

马来西亚卫生体系改革及对我国的启示

龚向光*

卫生部政策法规司 北京 100044

【摘要】马来西亚卫生体系继承英国的国家卫生服务制度,有相对较为完整的公立卫生服务体系。但自20世纪70年代开始,马来西亚的私立医疗机构和私立医疗保险也得到了快速发展。本文主要描述了马来西亚卫生体系现状及主要私有化改革举措,认为马来西亚目前的医疗卫生机构主要存在完全公立医院、完全私立医院、公司化运作的公立医院和部分科室采取私有化运行的公立医院4种类型。文章进一步提出对我国规范发展私立医疗机构的启示:公民对卫生政策制订和实施应有更大发言权;合理界定公立和私立卫生机构;加强私立医疗卫生机构和私立医疗保险的管理;加快对私立医疗卫生机构管理的立法进程;建立公立和私立医疗卫生机构的合作机制。

【关键词】卫生体系改革;私有化;马来西亚

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.07.013

The health system reform in Malaysia and its implication to China

GONG Xiang-guang

Department of Policy and Regulation, Ministry of Health, Beijing 100044, China

【Abstract】 The health system of Malaysia adopts Britain's National Health System (NHS). Malaysia has the relatively comprehensive public health care system. But since 1970s, private hospitals and private health insurance has been significantly developed in Malaysia. This article describes the health system in Malaysia and its privatization process. There are four types of hospitals: the completely public hospitals, the completely private hospitals, the corporate public hospitals, and the partially private sectors in public hospitals. With regard to the policy making and exercising, the article further proposed the significance for regulation of private hospitals in China as follows: (1) citizens should have more right to speak; (2) we'd better delimit public and private health institutes; (3) it needs to improve the administration of health institutions and private medical insurance; (4) accelerate the process of legislation with regard to administration of private medical institutes; (5) build the cooperation between public and private health institutes.

【Key words】 Health system reform; Privatization; Malaysia

自20世纪70年代初以来,马来西亚社会经济得到了快速发展,并曾创造了“亚洲经济奇迹”。到2008年底,马来西亚全国人口总数2 773万,人均GDP为8 209美元。2000年《世界卫生报告》显示,马来西亚卫生体系的绩效在全球191个国家中排名第49位,远在中国的144位之前。^[1]在联合国计划发展署2010年的《人类发展报告》中,马来西亚的人类发展指数为0.744,高于中国的0.663。^[2]自马来西亚在1957年取得独立以来,其居民健康状况持续改善。到2008年底,平均期望寿命男性为71.56岁,女性为76.40岁,孕产妇死亡率为28.9/10万,婴儿死亡率为6.4‰。^[3]

1 马来西亚卫生体系概况

马来西亚卫生体系继承英国的国家卫生服务制度,实施居民基本免费的医疗服务,政府因此建立了相对完善的医疗卫生服务体系。但近20余年来,随着经济领域私有化程度的加速和政府卫生预算的限制,马来西亚卫生领域采取了一系列的私有化改革举措,使私立医疗机构和私立医疗保险得到了快速发展。因此总体而言,目前马来西亚的卫生体系是公立和私立并存的体制。

* 作者简介:龚向光,男(1970年—),博士,处长,主要研究方向为卫生经济、卫生政策。E-mail: gongxg@moh.gov.cn

1.1 公立卫生服务体系

马来西亚的公立卫生服务体系是全球最为公平的卫生服务体系之一,主要由卫生诊所和社区卫生中心、二级医院、三级医院三个层次的机构组成。马来西亚公立医疗服务体系实行严格的转诊制度,除急诊服务外,患者必须经转诊才能到上级医院治疗。

卫生诊所和社区卫生中心主要提供初级卫生保健服务,除个别边远地区外,一般不设立治疗床位。部分社区卫生中心仅提供妇幼保健等相关公共卫生服务,而不提供临床医疗服务。提供初级卫生保健服务的卫生资源是基于人口数和相应的卫生服务需求进行配置,农村卫生诊所的服务半径设计为 5 公里。马来西亚的初级卫生保健体系在 20 世纪 60 年代为三级体系,即每 5 万人拥有 1 个卫生中心、4 个分中心和 16 个助产诊所;1979 年以后转变为两级体系,即每 2 万人拥有 1 个卫生诊所和 4 个社区卫生中心以及相应的流动诊所等。到 2009 年底,全国共有卫生诊所 808 所、社区卫生中心 1 920 所、妇幼卫生诊所 90 所、流动卫生诊所 196 所。

二级医院主要是地区医院,接受来自卫生诊所和社区卫生中心的转诊服务。三级医院主要是指区域性大医院,接受来自二级医院的转诊。许多二级医院和三级医院主要提供住院服务,仅提供少量的门诊服务,部分医院不设门诊部。到 2009 年,全国共有卫生部属公立医院 130 所(床位 33 083 张),专科医学中心 6 所(床位 4 974 张),非卫生部属公立医院 8 所(床位 3 523 张)。^[4]非卫生部属公立医院主要是指教育部属医学院校附属医院、军队医院等,州政府不举办医疗机构。

1.2 私立卫生体系

随着 20 世纪 80 年代以来私有制经济的快速发展,特别是近年来马来西亚政府“医疗旅游”理念的提出,加快了马来西亚私立医疗机构的发展。1980—2009 年,马来西亚私立医疗机构数由 50 所增长到 209 所,医院床位数由 1 171 张增长到 12 216 张,其占全国总床位比例由 4.7% 上升到 25%。私立医疗机构的服务人群主要是自费、私立医疗保险覆盖人群以及来马来西亚旅游的人员,其提供的医疗服务以高质量而著称。

由于大量私立诊所集中分布在大中城市,提供

的服务又没有差异,因此部分私立诊所只能勉强维持生存。虽然许多公立诊所往往要等待数小时才能看上病,但由于私立部门和公立部门间缺乏有效的购买和沟通协调机制,二者之间的资源共享仍难以实现。

私立医疗保险在 20 世纪 70 年代就已开始在马来西亚发展,但保险范围局限在意外伤害、交通伤害和工伤抚恤等领域,而没有扩展到日常的医疗服务领域。1996 年马来西亚出台政策,规定购买私立医疗保险的公民可以减轻个人所得税,并在 1997 年允许销售独立的医疗保险产品,从而使私立医疗保险得到了快速发展。私立医疗保险的保费收入自 2000 年的 4.33 亿马币,增长到 2005 年的 14.72 亿马币。目前,马来西亚的私立医疗保险主要由 3 家保险公司提供,其市场份额超过 60%,保险范围主要覆盖住院和手术,以及部分重大疾病等。

马来西亚卫生部对私立医疗保险进行了严格的管理,1998 年出台的《私立医疗卫生机构和服务法》明确规定,卫生部对所有的私立医疗保险机构进行登记,并对所有私立医疗保险机构与医疗服务机构间签订的服务合同进行备案,以确保双方签订的合同不会损害居民健康。同时,规定签订的合同不能改变医生的医疗行为、不能有违伦理道德、不能改变私立机构医疗咨询委员会的职责等,否则需负相应的法律责任。^[5-6]

2 马来西亚卫生体系的特点

2.1 公立和私立卫生体系并存的体制

马来西亚有传统的公立卫生体系,同时伴以 20 世纪 80 年代逐步发展起来的私立卫生体系,两个体系间目前缺乏有效的整合。虽然公立卫生体系占有的人力、机构和医院床位资源数量要大于私立部门,但从卫生总费用来看,公立部门占的比例却低于 50%。同时,私立医疗保险主要与私立医疗机构签订协议,而与公立医疗机构间基本没有业务往来,公立医疗机构仍主要提供免费的服务。因此从目前来看,马来西亚公立和私立卫生体系的完全整合已不太可能,但相互间的合作仍存在较大的空间,这需要克服相互间转诊、费用支付、医疗信息共享等障碍。20 世纪 90 年代末,马来西亚政府曾提出将现行的国

家卫生服务制度转变为国民健康保险制度,即政府不再免费提供基本医疗卫生服务,而通过建立社会医疗保险制度来保障居民的卫生服务可及性。但该项政策自提出之初,就因民众的强烈反对而未能实施。

2.2 对公立卫生体系的完全计划化管理

马来西亚的公立医疗机构设置、卫生人力安排、卫生预算支出等均由卫生部直接管理。公立医疗卫生机构的医务人员实行公务员管理,全国各地医务人员享受相同的薪酬待遇,卫生行政部门统一调配医务人员的执业地点。为防止医务人员外流,政府规定了为期3年的强制服务期,只有强制服务期结束才可申请到私立医疗机构就业。如在强制服务期内外流,必须向政府交纳一定数额的罚金,用于弥补政府医学教育成本。各级公立医疗卫生机构的支出均由国家财政预算安排,卫生防疫和妇幼保健等经费也由政府预算安排,医务人员的经济意识相对淡薄。由于政府对公立卫生体系的计划化管理模式,导致公立卫生体系的效率相对较低,就医排队现象明显,医疗设备更新和维护缺乏有效管理,医疗技术水平提高缺乏动力。

2.3 政府从私立医疗机构和私立医疗保险两方面加强对私立卫生体系的管理

为确保居民的健康权益不受损害,马来西亚不仅对私立医疗机构的准入和服务规范进行管理,同时对私立医疗保险项目进行管理,包括对私立医疗保险项目的登记、对服务合同的备案等,并制定了《私立医疗卫生机构和服务法》。同时,政府规定了私立医疗机构的医疗服务收费项目和收费标准,但个别项目收费标准可以有一定浮动,确保私立医疗机构收费的合理性。另外,马来西亚在立法中明确要求私立医疗机构提供公益性服务,特别是对穷人的照顾服务等,以使私立医疗机构承担相应的社会责任。在医疗纠纷的追溯期上,马来西亚规定私立医院的追溯期是6年,而公立医院仅为3年,这一方面是出于保护公立医院的需要,另一方面也是为了确保私立医院对自己的行为负责和保护到私立医院就医患者的权益。

3 马来西亚卫生体系的私有化改革

马来西亚卫生体系的私有化进程与其经济私有

化进程密切相关。政府最初的想法是将公立大医院重组为政府拥有的相对独立的非营利性经营实体,以使其具有经济、效率等意识,同时避免公立和私立两个服务体系的对立。但这一政策设想自20世纪90年代被提出以后,一直未能得到真正实施。公众成立了反对公立医院私有化联盟,反对公立医院的私有化改革政策。由于公众质疑和相关社会团体的压力,这一私有化政策目前仍处于不断的争议和探索之中。近年来,马来西亚还是在卫生体系私有化方面进行了一系列探索。

3.1 病人完全付费项目

马来西亚在2005年开始选择几家公立医院试点一项病人自付费用计划,称为“病人完全付费计划”(Full Paying Patient, FPP),并在2008年1月1日全面实施。FPP计划是指病人签署知情同意后,同意完全自费支付在公立医院内发生的所有医药费用,但可自主选择专家,不需排队或缩短排队时间而直接接受医疗服务,也可享受一些特需服务,如头等病房等。但FPP计划并不适用于所有的疾病,政府规定了特定的适用范围,如普外科中的乳房切除术、内分泌手术,普内科中的内分泌、胃肠和肝胆科,牙科、精神科、五官科、麻醉科、儿科、眼科、整形外科和妇产科等。

在FPP计划试点之初,当时的马来西亚卫生部长蔡细历认为“我们每年正在失去50%的专科医生,他们选择在私立医院就业……我们相信这一政策将使公立医院能为这些专科医生提供更多的激励机制,以把他们留在公立医院内执业。”公立医院也表示欢迎FPP计划,认为通过实施FPP计划,病人自付费用可以用来弥补医生的收入,也为公立医院和医生提供更好的服务补充了经费,使病人能以比私立医院更低的价格享受高质量的医疗服务。另外,公立医院认为实施FPP计划有利于扩大医疗旅游,为国家增加更多的收入。

但是,患者和媒体对该计划有不同看法,认为公立医院30%的专科医生提供了70%的医院住院服务,同时医生还承担带教、教育、培训等任务,实施FPP计划将会使医生的关注度有所转移,从而影响到一般病人的治疗,特别是影响穷人的利益。同时,私立医院协会也反对这一计划,认为该计划的实质是在政府补助下公立机构与私立机构间不公平的价格竞争。

3.2 公立医院企业化运行的改革

20 世纪 90 年代,政府提出了医院企业化运行的改革政策,其典型例子是成立国家心脏病中心(Institut Jantung Negara, IJN)。国家心脏病中心原是吉隆坡总医院的一部分,1992 年 8 月起开始独立为专科医院,采取企业化运行。企业化运行后的国家心脏病中心可以自主制订收费标准,允许向病人收取一定额度的费用,但其主要收入来源仍是政府财政预算。由于公立医院企业化运行的改革政策引起了劳工团体、医师协会和学术界的强烈反对,最终卫生部于 1999 年正式对外宣布放弃公立医院企业化的改革政策,但国家心脏病中心的改革仍继续进行。2008 年,马来西亚一家上市公司计划收购国家心脏病中心 51% 的股份,但该私有化的收购计划因受到广大民众和在野党的普遍反对而未能得以实施。

3.3 购买私立卫生机构提供的服务

马来西亚的公立医院在卫生服务提供中发挥了重要作用,但近年来由于政府资金投入的不足以及维护不善,部分公立医院的基础设施濒于关闭,而只能购买其它机构的设施来应急。公立医院大量专科医生的流失影响了公立卫生服务体系的正常运行,如马来西亚全国总体上短缺神经外科医生,因此在遇到急诊等服务时就只能购买私立医院提供的服务。目前在哥打基纳巴卢和沙巴州,心内科和心外科服务是以较高的价格从每周来提供服务的国家心脏病中心购买的,政府为此需每年支付 0.313 亿 ~ 1.445 亿马币不等的费用。

公立医院的药品和一次性耗材的采购供应早在 1996 年就委托一家有政府背景的商业公司,以协商后的价格供应。私立医院和诊所的药品以市场价格定价,因此马来西亚的药品价格甚至高于一些发达国家。2005 年,世界卫生组织的一份研究报告曾指出,马来西亚的药品,不论是通用名药,还是专利药,其价格都高于国际参考价格。因此,马来西亚媒体和学者抨击公立医院委托采购政策和私立部门药品的市场定价政策,认为不仅未能有效控制药品费用支出,反而极大地推高了马来西亚的药品价格。

3.4 政府投资私立卫生机构

1979 年,柔佛州政府下属的柔佛州经济发展公司进入私立医疗卫生领域,组建了柔佛专科医院。

经过近 30 年发展,柔佛保健集团(Kumpulan Pelaburan Johor, KPJ)已经发展为马来西亚最大的私立连锁医院,旗下有 19 家医院位于马来西亚,6 家位于印尼、孟加拉国和中东,并于 1994 年正式上市。柔佛保健集团目前在马来西亚拥有的医院床位数已超过 2 500 张,雇用医务人员超过 7 000 名,形成了一个庞大的医疗服务网络。

在联邦政府层面,财政部下属的国库控股有限公司于 2006 年 8 月掌握了班太控股的 35% 股份而进入到私立医疗服务领域。班太控股是马来西亚投资于私立医院的大型企业集团,下属 8 家医院,1 068 张床位。班太控股同时为公立医院提供废物处理等后勤服务。

虽然柔佛保健集团和国库控股有限公司的资产分属柔佛州政府和联邦政府所有,但其投资的医院完全是商业运作,并执行私立医疗机构和服务的相关法律法规。

虽然马来西亚卫生体系采取了一系列的私有化改革举措,但因许多改革举措被认为损害可及性和公平性而备受质疑或被迫放弃。马来西亚媒体对私有化可能带来效果的争议从未中断,从优点上说是私立医疗机构提供的服务满足了赴马来西亚旅游人群的医疗保健需要,满足了部分富有人群的特殊医疗服务需求,提高了机构的运行效率等。但缺点也是显而易见的:一是推高了药品费用和医疗费用^[7];二是对卫生服务的公平性和可及性带来了影响^[8];三是导致了部分优质卫生资源的流失,尤其是优秀专科医生的流失等。

4 对我国的借鉴意义

4.1 公民对卫生政策制订和实施应有更大发言权

近二十年来,伴随着经济领域的私有化进程,马来西亚在卫生领域也推出了一系列的私有化改革举措,但许多改革刚推出就因为民众的强烈反对而被迫推迟或放弃。由于社会公众普遍认为确保医疗卫生服务的可及性是公民的基本权利,而提供良好的医疗服务和设施应当是政府的基本职责。在公立医疗卫生机构被私有化后,政府是否还能确保一般民众尤其是低收入群也能够享受到高效、廉价和专业的医疗服务,是舆论反对医疗服务私有化的最强有

力的理由。由于相关社会团体的强烈反对,这一计划一再被束之高阁,马来西亚媒体也经常报道会有议员或社团到实施病人完全付费项目的医院大门外递交抗议函。因此,本届政府甚至干脆宣称在任期内不再进行卫生体系的私有化改革,以提高选民的支持率。我国在深化医改中,虽然医改方案曾在网上征集了意见,但得到更多的是专家的解读,而真正反映社情民意的意见不多。在目前民意表达渠道仍有待理顺的情况下,应避免部分专家借表达民意之名发表自己观点,特别是以自己代表民意作为借口打压不同观点的倾向。

4.2 合理界定公立和私立卫生机构

马来西亚法律明确规定,公立卫生机构是指由政府建立、维持、运行和提供服务的医疗卫生机构,不包括私有化或公司化运作的机构,而其它医疗卫生机构都作为私立卫生机构管理。因此,即使是马来西亚财政部和州政府投资的医院,由于是市场化运作和追求利润,也被作为私立医院管理。我国在相关法律法规中从未明确过公立医院和私立医院的界限,即使是在2010年印发的《关于公立医院改革试点指导意见的通知》中,也未能完全明确公立医院和私立医院的界限。^[9]如果按照马来西亚法律中的定义,我国现有的所有公立医院都难以称得上是完整意义上的“公立医院”。因为我国的公立医院虽然是由政府建立,但基本上都是自我维持运行,这也是为什么“公益性”本应是公立医院的立身之本,现在反而成为公立医院改革追求的目标。对公立医院和私立医院的界定不清晰,带来了相应改革政策的不确定性。

4.3 加强私立医疗卫生机构和私立医疗保险的管理

马来西亚鼓励卫生系统私立部门的发展,并没有限制其对私立卫生机构和私立医疗保险的规范管理。马来西亚法律明确规定为保护公民的健康权益不受损害,私立医疗卫生机构和私立医疗保险签订的合同应到卫生部备案,同时对私立医疗卫生机构的收费项目和标准、应尽的社会义务等在法律中也作了明确规定。卫生事业不同于一般的社会事业,其直接服务于人的身体健康和生命安全,且往往许多服务结果具有不可逆性和不可重复性,因此政府加强管理显得尤为重要。我国在鼓励社会资本发展医疗卫生事业时,不能单纯的强调鼓励、支持,而应

同时强调规范、引导,不能像个别专家认为的私立卫生机构就应是完全市场化,政府管的越少越好,这实际上也不符合我国宪法规定的“国家鼓励、支持和引导非公有制经济的发展,并对非公有制经济依法实行监督和管理。”

4.4 加快对私立医疗卫生机构管理的立法进程

马来西亚早在1971年就制订了《私立医院法》,并随着私立卫生机构的发展,于1998年制订了《私立医疗卫生机构和服务法》,替代原《私立医院法》。自改革开放后我国的私立医疗卫生机构已经有了30余年的发展历史,但尚有待于从法律层面予以规范,因此应总结监管经验,及时转变为法律法规,以规范管理。

4.5 建立公立和私立医疗卫生机构的合作机制

马来西亚私立和公立两个体系各自独立发展,相互间没有任何影响,因此如何促进两个体系间的合作和融合是马来西亚卫生体系面临的重要问题之一。我国在促进私立医疗卫生机构发展的同时,就应建立公立和私立医疗卫生机构的合作机制(Public-private partnership, PPP),提高卫生资源的利用效率。

参 考 文 献

- [1] WHO. The world health report 2000—Health systems: improving performance[R]. Geneva, 2000
- [2] UNDP. Human Development Report 2010—20th Anniversary Edition[R]. New York, 2010.
- [3] Ministry of Health Malaysia. Annual Report 2008[R]. 2008.
- [4] Health Information Centre, Ministry of Health. Health Facts [R]. 2009.
- [5] Private healthcare facilities and service ACT 1998[S]. 1998.
- [6] Private healthcare facilities and services (Private medical clinics or private dental clinics) regulations 2006[S]. 2006.
- [7] Babar Z D, Izham M I. Effect of privatization of the drug distribution system on drug prices in Malaysia[J]. Public Health, 2009, 123(8): 523-533.
- [8] Toh K W. Malaysia needs an equitable healthcare system [J]. Penang Economic Monthly, 2011(3): 28-31.
- [9] 卫生部,中央编办,国家发展改革委,等. 关于公立医院改革试点的指导意见[Z]. 2010.

[收稿日期:2011-05-12 修回日期:2011-06-20]

(编辑 刘 博)