决定,而必须依照法律规则来行使,如果违反这些规则,就应承担法律责任。相反,如果将监护人决定纳入强制入院治疗制度之中,则不仅其法律性质发生错误,而且由于赋予其强制属性,则监护人在对患者是否入院进行决定时不用考虑患者的主观意愿,从而更可能发生监护人滥用权力的现象。

综上所述,我国首先应当消除监护人决定属于强制入院的错误观念,并删除《精神卫生法》第30条第2款第(一)项的规定;其次,建立完整的代行自愿制度,借鉴国外先进经验构建代行人行使代行医疗自愿时应遵循的规则,确立代行人的权利、义务;最后,把监护人决定纳入代行自愿制度之中,使监护人按照代行自愿的法律规则行使权利、承担义务。

3.3 强制入院治疗制度的完善建议

应当对《精神卫生法》第30条第2款第(二)项做出更加明确的细致化规定。必须在充分考虑各种因素的基础上,明确强制入院治疗制度的依据和范围,达到强制入院治疗制度与患者自由权保护这两者之间的平衡。首先,应当将所谓“危害”明确为达到一定严重程度危害。有学者认为,此危害应解释为生命威胁或严重身体伤害,而轻微的身体伤害或者情感伤害都应该被排除在外。^[8]“危害”应局限于严重危害,否则如果轻微危害也被视为满足这一条件,将可能不当地限制患者自由权。其次,应当将“安全”明确为包括人身安全与一定范围内的财产安全,但不包括纯粹精神安宁。并非严重危害他人所

有类型安全的情况都满足强制入院治疗的要求。人身安全由于其重要性,应当认为涵盖在此条款的“安全”概念之内。但财产安全则只有一部分属于此条款所指的“安全”,例如,我国澳门特别行政区的强制性住院制度规定,当患者精神障碍的状况危及其本身或他人的人身或财产性质的具有重要价值的法益,且其拒绝接受医疗时,可以对其采取强制性住院措施。^[1]只有关涉具有重要价值的财产法益的安全才可被认定为本条款的“安全”。此外,“安全”不应包括纯粹精神安宁。如果仅仅呈现出对他人的精神干扰,则不应轻易地适用限制人身自由等强制性医疗手段。因为纯粹精神安宁具有不确定性和个人差异性,如果以危害他人精神安宁为由将患者进行强制入院,将会造成实施的任意性,有可能侵害精神障碍患者的自由权。最后,本条款对所谓“危险”的认定是以现有和以往的行为预测其将来的危险发生的可能性,这就给危险的认定带来一定的难度。美国有的州认为此危险应当是“即刻危险(imminent danger)”。^[9]本文不赞同这种规定,因为即刻危险标准采用一刀切的方法,认为只有当患者对他人的人身危险即将实现时才可对其实施强制入院治疗,而此时患者病情严重,并极具攻击性,故此标准实际上对患者本人和社会安全均产生不利影响,因为其片面强调患者自由权,而轻视了作为强制入院治疗价值目标的社会安全。正因如此,不少法院和学者都明确反对这样的立法标准。^[10]本文认为,应当动态地分析危险的可能性,根据危险的严重程度进行综合考虑,即危险实现后产生损害的严重程度越大,危险的可能性要求就越低,如杀害他人的危险的可能性要求应比伤害他人的危险的可能性要求低。

3.4 决定能力制度的完善建议

是否具备决定能力是具有法律意义的事实问题,是否患有精神障碍是纯粹的医学问题。《精神卫生法》第 83 条第 1 款规定:“本法所称精神障碍,是指由各种原因引起的感知、情感和思维等精神活动的紊乱或者异常,导致患者明显的心理痛苦或者社会适应等功能损害。”这显然是对精神障碍做出的医学定义。但是第 83 条第 2 款规定:“本法所称严重精神障碍,是指疾病症状严重,导致患者社会适应等功能严重损害、对自身健康状况或者客观现实不能完整认识,或者不能处理自身事务的精神障碍。”其中“疾病症状严重,导致患者社会适应等功能严重损

害”是在“精神障碍”定义的基础上对严重精神障碍做出的医学定义,而“对自身健康状况或者客观现实不能完整认识,或者不能处理自身事务”则是具有法律意义的决定能力问题。

因此,是否患有精神障碍以及精神障碍是否严重,应当由精神科医师做出医学判断;是否具备决定能力,则另当别论。有学者认为,精神科医生在评定时常从自身的医学知识出发,所做出的评定往往侧重于患者的医学能力。对精神障碍患者决定能力进行评定,最理想的解决方式是有一组为律师、医生和伦理学者所接受的评定人员,评定人员在条件许可的情况下,可由临床医生、法律工作者、社会工作者联合组成。^[11]《精神卫生法》第 83 条第 2 款把决定能力问题归入“严重精神障碍”,这样决定能力就连同严重精神障碍一起由精神科医师根据医学标准来判定。应当修正这条规定,使得“严重精神障碍”回归到纯粹医学问题的本质,并将决定能力评定问题单独做出规定。这样,对于严重精神障碍,仍由精神科医师进行诊断,而对于决定能力,则应由临床医师、法律工作者或鉴定专家、社会工作者构成的评定小组进行评定。

那么,如何进行决定能力的评定?正如学者所言,现阶段精神障碍患者决定能力的评估在国内开展较少,随着《精神卫生法》的实施,将成为一个临床和研究的热点。^[12]还有学者考察了我国医学界与法学界在探索精神障碍患者决定能力方面所做的努力,并认为统一的决定能力标准的制订是我国下一步需要解决的问题。^[11]具体如何对决定能力进行评定超出了本文的讨论范围,而应由精神科医师、法律工作者、鉴定专家等研究制定科学的评定标准,并最终经精神卫生立法者和政策制定者予以批准并发布。但从法律的角度,应当认为,对任何患者采取可能影响其自由的临床决策前,应首先推定其具有决定能力,医生应尽告知与协商的义务,首先不要考虑其决定能力,除非其他情况证实患者不能做决定,此时才对其进行决定能力的判断。

参 考 文 献

- [1] 信春鹰:《中华人民共和国精神卫生法释义》[M]. 北京:法律出版社,2012.
- [2] 张静. 从精神卫生法看精神障碍患者的知情同意权[J]. 中国卫生法制,2013,21(5):35-39.
- [3] 陈绍辉. 精神疾病患者强制医疗的证明标准研究[J].

- 证据科学, 2014, 22(2): 208-219.
- [4] 刘瑞爽. 精神障碍患者非自愿收治程序设计的若干法律问题研究(上), 中国卫生法制, 2014, 22(2): 12-17.
- [5] Sjeff G. Advance Directives in Psychiatry [J]. International of Ethics, Law, and the New Medicine, 2014, 54: 37-49.
- [6] US Leagal, Uniform Health-Care Decisions Act Law & Legal Definition [EB/OL]. [2015-02-04]. <http://definitions.uslegal.com/u/uniform-health-care-decisions-act/>
- [7] Jacqueline M. Atkinson, Advance directives in Mental Health [M]. London: Jessica Kingsley Publishers, 2007.
- [8] 王岳. 反思精神障碍强制医疗的“危险性原则”[J]. 中国卫生法制, 2014(3): 4-10.
- [9] 胡肖华, 董丽君. 美国精神病人强制住院治疗法律制度及其借鉴[J]. 法律科学, 2014(3): 184-191.
- [10] Pfeffer A. “Imminent Danger” and Inconsistency: The Need for National Reform of the “Imminent Danger” Standard for Involuntary Civil Commitment in the Wake of the Virginia Tech Tragedy [J]. Cardozo Law Review, 2008, 30(1): 277-315.
- [11] 王岳. 精神卫生法律问题研究[M]. 北京: 中国检察出版社, 2014.
- [12] 唐宏宇. 自知力缺损患者的自愿医疗问题[J]. 中国心理卫生杂志, 2013, 27(8): 571-572.
- [收稿日期:2015-01-29 修回日期:2015-04-07]
(编辑 谢宇)

· 信息动态 ·

欢迎订阅 2015 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生和计划生育委员会主管, 中国医学科学院主办, 医学信息研究所和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, 中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊), 中国科学引文数据库(CSCD)来源期刊。

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、医改进展、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 20 元/册, 全年 240 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

电话: 010-52328667 52328669

传真: 010-52328670