

新加坡医疗服务监管研究

苏苗罕^{1*} 宋华琳²

1. 中央财经大学法学院 北京 100081

2. 南开大学法学院 天津 300071

【摘要】新加坡建立了完善的医疗服务监管体制,包括对医疗机构、医疗职业、医疗行为质量、医疗服务价格的监管,以及完备的医疗服务筹资机制。在医疗监管协调机制建设、卫生资源合理分配、健全筹资体系等方面,新加坡的经验都值得我们借鉴。

【关键词】医疗服务;政府监管;职业监管;医疗筹资

中图分类号:R199.339 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2008)02-0052-06

On health service regulation of Singapore

SU Miao-han¹, SONG Hua-lin²

1. Law School of Central University of Finance and Economics, Beijing 100081, China

2. Law School of Nan Kai University, Tianjin 300071, China

【Abstract】Singapore has a perfect system of health regulation, including regulation of medical institutions, medical profession, quality of medical practice, price of medical care, and of an entire medical financing mechanism. Experiences from Singapore offer many valuable references for our medical care reform, such as construction of coordination mechanism of health regulation, reasonable distribution of medical resources, and perfecting financing system.

【Key words】Health service, Government regulation, Professional regulation, Medical financing

新加坡共和国国土面积 626.4 平方公里,城市面积占绝大部分。2005 年,新加坡用于医疗服务的

费用为 76 亿,仅占 GDP 的 3.8%。其中,政府出资部分为 18 亿,占 GDP 的 0.9%。新加坡现在的婴儿

* 基金项目:卫生部 2008 年政策研究课题资助。

作者简介:苏苗罕,男(1980 年-),博士,主要研究方向为行政法学、能源监管、医药卫生监管。

(接上页)

- [4] 张季风. 战后日本农村剩余劳动力转移及其特点[J]. 日本学刊, 2003, (2): 78-94.
- [5] 姚秀兰. 论台湾户籍法律制度及其借鉴[J]. 环球法律评论, 2005, (2): 237-243.
- [6] 肖辉英. 德国人口流动与经济发展[J]. 世界经济, 1998, (8): 42.
- [7] 李延平. 德国英国卫生监督管理考察与思考[J]. 中国卫生监督, 2005, 12(3): 205-208.
- [8] Cappelletto F, Merler E. Perceptions of health hazards in the narratives of Italian migrant workers at an Australian asbestos mine[J]. Social Science & Medicine, 2003, 56(5): 1047-1059.
- [9] Marcelli E A, Lowell B L. Transnational Twist: Pecuniary Remittances and the Socioeconomic Integration of Authorized and Unauthorized Mexican Immigrants in Los Angeles County[J]. International Migration Review, 2005, 39(1):

69-102.

- [10] Black N. Migration and health[J]. British Medical Journal, 1987, 295(6598): 566.
- [11] 赵德建. 美国农村劳动力转移的启示[J]. 岱宗学刊, 2005, 9(2): 31-32.
- [12] 哈克. 印度农民工权益的保护[J]. 中国建设信息, 2004, (6): 30.
- [13] 于静文. 国外农民怎样弃村进城[J]. 中国经济周刊, 2004, (28): 36.
- [14] 攸娟. 美国社区管理管窥[J]. 城市管理, 2004, (5): 51-52.
- [15] 陈宝珍. 流动人口:目前我国传染病爆发流行的高危区[J]. 中华流行病学杂志, 1995, 16(1): 50-51.
- [16] 安玉贵, 左晨, 刘福文. 北京市外地来京人员卫生防疫管理现状探讨[J]. 中国公共卫生管理, 2004, 20(1): 31-31.

[收稿日期:2008-10-21 修回日期:2008-11-12]

(编辑 田晓晓)

出生死亡率为世界最低(与冰岛相同),预期寿命也位居世界前列。^[1]“无论是从筹资效率还是从医疗服务的效果来看,新加坡所拥有的医疗服务体系都是世界上最为成功的”。^[2]

1 新加坡医疗服务监管体制

新加坡医疗服务监管体制是一个多层次体系,由新加坡卫生部、部内设立的法定委员会和中央公积金局等机构组成。

1.1 新加坡卫生部

新加坡卫生部作为主管医疗服务的政府部门,负责制定新加坡医疗服务监管的总体政策,对所有医疗机构,如医院、疗养院、临床实验室、普通诊所和牙科诊所等进行注册审批和监管,同时也就医疗服务监管机构的表现对议会负责。

该部内设的医疗监管司是负责上述职能的主要机构,其职责是对医疗机构、中医执业行为和生物医学科研等进行监管,提高医疗标准和安全性。其中内设许可和认证处,负责对医院、诊所、牙科诊所、临床实验室、护理/母婴护理院等机构的注册和认证;生物医学科研监管处,负责对生物医学研究进行监管;临床保证和审计处,负责对医疗机构的临床表现进行审查,组织对临床治疗的审计;传统和辅助医疗处,负责对中医和其他辅助医疗服务进行监管。

1.2 新加坡卫生部内设委员会

新加坡卫生部内设两大法定委员会,包括负责国民健康促进和疾病预防的新加坡卫生促进委员会与负责卫生产品监管的新加坡卫生科学局,以及 5 个职业委员会,即对医疗职业实施监管的新加坡医师理事会、新加坡护士委员会、新加坡牙医委员会、新加坡药师委员会和新加坡中医师管理委员会,承担对医师、护士、牙医、药师和中医师的职业注册管理和监管。

1.3 新加坡中央公积金局

新加坡人力资源部内设的新加坡中央公积金局是主管保健储蓄、健保双全和保健基金以及乐龄健保计划的行政部门,是会同卫生部执行医疗服务筹资政策的重要机构。

2 新加坡医疗服务监管的法律体系

完善的医疗行业法律法规体系,是政府监管的

法律基础和依据。新加坡医疗服务行业的法律体系主要包括:

2.1 关于医疗服务主体监管的立法

医疗机构监管的立法,如《私立医院和诊所法》。

医疗职业监管的立法,如《隐形眼镜执业者法》、《牙医法》、《西医注册法》、《护士与助产士法》、《药师注册法》和《中医执业者法》。

2.2 有关医疗服务行为监管的相关立法

一般医疗行为立法,如《预先医疗指示法》、《西医(治疗、教育与研究)法》。

特殊医疗服务行为立法,如《人类克隆与其他禁止实施的行为法》、《人体器官移植法》、《终止妊娠法》、《自愿绝育法》、《传染性疾病法》(由卫生部与国家环保局共同实施)、《精神障碍及治疗法》。

2.3 其他与医疗服务监管相关的立法

药品及有关物质监管立法,如《卫生产品法》、《药品法》、《药品(广告与销售)法》、《毒物法》、《毒品销售法》。

其他医疗服务领域的相关立法,如《生物媒介与毒物法》、《辐射防护法》、《日内瓦公约施行法》、《卫生促进委员会法》、《卫生科学局法》、《医疗与老年看护捐赠计划法》、《新加坡红十字会法》。

3 新加坡医疗服务监管的具体制度

3.1 医疗机构监管

新加坡卫生资源丰富,400 多万人口拥有 2 000 多家医疗机构,其中政府举办的综合医院和专科医院 13 家,综合诊所 18 家,私人举办的医院 16 家,私人诊所 1 900 多家,还有私立医药机构。

3.1.1 公立医疗机构

新加坡公立医疗机构在最近二十余年中进行了几次比较重大的改组,具体分为两大方面,一是从公司治理结构的角度对医院进行的重组,二是对公立卫生保健系统根据地理分布进行的重组。

(1)重组公立医院。新加坡政府从 1985 年起,开始对其所属医院进行重组,将其所属的全部 8 所急诊医院和 5 所专科医院,变成政府 100% 拥有产权,但以公司形式进行运作的重组医院。政府把医院交给管理公司之前,会协助医院改善硬件设施,承担建造新医院时的基础建设费用。重组后,医院的

管理权转交给有限公司,由各方面代表组成公司董事会,由董事会制定医院的发展规划、方针和政策,审批收费标准和大型设备、基建项目的经费使用等,任命医院行政总监(院长)全面管理医院,行政总监向董事会负责,定期汇报工作,医院拥有对员工定期晋级、加薪、财务收支等自主权。改革中引入了商业会计系统,从而能提供更精确的运营费用数据并逐渐渗透更多的财务原则和责任。重组医院每年仍旧接受政府提供的医疗服务补助。政府通过卫生部对医院进行政策指导。一些敏感问题如调整医疗服务价格等仍要提请政府批准。

在医院重组之后,卫生部又有了新的职能定位。首先,卫生部是卫生保健政策的制订者和卫生法规的协调者;其次,卫生部以病例分类制度为基础,再以服务等级的津贴指标来补偿医院,饰演卫生保健服务购买者的角色;第三,医院资产的拥有者是卫生部。新加坡的公立医院按照《公司法》建立医院公司,并且遵守竞争法和其他适用私有企业的商业法律。与自主化管理的医院相比,公司化公立医院的经营者拥有更多的对投入、产出的控制权,对医院收入结余有更大的支配权,同时也对医院的损失负责。总之,新加坡通过医院的重组实现了所有权和经营权的彻底分离,明晰了医院的产权,明确了政府的作用,使医院在享有经营自主权的同时保证不丧失社会公益性。

(2)整合公立卫生保健系统。在对医院内部的管理体制改革基本完成之后,新加坡政府从 1999 年开始,按照地理分布把公立卫生保健系统重新整合成两大垂直网络,即位于新加坡西部的国家卫生保健集团(the National Healthcare Group, NHG)和新加坡东部的新加坡医疗服务集团(Singapore Health Services, SHS)。

整合之后, NHG 和 SHS 仍然是完全国有的,仍作为非营利性组织进行管理。政府向医院提供年度财政拨款,并向病人提供政府津贴。两大集团必须与卫生部就临床指标、医院指标、临床服务类型、津贴服务、人员培训等内容签定协议,服从政府和卫生部的政策指导,并可以保持管理上的独立性和灵活性,以更好地适应病人的需要。两大医疗服务集团的垂直整合,有利于医疗机构之间的合作,有利于实现规模经济。集团之间的有序竞争也促使他们提高

医疗服务质量,同时确保医疗费用始终是民众所能承受的。

3.1.2 私立医疗机构

除了上述公立的医疗机构体系外,新加坡还拥有从事中长期医疗服务的机构,主要分为两类:家庭医疗服务机构和社会医疗服务机构。这些医疗机构是由自愿性福利机构或者私立机构创立的。新加坡的私立卫生机构,无论是基础设施,还是医疗设备,都是自行出资解决的。

此外,新加坡现有的中医院及诊所也都是私立医疗机构。新加坡现有中医医疗机构 30 余所,另有中药店千余家。药店内常设坐堂医诊室。从设立资金的来源来看,包括商家投资、团体集资和慈善事业专款。

为了规范私立医疗机构的管理,新加坡制定了《新加坡私立医院和诊所法》,还制定了《私立医院和诊所(宣传)条例》。

3.1.3 公立与私立医疗机构的分工

新加坡医疗服务提供的分工比较明确。初级医疗服务包括预防性医疗服务和卫生教育,由 18 家综合诊所和大约 2 000 名私人执业医师提供。由国家予以补贴的一站式医疗服务中心提供门诊医疗服务、病人离院康复治疗、免疫、健康检查和教育、医疗器械检查和药品服务。初级卫生保健私人执业者提供了 80% 的初级卫生保健服务。公立的联合诊所与主要由两大医疗服务集团即 NHG 和 SHS 经营的医院,提供了 20% 的初级医疗服务。二级和三级专家服务由公立医院和私立医院共同提供。在费用更为高昂的住院医疗方面,公立医院提供了 80%,私立医院仅提供了 20%。

私营机构在初级保健服务方面费用较低,而且由于市场竞争,一般都能有效地将初级保健服务的价格维持在低水平。同时,医疗市场具有局限性,尤其在提供高度专业化的医院服务时,政府必须进行调控。在具体运作中,一方面仍以公立医院作为住院服务的主要提供者,这使政府能控制医院的床位数和利用率,还可以控制费用增长;另一方面,由政府为私营医疗机构规定收费标准和专业技术标准^[3]。

政府引入了低成本的社区医疗服务系统,由他们提供包括社区医疗、慢性病治疗、家庭护理和治疗等的各种服务,满足康复期或老年病人中等、长期性

医疗服务的需要。政府还设立了慢性疾病管理计划,促进病人与医生合理管理疾病治疗。在这一计划之下,医生经常性地监测病人的情况,寻求并采取早期治疗措施,必要时敦促病人改变生活方式。

3.2 医疗职业监管

新加坡卫生部内设立了 5 个负责医疗职业注册的法定委员会——新加坡(西)医师理事会,新加坡牙医理事会,新加坡护士理事会,新加坡药师理事会和新加坡中医师管理委员会,负责西医执业者、牙医、护士/助产士、药师和中医执业者的注册管理。以下主要对西医师和中医师两类医疗职业的监管进行介绍。

3.2.1 西医职业

新加坡的医师管理机构是新加坡卫生部及其内设的新加坡医师理事会。医师理事会负责对医师执业者进行注册、发放营业执照,执行强制性的医师继续教育课程,对已经获得注册的医师执业者的专业行为和伦理进行制约和监管。该理事会还有权对新加坡医学学位的课程和考试做出建议。

新加坡医师理事会对医师注册的类型(不包括专科医师注册)有四种:完全注册、临时注册、有条件注册、暂时性注册。获得完全注册的医师可以在新加坡任何地方执业。获得临时注册的医师,可以在医师理事会认证的培训计划或者项目下,被指派担任不超过 2 年期限的临床助手或者临床观察医师。获得有条件注册的医师,在指定的医疗机构执业,并接受已经注册的执业医师的监督。获得暂时注册的医师,在一家或几家医院从事 12 个月的住院医师。上述注册的条件由《新加坡医师注册法》附件规定。

医师注册的申请书需要由新加坡本地的雇主提交。但是,符合医师注册条件并不意味着可以自动获得注册许可。每一份注册许可都是逐案审查,根据其条件决定的。医师理事会在审查医师注册申请书时,需要确定医师是善意的,在过去执业地并未受到投诉或者正在接受不利调查。在获得医师注册之后,医师还需要申请获得执业许可方可开始执业。

新加坡还建立了专科医师注册及管理制度,形成了包括学校基本教育、毕业后医学教育和继续医学教育在内的医学教育体系,即医学生从医学院校毕业后,在某一医学专业领域接受以提高临床能力为主要目标的系统化、规范化的综合训练,使其达到

从事某一临床专科实践所需要的基本要求,能独立从事某一专科临床医疗工作。申请作为专科医师执业者,需要首先获得新加坡专科医师认证委员会的认证。在获得专科医师认证证书后,医师需要向新加坡医师理事会申请在专科医生登记簿中登记其名字,方可在其专科领域内执业。

3.2.2 中医职业

新加坡卫生部自 2000 年起设立“新加坡中医师管理委员会”,负责对中医药管理法规、政策的制定,中医、针灸师的考试、注册管理,注册者的行为道德监管、推荐延伸教育与培训及法令授权的其他监管事项。

自 2001 年《新加坡中医师注册法》颁布后,该委员会对现有中医、针灸师采取“老人老办法、新人新办法”的政策,进行了过渡时期的考试注册。对行医 10 年以上,又获得系统中医课程培训者免于考试;对行医 10 年以下者,进行部分考试通过即可注册;而对行医 5 年以下或新进入的中医、针灸人员即必须通过资格考试方可注册^[4]。

3.2.3 职业伦理

新加坡专科医师认证委员会在 2005 年 4 月 5 日召开的会议上提出对专科医师开设“医学伦理、职业主义和卫生法”的课程,并将其作为获得执业许可的强制性条件。这一课程的主要内容是关于医疗服务伦理、职业美德、本地的卫生法规,并吸收了专科医生作为医疗资源管理者所需的技能,包括根据分配正义的伦理原则对资源进行利用和分配的能力。

此外,新加坡各个医疗职业的监管机构,也制定和执行了相应的伦理规则。例如,在西医方面,新加坡医师理事会制定了《新加坡(西)医师执业行为伦理准则和伦理指南》;在中医方面,新加坡中医师管理委员会也正式颁布了《中医执业者伦理准则及伦理指南》。

3.3 医疗行为质量监管

对于医疗行为质量的监管,除了规定医疗职业伦理准则和伦理指南规范医师执业行为之外,新加坡政府还通过立法以及制定《临床指南》、《临床药师执业行为指南》、《护士行为指南》等规范,对医疗行为中涉及的突出问题规定了相应的监管措施。以下进行简要介绍:

3.3.1 规范电子病历

新加坡卫生部为了推动电子病历的建设,专门成立了医药法律工作小组,探讨病人健康资料流转、患者隐私、病历保密等医药法律问题,并为此起草了必要的法律、道德和政策性框架,以有效支持信息技术在医疗保健行业的应用。新加坡卫生部内设医疗信息司,负责数据定义和标准化、数据管理、统计分析和出版、基本研究和预测,以及数据保护和医疗数据档案的管理,并成立了全国保健数据标准委员会,制订了医疗数据标准、管理守则和政策法规。

3.3.2 允许“预先医疗指示”

“预先医疗指示”,是指病人预先指示主治医生在他们患上不治之症及陷入昏迷状态时,不要使用任何维持生命的特别治疗来延长生命,而应让死亡过程自然发生。1996年,新加坡通过了《预先医疗指示法》,允许新加坡人做出预先医疗指示。

3.3.3 促进器官捐献

根据《新加坡人体器官移植法》,允许新加坡人在事故死亡之后将肾脏移植给他人。任何 21-60 岁的新加坡公民或者永久居民都属于本法调整范围。而之后颁布的《新加坡医学(治疗、教育和科研)法》确立了明示同意的机制,允许当事人同意其器官或者身体的任何其他部分在死后用于移植、教育和研究用途。

3.4 医疗服务价格监管

新加坡政府在控制医疗费用方面的经验主要包括:(1)私营机构在初级保健服务方面费用较低。(2)在住院服务方面,政府加强对公立医院的投入,以公立医院作为住院服务的主要提供者,这使政府能控制医院的床位数和利用率,还可以控制费用增长。医药价格借助市场机制进行调控,供患者自行选择。私立医院费用相对较高,但也是患者自愿选择。新加坡人每住一次院相当于 1~2 个月工资。(3)对医疗收费实行分类调节制度。政府对 A、B1、B2、C 四个等级的医疗收费津贴率分别为 0%、20%、65% 和 80%。住院费超过 500 元新币(C 级)至 1 000 元(B2 级)方可启动保健储蓄和医疗保险。

3.5 医疗服务筹资政策

新加坡医疗服务筹资体系建立在个人责任基础之上,辅之以政府补贴,以保证基本医疗服务价格的

可支付性。这一体系主要由保健储蓄(Medisave)、健保双全(Medishield)和保健基金(Medifund)三部分构成,统称为“3M”框架^[2]。

3.5.1 保健储蓄

保健储蓄是一种强制性储蓄计划,覆盖人群涉及 85% 的新加坡国民,保健储蓄账户的资金由中央公积金局统一管理。根据该计划,通常雇员需要将工资的 6.5%~9.0% 存入保健储蓄账户,具体比例随雇员年龄而定。凡是到重组医院及任何经保健储蓄认证的私人医院与医药机构接受住院治疗,均可动用保健储蓄。保健储蓄账户可以被用于直接支付个人或者其直系亲属的住院费用,能够用于支付每日病房收费、外科手术费等收费,还可以用于支付洗肾治疗、癌症化疗等价格较高的门诊费用。但是,该账户的支付设有限额,超过限额的,个人需要自掏腰包或者通过购买保险的方法补足。

3.5.2 健保双全

健保双全的投保是新加坡公民和永久居民首次缴付公积金时,就自动在健保双全制度下交保,除非他们选择退出。这是一项低廉的重病保险计划,为投保人提供重病保障。健保双全可支付本人及直系亲属全部的住院医药费用及特殊门诊医药费用的自费部分。

3.5.3 保健基金

政府设立保健基金的宗旨,是为占新加坡人口 10% 的贫困病人或保健储蓄和健保双全不足以支付医药费用的重大疾病患者提供基本医疗保障。保健基金每年的利息收入用来支付患者的医药费用。通常每一家经批准的医院与医疗机构都各自设立医院保健基金委员会来考虑和批准申请,并按照推荐准则决定援助数额。患者保健基金的申请一经批准,即可用来支付住院和特殊门诊的医药费用。

随着新加坡社会老龄化程度的提高,新加坡还设立了乐龄健保计划,作为一项人人都能负担得起的严重残疾保险计划,为需要长期医疗护理的国人(尤其是年老者)提供基本财务保障。

此外,新加坡政府还向公立医院提供医疗津贴,以降低患者需要承担的医疗费用。这种医疗津贴大致分为两类:一是基本的门诊费用。每名患者平均获得 50% 的医药津贴,18 岁以下和 65 岁以上患者还可享有医药费的半价折扣。二是住院费用。政府

对公立医院按病房等级提供医疗津贴,病房等级越低,医疗津贴越高^[5]。

4 新加坡医疗服务监管经验对我国的启示

借鉴新加坡的做法,我国今后在医疗服务监管体系建设方面应遵循以下思路:

4.1 合理分配医疗服务监管职责

新加坡卫生部负责制定医疗服务监管的总体政策,同时也就医疗服务监管机构的表现对议会负责。该部内设的医疗监管司则具体负责对医疗机构、中医执业行为和生物医学科研等进行监管,提高医疗标准和安全性。此外,该部内设 5 大职业委员会,作为自律性监管机构,具体承担医疗职业监管的职责。

在我国,卫生部同样被赋予广泛的医疗服务监管职能,但是,相对独立的医疗服务监管司一直到 2008 年才成立,在职能分工方面还有待进一步明晰。卫生部可以考虑引导中华医学会、中国药学会、中华护理学会等职业团体参与医疗职业监管,而卫生部则应当在监督自律监管机构的绩效方面发挥重要作用。

4.2 合理分配医疗服务资源

为了合理配置医疗服务资源,新加坡发展了产权多元化的各种医疗机构以满足不同人群的医疗需求。新加坡政府还注重不同的医疗服务机构之间的分工,即由机制灵活、效率更高的私立医院主要提供初级卫生保健服务,而公立医院则作为住院服务的主要提供者,从而控制医疗服务费用的增长。

在我国,目前的社区医院多数由一级医院转型而来。今后,应当充分利用现有的私人诊所和民营医院,通过免税或政府补贴的方式,鼓励他们积极参与社区卫生服务,以提高社区卫生服务的质量和效率。健全社区卫生服务体系分流部分患者,也可使大医院集中提供高度专业化的服务,以实现医疗资

源的优化配置。

4.3 完善医疗服务筹资体系

新加坡政府建立了一套在个人责任基础之上,辅之以政府补贴的医疗服务筹资体系。反观我国,在医疗体制改革中,除建立健全基本医疗保险外,应由卫生部会同社会保障主管部门建立其他的医疗服务筹资方式,作为基本医疗保险的补充,明确覆盖人群、受益对象、筹资方式、支付范围和比例,并确保其执行的有效性和公平性。

新加坡建立了专门用于医疗救助的保健基金计划。中国众多城市贫困人口的医疗保障问题至今仍然没有得到解决。今后可以考虑通过从最低生活保障制度、失业保险制度中拨付部分资金,以及财政补贴等方式筹集资金,建立医疗救助专项基金,交民政部门统一管理,由其代替确实无力支付医疗费的患者,向医疗机构付费^[6]。

参 考 文 献

- [1] World Health Organization. World Health Statistics 2007 [M]. Geneva: World Health Organization, 2007.
- [2] Tucci J. The Singapore health system - achieving positive health outcomes with low expenditure [J/OL]. [2008-09-14]. <http://www.watsonwyatt.com/europe/pubs/health-care/render2.asp?ID=13850>.
- [3] 胡善联, 龚向光. 新加坡医院体制改革[J]. 卫生经济研究, 2001, (11): 10-12.
- [4] 程兆盛. 新加坡卫生事业管理及对我国的启示[J]. 实用中西医结合临床, 2006, 6(4): 83-85.
- [5] 王勤. 新加坡医疗保障制度及其对我国的借鉴[J]. 经济管理, 2007, 29(11): 76-79.
- [6] 杨红燕. 中国与新加坡医疗保障制度比较研究[J]. 卫生经济研究, 2004, (7): 28-29.

[收稿日期:2008-09-14 修回日期:2008-09-18]

(编辑 田晓晓)