

匈牙利医疗改革探析（1990 - 2010）

森德尔·加莱 巴拉茨·杜波斯

袁 婷 刁大明 译*

【摘 要】论文梳理了1990年代后匈牙利医疗改革的全面概况。首先，论文突显机制变革的遗产和新政治安排的主要特征；进而讨论匈牙利医疗部门在制度与财政方面的最主要发展，特别关注争议性政策及其缺陷。即使是在最佳实践的领域内，法律与现实之间仍存在差异。政党政治竞争的本质深刻影响着医改进程，导致政府为追求议会特定多数席位而限制其政策选择。

【关键词】医疗保险 社区医疗 医院融资 私有化

【中图分类号】D523.5 【文献标识码】A

【文章编号】1674 - 2486（2010）05 - 0025

一、导 论

（一）政体变迁

匈牙利是一个拥有1000万居民、93,000平方千米国土面积的国家。政治转型之前，匈牙利的发展模式与中欧、东欧地区的其他国家本就存在着鲜明的差异。20世纪60年代，匈牙利的政治体系

* 森德尔·加莱（Sándor Gallai），匈牙利布达佩斯考文纽斯大学社会科学学院，副教授；巴拉茨·杜波斯（Balázs Dobos），匈牙利布达佩斯考文纽斯大学社会科学学院，政策分析员。袁婷，南开大学周恩来政府管理学院，硕士研究生；刁大明，清华大学国际问题研究所，博士后。

基金项目：欧盟“外交政策与一体化”研究项目（REFGOV）。

并非如该地区其他国家那样僵化而压抑（Tökés, 1998）。在匈牙利，任何人都能获得一定程度的个人自由（政治自由除外），唯一前提是他或她愿意承认匈牙利社会主义工人党和该党书记卡达尔（János Kádár）的统治地位。普通民众只是被强制要求参与受到严密控制的选举活动和官方庆典等。作为忍受政治限制的回报，民众的生活水平稳步提升。

虽然 20 世纪 70 年代的石油危机终结了匈牙利经济的稳定增长，但提升生活水平的政策仍旧持续了其后的十余年。这些政策的财政来源绝大部分出自先前签订的条件极为优惠的国际贷款。然而好景不长，国内经济状况的逐步恶化以及国际贷款的滥用将匈牙利拖入了巨额债务的泥沼。到 20 世纪 80 年代初期，债务负担已阻碍了提高人民生活水平政策的延续。因而，政治局面的维系不得不转而依赖允许经济自由化（“第二经济”^①合法化）和实施迎合大众口味的政策（如缩短法定工作时间、提高出国旅游限制等）。新型公有企业和某些形式的私人企业的建立，使很多民众获得了额外的工作机会——以超额工作时间为代价——从额外报酬中维持了生活水平。

匈牙利的经济改革先于政治改革。20 世纪 80 年代后半期，匈牙利建立了双轨银行体系、引进个人所得税（PIT）和增值税（VAT），并允许企业市场化运行。这些改革直接推进了自发私有化进程，国有企业的经营者和在体制内的其他人纷纷建立了个人私有的企业，并几乎毫无成本地接管了国有企业最有利可图的资产、产品以及市场部分。

匈牙利的政治转型（Gallai, 2003a: 225 – 237）是在精英主导下、以协商等和平方式实现的。与本地区其他国家不同的是，在首

① 西方研究者将社会主义制度下不受计划机关控制的经济活动，或非社会主义的经济活动统称为“第二经济”，或称“影子经济”或“平行经济”。（译者注）

次自由选举之前，匈牙利的早期多元化（Bozóki，2003）和多党体系就已经出现了。对宪法的大幅度修正导致匈牙利第三共和国建立、总统委员会被新的国家元首（共和国总统）取代、人民主权原则和普选代表原则确立，并为政党的自由活动创造了条件。间接选举产生的国家元首被赋予相对较弱的权力，政府则完全对议会负责。值得注意的是，匈牙利新宪法规定的一个制度安排完全不同于典型的议会政体：匈牙利议会中符合要求的多数派要掌握三分之二的特定席位，这保证了对少数派强有力的否决权。由于担心败选，所有政党都期望确保绝对控制力。因此，他们不仅支持了议会特定多数席位的制度安排，而且还谋求进一步的制度保证，以防止权力的集中化。他们引入了一套极为繁复的制衡机制，其中包括设立颇具权势的宪法法院、议会专员以及国家审计办公室等（Körösényi et al.，2003）。

1989年，主政的匈牙利社会主义工人党召开了最后一次党代会。在此次会议上，党员代表们决定解散本党转而成立新党，即匈牙利社会主义党（MSZP）。执政党的转型引出了一连串的新变化，但是——65个政党注册角逐1990年议会选举——最终仅有6个政党选入一院制的议会。由于新的联合政府并未得到议会特定多数席位的支持，最大执政党匈牙利民主论坛（MDF）和主要反对党自由民主联盟—匈牙利自由党（SZDSZ）决定再次修改宪法。议会特定多数席位规定的适用领域和议题被限制为34个，全部有关经济法律方面的议题被完全剔除。此外，建设性的不信任投票机制^①的引入也强化了政府和总理的地位，从而使匈牙利的政府模式由“威斯敏斯特”风格转变为德国式的总理民主制（Gallai，2003b：347—394）。

^① 只有当议会特定多数支持一位新的候选人时，现任总理的职务才能被罢免。在新的制度安排下，总理有权自由任命其内阁成员；议会有权对总理进行信任投票，但无权干涉其内阁人员组成，更不能对某一部长单独投不信任票。

议会选举后的数月内，匈牙利政府体系内较低层次（如地方层次）的政治转型也随之实现。苏联式的委员会体制被新型的公共管理所取代。在市政层级上，相当碎片化的政府结构被建立起来，将近 3200 个地方政府并立（Temesi, 2000）。地方政府掌握了相当广泛的权限，但在政治上和财政上往往仍旧依赖于中央政府的转移支付。原有的 19 个县得以保留，但县议会的影响力被大大弱化。市县两级议会的议员均由民众直接选举产生。1990 年 9 月、10 月的自由地方选举标志着制度变迁的完成。

（二）政治框架

1990 到 2008 年间，匈牙利历届政府均由多个政党联盟组成，政党联盟可以确保政府在议会中的特定多数席位的支持，进而掌控整个立法过程（Körösenyi et al., 2003）。1998 年选举后，匈牙利政府日益呈现出集权趋势，政党联盟的统治模式更具协调性与合作力，政府人事安排更具执行力，而对反对党的敌视态度也愈加强硬，这一系列变化都重塑着政策制定的大环境。于是，政府行政部门及作为其首长的总理，在匈牙利整体政治系统中的权势都得到了相当程度的提升。行政权上升的趋势随着 2006 年内阁所处法律环境与政治环境的改变而得到进一步强化。当政党体系逐渐由“温和多元”演变为“准两党制”时，匈牙利的政治制度安排也开始由一种混合体制演变为“多数党主导模式”。

与本地区其他国家相比，匈牙利的政党体制（Bozóki, 2003）具有相对较高的稳定性和牢固性。截至 2010 年，议会内的政党分布仍旧相当稳定：除 1990 年首次选举中获得议会议席的 6 个政党外，仅有 1 个议会外政党且仅有 1 次越过门槛并选入议会（见表 1）。

表 1 匈牙利议会中的政党（1990 - 2010）

	1990	1994	1998	2002	2006	2010
执政党	MDF, FKgP, KDNP	MSZP, SZDSZ	Fidesz, FKgP, MDF *	MSZP, SZDSZ	MSZP, (SZDSZ)	Fidesz, KDNP * *
反对党	SZDSZ, MSZP, Fidesz	FKgP, MDF, KDNP, Fidesz	MSZP, SZDSZ, MIéP	Fidesz, MDF * *	Fidesz, MDF, KDNP * *, SZDSZ * * *	MSZP, Jobbik, LMP

注：* 未到达门槛，由于支持匈牙利青年民主主义者联盟（Fidesz）而选入议会，
* * 由于与匈牙利青年民主主义者联盟联合竞选而选入议会，* * * 议会期间退出联盟。

虽然前三次选举中波动的政局使选民摇摆不定，但 1998 年之后绝大部分选民已固定了其对主要政党的政治归属。2002 年和 2006 年的两次选举中，匈牙利社会主义党（MSZP）和匈牙利青年民主主义者联盟（Fidesz）分别得到了超过 40% 的选民支持。选票的集中化和两党的稳定化导致“准两党体制”的出现，随之而来的却是激烈的冲突以及不断加深的敌对。

2006 年政局变得更为糟糕，当时执政党史无前例地获得了连任，但伴随而来的是一系列紧缩政策、总理不当言论的泄露、街头骚乱的升级以及法定假日里警察的暴行等。失信于民的总理为了挽救自己的政治生命不惜以政府治理作为代价，而当 2008 年标志性改革政策在公投中失败后，总理甚至选择了牺牲其政治盟友。他组建了 1990 年以来匈牙利首个一党揽政的少数派内阁。尽管该内阁经受住了几次极具威胁的议会投票，但国际金融危机最终迫使总理下台。取而代之的新内阁在不完整的任期内（一年）尽力应对危机，推行了一些极为不受欢迎的削减计划。民众对政府的不满、对

政治和政治家日益积累的不信任以及对改革效果逐渐加深的失望^① (Pew, 2009), 撼动着匈牙利的政党体制。

最初的变革信号出现在欧洲议会选举中^②。一年后即 2010 年, 匈牙利的政治光谱彻底改变。在议会选举中, 反对派匈牙利青年民主主义者联盟取得空前的胜利, 占据了超过 2/3 特定多数的席位, 并组成了一党执政的政府内阁。另一方面, 执政的匈牙利社会主义党却丧失过半的支持者, 而另外两个主要政党匈牙利民主论坛和自由民主联盟 - 匈牙利自由党则满盘皆输, 黯然退出议会。与此同时, 两个议会外政党更好匈牙利运动党 (Jobbik) 和非凡政治党 (LMP) 跨过门槛并获得席位。

二、新医疗机制

(一) 原有体系的遗产

匈牙利原有体制的特征主要表现为集中化、集权化以及广泛的政府行为。在医疗保健领域内, 政府的排他性角色极为明显: 政府不仅是医疗机构和设施的所有者也是医疗服务的管理者、提供者以及财政支持者。1949 年的匈牙利宪法宣称, 医疗是公民的基本权利之一。政府负责提供的医疗服务在原则上普惠所有公民 (即全民医疗), 且均为免费提供。但实际情况是, 公民获得医疗服务的质

① 相关调查显示, 匈牙利民众对体制转型结果的满意度最低 (Pew, 2009)。随着日益强烈的反精英、反现状情绪, 国内民意测验调查显示, 政治家受欢迎度直线下降: 10 到 15 年前最高为 70% 以上, 而如今最好者仅为 50% - 60% 左右。

② 匈牙利青年民主主义者联盟胜选 (14 席)、匈牙利社会主义党败选 (4 席) 的结果并不出乎意料。变革的信号是院外党匈牙利运动党赢得 3 席、自由民主联盟 - 匈牙利自由党被挤出议会、而新近成立的非凡政治党也日益活跃 (议会的最后一席由匈牙利民主论坛取得, 究其原因是该党在最后一刻启用了原社会主义党籍的财政部长博克罗斯 (Lajos Bokros))。

量受制于诸多因素，如非正式关系、灰色费用以及酬金等，这些因素扭曲了平等原则。当时的法律环境并没有明确界定病人权利，也无法解决医疗道德问题。然而，在20世纪80年代，出现了一些细微却关键性的变化，当时为适应国际发展趋势，大学附属诊所开始着手解决医疗道德与病人权利问题。

20世纪80年代，匈牙利医疗领域出现一系列与国家整体发展相一致的重要变化。伴随着自由主义、“第二经济”合法化后涌现的众多经济问题，当私人医疗被接受时，医疗领域的结构性问题（低效和产能过剩）暴露无遗。医疗领域的政策管理同样是集权模式的，专家利益集团遭到严密监控。然而，在掌权的最后十年里，政治领导层准许某些特殊系科如牙医、皮肤病医师、泌尿科专家、妇产科医师等兼职从事私人医疗。这种新型服务模式出现之后，形成一种双重模式：政府公立医疗机构仍然占据主导地位，但私人医疗服务也开始“分一杯羹”。1988年，对于私人医疗的限制条款完全废除：已存在的私人行医者得到认可，全职私人医疗机构或企业合法化。同年，医疗系统的财政来源由税收转为强制性的社会保险，社会保险基金与中央财政预算相分离，成为医疗机构正常运转的主要财政支柱。作为本地区的特例，这些发生在匈牙利的医疗改革同样先于1989至1990年的政治转型。

（二）制度变迁

匈牙利政治转型之后，医疗体制也随之发生较大的变化。医疗管理者、所有者、购买者以及服务提供者相互分离。他们之间的关系由法律、行政法令以及合同加以界定。

在新的政治体制中，议会成为最高的立法机构，其管理着最高层级的政治与政策制定。议会修正了宪法，并规定居住在匈牙利境内的所有居民均有权享有生理上和心理上最好的医疗待遇（1989年宪法第31条）。尽管议会将公共福利的责任交给中央政府，但地方层次上医疗公共服务及其机构的运行仍以一种分权化的方式进

行。公共机构的特权被 1990 年宪法的第 23 条中相关规定废止，该宪法条款明确规定任何自然人和法人都有权利从事医疗活动，只要达到规定要求的一定人员条件与专业条件，就可以设立和运营医疗机构。每年医疗预算的规模和结构以及每年医疗保险基金（Health Insurance Fund）的缴纳比例都由议会决定。此类议题一般只需简单多数通过即可，除非涉及影响城市等地方政府权限时才需 2/3 的特定多数通过。

匈牙利的中央政府（内阁）是医疗政策制定的主要推动者。绝大多数年份里，内阁能够得到议会多数支持。议会中极具纪律性的议员使内阁对医疗保险基金在规模和运行上的间接控制得以实现。这一趋势在 1998 年愈发明显，当年负责医疗保险基金管理的独立机构（即一个由雇员和雇主代表组成的监管组织）被撤销，改为由政府直接监管^①。尽管市政府等地方政府的责任日益增大，但中央政府仍然履行主要职责，如平衡医疗保险基金的赤字、为非投保社会群体的社会医疗保险买单、补贴低收入人群的医疗支出、与药品销售商协商以保证（特定）药品价格维持在可接受范围内、为公共医疗服务、救护服务、血液供给以及医疗教育研究等提供财政支持、为地方政府提供专项且具有目标性的补贴、以税收返还支持自愿医疗基金组织等。

匈牙利卫生部是政府内负责医疗政策制定的核心机构^②，负责整个医疗领域的管理。不过，卫生部在财政能力议题需与财政部合

① 起初是由总理办公室的一个政治秘书负责该领域工作。随后其提议将医疗保险基金从国家管理转为私人公司运作，该提议并未得到政府支持。随后，管理权收回并授予财政部。2001 年卫生部获得对医疗保险基金的永久监督权。

② 1990 至 1998 年间，该政策领域从属于公共福利部；2010 年议会选举之后，卫生医疗部并入国家资源部。

作，而在医疗教育、培训等领域要与教育部分担责任^①。卫生部依靠各种咨询机构获得特定医疗议题的专业援助。最大规模的一次是，国家医疗理事会（1999 年）召集来自专业团体、贸易联盟、大学、科学协会、病人组织以及地方政府的 30 名代表共同讨论医疗政策的方向与关键议题。

卫生部也时常将部分行政权力授予非政府的公立医疗机构行使，其中包括国家药品研究所^②（National Institute of Pharmacy）、医疗器械授权机构^③（Authority for Medical Devices）、医疗信息中心^④（Health Information Centre）等。自 1991 年以来，国家公共健康与医药人员服务机构（National Public Health and Medical Officer Service）专门负责监控与协调公共医疗服务。其职责包括发放医疗保健营业执照、预防与疾病监控、保障医疗质量与公共卫生等。该机构将全国所有的医疗服务提供者登记在案，从而监控其服务是否达到国家标准。国家紧急救护服务机构（The National Emergency Ambulance Service）同样也在卫生部领导下运行。不过，由于财政困难，越来越多的救护车和救护站转而由私人企业、慈善机构或非营利组织运营。它们与其他医疗服务机构一样从医疗保险基金获得同等数额的资金支持。血液供给最初由各个医院的相关医疗部门提供。1998 年，这些医疗部门重组并入国家血液供应服务机构（National Blood Supply Service）体系。这些国家层次的公立医疗机构都是各医疗领域的高度专业化的核心枢纽，他们负责支持全国的临床工作、教育、研究以及病人疗养等。他们运营所需的经费一部

① 由于国家医疗保险办公室的财政赤字应由中央财政补给，财政部（现在归属于国家经济部）在决定医疗财政上发挥着举足轻重的作用。教育部（现归属于国家资源部）负责医疗高等教育事宜，医疗卫生部则管理个体诊所，协调并监控研发计划以及进行专家培训等。

② 负责药品的注册与执照发放。

③ 负责发放医疗器械执照。

④ 负责评估医疗服务质量。

分（临床服务）由医疗保险基金提供，另一部分（其他开销）来源于中央政府的财政预算。这些国家医疗机构不仅提供医疗服务，同时负责临床指导与制定医疗协议。

医疗保险基金是提供医疗服务经费与疾病津贴的关键机构，其始创于 1992 年。当时已经存在的社会保险基金（Social Insurance Fund）被拆分为两个相互独立的机构，即养老保险基金（Pension Insurance Fund）和医疗保险基金。医疗保险基金的日常运行与管理由国家医疗保险管理局（National Health Insurance Administration）负责，该部门通过设置在各县的办公室实施全面管理。2009 年，县级办公室合并为地区办公室。各地区办公室与其前身相同，负责与本地区医疗服务提供者签署协议并向其提供财政转移支付支持。但实际上，医疗服务经费仍由中央财政直接支付。医疗保险基金起初仅负责与医疗服务提供者签署合作协议，为达到国家标准的私人医疗提供者颁发执照并提供资金支持。这一职能直到 2009 年才被终止。

1990 年，地方政府通过民主选举产生，并被授予了更为广泛的权限，包括基础设施发展、中小学教育事业以及地方社会服务政策等。同时，地方政府还被要求负责地方医疗服务。作为回报，地方政府获得了绝大部分基础疗养设施、医院以及诊所的所有权。虽然他们拥有超过 90% 医疗设施^①，但在医疗规模规划上却并非完全不受限制：只有在相应等级（地方或县级）的医疗主管负责人的同意下，地方政府才可以对本地区的医疗规模予以削减；而涉及扩大现有规模时，则必须得到国家财政部和卫生部的认可。市政府有权自由决定地方层级的医疗服务组织：他们可以选择由本地方的公立医疗机构及其雇员提供服务，也可以决定部分地或完全地雇用私人

① 其他机构或归私人所有，或因意义重大而仍由中央政府掌控。

医疗机构或服务^①。辅助医疗的责任由市政府和县政府共同承担。部分较大的市政府拥有自己的医院和门诊诊所，但其他辅助医疗机构则通常由县政府管理。县政府也有权对外承包医疗服务设施，但很少有机会真正实行^②。另一方面，县政府经常需要为地方政府提供补充财政支持：当市政府无力承担某些医疗机构的财政需要时，该部分财政责任有可能转移到县政府。市县两级医疗机构的费用均由医疗保险基金提供，而用于投资与发展的资本或股份开支则由医疗设施的拥有者自行筹集，但通常他们也可以获得中央政府额外的专项财政拨款支持。

医疗保险监管授权机构（Health Insurance Supervisory Authority）是医疗领域的制度安排中最近建立（存在时间很短）的机构设置。该机构成立于2007年，以保护病人权利、监管医疗机构的运行以及评估医疗服务质量为目标。事实上，该机构是强制性私人医疗保险基金取代国有医疗保险机构这一雄心勃勃的政策规划的一部分。尽管这一医疗监管的“看门狗”机构在发展与实施多样医疗质量监管方面颇具创意，但2010年新一届政府还是在多重保险计划失败后决定将其撤销。

（三）服务变化

1. 参保

尽管被称为医疗保险，但由于享受医疗服务的普惠性，“保险”原则仍很难在现有体系中充分体现。原则上而言，1993年时居民加入服务体系的条件就是向（公共）医疗保险体系直接缴纳保费。但是，由于宽泛界定的豁免与由社会提供保险的服务机制，享有医疗保险的资格范围得到了大致普及。只是在2007年，保险原则被

① 功能性私有化意味着签署关于机构运作以及服务管理的协议，完全私有化则指所有权交易。

② 与教区医院签署的协议是少数例外之一。

严格地履行，享受保险资格被通过电脑注册系统加以核对。意料之中地，这一举措找出了大概 10 万的新参保者。不过，搭便车者人数预估仍旧很多（约 40 万人），这就意味着仍然很难界定何种情况下的哪些服务应当遍及所有民众。

除了参与由国家运营的保险计划外，民众也可以选择加入某个自愿保险基金。《自愿保险基金法》（*The Act on Voluntary Insurance Funds*）在 1993 年得到通过，该法律规定允许私人提供医疗保险服务。民众投保私人基金是自愿行为，并作为国家强制性医疗保险基金的补充。这类基金提供补充服务（即国家经营医疗保险未涉及的服务）或者更高品质的服务。为了鼓励更多人加入私人基金组织，尽管 1995 年政府施行严厉的财政紧缩政策，但仍对参与私人基金者实施了税收返还。虽然加入自愿基金组织的人数不断扩大，但就医疗体系的财政和运行问题的解决而言仍旧作用有限^①。

2. 社区医疗

1992 年，在社区医疗体系中，“家庭医生”取代了早前的“地区医生”。家庭医生作为“全科医生”（general practitioners）已经成为普通社区医疗服务的主要提供者。在随后 7 年的转型期里，只有获得全科或内科医师资格认证的人员才有资格担任全科医生。卫生部相关医疗条例要求全科医生必须承担预防、保健以及治疗职责。通过日常咨询、筛查性检查、身体检查等手段，全科医生必须尽力保证其病人的身体健康与疾病预防等。事实上，大部分家庭医生很少关注预防性检查，医生与病人之间的会面仅发生在治疗阶段。面对病人，全科医生应当给予治疗或建议其到门诊专家处就诊或住院治疗。但一般通行的做法是：全科医生毫无必要地推荐病人去诊断实验室检查或去看专家门诊。这样可以免除风险，还可以将

^① 目前，匈牙利全国共有 37 家私人医疗基金，其成员约为 93.2 万人。他们只需交予基金 13 亿福林，而他们的雇主需交付超过 85 亿福林，参见：http://www.pszaf.hu/bal_menu/jelentesek_statistikak/statistikak/pszaf_idosorok/idosorok。

责任转嫁给上一个层次的医改服务提供者。有些时候，家庭医生也会因为治疗费用过于昂贵或不选择较便宜的替代品而遭到指责^①。

尽管被冠以“家庭医生”的称呼，但大部分全科医生仅擅长儿童医疗或成人医疗，真正具有全科治疗能力的人极为有限。在一小部分城市中，家庭医生受雇于地方政府（即政府雇员），但很大一部分家庭医生是个人自负盈亏（即“企业家”）。因此，服务提供和社区医疗设施是通过雇佣合同或由地方政府与私人服务提供者签署的协议来实现管理的。就后者而言，一旦协议生效，社区医疗职责就由市政府承担，而具体服务则由企业家式的全科医生提供。这类私人家庭医生通常可以从与其签订协议的市政府那里租用办公室以及医疗设备等。

原则上讲，每位参保居民都有权自由选择医疗服务提供者。然而，在一些小地方，特别是行医的全科医生资源紧缺的地区，医疗自由选择权只能流于形式，事实上根本无法兑现。绝大部分医生分别分布在匈牙利全国约 6800 个区域中的某一个区域内，具体区域界限是由各地方政府界定。负责某一区域的全科医生必须为本区域内的所有未另行注册的居民提供医疗服务，那些已经注册、登记其他全科医生的居民可以除外^②。划分出来的行医区域在面积上大致相似，整合起来就是整个匈牙利的国土面积。特别是在那些较大的城镇里，全科医生可能并没有特定的行医区域，他们可以自由吸引本城镇中的任何居民。对这些没有特定行医责任区域的医生而言，只要其注册登记病人达到一定数量便可获得中央财政基金的支持。

为了达到获得中央财政资源分配的条件，具备前提资质的全科医生通常需要与所在县（地区）的国家医疗基金管理局下设的办公

① 其中一些人不得不被迫偿还不公正使用国家补贴的相关费用，参见：http://www.nol.hu/belfold/mutet_papiron_milliardos_csalasokat_tulszamlazasokat_tart_fel_az_oep。

② 这一规定致使部分私有化的现象不可能发生，医生也就不能拒绝向区域内的老年人和重症的病人提供服务。

室签署协议。除了负责归属区域外，全科医生必须为给定数量^①的病人提供医疗服务，并按照病人的人数从医疗保险基金那里获取报酬。这一报酬由注册登记的病人数量决定，具体还会根据病人的年龄段^②和其资格水平加以调整。这部分医疗收入的总和大概占到全科医生总收入的 75% 到 80%。其他收入来源于地区补给津贴^③、交通补助、办公室维护的专项资金以及支援其他全科医生的诊费^④。虽然服务提供者的手术费用由医疗保险基金提供，但发展建设费用则由地方政府承担。不过，随着时间的推移，相当一部分市政府发现很难承受地方居民的医疗费用需求。由于资源短缺，地方政府倾向于尽可能节约资金，免除大部分日常不必要的公共服务支出。这样一来，全科医生也就很难从地方政府处获得医疗发展建设所需要的经费支持。因而，21 世纪最初的 10 年里，政府允许全科医生向医疗保险基金申请额外资金支持，以用于更新医疗设备、办公用品以及房地产。与此同时，政府也为全科医生提供资助贷款以从地方政府那里购买医疗设备等。

2000 年，政府将一个全新概念引入了全科医生系统，即所谓的“行医权”（right of practicing），以限制更多医疗服务提供者的出现。这一概念是专门针对那些新入行的全科医生而言的，他们只有从即将离任或退休的全科医生那里购买到“行医权”，方可提供医疗服务。立法者尝试建立一个“行医权”市场的目的在于，为退休的全科医生谋取可观的收入，以补偿他们常年从事低收入工作的艰辛，也可补充他们极为有限的养老金。事实上，行医权只在那些

① 1993 年数据最低值为，每个区域全科医生负责 800 个成人、400 个儿童以及其他 500 个区域外居民。1996 年 4 月 26 日的匈牙利国家行政法令将其调高至 1200 个成人和 600 个儿童。

② 取决于年老的病人。

③ 用于资助在欠发达地区工作的全科医生。

④ 2005 年 6 月 11 日，匈牙利政府决定对到医疗服务长期不足的区域工作的医生给予月度补助，涉及超过 1200 人。

拥有高注册登记病人数量的区域才有价值。

3. 门诊服务

门诊服务一般是由门诊中心、诊所以及医院门诊等部门提供。门诊服务医生一般受雇于医疗机构的所有者，因而他们属于地方或县政府的雇员。虽然这种雇佣关系仍是门诊服务的主流，但一些所有者也开始将门诊服务外包。如此一来，门诊机构所使用的房地产仍属公共土地，但门诊服务却由私人公司提供。为那些公司服务的医生以及其他工作人员就不再是政府雇员，其雇佣关系完全基于私人合同的规定，具体情况则遵循劳动条例。

门诊服务的财政基础建立于 1992 到 1993 年前后，当时一项免费服务体系被引入门诊服务。该服务效仿德国相关体系原则：（事前）确定每项服务的权重（“份额”），并相应地（借助补偿措施）支付所提供的服务。为了避免花费失控，该服务体系实行支出数额的月度上限。只要总体服务支出超过限度，那么逐项支付比例就会相应减少，以维持收支平衡^①。服务提供者每天必须将其医疗活动记录在案，并每月向基金上报。

自从先前的机制允许某些与医生存在私人关系或具有足够财力的病人自由选择医生，1990 年之后病人的选择权再度成为得到尊重的价值。随着相关规定的变化，病人被允许更为自由地选择门诊服务，甚至不需要全科医生的推荐。然而这样一来，有效的就医门槛降低甚至形同虚设，门诊服务提供者不得不承受不合理的过重负担。最终，匈牙利政府在 2008 年重申了门诊就医的区域就近原则，要求全科医生将病人送至最近的门诊机构就医。因此，病人的选择权受制于同一机构内的医生，这就意味着真正的选择是在相似专业领域的医生之间的选择（特别是对较大的城市而言）。

^① 从医疗服务提供者视角来看，这一情形类似于典型的“囚徒困境”：参与者只有追求自身利益才能使收益最大化；而如果每个人都这么做的话，就会造成不利于任何人的局面，使费用持续增高，价值降低以及收入减少。（事实上，这在提供不必要的服务方面表现得更为明显。）

4. 住院服务

除了极少数私人医疗机构和教会医院外，大部分医院与诊所属于公立服务机构。住院部医生与门诊部相类似：他们中大部分是政府雇员，其他私人机构的医生则遵循劳动法规的规定。

20 世纪 90 年代初，医院财政来源经历了一系列转变。医院所有者只负责支付日常维护与发展经费，其他服务费用则由医疗保险基金提供。在新的体系下，一些急性病与康复疗养费用的支付开始采取类似“美国疾病相关诊断分组法”加以管理。该方法的匈牙利版本也是基于绩效的，被称为“同类疾病分组法”，即报告疾病类型、病例诊断、进行分类之后再进行支付。病人接受住院治疗服务需根据该办法进行诊断分组。各种诊断分组将从基金中获得的资金权重（“份额”）每年事前就明确下来，当就诊病例最终确定并分组后，费用才予以支付。急性病住院预算经费是有上限的，类似于前文提及的门诊服务中超过总量时根据权重降低支付比例的计算公式。有一部分预算被专门用于季节性变化的补偿，而高花费的治疗干预措施并未列入这一体系，具体情况根据病例的不同而有所区别。慢性病例的支付则根据住院天数与病情复杂度进行适当调整。

匈牙利版本的分组管理与美国最大的区别在于，美国各种诊断分组的经费数额是全国通用的，而匈牙利则由各个医院分别制定。最初的计算方式是根据如下公式推算而来：1992 年每家医院财政经费由该年该医院的实际运营情况确定。其结果是，不同医院治疗相同病例有可能获得不同的财政资金，有时相差甚至达到两倍以上。更为奇怪的是，这一计算方法反而更有利于低效率的医疗机构，它们每例手术费用高于平均价格（尤其是那些具有相似医疗规模但接收更少病人的医院）。如此政策安排的主要原因具有其内在的政治含义：决策者认为医疗机构如果获取与前一年相同的经费，就会面临更少挑战，从而降低了它们反对新财政制度的可能性。然而，与预期相反，整体经济环境进一步恶化，医院的财政状况也在相当程度上愈发糟糕。

不同医疗机构提供同一服务而获得差异巨大的财政收益现象日益普遍，造成了医疗领域内日渐严峻的紧张气氛与不满情绪。最终，20 世纪 90 年代中期，政府决定在 1998 年废止这一不公平的制度安排。进而，经过长达 5 年的不公平状态后，所有医院终于能在提供相同医疗服务时获得同等报酬。对医院进行的事后支付模式也被事前明确各种疾病分组治疗的基本费用分配方式所取代。这种基本费用的方法现在已推广到匈牙利全国。

由于“同类疾病分组法”会导致部分医院财政盈余、部分医院却入不敷出，这一奇怪的状况促使医疗服务提供者尽可能地篡改报告内容，虚报更多花销和更严重的病例。相当多的全科医生也将不必要的（甚至没发生过的）医疗检查或比实际更多的住院天数列入医疗服务的开支当中。医疗保险基金的行政管理机构有责任仔细审查服务提供者活动，对于违反财政规定的行为给予惩罚。由于行政能力有限，监督医院运作成为难度最高的任务之一。然而，相较于将病人引入该过程而言，揭露违反财政规定的行为相对较易。在次级医疗领域，病人每次就医或出院后都必须签署相关报告，并列出相应的检查与治疗内容。不平等的医患关系有可能妨碍病人如实申报，不过来自居民的信息为调查数目的增加提供了基础。

财政违规仅仅是医院财政领域的一个细小问题，软预算限制是财政管理规范化的最大障碍（Kornai，2009）。抑制分支项目预算、更少的医院配给或削减医院能力等行为只有在负债机构关闭的条件下才能发挥作用，而这种条件很难满足。相反，政府总能为医院合并提供资源。重复的合并行为表现出政府对减少医院数量的政治担忧。除此之外，合并不可能有助于部门改组，剩余资金分配不是机构理性化的条件。

2004 年，医疗保险基金的赤字再破新高，政府进一步对医院施加限制。绩效表容量上的限制意味着规定了医院活动的财政上限，同时国家医疗保险基金对其服务补偿也保持在一定范围内。以上各种门槛限定费用均不由国家支付。行政系统对门诊的控制力保

持了5年之久。从财政角度考虑,该政策的效率值得肯定;但从病人角度考虑,该政策却导致一系列的治疗延误。一方面,对于那些减少干预的医院,其必须面对处境尴尬的病人,他们对被推迟检查或手术感到沮丧;另一方面,对那些实施全面干预的机构则使其负债进一步增加,等待财政援助。

2009年,绩效容量限额取消,一项新的医院补给制度被引入。在新体系中,国家医疗保险基金为医院提供其前一年绩效总值的70%,其余部分则根据地方等分支财政系统的收支状况与其他服务提供者的情况决定。该项政策减少了对医疗服务的资金支持,这使得医院负债增加到一定程度,不得不通过新一轮的医院合并计划来解决。

5. 药品

自从药品市场逐步大规模私有化、自由化后,药品领域的变化更加显著与快速。全国药品制造商、批发商与零售商的绝大部分已完成了私有化。药品立法的出台为市场私有化提供了条件和许可。其结果是,几乎全部药店都转为私人经营。匈牙利逐步放松对药价的控制,药价的持续上涨与消费的大规模扩张给医疗保险基金增加了极大的压力。药品补贴支出实际上已经超过了住院治疗费用^①。因而,控制药品支出成为平衡基金收支的关键环节,抑制药品价格的增长也成为匈牙利历届政府关注的政治议程。

1999年,匈牙利政府授予卫生部批准事先超支的权力,进而弥补基金其他项目引发的或由部门财政本身造成的赤字问题。一年后药价得到控制,当时新成立的社会保险价格与补贴委员会(Social Insurance Price and Subsidies Committee)同制药业内的利益相关者协商而最终达成一项三年协议。该协议规定药价的上涨必须低于通货膨胀的水平,并缩小昂贵药品的批发价与零售价之间的差额。

2003年,政府与制药公司重新商定协议。虽然认同新的药品

^① 2009年相关数据分别为3430亿福林和3250亿福林。

价格增长率，但制药公司也同意当其药价超出协议规定时，承担政府用于药品补贴的支出。2006 年，另一项法案的出台使开设药店更为容易，并将在商店和加油站内从事特定种类药品的销售合法化。同时，药品的财政补贴因制药商与供应商的补偿而逐步下降。对于此前不用支付药费的慢性病病人，还设立了所需特定药品的最低费用标准。

（四）财政

匈牙利医疗开支低于 OECD 组织的平均水平（图 1）。在维谢格拉德（Visegrad）地区各国的医疗开支比较中，捷克共和国最高，波兰最低，匈牙利与斯洛伐克介于两者之间。

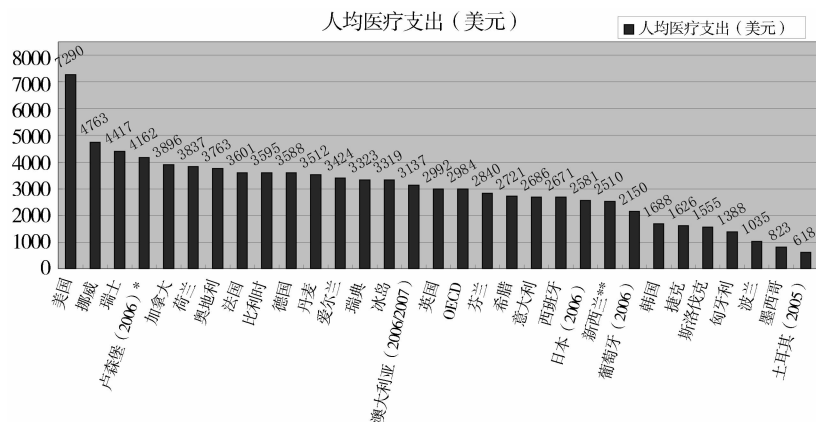


图 1 各国人民医疗支出（2007）

注*：卢森堡数据测量对象为投保人口而非居住人口。

**：新西兰数据为 2009 年医疗支出

资料来源：OECD 组织医疗数据（2009），参见 OECD 网站：<http://www.oecd.org/health/healthdata>。

尽管医疗改革在最初几年中导致分散化和分权化的制度安排，但医疗政策与服务的财政决策仍旧高度集中。医疗领域的财政分离

始于1992年，当时社会保险被拆分为医疗保险与养老金两个部分，社会保险基金也随之一分为二。一年后，医疗保险基金改组完成，医疗与养老基金的管理机构得以相互独立。新建的国家医疗保险管理局成为国家管理的医疗保险系统中的一个单独的购买者。

居民缴纳的保险费用是医疗保险基金的主要收入来源，大约占总收入的70%左右，另一部分资金收入则源于中央财政支持。其中大部分来自个人缴纳，最多的是自掏腰包支付，并由中央财政转入医疗保险基金。缴纳经费由雇主与雇员共同承担，但是有两个社会因素阻碍着潜在的收益增加：其一，在实际人口中相对较小的参保比重，大概1000万居民中只有370万需要缴纳；其二，相对繁多的骗缴行为，如虚报、少报收入，非正式雇用形式以及灰色收入等。因此，减少刺激避税行为的可能性成为政府首要目标。1990年代中期，税基的扩大以及新的总价税（抵押）引入，雇员缴纳的医疗保险税率实际有所减少。数年后，政府进一步降低税率，不过抵押医疗税有所增加。2006年后，政府更强调对医保资格的审查，尽管以上行动成功地增加了纳税人群，并且宏观经济的不平衡也没有使税率降低。

医保支出分为三个部分：将近80%用于提供社会医疗服务，17%直接支付现金，其余3%用于产假或养老。现金部分的3/4是产假（36%）和病假（40%）补助。社会医疗服务部分的30%用于药品补助，30%用于住院服务，大约10%用于门诊医疗，9%左右为社区医疗保障（其中1/4为牙科服务，3/4为支付全科医生），其余20%左右为支付其他医疗服务与设备的费用，诸如慢性病治疗、诊断、血透、救护等^①。

图2明显说明，医疗保险基金在绝大部分年份处于显著的赤字

^① 计算结果源于2009年基金收支平衡数据资料，参见：http://www.oep.hu/pls/portal/docs/PAGE/LAKOSSAG/OEPHULAK_UVEGZSEB/KOLTSEGVETESEK/P%C3%89NZFORGALMI_2010_J%C3%9ALIUS.PDF。

状态。尽管其下 20 个财政预算分支均设有上限，且各项服务支出也有抑制过度消费机制，但 2002 年后，基金财政平衡状况急剧恶化。伴随着 2006 年选举，医疗财政政策也发生了重大改变，实施一系列削减开支的政策，如新设或关闭部分医院、限制门诊服务提供者的绩效、规制用药处方、鼓励制药公司之间的竞争以带动保险基金发展、削减其他医疗开支等。同时，社区医疗与门诊服务的“共同支付”（co-payment）的推行也提升了医疗保险基金的收入。而对从医资格更加严格的监管机制也吸引了新的参保者。这些政策变化产生了积极的财政效应：虽然缺少了大部分中央财政的资源与收入支持，但基金仍有史以来首次出现了盈余。

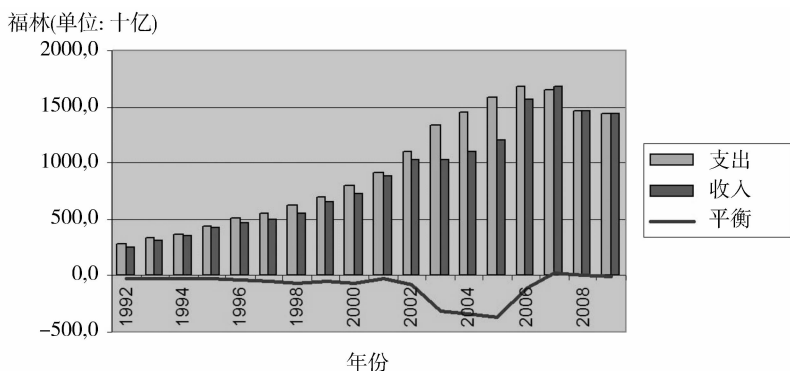


图 2 匈牙利医疗保险基金的平衡（1992 - 2008）

资料来源：医疗保险基金数据（<http://www.oep.hu>）。

医疗保险基金得以成功减少赤字源于两方面的发展。一，在不顾及医疗与政治后果的前提下，匈牙利政府在医疗开支方面大胆实现了行政与财政改革。政府不考虑取消外科手术资金、延长排队人数、调高医药费、实行共同支付政策、关闭部分医疗机构等具体措施所带来的极大反对声音。由于大部分决策是强加于医疗机构的（Dózsa, 2008），政府也难以获得相关利益集团的支持。选民也反对这些变化，并在 2008 年公投中表达了抗议的呼声。二，匈牙利

政府为稳定财政状况而采取了能够增加财政收入、减少开支的几乎所有手段。除了历届政府惯用的机制之外，还实施了四项新举措：1. 实施综合性的共同支付方式，作为减少不必要医疗服务的手段；2. 大幅度削减医疗开支，以适应宏观经济调控的需要；3. 医疗机构或服务的私有化改革，以增加资本的投资、提高行政效率；4. 引入并扩大管理式医疗（managed care）的规模，以优化资源配置、节约资金。

三、特有政策

（一）共同支付与削减政策

在过去几十年里，由于持续的经济困难^①，匈牙利政府不得不实行严格的宏观经济调控紧缩计划。原已存在的结构性问题因变革的危机而持续加深。经济需要与选举考量几乎使政策走走停停，毫无连续性可言。政体转型之后，几个重要财政调整计划先后在1991、1995、2006和2009年得以实施^②。所有的这四大计划均包含一定程度的公共开支削减措施。医疗领域也在1995年和2006年的两次调整中经受着重大影响。

1995年，医疗财政预算被大幅削减，几乎降至1990年代的最低点。医疗保险基金终止了对牙科服务^③和水疗的资金补助，并将在药费开支中存在已久的共同支付方式引入病人治疗服务当中。工作场所内的医疗服务责任也由国家转移至雇主。最后但同样重要的

① 过去30年大部分时间内，匈牙利经济状况恶化，财政失衡、外债、经济增长缓慢。只有1997到2003年期间有所缓解。

② 它们分别被称为库帕（Kupa）计划、博克罗斯（Bokros）计划、久尔恰尼（Gyurcsány）计划以及鲍伊奈（Bajnai）计划。前两者以时任财政部长名字命名，后两者则取自时任总理的名字。

③ 一年后牙科服务重新列入公共支付服务的名单之中。

是，医院病床数被急剧削减。上述严格的政策遭到强烈批评，甚至被起诉到宪法法院。法院最终裁定改革中的某些做法违反了宪法及其他现行法律的规定。

宪法法院裁定，现行的规则因降低医院医疗规模而遭到了侵犯^①。政府不得不接受批评，进而转向间接干涉医疗领域活动。一年后，基于需求的公式（县平均病床数）被设计出来，以确定医疗服务的必要规模。由于这一公式要求大多数县进一步削减医疗规模，最终结果与前述政策一样招致反对。然而，这次实际的削减计划交由县议会决定。尽管几乎没有医疗机构被关闭，但总的削减量也已与1995年的水平等同，达到了大约9000个床位。

作为对削减政策措施的反应，很多医院要求在国家参与下进行财政合并。政府也决定向医疗机构分配多余的财政资源以协助合并。然而，由于多余经费的分配并没有以改革或机构绩效为标准，财政状况的合并既没有实现行业重构也没有使医疗机构更加理性起来。

与支出削减同步的是，政府也同样致力于增加医疗保险基金的收入。减少骗缴的动机与防止削减收入的可能成为一个关键问题。因而，政府决定扩大缴纳人数并引入新的计算方法，实际上减少了雇员在医疗保险缴纳中负担比例^②。

2004年，医疗保险基金赤字再度飙升至新高，匈牙利政府对医院实施了一系列绩效限制条款。医疗保险基金对医疗服务的经费支持进一步缩减。表面上看，政府并未直接干涉，但对住院服务的行政控制实际上实行了长达5年的时间。从财政的意义上看，限制的做法效果显著；但从病人的视角看，却造成了众多不利影响：延误治疗、排队时间冗长等。医院面临两种选择：一是减少治疗措

① 公共福利部指导国家医疗保险管理局与个体医疗服务签署关于多大规模的协议。

② 几年后，匈牙利政府进一步减少医疗保险缴纳的比率，但质押医疗税的范围扩展和增加了。

施，许多病人无助地长期停留在等候名单中；二是实施所有可行手段来提高效率，但却增加财务负担，只能等待政府的财政援助。两个选择之间的矛盾显而易见，却无法解决（如当医院致力于解决某一部分的问题时，又会导致其他部分无休止的等待^①）。

2006 至 2007 年，匈牙利政府进一步实行削减措施，使等候名单变得更长。卫生部决定重新调整财政支出上限，将其设定为全部报告项目的 95%（Sinkó, 2008: 805 - 846）。同时，政府决定限制医院的医疗服务规模。医院被按照可提供的服务加以分级：部分医院能够提供最完备的医疗服务，而另一些医院只能从事略低水平的医疗服务（Mihályi & Molnár, 2006）。最高级别的包括诊所与重要地区的医院，最低级别的包括能力有限的小型地方医院。通常意义上，使用有限、资源和专业技术短缺、服务不足的医疗机构被强制关闭。然而，由于政治游说利益集团的介入，人为地扭曲了医院的分级努力。最终结果是只有 5 所医院被关闭，11 所转为慢性病康复中心，6 所能力有限的医院合并为 1 所。实际住院服务规模在总量上削减了 26%，即只剩余床位 15,500 个^②。

此外，2006 年的医疗改革中最显著的举措即引入综合性的共同支付计划。从 2007 年起，匈牙利政府实行所谓的“出诊费用”与“医院费用”两套机制。前者由病人根据医生上门看病的次数直接支付，后者则取决于住院天数。其费用标准均为每次出诊或每天住院花费 300 福林（约 1.1 欧元）。虽然收费适中，但仍成为执政党匈牙利社会主义党与反对党匈牙利青年民主主义者联盟之间的争议焦点。2008 年 3 月，两项费用均被列入关于社会议题的全民公投当中，以阻碍在任政府的既定政策、挑拨执政联盟关系。这次公投的结果的确对政府的政策表达了强烈的抵制，两项收费在绝对多数

① 这些情况下，医院尽可能在某些方面进行协调，但最终却造成其他方面等待名单无限延长。

② 其中的 7000 个床位转为慢性康复中心使用，这反而使康复中心的服务规模增长了 35%。

民众的反对下最终均予以废止。

（二）医疗机构与服务的私有化

1990 年代中期，两个牵涉众多利益相关人而相互对立的医疗模式逐步形成。自由主义经济学家与政治家、金融界人士（以保险公司为主）以及医疗领域的特定私人企业，支持私人保险计划与病人自掏腰包支付。随着上述团体的参与，公共财政支持的医疗空间减少，仅提供基本的医疗服务以及资助穷人。

社会政策专家、卫生经济学家与反对自由经济的政治家对医疗服务的设想则是另一个景象：居民能在大部分公立财政医疗体系内享受到由多种性质组织^①提供的免费医疗服务。共同支付方式或完全支付方式只能提供相对有限而较好的免费服务，而私人基金应当在自愿的前提下给予补充支持。

在过去 20 年中，私人以及私人资本在医疗领域的重要性持续攀升。私人参与者目前主要包括私人医生、家庭医生、私人诊所与专家、工厂医疗师、诊断实验室、补充服务（洗浴、清洁与保养等）提供者、药剂师、部分急救系统、绝大部分外资人造肾脏研制中心、以高科技为基础的医疗研究机构以及医疗保险公司等，共占医疗服务总量的 10% 左右。此外，国有药店完全私有化，90% 的人造肾脏研制中心与大约 1/3 的 CT 和 MRI 系统也由私人公司运作。同时，将近 90% 的家庭医生与 70% 的牙科服务机构实现了私有化。许多医疗专家在从事私人工作的同时受雇于公共部门。然而，除了诊断机构、牙科服务、皮肤病科、妇科以及其他补充服务外，私人提供者在专业门诊和住院服务方面的整体影响仍较为有限。

传统意义上的私有化，即所有权由国家转为私人，在匈牙利医疗部门中仍很稀少，除药店与教会医院外，大部分医疗机构的所有权仍掌握在国家手中。另一方面，功能性私有化成为主流趋势，不

^① 如私人的、非营利性的、市政的以及国有的组织。

仅盛行于基本医疗领域，其影响也扩及辅助医疗服务领域。不过，在辅助医疗服务机构中，私人投资主要限于特定的可盈利领域。而完全私有化的辅助医疗机构数量仍有限：截至 2008 年，150 家公立医院中只有不到 10 家实现私有化（他们只是由私人经营，所有权仍归国家^①）。

奇怪的是，政治转型 20 年后，仍未有医疗机构私有化的相关立法。由于现有的法律不存在限制私有化行为的条款，私有化进程在 1995 年严格的紧缩政策措施后开始实行。削减的医疗服务规模沉重打击了公立医疗事业，不存在任何财政储备。由于医疗机构所有者必须自行筹集设备更新与维护的资金，财政支持的不足使政府不得不寻求私人资本的帮助来发展医疗事业。政府与私人资本签署协议，在医疗服务如药品或补充部分以及其他领域展开合作。

为了应对自发私有化，两项尝试性的措施开始着手加以管理。其一是由匈牙利青年民主主义者联盟领导的议会多数派在 2001 年制定生效的政策。该政策确立“自由职业医生”的合法地位；鼓励公立医疗机构转变为非营利性组织，并将其规定为公立医疗机构私有化的唯一形式；禁止内部人员（医疗公司与制药商）转变为私有化投资者；但允许医疗机构的部分私有化行为。其二是另一项立法，内容为 10 年内禁止接受市县政府补贴的医疗机构私有化，这一法案牵涉到半数以上的公立医院。

2002 年政府换届选举后，由匈牙利社会主义党和自由民主联盟 - 匈牙利自由党组成的联合政府决定暂缓实行上述法案措施。卫生部透露消息称，该部门开始准备制定新的立法。实际上，一年后新的法规出台。新法案规定了医疗机构私有化的范围，允许医疗机构整体私有化，不允许部分私有化行为。另外，法案还欢迎包括盈利组织与内部企业在内的所有潜在投资者进入医疗领域，并特别鼓

① 尽管门诊医疗领域功能性私有化比率极为类似，但没有可靠证据证明或推翻这一估算。

励管理者购买以及雇员通过借助政府贷款的方式实现自行私有化。然而，新法案最终也未能付诸实施。宪法法院因该法案在议会通过的形式不符合宪法规定而判决其无效。尽管宪法法院仅批评了该法规立法过程^①并非议案内容本身，但政府并未将其再度提交议会审议。

尽管上述两项立法尝试均以失败告终，医疗机构与服务的私有化进程并没有终止，公立医疗机构向非营利性组织的转变也已经开始。虽然法律上并不存在阻碍私有化过程的规定，但私有化范围与程度仍然有限。这一过程中，只有不到 10 家医院由私人接管。未来希望寄于两个主要投资方，不过 2009 年其中一家破产。企业破产伴随着不利的财政条件以及对现有规则的不尊重，这些都不利于增加该领域的私人投资。再者，公众仍对私人企业进入医疗部门抱有怀疑态度，医疗职工也对私人管理层持有歧视心理。

医疗领域内最雄心勃勃的私有化计划当属保险体系本身的私有化。2006 至 2008 年执政联盟中较小的一个党派执掌着卫生部，该党计划设立多级保险体系，其中强制性医疗保险由相互竞争的私人基金提供。而势力较大的匈牙利社会主义党更倾向于权力下放式（地区化）的发展模式^②。最终，两党达成了建立地区性医疗基金的妥协。该基金的所有权归国家，但管理权则交由私人（财政的）投资者。相关政策立法虽然通过但却也未能付诸实施。由于共同支付方式等改革措施在 2008 年 3 月的公投中遭到强烈否决，政府不得不提议废除医疗保险基金的所有相关法案，议会表决支持了该动议。

① 法律通过后，匈牙利共和国总统对其行使否决权，并重新发回议会审理。议会决定不考虑总统的建议而直接驳回总统的否决。宪法法庭判定议会违宪，没有履行“重新审议”的义务。

② 2004 年全民公投后，该党立场变得特别谨慎。由于未达到足够支持选票，公投无效。不过，公投结果和相关民意测验都确认，在医疗领域私有化问题上，相当多的匈牙利社会主义党成员反对了本党的政策立场。

（三）管理式医疗

1999 年，匈牙利政府同意引入所谓的“管理式医疗”试验。该试验将美国的“管理式医疗体系”与英国“家庭医生基金持有模式”相结合。匈牙利试验最初涵盖 9 个项目，涉及不同地区的 16 万人。3 年后，覆盖人数增至 50 万^①，2004 年涉及人数突破 95 万^②。该试验预期考察管理式医疗体系^③能否达到削减开支、提高医保效率与质量的目标。在该试验项目中，医疗协调员（care coordinator）根据参保人数从医疗保险基金处领取资金，他们有权自由决定与哪些医疗服务提供者签署协议。医疗协调者为病人联系医疗服务机构，所花费的费用由协调者支付。同时，从技术层面而言，协调员的业绩出现超过三个月的赤字就将剥夺其资格。

最初对该试验的评价极为积极：该项目内的医生取得了比其他地区医生更高的收入，病人也反映得到了更多的关注与更好的医疗服务，疾病预防体系同样受到关注，医疗开支显著下降，医疗协调员的财务状况也保持平衡。因此，政府决定将该项目扩展至 200 万人^④。

然而，现实情况与雄心勃勃的目标并不一致。匈牙利国家审计署的报告给予该项目十分消极的评价，该报告也激发了更加强烈的舆论反对（ÁSZ, 2006）。批评的焦点集中在三个方面：1. 该项目试验时间过短，不足以评价病人的医疗条件的变化；2. 绩效优异的项目有利于增加财政收入，因而管理式医疗的财政平衡效果并非如此明显；3. 医疗协调员经常将无力支付昂贵费用的老弱病人拒之门外，造成病人间的等级分化。因此，即使 1999 年该项目获得了所有党派（一致同意）的支持，还是在 2008 年政府资助的医疗改革政策失败后而一同终止，议会以多数票同意了最终废除管理式

① 大约 20 个参保人中就有一人参与。

② 将近总人口的 10%。

③ 包括协调优化、病例监控、各财政子系统间资源分配等。

④ 即人口的 20%。

医疗计划（Baraczka & Mihályi, 2009）。

四、不足之处

（一）搭便车与腐败

虽然匈牙利医疗领域经历了一连串的变化，但该国的医疗文化管理仍旧问题频现。医疗保险的风险继续由国家承担，医疗保险基金也归国家运行，大部分医疗机构从属于公共部门并由其承担医疗管理责任。然而，特定服务领域的私有化以及私人行医与私有医疗设施的增加强化了公私合营的双重结构。在辅助医疗领域，许多受雇于国家的医生同时从事私人医疗活动。利益冲突并未得到妥善的调和，现行的法律规章也得不到尊重。公立医疗设施的“搭便车”行为随处可见。一个典型的双重角色滥用例子是，医生在公立医疗机构中为病人诊断检查收取（高额的）费用，随后又以私人医生身份出诊为病人提供私人服务，并再次收取费用。

除了上述提及的“搭便车”现象外，五花八门的腐败与欺诈行为持续阻碍着医疗卫生部门的正常运作。为创造更多收入，资金紧张的各医疗机构绞尽脑汁，倾向于进行不必要的治疗、将不同病例归为同一类收费病例、对未完成的医疗活动也予以记录和报告、虚报病人住院天数等等。此外，许多医生通过兼职、灰色费用和酬金等方式弥补其低工资。原则上，收取红包属于违法行为，而酬金则在纳税范围，但是医生很少将这部分收入向税务部门上报。在很多地区，病人在手术前向医生塞红包的现象十分普遍，大部分原因在于病人心中对不确定性和不当医疗的恐慌，期望通过红包等形式获得安全感。此外，社区医疗中的部分医生据说收受制药商的回扣，在开处方药时存在“指定用药”的现象。

（二）不健康的医疗文化

与本地区内的其他国家相比，匈牙利面临着更为严峻的公共医

疗问题。该国国内某些地区的人口健康指标极不理想。尽管预期寿命有所增加，匈牙利仍然落后于维谢格拉德其他国家（图 3）。匈牙利民众寿命比维谢格拉德其他三个国家的平均水平低 2 年，并且在过去 20 年中一直没有改变（Egészségjelentés, 2010）。

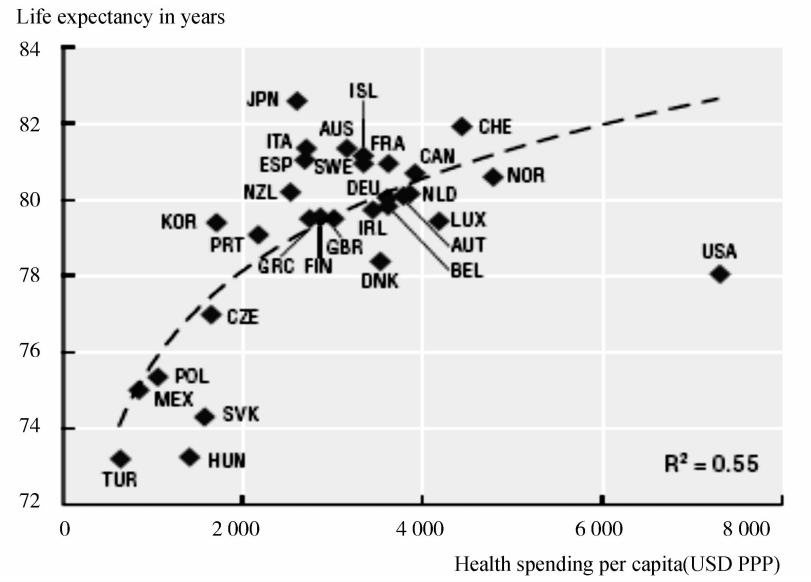


图 3 医疗支出与平均寿命

资料来源：OECD 组织医疗数据（2009），参见 OECD 网站：<http://www.oecd.org/health/healthdata>。

匈牙利医疗相关的道德问题指标高于其他三国 20% - 100%，重病指标则高出 20% - 70%。只有抑郁症指标，匈牙利维持在平均水平（Egészségjelentés, 2010）。50 岁以上男性的健康指标最为糟糕，死亡率的居高不下令人担忧。较差的健康指标部分反映出居民不健康的生活方式与对疾病预防的忽视。2008 年，用于疾病预防的财政预算只是 2001 年的三分之一。医生传统态度的转变极为缓慢：他们倾向于频繁开药；很多全科医生不坚持“门槛”而进行不必要的转诊；医疗干预的数量仍旧很高；不必要的住院现象普遍存

在（图4）；住院服务常常出于某种社会目的。由于无效的预防措施和传统态度，匈牙利记录的手术率与住院率均居高不下（是欧盟平均水平的两倍左右）。

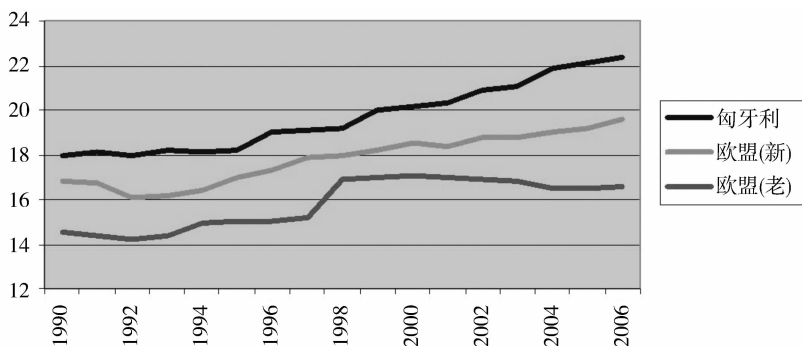


图4 匈牙利每百位居民中的住院人数（1990 - 2006）

资料来源：Egészségjelentés（2010）。

公众情绪同样反映出强烈的传统倾向，大多数居民强烈支持统一的医疗体制而反对私有化。全民免费获得医疗成为主流价值，共同支付作为一个一般原则仍缺乏吸引力。两次公投以及相关投票都充分体现出涉及医疗问题的敏感性。出于同样的原因，保险原则并未被严格履行。获得医疗服务的渠道日趋普遍，而且出于政治上对支持度暴跌和社会矛盾的忌惮，免费服务的“基本项目”仍没有明确界定。

（三）软弱的社会行为体

在不同的公共政策领域，各种各样的社会行为体发挥了不同程度的作用。在医疗领域，社会行为者十分依赖政党与政府，这使其利益代表过于政治化。尽管政策制定的组织化利益影响有限，但现存利益集团对政府克服医改缺陷造成很大障碍。

匈牙利医疗专业人士建立了三个行会组织：分别为1989年建

立的“匈牙利医药协会”（Hungarian Medical Chamber）、1994年建立的“匈牙利制药业协会”（Hungarian Chamber of Pharmacists）以及2003年建立的“专业医疗工作者协会”（Chamber of Professional Health Workers）。这些行业组织负责制定医疗行为的道德准则，并有权制裁违反准则的行为，同时它们在专业培训与继续深造方面也发挥着重要作用。他们有权调查各项医疗事件，同时匈牙利医药协会对医生与国家医疗保险管理局之间签订协议的条款具有否决权。1994年，这些行业组织的成员身份转为义工，但他们同时也获得某些规制性的权限。2007年，由于行业组织在政治上反对卫生部，其义务成员身份被废除，其权限也遭到削减。另一些比较重要的专业性组织还有“医院联盟”（Alliance of Hospitals）和“医疗财政管理者协会”（Association of Health Financial Managers）等，他们在涉及医院财政问题时持有相似观点。

匈牙利的政体转型也导致了贸易联盟的多元化。在地区、行业以及国家等层次上都出现许多新的贸易联盟。在医疗领域，“医疗工人民主联盟”（Democratic Trade Union of Health Workers）是规模最大的联盟组织。贸易联盟与匈牙利医药协会的领导经常超越政党边界，活跃于各种利益协调过程当中。不过，虽然他们声势很大，也时常游行示威以表达利益，但其对政策制定的影响却极为有限。1997年和1998年，联盟的整体声誉持续下降，特别是“匈牙利贸易工会国家联盟”（National Confederation of Hungarian Trade Unions）。那个时期里，医疗保险基金在自我管理运作中的财务丑闻遭到了媒体的揭发。

自匈牙利政体转型以来，由病人组成的各类团体也星罗棋布地迅速发展起来。超过100个团体组织登记在册，其中大部分是根据各类疾病分类而设立的^①。有些组织代表特定病人利益，另一些则

^① 事实上，一些组织基本上就是“独角戏”。对他们而言，媒体出镜率比提供立法建议显得更重要。

关注病人权利并提供法律保护。病人利益团体逐渐出现，但在许多年中其影响力有限（Heuer, 2002；Molnár, 2001）。病人团体在各种咨询与协调机构中拥有代表权，包括国家医疗理事会、地区性医疗理事会、医院监管理事会以及相关病人排队候诊事宜的专门协调委员会等。他们也参与药品价格的协商过程。此外，这些团体可以自由地在议会和卫生部登记注册，纳入立法和行政的义务咨询体系之列^①，不过他们的建议却很少被采纳或兑现。政策影响力的缺失或可以此类团体在财政与管理方面存在的缺陷加以解释，即组织能力弱且专业知识与能力有限。碎片化、巨大的政治分歧以及个体利益的冲突，都严重阻碍着病人团体利益代表的有效实现。

（四）病人的权利

即使在维护病人利益最佳实践领域仍存在很多缺陷，从政策影响角度考虑，维护病人权利的最佳实践者当属成立于1989年的“连锁联盟”（Chain Alliance）与成立于1994年的“维护病人权利基金会”（Advocate Foundation for Patient Rights）。前者是一个针对慢性病病人与残障人士的27个相关组织的保护伞。其领导层和专家团队比其他任何单一组织更具专业知识和影响力。特别是在1997年，正是该组织全面参与了医疗健康领域新立法的起草过程，但其后，由于该组织内部的个人冲突导致其地位江河日下。

维护病人权利基金会发源于1989年所谓的“东西方生物伦理对话”（East – West bioethics talks），这一对话活动成为主张病人权利的催化剂。由于1989年的对话活动得到美国的全程赞助，而且随后美国还提供了一系列的奖学金、书籍与研究资料来帮助匈牙利开展学术研究、政策实施等。匈牙利后来编制整理完成的关于病人

① 有关某一特定法案的，部长有义务咨询受到立法计划影响的社会利益集团。这些利益集团有必要到相关部门登记注册，并得到相关法案草案以提出建议。当在议会登记注册后，他们还有可能出席相关委员会的讨论。

权利的具体文本“受到盎格鲁－撒克逊学派立法理论的激励，不仅包括权利的一般表述形式，还涉及如何通过法律确保权利的有效行使”（Exter & Sándor, 2002）。

1994年，当医生、生物医学家、社会学家、律师以及生物医学领域咨询顾问计划着设立“维护病人权利基金会”（Advocate Foundation for Patient Rights）时，他们选择复制瑞典的成功实践。该基金会的主要目标被设定为监督相关法律与条例的实施、形成政策建议、试验新的解决方案与机制等。基金会与国内外相关团体努力开展合作，以增进病人权利并扩大在相关医疗议题领域的公众影响力（Civil szervezetek, 2000）。基金会设立了病人权利咨询中心，为那些遭受虐待、伤害和脆弱的病人提供法律援助。

当匈牙利政府福利部着手起草医疗健康领域的新法规时，匈牙利生物伦理专家受邀参与到起草工作组当中，为未来的法律规定和制度安排撰写研究和政策建议。在起草涉及病人权利的章节时，涉及的具体权利大部分归功于维护病人权利基金会相关专家的尽力争取。基于索罗斯基金资助的相关试验计划的成果（Sándor, 2004），当草拟法案的最终版本时，他们已能够掌握维护病人权利的实践经验。

草案出台后，只有匈牙利医药协会因为担心医生将失去对医患关系的（专业）控制而表示强烈反对（Gyukits, 2001）。此外，反对维护病人权利立法的动机还有很多，如医疗专业领域的家长式传统；维系红包收入的特定医疗利益团体；匈牙利医药协会内部道德委员会关于医疗道德问题的偏好等等。

历经两年的筹备与酝酿，《健康医疗法案》（*Act on Health Care*）在匈牙利议会获得通过。虽然议会内所有政党都基本支持主张病人权利，但由专家起草的关于病人权利的章节还是被修正、淡化了。随着新的维护病人权利相关机构的建立，在法案中涉及的相对广泛的病人权利得以付诸实施。然而，真正的困难之处在于具体的实施阶段，法律精神与现实世界相冲突，这在匈牙利相当常见。

早先的试验计划已经显示出维护病人权利的努力将必然面临极大的非难。这源于地方管理者担心收受红包等行为会遭受司法调查甚至判决。一段时间过后，他们发现自己的担心是多余的，也就接受了维权者的存在。不过，这并不意味着地方管理者会支持维权活动，他们不会向维权者提供展开工作而必要的办公室、电话或其他办公设备（Polecsák, 1999）。虽然，医疗法案于1998年中期开始实施，但全职维权者直到2000年1月才正式投入工作^①。维权工作人员不超过60名，但他们一年要处理将近8000例案件。原则上而言，他们的工作必须涵盖所有服务提供者。但是这些机构超过40,000家，维权者的工作则主要限于医院，对于其他服务提供者只考察简要信息（地址、电话等）。

与最初设想中具有较强权限相反，界定与管理地方冲突、调解争端、防微杜渐等成为他们保护病人权利、向病人和医疗人员说明病人权利以及维护相关法律环境的有限途径。由于他们有权接触相关文件信息，他们有义务协助病人对侵犯权利的行为向政府申诉，并帮助病人了解相关医疗文件、撰写申诉文件等。

维护病人权利起初从属于国家公共健康与医药人员服务机构。2002年议会选举结束后，当年7月4日通过立法决议案将其设置为独立的维权体系。随后，2004年1月5日，当时卫生、社会与家庭事务部（Ministry for Health, Social and Family Affairs）颁布行政法令，维护病人权利的雇员从国家公共健康与医药人员服务机构转入新设立的“病人权利公共基金会”（Public Foundation of Patient Rights）。该基金会受社会事务与劳工部（Ministry of Social Affairs and Labour）监管，负责组织会议与培训、发布信息以及就相关法规提出建议。在对病人进行的访谈中获悉，尽管维护病人权利等相

① 2000年，58名维权者开始工作，8年后52名维权者与8名志愿者仍旧从事该服务。他们大约一年处理8000件相关病例。原则上而言，他们的工作覆盖全国所有的医疗服务提供者（大约有4万个），但事实上其影响力仅限于医院，经常被其他服务提供机构拒之门外。

关组织已成立了十年有余，但大部分病人仍不知道该组织的存在。此外，很难期待，一个病人因为脆弱和服从而向医生塞红包时能够意识到要申张其自身权利。

五、医疗改革的政治

匈牙利政体转型 20 年后，国家医疗领域的状况变得相当模棱两可。一方面，一系列制度变迁使得消费者、服务提供者与财政提供者之间相互分离；规制、监管与监控的机制就位；新型财政体系得以建立；病人权利得以维护；政策咨询机构初步成立；医疗专业人员与病人团体的代表权制度化。另一方面，医疗领域的管理和医疗机构的运行机制仍受到不健康的医疗文化模式和机制的影响而停滞不前。消极因素主要包括：公共医疗条件落后、搭便车现象严重、利益冲突无法解决、腐败、疾病预防得不到足够重视、医院设施被滥用、手术率居高不下、病人承受能力低、社会行为者作用较弱、对私有化的恐惧以及对法律法规漠视等等。

许多年中，医疗领域花费超过收入。1990 至 2002 年间，中央财政预算每年不得不支付 300 亿至 800 亿福林，才能弥补医疗保险基金的赤字。2002 年后医疗保险的赤字急剧飙升至 3000 亿福林。2006 至 2007 年政府财政政策成功解决赤字问题，赤字一度被成功削减，并出现了历史上首次的盈余。赤字有效削减得益于官僚管理模式，其将命令与控制机制用于政策中。

2006 至 2008 年的政府将医疗改革置于各种改革的首要位置。通过松动现存部门结构从而削弱利益集团能力。政府医疗改革的最终目标在于私有化医疗保险体系并为民众创造新的医疗环境，使其在各种竞争的私人基金中自由选择。

在匈牙利，如果政府得到稳定的议会支持，反对党就无法通过法律途径推翻内阁或某个部长。在这种情况下，反对派只能通过抵制政府政策或引导民意反对现任政权，向政府施压、以法律或政治

形式阻碍政策提出。反对派可以要求宪法法庭介入，但这也只能阻碍政府政策以防其与法律不符或违宪。反对派也可以通过全民公决的形式进行反抗，不过只有在至少 1/4 的选民支持公投的情况下才能实施。

2006 年，反对派无法迫使丧失信誉的总理下台，于是转而反对政府所有政策提案。这对医疗部门而言，意味着拒绝任何削减、降低能力、私有化和共同支付等提案。选民则倾向于在医疗议题上反应情绪化，致使政府通常有意避免涉及该类敏感议题，除非财政处境已相当困难。2006 至 2007 年严格的财政措施大幅削减财政开支，致使卫生部长成为最不受欢迎的政治人物。医疗方面高收入补充开销，不过政府出于竞争考虑，本已很高的税收使得增加收入计划不可能实现。原则上而言，私有化与共同支付计划能使收入增加，但是在极化政党体系下的两党竞争扼杀两项政策的实施。

私人行为者在医疗部门早已存在，他们既是重要的服务提供者，也在特定领域发挥关键作用。不过，在现行财政规定下，更进一步的服务合约或整个医疗机构的私有化都不是有吸引力的政策选择。这使得公共保险私有化计划只能在引入私人投资方面有所作为。公众对共同支付计划态度相当模棱两可。一方面，共同支付在药品部门存在已久，私人服务（牙科等）自掏腰包已被广泛接受。另一方面，象征性的出诊费与相对降低的住院费却被选民拒绝。

由于公众并不支持医疗机构私有化与共同支付方式，反对党匈牙利青年民主主义者联盟借机强烈要求加以抵制。当匈牙利青年民主主义者联盟赢得针对出诊费和住院费用的公投时，正是时任总理 180 度大转弯地改变了政策立场。医疗改革最终被迫中止，政府联盟解散。共同支付政策与医疗保险基金私有化计划均被放弃。

今年匈牙利青年民主主义者联盟选举获胜并得到议会特定多数席位。因此，现任政府在医疗政策领域享有不受限制的立法自由。然而，民众对私有化的强烈反对以及共同支付政策的过往遭遇，使得现任政府在政治上不可能再继续实施医改。因此，作为 1990 年

以来最强势的一届政府，只能在有限的政策领域进行选择。保持政治地位、引入强有力的中央管理能力和医疗管理的权力分散化则是最主要的三大选择领域。

参考文献

- ÁSZ (2006). Jelentés az Irányított Betegellátási Modellkísérlet Ellenőrzéséről, 0508. Budapest: állami Számvevőszék.
- Baraczka, M. & Mihályi, P. (2009). Egészségügy 2008: A Kontrollok Éve. In Sándor, P. & Vass, L. Eds. *Magyarország politikai évkönyve 2008 –ról. II. Kötet*: 1120 – 1151. Budapest: Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány.
- Bihari, M. (2005). Magyar Politika 1944 – 2004. Politikai és Hatalmi Viszonyok. Budapest: Osiris Kiadó.
- Blasszauer, B. (2010). Egészségügyi Törvény – betegjogok. Egy Kísérleti Program Hazai és Külföldi Visszhangja. From: <http://www.szoszolo.hu/06tanulmanyaink/frindex.htm>.
- Bozóki, A. (2003). Politikai Pluralizmus Magyarországon 1987 – 2002. Budapest: Századvég.
- Civil szervezetek (2000). A Betegek Jogaiért. *British Medical Journal Magyar Kiadás*, 1.
- Dózsa, C. (2008). 2006 – 2007 – es Évek az Egészségügyben: Reformtervek és Programok Kavalkádja. In Sándor, P. & Vass, L. Eds. *Magyarország Politikai Évkönyve 2007 –ról. II. Kötet*: 889 – 914. Budapest: Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány.
- Egészségjelentés (2010). Jelentés egy Egészségben Elmaradott Országból Vitrai, J. et al. Budapest: EgészségMonitor.
- Exter, D. A. & Sándor, J. (2002). Eds. *Frontiers of European Health Law: Yearbook*, 2002. Rotterdam: Erasmus University Press.
- Gaál, P. (2004). *Health Care Systems in Transition*. Hungary. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

- Gallai, S. (2003a). Politikai Rendszerváltás Magyarországon. In Gallai, S. & Török, G. Eds. *Politika és Politikatudomány*: 225 – 237. Budapest: Aula Kiadó.
- Gallai, S. (2003b). Magyarország Politikai Intézményrendszere. In Gallai S. & Török, G. Eds. *Politika és Politikatudomány*: 347 – 394. Budapest: Aula Kiadó.
- Gyukits, G. (2001). Betegjogi Képviselő a Kórházban A Szószóló Alapítvány Kezdeményezésének Mérlege. *Esély*, 6: 58 – 81.
- Heuer, O. S. (2002). *Betegjogok Magyarországon – Szabályok és Gyakorlat*. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért.
- Kornai, J. (2009). The Soft Budget Constraint Syndrome in the Hospital Sector. *Society and Economy*, 31: 5 – 31.
- Körösényi, A. & Tóth, C. & Török, G. (2003). *A Magyar Politikai Rendszer*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Mihályi, P. & Molnár, L. (2006). Az Egészségügyi Reform első Szakasza. In Sándor, P., Tolnai, Á. & Vass, L. Eds. *Magyarország Politikai Évkönyve 2006 –ról. I. Kötet*. Budapest: Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány: 409 – 464.
- Molnár, A. (2001). A Magyar Betegjogi Szabályozás a Nemzetközi Rendelkezések Tükrében. *Lege Artis Medicinae*, 8 – 9: 597 – 610.
- Pew (2009). Two Decades After the Wall's Fall & End of Communism Cheered But Now with More Reservations. The Pew, Global Attitudes Project, Pew Research Center. From: <http://pewglobal.org/files/pdf/267.pdf>.
- Polecsák, M. (1999). Ed. *A Betegek Jogai*. Budapest: Vince.
- Sándor, J. (2004). Ombudspersons and Patients' Rights Representatives in Hungary. In Macknney, S. & Fallberg, L. Eds. *Protecting Patients' Rights? A Comparative Study of the Ombudsman in Healthcare*: 55 – 76. Abingdon: Radcliffe Medical Press.
- Sinkó, E. (2008). Az Egészségbiztosítási Rendszer Átalakításának Menete. In Sándor, P. & Vass, L. Eds. *Magyarország Politikai Évkönyve 2007 –ről. II. Kötet*: 805 – 846. Budapest: Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány.

- Temesi, I. (2000). Local Government in Hungary. In Horváth, M. T. Ed. *Decentralization: Experiments and Reforms*. 1: 344 – 384. Budapest: Open Society Institute.
- Tökés, R. (1998). *A Kialkudott Forradalom. Gazdasági Reform, Társadalmi Átalakulás és Politikai Hatalomutódlás 1957 – 1990*. Budapest: Kossuth Kiadó.
- (责任编辑: 容 绛)

欢迎订阅《公共行政评论》

《公共行政评论》(Journal of Public Administration, JPA)是经国家新闻出版总署批准(刊号为CN 44-1648/D),由广东省出版集团有限公司、广东省行政体制改革研究中心主办,教育部人文社会科学重点研究基地中山大学行政管理研究中心、广东省行政管理学会协办的公共行政类专业学术期刊。其办刊宗旨为:倡导规范严谨的研究方法,提升公共行政研究质量;回应公共行政实践,建构公共行政学本土化理论;跟踪国际公共行政理论前沿,展开建设性的学术对话;弘扬公共精神,服务我国公共行政实践。

《公共行政评论》于2008年正式创刊,双月刊,逢双月15日正式出版。每期定价为18元,全年6期共108元。单位或个人需订阅者,请到当地邮局或将书款邮寄到本刊编辑部进行征订。汇款时请务必在备注栏中注明订阅期数。

订阅地址:广州新港西路135号中山大学行政管理研究中心
《公共行政评论》编辑部

邮政编码:510275

联系电话:020-84038746