

การปฏิรูประบบสุขภาพ ของประเทศไทย

โดย ผศ.ดร. อาทร รุ่งไพบูลย์

การปฏิรูประบบสุขภาพ ของประเทศไทย

โดย : ผศ.ดร. อาทร รุ่งไพบูลย์
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รายงานโครงการศึกษาวิจัย ซึ่งได้รับทุนจาก
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ตุลาคม 2543

คำนำ

ในการศึกษาประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพของมาเลเซียครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นบทเรียนสำหรับประเทศไทยซึ่งมีนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพเช่นเดียวกัน แม้สภาวะโดยทั่วไปของประเทศมาเลเซียจะแตกต่างจากประเทศไทย ทำให้การนำบทเรียนโดยตรงของมาเลเซียมาใช้กับประเทศไทยจะทำได้น้อย แต่ในส่วนรูปแบบวิธีการบริหารจัดการบางอย่าง ก็อาจนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ กล่าวโดยรวมการศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพของมาเลเซีย น่าจะมีคุณค่าในการเป็นข้อมูลในการดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย

กรอบแนวคิดและขอบเขตของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จะแสดงให้เห็นภาพของระบบสุขภาพ สภาวะการบริการสาธารณสุขและสุขภาพอนามัยของชาวมาเลเซีย คือสาระสำคัญที่ผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพ ยุทธศาสตร์ กลวิธี และขั้นตอนของการปฏิรูป รวมถึงผลที่เกิดขึ้น และท้ายที่สุดบทเรียนที่เป็นข้อเสนอแนะที่จะเป็นประโยชน์กับการดำเนินงานของประเทศไทย

ข้อมูลที่ได้รับ ได้จากการเดินทางไปสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องคือ เจ้าหน้าที่ของรัฐผู้รับผิดชอบการปฏิรูปและผู้เกี่ยวข้อง องค์กรวิชาชีพ องค์กรเอกชนและองค์กรผู้บริโภครวมรวมเอกสารสิ่งพิมพ์ และข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต ข้อเด่นของรายงานชิ้นนี้คือการได้ข้อมูลปฐมภูมิจากการเดินทางไปสัมภาษณ์ และจากข่าวและบทความในหนังสือพิมพ์ภาษาอังกฤษในมาเลเซีย ข่าวความเคลื่อนไหวจากหนังสือพิมพ์เหล่านี้ มาจากบุคคลที่เกี่ยวข้องทุกระดับรวมทั้งประชาชนผู้ใช้บริการโดยตรง ความเคลื่อนไหวเหล่านี้ รวบรวมถึงเดือน พฤษภาคม 2543 ข้อจำกัดของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือมีความจำกัดของเวลาในการเดินทางไปสัมภาษณ์ จึงยังมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ทันเวลา

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) และได้รับการอำนวยความสะดวกในการประสานงานในการเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ของ สวรส โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณเพ็ญศรี สงวนสิงห์ และคุณเรียม เงินลุน และที่สำคัญคือข้อเสนอแนะจากผู้ทบทวนที่ สวรส จัดการให้ ทำให้สามารถปรับปรุงรายงานให้ดีขึ้น ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ประเทศมาเลเซียเป็นประเทศที่เคยได้รับการยอมรับกันว่ามีฐานะทางเศรษฐกิจและการบริการสาธารณสุขที่ดีมากเมื่อเทียบกับประเทศในภูมิภาคเดียวกัน โดยใช้เงินงบประมาณในการจัดการสวัสดิการด้านสาธารณสุขให้กับประชาชน ผู้ใช้บริการเสียค่าใช้จ่ายเพียงส่วนเดียว สำหรับคนจนหรือผู้ด้อยโอกาส จะได้รับการบริการฟรี โดยที่ยังไม่มีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัญหาที่สำคัญมากต่อรัฐบาลคือการพึ่งพารัฐที่มากเกินไป (over-dependence) ของชุมชน ก่อให้เกิดอาการที่เรียกว่า Dependency syndromes ประชาชนคาดหวังว่าจะได้รับการบริการจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเพียงเล็กน้อยถึงแม้ว่าจะมีกำลังจ่าย อย่างไรก็ตามประชาชนส่วนหนึ่งเป็นสมาชิก Employees Provident Fund และ Social Security Organization ในภาวะเช่นนี้ทำให้ภาระด้านเศรษฐกิจของรัฐบาลเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนต้องเริ่มดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพตั้งแต่ช่วงแผนพัฒนาประเทศฉบับที่ 4 (1981-1985) โดยเริ่มจากการว่าจ้างให้เอกชนดำเนินการกิจการที่ไม่ใช่การรักษาในโรงพยาบาลจำนวนหนึ่ง นโยบายเสริมอีกอย่างหนึ่งคือการสนับสนุนการจัดตั้งสถานบริการทางการแพทย์ของเอกชนด้วยหวังว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีส่วนหนึ่งจะไปใช้บริการอื่นจะทำให้ภาระของรัฐบาลลดลง แต่ผลเสียที่ตามมาคือการออกจากราชการของแพทย์ไปทำงานให้ภาคเอกชนซึ่งจ่ายค่าตอบแทนสูงกว่า ในปี 1992 ได้ทำการแปรรูป (corporatisation) สถาบันหัวใจแห่งชาติ ความมุ่งหวังส่วนหนึ่งคือการปรับสภาพการทำงานและรายได้ของแพทย์ให้แพทย์ยังคงอยู่กับสถานบริการซึ่งรัฐบาลเป็นเจ้าของต่อไป อีกสองปีต่อมาก็ได้ขายกิจการร้านขายยาและอุปกรณ์การแพทย์ให้เอกชน ต่อมาในปี 1997 ได้แปรรูป (privatisation) งานสนับสนุนการรักษาในโรงพยาบาล 71 แห่ง และมีเป้าหมายให้ครบทุกแห่ง ภายในปี 2000 คือสิ้นสุด แผนพัฒนาประเทศฉบับที่ 7 เนื่องจากถึงแม้ว่าจะมีแผนการศึกษาการจัดระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ก็ยังไม่มีมีการดำเนินการ ประกอบการการแปรรูปที่ผ่านมาไม่มีระบบการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน จึงผลให้เกิดสภาพที่ประชาชนต้องจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้นกว่าเดิมมาก เกิดความไม่เท่าเทียมเนื่องจากประชาชนส่วนหนึ่งไม่มีเงินพอที่จะจ่ายได้ ได้มีการร้องเรียนผ่านสื่อต่างๆ จากทั้งประชาชนทั่วไป และองค์กรที่เกี่ยวข้องจนในที่สุดมีการรวมกันเป็นองค์กรเพื่อคัดค้านแผนการแปรรูปที่จะขยายต่อไปในปี 2000 และรณรงค์ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพต่อไป สภาพที่เกิดขึ้นเช่นนี้จึงทำให้รัฐบาลตัดสินใจยุติแผนการแปรรูปที่กำหนดไว้ เมื่อปลายปี 1999 โดยให้มีการศึกษาทบทวนใหม่โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

บทเรียนการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศมาเลเซียนี้มีบทสรุปที่สามารถใช้เป็นข้อพึงสังวรณ์ กับการดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยได้ดังนี้

1. ข้อสังเกตการดำเนินการปฏิรูประบบสาธารณสุขในมาเลเซีย

- ◆ สภาพการบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับที่ได้รับการยอมรับว่าดีอยู่แล้วในสายตาของประชาชน ในด้านการให้บริการสาธารณสุขในการผ่าตัดและรักษาในโรงพยาบาล ที่ส่วนใหญ่ให้ฟรีแก่ประชาชน ผลของการแปรรูปด้านลบคือมีการบริการที่เก็บเงินมากขึ้น และราคาค่าบริการก็แพงขึ้นด้วย
- ◆ มูลเหตุการปฏิรูปอยู่ที่การพยายามลดค่าใช้จ่ายและการสร้างเงื่อนไขให้แพทย์อยู่ในระบบไม่ละทิ้งไปภาคเอกชน ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาในมุมมองของรัฐ ไม่ใช่ปัญหาโดยตรงของประชาชน

- ◆ นโยบายการส่งเสริมให้เกิดการบริการภาคเอกชนโดยคาดหวังว่าจะช่วยลดภาระของรัฐโดยเห็นว่าการให้บริการที่ดีจะดึงดูดผู้ที่มีเงินจ่ายให้ใช้บริการจากรัฐน้อยลง ก่อให้เกิดผลเสียในการใช้ค่าตอบแทนที่สูงมาแย่งแพทย์ออกไปจากระบบรัฐ ผลักดันให้สถานบริการของรัฐต้องหาทางเพิ่มรายได้ให้แพทย์ ให้คงอยู่ในระบบรัฐต่อไป
- ◆ ระดับการรับรู้และความเข้าใจของส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ปฏิบัติงานและประชาชน ยังค่อนข้างต่ำ การมีส่วนร่วมขององค์กรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการมีน้อยมาก
- ◆ การประเมินผลโครงการแปรรูปต่างๆ ไม่จริงจังเท่าที่ควรในการที่จะนำไปปรับปรุงและเผยแพร่ให้สาธารณะได้ทราบ
- ◆ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เกิดขึ้นตามที่วางแผนไว้ จึงทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งที่ยากจนไม่สามารถเข้าถึงบริการที่แพงขึ้นได้
- ◆ องค์การวิชาชีพโดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทยสมาคมแห่งมาเลเซีย และองค์กรเอกชนคือ Citizens' Health Initiative มีการทำงานวิเคราะห์ในเชิงระบบอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็วการเคลื่อนไหวเหล่านี้คาดว่าจะส่งผลกระทบต่อรัฐบาลพหุพรรค และเป็นสิ่งที่น่าศึกษาในรายละเอียด
- ◆ ระบบการปกครองของมาเลเซียมีลักษณะเฉพาะ อาจเรียกว่าเผด็จการประชาธิปไตย อันเนื่องมาจากความมั่นคงอย่างต่อเนื่องของพรรครัฐบาล นอกจากนี้ยังมีกฎหมายบางอย่างที่มีลักษณะเฉพาะ เช่นกฎหมายที่ห้ามวิพากษ์วิจารณ์นโยบายการดำเนินการที่แก้ความเหลื่อมล้ำระหว่างเชื้อชาติ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทยจากบทเรียนของมาเลเซีย

2.1 การจัดระบบการบริการ

- ◆ ควรสร้างระบบที่ยืดหยุ่นในการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างรัฐและเอกชน เช่นการฝากครรภ์ที่คลินิกส่วนตัวแล้วไปทำคลอดที่โรงพยาบาลของรัฐโดยแพทย์จากคลินิก แต่ใช้เครื่องอำนวยความสะดวกและทีมสนับสนุนของโรงพยาบาล เมื่อมีผลผลิตมากขึ้น การใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลก็มีประสิทธิภาพ
- ◆ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างทั่วหน้าโดยผ่านการพัฒนาการบริการสุขภาพระดับต้นเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับสังคมไทย ในการดำเนินการตามเป้าหมายนี้ การปรับระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับต้นที่ให้บริการโดยแพทย์ให้เพิ่มขึ้นเป็นโครงสร้างพื้นฐานเบื้องต้น โดยให้มีหน่วยงานที่แพทย์ในระดับตำบลและหน่วยงานที่พยาบาลให้บริการในระดับหมู่บ้านเป็นสิ่งที่พึงกระทำถึงแม้จะดำเนินการให้บรรลุในเวลาอันรวดเร็วได้ยากด้วยขีดจำกัดด้านงบประมาณ อย่างไรก็ตามบริการระดับต้นนี้ควรขยายความหมายไปถึงคลินิกเอกชนด้วยเพื่อให้ภาระของรัฐลดลง แต่รัฐจะต้องสร้างมาตรการในการส่งเสริมและควบคุมคุณภาพรวมทั้งการสร้างความสำเร็จของการบริการสุขภาพระดับต้นในระบบสาธารณสุขโดยรวม และสร้างแรงจูงใจให้มีแพทย์ไปปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ รวมทั้งการสร้างระบบประกันสุขภาพที่ส่งเสริมบทบาทของการบริการสุขภาพระดับต้น
- ◆ ควรมีการจัดตั้งหน่วยงานประเมินการจัดหาและการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข อย่างชัดเจนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

2.2 การปฏิรูประบบสุขภาพ

- ◆ ควรสร้างความชัดเจนในมูลเหตุของการปฏิรูปว่าเป็นปัญหาของผู้จ่ายเงิน ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ และจัดลำดับความสำคัญให้ชัดเจน ในการวางแผนแก้ปัญหา ผลลัพธ์ของเหตุการณ์หนึ่งอาจเป็นผลดีกับผู้ให้บริการแต่อาจเพิ่มปัญหาให้ผู้รับบริการได้ในเวลาเดียวกันได้
- ◆ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการสร้างภาวะการเข้าถึงการบริการให้ได้อย่างเท่าเทียม การที่ไม่สามารถสร้างระบบให้ทันกับการปฏิรูปเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การปฏิรูปต้องสะดุดลงกลางคัน
- ◆ การวางกรอบการประเมินผลและศึกษาผลกระทบในมุมมองของทั้งผู้จ่ายเงิน ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการทุกกลุ่ม กรอบการประเมินต้องครอบคลุมในทุกมิติที่เกี่ยวข้อง เช่น เศรษฐศาสตร์ การเมือง โดยมีหน่วยงานกลางหรือผู้ดำเนินการที่เป็นกลางเข้าร่วมในการประเมิน
- ◆ การสร้างการมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานขององค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งองค์กรผู้บริโภคร่วมด้วย เป็นสิ่งที่สำคัญมาก
- ◆ ควรให้อิทธิพลของการขององค์กรที่จะถูกแปรรูป ในการเลือกสถานะการปฏิบัติงานว่าจะเป็นพนักงานขององค์กรหรือย้ายไปปฏิบัติราชการที่หน่วยงานราชการอื่น เพื่อลดแรงต้านภายใน

2.3 ข้อเสนอแนะต่อ พรบ.สุขภาพแห่งชาติและกฎหมายประกอบอื่นๆ

- ◆ โครงสร้างของการบริหารจัดการในระดับนโยบายที่ให้มี Health council, Primary Care Board, Hospital Board, National Health Trust เป็นรูปแบบที่น่าสนใจ
- ◆ หลักประกันด้านสุขภาพที่มีอยู่แล้วในคนบางกลุ่มคือ สำนักงานประกันสังคม และกบข. ควรอยู่ใต้กฎหมายเดียวกัน เพื่อสามารถทำงานประสานกันได้อย่างเป็นเอกภาพ
- ◆ ควรให้การจัดการของภาคเอกชน อยู่ภายใต้ระบบการคลังสุขภาพแห่งชาติแล้ว และมีการออกกฎหมายควบคุมคุณภาพ และกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ให้สอดคล้องเป็นเอกภาพกัน
- ◆ ควรมีการควบคุมการจัดหาและการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีมาตรการทางกฎหมายร่วมด้วยเพื่อให้สามารถควบคุมได้จริง

2.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในการดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพจะต้องไม่หลงประเด็นในเหตุผลความจำเป็นของการปฏิรูปว่าเป็นการสนองตอบการลดภาระทางการเงินของรัฐบาลเป็นเหตุผลหลัก เพราะโดยหลักการทั่วไป รัฐมีหน้าที่ที่ต้องจัดบริการที่จำเป็นให้กับประชาชนที่ได้จ่ายภาษีให้กับรัฐบาล ซึ่งการมุ่งเน้นให้เกิดประสิทธิภาพเป็นเพียงเป้าหมายหนึ่งเดียวเท่านั้นของการจัดบริการ ยังมีเป้าหมายที่สำคัญอย่างอื่นอีกได้แก่ คุณภาพ ความเท่าเทียม และการเข้าถึงบริการ การแปรรูป (corporatization, privatization) ก็เป็นเพียงวิธีการหนึ่งของสมมุติฐานที่ว่าจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ โดยยังไม่มีหลักประกันว่าจะเป็นวิธีการที่ดีที่สุด

Executive Summary

Malaysia had been recognised as one with the best economy and healthcare system in the region. The health services were subsidised by the governmental budget as social welfare. The poor or needy received the services free-of-charge. Without a national health insurance scheme, the consequence is economic burden of the country since people are over-dependent on the government, so-called dependency syndrome. Although there is a number of population is under the employees provident fund and social security organisation. This situation still forced the government to set up a healthcare reform policy during the 4th Malaysian Plan (1981-1985). It started from non-medical services, such as laundry, catering, and hospital maintenance at selected hospitals were contracted out. A following policy was that the government support the setting up of private medical facilities, such as hospitals and clinics, to cater for those who can afford such services. As the private sector expanded, it has drawn upon the staff resources of the public sector where wages were less attractive. In 1992, the National Health Institute was established as a corporatised organisation. The aim was to create a good working environment with attractive payment when comparing to those of private sector. Two year after this corporatisation, the government medical store was privatised. In 1997, non-medical services at 71 hospitals were privatised. The rest was the target of the year 2000 (the end of the 7th Malaysian Plan). In spite, a national health insurance scheme is a part of the national plans but it is not placed yet. To gather with no clear evaluation and control programs of those organisations reformed, the consequent negative effect is higher medical fee. Some of patients are enable to pay. People and relating organisations have complained via mass media. Ad hoc advocated body was formed up against the government reform plan and request people participation. Finally, in the end of 1999, the health minister declared to stop the planned privatisation and to revise the reform particularly the national health insurance scheme.

Experiences of Malaysia could be raised as a concern of the healthcare reform in Thailand as the followings:

1. Comments on the healthcare reform in Malaysia.

- Malaysian health services had been recognized as one of a social welfare provided mostly free-of-charge for operations and hospitalization. Corporatization and/or privatization of medical institutions result in increased fees of services. This is a basic negative impact to Malaysian.
- Reasons for the reform are to contain healthcare costs and increase income for incentive provided to keep physicians with the government sector. This is a need in the government perspective, not what a patient simply views.
- Policy on promotion of private sector to be an option of affordable patients, then to decrease congestion of public hospitals results in transferring of skilled doctors to private hospitals where offer more attractive benefits.
- Participation in the reform of people including other stake-holders is at a low level.
- Evaluation of interventions regarding the reform is not seriously implemented and disseminated the results.
- National health insurance scheme was not established before corporatization/ privatization. This results in no safety net for the poor due to increased health service costs.
- Non-government and professional organizations particularly the Citizen's Health Initiative (CHI) and the Malaysian Medical Association (MMA) have interesting responses to the government movement in terms of systematic analyses and quickness. This is expected to affect the latest decision of the government of cancellation the plan to complete privatization clinical support activities of all public hospital by the year 2000.
- Malaysian political system has unique characteristics. Although it is a coalition government but the leader party has been the AMMO since the dependence. The stability results in some specific laws for example criticism with regard to policy on inequality of ethnicity is illegal.

2. Recommendations for Thailand

2.1 Management of health service system

- The system should be flexible that resources could be shared between public and private sectors. For example private doctors can use (hire) operation rooms of public hospitals.
- Primary care should be improved in terms of both distribution and level of service ability. Services by doctors should be access at sub-district level. This means to both public and private clinics. Health stations serviced by paramedics should be located at village level. Financial and motivation systems are pivotal to maintain doctor-services at such level.
- Health technology assessment unit should be permanently established to increase efficiency of resource utilization.

2.2 Healthcare reform

- Problems and causes of the reform in all perspectives should be clearly identified.
- National health insurance scheme should be developed before or paralleling to any other forms of the reform as safe guard of the poor.
- Evaluation has to be an important part of the intervention. It has to cover all view points (i.e. patient, professionals, public and private hospitals, payer bodies and the government) and necessary dimensions (i.e. medical, socio-economics and politics).
- Stake-holder participation should be concerned.
- Options for staff of organizations corporatized/ privatized should be offered to prevent an internal objection.

2.3 Regulations

- Management structure with adequate authority; e.g. health council, primary care board, hospital board, should be established.
- Existing health insurance schemes i.e. social security scheme and employees provident fund should be under a same law to be solid.
- To manage private services, private hospitals and clinics should be under the national health insurance scheme. Quality assurance and consumer protection acts should cover such services.
- Law enforcement regarding to high technology utilization should be enacted to be a tool of the organization in charged.

2.4 Policy formulation

The government has to realize that, actually, primary health services are basic needs provided by the government for tax-payers. Healthcare reform has not to be based on only economic reason. Other equally pivotal reasons are quality, equity, and accessibility.

สารบัญ

บทที่ 1	บริบททางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม	1
1.	ระบบการเมืองการปกครอง	1
2.	ระบบเศรษฐกิจ	1
3.	ระบบการศึกษา	2
4.	ระบบการวางแผนพัฒนาของประเทศ	2
5.	การวางแผนด้าน การแปรรูปกิจการของรัฐ	2
บทที่ 2	ระบบสุขภาพ	4
1.	ภาพรวมของระบบ	4
2.	นโยบายด้านสาธารณสุข	4
2.1	Vision 2020	4
2.2	Vision for Health	5
2.3	Mission	5
3.	สิทธิของประชาชนด้านสุขภาพ	5
4.	การคลังของระบบ	6
4.1	แหล่งที่มาของงบประมาณ	6
4.2	บทบาทของรัฐและเอกชนทางด้านการคลัง	9
4.3	ภาระทางการเงินของประชาชนและผู้ป่วย	10
4.4	มาตรการการจ่ายค่าบริการแก่ผู้ให้บริการ	11
5.	ระบบสาธารณสุขภาครัฐ	11
6.	ระบบสาธารณสุขภาคเอกชน	14
7.	ตัวชี้วัดภาวะสุขภาพ	15
8.	บริการสาธารณสุขโดยรวม	16
8.1	ทางเลือกใช้บริการของผู้บริโภค การเข้าสู่ระบบ และการส่งต่อ	16
9.	ระบบบริการสุขภาพระดับต้น	17
9.1	การบริหารจัดการ	17
9.2	การบริการสุขภาพระดับต้นในเขตชนบท (Rural primary care)	18
9.3	การบริการสุขภาพระดับต้นในเขตเมือง (Urban primary care)	19
9.4	การบริการสุขภาพระดับต้นโดยหน่วยงานของรัฐอื่นๆ	19
9.5	การบริการสุขภาพระดับต้นที่จัดโดยเอกชน	19
9.6	การแพทย์ทางเลือก	19
9.7	การเข้าถึงหน่วยบริการ(Physical accessibility)	20
9.8	การให้บริการสุขภาพระดับต้น	20
9.9	ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	23

9.10	ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น.....	23
9.11	บทบาทของผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นกับการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการบริการสุขภาพในชุมชน.....	23
9.12	ระบบการเงินการคลังและการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการระดับต้นและกับระดับอื่นๆ.....	24
10.	พัฒนาการของการบริการสุขภาพระดับต้น.....	24
11.	ระบบบริการสุขภาพทุติยภูมิและตติยภูมิ.....	27
12.	Managed care	28
13.	การดูแลสุขภาพของแรงงานในภาคเกษตรกรรม	31
14.	การผลิตและพัฒนากำลังคน	31
14.1	หน่วยงานที่รับผิดชอบในการบริหาร.....	31
14.2	การขาดแคลนบุคลากร	32
14.3	หน่วยงานที่ผลิตบุคลากร	37
14.4	ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลากร	38
14.5	การเติบโตของภาคเอกชน (Private sector growth)	39
14.6	แนวทางใหม่ในการผลิตแพทย์เฉพาะทาง.....	40
15.	การควบคุมและการกำกับการใช้เทคโนโลยี	41
15.1	ความหมาย.....	41
15.2	องค์กรที่รับผิดชอบ	42
15.3	สภาพปัญหา	42
15.4	การดำเนินงาน	42
16.	บทบาทของผู้บริโภค การคุ้มครองผู้บริโภคและการชดเชยค่าเสียหายจากผลเสียของการบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการ.....	43
16.1	บทบาท.....	43
16.2	สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภค	43
16.3	สิทธิของผู้บริโภค	44
16.4	หน่วยงานรับการร้องเรียน	45
17.	กฎหมายที่เกี่ยวข้อง.....	47
บทที่ 3	การปฏิรูประบบสุขภาพ	48
1.	ปัญหาซึ่งนำไปสู่การปฏิรูป	48
1.1	Global economic trends and health	48
1.2	Health care cost	49
1.3	Government policy	49
1.4	Change in demographic pattern.....	49
1.5	Change in disease pattern.....	49
1.6	เหตุของการปฏิรูปในมุมมองที่แตกต่าง	49

2.	สาระสำคัญและมาตรการหลัก	49
2.1	การศึกษาแผนสุขภาพแห่งชาติ (National Health Plan Study).....	50
2.2	การศึกษาการคลังสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Financing Study)	50
3.	ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากการปฏิรูป (Implication of reforms).....	52
3.1	ผลกระทบต่อผู้บริโภค (Effect on consumers).....	52
3.2	ผลกระทบต่อผู้ให้บริการ (Effect on providers).....	52
3.3	บทบาทของรัฐบาล (Government's role)	53
4.	ความหมายของการปฏิรูป.....	53
5.	Major reform or Health system reform.....	53
5.1	วิจารณ์.....	54
6.	Minor reform or Health provision reform.....	55
6.1	การแปรรูป.....	55
6.2	ปรัชญา	55
6.3	นโยบายและกลยุทธ์.....	56
6.4	วัตถุประสงค์ของการแปรรูปที่กำหนดโดยรัฐบาล.....	56
6.5	วิธีการ	56
6.6	แผนแม่บท.....	57
6.7	การดำเนินการและประสบการณ์.....	57
6.8	โอกาสในการลงทุน (Investment opportunities)	58
6.9	แรงต้าน (Resistance)	58
6.10	ประเด็นทางกฎหมาย.....	59
6.11	จุดยืนของแพทยสมาคมต่อการแปรรูปสถานพยาบาล.....	59
6.12	สรุปย่อเหตุการณ์ของการปฏิรูป/ แปรรูปตามลำดับเวลา	59
7.	การแปรรูปสถาบันหัวใจแห่งชาติ	60
8.	การแปรรูปการบริการจัดหาเวชภัณฑ์ให้โรงพยาบาล.....	60
9.	การแปรรูปงานสนับสนุนการรักษาพยาบาล	61
9.1	การดำเนินการ	61
9.2	การประเมินผล	62
10.	การแปรรูปโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	62
11.	กระแสดัดค้านการปฏิรูประบบสาธารณสุข	63
11.1	Citizens' Health Initiative.....	63
11.2	การเคลื่อนไหวผ่านสื่อหนังสือพิมพ์.....	64
12.	ผู้ที่เกี่ยวข้องและบทบาทในการปฏิรูป	64
13.	ผลของการปฏิรูป.....	65
14.	การวิจารณ์และข้อเสนอแนะต่อระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	65

14.1	ข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุข	65
14.2	ข้อเสนอของแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย	70
บทที่ 4	บทวิเคราะห์และบทเรียนสำหรับประเทศไทย	70
1.	จุดอ่อนและจุดแข็งของระบบบริการสุขภาพระดับต้น	70
2.	ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานการบริการสุขภาพระดับต้น	70
3.	ข้อสังเกตการดำเนินการปฏิรูประบบสาธารณสุขในมาเลเซีย	71
4.	เปรียบเทียบสภาพระหว่างประเทศไทยและมาเลเซีย	74
5.	ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทยจากบทเรียนของมาเลเซีย	74
5.1	การจัดระบบบริการ	74
5.2	การปฏิรูประบบสุขภาพ	75
5.3	ข้อเสนอแนะต่อ พรบ.สุขภาพแห่งชาติและกฎหมายประกอบอื่นๆ	75
5.4	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	76
	เอกสารอ้างอิง	77

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	รายละเอียดงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข	8
ตารางที่ 2	การประมาณการณั้แหล่งที่มาของการคลังสาธารณสุข	8
ตารางที่ 3	การประมาณการณั้มูลค่าและแหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ปี 1999.....	9
ตารางที่ 4	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	10
ตารางที่ 5	ตัวชี้วัดภาวะสุขภาพ.....	16
ตารางที่ 6	สัดส่วนของสถานบริการสาธารณสุขต่อประชากร จำแนกตามรัฐ (31 st December 1997).....	21
ตารางที่ 7	Distribution of out-patient attendances in public sector.....	22
ตารางที่ 8	จำนวนการรับบริการ (Attendances and encounters) ที่คลินิกระดับต้นสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (MoH primary health care clinics) ปี 1997	22
ตารางที่ 9	จำนวนการรับบริการ (Attendances) ของผู้ป่วยนอกและอนามัยแม่และเด็กจำแนกตามสังกัด ปี 1995.....	22
ตารางที่ 10	จำนวนสถานบริการของรัฐ ปี 1997	27
ตารางที่ 11	การกระจายตัวของโรงพยาบาลจำแนกตามสังกัดและรัฐ ปี 1996.....	28
ตารางที่ 12	บุคลากรสาธารณสุขปี 1997	33
ตารางที่ 13	แพทย์เฉพาะทางของกระทรวงสาธารณสุข ณ เดือนธันวาคม 1997	34
ตารางที่ 14	การลาออกจากราชการของแพทย์	35
ตารางที่ 15	กรอบอัตราค่าจ้างที่มีและได้รับการบรรจุจนถึงปี 1997	36
ตารางที่ 16	การจ้างบุคลากรชั่วคราวเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคน.....	37
ตารางที่ 17	การกระจายตัวของแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกรเปรียบเทียบเขตเมืองและชนบท และภาครัฐและเอกชน.....	37
ตารางที่ 18	การเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนประชากรต่อวิชาชีพ.....	39
ตารางที่ 19	จำนวนและสัดส่วนของบุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ในภาคเอกชน.....	40
ตารางที่ 20	จำนวนเรื่องร้องเรียนต่อแพทยสมาคม	46
ตารางที่ 21	แสดงการเพิ่มขึ้นของอัตราค่าบริการตรวจรักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	63

สารบัญรูป

รูปที่ 1	แผนผังโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข.....	12
รูปที่ 2	แผนผังโครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขระดับรัฐ	13
รูปที่ 3	แผนผังโครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	13
รูปที่ 4	แผนผังระบบการส่งต่อผู้ป่วย.....	17
รูปที่ 5	แผนผังโครงสร้างของหน่วยบริการสุขภาพชนบท	18
รูปที่ 6	ข้อเสนอการปรับโครงสร้างระบบบริหารงานบริการสุขภาพ	67
รูปที่ 7	กรอบการดำเนินการแปรรูปกิจการการบริการสาธารณสุขของประเทศไทย	73

คำย่อ

ANC	Antenatal Care
APPL	Approved Products Price List
BO	Build-Operate
BOT	Build-Operate-Transfer
CAP	Consumers' Association of Penang
CHC	Child Health Care
CHI	Citizens' Health Initiative
Cuepacs	Confederation of Public Service Unions
DHLL	Days of Healthy Life Lost
EIIS	Employment Injury Insurance Scheme
EPF	Employees Provident Fund
EPU	Economic Planning Unit
FOMCA	Federation of Malaysian Consumer Association
FTKL	Federal Territory Kaula Lumpur
GDP	Gross Domestic Product
GMS	Government Medical Store
GNP	Gross National Product
GP	General Practitioner
HMO	Health Maintenance Organisation
HTA	Health Technology Assessment
IJN	ย่อจากภาษา馬來ย Institut Jantung Negara หมายถึง National Heart Institute
IPS	Invalidity Pension Scheme
LIAM	Life Insurance Association of Malaysia
MAP	Master Agreed Procedure
MCHC	Maternal and Child Health Clinic
MCO	Managed Care Organisation
MMA	Malaysian Medical Association
MMC	Malaysian Aids Council
MMIS	Management of Maintenance Information Services
MoF	Ministry of Finance
MoH	Ministry of Health
MTUC	Malaysian Trade Union Congress
NGO	Non-Government Organisation

NHFA	National Health Financing Authority
PNC	Postnatal Care
PPP	Purchasing Power Parity
QAP	Quality Assurance Programs
SOCSSO	Social Security Organisation
TRPI	Technical Requirements and Performance Indicators

บทที่ 1 บริบททางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

1. ระบบการเมืองการปกครอง¹

ประเทศมาเลเซียได้รับเอกราชเมื่อปี 1957 มีเนื้อที่ 329,293 ตารางกิโลเมตร แบ่งการปกครองเป็น 13 รัฐ และ 2 เขตปกครอง (Federal territories) มีประชากรประมาณ 21.7 ล้านคน (1997) นโยบายด้านประชากรของประเทศไทยมาเลเซีย จะแตกต่างจากประเทศกำลังพัฒนาโดยทั่วไปที่พยายามจะลดอัตราการเกิด แต่ของมาเลเซียมีเป้าหมายในการเพิ่มประชากรให้ถึง 70 ล้านคนในปี 2095 อย่างไรก็ตาม อัตราการเติบโตของประชากรได้ลดลงจาก 2.8% ในช่วงทศวรรษ 1980 เป็น 2.5% ในช่วงปี 1992-1996 สภาพเช่นนี้ ทำให้สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น มีการคาดการณ์ว่าในปี 2025 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นเท่าตัวจากปัจจุบัน คิดเป็นประมาณ 13 % ของประชากรทั้งหมด²

ปัจจุบันมาเลเซียมีการปกครองโดยระบอบประชาธิปไตย มีกษัตริย์เป็นประมุขของประเทศ ทรงมีพระราชอำนาจโดยการเสนอแนะของนายกรัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรี

การปกครองประเทศมีรัฐธรรมนูญเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศ องค์การสูงสุดทางนิติบัญญัติประกอบด้วย วุฒิสภา (Senate) และ สภาผู้แทนราษฎร (House of Representative) วุฒิสภาประกอบด้วยสมาชิก 69 คน ในจำนวนนี้ได้รับการแต่งตั้งจาก สมเด็จพระราชาธิบดี 43 คน ที่เหลืออีก 26 คน มาจาก 13 รัฐๆ ละ 2 คน โดยการเลือกตั้งของสมัชชาด้านกฎหมาย (Legislative assembly) ของแต่ละรัฐ ดำรงตำแหน่งวาระละ 3 ปี โดยรับตำแหน่งได้ไม่เกิน 2 วาระติดต่อกัน ส่วนสภาผู้แทนราษฎรประกอบด้วยสมาชิก 192 คนจากการเลือกตั้ง ดำรงตำแหน่งวาระ 5 ปี ผู้บริหารคือนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีต้องเป็นสมาชิกรัฐสภา คณะรัฐมนตรีเป็นผู้กำหนดนโยบายของรัฐบาล โดยที่แต่ละรัฐมีรัฐธรรมนูญและรัฐบาลของตนเอง

ในช่วงระยะเวลาที่มีการปฏิรูป มาเลเซียมีการเมืองมีเสถียรภาพ ภายใต้การบริหารงานของรัฐบาลที่มาจากการพรรคเดียวกันและนายกรัฐมนตรีคนเดียวกันมานาน คล้ายคลึงกับสิงคโปร์ ผู้นำมีวิสัยทัศน์

2. ระบบเศรษฐกิจ¹

โดยพื้นฐานมาเลเซียมีระบบเศรษฐกิจแบบเสรีบนพื้นฐานของการเกษตร (free-enterprise agriculture-based economy) ได้มีการพัฒนาจากการส่งออกวัตถุดิบทางการเกษตร มาเป็นการส่งออกสินค้าเกษตรอุตสาหกรรม เช่น น้ำมันปาล์ม ยาง ผลิตภัณฑ์จากไม้ โกโก้ น้ำมัน ดีบุก ต่อมามาเลเซียได้มุ่งสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรม โดยเริ่มจากช่วงปี 1960 ที่อุตสาหกรรมอาหาร เครื่องใช้ภายในครัวเรือน เครื่องเรือน เครื่องนุ่งห่ม ต่อมาได้มุ่งเน้นไปที่อุตสาหกรรมหนักและเทคโนโลยีขั้นสูง เช่น เครื่องใช้ไฟฟ้า อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เครื่องจักรกล ทั้งนี้ดำเนินการภายใต้แผนอุตสาหกรรมแห่งชาติ (Industrial Master Plan) ปัจจุบันอยู่ในช่วงแผนที่ 2 (1996-2005)

สภาวะเศรษฐกิจของประเทศไทยมาเลเซียในทศวรรษที่ผ่านมา(ก่อนภาวะเศรษฐกิจถดถอย) อยู่ในสภาพที่มั่นคงมาก ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Real GDP) เติบโตที่อัตราเกือบ 9% ภาวะเงินเฟ้อต่ำกว่า 4% การว่างงานเพียง 2.5% ครัวเรือนยากจนน้อยกว่า 10% รายได้เฉลี่ยของประชากร (per capita income) สูงถึง \$4,650 (2.8 ringgit per US\$)³

3. ระบบการศึกษา¹

การศึกษาในระบบแบ่งออกเป็น ระดับประถมศึกษาภาคบังคับ 6 ปี เริ่มตั้งแต่อายุ 6 ขวบ มัธยมศึกษาตอนต้น 3 ปี มัธยมศึกษาตอนปลาย 2 ปี และเตรียมอุดมศึกษา (pre university) อีก 2 ปี การศึกษาในระบบโรงเรียนเป็นรัฐสวัสดิการ ที่รัฐจัดให้ประชาชนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สำหรับการศึกษาระดับวิชาชีพ (Tertiary education) ซึ่งประกอบด้วยวิทยาลัยมากกว่า 30 แห่ง และ มหาวิทยาลัย 9 แห่ง ผู้เรียนจะจ่ายค่าใช้จ่ายเพียงส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายจริง (Nominal fee) เท่านั้น ส่วนที่เหลือได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาล หลังจากจบระดับประถมศึกษาแล้ว นักเรียนจะได้รับการสนับสนุนให้เรียนต่อ โดยแนวคิดในระดับมัธยมศึกษาจะเป็นแบบการศึกษารวบยอด (Comprehensive education) เนื้อหาจะแบ่งเป็น วิชาการทั่วไป วิชาด้านวิชาชีพ หรือวิชาที่ผสมผสานทักษะการดำรงชีวิต (Integrated living skills) ในเอกสารของ World Bank ได้ยกย่องว่า การศึกษาในมาเลเซียเป็น “one of the more comprehensive education systems in the region.”⁴ เมื่อไม่นานนี้ รัฐบาลได้กำหนดนโยบายเรียกว่า Smart School โดยมุ่งให้โรงเรียนใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการปรับปรุงการเรียนการสอน

4. ระบบการวางแผนพัฒนาของประเทศ

แผนหลักในการพัฒนาประเทศเป็นแผน 5 ปี เรียกว่า Malaysian plan ปัจจุบัน อยู่ในช่วงแผนที่ 7 (1996 - 2000) จากการที่ประเทศมีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ส่งผลให้เกิดการจัดสรรงบประมาณแบบขาดดุลย์ จึงทำให้เกิดนโยบายที่เรียกว่า Malaysian Incorporated ในปี 1983 นโยบายนี้กำหนดให้มีการประสานความร่วมมือในการปฏิบัติงาน กัน อย่าง ใกล้ชิดระหว่างภาครัฐและเอกชน² ซึ่งเป็นประเด็นหลักอันหนึ่งต่อเนื่องในแผนพัฒนาประเทศเรื่อยมา ตั้งแต่แผนที่ 4 (1981-1985)

5. การวางแผนด้าน การแปรรูปกิจการของรัฐ⁵

ได้มีการดำเนินการ Privatisation มาตั้งแต่ ปี 1983 โดยมีวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อให้กิจการ การบริการของรัฐ สามารถแข่งขันกับนานาชาติได้ (เหตุผลที่เป็นรูปธรรมคงเป็นเรื่องการมีประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณ ไม่สามารถหาข้อมูลรายละเอียดได้ เพราะมีการขู่ว่าจะประณามการประหยัดงบประมาณจากการแปรรูป-ผู้ทบทวน) แต่สำหรับด้านการศึกษาและอนามัย เป็นการมุ่งเป้าเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศจะสามารถเข้าถึงบริการเหล่านี้ได้ และมีการสรุปว่า Privatisation ในช่วง⁶ Malaysian plan รัฐบาลประหยัดค่าใช้จ่ายด้านการลงทุน (capital expenditure) ได้ถึง 51.6 พันล้านริงกิต จำนวนนี้ไม่ได้รวมถึงรายได้จากการขายกิจการ

รายละเอียดการวางแผนเริ่มตั้งแต่ แผนฉบับที่ 4 ถึงฉบับที่ 7 มีดังนี้

Fourth Malaysian Plan 1981-1985⁶ ได้สรุปการดำเนินงาน แปรรูป (Privatisation) ของแผนฉบับที่ 4 (1981-1985) เอาไว้ดังนี้

ได้ทำการศึกษาเพื่อจำแนกงานบริการที่สามารถทำการแปรรูปได้ (privatised) และได้มีการว่าจ้างให้เอกชนเป็นผู้ดำเนินการ (contracted out) สำหรับงานบริการที่ไม่ใช่การรักษา (Non-medical services) เช่น งานซักฟอก การจัดอาหารให้ผู้ป่วย และการบำรุงรักษา อาคารสถานที่และอุปกรณ์ ในโรงพยาบาลจำนวนหนึ่ง รวมทั้งได้ให้เอกชนเข้ามาเช่า ดำเนินงาน โรงพยาบาล Lady Templer เพื่อลดภาระด้านงบประมาณของรัฐบาล ในการดำเนินงานโรงพยาบาลแห่งนี้

Fifth Malaysian Plan 1986-1990⁶

ได้กำหนดหัวข้อการแปรรูป (Privatisation) เอาไว้ในแผนการบริการสุขภาพ(Health Services) ดังนี้

เนื่องจากการเพิ่มภาระด้านการเงินของภาครัฐ และความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มประสิทธิภาพ จึงต้องมีการประเมินทางเลือกของการคลังสาธารณสุข จะต้องมีการศึกษาเรื่องการให้เอกชนเข้าโรงพยาบาลของรัฐไปดำเนินการ การให้แพทย์จากภาคเอกชนสามารถใช้เครื่องอำนวยความสะดวกของโรงพยาบาลของรัฐในการให้บริการแก่ผู้ป่วยของตนเอง แล้วแบ่งรายได้ให้โรงพยาบาลของรัฐ รวมไปถึงการศึกษความเป็นไปได้ของ Health Maintenance Organisation: HMO) และการจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Security Fund)

Sixth Malaysian Plan 1991-1995⁷ กำหนดแผนเกี่ยวกับการแปรรูป (privatising) ไว้ดังนี้

รัฐบาลจะทำการศึกษาความเป็นไปได้ในการแปรรูปสถาบันหัวใจแห่งชาติ (National Heart Institute) และจะส่งเสริมการดำเนินงานสถานบริการของเอกชน ทั้งโรงพยาบาลและคลินิก เพื่อเป็นทางเลือกของผู้ป่วยที่มีฐานะพอที่จะจ่ายค่ารักษาเองได้

Seventh Malaysian Plan 1996-2000⁸ กำหนดแผนเกี่ยวกับการแปรรูป (privatising) ไว้ดังนี้

ให้มีการใช้ทรัพยากรจากภาคเอกชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด เช่น ให้แพทย์ผู้ชำนาญการจากภาคเอกชนนำผู้ป่วยของตน เข้าไปใช้บริการในฐานะผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลของรัฐได้ และมีเป้าหมายในการแปรรูป (Corporatisation) โรงพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และดึงดูดให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและความชำนาญ ไม่ให้ลาออกไปอยู่กับเอกชน⁵

บทที่ 2 ระบบสุขภาพ

1. ภาพรวมของระบบ

เป็นระบบสาธารณสุขแบบพหุลักษณะ (Pluralistic health care systems) ที่มีแหล่งที่มาของการเงินแบบผสมทั้ง 4 แหล่งคือ direct taxation, social insurance, private health insurance และ out-of-pocket payments มีการให้บริการแบบที่เรียกว่า Universal provision by public and private sectors เหมือนกับประเทศอื่นๆ ในเครือจักรภพ (Commonwealth) ซึ่งจัดบริการโดยภาครัฐและเอกชน ภาครัฐเน้นการให้บริการที่การสาธารณสุข และการป้องกันโรค รวมทั้งการรักษาตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ สำหรับภาคเอกชนมีบทบาทในการให้บริการการรักษาทั้งสามระดับ การให้บริการด้านการรักษาพยาบาลของรัฐจัดโดยเครือข่ายโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ โดยเป็นการให้บริการแบบ Comprehensive ที่ประชาชนโดยทั่วไปไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือถ้าต้องเสียก็จ่ายในราคาที่ต่ำมากเพราะรัฐให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่⁹

2. นโยบายด้านสาธารณสุข

2.1 Vision 2020¹⁰

ประเทศมาเลเซียมีสังคมแบบพหุลักษณะ (Plural society) ประกอบด้วย มาเลย์ ร้อยละ 60 จีน ร้อยละ 30 และ อินเดีย ร้อยละ 10 จากความไม่เท่าเทียมทางเศรษฐกิจระหว่างชาวจีนและมาเลย์ ในช่วงต้นภายหลังการได้รับเอกราช ก่อให้เกิดนโยบายเศรษฐกิจใหม่ (New Economic Policy) เริ่มต้นในช่วงทศวรรษที่ 1970 มีวัตถุประสงค์เพื่อกำจัดความยากจน และปรับโครงสร้างทางสังคมใหม่ ให้มีการกระจายรายได้ ไม่ให้กลไกทางเศรษฐกิจ อยู่ในการควบคุมของคนจีนเท่านั้น มีการกล่าวว่ายานโยบายเศรษฐกิจใหม่นี้ ส่งผลต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขอย่างมากด้วย ในช่วง 2 ทศวรรษแรกของการดำเนินตามนโยบายนี้ ได้มีการพัฒนาธุรกิจและอุตสาหกรรมอย่างมาก ส่งผลทำให้บรรลุเป้าหมายทางเศรษฐกิจและสังคมที่กำหนดไว้ ต่อมาในช่วงทศวรรษที่ 1990 ได้มีการปรับปรุงนโยบายใหม่ เรียกว่า นโยบายการพัฒนาใหม่ (New Development Policy) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่สมดุลย์ อันจะนำไปสู่สังคมที่เป็นเอกภาพและเป็นธรรม

นายกรัฐมนตรี ได้กำหนดนโยบายที่เรียกว่า Vision 2020¹¹ เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 1991 ความว่า

"By the year 2020, Malaysia is to be a united nation with a confident Malaysian society infused by strong moral and ethical values, living in a society that is democratic, liberal and tolerant, caring, economically just and equitable, progressive and prosperous and in full possession of an economy that is competitive, dynamic, robust and resilient."

เพื่อให้บรรลุตามนโยบายดังกล่าวในส่วนของการกระทรวงสาธารณสุขได้เน้นการส่งเสริมแนวคิดของสุขภาพที่หมายถึงภาวะความสมบูรณ์ของทั้งร่างกาย จิตใจ และการดำรงอยู่ในสังคมอย่างเป็นสุข ซึ่งโอกาสของการเข้าสู่ภาวะสุขภาพนี้จะต้องได้รับอย่างเท่าเทียมกันในหมู่พลเมืองทั้งหมดของประเทศ

กลยุทธ์ที่จะทำให้อุตสาหกรรมการดูแลสุขภาพ (Health care industry) บรรลุตามเป้าหมายปี 2020 คือการให้ความเป็นอิสระและการแปรรูป (liberalisation and privatisation) รวมทั้งการให้โอกาสภาคเอกชนเข้า

มามีบทบาทมากขึ้น (รูปธรรมของการส่งเสริมการบริการภาคเอกชน ดูข้อ 14.5 สำหรับผู้จ่ายเงินหรือการประกันสุขภาพ ดูรายละเอียดที่ บทที่ 3 ข้อ 5) การให้ความเป็นอิสระมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน (infrastructure) อย่างรวดเร็วด้วยเทคโนโลยีล่าสุดที่ดีที่สุด อย่างไรก็ตามจะต้องคำนึงต้นทุน ผลได้และความเท่าเทียมในการใช้เทคโนโลยีด้วย สิ่งที่ต้องคำนึงถึงเมื่อประเทศมีเป้าหมายในการพัฒนาเป็นสังคมอุตสาหกรรม คือ การควบคุมภาวะสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ปัญหาที่ติดตามมาจากการบริโภคอาหารที่เพิ่มมากขึ้น ที่สำคัญมากต่อระบบสาธารณสุขคือการเพิ่มขึ้นอย่างมากของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ การหารูปแบบการคลังสาธารณสุขที่เหมาะสมจะช่วยให้เกิดการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูง ในราคาที่เป็นธรรม เหนือสิ่งอื่นใดการทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ภาครัฐและเอกชนต้องมีการเรียนรู้ในการร่วมมือกันทำงานในระดับที่เพิ่มมากขึ้น

2.2 Vision for Health¹²

Malaysia is to be a nation of healthy individuals, families and communities, through a health care system that is equitable, affordable, efficient, technologically appropriate, environmentally adaptable and consumer-friendly, with emphasis on quality, innovation, health promotion, respect of human dignity, and which promotes individual responsibility and community participation towards an enhanced quality of life.

2.3 Mission¹²

The mission of the Ministry of Health is to build partnerships for health to facilitate and support the people to:

- ◆ Attain fully potential in health
- ◆ Motivate them to appreciate health as a valuable asset
- ◆ Take positive action to improve further and sustain their health status to enjoy a better quality of life.

3. สิทธิของประชาชนด้านสุขภาพ

ระบบสาธารณสุขของประเทศมาเลเซียเป็นระบบที่รัฐให้การช่วยเหลือประชาชนในด้านค่าใช้จ่ายในการรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ผู้ใช้บริการจ่ายค่าธรรมเนียมเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามไม่ปรากฏข้อมูลที่ระบุสิทธิของประชาชนด้านสุขภาพอย่างเป็นทางการ เป็นเพียงนโยบายที่เรียกว่า Open Door Policy คือการไม่ปฏิเสธเมื่อผู้ป่วยไปถึงสถานพยาบาลแล้ว ถึงแม้ว่าจะข้ามขั้นตอนของการส่งต่อ และหากไม่มีเงินจ่ายในขั้นตอนที่ต้องจ่ายเงิน ก็สามารถได้รับบริการฟรีโดยผ่านการพิจารณาของหน่วยสังคมสงเคราะห์

4. การคลังของระบบ

4.1 แหล่งที่มาของงบประมาณ

ค่าใช้จ่ายทั้งหมดของโรงพยาบาลมาจาก เงินงบประมาณที่ได้จากการเก็บภาษีทั่วไป (General tax) โดยรัฐบาลกลาง แล้วจัดสรร ไปให้โรงพยาบาลแบบ Global budget อีกส่วนหนึ่งได้จากเงินที่ผู้ป่วยจ่าย ซึ่งผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลนี้สามารถแบ่งได้เป็น 5 ประเภทคือ

- ผู้ที่สามารถเบิกค่ารักษาได้จาก Employees Provident Fund (EPF)
- ผู้ที่สามารถเบิกค่ารักษาได้จาก Social Security Organisation (SOCSO)
- ผู้ที่สามารถเบิกค่ารักษาได้จากบริษัทประกันสุขภาพเอกชน
- ผู้ที่สามารถเบิกค่ารักษาได้จากบริษัทนายจ้างที่สังกัดอยู่ (ประมาณ 2-3 % ของค่าแรง)
- ผู้ที่ไม่สามารถเบิกค่ารักษาได้จากแหล่งใดๆ

EPF^{13, 14} ดำเนินการภายใต้ Employees Provident Fund Act 1951 ในหลักการเพื่อสร้างหลักประกันด้านการเงินเมื่อเกษียณจากการทำงานรวมทั้งยามเจ็บป่วยและยามเดือดร้อนเรื่องที่อยู่อาศัย ผ่านกลไกการบังคับออม (Compulsory savings scheme) และร่วมสมทบโดยนายจ้าง ในจำนวน 10% และ 12% ของเงินเดือนตามลำดับ บริหารกองทุนโดยหน่วยงานอิสระในกำกับของกระทรวงการคลัง มีปลัดกระทรวงการคลังเป็นประธานคณะกรรมการกองทุน กรรมการมาจากข้าราชการด้านการเงิน 4 คน ตัวแทนนายจ้างและตัวแทนลูกจ้างฝ่ายละ 5 คน

การเบิกเงินจากกองทุนทำได้ในกรณี เสียชีวิต เกษียณอายุราชการ การเจ็บป่วย (กรณีพิการจะได้รับเงินเพิ่มจาก Incapacitation Benefit Scheme) และการจัดหาที่อยู่อาศัย

SOCOS¹⁴ ดำเนินการภายใต้ Employees Social Security Act 1969 สำหรับลูกจ้างหรือแรงงานที่มีรายได้ต่ำ (ไม่เกิน 2,000 สิงคโปร์ดอลลาร์ต่อเดือน) เป็นการประกันสังคมแบบบังคับ (compulsory social security scheme) เงินค่าสมาชิกได้จากทั้งลูกจ้างและนายจ้าง ให้ผลประโยชน์แก่ลูกจ้างในกรณีเกิดอุบัติเหตุขณะทำงาน หรือการเจ็บป่วยหรือพิการอันเนื่องมาจากการทำงาน (invalidity and employment injuries including occupational diseases)

SOCOS แบ่งการประกันออกเป็น 2 แบบ คือ Employment Injury Insurance Scheme (EIIS) และ Invalidity Pension Scheme (IPS) EIIS ได้รับค่าสมาชิกจากนายจ้างเท่านั้น ในอัตรา 1.25% ของเงินเดือนลูกจ้าง สำหรับ IPS ทั้งนายจ้างและลูกจ้างจ่ายเท่ากัน ในอัตรา 0.5% ของเงินเดือน ถึงแม้จะมีการประกัน 2 แบบ แต่ลูกจ้างมีสิทธิเลือกรับผลประโยชน์ได้เพียงแบบเดียว (ที่ได้ผลประโยชน์สูงสุด)

EIIS ครอบคลุมการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานในที่ทำงาน หรือการเจ็บป่วยจากโรคอันเนื่องมาจากการทำงาน โดยจะได้รับ

- การรักษาพยาบาลฟรี แขนขาเทียม รถเข็น อุปกรณ์ช่วยการได้ยิน หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพอื่นๆ
- การพิการชั่วคราว (temporarily disabled) ไม่น้อยกว่า 4 วัน จะได้รับชดเชย 80% ของค่าแรงรายวัน
- การพิการชั่วคราว (permanently disabled) ได้รับบำนาญ (pension) รายเดือนไปตลอดชีวิต จำนวนบำนาญขึ้นกับระดับความพิการ รวมทั้งเงินค่าจ้างผู้ดูแลในกรณีไม่สามารถประกอบอาชีพใดๆ ได้อีก และจำเป็นต้องมีคนดูแล

➤ กรณีเสียชีวิตคู่สมรสหรือทายาทจะได้รับเงินก้อนหนึ่งและได้รับบำนาญตกทอด

IPS ครอบคลุม invalidity หรือเสียชีวิตตลอด 24 ชม.จากสาเหตุใดๆก็ตามแม้จะเกิดนอกที่ทำงานก็ตาม invalidity หมายถึงการพิการอย่างรุนแรงหรือโรคที่รุนแรงจนทำให้รายได้จากการทำงานลดลงอย่างน้อย 1 ใน 3 ของที่เคยได้โดยปกติ จะได้รับผลประโยชน์ คือ

- Invalidity pension จ่ายในกรณีเป็นสมาชิกมาอย่างน้อย 2 ปี จำนวนเงินขึ้นกับอายุการเป็นสมาชิก โดยทั่วไปจะอยู่ระหว่าง 50%-65% ของเงินเดือน
- Invalidity grant จ่ายในกรณีเป็นสมาชิกมาอย่างน้อย 1 ปี แต่ไม่ถึง 2 ปี จำนวนเงินเท่ามูลค่าค่าที่ส่งเข้ากองทุนพร้อมดอกเบี้ย
- Survivor's pension คือบำนาญตกทอด
- ผลประโยชน์อื่นๆ ที่เหมือน EIS คือ ค่าทำศพ ค่าจ้างผู้ดูแล และค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ

เมื่อลูกจ้างบาดเจ็บต้องส่งรายงาน (accident report) ให้ SOCSO ภายใน 24 ชม.สำเนาของรายงานนี้จะต้องมอบให้แพทย์ (Insurance medical practitioner) ตั้งแต่การตรวจครั้งแรก และแพทย์จะให้ใบรับรองซึ่งต้องไปยื่นต่อ SOCSO ค่ารักษาพยาบาลจะเบิกคืน (reimburse) จาก SOCSO ได้ในภายหลัง

ดังที่ได้กล่าวแล้วว่าการจัดบริการรักษาพยาบาลมีหน่วยงานอื่นๆเช่นโรงพยาบาลทหาร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ร่วมให้บริการด้วย แต่ในที่นี้ไม่มีข้อมูลดังกล่าว มีเพียงข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่ารายได้ที่เก็บได้จากผู้ป่วยมีประมาณร้อยละ 5 ของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น อย่างไรก็ตามหากสามารถเก็บจากผู้ป่วยได้ตามรายการที่กำหนด (chargeable fees) ก็จะเก็บได้ร้อยละ 30 ของงบประมาณ เพราะการกำหนดราคาไม่ได้คำนวณบนพื้นฐานค่าใช้จ่ายที่แท้จริง⁹ รัฐบาลได้ให้งบอุดหนุนกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากประมาณ 4% ของงบประมาณทั้งประเทศ เป็น 6.3% ในปี 1997 (ตารางที่ 1)

ข้อมูลรายละเอียดด้านการคลังยังขาดอยู่อีกมาก ขณะนี้ยังไม่มีระบบการคลังสาธารณสุข ที่มาของแหล่งเงินที่จ่ายให้หน่วยบริการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมอยู่ใน ยอด 5% ที่กล่าวแล้ว เพราะผู้ป่วยเป็นผู้จ่ายแล้วไปเบิกจากแหล่งที่สังกัดภายหลัง ไม่มีการติดต่อโดยตรงระหว่าง payer และ provider

ข้อมูลส่วนหนึ่งที่มีคือ จากการศึกษาของธนาคารโลก พบว่าในปี 1983 มีการประกันสุขภาพเอกชน (private health insurance) จำนวน 45,000 กรมธรรม์ (policies) จาก 65 บริษัท ซึ่งครอบคลุมประชากร 250,000 คน หรือคิดเป็น ร้อยละ 1.5 ของประชากรทั้งหมด ในปี 1995 คาดการณ์ว่า ผู้ที่มีประกันชีวิตและสุขภาพ (Life and health insurance) มีประมาณ ร้อยละ 15 ของประชากร และคาดว่าจะเพิ่มถึงร้อยละ 50 เมื่อสิ้นปี 2000⁹ สำหรับการประกันชีวิต (Life insurance) ในรายงานแผนการฟื้นฟูเศรษฐกิจแห่งชาติได้ระบุว่าประชากรเพียงร้อยละ 27.2 ที่มีประกันชีวิต¹⁵

จากการคาดการณ์แหล่งที่มาของการคลังสาธารณสุขของประเทศมาเลเซียของ Dr. Krishnan นายกแพทย์สมาคมแห่งมาเลเซีย¹⁶ ในจำนวนประชากรทั้งหมด 21.5 ล้านคน กลุ่มผู้จ่ายกลุ่มใหญ่ที่สุดคือผู้ที่ เป็นสมาชิก Employees Provident Fund (EPF) จำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมด (ตารางที่ 2) และได้ประมาณการณ์ว่าค่าใช้จ่ายทางสุขภาพทั้งหมดของปี 1999 มีมูลค่า 9.7 พันล้านริงกิต ดังรายละเอียดประเภทของแหล่งเงินในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 รายละเอียดงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข

Year	MOH annual budget		Total	% of national budget	% of GDP	Per capita allocation (RM)
	Development	Operating				
1986	159,277,400	1,174,345,000	1,333,624,386	4.33	2.46	83
1987	93,090,400	1,081,695,700	1,174,788,087	4.29	2.00	71
1988	121,987,800	1,117,411,900	1,239,401,688	4.41	2.04	73
1989	206,311,950	1,221,630,600	1,427,944,539	4.73	2.19	82
1990	345,716,280	1,278,135,500	1,623,853,770	4.86	2.14	91
1991	594,622,000	1,446,500,400	2,041,124,391	5.31	2.50	112
1992	689,416,200	1,663,262,400	2,352,680,592	5.18	2.68	126
1993	549,473,910	1,932,917,800	2,482,393,703	5.62	2.60	131
1994	337,082,800	2,053,422,100	2,390,506,894	4.07	2.30	121
1995	427,966,000	1,165,265,000	1,593,232,995	5.31	2.28	129
1996	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>
1997	566,967,300	3,219,867,600	3,786,836,897	6.31	<i>n.a.</i>	175

Source: Health for all: reforming health care in Malaysia⁹, Health Facts¹⁷

ตารางที่ 2 การประมาณการณ์แหล่งที่มาของการคลังสาธารณสุข

แหล่งที่มา	จำนวนประชากร
Employed	
Pensionable civil servants	500,000
Self-employed	2,000,000
EPF contributors	9,450,000
Non-employed	
Dependents, children	9,550,000
Total	21,000,000

ตารางที่ 3 การประมาณการณ์มูลค่าและแหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ปี 1999

แหล่งที่มา	มูลค่า (ล้าน ริงกิต)
Employees	3,800
Employers	900
Government contribution	3,600
Private insurance	1,400
Total	9,700

4.2 บทบาทของรัฐและเอกชนทางด้านการคลัง

ข้อมูลด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ยังมีความไม่ชัดเจนด้านวิธีการรวบรวมและประมาณการ ทั้งด้านจากภาคเอกชนและภาครัฐ โดยเฉพาะจากภาครัฐว่าครอบคลุมหน่วยงานอื่น ๆ นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ เพราะหน่วยงานเหล่านี้มีภารกิจหลักด้านอื่น ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ จะแฝงอยู่และยากที่จะแยกออกมาให้ชัดเจน จากตัวเลขที่มีอยู่เสนอโดย World Bank ว่าระหว่างปี 1990-1997 ค่าใช้จ่ายจากภาคเอกชน เท่ากับ 1.5% GDP จากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด 2.9% ของ GDP หรือคิดเป็นค่าใช้จ่ายจากภาคเอกชนประมาณ 52%^{18, 19} (ตารางที่ 4)

ข้อมูลจากเอกสารที่นำเสนอโดย Director –General of Health²⁰ สรุปว่า ร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาคเอกชน (private expenditure) ต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ได้เพิ่มจาก 23.4% ในปี 1983 เป็น 56.75% ในปี 1990 และ เป็น 57.2% ในปี 1996

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม ในปี 1996 คิดเป็น 3.73% ของ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ซึ่งต่ำกว่า เกณฑ์ ที่องค์การอนามัย โลกแนะนำสำหรับประเทศกำลังพัฒนา คือ 5% ประเทศมาเลเซียไม่มีระบบบัญชีแห่งชาติด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ (National Health Account System) แต่มีการประมาณการณ์ สำหรับปี 1996 ว่ารัฐจ่ายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ประมาณ 42.8% ที่เหลือภาคเอกชนเป็นผู้จ่าย ค่าใช้จ่ายที่ประชาชนออกเอง (out-of-pocket) มีมูลค่า 1,518 ล้านเหรียญสหรัฐ หรือคิดเป็น 1.53 % ของ GDP คิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัว เท่ากับ 71.55 เหรียญสหรัฐ ในจำนวนนี้ 61.57 % จ่ายสู่ภาคเอกชน²

ตารางที่ 4 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

	1990-1997	1997	1996-1997
Population	n.a.	22 million	n.a.
GNP	n.a.	US \$ 98.2 billion	n.a.
PPP GNP	n.a.	US \$ 168 billion	n.a.
Per capita GNP	n.a.	US \$ 4,530	n.a.
Per capita PPP GNP	n.a.	US \$ 7,730	n.a.
Average annual growth of per capita GNP	n.a.	n.a.	4.8%
Health expenditure: Private % of GDP	1.5	n.a.	n.a.
Health expenditure: Public % of GDP	1.4	n.a.	n.a.
Health expenditure: Total % of GDP	2.9	n.a.	n.a.
Health expenditure: Per capita	US \$ 140	n.a.	n.a.
Health expenditure: Per capita/ PPP	US \$ 317	n.a.	n.a.

Source: World Bank^{18, 19}

4.3 ภาระทางการเงินของประชาชนและผู้ป่วย

ผู้รับบริการการรักษาระดับปฐมภูมิคือที่ คลินิกชนบท (Rural Clinic) (ระดับหมู่บ้าน มีพยาบาลประจำ) และ คลินิกสุขภาพ (Health Clinic) (ระดับตำบล และชุมชนในเขตเมือง มีแพทย์ประจำ) จะได้รับบริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น สำหรับการรักษาในระดับที่สูงขึ้นคือตั้งแต่โรงพยาบาลอำเภอขึ้นไป จะเสียค่าลงทะเบียน ครั้งละ 1 ริงกิต (ประมาณ 10 บาท) สำหรับคนไข้นอก และ 5 ริงกิต สำหรับคนไข้ที่ต้องพักรักษาในโรงพยาบาล โดยไม่ต้องเสีย ค่ายาและค่ารักษาอื่นๆอีก ตามระเบียบ Fee Order and Government Ordinance²¹ สำหรับผู้ที่ด้อยโอกาสเช่น ยากจน คนชรา ผู้พิการจะได้รับการยกเว้นค่าลงทะเบียนดังกล่าว

ถึงแม้ว่าโดยหลักการแล้วประชาชนทุกคนจะได้รับการรักษาฟรีในสถานบริการของรัฐแต่ก็มีการไปใช้บริการจากสถานบริการ (คลินิก และโรงพยาบาล) เอกชน ซึ่งต้องจ่ายเงินเอง เนื่องจากปัญหา ความแออัดของผู้ป่วย ทำให้ต้องเสียเวลาคอยนาน (ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รอรับการรักษาเฉพาะ เช่นการผ่าตัด) และ คุณภาพการดูแลของแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ก็มีขีดจำกัดตามไปด้วย

จากการสำรวจครัวเรือนในปี 1996²² ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากครัวเรือน (total out-of-pocket) ซึ่งรวมทั้งค่ารักษาพยาบาลและค่าเดินทาง ประมาณการณ์ว่ามีมูลค่า RM 3.82 billion คิดเป็น 1.28% ของ GDP หรือ 1.35% ของ GNP โดยเฉลี่ย ต่อคน ต่อปี เท่ากับ 180 ริงกิต คิดเป็น 4.80 % ของรายได้เฉลี่ยต่อปี สำหรับผู้ที่อยู่ในเขตเมือง และเขตชนบท มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยแตกต่างกันเกือบเท่าตัวคือ 228 ริงกิต และ 120 ริงกิตตามลำดับ

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากครัวเรือน นี้แบ่งออกเป็น

61.57% สำหรับบริการจากโรงพยาบาลและคลินิกเอกชน ซึ่งแบ่งออกเป็น

31.41% private clinics

12.17% private hospitalisation

17.99% private hospital out patient

10.63% ใช้สำหรับบริการจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่ง แบ่งออกเป็น

2.23% MoH clinics

1.65% MoH hospitalisation

6.75% MoH hospital out patient

1.07% ใช้สำหรับบริการจากหน่วยราชการอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือทหาร ซึ่ง แบ่งออกเป็น

0.05% clinics

0.47% hospitalisation

0.55% hospital out patient

1.20% ใช้สำหรับบริการการแพทย์พื้นบ้าน

0.26% ใช้สำหรับบริการร้านขายยาและการขายตรง

10.94% ใช้สำหรับการรักษาตนเอง

3.01% ใช้สำหรับบริการการดูแลรักษาฟัน

6.36% ใช้สำหรับบริการการดูแลรักษาตา

0.55% อื่นๆ

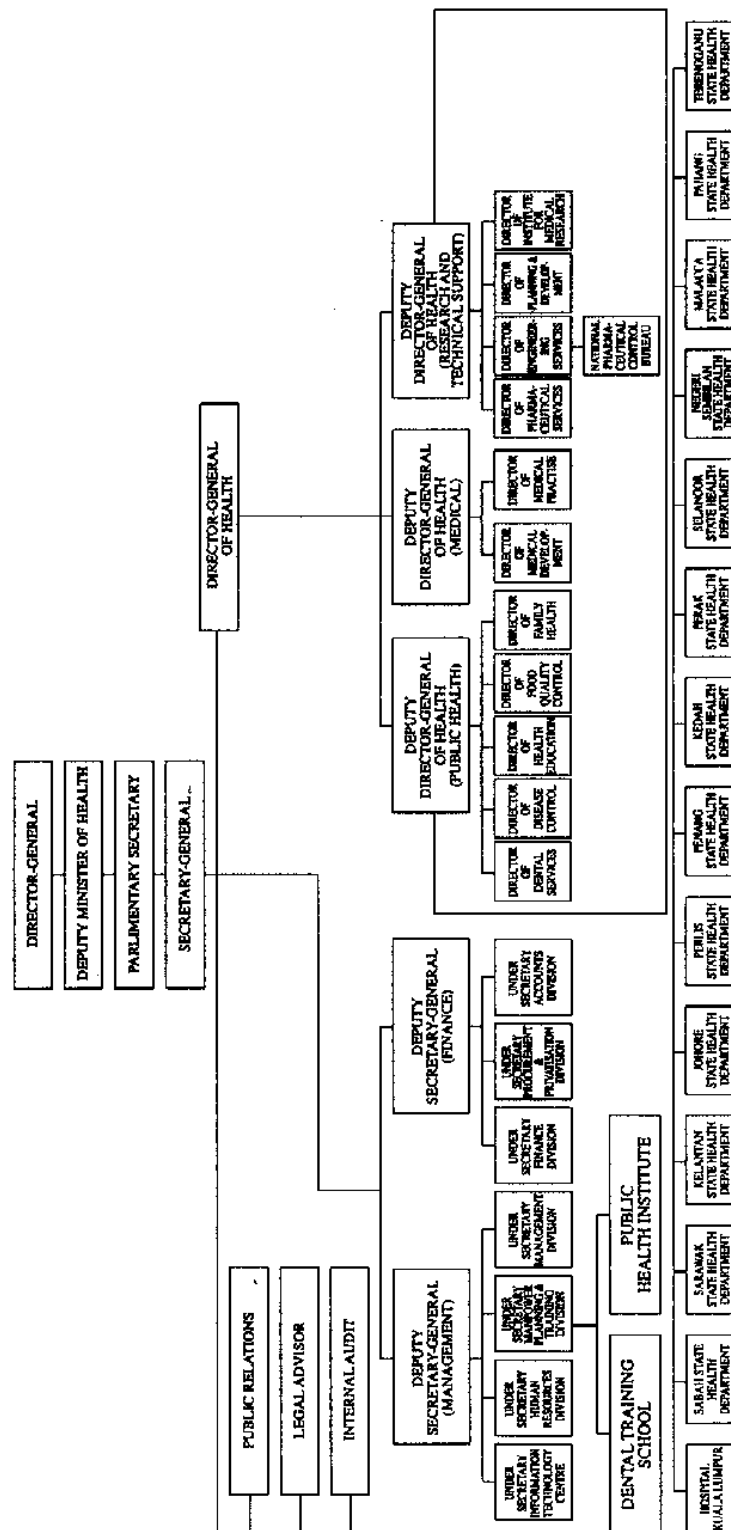
4.4 มาตรการการจ่ายค่าบริการแก่ผู้ให้บริการ

ผู้ป่วยทั้งหมดที่ใช้บริการจากภาคเอกชน หรือเลือกที่จะใช้บริการภาครัฐแบบคนไข้เอกชน เพื่อไม่ต้องรอตามลำดับของ waiting list ต้องจ่ายเงินเอง เมื่อรับบริการตามราคาของแต่ละบริการ จากนั้นผู้ที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากสังกัดของตนเองจึงจะเบิกคืนในภายหลัง ไม่มีการจ่ายเงินระหว่าง Payers และ Providers ในกรณีของรัฐ สถานบริการของรัฐรับงบประมาณแบบ Global budget และแพทย์ผู้ให้บริการรับค่าตอบแทนแบบเงินเดือน

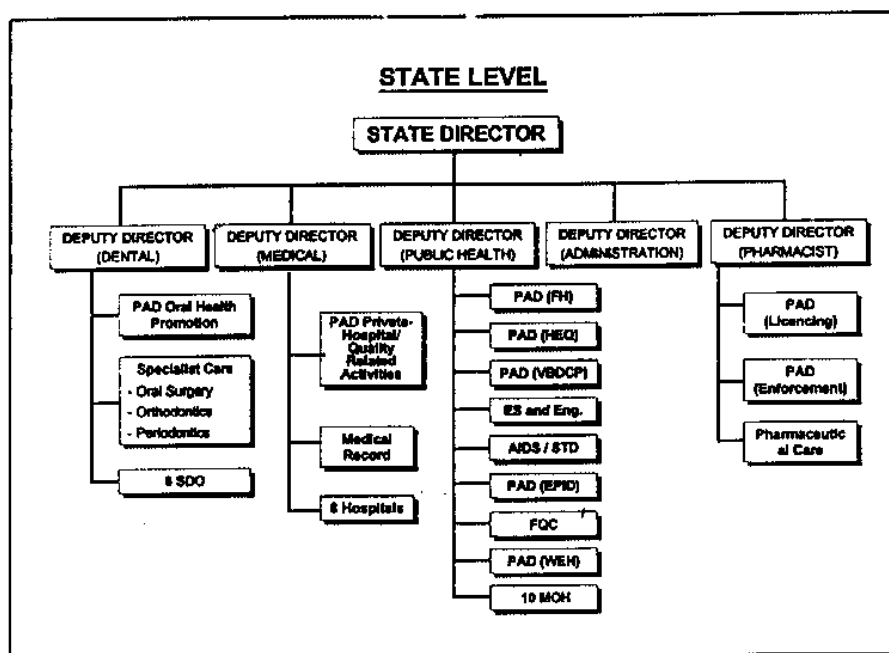
5. ระบบสาธารณสุขภาครัฐ²

กระทรวงสาธารณสุขเป็นกระทรวงที่ใหญ่ที่สุดกระทรวงหนึ่ง มีบุคลากรประมาณ 84,000 คน ในปี 1996 ได้รับงบประมาณ คิดเป็น 1.22% ของ GDP ประเทศมาเลเซียยังไม่มีระบบการประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Insurance Scheme) การเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ป่วยเก็บได้ค่อนข้างน้อยคือเพียง 5% ของค่าใช้จ่ายด้านการดำเนินการ (MOH's operating budget) เท่านั้น กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดแบ่ง โครงสร้างในการบริหาร ดังนี้ (รูปที่ 1-3)

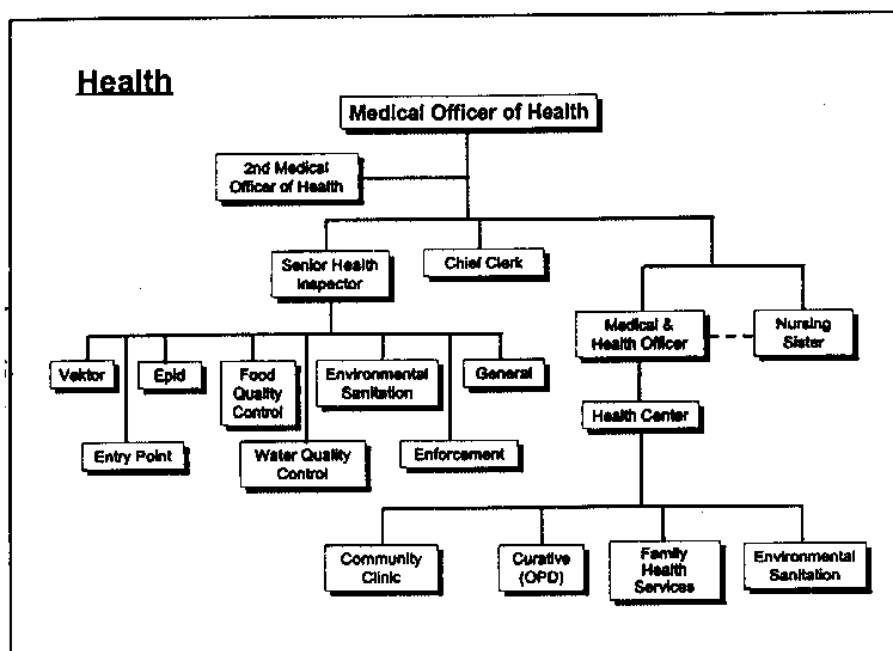
ORGANISATION CHART OF THE MINISTRY OF HEALTH, MALAYSIA



รูปที่ 1 แผนผังโครงสร้างร่างของกระทรวงสาธารณสุข



รูปที่ 2 แผนผังโครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขระดับรัฐ



รูปที่ 3 แผนผังโครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

กระทรวงสาธารณสุข แบ่งการบริหารออกเป็น 3 ระดับคือ

ระดับชาติ (National Level) มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

- การวิเคราะห์และจัดทำนโยบาย
- การจัดทำแผนและดำเนินโครงการพัฒนาสุขภาพ
- การกำหนดเป้าหมายของงาน
- การกำหนดบรรทัดฐานและเกณฑ์มาตรฐาน (norms and standards)
- การพัฒนาและจัดสรรทรัพยากร
- การควบคุมและเฝ้าติดตาม
- การศึกษาทบทวนและออกกฎหมายสาธารณสุข
- การฝึกอบรมและประเมินผล

ระดับรัฐ (State Level) มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

- การดำเนินการตามนโยบาย และโครงการ รวมทั้งการบริหารงานบุคคล
- วางแผนและบริหารจัดการงานบริการให้บรรลุตามบรรทัดฐานและเกณฑ์มาตรฐาน (norms and standards) ที่ส่วนกลางกำหนดขึ้น
- ดูแลให้เกิดการบริหารจัดการการใช้และการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม
- การควบคุมและเฝ้าติดตามการให้บริการสุขภาพ
- ดำเนินมาตรการให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย
- การทบทวนทุก 2 ปี (Biannual reviews) และ การฝึกอบรมและประเมินผล

ระดับอำเภอ (District Level) มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

- ดำเนินการในการให้บริการดูแลสุขภาพ
- เป็นผู้ดำเนินการและตรวจสอบในขั้นตอนของการจัดทำเกณฑ์มาตรฐาน
- ดำเนินการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด
- ติดตามและควบคุมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการใช้ทรัพยากร
- ทำการทบทวนเป็นระยะ (Periodic review) และประเมินผลการปฏิบัติงานและการฝึกอบรม

การบริการสาธารณสุขในเขตชนบท แบ่งเป็น 2 ระดับคือ

- คลินิกสุขภาพ (Health Clinic) มีแพทย์ประจำ 1 คน นอกจากงานปกติของคลินิกแล้ว จะดูแล คลินิกชนบท
- คลินิกชนบท (Rural Clinic) 4 แห่ง
- คลินิกชนบท (Rural Clinic) แต่ละแห่งจะมี พยาบาลชุมชน (community nurse) ประจำ 1 คน

6. ระบบสาธารณสุขภาคเอกชน²

ในปี 1995 ประมาณการณ์ว่า มีคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป ประมาณ 5000 แห่งทั่วประเทศ สำหรับโรงพยาบาล ประมาณว่า ถึงปี 1999 มีจำนวน 241 แห่ง มีการดูแลการเก็บค่าบริการโดย แพทยสมาคมแห่งมาเลเซีย (Malaysian Medical Association) ได้ออก Fee schedule ให้ใช้เป็นแนวทาง และ รัฐบาลได้ออกกฎหมาย

ชื่อ Private Healthcare Facilities and Services Act 1998²³ นับเป็นกฎหมายในการควบคุม ตรวจสอบ การบริการทางการแพทย์ภาคเอกชน แห่งแรกในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา

7. ตัวชี้วัดภาวะสุขภาพ

ธนาคารโลกได้สรุปภาวะอนามัยของประเทศมาเลเซียว่าประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพมากที่สุดประเทศหนึ่งในเอเชีย โดยยกตัวอย่างว่า อัตราการตายของทารก (infant mortality rate) 12 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต (live births) (ตารางที่ 5) ในขณะที่ ประเทศไทย 35 ต่อ 1,000 live births และใกล้เคียงกับเกาหลี 10 per 1,000 live births โดยที่มีการใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพียง 3.5 % ของ GDP เปรียบกับของเกาหลีและไทย ที่จ่าย 7% และ 6% ตามลำดับ³ อย่างไรก็ตาม มาเลเซียก็เหมือนกับประเทศอื่นๆที่ต้องเผชิญกับปัญหาสาธารณสุขที่ใหม่ ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (emerging health problems) คือโรคไม่ติดต่อ ในขณะที่ก็ต้องพยายามควบคุมโรคติดต่อไว้ให้ได้เหมือนเดิม

สาเหตุการตาย¹⁷

สาเหตุการตายสูงสุด 10 อันดับของปี 1997 คือ

Heart diseases & diseases of pulmonary circulation	15.10%
Septicaemia	10.98%
Cerebrovascular diseases	9.47%
Accidents	8.79%
Malignant neoplasms	8.75%
Certain conditions originating in the perinatal period	7.26%
Diseases of the digestive system	4.69%
Pneumonia	4.33%
Nephritis, nephrotic syndrome & nephrosis	3.65%
Ill-defined conditions	3.62%

รูปแบบของโรคที่กำลังเกิดขึ้นใหม่ (emerging disease profile) มี ลักษณะใกล้เคียงกับทางตะวันตก โรคติดต่อที่กำลังหวนกลับมาใหม่ได้แก่ วัณโรคที่ดื้อยา และมาลาเรีย จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย

ตารางที่ 5 ตัวชี้วัดภาวะสุขภาพ

Indicators	1981	1985 ^a	1990	1992	1993	1995	1996	1997
Doctors per 10,000 Population	2.8	3.15	3.9	4.1	4.35	4.5	n.a.	6.8
Dentists per 10,000 Population	0.8	0.66	0.8	0.8	0.81	0.9	n.a.	0.9
Acute Care Hospitals Beds per 10,000 Population	1.5	1.7 ^b	1.3	1.3	1.2	n.a.	n.a.	n.a.
Rural Population per Health Centre ('000)	21.8	n.a.	19.7	14.9	15.2	n.a.	n.a.	n.a.
Rural Population per Midwife/Rural Clinic ('000)	3.5	n.a.	4.9	4.4	4.5	n.a.	n.a.	n.a.
Life Expectancy (age in years)								
- Male	68.0	67.9 ^c	69.0	69.0	69.1	69.3 ^c	69	69.6
- Female	72.9	73 ^c	74.0	73.7	73.8	74 ^c	74	74.5
Infant Mortality Rate (per 1,000)	20.0	16.95 ^c	13.3	12.2	11.4	10.5 ^c	9	9.5
Toddler Mortality Rate (per 1,000)	1.8	1.4 ^c	0.9	0.8	0.9	0.8 ^c	n.a.	0.7
Maternal Mortality Rate (per 1,000)	0.5	0.37 ^c	0.2	0.2	0.2	0.2 ^c	0.2	0.2
Crude Birth Rate (per 1,000)	30.8	31.7	28.0	27.1	28.2	28.0	26.3	25.6
Crude Death Rate (per 1,000)	5.0	5.0	4.7	4.6	4.6	4.5	4.6	4.6

Source: Malaysia Official Year Book 1993, 1994, 1995²⁴⁻²⁶ Sixth Malaysia plan 1991-1995⁷ Seventh Malaysia plan 1996-2000⁸, Health Facts¹⁷

Note

^a The indicators took into account the usage of facilities by temporary immigrants.

^b Excluding special medical institutions and private hospitals.

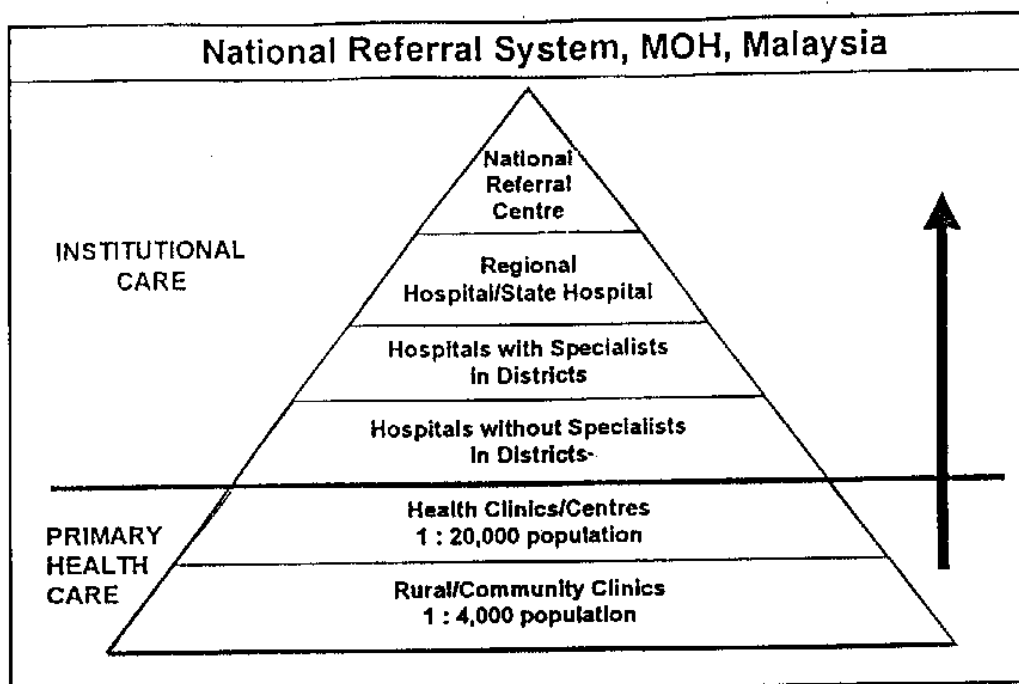
^c For Peninsular Malaysia only

n.a. Not available

8. บริการสาธารณสุขโดยรวม

8.1 ทางเลือกใช้บริการของผู้บริโภค การเข้าสู่ระบบ และการส่งต่อ

ถึงแม้ว่าโดยทฤษฎีแล้ว ผู้ป่วยจะต้องขอรับบริการตามขั้นตอนของระบบการส่งต่อ (รูปที่ 4) แต่โดยทางปฏิบัติแล้ว รัฐบาลมีนโยบาย Open-door policy คือไม่มีการปฏิเสธเมื่อผู้ป่วยไปถึงสถานบริการแล้ว และไม่มีมาตรการด้านค่าใช้จ่ายในการควบคุม ดังมีตัวเลขการให้บริการจากแพทย์เฉพาะทางที่ข้ามขั้นตอน จากการศึกษาในปี 1993 พบว่าการที่ผู้ป่วยข้ามขั้นตอนการบริการสุขภาพระดับต้น ไปใช้บริการจากแพทย์เฉพาะทาง เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเอกชน ประมาณ 2.5 เท่าของโรงพยาบาลของรัฐ นั่นคือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทาง ร้อยละ 75 ในโรงพยาบาลเอกชน และร้อยละ 30 ในโรงพยาบาลของรัฐ ไม่มีความจำเป็นต้องดูแลโดยแพทย์เฉพาะทาง การใช้บริการอย่างไม่เหมาะสมนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสุตินรี เวชและเด็ก⁹



รูปที่ 4 แผนผังระบบการส่งต่อผู้ป่วย

9. ระบบบริการสุขภาพระดับต้น

9.1 การบริหารจัดการ

ในระบบการบังคับบัญชา Ministry of Health จะดูแล State Health Office โดยตรง State Government จะไม่มีบทบาทต่อการทำงานของ State Health Office ส่วนที่ระดับรัฐ จะมี Deputy State Health Director (Public Health) ดูแลสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งมี Medical Officer of Health เป็นหัวหน้า รับผิดชอบ คลินิกสุขภาพ (Health Clinic) และ คลินิกสุขภาพ (Health Clinic) จะดูแล คลินิกชนบท (Rural Clinic) ที่ระดับหมู่บ้าน ในด้านการรักษาพยาบาล ที่ระดับรัฐจะมี Deputy State Health Director (Medical Service) รับผิดชอบโรงพยาบาลประจำรัฐและโรงพยาบาลอำเภอ คลินิกสุขภาพ (Health Clinic) ไม่ได้อยู่ภายใต้สายการบังคับบัญชาของโรงพยาบาลประจำอำเภอ ระบบนี้เหมือนกับของประเทศไทย (รัฐเทียบเท่าจังหวัด)

การเชื่อมโยงของ คลินิกสุขภาพ (Health Clinic) กับบริการระดับสูง คือโรงพยาบาลประจำอำเภอ โดยทฤษฎีแล้วอยู่ในระบบการส่งต่อซึ่งกันและกัน แต่โดยทางปฏิบัติ ผู้ป่วยอาจข้ามขั้นตอนได้โดยไม่มีกลไกอะไรที่จะบังคับได้

การเชื่อมโยงกับชุมชน ได้มีการดำเนินงานด้านการบริการรักษาพยาบาลโดยองค์กรเอกชนอยู่บ้างไม่มากนักในเขตเมืองโดยได้รับเงินทุนสนับสนุนจากการบริจาคในชุมชน องค์กรต่างประเทศ และรัฐบาล สำหรับในเขตชนบทจะเป็นโครงการด้านการสาธารณสุขมูลฐานเช่น โครงการสุขภาพภิบาลและสิ่งแวดล้อมชนบท (Rural environment and Sanitation Programme) โครงการผดุงครรภ์แผนโบราณ²¹

9.2 การบริการสุขภาพระดับต้นในเขตชนบท (Rural primary care)

ในอดีตแบ่งหน่วยบริการออกเป็น 3 ระดับ คือ Main health centre, Health sub-centre และ Midwife clinic หลังจากการศึกษาวิจัยในระหว่างปี 1969-1971 ได้มีการยกระดับหน่วยบริการ ขึ้นมาเหลือ 2 ระดับคือ Health clinic (or centre) และ Community (or rural) clinic หนึ่งหน่วยบริการสุขภาพชนบท (Rural health unit) ประกอบด้วย 1 Health clinic ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการและ ดูแลและสนับสนุน 4 Community clinics โดยแต่ละคลินิกจะรับผิดชอบประชากรประมาณ 2,000-4,000 คน โดยรวม 1 หน่วยบริการ (1 Health clinic และ 4 Community clinics) จะรับผิดชอบประชากรประมาณ 15,000 -20,000 คน²⁷ (รูปที่ 5)

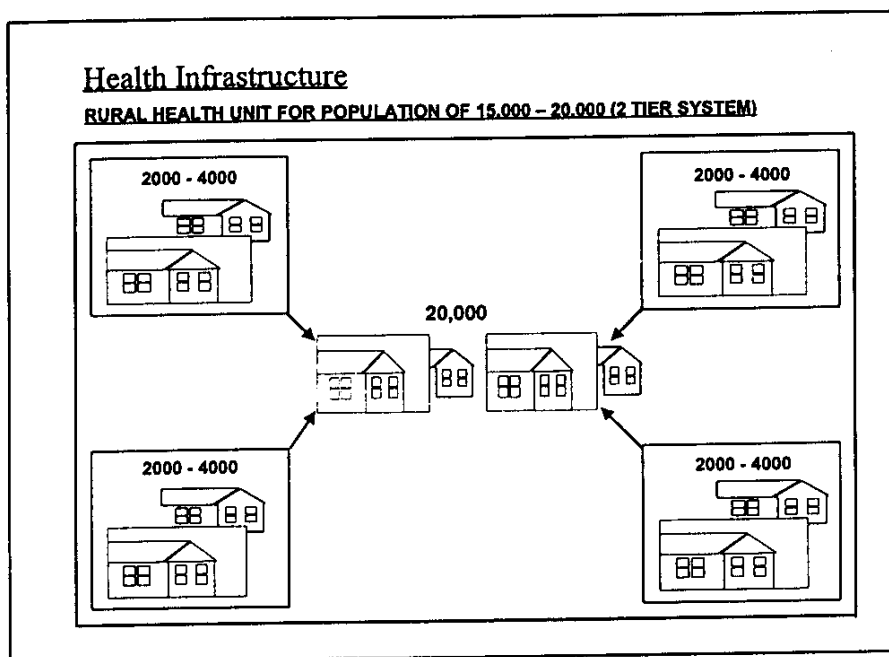
รูปที่ 5 แผนผังโครงสร้างของหน่วยบริการสุขภาพชนบท

การเชื่อมโยงของ คลินิกสุขภาพ (Health Clinic) กับการบริการระดับสูง คือโรงพยาบาลประจำอำเภอ โดยทฤษฎีแล้วอยู่ในระบบการส่งต่อซึ่งกันและกัน แต่โดยทางปฏิบัติ ผู้ป่วยอาจข้ามขั้นตอนได้โดยไม่มีกลไกอะไรที่จะบังคับได้

การเชื่อมโยงกับชุมชน ได้มีการดำเนินงานด้านการบริการรักษาพยาบาลโดยองค์กรเอกชนอยู่บ้างไม่มากนักในเขตเมืองโดยได้รับเงินทุนสนับสนุนจากการบริจาคในชุมชน องค์กรต่างประเทศ และรัฐบาล สำหรับในเขตชนบทจะเป็นโครงการด้านการสาธารณสุขมูลฐานเช่น โครงการสุขภาพตำบลและสิ่งแวดล้อมชนบท (Rural environment and Sanitation Programme) โครงการผดุงครรภ์แผนโบราณ²¹

9.2 การบริการสุขภาพระดับต้นในเขตชนบท (Rural primary care)

ในอดีตแบ่งหน่วยบริการออกเป็น 3 ระดับ คือ Main health centre, Health sub-centre และ Midwife clinic หลังจากการศึกษาวิจัยในระหว่างปี 1969-1971 ได้มีการยกกระดับหน่วยบริการ ขึ้นมาเหลือ 2 ระดับคือ Health clinic (or centre) และ Community (or rural) clinic หนึ่งหน่วยบริการสุขภาพชนบท (Rural health unit) ประกอบด้วย 1 Health clinic ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการและ ดูแลและสนับสนุน 4 Community clinics โดยแต่ละคลินิกจะรับผิดชอบประชากรประมาณ 2,000-4,000 คน โดยรวม 1 หน่วยบริการ (1 Health clinic และ 4 Community clinics) จะรับผิดชอบประชากรประมาณ 15,000 -20,000 คน²⁷ (รูปที่ 5)



รูปที่ 5 แผนผังโครงสร้างของหน่วยบริการสุขภาพชนบท

9.3 การบริการสุขภาพระดับต้นในเขตเมือง (Urban primary care)

การบริการสุขภาพระดับต้นในเขตเมือง ประกอบด้วย คลินิกสุขภาพ (Health Clinic) และ คลินิกอนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health Clinics) ในอดีตมีบริการในลักษณะ Polyclinics ซึ่งเน้นด้านการรักษา ต่อมาได้ปรับเปลี่ยนเป็น คลินิกสุขภาพ (Health Clinic) ซึ่งให้ความสนใจทั้งผู้ป่วยและผู้ที่ยังไม่ป่วย จึงให้บริการทั้งด้านการรักษาและการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่ให้ บริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และคลินิกเอกชน มีการประมาณว่า จากจำนวนแพทย์ 9,600 คน ในปี 1996 ประมาณ 54% ทำงานภาคเอกชน และในจำนวนที่ทำงานเอกชนนี้ 65% ให้บริการด้านเวชปฏิบัติทั่วไป⁹

9.4 การบริการสุขภาพระดับต้นโดยหน่วยงานของรัฐอื่นๆ

นอกจากการบริการที่จัดโดยกระทรวงสาธารณสุขแล้วยังมีการบริการที่จัดโดยหน่วยงานอื่น²⁷ ได้แก่ Estate hospitals ภายใต้ Ministry of Human Resources ให้บริการคนงานในเขตเกษตรกรรมที่ห่างไกล Hospitals and Jungle medical posts ภายใต้ Ministry of Home Affairs ให้บริการชนพื้นเมือง Hospitals ภายใต้ Ministry of Defence ให้บริการทหารและประชาชนที่อยู่บริเวณใกล้เคียง

9.5 การบริการสุขภาพระดับต้นที่จัดโดยเอกชน

คลินิกแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมืองและดำเนินการโดยแพทย์เพียงคนเดียว เน้นการ ให้บริการด้านรักษาพยาบาล ตามกลไกความต้องการของตลาด นอกจากนี้ยังมีการบริการที่นายจ้างจัดให้แก่ ลูกจ้างกรณีเป็นองค์กรใหญ่ที่มีลูกจ้างจำนวนมาก²¹ ตามกฎหมายท้องถิ่นด้านแรงงาน (local Labour Law, Rump Labour Code) นายจ้างเอกชนต้องจัดบริการทางด้านที่อยู่อาศัย การจัดหาน้ำสะอาด การสุขาภิบาล และการแพทย์แก่ลูกจ้างและดำเนินมาตรการป้องกันการเจ็บป่วยจากการทำงาน ตัวอย่างที่ชัดเจนคือนิคม สวนยาง (Rubber estate) และเหมืองแร่ มีการดำเนินงานโรงพยาบาลที่มีแพทย์หมุนเวียนอาจเป็นแพทย์จาก หน่วยงานรัฐหรือจ้างแพทย์เอกชน และผู้ช่วยแพทย์ (resident estate medical assistants) ที่อยู่ประจำ

อย่างไรก็ตาม การบริการที่กำหนดตามกฎหมายเหล่านี้ยังไม่อยู่ในระดับที่ใช้ได้ เนื่องจาก

- ◆ ขาดการบังคับใช้
- ◆ ขาดการดำเนินการแก้ปัญหาของรัฐบาล
- ◆ ขาดความสนใจและตั้งใจในการแก้ปัญหาของผู้เป็นเจ้าของกิจการ

การบริการที่ให้ส่วนใหญ่เป็นงานรักษาพยาบาล และคุณภาพของการบริการยังอยู่ในระดับต่ำ เช่น ในหน่วยบริการทางการแพทย์ของนิคมสวนยาง ผู้ให้บริการมักเป็นผู้ช่วยแพทย์ที่ไม่ได้ผ่านการเรียนอย่างเป็น ระบบ อาศัยเพียงประสบการณ์ที่จำจากแพทย์

9.6 การแพทย์ทางเลือก

สำหรับการแพทย์ทางเลือกซึ่งรัฐเริ่มให้ความสนใจเคยมีรายงานว่ามียาสมุนไพรมีคลินิกแพทย์แผนจีนในเขตเมือง ประมาณ 1,000 แห่ง ให้บริการแก่ผู้ป่วยประมาณ 200,000 รายต่อเดือน นอกจากนี้ยังมีแพทย์อายุรเวทแบบ อินเดียซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมืองเช่นกัน และแพทย์พื้นบ้านแบบมาเลย์ ซึ่งกระจายอยู่ทั้งในเขตเมืองและชนบท

แพทย์ 2 กลุ่มหลังนี้มีจำนวนประมาณ 2,000 คนที่ให้บริการเต็มเวลา ส่วนอีกประมาณ 20,000 คนให้บริการเป็นบางเวลาในลักษณะงานเสริม²¹

9.7 การเข้าถึงหน่วยบริการ(Physical accessibility)²⁸

จากการสำรวจภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยแห่งชาติ (National Health and Morbidity Survey) ปี 1996 พบว่าประมาณ ร้อยละ 88.5 ของประชากรอาศัยอยู่ห่างจากสถานบริการสาธารณสุขในระยะไม่เกิน 5 กิโลเมตร และ ร้อยละ 81.1 อยู่ระยะไม่เกิน 3 กิโลเมตร แต่หากเปรียบเทียบระหว่างเขตเมืองและชนบท ประชาชนในเขตเมืองอยู่ห่างจากสถานบริการระยะไม่เกิน 3 กิโลเมตร ร้อยละ 92 และร้อยละ 68.7 สำหรับชาวชนบท และการเปรียบเทียบระหว่างสถานบริการของรัฐและเอกชน พบว่าประชากรกลุ่มที่ศึกษาอยู่ใกล้คลินิกเอกชนมากกว่า คลินิกสุขภาพ (Health Clinic) ของรัฐ เนื่องจากจำนวนคลินิกเอกชนมีมากกว่า คลินิกสุขภาพ (Health Clinic) สามเท่า คือ 2,876 และ 772 แห่งตามลำดับ

9.8 การให้บริการสุขภาพระดับต้น

จากจำนวนสถานบริการของรัฐที่มีอยู่ คือ คลินิกสุขภาพ (Health Clinic) จำนวน 772 แห่ง คลินิกชนบท (Rural Clinic) จำนวน 1,989 แห่ง (ตารางที่ 6) เมื่อทำการเปรียบเทียบปริมาณการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และหน่วยบริการสุขภาพชนบท (Rural health unit) พบว่าจาก 24 ล้านราย (attendances) ในปี 1994 ร้อยละ 43 ให้บริการโดยหน่วยบริการสุขภาพชนบท (Rural health unit) ซึ่งอยู่ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันมาตั้งแต่ปี 1988⁹ แต่ข้อมูลในปี 1997 ได้เพิ่มสัดส่วนเป็น 48%¹⁷ (ตารางที่ 7) ซึ่งข้อมูลที่มีไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นการเพิ่มการให้บริการจริงๆ หรือเป็นความแตกต่างของวิธีการรวมข้อมูลเพราะข้อมูลปี 1997 ได้ระบุว่ารวม Mobile Health Team และ Flying Doctor Service เอาไว้ใน Public health facilities ด้วย แต่ข้อมูล 1988-1994 ไม่ได้ระบุไว้

สำหรับการให้บริการในลักษณะผู้ป่วยนอกอื่นๆ มีข้อมูลของปี 1997¹⁷ ดังนี้

Dental health attendances at dental clinics	7,474,987
Maternal and child health	
Ante-natal attendances	3,965,093
Post-natal attendances	536,003
Child attendances	5,831,570

ในปี 1997 คลินิกสุขภาพ (Health Clinic) และ community nurse clinics ได้ให้บริการมากกว่า 32 ล้าน attendances and encounters²⁸ ดังรายละเอียดในตารางที่ 8

สัดส่วนการให้บริการของผู้ป่วยนอกที่แหล่งบริการต่างๆ จากข้อมูลปี 1995²⁸ มีดังนี้

MoH	44.4%
Non-MoH government	1.1%
NGO's	0.1%
GP/Private sector	54.4%

รายละเอียดระบุไว้ในตารางที่ 9

ตารางที่ 6 สัดส่วนของสถานบริการสาธารณสุขต่อประชากร จำแนกตามรัฐ (31st December 1997)²⁸

State	Total Population 1996 ('000)	Number of Health Clinics	Health Clinic: Population Ratio	Number of Community Clinics ^a	Number of MCHC ^a
Perlis	217.4	9	1:24,156	29	1
Kedah	1,530.1	54	1:28,335	225	9
Penang	1,222.1	27	1:45,263	61	7
Perak	2,094.8	84	1:24,938	256	7
Selangor	2,999.8	61	1:49,177	136	8
F.T. K.L.	1,374.7	14	1:98,193	0	0
Negeri Sembilan	810.5	38	1:21,329	105	5
Malacca	582.0	27	1:21,556	63	1
Johore	2,554.1	87	1:29,357	271	7
Pahang	1,239.0	66	1:18,773	227	7
Terengganu	975.8	39	1:25,021	132	2
Kelantan	1,447.0	58	1:24,948	199	3
Penisular Malaysia	17,047.3	564	1:30,226	1,704	57
Sabah	2,663.8	90	1:29,598	188	19
Sarawak	1,954.3	118	1:16,562	97	25
Malaysia	21,665.5	772	1:28,064	1,989	101

F.T.K.L. = Federal Territory Kaula Lumpur

MCHC = Maternal and Child Health Clinic

^a Data in 1998

ตารางที่ 7 Distribution of out-patient attendances in public sector^{9, 17}

	1988	1993	1994	1997
Total hospital/ Satellite clinics and specialist medical institutions	13,233,540 (57.6%)	13,599,806 (56.8%)	13,778,496 (56.9%)	13,536,999 (52.35%)
Public health facilities	9,749,367 (42.4%)	10,346,829 (43.2%)	10,430,513 (43.1%)	12,322,848 (47.65%)
Total	22,984,894 (100%)	23,948,627 (100%)	24,211,002 (100%)	25,861,843 (100%)

ตารางที่ 8 จำนวนการรับบริการ (Attendances and encounters) ที่คลินิกระดับต้นสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (MoH primary health care clinics) ปี 1997²⁸

Outpatient attendances	18,172,823
Antenatal attendances	3,287,519
Attendances of children 0-6 years	5,766,202
Home visits	3,759,969
No. of school children examined by nurses	1,418,305
Family planning attendances	51,724
Total	32,456,542

ตารางที่ 9 จำนวนการรับบริการ (Attendances) ของผู้ป่วยนอกและอนามัยแม่และเด็กจำแนกตามสังกัด ปี 1995²⁸

	Outpatient	Maternal and child health care
MoH: number (percent)	23,531,463 (44.4)	10,753,656 (85.3)
Non-MoH: number (percent)	569,788 (1.1)	182,279 (1.4)
NGO: number (percent)	37,102 (0.1)	208,747 (1.7)
GP/Private sector: number (percent)	28,852,045 (54.4)	1,464,681 (11.6)
Total: number (percent)	52,990,398 (100)	12,609,363 (100)
Average attendance per month	4,415,866	1,050,780
Attendance per 1,000 population	2,743	653

9.9 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ²⁸

ส่วนหนึ่งของการสำรวจ National Health and Morbidity Survey ถามว่าจะแนะนำให้ผู้อื่นที่มีอาการเหมือนกันไปใช้บริการที่สถานທີ່ผู้ถูกถามเคยใช้หรือไม่ ผู้ใช้บริการจากสถานบริการรัฐบาลร้อยละ 66.2-82.8 ตอบว่าจะแนะนำ ขณะที่ร้อยละ 55.3 และ 57.8 ของผู้ให้บริการโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน ตามลำดับ ตอบว่าจะแนะนำ

9.10 ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น

อัตรากำลังที่ คลินิกสุขภาพ (Health Clinic) ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน ผู้ช่วยแพทย์ (Medical assistant) 1-2 คน ผู้ช่วยเภสัชกร 1 คน พยาบาลสาธารณสุข ผู้ช่วยพยาบาล และพยาบาลผดุงครรภ์ ประมาณ 6-11 คน ที่ คลินิกชนบท (Rural Clinic) มีพยาบาลชุมชน 1 คน²⁹

สำหรับภาคเอกชนงานเวชปฏิบัติทั่วไปเปิดกว้างสำหรับแพทย์ที่เงินทุนให้รัฐบาลเป็นเวลา 3 ปีแล้ว⁹ และอาจฝึกอบรมเพิ่มเติมจาก Academy of Family Physicians ซึ่งจัดการฝึกอบรม Family Physician Vocational Training Program และฝึกอบรมเพิ่มทักษะให้ Family Physicians รวมทั้งจัดระบบ Mentor system สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ต้องการเพิ่มคุณวุฒิเป็น Family physician⁹

9.11 บทบาทของผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นกับการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการบริการสุขภาพในชุมชน

ตามแนวคิดของ Wellness Paradigm ภาระงานของ คลินิกสุขภาพ (Health Clinic) จึงรับผิดชอบทั้ง ill people และ healthy people ประกอบด้วยงานรักษาและงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค²⁷ คลินิกสุขภาพ (Health Clinic) ในเขตเมือง มีทั้งงานบริการรักษาผู้ป่วยนอกและงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น dental care, imaging, clinical laboratory, rehabilitation, well woman/ man clinics, adolescent clinics งานของ คลินิกสุขภาพ (Health Clinic) ในเขตชนบทได้แก่

Curative services - Outpatient, special clinics, combined specialist clinics, clinical teaching/ training
Family health - Maternal and child health

- Ante-natal care
- Domicillary delivery
- Post natal care
- Well child care

- School health

- Family planning

- Well women clinic

- Care of the elderly

- Mental health

- Care of the disabled

Dental services

Nutrition and dietetics

บทที่ 2 ระบบสุขภาพ

(บทที่2.doc/14/3/01)

Health education/ promotion

Home nursing

Rehabilitation services

Environmental sanitation

งานของ คลินิกชนบท (Rural Clinic) ได้แก่

Simple curative care

ANC

PNC/ Family Planning

CHC and immunisation

Domicillary delivery

Home visit/ home nursing

Health education

9.12 ระบบการเงินการคลังและการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการระดับต้นและกับระดับอื่นๆ

สถานบริการของรัฐให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยไม่คิดมูลค่า²¹ ทั้งนี้ได้รับงบประมาณผ่านทางระบบการบริหารของกระทรวงสาธารณสุขในลักษณะที่เรียกว่า Global budget ซึ่งรัฐบาลได้มาจากการเก็บภาษีทั่วไป (general tax) สำหรับสถานบริการเอกชนคิดค่าใช้จ่ายตามบริการที่ให้ ซึ่งผู้ให้บริการใช้เงินส่วนตัวจ่ายเอง (Out-of-pocket payment)

10. พัฒนาการของการบริการสุขภาพระดับต้น

ในประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น (ซึ่งจะมีความหมายแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ) จะมีอยู่ในทั้งภาครัฐและเอกชน ในภาคเอกชนจะมีบุคลากรอย่างน้อย 3 ประเภทคือ แพทย์แผนใหม่ แพทย์พื้นบ้าน และผู้ให้บริการการรักษาแบบทางเลือกอื่นๆ เช่น Homeopathy การกดจุด

ในที่นี้ จะกล่าวเน้นที่แพทย์แผนใหม่ ซึ่งในขณะนี้ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (general practitioner) ยังไม่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางและการขึ้นทะเบียน ผู้ที่ผ่านการอบรมจะเรียกว่า Family physician การประกอบวิชาชีพโดยดั้งเดิมของเวชปฏิบัติทั่วไปนั้นค่อนข้างอิสระ ถึงแม้จะมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องอยู่ 2 ฉบับคือ Medical Act 1971 และ Private Hospital Act 1971 ได้มีความพยายามที่จะปรับปรุงหรือปฏิรูประบบใหม่ ซึ่งรัฐบาลก็ได้ดำเนินการไปบ้างแล้วคือการออกกฎหมาย Private Healthcare Facilities and Services Act อย่างไรก็ดี การปฏิรูป ก็มีขีดจำกัดเนื่องจากขาดระบบข้อมูลที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านอุปทานของการให้บริการ (supply side) คือแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นๆ และด้านอุปสงค์ของการใช้บริการ (demand side) คือความต้องการการบริการของประชาชน งานวิจัยเพื่อให้ข้อมูลด้านนี้มีน้อยมาก เท่าที่มีพบว่าการศึกษาใน 2 หมู่บ้านในชนบทเมื่อปี 1992 บ่งชี้ว่าในกลุ่มผู้ใหญ่มีการใช้บริการแพทย์จากภาคเอกชน 22.2% จากภาครัฐ 32.5% ที่เหลือเป็นการรักษาตนเองหรือใช้บริการแพทย์พื้นบ้าน ส่วนนี้สอดคล้องกับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ในประเด็นที่มีการใช้

บริการจากภาคเอกชน ในปริมาณสูงพอควรถึงแม้ผู้ป่วยจะต้องจ่ายเงินด้วยตนเอง สิ่งนี้อาจบ่งชี้ถึงความไม่สะดวกบางประการในการใช้บริการจากภาครัฐ

อีกการศึกษาในอำเภอเขตชนบท มีคลินิกเอกชน 15 แห่ง และมีคลินิกของรัฐ (Health clinic) จำนวน 6 แห่ง กรณีที่คลินิกของทั้งรัฐและเอกชน ตั้งอยู่ในบริเวณเดียวกันแต่ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งก็เลือกใช้บริการจากเอกชน ก็ด้วยเหตุผลที่การบริการจากเอกชนรวดเร็วกว่า (เวลาคอย 21 นาที ขณะที่ไปคลินิกของรัฐต้องคอย 52 นาที) มีความเป็นกันเอง คุณภาพการบริการดีกว่า ให้บริการในช่วงนอกเวลาราชการด้วยทำให้สะดวกในการใช้บริการ ผู้ใช้บริการของคลินิกเอกชน ร้อยละ 49 เป็นกลุ่มผู้มีรายได้น้อย สำหรับที่คลินิกของรัฐ มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เป็น ร้อยละ 60 คลินิกเอกชนได้ให้บริการป้องกันโรค (patient-related preventive services) ด้วย เช่น การให้ภูมิคุ้มกัน (ยกเว้น BCG) การวางแผนครอบครัวซึ่งมีวิธีการให้เลือกมากกว่าจากรัฐ เช่นการใส่ห่วง แต่ในส่วนของการดูแลก่อนคลอด (antenatal care) คลินิกเอกชนให้บริการน้อยมาก แต่คลินิกของรัฐให้บริการอย่างกว้างขวางตั้งแต่ การดูแลก่อนคลอด การเยี่ยมบ้าน การคลอด จนถึงการเยี่ยมหลังคลอด ซึ่งทั้งหมดเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลอนามัยแม่และเด็ก

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปส่วนใหญ่ไม่ต้องการ หรือไม่สามารถให้บริการเวชศาสตร์ฉุกเฉินนอกเวลา (out-of-hours emergency services) ด้วยเหตุผลว่ามีแพทย์เพียงคนเดียว เครื่องมือและผู้ช่วยไม่เพียงพอ นอกจากนี้พบว่าในคลินิกเอกชนหลายแห่งมีเครื่อง Ultrasound ในขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐที่ห่างออกไป 80 กิโลเมตร มีเครื่อง Ultrasonography ค่าตรวจ Ultrasound ที่คลินิกราคา 15-20 ริงกิต ซึ่งถูกกว่า ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาลดังกล่าว อย่างไรก็ตามก็มีความกังวลถึงคุณภาพการตรวจเพราะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเหล่านี้ไม่ได้รับการฝึกฝนอย่างเพียงพอ

นอกจากนี้ยังมีความกังวลด้านการบริการด้านรังสี พบว่าในอำเภอที่ศึกษานี้ มีเครื่อง X-ray 4 เครื่อง ในจำนวนนี้เป็นของคลินิกเอกชน 3 เครื่อง แพทย์ของคลินิกเอกชนที่ใช้เครื่องมือไม่เคยได้รับการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบ เพียงแต่ศึกษาจากคู่มือและคำแนะนำของผู้ขาย เครื่องเหล่านี้ใช้งานมา 5-10 ปีแล้ว นับแต่การตรวจครั้งแรกเพื่อออกใบอนุญาตแล้วก็มี การต่อใบอนุญาตทุก 2 ปีโดยไม่มีการตรวจซ้ำเลย ด้านพฤติกรรม การสั่งจ่ายยา ก็มีความแตกต่างในด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างอิสระและการจ่ายยาร่วมกันหลายขนาน (poly-pharmacy) พบว่าร้อยละ 73.1 ของผู้ป่วยในคลินิกของรัฐได้รับยา 3 ขนานขึ้นไปในใบสั่งเดียว แต่ในคลินิกเอกชน สูงถึง ร้อยละ 94.6

สำหรับข้อมูลด้านคุณภาพการให้บริการนั้นหายากมาก แต่สิ่งหนึ่งที่จะช่วยทำให้เกิดการปรับปรุงคือการจัดการศึกษาต่อเนื่อง (continuing medical education) ซึ่งผู้วิจัยพบว่าแพทย์ในภาคเอกชนใช้เวลาสำหรับการศึกษาต่อเนื่องเพียง 10.1 ชั่วโมงต่อปี แต่ในภาครัฐใช้เวลามากกว่าถึง 4 เท่า คือ 41.5 ชั่วโมงต่อปี เหตุผลก็คือแพทย์ในคลินิกเอกชนต้องทำงานต่อวัน ต่อสัปดาห์ นานกว่า การจะหาแพทย์มาแทน (locum) ก็ยาก สถานที่ให้บริการการศึกษาต่อเนื่องก็อยู่ไกล

ในด้านประสิทธิภาพของระบบการส่งต่อพบว่ามีต้นเหตุจากการบริการการแพทย์พื้นฐานส่วนนี้ไม่ได้ผนวกอยู่ในระบบบริการสาธารณสุข ตัวอย่างเช่นขาดการสื่อสาร มีการสื่อสารแต่ไม่มีประสิทธิภาพ เมื่อคนไข้ถูกส่งต่อไปที่โรงพยาบาลของรัฐ ก็ทำให้มีการตรวจซ้ำโดยไม่จำเป็น หรือไม่สนใจการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับมาก่อนหน้านี้จากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ปัญหาอีกอย่างหนึ่งคือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป มักไม่ได้รับจดหมายแจ้งผลกลับ

จากโรงพยาบาลและไม่ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปดูแลต่อ เมื่ออาการป่วยทุเลาลงอยู่ในระดับที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จะดูแลได้แล้ว

ข้อด้อยเชิงระบบที่สำคัญคือผู้ป่วยสามารถข้ามขั้นตอนการดูแลของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ไปพบแพทย์เฉพาะทางได้ด้วยตนเอง ในระดับการบริการการแพทย์พื้นฐานก็ไม่มีกำหนดกลุ่มประชากร และตัวแพทย์ที่รับผิดชอบ ผู้ป่วยจะไปพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปคนใดก็ได้ แม้แต่การป่วยครั้งเดียวกัน (same episode) ในการศึกษาพบว่า ร้อยละ 12.5 และ 21 ของผู้ป่วยในภาครัฐและเอกชนตามลำดับ ไม่ใช้บริการประจำจากแพทย์คนใดคนหนึ่ง และร้อยละ 17.6 และ 21.2 ของผู้ป่วยในภาครัฐและเอกชนตามลำดับ มีพฤติกรรม Doctor shopping หรือ Doctor hopping

ในขณะที่แนวคิดการบริการสุขภาพระดับต้นในหลายประเทศที่พัฒนาแล้วได้เปลี่ยนไปจากเดิม เป็นการให้บริการที่ไม่จำกัดเพียงการรักษาเท่านั้น แต่เป็นเสมือนมิตรของครอบครัว ผู้แนะนำ ผู้ให้การศึกษา และผู้ให้คำปรึกษา (counsellor) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่อยู่บนพื้นฐานของความเชื่อใจ ความเคารพนับถือ ความเข้าใจ และความเป็นวิชาชีพ เพื่อให้สอดคล้องกับการที่ประชาชนมีการศึกษาที่สูงขึ้น มีการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพมากขึ้น และเทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้าขึ้น แต่การบริการสุขภาพระดับต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมืองของมาเลเซีย ยังยึดติดกับการให้การรักษาเท่านั้น อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มว่ารูปแบบที่เน้นการให้บริการเฉพาะการรักษา จะเปลี่ยนไปในเวลาอันไม่ช้า⁹

จากสถานการณ์เช่นนี้แพทยสมาคมแห่งมาเลเซีย (Malaysian Medical Association) ได้เสนอแนะว่า ควรจะมีวิธีกาผสมผสานในการปฏิรูป การบริการสุขภาพระดับต้น โดยพิจารณาปัจจัย 3 ประการ ประการแรก คือ ต้องพิจารณาโครงสร้างและระบบที่มีอยู่แล้วซึ่งมีขีดจำกัดในการเข้าถึงบริการ ประการที่สอง ต้องพิจารณาถึงบุคลากรที่มีแล้วในระบบ ในด้านความรู้ ความชำนาญ ทักษะคติ รูปแบบที่แตกต่างกันของการฝึกอบรม ประการสุดท้ายคือต้องให้ความสำคัญว่าการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพนั้นยังคงอยู่บนพื้นฐานของการเมืองขึ้นต้น ต้องมีการเจรจากันบนพื้นฐานของความเท่าเทียมระหว่างผู้ที่มีบทบาทหลัก ซึ่งทักษะของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ และ สาธารณชนต้องได้รับการพิจารณาอย่างให้เกียรติ การที่แพทย์ผู้ให้บริการและสาธารณชนผู้ใช้บริการได้ร่วมกันพิจารณาถึงคุณภาพ และลักษณะของระบบสุขภาพ ทำให้ต้องมีการตอบคำถามเหล่านี้คือ ใครจะเป็นผู้ได้รับบริการ ได้เมื่อไรและอย่างไร การบริการนี้จะครอบคลุมทั่วหน้า สามารถเข้าถึงได้หรือไม่ สามารถมีกำลังจ่ายได้หรือไม่ และมีคุณภาพหรือไม่

สิ่งที่สำคัญสิ่งหนึ่งต่อการปฏิรูปคือ การทำให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (family physician) ทั้งในภาครัฐและเอกชน สามารถทำงานผสมผสานอยู่ในระบบสาธารณสุขเดียวกัน อาจจะมีองค์กรเดียวที่ครอบคลุมทั่วประเทศ และที่สำคัญอย่างยิ่งอีกอย่างคือการประสานงานกับองค์กรที่ดูแลระบบการคลังสาธารณสุขแห่งชาติ⁹

แพทยสมาคมแห่งมาเลเซียสนับสนุนนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่จะสร้างระบบสาธารณสุขที่เน้นการบริการสุขภาพพื้นฐาน (Primary care-led health care system) โดยที่การปรับระบบการบริการสุขภาพพื้นฐานและการคลังสาธารณสุขแห่งชาติ จะเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่สุดของการปฏิรูประบบสุขภาพ

11. ระบบบริการสุขภาพทุติยภูมิและตติยภูมิ

ระบบบริการสุขภาพทุติยภูมิและตติยภูมิ จัดการบริการโดยทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวน 111 แห่ง จำนวน 27,226 เตียง (ตารางที่ 10) และสถานบริการที่เป็นลักษณะสถาบัน อีก 6 แห่ง นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลที่หน่วยราชการอื่นๆอีก 6 แห่ง รวม 2063 เตียง สถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในนิคมเกษตรกรรม และเหมืองแร่ (Estate & Mine) 38 แห่ง ในภาคเอกชนมีโรงพยาบาล 203 แห่งรวม 7,471 เตียง คิดเป็นประมาณ หนึ่งในสี่ ของจำนวนเตียงทั้งหมด (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 10 จำนวนสถานบริการของรัฐ ปี 1997¹⁷

Category	Number
Government (MoH) hospitals	111
Beds in Government (MoH) hospitals	27,226
Special medical institutions (MoH)	6
Beds in Special medical institutions (MoH)	6,692
Non-MoH government hospitals	6
Beds in Non-MoH government hospitals	2,063
Private hospitals, maternity/ Nursing homes	219
Beds in Private hospitals, maternity/ Nursing homes	8,963
Government dental clinics	1,481
Government dental chairs	2,419
Health clinics	772
Rural clinics (community nurse clinics)	1,989
Maternal and child health clinics	101
Mobile clinic	232

ตารางที่ 11 การกระจายตัวของโรงพยาบาลจำแนกตามสังกัดและรัฐ ปี 1996²⁸

State	Government				Private		Estate & Mines		Total		Bed: Population Ratio
	MoH		Non-MoH								
	No.	Bed	No	Bed	No.	Bed	No	Bed	No.	Bed	
Perlis	1	404	0	0	0	0	0	0	1	404	1:528
Kedah	9	2017	0	0	11	262	9	134	29	2413	1:624
Penang	5	2023	0	0	21	1323	2	0	28	3346	1:362
Perak	15	6991	1	164	16	755	5	100	37	8010	1:260
Selangor	7	2383	1	219	29	1078	10	177	47	3857	1:754
F.T. K.L.	1	2644	2	958	42	1935	0	0	46	5537	1:245
Negeri Sembilan	5	1298	0	0	6	120	7	98	18	1516	1:526
Malacca	2	835	1	152	7	614	0	0	10	1601	1: 360
Johore	11	4725	0	0	35	637	3	84	49	5446	1:459
Pahang	9	1585	0	0	7	116	1	14	17	1715	1:708
Terengganu	5	1182	0	0	2	21	0	0	7	1203	1:788
Kelantan	8	1394	1	570	1	10	0	0	10	1974	1:715
Peninsular Malaysia	78	27481	6	2063	177	6871	37	607	289	37022	1:452
Sabah	18	3042	0	0	11	224	1	60	30	3326	1:758
Sarawak	21	3295	0	0	15	376	0	0	36	3671	1:523
Malaysia	117	33818	6	2063	203	7471	38	667	364	44019	1:481

F.T.K.L. = Federal Territory Kuala Lumpur

MoH + Ministry of Health (includes 7 medical institutions with a total of 6,692 long stay beds for chronic illness)

12. Managed care^{9, 30}

HMO (Health Maintenance Organisation) หรือ MCO (Managed care organisation) เป็นคำที่ใช้แทนกันได้หมายถึงการที่มีองค์กรที่สาม (third party) ในการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพ โดยพื้นฐานประกอบด้วย แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก และผู้ให้บริการทางการแพทย์อื่นๆ รวมกลุ่มกันเป็นเครือข่ายเพื่อวัตถุประสงค์ในการควบคุมค่าใช้จ่าย³⁰ หรือความหมายในทางปฏิบัติคือ "A working definition of managed care is the process and techniques utilized by an entity that delivers, administrators and/or assumes risk for health care services in order to control or influence the access, quality, utilization, prices or outcomes of such services provided to a defined population."³¹

MCO เริ่มต้นในมาเลเซียเมื่อปี 1995 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศ Guidelines for Managed Care Organisations (ไม่มีข้อมูลรายละเอียด) ในต้นปี 1996 ต่อจากนั้นมีการจัดตั้ง National Committee of Managed Care³¹

จุดขายหลักของ MCOs ได้แก่ การควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)³¹ บทความชิ้นหนึ่งในวารสารของแพทยสมาคมแห่งมาเลเซีย³² ได้กล่าวว่าการที่อ้างว่าการเกิดขึ้นของ MCOs เนื่องมาจากค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงขึ้น และคุณภาพการรักษาลดลงนั้น เป็นการโยนความผิดให้แพทย์ ผู้เขียนบทความได้โต้แย้งว่าสาเหตุที่แท้จริงของการที่ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สำหรับพนักงานบริษัทที่สูงขึ้นมาจาก

- ◆ มีการเพิ่มจำนวนของพนักงานระดับต่างเพื่อตอบสนองการขยายตัวของเศรษฐกิจ
- ◆ มีการเพิ่มอุปสงค์ของการดูแลสุขภาพเนื่องจากการให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพมากขึ้น
- ◆ ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพมีราคาสูงขึ้น
- ◆ การเพิ่มขึ้นของค่าวินิจฉัยและตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้นเนื่องมาจากความก้าวหน้าและความซับซ้อนมากขึ้นของเทคโนโลยี
- ◆ การเพิ่มขึ้นของค่ารักษาผู้ป่วยใน เนื่องมาจากเครื่องอำนวยความสะดวกมากขึ้น ค่าจ้างบุคลากรและค่าสาธารณูปโภคเพิ่มขึ้น
- ◆ อุปสงค์ต่อผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพิ่มขึ้น
- ◆ ระบบราคาที่กำหนดโดยโรงพยาบาลบางแห่งมีวัตถุประสงค์เพื่อชดเชยการสร้างสิ่งอำนวยความสะดวก (cross-subsidise expenditure in improved hotel cost)
- ◆ ความต้องการของบริษัทในการตรวจเช็คสุขภาพสำหรับผู้บริหารและพนักงานที่นอกเหนือจากเกณฑ์อายุที่กำหนด
- ◆ ผู้บริหารระดับสูง เรียกร้องการพบแพทย์เฉพาะทางโดยไม่ผ่านระบบการส่งต่อ
- ◆ การซื้อของของพนักงานทุกระดับ

อย่างไรก็ดีเหตุผลที่กล่าวอ้างมานี้หลายเหตุผลก็ไม่มีข้อมูลยืนยัน เช่นค่าวินิจฉัยเพิ่มขึ้นตามที่อ้างหรือจากสาเหตุการสังเคราะห์ความจำเป็น

MCOs ส่วนใหญ่จะทำหน้าที่เป็นตัวแทนของสมาชิกในกิจกรรมที่ติดต่อกับบริษัทประกัน ในกรณีที่บริษัทประกันมี managed care unit เป็นของตนเองจะต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดของธนาคารชาติ ซึ่งประกาศใช้เมื่อเดือนกรกฎาคม 1999(Bank Negara's requirement)^{31, 33} มีรายละเอียดดังนี้

- ◆ ไม่อนุญาตให้บริษัทประกันแต่งตั้ง MCOs เป็นตัวแทนในการขายประกัน
- ◆ ไม่อนุญาตให้บริษัทประกันมีการดำเนินงานกับ MCO ใดๆซึ่งคุ้มครองการประกันสุขภาพของผู้เอาประกัน โดยที่ MCO นั้นไม่มีใบอนุญาตการเป็นนายหน้าตามกฎหมาย Insurance Act 1996 บริษัทประกันสามารถว่าจ้างให้ MCOs บริหารจัดการการเบิกจ่าย (claim administration) ของการประกันสุขภาพ ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้
- ◆ ต้องผ่านการตรวจสอบของธนาคารชาติก่อน

- ◆ ข้อตกลงที่ทำกับ MCO ต้องชัดเจนในเรื่องหน้าที่ ความรับผิดชอบของ MCO โดยเน้นว่าหน้าที่ของ MCO มีเพียง claim administration เท่านั้น การตัดสินใจทั้งหมดขึ้นอยู่กับบริษัทประกัน
- ◆ บริษัทประกันสามารถจ่ายเงิน Claims ผ่านบัญชีธนาคารของ MCO โดยบริษัทประกันจะต้องคอยตรวจสอบ
- ◆ บริษัทประกัน ต้องทำหน้าที่ตรวจสอบการดำเนินงานของ MCOs ให้เป็นไปตามข้อตกลง
- ◆ บริษัทประกันต้องแสดงให้เห็นว่าค่าธรรมเนียมสำหรับ claim administration ที่จ่ายให้ MCOs ต้องไม่สูงกว่าค่าใช้จ่ายในกรณีที่บริษัทประกันดำเนินการเอง

MCOs ทั้งหมดยกเว้นเพียง HMO Pacific แห่งเดียว ไม่มีคลินิกเป็นของตนเอง มีการประมาณการณ่ว่า MCOs มีเครือข่ายคลินิกประมาณ 1,000 แห่ง โดยคลินิกแต่ละแห่งมักมีสัญญากับ MCO มากกว่า 1 บริษัท ข้อมูลถึงมีนาคม 2000 มีอยู่ 49 บริษัท³⁴ ดูแลสมาชิกประมาณ 300,000 คน หลายองค์กรไม่เห็นด้วยกับ MCO เช่นแพทยสมาคมแห่งมาเลเซียได้ต่อต้านอย่างชัดเจน สมาพันธ์สมาคมผู้บริโภคแห่งมาเลเซีย (Federation of Malaysian Consumer Association; FOMCA) ได้เปรียบเทียบ MCO ว่าเป็น พยาธิ ที่ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ได้รับการกล่าวถึงอย่างมากเมื่อปี 1996 เมื่อสองบริษัทใหญ่คือ Telekom Malaysia Bhd และ Tenaga Nasional Berhad ซึ่งมีพนักงานรวมกัน เกือบ 55,000 คน ได้ให้ MCO บริษัทหนึ่งเป็นผู้เข้ามาจัดการในการดูแลสุขภาพของพนักงาน การขยายตัวของ MCOเนื่องมาจากนายจ้างเห็นว่าเป็นทางเลือกที่ถูกลงกว่าการประกันสุขภาพแบบเดิม

MCO เก็บเงินจากนายจ้างเป็นมูลค่าคงที่ตามจำนวนพนักงาน และการรันตีรายได้ขั้นต่ำทำให้แพทย์ที่อยู่ในเครือข่าย โดยจ่ายล่วงหน้าเป็นรายหัว (capitation) ให้แพทย์ 85 ริงกิตต่อปี MCO ได้ให้แนวทางกับแพทย์ในการให้การรักษาลดค่าใช้จ่าย เช่นไม่จ่ายวิตามินซี สำหรับไข้หวัด หรือมูลค่าการรักษาแต่ละครั้ง (visit) แม้กระทั่งการให้ยาที่ MCO เป็นผู้จัดหาให้ แพทย์ที่ claim ค่ารักษาหรือค่ายาราคาแพงบ่อยๆ จะถูกตรวจสอบและอาจถูกตัดออกจากเครือข่าย พฤติกรรมเช่นนี้ได้รับการวิจารณ์จากแพทยสมาคมแห่งมาเลเซียอย่างมากว่าหมิ่นเหม่ต่อจริยธรรมเพราะปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายและแรงจูงใจด้านการเงินควรเป็นข้อมูลสุดท้ายในการตัดสินใจในการให้การรักษา แต่ขณะนี้เหมือนกับแพทย์ซึ่งวงเงินของการรักษาตั้งแต่คนไข้ก้าวเข้าประตูคลินิก

สำหรับขอบเขตการครอบคลุม การเจ็บป่วยนั้น ไม่ครอบคลุมถึงคู่สมรส และบุตร รวมทั้งช่วงเกษียณอายุการทำงาน³³

นักธุรกิจจำนวนมากได้ก่อตั้ง MCO โดยที่ไม่มีความรู้ในการบริการทางการแพทย์และจริยธรรมทางการแพทย์ ได้ใช้เทคนิคการโฆษณาที่ไม่ตรงไปตรงมา หลายบริษัทเน้นเฉพาะการประกันที่ครอบคลุมรักษาตัวที่ต้องพักในโรงพยาบาลและการตรวจสุขภาพ โปรแกรมส่วนใหญ่ไม่ cost-effective

แพทยสมาคมแห่งมาเลเซียได้สรุปว่า MCO ในมาเลเซียสามารถแบ่งตามบทบาทได้เป็น 3 ลักษณะคือ³³

- ◆ Health Maintenance Organisations (HMOs)
- ◆ Preferred Providers Organisations (PPOs)
- ◆ Third Party Administrators (TPAs)

กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามแก้สถานการณ์โดยกำหนดให้มีการระบุเกณฑ์ทางจริยธรรมเอาไว้ข้อตกลง จนกระทั่งปี 1998 ได้มีกฎหมาย Private Health Care Services and Facilities Act แต่กฎหมายนี้ครอบคลุมบทที่ 2 ระบบสุขภาพ

คลุมแต่การบริการทางการแพทย์ แต่ไม่ครอบคลุมไปถึง การดำเนินการของ MCO ที่ผ่านมาก็ได้เคยเกิดปัญหา อันเนื่องมาจากการบริหาร เช่นการจ่ายเงินให้แพทย์ คลินิกและโรงพยาบาลในเครือข่ายล่าช้ากว่าที่ควรถึงปีครึ่ง หรืออีกแห่งหนึ่งมีหนี้สินมากจนต้องปิดกิจการลงไป ซึ่งยังไม่ชัดเจนว่าใครจะเป็นผู้ดูแลป้องกันเหตุการณ์เช่นนี้³⁴

แพทยสมาคมแห่งมาเลเซียได้แสดงจุดยืนที่ชัดเจนมาตั้งแต่เริ่มการจัดตั้ง MCO ในเชิงธุรกิจ ในปี 1995 ซึ่งในขณะนั้นกระทรวงสาธารณสุขไม่แสดงจุดยืนที่เด่นชัดได้แต่เพียงกล่าวว่าให้กลไกตลาดเป็นตัวตัดสิน (Let market forces decide.) (อีกนัยหนึ่ง นั่นคือการแสดงจุดยืนของรัฐบาลที่ให้เอกชน โดยระบบธุรกิจเข้ามามีบทบาท การไม่กล่าวสนับสนุนโดยตรงเพราะไม่ต้องการขัดแย้งกับสมาคมวิชาชีพและองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค - ผู้วิจัย) ถึงปัจจุบัน แพทยสมาคมแห่งมาเลเซียก็ยังมีบทสรุปว่าไม่ต้องการให้ MCO เป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุขของมาเลเซีย

13. การดูแลสุขภาพของแรงงานในภาคเกษตรกรรม^{9, 35}

ถึงแม้ประเทศมาเลเซียจะมุ่งเป้าไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรม ภาคเกษตรกรรมได้หดตัวลงการจ้างแรงงานในภาคเกษตรกรรมลดลงจาก 1.7 ล้านคนในปี 1990 เป็น 1.4 ล้านคนในปี 1995 อย่างไรก็ตามดีปาล์มน้ำมันและยางพาราก็เป็นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศ ผลิตผล (productivity) ต่อแรงงาน 1 คนได้เพิ่มจาก 8,531 ริงกิตต่อปี ในปี 1990 เป็น 11,483 ริงกิตต่อปี ในปี 1995 แรงงานเหล่านี้ทำงานอยู่ในไร่ที่ห่างไกลมีมาตรฐานทางชีวิตและสุขภาพต่ำ ยิ่งกว่านั้นแรงงานเหล่านี้เกือบครึ่ง (41%) เป็นแรงงานต่างด้าวที่มักเป็นแหล่งแพร่กระจายของโรคติดต่อ ถึงแม้จะมีกฎหมายให้นายจ้างจัดบริการด้านความเป็นอยู่และการดูแลสุขภาพโดยมีหน่วยบริการสุขภาพในไร่ แต่ก็ยังไม่อยู่ในภาวะที่น่าพึงพอใจ เหตุผลหนึ่งคือกระทรวงทรัพยากรมนุษย์ (Ministry of Human Resources) ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบไม่มีความชำนาญด้านการจัดบริการสาธารณสุข

14. การผลิตและพัฒนากำลังคน

14.1 หน่วยงานที่รับผิดชอบในการบริหาร³⁶

14.1.1 โครงสร้าง³⁶

หน่วยงานที่รับผิดชอบในการบริหารกำลังคนด้านสาธารณสุขคือกองทรัพยากรมนุษย์ (Human Resources Division) อยู่ภายใต้การดูแลของ รองปลัดกระทรวงด้านบริหาร (Deputy Secretary-General (Management)) (รูปที่ 1) กองนี้ประกอบด้วย 6 ฝ่ายคือ Establishment Unit, Managerial and Professional Services Unit, Support and Common User Services Unit, Paramedic and Auxillary Services Unit, Promotion Unit และ Discipline Unit

14.1.2 วัตถุประสงค์³⁶

กองทรัพยากรมนุษย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขมีโครงสร้างองค์กรที่ดีสามารถจัดบริการโดยบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ มีศักยภาพ มีวินัยและกระตือรือร้น

14.1.3 กิจกรรม³⁶

การทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวกองทรัพยากรมนุษย์ได้ดำเนินการกิจกรรมดังนี้

- กำหนดความต้องการกำลังคนประจำปี

- ทำการคัดเลือกและบรรจุตำแหน่งที่ว่างรวมทั้งการจัดหาบุคลากรสายสนับสนุนโดยได้มอบอำนาจจาก Public Services Commission
- ดำเนินการตามนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการบริการของบุคลากรทั้งหมด
- ส่งเสริมให้เกิดการสมัครงานตำแหน่งที่ว่าง
- ดำเนินการด้านระเบียบวินัย

14.1.4 ภาระงาน³⁶

ข้อมูลเมื่อปี 1997 ระบุว่ากองทรัพยากรมนุษย์ บริหารบุคลากรทั้งสิ้น 104,277 คน แบ่งเป็น ตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง (Administrative post) 4 คน ตำแหน่งระดับบริหารและวิชาชีพ (Managerial and professional post) 11,245 คน ตำแหน่งวิชาชีพอื่น (ยกเว้นแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 56,403 คน และตำแหน่งเจ้าหน้าที่สนับสนุน 36,625 ราย

14.2 การขาดแคลนบุคลากร³⁶

จำนวนแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่มีอยู่ ต่อประชากร(ปี 1997) คือ 1:1,521; 1:11,617 และ 1:12,409 ตามลำดับ (ตารางที่ 12) โดยมีรายละเอียดของจำนวนแพทย์เฉพาะทางในตารางที่ 13 การเคลื่อนย้ายจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนมีอยู่อย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 14) ถึงสิ้นปี 1997 ยังมีกรอบอัตรากำลังที่ว่างอยู่ 15.3% ดังรายละเอียดในตารางที่ 15 ได้มีการแก้ปัญหาการขาดแคลนโดยการจ้างแพทย์และพยาบาล (contract basis) เข้ามาปฏิบัติงานรวม 802 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวต่างชาติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 16

แพทยสมาคมแห่งมาเลเซียได้สรุปไว้ว่า การสาธารณสุขภาครัฐได้ถูกบั่นทอนลงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานนับทศวรรษอันเนื่องมาจากการขาดแคลนบุคลากรระดับวิชาชีพ ในปี 1994 มีผู้ได้รับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมรวม 8,831 ราย ในจำนวนนี้ได้ออกไปทำงานภาคเอกชนมากกว่าครึ่งหนึ่ง (54.5%) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไหลของผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการฝึกอบรมขั้นสูงจากภาครัฐไปสู่เอกชน เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งใหม่ฯ ได้เสนอค่าตอบแทนที่สูงกว่าที่ราชการจ่ายหลายเท่าตัว

การผลิตแพทย์จาก 6 โรงเรียนภายในประเทศและจากสถาบันต่างประเทศ ได้ประมาณปีละ 500 คน จำนวนนี้กำลังเพิ่มขึ้นเนื่องจากกำลังมีการก่อตั้งโรงเรียนแพทย์เพิ่มทั้งของรัฐและเอกชน (Universiti Malaya (UM), Universiti Kebangsaan Malaysia (UKM), Universiti Sains Malaysia (USM), Universiti Malaysia Sarawak (UMS), Universiti Putra Malaysia (UPM), Universiti Islam Antarabangsa (UIA), International Medical University, Penang Medical College and Malacca-Manipal Medical College)

จากเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศว่าจะให้มีสัดส่วนของแพทย์ต่อประชากรเป็น 1:1,500 ภายในปี 2000 การจะทำให้สำเร็จจะต้องมีการเพิ่มแพทย์ปีละ 1,200 คน และเป้าหมายสูงสุดของรัฐบาลคือ 1:800 ในปี 2020 ถึงแม้ว่าสัดส่วนนี้จะดีขึ้นเรื่อยๆ นับแต่อดีต แต่ก็ยังมีปัญหาการกระจายตัวของแพทย์ที่ไม่เหมาะสมคือกระจุกตัวอยู่ตามเขตเมือง ในเขตชนบทก็ยังมีขาดแคลนแพทย์อยู่อีกมาก ดังตารางที่ 17 จะเห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน

ตารางที่ 12 บุคลากรสาธารณสุขปี 1997¹⁷

Category	Number in Public Sector (Population Ratio)	Number in Private Sector (Population Ratio)	Total Number (Population Ratio)
Doctors	8,235 (1:2,631)	6,013 (1:3,603)	14,248 (1:1,521)
Dentists	755 (1:28,696)	1,110 (1:19,518)	1,865 (1:11,617)
Pharmacists	399 (1:54,300)	1,347 (1:16,084)	1,746 (1:12,409)
Nurses	16,068 (1:1,348)	8,477 (1:2,556)	24,545 (1:883)
JD/ Midwives	5,827 (1:3,718)	50 (1:443,310)	5,877 (1:3,686)

ตารางที่ 13 แพทย์เฉพาะทางของกระทรวงสาธารณสุข ณ เดือนธันวาคม 1997³⁶

Type of Physician	Number of Posts	Number of Posts Filled
General Physician	127	90
General surgeon	104	75
Obstetrician/ Gynaecologist	52	33
Anaesthesiologist	55	48
Ophthalmologist	39	28
Orthopaedic surgeon	32	26
Radiologist	39	26
Paediatrician	82	66
Pathologist (Hospital)	42	37
Psychiatrist	43	41
TB/ Chest Physician	9	5
Radiotherapist/ Oncologist	7	4
Otorhinolaryngologist	18	10
Dermatologist	23	13
Urology Surgeon	5	3
Neurosurgeon	7	6
Neurologist	5	1
Nephrologist	8	3
Haematologist	4	0
Plastic surgeon	11	4
Forensic Pathologist	3	2
Paediatric Surgeon	4	1
Cardiologist	5	0
Total	724	522

ตารางที่ 14 การลาออกจากราชการของแพทย์³⁷

Year	Medical Officer	Specialist	Total
1990	251	34	285
1991	237	35	272
1992	226	27	253
1993	323	20	343
1994	275	16	291
1995	323	42	365
1996	345	58	403
1997	351	44	395
1998	253	63	316

ตารางที่ 15 กรอบอัตรากำลังที่มีและได้รับการบรรจุจนถึงปี 1997³⁶

Category of Posts	Number of Posts	Number of Posts Filled	Percentage of Posts Filled
Professional Group			
Medical Administrative Officer	365	319	87.4
Medical Specialist	758	598	78.9
Medical Officer	6,540	5,278	80.7
Dental Administrative Officer	72	69	95.8
Dental Specialist	55	47	85.4
Dentist	770	568	73.7
Pharmacist	600	337	56.2
Paramedic & Auxiliary Group			
Physiotherapist	280	233	83.2
Occupational Therapist	151	132	87.4
Radiographer (Diagnosis)	575	473	82.3
Radiographer (Therapy)	47	32	68.1
Medical Assistant	44,481	3,742	83.5
Health Inspector	1,579	1,351	85.6
Medical Laboratory Technologist	2,099	1,787	85.1
Pharmaceutical Assistant	2,142	2,039	95.2
Dental Nurse	1,489	1,402	94.1
Dental Technician	453	426	94.0
Nurse	18,257	16,068	88.0
Junior Hospital Assistant	683	505	73.9
Assistant Nurse	10,116	8,738	86.4
Rural Nurse	5,028	4,135	82.2
Midwife	2,285	1,698	74.3
Dental Operation assistant	1,1218	1,064	87.3
Assistant Medical Laboratory Technologist	1,206	1,124	93.2
Public Health Assistant	2,498	2,144	85.8
X-ray Film Processor	204	15	76.4

ตารางที่ 16 การจ้างบุคลากรชั่วคราวเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคน³⁶

Category	Malaysian citizens	Non-Malaysian citizens	Total
Medical Officers	36	307	343
Medical Specialists	37	149	186
Nurses	76	197	273
Total	149	653	802

ตารางที่ 17 การกระจายตัวของแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกรเปรียบเทียบเขตเมืองและชนบท และภาครัฐและเอกชน⁹

	Kuala Lumpur (Urban)	Sarawak (Rural)
Doctor:population ratio	1:555	1:4,369
Dentist:population ratio	1:3,477	1:23,332
	Private Sector	Public Sector
Number of dentists	968	744
Number of pharmacists	1,113	397

14.3 หน่วยงานที่ผลิตบุคลากร

หน่วยงานที่ผลิตบุคลากรสาธารณสุขประกอบด้วย

- กระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบมหาวิทยาลัย
- กองวางแผนและฝึกอบรมกำลังคน (Manpower Planning and Training Division)

14.3.1 กองวางแผนและฝึกอบรมกำลังคน (Manpower Planning and Training Division)

14.3.1.1 โครงสร้าง³⁶

กองวางแผนและฝึกอบรมกำลังคน (Manpower Planning and Training Division) อยู่ภายใต้การดูแลของ รองปลัดกระทรวงด้านบริหาร (Deputy Secretary-General (Management)) มีหน้าที่วางแผนและฝึกอบรมกำลังคนด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการผลิต paramedics and auxiliary personnel ให้หน่วยงานต่างๆของทั้งรัฐและเอกชน สถาบันการฝึกอบรมที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีอยู่ทั้งหมด 62 สถาบัน (ข้อมูล ณ สิ้นปี 1997)

14.3.1.2 กลยุทธ์³⁶

- เพื่อสร้างความเข้มแข็งในความเชื่อมโยงระหว่างการวางแผนกำลังคนและการพัฒนาบริการ
- เพื่อให้มีปริมาณบุคลากรเพียงพอบนพื้นฐานของความเหมาะสมของสัดส่วนบุคลากรประเภทต่างๆ
- เพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์อย่างกระตือรือร้น (to interact actively) ระหว่างหน่วยงานด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม และกำลังคนด้านสาธารณสุข
- เพื่อสร้างความต่อเนื่องในการขยายและเพิ่มความหลากหลายของหลักสูตรการฝึกอบรมในท้องถิ่น การกระจายหลักสูตรการอบรมและเพิ่มโอกาสของการศึกษาต่อเนื่อง
- เพื่อทบทวนหลักสูตรการอบรมต่างๆเป็นระยะ

- เพื่อเพิ่มโอกาสของการฝึกอบรมให้แก่บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข

14.3.1.3 กิจกรรมและความสำเร็จ³⁶

เพื่อให้การบริการสาธารณสุขบรรลุตามเป้าหมาย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการวางแผนกำลังคนตามความต้องการที่ระยะเวลาต่างๆ ซึ่งในแผนพัฒนาประเทศฉบับที่ 7 (Seventh Malaysian Plan 1996-2000) ได้มีการปรับใช้เทคนิคการศึกษาทางไกลสำหรับหลักสูตรเฉพาะทาง (Post-basic courses) 9 หลักสูตร จากที่มีอยู่ทั้งหมด 22 หลักสูตร เช่น ผดุงครรภ์ขั้นหนึ่ง (Midwifery Division I) การบริหารบุคคลด้านสาธารณสุข (Health Personnel Management) พยาบาลการบริการสาธารณสุขระดับต้น (Primary Health Nursing) Intensive Care Nursing Renal Nursing และ Perioperative Nursing

ได้มีการยกระดับอาจารย์ในสถาบันฝึกอบรม (Nursing and Allied Science Tutors) โดยการให้ทุนสำหรับการศึกษาทางไกล โดยลงเรียนกับมหาวิทยาลัยในต่างประเทศ (University of Northumbria, New Castle) โครงการนี้ได้ยุติลงเมื่อปี 1997 เนื่องจากปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ ในปี 1998 ได้มีการจัดการอบรมการเป็นอาจารย์ (Health Personnel Tutor Course) ที่สถาบันการสาธารณสุข (Public Health Institute)

ในปี 1997 ได้มีการสร้างหลักสูตรเฉพาะทาง (Post Basic Course) ใหม่ ขึ้นมาอีก 6 หลักสูตร ได้แก่

- Gynaecology Cytology for Medical Laboratory Technologists
- Computerised Tomography for Diagnostic Radiographers
- Cardio-Respiratory for Physiotherapists
- Occupational Safety and Health for Occupational Therapists
- Oncology Nursing for Nurses
- Community Psychiatric for Nurses and Medical Assistants

14.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลากร⁹

แพทยสมาคมแห่งมาเลเซียได้เสนอว่ามีปัจจัยหลัก 3 ประการที่ส่งผลกระทบต่อขนาดของกำลังคนด้านสาธารณสุขคือ กฎระเบียบของวิชาชีพ (Occupational regulation) การศึกษา (Education) และองค์กรและระบบการคลังสาธารณสุข (Health care financing and organisation)

14.4.1 กฎระเบียบของวิชาชีพ

กฎระเบียบ ข้อบังคับสำหรับวิชาชีพได้กำหนดโดยหน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรที่เป็นตัวแทนของวิชาชีพ ในประเทศมาเลเซีย แพทยสภา (Malaysian Medical Council) ทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการพิจารณาใบประกอบวิชาชีพ กำหนดเกณฑ์การศึกษาและคุณสมบัติอื่นๆสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ คณะกรรมการพิจารณาใบประกอบวิชาชีพ เป็นผู้รับผิดชอบในการพิจารณาหลักสูตร และเป็นผู้ประกันความมั่นใจว่าผู้ที่ประกอบวิชาชีพจะต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและได้รับอนุญาตอย่างถูกต้องตามกฎหมายในการประกอบวิชาชีพนั้น

14.4.2 การศึกษา

รัฐบาลมีบทบาทในตลาดแรงงานผ่านการให้การสนับสนุนงบประมาณในการจัดการศึกษาและการกำหนดมาตรฐานสำหรับอาชีพเฉพาะด้านสาธารณสุข แรงงานด้านสาธารณสุขเกือบทั้งหมดผลิตโดยสถาบันการศึกษาของรัฐ

ในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรได้ดำเนินการโดยการให้มีการจัดตั้งโรงเรียนแพทย์เพิ่มขึ้นในมหาวิทยาลัยต่างๆรวมทั้งให้มีหลักสูตรที่ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในต่างประเทศ (Twinning programmes) ซึ่งที่ผ่านมาได้ดำเนินการได้ผลระดับหนึ่งเห็นได้จากสัดส่วนของจำนวนประชากร ต่อบุคลากรได้ลดลง เช่นกรณีของแพทย์ได้ลดลงประมาณ 1 ใน 3 ในช่วงเวลาประมาณ 1 ทศวรรษ (ตารางที่ 18)

การศึกษาที่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับโครงสร้างระบบสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการสาธารณสุขระดับต้น นอกเหนือจากการปรับปรุงในเชิงปริมาณแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการกระจายอย่างเหมาะสม ระดับของการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค มาตรฐานของการบริการทุกระดับ ลักษณะและการกระจายของความเจ็บป่วย

ตารางที่ 18 การเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนประชากรต่อวิชาชีพ⁹

Health personnel	1980	1985	1990	1994
Physicians	1:3,800	1:3,174	1:2,533	1:2,207
Dentists	1:19,892	1:15,059	1:12,089	1:11,384
Pharmacists	n.a	1:18,596	1:14,353	1:12,907

14.4.3 องค์การและระบบการคลังสาธารณสุข

การคลังสาธารณสุข เป็นจักรกลสำคัญมากตัวหนึ่งในการกำหนดปริมาณความต้องการบุคลากรในการจัดการบริการเฉพาะต่างๆ เช่นการกำหนดว่าผู้ที่ประกันสุขภาพจะต้องได้รับการรักษาตามขั้นตอนตั้งแต่การบริการสุขภาพระดับต้น ความต้องการแพทย์ที่ให้บริการสุขภาพระดับต้นก็จะเพิ่มขึ้นกว่าเดิม และสามารถคำนวณปริมาณความต้องการแพทย์กลุ่มนี้ได้ถูกต้องมากขึ้นจากฐานประชากรและอัตราการเจ็บป่วย

นอกจากปัจจัยที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังมีประเด็นอื่นที่ต้องพิจารณาได้แก่

14.4.4 สิทธิในการปกครองตนเองของวิชาชีพ (Professional autonomy)

วิชาชีพต่างๆจะได้รับสิทธิในการปกครองตนเองจากรัฐบาลแตกต่างกันออกไป กลุ่มแพทย์เป็นกลุ่มที่ได้รับสิทธินี้มากที่สุด

14.4.5 การแทนที่กันของอาชีพ (Occupational substitution)

โดยทั่วไปจะมีการกำหนดว่าบุคลากรประเภทใดมีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานชนิดไหน การเปลี่ยนแปลงที่บุคลากรประเภทหนึ่งเข้าไปทำหน้าที่ในงานที่อยู่ในขอบเขตความรับผิดชอบของอีกอาชีพหนึ่งเรียกว่าเป็นการแทนที่กันของวิชาชีพ ตัวอย่างเช่น ในประเทศกำลังพัฒนานานูญาตให้แพทย์จ่ายยาในคลินิกของตนเองได้ต่อมาได้มีข้อกำหนดให้เภสัชกรเท่านั้นเป็นผู้มีสิทธิในการจ่ายยา แพทย์ทำหน้าที่ตรวจและสั่งยา

14.5 การเติบโตของภาคเอกชน (Private sector growth)

การที่รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมการขยายตัวของภาคเอกชนเป็นเหตุผลหนึ่งต่อการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนการกระจายตัวของบุคลากรระหว่างภาครัฐและเอกชน สัดส่วนของบุคลากรในภาคเอกชนซึ่งเกินกว่าร้อยละ 50 ของบุคลากรทั้งหมด ได้เริ่มขึ้นในปี 1982, 1985 และ 1986 สำหรับกลุ่มแพทย์ เภสัชกร และทันตแพทย์ตามลำดับ (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 จำนวนและสัดส่วนของบุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ในภาคเอกชน⁹

Year	Doctors in Private Sector Number (Percentage)	Pharmacists in Private Sector Number (Percentage)	Dentists in Private Sector Number (Percentage)
1980	1,796 (46.6)	159 (32.9)	307 (44.4)
1981	1,955 (49.6)	190 (35.8)	301 (41.8)
1982	2,220 (52.2)	234 (37.1)	326 (40.7)
1983	2,429 (54.3)	242 (36.9)	363 (42.3)
1984	2,444 (54.3)	291 (39.6)	423 (44.2)
1985	2,711 (54.9)	503 (59.7)	480 (46.1)
1986	3,150 (58.4)	591 (61.4)	575 (50.9)
1987	3,331 (57.5)	676 (64.4)	645 (52.9)
1988	3,608 (57.5)	923 (71.9)	688 (53.4)
1989	3,796 (57.7)	805 (68.8)	746 (53.2)
1990	3,991 (56.9)	840 (67.8)	780 (53.0)
1991	4,129 (57.4)	791 (65.2)	794 (52.9)
1992	4,203 (54.5)	928 (68.7)	838 (53.6)
1993	4,469 (54.0)	951 (71.8)	857 (53.4)
1994	4,808 (54.4)	1,113 (73.7)	968 (56.5)

14.6 แนวทางใหม่ในการผลิตแพทย์เฉพาะทาง¹²

University of Malaya (UM) เป็นแห่งแรกในการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางโดยเริ่มในปี 1973 ทำการผลิต 3 สาขา คือ พยาธิวิทยา จิตเวชศาสตร์ และสาธาณสุข ต่อมาปี 1981 National University of Malaysia (UKM) ได้ผลิตในสาขาศัลยศาสตร์ และ Orthopaedics ได้มีพัฒนาการเรื่อยมาและขยายสาขาเป็น 16 สาขา เปิดสอนในโรงเรียนแพทย์ 3 แห่ง คือ 2 แห่งแรกที่กล่าวมาแล้วและอีกแห่งคือ และ University Science of Malaysia (USM)

ได้มีการพัฒนาแนวทางใหม่ในการผลิตแพทย์เฉพาะทางเรียกว่าระบบเปิด (Open system) ขึ้นในปี 1995 โดยผู้เข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรที่กล่าวมาจะไปฝึกที่โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการคัดเลือก (19 โรงพยาบาล 10 คลินิกสุขภาพ) แบบเต็มเวลาหรือบางเวลาตามกำหนด (partial training module) เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 12 เดือน โดยรับสิทธิประโยชน์ต่างๆเสมือนว่าไม่เป็นการลาเรียน

ระบบเปิดมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- เพื่อเพิ่มสถานฝึกอบรมและจำนวนแพทย์เฉพาะทางให้เพียงพอ
- เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขในระหว่างที่แพทย์ลาเรียนจากระบบเดิมที่แพทย์ไปเรียนที่โรงเรียนแพทย์อย่างเดียว
- เพื่อเพิ่มการใช้ประโยชน์แพทย์เฉพาะทางที่มีอยู่แล้วในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขให้ทำหน้าที่ให้การฝึกอบรมด้วย อันเป็นการมุ่งไปสู่การทำให้โรงพยาบาลเป็นศูนย์กลางของความ เป็นเลิศในการฝึกอบรม

การดำเนินการของระบบนี้อยู่ภายใต้การดูแลของ Masters Training Programme in Medicine Implementation and Coordinating Committee ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ระดับโรงพยาบาลมีทีมแพทย ศาสตร์ศึกษาต่อเนื่อง (Continuing Medical Education) เป็นผู้ดูแล ในแต่ละโรงพยาบาลมีการแต่งตั้ง ผู้ ประสานงานโครงการ (Programme Coordinattor) ผู้ประสานงานคลินิก (Clinical Coordinator) และที่ปรึกษา (Supervisor) ที่ปรึกษา 1 คนจะรับผิดชอบนักศึกษา 2 คน ในปี 1999 มีแพทย์ศึกษาต่อ 1,204 คน ในจำนวนนี้ 594 คน หรือคิดเป็น 49.3% อยู่ในการศึกษาระบบเปิดที่กล่าวมานี้

ระบบการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางแบบเปิดนี้ ถือได้ว่าประสบความสำเร็จในการช่วยแก้ปัญหาการ ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางของประเทศ อย่างไรก็ดีไม่มีข้อมูลการประเมินผลในด้านการกระจายตัวของแพทย์ ที่ จะชี้ให้เห็นภาพการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกันของประชาชนในเมืองและชนบท

กล่าวโดยสรุปในด้านการพัฒนากำลังคนที่มีปัญหาทั้งด้านการขาดแคลนและการกระจายตัว ได้มีโครง การในการจัดการแก้ปัญหา ได้แก่การเพิ่มจำนวนการผลิต ส่วนปัญหาการกระจายได้แก้เบื้องต้นโดยใช้ ระบบ การใช้ทุนของแพทย์เป็นมาตรการหนึ่ง มาตรการต่อเนื่องคือการคัดเลือกผู้ที่สมควรฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทาง ผู้ที่ผ่านการปฏิบัติงานในชนบทจะได้รับคะแนนพิเศษ การดำเนินการเช่นนี้คาดหวังว่าจะมีแพทย์เข้าไปทดแทน แพทย์ที่ย้ายออกจากชนบทอย่างต่อเนื่อง

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับทิศทางการพัฒนากำลังคนด้านแพทย์ที่เชื่อมโยงกับการปฏิรูประบบสุขภาพ นั้น ยังไม่ชัดเจน มีเพียงสิ่งเสมือนว่าเชื่อมโยงกับการปฏิรูประบบสุขภาพ คือการตั้งสถาบันและผลิตแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครั (ข้อ 9.10) อย่างไรก็ตาม แพทยสมาคมแห่งมาเลเซีย ได้กล่าวถึงการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครั (ข้อ 10) ซึ่งโยงไปถึงการที่ต้องพิจารณาการวางระบบการคลังสาธารณสุขร่วมด้วย (ข้อ 14.4.3)

15. การควบคุมและการกำกับการใช้เทคโนโลยี

15.1 ความหมาย²⁸

การประเมินเทคโนโลยีด้านสาธารณสุข (Health Technology Assessment; HTA) หมายถึงการ ประเมินอย่างเป็นระบบของคุณสมบัติและผลของเทคโนโลยีด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัย บทที่ 2 ระบบสุขภาพ

(บทที่2.doc/14/3/01)

นโยบายสาธารณสุข เป็นการวิจัยที่เน้นด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ (efficacy/ effectiveness) ความเป็นไปได้ (feasibility) ขอบ่งชี้ ต้นทุน และต้นทุนประสิทธิผล รวมทั้งแง่มุมทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม กฎหมาย และจริยธรรม การประเมินเทคโนโลยีด้านสาธารณสุข มีความเชื่อมโยงใกล้ชิดกับการประกันคุณภาพ (Quality Assurance; QA) โดยที่การประเมินเทคโนโลยีด้านสาธารณสุขเป็นการกำหนดหลักเกณฑ์และมาตรฐานสำหรับ ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ ขณะที่การประกันคุณภาพ เป็นการตรวจสอบการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์มาตรฐาน ดังกล่าว

15.2 องค์การที่รับผิดชอบ^{28, 38}

หน่วยประเมินเทคโนโลยีด้านสาธารณสุข (Health Technology Assessment Unit) ถูกตั้งขึ้นเมื่อปี 1995 ภายใต้กองพัฒนาทางการแพทย์ (Medical Development Division) ซึ่งขึ้นต่อรองอธิบดีกรมการแพทย์ ด้านการแพทย์ (Deputy Director-General of Health (Medical)) เป็นหน่วยประสานงาน ในการดำเนินงานซึ่ง มักตั้งเป็นคณะกรรมการทางเทคนิคเฉพาะกิจในการดำเนินการแต่ละเรื่อง แล้วส่งให้คณะกรรมการประเมิน เทคโนโลยีด้านสาธารณสุข (Health Technology Assessment Council) ของกระทรวง ซึ่งมีอธิบดีกรมการ แพทย์เป็นประธาน เป็นผู้พิจารณาอีกครั้งหนึ่ง งานของหน่วยประเมินเทคโนโลยีด้านสาธารณสุข นอกจากงาน ประเมินเทคโนโลยีด้านสาธารณสุข แล้วรวมไปถึงการฝึกอบรมบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขด้วย

15.3 สภาพปัญหา

การใช้เทคโนโลยีด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ราคาแพงเกิดขึ้นมากในหมู่โรงพยาบาลและแพทย์ในภาคเอกชน เพื่อแข่งขันกันในการให้บริการและการดึงดูดลูกค้า การใช้อุปกรณ์เหล่านี้ น้อยกว่าที่ควร จึงทำให้มีราคาต่อการใช้งาน 1 ครั้งสูงเกินไป ตัวอย่างของการมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ราคา แพงเกินความจำเป็นได้แก่ เครื่อง Magnetic Resonance Imaging (MRI) เฉพาะในเขต Klang Valley มีจำนวน 8 เครื่อง ในขณะที่ Toronto และ Dublin มีแห่งละ 2 เครื่อง⁹

15.4 การดำเนินงาน

การดำเนินงานด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสาธารณสุข ของประเทศมาเลเซียได้รับการยอมรับว่า อยู่ในระดับแนวหน้าของกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา³⁹ ขอบเขตการดำเนินงานจะครอบคลุมทั้ง ยา อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ วิธี (regimens) ของการบริการทางการแพทย์ (การใช้ยาและการผ่าตัด) และระบบสนับสนุน ในระบบสาธารณสุข ฉะนั้นการประเมินเทคโนโลยีด้านสาธารณสุข จะสามารถประยุกต์ใช้ได้กับการป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การคัดกรอง (screening) รวมไปถึงการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ที่เสนอให้มีการ ประเมินอาจเป็นบุคคลทั่วไปหรือองค์กรก็ได้ ลักษณะการประเมิน จะไม่ดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อมูลโดยการ วิจัยเอง แต่จะรวบรวมข้อมูลที่มีผู้ดำเนินการไว้แล้ว ยกเว้นงานในลักษณะการสำรวจ ผลที่ได้จากการประเมินจะ ใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบาย และเผยแพร่ให้ผู้สั่งใช้และผู้ใช้เทคโนโลยีทราบ โดยเน้นที่การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการสั่งใช้เทคโนโลยีให้เหมาะสม โดยทั่วไปจะไม่มีการบังคับทางกฎหมาย^{40 38}

สิ่งที่ได้ดำเนินการไปแล้วเช่น Stereotactic Radio-Surgery, Spinal Cord Stimulation, Electromagnetic Prostatectomy, Routine Pre-operative Investigations and Electronic Foetal

Monitoring, immunisation, minimally invasive surgery, low temperature sterilisation, chemical free Xray film processing และ การใช้ Polymerase Chain Reaction (PCR) in diagnostic testing²⁸

แผนงานที่คณะกรรมการประเมินเทคโนโลยีด้านสาธารณสุข (Health Technology Assessment Council) กำหนดให้ดำเนินการในปี 1999/2000³⁹ ได้แก่

Effectiveness of antenatal visits

Maternal screening for foetal abnormalities

Heart treatment for degenerative changes of skeletal system

Intensity modulated radiation therapy

Medical management of benign prostatic hypertrophy

Vitamin K administration in newborns

Direct suction vs venturi suction in medical gas systems

ปัญหาที่พบในการดำเนินการคือ ขอบเขตการดำเนินงานกว้างมากเพราะการใช้เทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสมไม่ได้จำกัดที่เทคโนโลยีราคาแพงเท่านั้น ราคาถูกก็เป็นปัญหาที่ไม่เหมาะสมได้ อีกปัญหาหนึ่งคือการสร้างผลกระทบให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ใช้เทคโนโลยี⁴⁰

ผู้วิจัยเห็นว่าการกล่าวมาเลเซียเป็นผู้นำด้าน HTA ในภูมิภาค นั้นเป็นจริงในด้านการมีองค์รวบผิดชอบที่ชัดเจนในระดับกอง แต่วิธีการทำงานเน้นด้านการให้การศึกษาและส่งเสริมให้มีการสั่งใช้/จ่าย อย่างเหมาะสม ไม่ได้ใช้ขบวนการทางกฎระเบียบในการบังคับ ผลกระทบจริงๆต่อการเปลี่ยนแปลงจึงอาจไม่มากนัก

16. บทบาทของผู้บริโภค การคุ้มครองผู้บริโภคและการชดเชยค่าเสียหายจากผลเสียของการบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการ

16.1 บทบาท

การบริโภคสินค้าโดยทั่วไปมี 2 ลักษณะคือ ผลิตภัณฑ์และบริการ ในกรณีนี้ในแต่ละรัฐจะมีการจัดตั้งสมาคมผู้บริโภคประจำรัฐ และสมาคมได้รวมตัวกันเป็นองค์กรระดับประเทศเรียกว่าสมาพันธ์สมาคมผู้บริโภคแห่งมาเลเซีย (Federation of Malaysian Consumer Association; FOMCA) ตัวอย่างการดำเนินงานของสมาคมผู้บริโภคแห่งปีนัง (Consumers' Association of Penang; CAP) ได้ก่อตั้งเมื่อ ปี 1970 โดยให้ความสนใจในสิทธิพื้นฐานของผู้บริโภคทุกคนในด้านอาหาร ที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพ การสุขภาพ การขนส่งมวลชน การศึกษา และสิ่งแวดล้อม ได้มีการดำเนินการให้การศึกษาแก่ผู้บริโภค การวิจัย การเป็นตัวแทนผู้บริโภค มีการแบ่งส่วนงานออกเป็น ฝ่ายวิจัย ฝ่ายชุมชนและชนบท ฝ่ายการศึกษา ฝ่ายรับเรื่องร้องเรียน ฝ่ายกฎหมาย ฝ่ายการพิมพ์ ฝ่ายสื่อ และห้องสมุด³²

16.2 สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภค

จากการที่รัฐมนตรีการค้าภายในและกิจการผู้บริโภค Minister of Domestic Trade and Consumer Affairs ได้ไปเยี่ยม สมาคมผู้บริโภคแห่งปีนัง เมื่อ 27 มีนาคม 2000 สมาคมผู้บริโภคแห่งปีนัง (Consumers' Association of Penang; CAP) ได้เสนอประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งทำให้เห็นภาพสถานการณ์ปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคโดยทั่วไปได้ระดับหนึ่ง⁴¹ ประเด็นเหล่านี้ได้แก่

16.2.1 สัญญาที่ไม่เป็นธรรม (Unfair contract terms)

มีการทำธุรกรรมหลายอย่างที่ยังไม่มีกฎหมายควบคุม ในกรณีนี้บริษัทจะเขียนข้อกำหนดในสัญญาเองที่เป็นการเอาเปรียบผู้บริโภค เช่น จะไม่ฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายเมื่อเกิดการบาดเจ็บหรือเสียชีวิต เป็นต้น CAP เสนอให้มีกฎหมายออกมาควบคุมการทำสัญญาที่ไม่เป็นธรรมเหล่านี้

16.2.2 การขายตรง (Direct sales)

แม้ปัจจุบันจะมีกฎหมายการขายตรง (Direct Sales Act) แต่ก็ยังไม่สามารถคุ้มครองผู้บริโภคจากเทคนิคฉ้อฉลหลายของนักธุรกิจที่อาจจะเอาเปรียบผู้บริโภค (recommended the regulation of all sales on instalment basis, no matter what the schemes or agreement are called.)

16.2.3 พาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-Commerce)

ในกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection Act 1999) กำหนดว่ากฎหมายนี้ไม่ครอบคลุมถึงธุรกรรมที่ใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ในขณะที่พาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ มีแนวโน้มขยายตัวขึ้นมาก จึงต้องรีบดำเนินการหาทางป้องกันการเอาเปรียบผู้บริโภคผ่านช่องทางนี้

16.2.4 การสอบสวนการร้องเรียนของผู้บริโภค (Tribunal for Consumer Claims)

ในมาตรา 108 (2) ระบุว่าผู้ร้องเรียนต้องเป็นผู้ให้การในการสอบสวนด้วยตนเองจะให้ผู้อื่นหรือทนายความให้การแทนไม่ได้ ในขณะที่ (3) ของมาตรา 108 นี้ ยอมให้บริษัทส่งพนักงานที่ทำงานเต็มเวลาเป็นผู้แทนได้ ประเด็นนี้ทำให้เกิดการเสียเปรียบเพราะผู้บริโภคส่วนใหญ่ไม่คุ้นเคยกับการพูดอย่างเป็นทางการ หรืออาจเป็นผู้ด้อยการศึกษา ผู้พิการ ในขณะเดียวกันบริษัทที่ถูกกล่าวหาจะใช้ทนายความหรือนิติกรหรือผู้เชี่ยวชาญประจำบริษัท เป็นผู้ให้การโต้ข้อกล่าวหา CAP เสนอให้เปลี่ยนระบบจากการไต่สวน (hearing) ให้เป็นลักษณะมีการสืบสวน (inquisitorial approach) ของคณะกรรมการ ประเด็นที่สองคือกำหนดให้ผู้ร้องเรียนสามารถตั้งผู้แทนได้อาจเป็นทนายความหรือเจ้าหน้าที่จากสมาคมผู้บริโภค เหมือนกับ Employment Act และ Farmers' Organisation act

16.2.5 การให้การศึกษาแก่ผู้บริโภค (Consumer Education)

CAP ได้เสนอให้มีการให้การศึกษาผ่านโทรทัศน์ ซึ่งมีเนื้อหาตั้งแต่กฎหมาย พฤติกรรมการตลาดและวิธีปกป้องตนเองของผู้บริโภค

16.2.6 ความจำเป็นที่ต้องมีกฎหมายควบคุมการโฆษณาที่ครอบคลุมรอบด้าน (Need for comprehensive law for advertisements)

เนื่องจาก Trade Descriptions Act มีข้อจำกัดในตัวเอง CAP จึงเสนอให้มีกฎหมายควบคุมการโฆษณาที่ครอบคลุมทั้งเนื้อหา การละเมิดผู้หญิงและเด็ก การดูหมิ่นหยาดหยามทางเพศ การชักจูงให้เข้าใจผิด เป็นต้น

16.3 สิทธิของผู้บริโภค

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านการใช้ผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพมีสำนักงานอาหารและยาเป็นผู้ดูแลเหมือนประเทศต่างๆ ในที่นี้จะเน้นด้านการบริการทางวิชาชีพ โดยทั่วไปการบริการทางวิชาชีพที่ผิดพลาดมี 3 ลักษณะ คือ ไม่เป็นไปตามข้อตกลง (breach of contract) ผิดจริยธรรมหรือให้การบริการที่ไม่เหมาะสม (unethical conduct or misbehaviour) และสุดท้ายคือ การละเลยต่อหน้าที่ (negligence)

สมาคมผู้บริโภคแห่งป้าน (CAP) ได้จัดพิมพ์หนังสือชื่อ How to complain and get results¹⁴ ซึ่งให้ข้อมูลรายละเอียดสิทธิของผู้บริโภค ด้านต่าง และขั้นตอนวิธีการร้องเรียนและเรียกร้องการชดเชยเมื่อถูกละเมิดสิทธิ ดังรายละเอียดที่ได้นำเสนอต่อจากนี้

16.4 หน่วยงานรับการร้องเรียน

หน่วยงานที่รับการร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการของวิชาชีพมี 3 หน่วยคือ องค์การวิชาชีพ ตำรวจ และ ศาล

16.4.1 องค์การวิชาชีพ

การร้องเรียนที่เกี่ยวกับการให้บริการที่ไม่เหมาะสม (malpractice and misconduct) โดยแพทย์สามารถยื่นเรื่องร้องเรียนไปที่แพทยสภา (Medical Council) ซึ่งจะมีคณะกรรมการสอบสวนขั้นต้น (Preliminary Investigation Committee) รับเรื่องดำเนินการ กรณีการกล่าวหาว่าละเลยต่อหน้าที่หมายถึงการที่ไม่ได้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยเทคนิควิธีการที่แพทย์ที่ดีโดยทั่วไปพึงกระทำ (fail to exercise the care and skill of an ordinary competent doctor) ความสำเพร่า การขาดความรู้ ประมาท การกระทำโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ หากไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อสุขภาพ ก็ไม่จัดว่าเป็นการละเลยต่อหน้าที่ (Carelessness, incompetence, recklessness and stupidity do not constitute negligence unless they lead to injury.) การจะสรุปว่าเป็นการละเลยต่อหน้าที่จะต้องพิสูจน์ว่าผู้รับบริการได้รับผลเสียต่อสุขภาพอันเป็นผลมาจากการไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ (breach of duty or care) ของแพทย์ และผลเสียนั้นต้องเป็นสิ่งที่คาดการณ์ล่วงหน้าได้ (foreseeable) กรณีที่หลักฐานเบื้องต้นเพียงพอ (prima facie) ก็จะมีการสอบสวนเต็มรูปแบบต่อไป หากได้ผลว่าแพทย์ผิดจริงก็จะมี การถอนใบอนุญาต พักใช้ใบอนุญาต (suspended) หรือตักเตือน (reprimanded) แล้วต่อกรณี

ขั้นตอนที่ควรดำเนินการคือ

การเขียนจดหมายถึงแพทย์ผู้นั้นขอรายงานผลการตรวจและรักษา หากรู้สึกว่าได้ความร่วมมือให้ สำเนาจดหมายนั้นแจ้งแพทยสภา หากไม่ทราบชื่อแพทย์ให้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลระบุวันเวลา และรายละเอียดของบริการที่ได้รับ ต่อจากนั้นอย่าเพิ่งไปทำการรักษาต่อ ให้ไปพบแพทย์อีกคนเพื่อหรือว่าผลที่เกิดขึ้น มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดจากการละเลยต่อหน้าที่หรือไม่ เมื่อการดำเนินการของแพทยสภาสิ้นสุดแล้ว เห็นว่าการตัดสินไม่เป็นธรรมก็สามารถดำเนินการร้องต่อศาลได้

อย่างไรก็ดีการร้องเรียนต่อแพทยสภาก็มีข้อด้อยคือ บทบาทในการดูแลความประพฤติ (disciplinary role) มีขีดจำกัดเนื่องจากกรณีการละเลยต่อหน้าที่ไม่ได้อยู่อำนาจของแพทยสภาที่มีกฎระเบียบรองรับ (Council's regulatory powers) ไม่เปิดโอกาสให้บุคคลทั่วไปมีส่วนร่วมทั้งในระดับสืบสวนและสอบสวน (no lay participation at both its investigative and inquiry stages) ในองค์ประกอบของแพทยสภาเป็นแพทย์ทั้งหมดอาจมีการปกป้องกันเองได้ ที่ตั้งของแพทยสภาอยู่ในเมืองหลวงซึ่งทำให้ผู้ร้องเรียนที่อยู่ห่างไกลมีความ ลำบากและเสียค่าใช้จ่ายสูงในการไปติดตามเรื่อง ซึ่งใช้เวลานานมากบางกรณีนานถึง 2 ปี

เปรียบเทียบจำนวนเรื่องที่ร้องเรียนต่อแพทยสภาในระหว่างปี 1986 ถึงปี 1994 เพิ่มขึ้น 17.2 % ดังตารางที่ 20 แต่โดยสัดส่วนต่อจำนวนแพทย์ได้ลดลงจาก 1 เรื่องต่อแพทย์ 186 คน เป็น 1 เรื่องต่อ แพทย์ 260 คน ตาม ลำดับ⁴²

ตารางที่ 20 จำนวนเรื่องร้องเรียนต่อแพทยสมาคม⁴²

ปี	จำนวน
1986	29
1987	30
1988	15
1989	29
1990	23
1991	19
1992	30
1993	37
1994	34

16.4.2 การแจ้งความต่อตำรวจ

ผู้บริโภคสามารถแจ้งความต่อตำรวจได้โดยตรงหากพบว่าการกระทำของผู้ให้บริการเข้าข่ายอาชญากรรม (criminal in nature) ตัวอย่างเช่น การทำแท้งที่ผิดกฎหมาย

16.4.3 การฟ้องศาล

ผู้บริโภคสามารถฟ้องต่อศาลเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายอันเนื่องมาจากการละเลยต่อหน้าที่ของผู้ให้บริการ ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพหรือทรัพย์สิน อย่างไรก็ตามการยื่นเรื่องฟ้องต่อศาลจะเสียค่าใช้จ่ายสูงและใช้เวลานานมาก ต้องมีการพิสูจน์โดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้เสียหายจะต้องพิสูจน์ไม่เพียงแต่ว่าผลเสียนั้นเกิดจากการกระทำของผู้ให้บริการเท่านั้น แต่ยังต้องพิสูจน์ว่าผลเสียนั้นสามารถป้องกันได้ตั้งแต่นั้น

การฟ้องแพย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐต้องดำเนินการภายใน 3 ปี และ 6 ปีในกรณีสถานบริการเอกชน แต่ถ้าเป็นเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตต้องดำเนินการภายใน 3 ปีไม่ว่าจะเป็นบริการในภาครัฐหรือเอกชนก็ตาม

กรณีตัวอย่างการฟ้องเรียกค่าเสียหายจากการละเลยต่อหน้าที่ (negligence) กรณีนี้เกิดขึ้นในเดือนตุลาคม 1987 หญิงคนหนึ่งอาชีพแม่บ้านนำบุตรชายอายุ 8 ปี ไปรับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชศาสตร์ของโรงพยาบาลปิ่น ด้วยอาการบวมบริเวณใบหน้า มีไข้ ไอ ขาไม่มีแรง และหายใจไม่สะดวก มีการตรวจร่างกายและสรุปว่าป่วยเป็น Broncho pneumonia แพทย์สั่งจ่ายยาแล้วให้กลับบ้าน ผู้ป่วยมีอาการแยลงเรื่อยๆ ทุกครั้งที่กินยา ผู้ป่วยได้ถูกนำส่งแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลในเวลาประมาณ 18.30 น. ของวันเดียวกัน แพทย์ที่ไม่ใช่คนเดิมที่ตรวจในตอนเช้า ได้ให้ออกซิเจนระยะหนึ่งและได้วินิจฉัยว่าเป็น Broncho pneumonia เหมือนเดิม ให้กลับบ้านและให้กินยาเดิมต่อไป เวลาประมาณ 23.30 น. ผู้ป่วยหมดสติที่บ้าน ผู้ป่วยถูกนำส่งโรงพยาบาลโดยรถพยาบาลและเสียชีวิตในอีก 1 ชั่วโมงต่อมา โดยมีการสรุปการเสียชีวิตว่าเกิดจาก Glomerular nephritis

มารดาผู้ป่วยได้ยื่นเรื่องฟ้องโรงพยาบาลต่อศาล (Sessions Court) ที่ปิ่นเมื่อ 7 สิงหาคม 1990 (The case was fixed to mention to enable the hospital to file its defence.) ขณะเดียวกันได้มีการเจรจาระหว่างบทที่ 2 ระบบสุขภาพ (บทที่2.doc/14/3/01)

ทนายความของผู้เสียหายและอัยการ (Attorney-General's Chamber) จนถึงขั้นมีการสรุปการยอมความกัน (out-of-court settlement) วันที่ 27 ธันวาคม 1990 ในการพิจารณาคดี ศาล (Sessions Court) ได้สั่งให้รัฐบาลจ่ายค่าเสียหายให้โจทก์ 13,000 ริงกิต และรัฐบาลได้ตกลงจ่ายค่าธรรมเนียมศาล (costs in the consent judgement by the Session Court) อีก 1,300 ริงกิต

17. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

มีกฎหมายประมาณ 20 กว่าฉบับที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องอย่างมากได้แก่⁴³

- Private Hospital Acts 1971 and Regulations 1973
- Medicines (Advertisement and Sales Act 1956)
- Poisons Act 1952 and Regulations 1952
- Sales of Drug Act 1952
- Medical Act 1971 and Regulations 1974
- Nurse Act 1950 and Regulations 1985
- Midwives Act 1966 and Regulations 1971
- Registration of Pharmacists Act 1951 and Regulations 1974

ล่าสุดรัฐบาลได้มีนโยบายที่จะเพิ่มบทบาทของภาคเอกชนในด้านการรักษาพยาบาลตั้งแต่ระดับพื้นฐานขึ้นไป ซึ่งในระดับการบริการสุขภาพระดับต้นที่เอกชนดำเนินการคือคลินิกเอกชน ในการนี้รัฐบาลได้สร้างหลักประกันในการให้บริการด้วยการออกกฎหมายมาควบคุมคือ Private Healthcare Facilities and Services Act 1998⁴⁴ (ภาคผนวก 1) มีการกล่าวว่าเป็นประเทศแรกในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่มีกฎหมายที่ใช้ในการควบคุม และตรวจสอบ การบริการทางการแพทย์ภาคเอกชน² สาระสำคัญของกฎหมายนอกเหนือจากการควบคุมทะเบียน ใบอนุญาตแล้วที่น่าสนใจคือมีส่วนที่เกี่ยวกับคุณภาพของสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการ (Part XIII Quality of Healthcare Facilities and Services) การบริหารจัดการ (Part XIV Board of Management and Advisory Committee) และ องค์การบริหารการดูแลสุขภาพ (Part XV Managed Care Organisation)

ส่วนที่เกี่ยวกับคุณภาพของสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการ กำหนดให้ทุกสถานบริการมีแผนงานโครงการที่ก่อให้เกิดความมั่นใจว่าการบริการที่จัดแก่ประชาชนมีคุณภาพและเหมาะสม และพร้อมที่จะให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบแผนงานโครงการเหล่านี้

ส่วนที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการ ระบุให้สถานบริการจัดให้มีคณะกรรมการบริหาร (Board of Management) และคณะกรรมการที่ปรึกษา (Advisory Committee)

ส่วนที่เกี่ยวกับองค์การบริหารการดูแลสุขภาพ กำหนดว่าการตกลงดำเนินงานร่วมกันระหว่างสถานบริการเอกชนและองค์การบริหารการดูแลสุขภาพ จะต้องไม่มีผลกระทบต่อการประกอบวิชาชีพของผู้ให้บริการ และไม่มีผลกระทบต่อบทบาทและความรับผิดชอบของคณะกรรมการของสถานบริการ (Advisory Committee)

บทที่ 3 การปฏิรูประบบสุขภาพ

ข้อมูลส่วนใหญ่ในข้อ 1-6.11 ได้มาจากเอกสารด้านแผนและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จึงมีมุมมองเฉพาะด้านของรัฐบาล และส่วนใหญ่ก็ยังไม่ได้นำมาดำเนินการตามนโยบายที่กำหนดไว้ การวิจัยมีขีดจำกัดในการหาข้อมูลจากแหล่งอื่นมาประกอบในการวิเคราะห์

1. ปัญหาซึ่งนำไปสู่การปฏิรูป

เป้าหมายของประเทศที่กำหนดบนพื้นฐานของปัญหาพื้นฐานของสังคมมาเลเซียที่ปรากฏนับแต่ประเทศได้รับเอกราช⁴⁵ ได้แก่

- Strengthening national unity
- Attitude formation
- Fostering a mature democracy
- Spiritual enhancement
- Creation of a liberal atmosphere
- Developing a scientific and progressive world view
- Infusing a caring society
- Ensure fair and equitable distribution of the wealth of the nation
- Achieving prosperity

จากสภาพภาวะสุขภาพและระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ทำให้คาดการณ์สถานการณ์อนาคตที่เป็นแรงผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เรียกว่า Mega trends⁴⁵ ซึ่งประกอบด้วย

1.1 Global economic trends and health

สถานการณ์เศรษฐกิจในช่วงทศวรรษก่อนนี้ ส่งผลกระทบบ้านด้นต่อการบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพ ได้มีการตั้งงบประมาณด้านสังคมและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถานการณ์เศรษฐกิจโลกส่งผลกระทบต่อทั้งงบประมาณด้านการลงทุน และงบประมาณโดยเฉพาะอย่างในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ในประเทศมาเลเซียงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ได้ลดลงจาก 2.14 % of GNP ในปี 1986 เป็น 1.38% of GNP ในปี 1994 ส่วนผลด้านบวกของสถานการณ์เศรษฐกิจและสังคม ก็ทำให้ประชาชนเกิดการรับรู้และให้ความสำคัญต่อสุขภาพมากขึ้นทำให้มีการเพิ่มอุปสงค์ในการขยายบริการสาธารณสุข ส่งผลต่อการเติบโตของภาคบริการสาธารณสุขเอกชน

1.2 Health care cost

ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลทั่วโลกได้เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด รัฐบาลไม่สามารถจะเพิ่มการอุดหนุนในการดำเนินงานบริการรักษาพยาบาลได้อีก จึงจำเป็นต้องมีการหารูปแบบการคลังสาธารณสุขที่เหมาะสม และได้รับการยอมรับ

1.3 Government policy

ได้มีการดำเนินนโยบายการแปรรูปในหลายประเทศ ประเทศมาเลเซียก็มีการประกาศนโยบายการแปรรูปตั้งแต่ปี 1983

1.4 Change in demographic pattern

อายุขัยของชาวมาเลเซียได้เปลี่ยนไปจาก 63-68 ปี ในช่วงทศวรรษ 1970 เป็น 69-74 ปี หลังจากผ่านไป 20 ปี การมีประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้นได้ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในการดูแลสุขภาพ คิดเป็นประมาณ 30-50% ของค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพทั้งหมด

1.5 Change in disease pattern

ภาวะการเจ็บป่วยได้เปลี่ยนไปจากโรคติดเชื้อ เป็นโรคไม่ติดเชื้อเช่น หัวใจ มะเร็ง ซึ่งเกิดขึ้นกับสังคมอุตสาหกรรมที่มั่งคั่งขึ้น นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมยังก่อให้เกิดภาวะที่เป็นปัจจัยการเกิดโรคได้แก่ การเพิ่มขึ้นของมลพิษในน้ำและอากาศ การเพิ่มขึ้นของรถยนต์ และอุบัติเหตุในครัวเรือนและอุตสาหกรรม การบริโภคอาหารเกินความจำเป็นและไม่เหมาะสม การบริโภคเหล้า บุหรี่และยาเสพติด และการขยายตัวของผู้ป่วยเอดส์ ภาวะของโรคที่เปลี่ยนไปเช่นนี้ทำให้ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงขึ้นมาก

1.6 เหตุของการปฏิรูปในมุมมองที่แตกต่าง

ในมุมมองที่แตกต่างกันแพทยสมาคมแห่งมาเลเซีย (Malaysian Medical Association)⁹ และ Dr Chan Chee Khoo⁴⁶ อาจารย์คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัย Sains Malaysia และผู้ประสานงานองค์กรเอกชน Citizens' Health Initiative ได้เสนอความเห็นที่ตรงกันว่า ประเทศมาเลเซียโชคดีที่ไม่มีปัญหาสาธารณสุขที่รุนแรง หรือปัญหาค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ไม่ยั่งยืน (unsustainable health expenditure) ถึงกลับจะเป็นเหตุผลหลักของการปฏิรูป แต่ปัญหาที่สำคัญคือปัญหาสมองไหลสู่ภาคเอกชน บุคลากรทางแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญสูง ย้ายไปภาคเอกชนเนื่องจากค่าตอบแทนที่สูงกว่า ซึ่ง Narrizan Razali¹⁰ วิเคราะห์ว่าเป็นผลสืบเนื่องจากการส่งเสริมการขยายตัวของสถานบริการรักษาพยาบาลเอกชน

2. สำคัญและมาตรการหลัก

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นซึ่งจำเป็นจะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าว รัฐบาลได้ริเริ่มโครงการหลัก 2 โครงการคือ การศึกษาแผนสุขภาพแห่งชาติ (National Health Plan Study) และ การศึกษาการคลังสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Financing Study)⁴⁵

2.1 การศึกษาแผนสุขภาพแห่งชาติ (National Health Plan Study)

การศึกษาแผนสุขภาพแห่งชาติ เป็นความพยายามเพื่อนำไปสู่การผสมผสานภาครัฐ ธุรกิจเอกชน และองค์กรเอกชน ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดูแลสุขภาพ ผ่านการพัฒนาวิธีการจัดทำแผนพื้นฐาน (common planning methodology) ในการนี้ได้มีการใช้ การคำนวณ Days of Healthy Life Lost (DHLL) เป็นเครื่องมือในการวางแผนสุขภาพแห่งชาติ DHLL เป็นการรวมข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและการตาย (morbidity and mortality) เป็นตัวชี้วัดตัวเดียวเพื่อใช้เป็นวัดเชิงปริมาณของภาระการเจ็บป่วย (disease burden) ในกลุ่มประชา

กรที่ศึกษา จากนั้นมีการวิเคราะห์ร่วมกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม เพื่อคำนวณผลกระทบและทรัพยากรที่จะต้องใช้ในการแก้ปัญหา

ข้อเสนอแนะโดยสรุปจากการศึกษานี้คือ

- ให้มีการกระจายระบบการบริการสาธารณสุข
- ปรับกระบวนการจัดทำแผนใหม่ให้มีความชัดเจนในบทบาทของผู้ปฏิบัติ ชุมชนทางการแพทย์หรือสาธารณสุขทั่วไป (role of players, medical community or general public)
- จุดเน้นของการวางแผนควรอยู่ที่โครงการและการวางแผนองค์กร
- จำเป็นต้องมีการปรับปรุงการบริหารระบบสุขภาพ
- บนพื้นฐานของการคำนวณ DHLL ให้มีการทดลองประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
- ให้มีการกำกับ (regulating) ภาคเอกชนผ่านมาตรการการควบคุมโดยตรง

2.2 การศึกษาการคลังสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Financing Study)

รัฐบาลมีความคิดเห็นว่า ในบริบทของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ความรับผิดชอบด้านค่าใช้จ่ายของผู้บริโภคและของรัฐควรกำหนดอย่างมีเหตุผล ผู้บริโภคที่คาดหวังจะได้รับบริการระดับสูงก็จำเป็นต้องจ่ายค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น โดยสอดคล้องกับรายได้ที่สูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ของผู้บริโภคนั้น ดังนั้นจึงต้องมีการคิดค้นระบบการคลังสาธารณสุขที่อยู่ในเงื่อนไขที่จะจ่ายได้ (affordable) และได้รับการยอมรับ เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในค่าใช้จ่าย อันเป็นการลดการแบกรับภาระของรัฐบาลดังที่เป็นอยู่ เพื่อให้รัฐบาลมีเงินเหลือพอที่จะนำไปพัฒนาการบริการสาธารณสุขระดับพื้นฐานที่จำเป็นเพิ่มเติมให้แก่ชุมชน

จากการประเมินผลกลางแผน Malaysian Plan ฉบับที่ 4 (1981-1985) ได้มีการเสนอให้ทำการศึกษารูปแบบการคลังสาธารณสุข ฉะนั้นตั้งแต่ปี 1984 ได้มีการศึกษาด้านการคลังสาธารณสุข จำนวน 4 โครงการ^๑คือ

1. National Health Financing Study 1984-1985
2. National Health Security Fund 1987-1988,
3. Independent Consultant's Report
4. National Health Plan Study 1990-1992

โครงการที่ 1 และ 2 ได้มีข้อสรุปเสนอให้ปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขรวมทั้งการเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุข การปรับปรุงประสิทธิภาพผ่านทาง การแปรรูปกิจการ แบบ corporatisation การพัฒนากำลังคน และการกำกับ (regulate) การเติบโตของภาคเอกชน

รายงานจากโครงการที่ 3 เสนอให้ใช้ Gradualist approach ในการปฏิรูปการคลังสาธารณสุข และวิธีการเบิกเงินคืน (Reimbursement methods) ผ่านขั้นตอนการพัฒนาการ 3 ลำดับคือ

- ให้มีฐานข้อมูลที่เป็นและขั้นตอนการควบคุมเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่าระบบการคลังสาธารณสุขแห่งชาติ (National health care financing) ที่เกิดขึ้นในอนาคต จะเป็นที่ยอมรับ ทำให้เกิดขึ้นได้จริง มีประสิทธิภาพ และเสมอภาค (acceptable, affordable, efficient and equitable)

- ให้การศึกษาแก่ประชาชนเกี่ยวกับทางเลือกของระบบการคลังสาธารณสุข ภายในกรอบแนวคิดที่เปิดกว้างขึ้นของแผนการสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งได้กำหนดวัตถุประสงค์ในการบรรลุถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างชัดเจน
- ดำเนินการโครงการสาธิตระบบการคลังสาธารณสุขแห่งชาติอย่างน้อย 1 โครงการและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้เกิดความราบรื่นในการเริ่มการปฏิรูป

สำหรับโครงการศึกษาสุดท้ายเป็นความพยายามให้เกิดการก้าวไปสู่ การผสมผสานของภาครัฐ ธุรกิจ และองค์กรเอกชนที่มีส่วนในการให้บริการสาธารณสุข ผ่านการพัฒนาวิธีการวางแผนพื้นฐาน (a common planning methodology) เพื่อก่อให้เกิดแผนการสาธารณสุขแห่งชาติที่มีความสมดุลย์ อันจะนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ทางนโยบายแห่งชาติ (national policy objectives) ข้อเสนอกที่เป็นรูปธรรมของการศึกษานี้คือ

- กระจายการบริการสาธารณสุข
- ปรับองค์กรและขั้นตอนของการวางแผนสาธารณสุข ซึ่งต้องมีการปรับบทบาทของกลไกสำคัญ (main players) ชุมชนทางการแพทย์ (medical community) และ สาธารณชน (general public)
- เน้นที่การวางแผนองค์กรและการวางแผนโครงการ
- ดำเนินการประเมินภาระความเจ็บป่วย (assessment of disease burden)
- กำกับภาคเอกชนผ่านมาตรการการควบคุมทางตรง (Regulation of the private sector through direct control measures.)

การปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพ จำเป็นต้องมีการดำเนินการทั้งในประเด็นของการคลัง และองค์กร ในมุมมองด้านองค์กร ต้องมีการปรับระบบการวางแผนและการบริหารจัดการให้เป็นระบบที่มุ่งเน้นการประเมินผลลัพธ์ (outcomes) การลดภาวะอันตรายต่อสุขภาพ (health hazard) การดำเนินงานกิจกรรมที่มีอัตราต้นทุน-ประสิทธิผลต่ำ (cost-effective interventions) เป็นการแก้ปัญหาระยะยาว โดยเน้นที่การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ วัตถุประสงค์เหล่านี้ได้เริ่มต้นแล้วใน National Health Plan Study สำหรับด้านการปฏิรูปการคลัง ควรดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไป จำเป็นต้องใช้เวลา เพื่อให้การศึกษาแก่ประชาชนให้เกิดการยอมรับ

ปัจจุบันยังอยู่ในระหว่างดำเนินการดำเนินงานเพื่อสร้างระบบการประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผลจากการศึกษาเหล่านี้นำไปสู่แนวคิดการแปรรูปโรงพยาบาลของรัฐแบบ Corporatisation โดยได้ทำการศึกษาโครงการ Study on the Corporatisation of Fourteen General Hospitals การศึกษาแล้วเสร็จในปี 1995 ได้มีข้อสรุปว่า “corporatisation may best be achieved by pursuing a phased process for corporatising the general hospitals. It was recommended that implementation of the corporatisation of the general hospitals should take place only when the identified prerequisites have been completed, and that all future facilities should be established under the corporatised model.”

นอกจากนี้ หน่วยงานวางแผนทางเศรษฐกิจ ซึ่งสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี (Economic Planning Unit: EPU of the Prime Minister's Department) (หน่วยงานนี้มีอำนาจและความสำคัญมากเพราะทุกกระทรวงจะต้องเสนอแผนงานให้พิจารณา ภายใต้ EPU มีหน่วยงานที่ดูแลการแปรรูปกิจการของรัฐ ชื่อ Privatization Section) ได้ทำการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมอีก 2 โครงการคือ

- Household Expenditure in Health by the University of Malaya
- Private Health Expenditure by the Malaysian Institute of Economic Research

จากนี้จึงได้กำหนดนโยบายการแปรรูปโรงพยาบาลและการบริการสนับสนุนการรักษาของโรงพยาบาลในรูปแบบ corporatisation and privatisation ไว้ในแผนพัฒนาประเทศฉบับที่ 7 (Seventh Malaysian Plan 1996-2000)

3. ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากการปฏิรูป (Implication of reforms)

การปฏิรูปย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทและความรับผิดชอบ ด้านการคลัง การผลิตงานบริการ การบริโภค และการควบคุมกำกับ ของกลุ่มต่างๆที่เกี่ยวข้อง คือ รัฐบาล ผู้บริโภคคือผู้ป่วยและครอบครัว สมาคมวิชาชีพ และผู้จัดบริการ ซึ่งบ่อยครั้งเกิดความขัดแย้งจากมุมมองที่แตกต่างกัน แนวโน้มของผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดแบ่งตามมุมมองของ 3 กลุ่มหลักคือ ผู้บริโภค ผู้จัดบริการ และรัฐบาล

3.1 ผลกระทบต่อผู้บริโภค (Effect on consumers)

การเปลี่ยนแปลงหลักในกลุ่มผู้บริโภคคือการที่จะต้องจ่ายเงินมากขึ้นสำหรับการแลกเปลี่ยนกับการบริการที่ได้รับ โดยหลักการทั่วไปผู้ป่วยยิ่งยากจน สัดส่วนของค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อรายได้ก็จะยิ่งสูงขึ้น (เนื่องจากรายได้ที่ได้รับมีปริมาณจำกัด) ไม่จะเป็นการจ่ายผ่านระบบภาษีทั่วไปหรือผ่านระบบการประกันสังคม หรือการจ่ายโดยตรงให้ผู้ให้บริการ ตามระบบที่ผู้ป่วยนั้นขึ้นต่อ นโยบายการพึงพารายได้จากการเก็บค่าบริการจากผู้ใช้บริการเป็นสิ่งปฏิบัติกันโดยทั่วไปในหมู่ประเทศกำลังพัฒนาด้วยเหตุผลที่เป็นวิธีที่ง่ายในเชิงการบริหาร กว่าวิธีอื่นๆ เช่นการประกันสุขภาพ เหตุผลที่สองคือการเพิ่มภาษีเพื่อนำเงินไปปรับปรุงการบริการสาธารณสุข ทำได้ค่อนข้างยาก

3.2 ผลกระทบต่อผู้ให้บริการ (Effect on providers)

มีหลายวิธีการในการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการ เช่นการจ่ายเป็นราย การเหมาต่อหัว การจ่ายตามกิจกรรมการบริการ หรือการจ่ายเป็นเงินเดือน เป็นต้น แต่ถ้าพิจารณากรอบผู้ให้บริการกว้างขึ้นกว่าแพทย์ ไปถึงระดับหน่วยงานที่จัดการบริการ เช่นโรงพยาบาล ประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะจัดสรรให้แบบ Global budget ซึ่งเป็นการกำหนดล่วงหน้า มีการกำหนดเพดานการใช้จ่าย และยอมให้หน่วยที่ได้รับงบประมาณสามารถยืดหยุ่นการจัดสรรส่วนประกอบของการใช้จ่ายได้ วิธีการนี้ประสบความสำเร็จในการควบคุมค่าใช้จ่ายทางสุขภาพไม่ให้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ฉะนั้น จึงน่าจะนำมาใช้กับภาคเอกชน ซึ่งมีการจ่ายค่าตอบแทนแบบตามกิจกรรม (Fee-for-service payment) สำหรับวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแบบอื่นๆ เพื่อให้เกิดการแข่งขัน การสร้างสรร ประสิทธิภาพ และการเพิ่มประโยชน์แก่ผู้ป่วยและชุมชน สามารถคิดค้นพัฒนาได้ภายใต้บริบทของ Global budget

3.3 บทบาทของรัฐบาล (Government's role)

จากการศึกษาของธนาคารโลก สรุปว่าการใช้แนวคิดทางการตลาด (market approach) ในการผลิตและจัดสรรการบริการสาธารณสุข (production and allocation of health care) จะนำไปสู่การไม่เท่าเทียมกันทั้งด้านสิทธิและโอกาสในหมู่ประชาชน (in-egalitarian) และการลดประสิทธิภาพ ดังนั้นรัฐบาลจำเป็นต้องเข้ามาดูแลผ่านการออกกฎระเบียบ การติดตามกำกับ และการคลัง เพื่อผลประโยชน์ทั้งในแง่ความเป็นธรรมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ รัฐบาลยังต้องเป็นผู้จัดบริการบางอย่างเพื่อเป็นหลักประกันความเสมอภาคและความ

สามารถในการเข้าถึงบริการ ของพลเมืองทั้งหมด ในการนี้รัฐบาลควรเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดบริการสาธารณสุข
สู่ชนชั้นปฏุมภูมิ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ

4. ความหมายของการปฏิรูป

การปฏิรูป (Reform) ระบบสุขภาพ มีการให้ในความหมายที่หลากหลาย ความหมายหนึ่งที่แพทย์
สมาคมแห่งมาเลเซีย⁹ กล่าวถึงคือ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณสุขและดำเนินการ
ผ่านการปรับเปลี่ยนสถาบันสาธารณสุข และโครงสร้างองค์กร

องค์ประกอบที่สำคัญแบ่งเป็นกระบวนการ (process) และเนื้อหา (content)

กระบวนการ ประกอบด้วย

- เป็นการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง ไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงทีละน้อย
- เป็นการปรับเปลี่ยนวัตถุประสงค์เชิงนโยบาย ตามด้วยการปรับเปลี่ยนสถาบัน ไม่ใช่การกำหนด
วัตถุประสงค์ใหม่อย่างเดียว
- เป็นการปรับเปลี่ยนอย่างมีวัตถุประสงค์ ไม่ใช่ตามกระแสการวิพากษ์วิจารณ์
- เป็นการปรับเปลี่ยนในระยะยาวที่ยั่งยืน
- เป็นการเริ่มต้นจากระดับการเมืองลงมา นำโดยรัฐบาลระดับชาติ ภาคหรือท้องถิ่น

เนื้อหา ประกอบด้วย

- มีการใช้มาตรการที่หลากหลาย
- กำหนดตามลักษณะเฉพาะของระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศ

อย่างก็ตามในประเทศมาเลเซียมีการใช้คำว่า Reform ในความหมายที่กว้างกว่าคำจำกัดความดัง
กล่าว โดยสามารถแบ่งออกเป็น Major reform และ Minor reform

5. Major reform or Health system reform

สำหรับภาพของ ระบบการคลังสาธารณสุขแห่งชาติ⁹ Tan Sri Dato' Dr Abu Bakar Suleiman,
Director General of Health ได้กล่าวในการบรรยายทางวิชาการครั้งหนึ่งว่า จะเป็นระบบที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์
ของการเข้าถึงอย่างถ้วนหน้า เท่าเทียม มีประสิทธิภาพ ให้การดูแลสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ให้ความสำคัญ
ของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการสาธารณสุขมูลฐาน (universal access, equity,
efficiency and quality of health care and the importance of health promotion, disease prevention and
primary health care.) มีลักษณะเป็น global budget ให้การเกื้อหนุน (subsidies) ผู้ที่ด้อยโอกาส ไม่สามารถ
จ่ายค่ารักษาเองได้ และมีมาตรการที่จะส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนให้มากขึ้น กลยุทธ์ที่สำคัญ 2
ประการคือ การจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้น อีกประการคือการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนที่ต้อง
เพิ่มขึ้นอย่างมากมา ผ่านทางการต้องร่วมจ่ายค่าบริการ (co-payment of user-charges) การประกันสุขภาพ
ในรูปแบบของ การประกันสังคม (social insurance) การประกันสุขภาพเอกชน community-rated private
insurance รวมทั้งแหล่งเงินอื่นๆ ที่จะเข้ามาเสริมคือ community financing และ out-of-pocket payment

นอกเหนือจากหลักการที่กล่าวแล้ว ยังไม่มีรูปธรรมของระบบการคลังสาธารณสุขออกมา ยกเว้นเมื่อ 17 มกราคม 2000 EPF ได้ประกาศโครงการความร่วมมือกับสมาคมประกันชีวิตแห่งมาเลเซีย (Life Insurers Association of Malaysia; LIAM) ในการทำประกันสุขภาพแบบแบบขึ้นกับความเสียหาย (Risk rated health insurance) ให้สมาชิก โดยครอบคลุม การเจ็บป่วยที่รุนแรง (critical illnesses or procedures) 13 ชนิด ได้แก่ major organ transplants, coronary bypass surgery, heart valve replacement, surgery to aorta, stroke, coma, cancer and benign brain tumour, serious injuries due to accidents, congenital heart disease, congestive cardiac failure, chronic renal failure, meningitis and encephalitis อีกแบบหนึ่งจะครอบคลุม การเจ็บป่วย 36 ชนิด เบี้ยประกันจะคำนวณตามอายุ (age gradient) ระหว่าง 30 ถึง 60 ปี (อายุไม่เกิน 35 ปี มูลค่าเอาประกัน (put upon diagnosis) 10,000 ริงกิต จนถึง 20,034 ริงกิตต่อปี (อายุ 65-70 ปี มูลค่าเอาประกัน (put upon diagnosis) 100,000 ริงกิต) ผู้หญิงจะได้รับลดหย่อน 30% เนื่องจากความเสี่ยงน้อยกว่า คาดว่าสมาชิก EPF จำนวน 5 ล้านคนจะเข้าโครงการโดยใช้เงินจากกองทุนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Account III; health) ของสมาชิกจ่ายเป็นค่าเบี้ยประกัน⁴⁷

โดยที่ก่อนหน้านี้ (พฤศจิกายน 1999) Confederation of Public Service Unions (Cuepacs) เสนอโครงการประกันสุขภาพของตนเองเรียกว่า CuepacsCare โดยร่วมกับบริษัทประกันเอกชน 2 แห่ง ส่วนที่แตกต่างจากของ EPF-LIAM คือเบี้ยประกันเท่ากันหมด แต่ไม่ยอมรับผู้สูงอายุ เป็นสมาชิก (ต้องสมัครเป็นสมาชิกเมื่ออายุไม่เกิน 60 ปี และสิ้นสุดการคุ้มครองที่อายุ 65 ปี) ที่แตกต่างอีกอย่างคือ CuepacsCare ให้เบิกค่าใช้จ่าย (reimburse) ตามค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลตามที่ระบุ ไม่เกิน 60,000 ริงกิตต่อปี โดยยกเว้นโรคที่เป็นมาแต่กำเนิด พิการจากสงคราม จลาจล โรคทางจิต สายตา โรคติดต่อทางเพศรวมทั้งเอดส์ แขนขาเทียม การตั้งครรภ์ การคลอด การให้ภูมิคุ้มกัน โรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นภายใน 1 ปีนับจากการเริ่มเอาประกัน (pre-existing chronic conditions) เบี้ยประกัน 87 ริงกิตสำหรับ 1 คน และ 225 ริงกิตสำหรับครอบครัว⁴⁷

5.1 วิจัย

องค์กรเอกชน Citizens' Health Initiative (CHI) ได้แสดงความคิดเห็นต่อด้านแนวทางของ EPF-LIAM และเกรงว่ารัฐบาลจะใช้วิธีการนี้ เป็นแหล่งการเงินหลักของระบบสุขภาพ โดยถือว่าเป็นระบบการคลังสุขภาพแห่งชาติที่ได้ปฏิรูปขึ้นมา CHI ไม่เห็นด้วยในหลักการที่จะมีบริษัทประกันเอกชนเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบการคลังสุขภาพแห่งชาติ⁴⁸

6. Minor reform or Health provision reform

6.1 การแปรรูป

รายละเอียดการแปรรูปนี้ได้จากเอกสารการบรรยายของ Director-General of Health เมื่อเดือนธันวาคม ปี 1994¹¹

1.2 ประโยชน์

จาก Privatisation Policy ซึ่งประกาศใช้ ในปี 1983 รัฐบาลต้องการที่จะลดบทบาทของรัฐบาลในระบบเศรษฐกิจ โดยลดระดับและขอบเขตของการใช้จ่ายเงินของรัฐ (public spending) ปลดปล่อยให้การ

ตลาด เป็นตัวควบคุมกิจกรรมทางเศรษฐกิจ (market forces to govern economic activities) นอกจากนี้รัฐบาลยังมุ่งหวังให้การปฏิรูปนี้เป็นขบวนการที่จะพัฒนาความเข้มแข็งให้กับภาคธุรกิจเอกชน อันจะนำไปสู่การบรรลุ Vision 2020 ซึ่งกำหนดให้ภาคธุรกิจเอกชนเป็นจักรกลสำคัญในการสร้างความเติบโตทางเศรษฐกิจ เนื้อหาโดยสรุปนายกรัฐมนตรีได้กล่าวคำนำใน Privatisation Master Plan ไว้ดังนี้

"Privatisation will enhance the role of the private sector in the economy while at the same time creating new opportunities for the public. It is the Government's hope that more people will be able the wealth of the nation this way. While the government can off and on contribute to economic growth through expansionary budgeting, this cannot be sustained. The economy will grind to a halt or even go into reverse if Government keeps on injecting money which it does not have in order to help growth."

จากแผนแม่บทดังกล่าว การบริการในการดูแลสุขภาพ (health care services) ซึ่งเป็นงานบริการสังคมอย่างหนึ่งที่จะต้องถูกปฏิรูป ในบริบทของการบริการในการดูแลสุขภาพ การปฏิรูป (privatisation) หมายถึงการมอบความรับผิดชอบหลักไม่ว่าจะเป็นการคลังสาธารณะ สุข การจัดหาสินค้าและบริการทั้งการผลิตและการกระจาย จากรัฐบาล ให้แก่บริษัทหรือตัวแทนภาคเอกชน จากความหมายนี้การปฏิรูปการบริการในการดูแลสุขภาพ สามารถพิจารณาได้เป็น 2 ภาพ คือ ภาพแรกคือการลดภาระทางการเงินของรัฐบาล (Government's financial commitment) ในการผลิตและกระจายสินค้า เช่น การดูแลสุขภาพ โดยให้ไปอิงกับเงินที่เก็บจากผู้ใช้บริการ และการประกันสุขภาพเอกชนให้มากขึ้น ซึ่งจะทำให้ภาระทางการเงินของรัฐบาลจากภาพทั่วไปลดลง ย้ายไปเป็นความรับผิดชอบของผู้บริโภค หรือชุมชน ภาพที่สองคือการลดภาระทางด้านการจัดการ จากการที่รัฐบาลยกเลิกการผลิตและการกระจายสินค้า แล้วให้กับเอกชนขึ้นมาดำเนินการแทน เป็นการย้ายภาระในการผลิตและการกระจายจากรัฐบาลไปให้เอกชน

กล่าวโดยสรุปปรัชญาของการปฏิรูปคือการลดบทบาทของรัฐบาลในฐานะ supplier ลงให้จำกัดอยู่ที่สินค้าสาธารณะ (public goods) เช่นการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับการบริการดูแลสุขภาพเช่นการรักษาผู้ป่วย นอก ผู้ป่วยใน รัฐบาลจะมีบทบาทหลักในการออกกฎระเบียบ การเฝ้าติดตาม และการตรวจสอบการดำเนินงานของภาคเอกชน การดูแลด้านคุณภาพ มาตรฐาน การออกใบอนุญาต และการให้การรับรองการบริการ (certification and accreditation) ในกรณีนี้คาดหวังว่าจะทำให้เพิ่มศักยภาพทางการเงินในการดำเนินงานกิจกรรมที่เพิ่มลำดับความสำคัญขึ้นมา (new emerging priority) เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการวิจัยและพัฒนา นอกจากนี้คาดว่าจะผลที่จะเกิดกับผู้บริโภคคือเพิ่มทางเลือกของหน่วยที่ให้บริการ ให้แก่ผู้บริโภค และทำให้ผู้บริโภคได้ใช้เหตุผลและความรับผิดชอบในพฤติกรรมบริโภคของตนเองให้สอดคล้องกับรสนิยมฐานะการเงิน และการจัดลำดับอุปสงค์

6.3 นโยบายและกลยุทธ์

ในการปฏิรูป จำเป็นต้องมีการประเมินเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่มีความชัดเจนในประเด็นต่อไปนี้

6.3.1 ประสิทธิภาพ (Efficiency)

ประสิทธิภาพ โดยทั่วไปหมายถึงการดำเนินกิจกรรมที่ใช้ค่าใช้จ่าย ความสูญเปล่า หรือ ความพยายาม ในปริมาณต่ำ ที่จะได้ผลตอบแทนจากค่าเงินที่ใช้ไป เกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพในการบริการการดูแลสุขภาพทำได้โดยการตอบคำถามเหล่านี้ การดูแลสุขภาพที่จัดโดยภาคเอกชน มีคุณภาพเท่ากับที่จัดโดยรัฐหรือไม่

บทที่ 3 การปฏิรูประบบสุขภาพ

(บทที่3.doc/14/3/01)

ต้นทุนที่จะเกิดขึ้นจากการจัดการบริการโดยเอกชนจะมากหรือน้อยกว่าที่จัดโดยรัฐ การวิเคราะห์ประสิทธิภาพนี้ จำเป็นต้องพิจารณาทั้งด้านเทคโนโลยีและทรัพยากรที่ใช้ทั้งในภาครัฐและเอกชน

6.3.2 ความเท่าเทียม (Equity)

ประเด็นสำคัญหนึ่งของการจัดระบบการบริการรักษายาบาลคือ ความเท่าเทียม ทั้งในทางกว้างและทางลึก (vertical and horizontal equity) ต้องตรวจสอบว่าการจัดบริการของเอกชนทำให้ปริมาณและคุณภาพการบริการที่ให้แก่ผู้มีรายได้น้อย และชาวชนบท ลดลงหรือไม่

6.3.3 ความสามารถของรัฐบาลในการพัฒนา ติดตามตรวจสอบและให้รางวัลแก่ภาคเอกชนคู่สัญญา

เพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าเอกชนจะจัดบริการที่มีคุณภาพทัดเทียมกับการบริการที่จัดโดยรัฐ โดยราคาใกล้เคียงกันหรือถูกกว่า รัฐบาลจะต้องสามารถที่จะพัฒนา ชักจูงโดยการให้รางวัล และติดตามกำกับภาคเอกชน โดยที่ภาคเอกชนจะต้องมีจำนวนมากพอที่จะให้เกิดการแข่งขันอย่างเสรีอันเป็นการป้องกันการค้ำกำไรเกินควรจากการผูกขาดโดยเอกชนรายเดียว

6.3.4 การวางแผนสำหรับกลุ่มผู้ด้อยโอกาส

เมื่อดำเนินการแปรรูปการบริการให้เอกชนรัฐบาลต้องมีแผนการรองรับให้กับคนจน คนชรา ที่ไม่สามารถเข้าไปใช้บริการเอกชนได้

6.4 วัตถุประสงค์ของการแปรรูปที่กำหนดโดยรัฐบาล

แผนแม่บทการแปรรูปกิจการบริการสาธารณะซึ่งรวมถึงการบริการสังคมเช่นการดูแลสุขภาพ ได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ว่า

- เพื่อบรรเทาภาระทางการเงินและการบริหารของรัฐบาล
- เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและผลิตผล (productivity)
- เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการเติบโตทางเศรษฐกิจ
- เพื่อลดขนาดและบทบาท (size and presence) ของภาครัฐในกลไกเศรษฐกิจ
- เพื่อช่วยให้บรรลุเป้าหมายตามแผนพัฒนาแห่งชาติ

6.5 วิธีการ

การแปรรูปกิจการการดูแลสุขภาพ สามารถดำเนินการได้หลายวิธีดังนี้

6.5.1 Sale of Equity

วิธีนี้ใช้กับบริษัทรัฐวิสาหกิจ (government companies) จะมีการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน คือ ความรับผิดชอบในการจัดการ ทรัพย์สิน และ งานบุคคล วิธีนี้อาจดำเนินการเพียงบางส่วนหรือทั้งกิจการ

6.5.2 Sale of Assets

วิธีนี้ใช้กับหน่วยงานของรัฐบาล อาจจะไม่เกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านคือ ความรับผิดชอบในการจัดการ ทรัพย์สิน และ งานบุคคล

6.5.3 Lease of Assets

วิธีนี้เกี่ยวข้องกับการให้สิทธิในการใช้ทรัพย์สิน ในช่วงเวลาที่กำหนดเพื่อแลกกับเงินจำนวนหนึ่ง การให้เช่นนี้อาจเป็นการให้เช่าแก่กิจการที่อยู่ในรูป corporatised entity เช่น National Heart Institute

6.5.4 Management contract

เป็นการจ้างบริษัทเอกชนที่มีความชำนาญในการบริหารเข้ามาดำเนินการแทนรัฐ เป็นการมอบความรับผิดชอบในการจัดการ อาจรวมถึงการบริหารบุคคลด้วย แต่ไม่รวมถึงสิทธิในทรัพย์สิน

6.5.5 Build-Operate-Transfer (BOT) and Build-Operate (BO)

BOT ใช้สำหรับการแปรรูปกิจการของรัฐที่เกิดขึ้นใหม่ โดยเอกชนเป็นผู้ลงทุน แล้วรับสัมปทานบริหารช่วงเวลาหนึ่งจากนั้นจึงตกเป็นของรัฐ สำหรับ BO กิจการนั้นไม่ต้องตกเป็นของรัฐ รัฐควบคุมกิจการทั้งสองแบบโดยมาตรการทางใบอนุญาต และสัมปทาน

6.6 แผนแม่บท

เพื่อเร่งให้เกิดการดำเนินงานตามนโยบายการแปรรูป จึงได้มีการจัดทำ แผนแม่บทการแปรรูป (Privatisation Master Plan) ขึ้นในปี 1987 โดยกำหนดกลยุทธ์ดังนี้

- เปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดกรอบนโยบายการแปรรูปที่เปิดกว้าง
- เปลี่ยนแปลงวิธีการขั้นตอนแปรรูป
- กำหนดการจัดลำดับความสำคัญของหน่วยงานที่อยู่ในเงื่อนไขการแปรรูปเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือในโครงการแปรรูป
- กำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่เป็นไปได้สำหรับการแปรรูปโครงการต่างๆ
- กำหนดขั้นตอนที่จำเป็นในการดำเนินการและทำให้โครงการยั่งยืน
- กำหนด แผนปฏิบัติการ (Privatisation Action Plan) เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างเป็นระบบ

6.7 การดำเนินการและประสบการณ์

หลังจากมีนโยบายการแปรรูป เมื่อปี 1983 มีกิจการด้านสาธารณสุขได้ดำเนินการแปรรูปไปแล้ว และบางส่วนอยู่ในระหว่างดำเนินการ ประสบการณ์การดำเนินงานได้แก่

6.7.1 Contracting out

กิจกรรมในโรงพยาบาล เช่น การรักษาความสะอาด รักษาความปลอดภัย ซักรีด ซ่อมบำรุงอาคารและเครื่องมือเครื่องใช้ ได้ถูกยุบ แล้วให้เอกชนเป็นผู้ดำเนินการแทน

6.7.2 Lease of asset

กิจการบริการดูแลสุขภาพหลายอย่างได้ถูก privatised หรือ corporatised ผ่านวิธีการนี้ เช่น สถาบันหัวใจแห่งชาติ ถูก corporatised ในปี 1993 และ National Medical Store ถูก privatised ในปี 1994

6.7.3 Clinical services

การบริการทางคลินิกจำนวนมากได้ถูกแปรรูป (privatised) เช่น การจ่ายเงิน (reimbursement) ให้แก่โรงพยาบาลเอกชน เช่นการรักษาข้าราชการและคนจน ของสถาบันหัวใจแห่งชาติ ตัวอย่างต่อมาได้แก่การ contract-out งานบริการบางอย่างให้โรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้ดำเนินการ เช่น รังสีรักษา และการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นแม่เหล็ก (MRI) เป็นต้น อีกตัวอย่างคือการจ้างแพทย์เอกชน เช่น วิทยุแพทย์ แพทย์ เข้ามาช่วยบริการในโรงพยาบาลของรัฐ โดยจ่ายค่าจ้างตามปริมาณงาน (sessional basis)

ตัวอย่างอื่น ๆ ของการแปรรูปได้แก่ Build-operate โรงพยาบาล การให้แพทย์ในภาครัฐสามารถให้บริการแบบเอกชนได้ (Private practice for public sector doctors) รวมถึงการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์โดยเอกชนด้วย

6.8 โอกาสในการลงทุน (Investment opportunities)

ปัจจัยสามประการที่สร้างโอกาสแก่ อุตสาหกรรมการดูแลสุขภาพของมาเลเซีย ได้แก่

- ลักษณะของความเจ็บป่วยได้เปลี่ยนไปจากโรคติดต่อ เป็นโรคไม่ติดต่อที่มักเกิดในสังคมอุตสาหกรรม หรือสังคมที่มีความเป็นอยู่ที่ยั่งคั่ง เช่นโรคหัวใจ โรคมะเร็ง
- ประชากรสูงอายุมีจำนวนมากขึ้น เนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรสูงขึ้น
- รัฐบาลไม่สามารถให้การอุดหนุนงบประมาณแก่การจัดบริการโดยภาครัฐอีกต่อไปเนื่องจากค่าใช้จ่ายได้เพิ่มขึ้นมาก

กิจการที่เอกชนมีโอกาสนำไปลงทุนได้แก่ Privatisation of non-medical support services, corporatisation of public hospitals, manpower production, continuing education, health education, quality assurance programmes, research & development, hospital planning & design, computerisation, manufacturing, health financing

6.9 แรงต้าน (Resistance)

ในการแปรรูปโดยทั่วไปจะมีแรงต้านจากสองส่วนคือ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริโภคนอกจากกิจการเอกชนมีเพียงผลประโยชน์เป็นแรงจูงใจ จึงมีการหวั่นเกรงกันว่าจะมีผลกระทบต่อความมั่นคงและผลประโยชน์ของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อเป็นการลดแรงต้านอันเนื่องมาจากความกังวลเหล่านี้ รัฐบาลได้กำหนดนโยบายในการปกป้องผู้ปฏิบัติงาน 2 ประการคือ ห้ามไม่ให้มีการลดเงินรายได้ของผู้ปฏิบัติงานในช่วง 5 ปีแรกของการแปรรูป และผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่จะถูกแปรรูปจะต้องได้รับเงื่อนไขการทำงาน (terms of service) ไม่ด้อยไปกว่าที่ได้จากรัฐ อีกประการหนึ่งคือการให้โอกาสในการเลือก ผู้ที่ไม่ต้องการทำงานต่อไปกับหน่วยงานที่ถูกแปรรูปจะได้รับผลตอบแทนจากการเกษียณ สำหรับผู้ที่ต้องการทำงานต่อไปกับหน่วยงานที่ถูกแปรรูปจะได้รับโอกาสในการเลือกว่าจะขอรับผลตอบแทนคล้ายคลึงกับที่เคยได้รับจากรัฐ หรือจะเลือกในลักษณะธุรกิจก็ได้

สำหรับความกังวลของผู้บริโภค เกิดจากการกลัวว่าราคาบริการจะเพิ่มขึ้น และคุณภาพการบริการจะลดลง ซึ่งเป็นเรื่องจะต้องทำความเข้าใจกับผู้บริโภคว่า แต่เดิมนั้นได้รับบริการจากรัฐในราคาที่รัฐจ่ายให้ส่วนหนึ่ง ราคาที่จะจ่ายให้เอกชนเป็นราคาจริงของการบริการคุณภาพที่ได้รับเป็นการแลกเปลี่ยน

6.10 ประเด็นทางกฎหมาย

เนื่องจากกฎหมายจำนวนมากกำหนดขึ้นมาโดยไม่มีเงื่อนไขของการแปรรูป จึงทำให้กฎหมายบางส่วนเป็นปัญหาต่อการแปรรูป เช่น กฎหมายรัฐธรรมนูญ (Constitution Act) กฎหมายบำนาญ (Pension Act) ซึ่งเป็นกฎหมายทั่วไป นอกจากนี้ยังมีกฎหมายเฉพาะอีก เช่น Fees Act 1951, Fees (Medical) Order 1982 รัฐบาลจึงต้องดำเนินการแก้ไขกฎหมายเดิม และออกกฎหมายใหม่เกี่ยวกับการแปรรูปโดยเฉพาะอีกด้วย มีกฎหมายอย่างน้อย 20 ฉบับที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชน เช่น Private Hospitals Act 1971 and Regulations 1973, Medicines (Advertisement and Sales) Act 1956, Poison Act 1952 and บทที่ 3 การปฏิรูประบบสุขภาพ (บทที่3.doc/14/3/01)

Regulations 1952, Sales of Drug Act 1952, Medical Act 1971 and Regulations 1974, Nurses Act 1950 and Regulations 1985, Midwives Act 1966 and Regulations 1971, Registration of Pharmacists Act 1951 and Regulations 1953.

6.11 จุดยืนของแพทยสมาคมต่อการแปรรูปสถานพยาบาล

โดยพื้นฐานแพทยสมาคมแห่งมาเลเซียไม่เห็นด้วยกับการแปรรูปสถานบริการสุขภาพ แต่หลังที่ได้อภิปราย ประชุมสัมมนากันอย่างกว้างขวาง ก็ได้แสดงจุดยืนว่าจะสนับสนุนการแปรรูปสถานพยาบาลในรูปแบบ corporatisation ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้เท่านั้น⁴⁹

- โรงพยาบาลที่แปรรูปแบบ corporatisation จะต้องมีลักษณะบริษัทชุมชนที่ไม่หวังกำไร (non-profit “communitised” entities) มีรัฐบาลเป็นเจ้าของ
- ขั้นตอนการแปรรูปจะต้องมีการหารือวิชาชีพแพทย์ และสาธารณะ
- การแปรรูปจะต้องเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูปโครงสร้างการบริการสุขภาพในระดับต้น (fundamental, comprehensive structural reform of health care)
- ที่สำคัญที่สุดก่อนมีการแปรรูปจะต้องให้มีระบบการคลังที่มีผู้จ่ายรายเดียว (single-payer health care financing scheme) อาจบริหารโดยองค์การการคลังสุขภาพแห่งชาติ (National Health Financing Authority) ที่สามารถตรวจสอบได้โดยรัฐบาลและประชาชน

6.12 สรุปย่อเหตุการณ์ของการปฏิรูป/ แปรรูปตามลำดับเวลา

ปี 1981-1985 แผนพัฒนาระยะที่ 4 กำหนดให้ศึกษางานบริการของรพ.ที่สามารถว่าจ้างเอกชนทำได้ มีการศึกษา National health financing Study

ปี 1983 รัฐบาลกำหนดนโยบาย Malaysian incorporated ให้มีการประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่างรัฐกับเอกชน

ปี 1985 ให้เอกชนเช่าโรงพยาบาลของรัฐ 1 แห่ง และจ้างเอกชนดำเนินการเรื่อง อาหาร ชักกรีด และการบำรุงรักษาในโรงพยาบาลจำนวนหนึ่ง

ปี 1986-1990 แผนพัฒนาระยะที่ 5 ศึกษาการให้แพทย์จากภาคเอกชนสามารถใช้เครื่องมือของโรงพยาบาลของรัฐ ให้ทำการศึกษาความเป็นไปได้ของ Health Maintenance Organization และทำการศึกษาเรื่อง

National Health Security Fund Study

National Health Plan Study

Independent Consultant Report

ปี 1991-1995 แผนพัฒนาระยะที่ 6 กำหนดนโยบาย สนับสนุนการจัดตั้งสถานบริการทางการแพทย์ เอกชนเพื่อให้เป็นทางเลือกสำหรับผู้มีฐานะพอที่จะจ่ายได้

ปี 1991 กำหนดนโยบาย Vision 2020

ปี 1992 Corporatization of National Health Institute (IJN)

ปี 1994 Privatization of Government Medical Store

ปี 1995 มีรายงานการศึกษาเรื่อง The Study on the Corporatisation of Fourteen Hospitals

ปี 1996-2000 แผนพัฒนาฯ ระยะที่ 7 กำหนดนโยบาย privatize กิจกรรมที่ไม่ใช่การรักษาในโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง

ปี 1997 Privatization (contract out) ในโรงพยาบาลของรัฐ

ปี 1998 รัฐบาลออกกฎหมาย Private Healthcare Facilities and Services Act 1998

ปี 1999 เกิดกระแสคัดค้านการแปรรูปอย่างกว้างขวาง จากสมาคมวิชาชีพและองค์กรทางสาธารณสุข คือ Malaysian Medical Association, Malaysian Nurses' Union, Estates Hospital Assistants Association of Malaysia จากองค์กรอื่นๆ เช่น Malaysian Trade Union Congress จากแนวร่วมองค์กรต่างๆ ที่รวมตัวเป็น Citizens' Health Initiative และจากผู้ใช้บริการรายบุคคล การต่อต้านดำเนินผ่านสื่อมวลชนรูปแบบต่างๆ

ปี 1999 รัฐบาลประกาศยุติแผนการ Privatization ในโรงพยาบาลที่เหลืออยู่ เนื่องจากกระแสต่อต้านสูงมาก

7. การแปรรูปสถาบันหัวใจแห่งชาติ²

สถาบันหัวใจแห่งชาติ (National Heart Institute) หรือ Institut Jantung Negara - IJN ตั้งขึ้นเมื่อปี 1992 เป็นส่วนหนึ่งของ Kuala Lumpur Hospital โดยเป็นสถาบันที่รับส่งต่อผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับหัวใจ มีขนาด 286 เตียง และเป็นหนึ่งในห้าของ Cardiothoracic centers ของรัฐบาล แต่ IJN ได้รับการวางแผนให้เป็น ศูนย์ กลางแห่งความเป็นเลิศ (Center of Excellence) สำหรับการบริการที่ซับซ้อนมากขึ้น และจะให้บริการงาน ประจำในปริมาณที่จำกัด IJN เป็นหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐแห่งแรกที่ถูกแปรรูป เหตุผลหลักในการแปร รูปคือความพยายามที่ให้อุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมจนมีความชำนาญเฉพาะด้านอย่างสูง ให้คงอยู่ในระบบ ราชการต่อไป เนื่องจากส่วนมากจะออกไปสู่ภาคเอกชนซึ่งมีสิ่งจูงใจมากกว่า ทั้งนี้ในมุมมองของความรับผิดชอบ ต่อสังคม ทำให้รัฐบาลให้ความสำคัญของความเท่าเทียม (equity) ของการรับบริการที่ได้จากทั้งภาครัฐและเอกชน มากกว่าประสิทธิภาพที่อาจจะได้จากภาคเอกชนแต่เพียงอย่างเดียว มีการวางแผนให้การแปรรูปนี้เกิดขึ้น พร้อมกับ ระบบการคลังสาธารณสุขที่ปรับปรุงใหม่ (new health financing scheme) ทั้งนี้เพราะรัฐบาล ตระหนักดีว่าการแปรรูปจะไม่ยั่งยืนหากไม่ได้รับการสนับสนุนจากระบบการคลังที่เอื้ออำนวย แต่ไม่เป็นไปตาม แผนคือระบบการคลังสาธารณสุขแห่งชาติยังไม่เกิดจนกระทั่งทุกวันนี้ (รายละเอียดดูภาคผนวก 2) และยังไม่มี การประเมินผลการแปรรูปสถาบันนี้อย่างเป็นระบบ

8. การแปรรูปการบริการจัดหาเวชภัณฑ์ให้โรงพยาบาล¹²

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้ง Government Pharmaceutical Laboratories and Stores หรือมักเรียกกันในเรื่อง Government Medical Stores (GMS) ขึ้นในปี 1964 มีหน้าที่ในการผลิตยาที่ใช้บ่อยๆ และจัดหายาอื่นๆ และเครื่องมือแพทย์ให้กับโรงพยาบาลและคลินิกของรัฐ โดยโรงพยาบาลต้องส่งยาไปที่ GMS ทุก 4 เดือน GMS ต้องดำเนินการประกวดราคา หากเป็นรายการยาที่มีมูลค่าการใช้มากกว่า 50,000 ริงกิตต่อปี จากนั้นแต่ละรัฐต้องมีรถบรรทุกไปขนยาจาก GMS เอง ต่อมาในปี 1994 จึงได้มีการแปรรูปเพื่อสนองตอบนโยบายของรัฐบาล โดยได้ให้สัมปทานแก่บริษัท United Engineers Malaysia (UEM) เป็นผู้ดำเนินการนาน 15 ปี โดยทำหน้าที่จัดหาจำนวนประมาณ 600 ชนิด ที่ปรากฏอยู่ในบัญชีรายชื่อที่เรียกว่า Approved Products Price List (APPL) ในการดำเนินการจริง UEM ได้มอบหมายให้บริษัทในเครือชื่อ Remedi Pharmaceuticals เป็นผู้ดำเนินการ Remedi ได้พัฒนาระบบ Online ในการสั่งซื้อ ในการจัดส่งได้คิดค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอีก 1% Remedi ได้ทำ

บทที่ 3 การปฏิรูประบบสุขภาพ (บทที่3.doc/14/3/01)

หน้าที่จัดหายาให้คิดเป็นประมาณ 70%-80% ของงบประมาณค่ายา ภายใต้ข้อตกลงสัมปทาน Remedi ต้องจัดทำระบบบริหารคลังให้โรงพยาบาลซึ่งระบบนี้เหมือนกันทุกโรงพยาบาล เชื่อมกันเป็นเครือข่ายรับผิดชอบดูแลโดย Remedi กรณี Remedi ไม่สามารถส่งยาให้โรงพยาบาลภายใน 60 วัน โรงพยาบาลสามารถซื้อยาจากที่อื่นหากราคาสูงกว่าที่ซื้อได้จาก Remedi Remedi จะชดเชยส่วนต่างให้

ในด้านคุณภาพ GMS ได้ดำเนินการวิเคราะห์คุณภาพก่อนส่งยาให้โรงพยาบาล แต่ Remedi ต้องการลดระยะเวลาดำเนินการโดยยึดหลักว่าผู้ผลิตได้ทำการวิเคราะห์มาแล้ว ในกรณีนี้พบว่าการร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพยา 32 เรื่อง ในระหว่างปี 1997 และ 1998 จากเรื่องร้องเรียนทั้งหมด 95 เรื่อง ทำให้มีการเรียกเก็บยาคืนเนื่องจากคุณภาพต่ำ จำนวน 12 รายการ APPL มียา 629 รายการ แบ่งเป็นยานำเข้า 309 รายการ และที่ผลิตภายในประเทศ 320 รายการ

กล่าวโดยสรุปการแปรรูปได้ทำให้ขั้นตอนการจัดหายาลดลง มีการปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารคลังเวชภัณฑ์ แต่ก็มีข้อเสนอให้มีการตรวจสอบคุณภาพยา การให้ลดเวลาดำเนินการจัดส่งยาลงอีกจาก 60 วัน ให้เหลือ 30 วัน

9. การแปรรูปงานสนับสนุนการรักษาพยาบาล

9.1 การดำเนินการ¹²

การแปรรูปงานสนับสนุนการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนนโยบายการแปรรูปกิจการสาธารณะของรัฐบาล งานสนับสนุนการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเหล่านี้ประกอบด้วย

- Clinical Waste Management
- Cleaning
- Linen & Laundry
- Facility Engineering maintenance
- Bio-Medical Engineering maintenance

งานเหล่านี้มีค่าใช้จ่ายประมาณ 500 ล้านริงกิตต่อปี ครอบคลุมโรงพยาบาล 123 แห่ง และ 4 สถานับนาน 15 ปี การคัดเลือกบริษัทรับสัมปทานดำเนินการโดยการประกวดราคา ได้ 3 บริษัทโดยแบ่งพื้นที่รับผิดชอบกัน ได้แก่บริษัท Radicare Sdn.Bhd., Faber Medi-Serve Sdn. Bhd. และ Tongkah Medivest Negri Sembilan, Malacca and Johore Sdn. Bhd. ได้ลงนามในสัญญาในปลายปี 1996 เริ่มดำเนินการโดยรับพนักงานของรัฐที่เคยทำหน้าที่นี้ไปทำงานกับบริษัท ตั้งแต่ปี 1997

การบริการจะต้องเป็นไปตามข้อกำหนดทางเทคนิคและตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (Technical Requirements and Performance Indicators; TRPI) รวมทั้งข้อกำหนดหลักของขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Master Agreed Procedures; MAP) สำหรับงานบริหารจัดการโดยรวมที่จะต้องดำเนินการคือ การเข้าสู่ ISO 9002 การพัฒนาและดำเนินการโครงการประกันคุณภาพ (Quality Assurance Programs; QAP) การสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานให้มีความปลอดภัย และถูกสุขลักษณะแก่ผู้ปฏิบัติงาน ผู้มารับบริการและชุมชน ระบบบริหารจัดการข้อมูล ยุกระดับระบบการอำนวยความสะดวก และโครงการการฝึกอบรม (Upgrading of facilities and training programs) ข้อมูลจาก TRPI, MAP และ QAP จะถูกเชื่อมต่อกันเป็นเครือข่ายทั่วประเทศ โดยบริษัทจะได้สร้างระบบคอมพิวเตอร์ในการดำเนินงานเรียกว่า Management of Maintenance information

บทที่ 3 การปฏิรูประบบสุขภาพ (บทที่3.doc/14/3/01)

Services (MMIS) ซึ่งระบบนี้จะเชื่อมต่อกับ สำนักงานใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขประจำรัฐ (State Health Director's offices) สำนักงานผู้แทนเทศประจำภูมิภาค (regional supervising offices) และ ผู้บริหารโรงพยาบาล

9.2 การประเมินผล¹²

การติดตามประเมินผลการดำเนินงานเป็นส่วนหนึ่งของโครงการแปรรูป รับผิดชอบโดยกองวิศวกรรมของกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินงานประเมินโดยสอบถามข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาล และจากการประเมินของผู้ทำการสำรวจ การประเมินเป็นลักษณะ subjective ให้คะแนน 0%-100% (จากไม่มีการดำเนินงาน จนหนึ่งดำเนินงานครบถ้วนตามข้อกำหนด) ของงานทั้ง 5 ด้านแยกเป็นคะแนนของแต่ละด้าน การประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นข้อมูลในการกระตุ้นให้มีการปรับปรุงงาน ไม่มีผลในทางกฎหมายที่จะดำเนินการกับบริษัทในกรณีที่ดำเนินงานไม่เป็นไปตามข้อตกลง ผลจากการสำรวจในปี 1998 ได้สรุปการประเมินการแปรรูปกิจการสนับสนุนการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลดังนี้

การแปรรูปให้เอกชนเป็นผู้ดำเนินการกำจัดกากของใช้แล้วทางคลินิก (clinical waste) การทำความสะอาด การจัดหาและซักผ้าต่างๆ (linen and laundry services) การบำรุงรักษาวิศวกรรมของเครื่องอำนวยความสะดวก อุปรกรณ์ชีวการแพทย์ ของโรงพยาบาล 123 แห่ง และสถาบัน 4 แห่ง ได้มีการสำรวจการดำเนินงาน (performance evaluation) ในเดือนธันวาคม ปี 1998 เมื่อพิจารณาจากรายสาขา พบว่า 84%, 76%, 71%, 68%, และ 66% สำหรับงานทั้ง 5 สาขาตามลำดับดังกล่าวข้างต้น ได้คะแนนเฉลี่ย ระดับ 5 ขึ้นไป เมื่อเทียบกับผลการสำรวจในเดือน มิถุนายน 1998 พบว่ามีผลงานดีขึ้นเล็กน้อย (2%-8%)

กล่าวโดยสรุป งานด้านการกำจัดของเหลือใช้ทางคลินิกดำเนินการได้เหมาะสมตามข้อกำหนดของการควบคุมการติดเชื้อ แต่งานด้านการทำความสะอาดและซักฟอก ยังต้องปรับปรุง (ไม่สามารถส่งวัสดุให้สอย เช่น ผ้าปู ปลอกหมอน (linen) ได้อย่างเพียงพอ) โดยทั่วไปบริษัทยังต้องดำเนินการให้เป็นไปตามข้อกำหนด และสร้างความพึงพอใจให้กับลูกค้า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง งานด้านการทะนุบำรุงอุปกรณ์วิศวกรรมและชีวการแพทย์ ที่ยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานการบริการอีกมาก

10. การแปรรูปโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยซึ่งอยู่ภายใต้กระทรวงศึกษาธิการ ได้ถูกแปรรูปเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐมาหลายปีแล้ว ในการนี้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจึงถูกแปรรูปไปด้วยในลักษณะ corporatisation และงานสนับสนุนการรักษาพยาบาลได้แปรรูปไปให้เอกชนดำเนินการ (privatisation) มีรายงานว่า ส่งผลให้มีการเพิ่มค่าบริหารจัดการถึง 250% และอัตราค่าบริการตรวจรักษาก็เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ด้วย การปรับอัตราครั้งล่าสุดในเดือนมีนาคม 2543 มีการเพิ่มขึ้นถึง 100% ดังตัวอย่างที่แสดงในตารางที่ 21 ข้อมูลนี้ได้นำเสนอในวารสาร Malaysian Business ที่เน้นให้เห็นความเดือดร้อนของประชาชนที่เกิดจากการแปรรูปโรงพยาบาลของรัฐ⁵⁰

ตารางที่ 1 แสดงการเพิ่มขึ้นของอัตราค่าบริการตรวจรักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

บริการ	ค่าบริการ (ริงกิต)	
	ก่อนเดือนมีนาคม 2543	หลังเดือนมีนาคม 2543
ECG	20	40

Exercise ECG	120	240
Angiogram	600	1300

11. กระแสคัดค้านการปฏิรูประบบสาธารณสุข

11.1 Citizens' Health Initiative⁵¹

จากการที่รัฐบาลได้มีนโยบายในการ corporatisation โรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขอื่นๆ ของรัฐที่เหลือ ในปี 2000 โดยที่ไม่สามารถชี้แจงข้อดีข้อเสียให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานและประชาชนผู้ใช้บริการให้เข้าใจอย่างชัดเจน จึงได้มีการเคลื่อนไหว เริ่มจากระดับบุคคลจนถึงองค์กรของบุคลากรสาธารณสุขใหญ่ 3 องค์กรคือ Malaysian Medical Association, Malaysian Nurses' Union และ Estates Hospital Assistants Association of Malaysia ได้ประกาศรวมตัวกันต่อต้านอย่างเปิดเผย ต่อมาได้มีการรวมตัวกันของกลุ่มบุคคลและองค์กรเพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการปฏิรูประบบสาธารณสุขและนโยบายสาธารณสุขอื่นๆ โดยเรียกชื่อขององค์กรที่รวมตัวกันนี้ว่า Citizens' Health Initiative กิจกรรมหนึ่งขององค์กรนี้คือการเผยแพร่ข้อมูลผ่านอินเทอร์เน็ต และได้มีการออกหนังสือเวียนเรียกร้องให้มีการลงชื่อในจดหมายเปิดผนึกถึงรัฐบาลที่ Citizens' Health Initiative ร่างขึ้นและเรียกว่า Letter of Concern (ดูรายละเอียดในภาคผนวก 3) ในจดหมายเปิดผนึกนี้ได้แสดงความกังวลต่อ corporatisation ในประเด็น

- Corporatisation อาจเพิ่ม ภาระค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งเป็นผู้ที่มีฐานะยากจน
- รัฐบาลได้แถลงว่าจะดำเนินการให้มีการจัดระบบการคลังสาธารณสุขแห่งชาติ (National Healthcare Financing Scheme) ควบคู่ไปกับ corporatisation แต่ระบบการประกันสุขภาพนี้ก็ยังไม่ได้เกิด หากการแปรรูป ดำเนินต่อไป อะไรจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ยากจน
- มีข้อมูลว่าผลจากการให้เอกชนเข้าไปดำเนินงานด้านสนับสนุนการรักษา (การซักกรีด การบำรุงรักษาอุปกรณ์ การทำความสะอาด และการกำจัดขยะทางการแพทย์) แทนหน่วยงานเดิมของโรงพยาบาล ซึ่งเริ่มในปี 1966 ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน (Operational costs) เพิ่มขึ้น 4-5 เท่า
- ที่ผ่านมารัฐบาลไม่มีการหารือกับทั้งสาธารณะ (public) และผู้ประกอบการวิชาชีพสาธารณสุข ในการจัดทำโครงการการแปรรูป

ในจดหมายได้เรียกร้องให้มีการเลื่อนการแปรรูปออกไปเพื่อให้มีโอกาสทำการศึกษาค้นคว้าผลกระทบที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งมีการหารือสาธารณะและบุคลากรในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องก่อน พร้อมกันนี้ได้ให้ข้อเสนอแนะในประเด็น

- ทำการศึกษาต้นทุนผลได้ ของกิจการที่ได้ดำเนินการแปรรูปไปก่อนหน้านี้แล้วคือ ร้านขายยาของรัฐ (Government Medical Store) และงานสนับสนุนการรักษาของโรงพยาบาล (Hospital support services)
- ประเมินผลการแปรรูป สถาบันหัวใจแห่งชาติ (IJN)
- ให้กระทรวงศึกษาธิการจัดตั้งคณะทำงานอิสระเพื่อทำการประเมินการแปรรูป (corporatisation) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

- ให้ข้อมูลและรวบรวมความคิดเห็นจากประชาชน ในเรื่องแผนการของการแปรรูปและระบบการคลังสาธารณสุขแห่งชาติ

11.2 การเคลื่อนไหวผ่านสื่อหนังสือพิมพ์

ได้มีการเคลื่อนไหวผ่านสื่อหนังสือพิมพ์ในช่วงปลายปี 2542 ทั้งจากผู้ป่วย องค์การวิชาชีพโดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทยสมาคมแห่งมาเลเซีย องค์การของเอกชน และสื่อมวลชนนักวิจารณ์ ได้แสดงความคิดเห็นและตัวอย่างของเหตุการณ์ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น ในรูปธรรมของการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายในการรับการรักษาพยาบาล (ดูรายละเอียดในภาคผนวก 4) รวมทั้งแพทยสมาคมแห่งมาเลเซีย ได้เสนอว่า การแปรรูปจะต้องอยู่บนเงื่อนไขเหล่านี้

1. โรงพยาบาลที่ถูกแปรรูป (corporatised hospital) จะต้องมีสภาพเป็น non-profit “communitised” entities ซึ่งรัฐบาลเป็นเจ้าของแต่ผู้เดียว
2. ขั้นตอนการแปรรูปจะต้องมีการหารือกันอย่างโปร่งใสกับกลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์
3. การแปรรูป (corporatisation) จะต้องเป็นเพียงส่วนพื้นฐานของการปฏิรูปโครงสร้างโดยรวมของระบบสาธารณสุข (comprehensive structural reform) ไม่ใช่เป็นเพียงส่วนที่เสริมเพิ่มขึ้นมา (incremental)
4. และที่สำคัญที่สุดก่อนที่จะดำเนินการแปรรูป จะต้องจัดการให้เกิดระบบประกันสุขภาพที่เรียกว่า single-payer health financing scheme

การเคลื่อนไหวผ่านสื่อหนังสือพิมพ์นี้คาดว่าจะมีผลกระทบอย่างมากโดยเฉพาะช่วงเวลานั้น เป็นช่วงใกล้กำหนดเวลาเลือกตั้งทั่วไป

12. ผู้ที่เกี่ยวข้องและบทบาทในการปฏิรูป

Economic Planning Unit โดย Privatisation Section ซึ่งสังกัด สำนักนายกรัฐมนตรี เป็นหน่วยงานหลักในการวางแผนผลักดันในการปฏิรูป โดยประสานงานและได้รับการสนับสนุนข้อมูลรายละเอียดจาก Planning and Development Division, Ministry of Health. สำหรับหน่วยงานภาคเอกชนที่มีบทบาทหลักในการเคลื่อนไหว คือองค์เอกชน และสมาคมวิชาชีพ องค์เอกชนที่เป็นหัวหอกในการเคลื่อนไหวเพื่อให้ยุติการ corporatisation โรงพยาบาลของรัฐที่มีแผนให้ดำเนินการจนครบภายในปี 2000 คือ Citizen's Health Initiative มีผู้ประสานงานเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย สำหรับสมาคมวิชาชีพที่มีบทบาทอย่างมากได้แก่แพทยสมาคมแห่งมาเลเซีย ได้เสนอความคิดเห็นและทางเลือกให้รัฐบาลพิจารณา

13. ผลของการปฏิรูป

ถึงแม้จะเป็นนโยบายที่กำหนดไว้หลายปีแล้ว ถึงปัจจุบันก็กล่าวได้ว่ายังไม่มีปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุขในประเทศมาเลเซีย ในส่วนของการดำเนินการแปรรูป ไม่พบการประเมินผลกระทบอย่างเป็นระบบ มีเพียงการประเมินการดำเนินงาน ซึ่งได้กล่าวเอาไว้ในตอนท้ายของแต่ละเรื่องแล้ว

14. การวิจารณ์และข้อเสนอแนะต่อระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

14.1 ข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุข²⁰

รูปแบบระบบการคลังสาธารณสุขที่จะนำเสนอต่อไปนี้ได้จากเอกสารประกอบการบรรยายเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2543 ของ Tan Sri Dato' Dr. Abu Bakar bin Suleiman , Director-General of Health ได้ระบุว่า

“The proposed system must be superior to the existing one and should benefit the people as much as possible, as compared to the present system. In other words, the new scheme should attempt to maximize financial coverage efficiently and equitably and be able to manage the rate of growth of health care spending, while providing the flexibility, freedom of choice and improvement in quality, that is desirable and feasible. Besides that, it should be viable, reliable, sustainable, be able to have an impact on the desirable outcomes for health status improvement and encourage innovation in health care delivery and management. The implementation of telemedicine blueprint and telehealth policy has the potential to contribute towards achieving the desirable characteristics of the new system.”

สำหรับแหล่งที่มาของการเงิน มีแหล่งที่สำคัญ 2 แหล่งคือจากภาครัฐและเอกชน ซึ่งแบ่งย่อยออกเป็นผู้ป่วยจ่ายเองโดยเบียดเบียนไม่ได้ ประกันสุขภาพเอกชน ประกันสังคมหรือประกันสุขภาพของรัฐ, จากภาษีทั่วไป และ จากบัญชีออมทรัพย์ แต่จะเน้นที่ 2 แหล่งคือ ประกันสังคม และบัญชีออมทรัพย์ (รายละเอียดในภาคผนวก 5)

14.2 ข้อเสนอของแพทยสมาคมแห่งมาเลเซีย⁵²

โดยหลักการของการดูแลสุขภาพ แพทยสมาคมแห่งมาเลเซียมีจุดยืนว่า สุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชน รัฐบาล มีหน้าที่ความรับผิดชอบที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนผ่านนโยบายสาธารณสุขของครัวเรือนในการจัดให้มีระบบการดูแลสุขภาพที่ universal (ครอบคลุมถ้วนหน้า บนพื้นฐานของความจำเป็นของชุมชน), accessible (ไม่มีอุปสรรคกีดขวางในการรับบริการ ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ การเมือง ภูมิศาสตร์) และ comprehensive (การบริการที่จำเป็นครบถ้วน)

14.2.1 โครงสร้าง

ในเชิงระบบแพทยสมาคมแห่งมาเลเซียได้เสนอให้มีการปรับโครงสร้างดังนี้⁵³ (รูปที่ 6)

14.2.1.1 องค์การการคลังสาธารณสุขแห่งชาติ

จัดตั้งองค์การการคลังสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Financing Authority; NHFA) โดยพื้นฐานควรเป็น single payer ทั้งการบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชนจะต้องอยู่ภายใต้การจัดการนี้

14.2.1.2 National Health Trust

ให้รัฐสภาจัดตั้ง National Health Trust ให้ทั้งบุคลากรและทรัพย์สินของหน่วยบริการสุขภาพพื้นฐานและโรงพยาบาลอยู่ภายใต้ Trust นี้

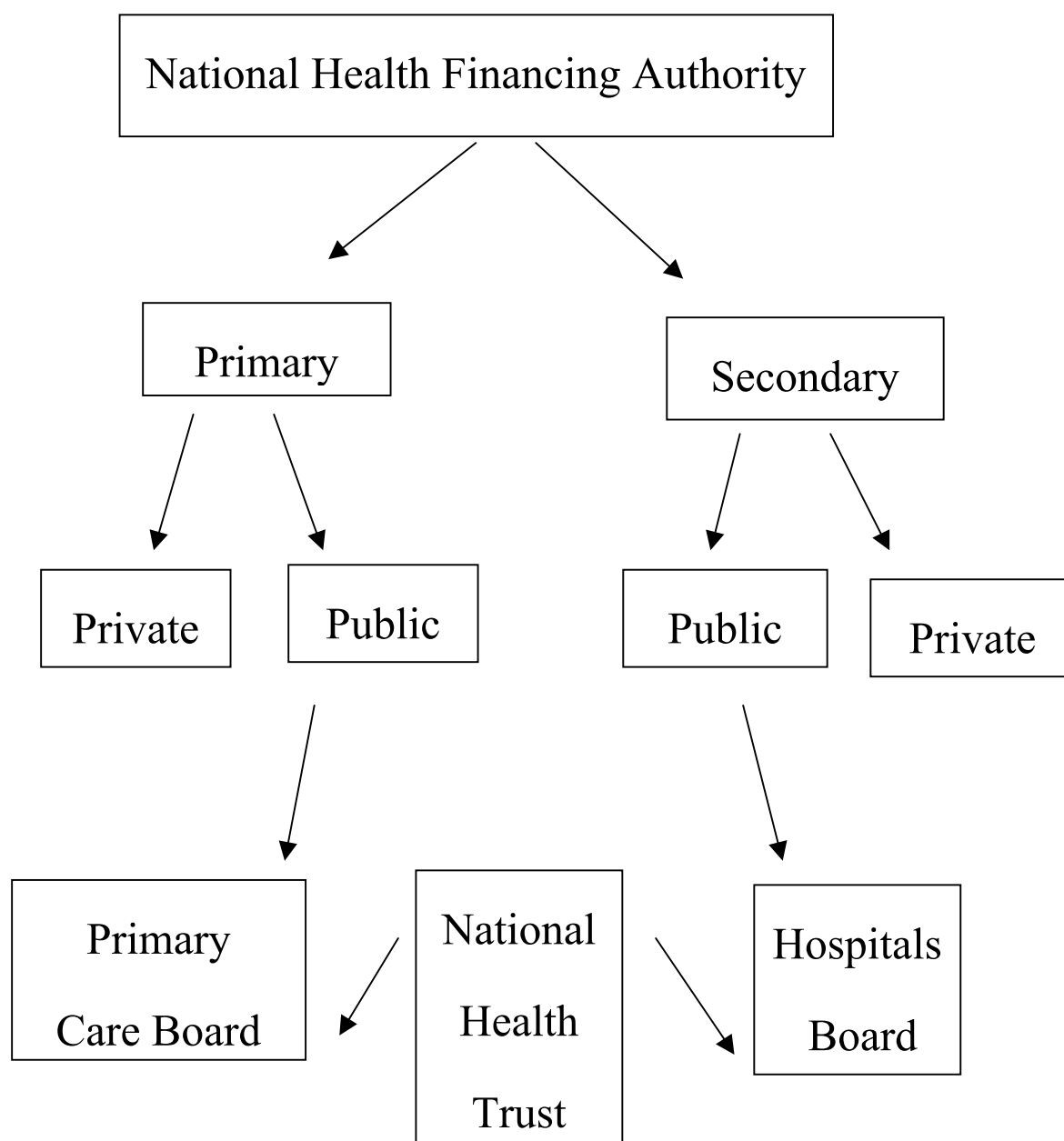
14.2.1.3 Primary Health Care Board และ Hospital Board

ให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการใหม่ 2 ชุดคือ Primary Health Care Board และ Hospital Board ให้คณะกรรมการทั้งสองชุดนี้ทำงานประสานกันอย่างกลมกลืน

14.2.1.4 สภาสุขภาพแห่งชาติ

จัดตั้ง สภาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Council) โดยมีตัวแทนจากรัฐบาล มหาวิทยาลัย วิชาชีพ องค์กรด้านสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค และภาคธุรกิจเอกชน

แพทย์ที่ให้บริการสุขภาพพื้นฐานภาครัฐทั้งหมดจะถูกรวมอยู่ภายใต้ Primary Health Care Board คณะกรรมการนี้จะมีรายได้จากการจัดสรรงบประมาณแบบรายหัว (capitation method) จากรัฐบาล คลังสาธารณสุขแห่งชาติ และการจ่ายร่วมของผู้ใช้บริการ (co-payment) คณะกรรมการนี้จะเป็นผู้บริหารการบริการ การด้านวิชาชีพของแพทย์ รวมทั้งระบบสาธารณสุขทั้งหมดด้วย



รูปที่ 1 ข้อเสนอการปรับโครงสร้างระบบบริหารงานบริการสุขภาพ

14.2.2 ลักษณะของ Health Care Financing Scheme (Policy Statements)

- Equity
- Accessibility
- Universal Coverage
- Quality
- Manage the Rate of Growth in Health Care Spending
- Wellness Paradigm – Integrated Preventive, Promotive, Curative and Rehabilitative
- Greater Public-Private Integration
- Innovation
- Viable, Sustainable, Acceptable
- Global Budget
- Efficient, Effective
- Superior than Existing System
- Improved Health Status
- Cost Sharing (Individual, Employer/ Employee, Government)
- Non-for Profit
- In Line with “Vision for Health’ and “Vision 2020”

14.2.3 มีการผสมผสานระหว่างภาครัฐและเอกชน

14.2.4 กลไกการคลัง (Financing Mechanism)

กลไกที่สร้างขึ้นจะต้องทำให้สามารถบรรลุหลักการ universal, comprehensive, accessible สำหรับประชากรทุกคน โดยหลักการแหล่งที่มาของการคลังเป็นการผสมผสานของทั้ง 4 แหล่งคือ direct taxes, compulsory social insurance, private health insurance, และ out-of-pocket payments ในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ มาเลเซียมีกองทุนประกันสังคม (SOCSO) ที่ใหญ่พอควร สมควรปรับให้ กองทุนนี้เข้าเป็นส่วนหนึ่งของ NHFA

โดยหลักการรัฐบาลต้องเป็นเจ้าของ NHFA บริหารในลักษณะกิจการที่ไม่หวังผลกำไร (non-profit entity) ไม่ใช่เอกชนเต็มรูปแบบ NHFA ควรอยู่บนพื้นฐานของความเท่าเทียมและความรับผิดชอบร่วมกันของประชาชนทั้งหมด ผู้ที่มีฐานะดีกว่ามีความรับผิดชอบทางสังคมในการช่วยเหลือผู้ที่ด้อยกว่า แบ่งเบาภาระทางการเงินด้านสุขภาพในแบบรวมหมู่ (collectively share) ตามกำลังความสามารถ

เพื่อให้บรรลุการดูแลสุขภาพอย่างเท่าเทียมและทั่วหน้า เห็นควรที่จะใช้หลักการของระบบประกันแบบอัตราชุมชน (community rated insurance) ซึ่งเป็นระบบที่ไม่หวังกำไร เป็นการเฉลี่ยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดให้กับประชากรทั้งหมด ฉะนั้นเบี้ยประกันจะเท่ากัน ไม่ว่าจะเป็นเพศใด อายุเท่าไร สถานะทางสุขภาพจะเป็นอย่างไร โดยเปิดโอกาสให้ผู้ที่ต้องการการครอบคลุมที่มากขึ้นหรือดีขึ้น ได้ซื้อประกันสุขภาพเพิ่มเติมจากเอกชน

การคลังสาธารณสุขควรเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐบาล บัณฑิตบุคคล และเจ้าของกิจการที่มีลูกจ้าง NHFA ได้เงินจากการบังคับจ่ายจากนายจ้าง ลูกจ้างและผู้ดำเนินกิจการของตนเองตามฐานของรายได้ สำหรับผู้ที่ยากจนรัฐบาลจะเป็นผู้จ่ายแทนโดยใช้เงินจากภาษีทั่วไป

สาระที่สำคัญคือ

- NHFA เป็น single payer ของ comprehensive health care
- ประชาชนทุกคนจะมีรหัสประจำตัวเรียกว่า national health benefit number
- ปรับเปลี่ยนให้ SOCSO เป็นส่วนหนึ่งของ NHFA
- เพื่อเป็นหลักประกันให้เกิดการครอบคลุมทั่วหน้า ให้ใช้ community rated insurance system
- ผสมผสานภารกิจของสถานบริการภาครัฐและเอกชนเพื่อให้เกิดการเอื้อซึ่งกันและกันในเรื่องอำนาจความสะดวก ให้เกิดการคิดราคาค่าบริการที่ไม่แตกต่างกัน

14.2.5 มีการปรับโครงสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกทั้งภาครัฐและเอกชน

14.2.6 ระบบ Reimbursement

Reimbursement แบ่งเป็น การจ่ายให้ผู้ให้บริการ และ หน่วยงานที่จัดบริการ ผู้ให้บริการอาจรับค่าตอบแทนในรูปแบบเงินเดือนต่อหัว (capitation) ตามการบริการ (fee-for-service) และ ตามเป้าหมาย (target payment) และจ่ายให้หน่วยจัดบริการในรูปแบบ ย้อนหลัง (retrospective) หรือล่วงหน้า (prospective)

14.2.7 คุณภาพ

- ต้องมีมาตรการให้เกิดความแน่ใจว่าคุณภาพของการบริการเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข
- มีการกำหนดรางวัล (incentive) เป็นแรงจูงใจสำหรับการจัดการบริการที่มีคุณภาพ และการลดสิ่งตอบแทนในกรณีที่ให้บริการต่ำกว่าเกณฑ์
- มีการคำนึงถึงความคาดหวังของประชาชนต่อการกำหนดเกณฑ์คุณภาพ
- มีการกำหนดคุณภาพของการบริการอย่างเท่าเทียมกัน

14.2.8 การคาดการณ์

ในช่วง 12 ปีที่ผ่านมางบประมาณด้านสาธารณสุขมีอัตราการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 10% ถ้ามีการเพิ่มด้วยอัตรานี้ต่อไปอีก 5 ปีข้างหน้า คาดว่าในปี 2002 จะประมาณ 4.9 พันล้านริงกิต และเพิ่มเป็น 6.5 พันล้านริงกิต ในปี 2005 NHFA จะต้องใช้ข้อมูลเหล่านี้ในการวางแผน

บทที่ 4 บทวิเคราะห์และบทเรียนสำหรับประเทศไทย

1. จุดอ่อนและจุดแข็งของระบบบริการสุขภาพระดับต้น

จุดแข็งของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของมาเลเซียคือการมีมาตรการการให้บริการระดับต้นแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง ได้แก่

- ◆ การกำหนดโครงสร้างพื้นฐานของการบริการคือการจัดให้มีสถานบริการสุขภาพ (Health clinics, Rural clinics) โดยอิงสัดส่วนของประชากรและระยะห่างที่ประชาชนสามารถเดินทางได้ไม่ยากนัก (88.5% ของประชากรอาศัยอยู่ในระยะไม่เกิน 5 กิโลเมตร)
- ◆ การจัดให้แพทย์ไปปฏิบัติหน้าที่ระดับคลินิกสุขภาพ (Health Clinic) ซึ่งทำให้ช่องว่างของการได้รับบริการจากแพทย์ปริญญาไม่มาก
- ◆ การให้ คลินิกชนบท (Rural Clinic) ซึ่งมีพยาบาลชุมชนประจำ อยู่ภายใต้การบริหารของ คลินิกสุขภาพ (Health Clinic) ซึ่งมีแพทย์ปริญญาเป็นผู้รับผิดชอบจะทำให้งานบริการด้านการรักษาของพยาบาลชุมชนมีการพัฒนา
- ◆ ได้มีการเริ่มต้นให้มีการพัฒนาแพทย์ที่ดูแลสุขภาพระดับต้นโดยมีการฝึกอบรมให้เป็นแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว มีการจัดตั้ง Academy of Family Physician

สำหรับจุดอ่อนคือระบบการส่งต่อที่ไม่เป็นจริง ซึ่งเป็นผลมาจากการไม่มีระบบประกันสุขภาพ ที่มี gate keeper แล้วตรวจสอบด้วย Third party หรือ Payers ในขณะเดียวกันก็มี Open-door policy ซึ่งไม่มีการปฏิเสธเมื่อผู้ป่วยไปถึงสถานบริการแม้จะไม่ถูกขึ้นตอนก็ตาม

2. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานการบริการสุขภาพระดับต้น

ปัญหาที่สำคัญมากต่อรัฐบาลคือการพึ่งพารัฐที่มากเกินไป (over-dependence) ของชุมชน ก่อให้เกิดอาการที่เรียกว่า Dependency syndromes ประชาชนคาดหวังว่าจะได้รับการบริการจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเพียงเล็กน้อยถึงแม้ว่าจะมีกำลังจ่าย แต่บางครั้งเขาจะไปใช้บริการแบบเดียวกันจากภาคเอกชนด้วยความเชื่อว่าการบริการมีคุณภาพดีกว่าแม้ว่าจะต้องจ่ายในราคาแพง รัฐบาลได้พยายามกระตุ้นให้ชุมชนเกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองให้มากขึ้น ให้มีส่วนร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพมากขึ้น และให้ความสำคัญในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ²¹

ปัญหาอีกส่วนคือด้านบุคลากร ในที่นี้ไม่สามารถวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่แท้จริงในการกำหนดความต้องการของบุคลากร เช่น ความจำเป็น (needs) แต่กระทรวงสาธารณสุขของมาเลเซียมีการกำหนดเป้าหมายสัดส่วนของบุคลากรกับประชากร บนพื้นฐานของสมมติฐานว่ามีการกำหนดเป้าหมายที่เหมาะสม พบว่ามีผู้ทบทวน 1 บทที่ 3 ข้อ 7 การขาดบุคลากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบท ข้อมูลเมื่อปี 1997 บุคลากรในกลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์และทันตกรรมอยู่ประมาณ 20% เช่น Medical Specialist ตำแหน่งที่มียังว่าง 21.1% Medical Officer ว่าง 19.4% มีการจ้างบุคคลภายนอกเข้าทำงานชั่วคราว 802 ราย ส่วนใหญ่เป็นชาวต่างชาติ แบ่งเป็น Medical Specialist 186 ราย Medical Officer 343 ราย และ พยาบาล 273 ราย³⁶

3. ข้อสังเกตการดำเนินการปฏิรูประบบสาธารณสุขในมาเลเซีย

1. สภาพการบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับที่ได้รับการยอมรับว่าดีอยู่แล้วในสายตาของประชาชนในอดีตเมื่อหลายทศวรรษที่ผ่านมาถึงแม้ว่าประเทศมาเลเซียจะอยู่ในกลุ่มประเทศยากจน แต่ก็ให้บริการสาธารณสุขในการผ่าตัดและรักษาในโรงพยาบาลฟรีแก่ประชาชน ก่อนมีการปฏิรูประบบสาธารณสุข ประชาชนที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกของรัฐ ก็เสียค่าลงทะเบียนเพียง 1 รिंगกิต โดยได้รับการรักษาและ ยา ฟรี⁵⁴

ผลของการแปรรูปด้านลบคือการทำให้ราคาค่าบริการแพงขึ้น เป็นที่ประจักษ์ชัดนอกเหนือจากการที่ผู้ให้บริการออกมาร้องเรียนกับสื่อมวลชนเป็นรายๆ แล้ว ได้มีรายงานว่ามีการศึกษาประเมินผลการขายกิจการร้านขายและอุปกรณ์การแพทย์ของรัฐ (Government Medical Store) โดย Universiti Sains Malaysia ร่วมกับ Penang General Hospital พบว่าระบบการกระจายยา และคุณภาพของยาไม่ได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่ราคายาได้สูงขึ้น⁴

2. มูลเหตุการปฏิรูปอยู่ที่การพยายามลดค่าใช้จ่ายและการสร้างเงื่อนไขให้แพทย์อยู่ในระบบไม่ละทิ้งไปภาคเอกชน ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาในมุมมองของรัฐ ไม่ใช่ปัญหาโดยตรงของประชาชน อย่างไรก็ตามในกรณีนี้ได้มีผู้วิจารณ์ว่า จากกรณีของ IUN สามารถดึงบุคลากรที่ชำนาญการไว้ได้เพียงบางส่วนเท่านั้น⁴

3. นโยบายการส่งเสริมให้เกิดการบริการภาคเอกชนโดยคาดหวังว่าจะช่วยลดภาระของรัฐโดยเห็นว่าการให้บริการที่ดีจะดึงดูดผู้ที่พอจะมีเงินจ่ายให้ใช้บริการจากรัฐน้อยลง ก่อให้เกิดผลเสียในการใช้ค่าตอบแทนที่สูงมาแย่งแพทย์ออกไปจากระบบรัฐ ผลักดันให้สถานบริการของรัฐต้องหาทางเพิ่มรายได้ให้แพทย์ ให้คงอยู่ในระบบรัฐต่อไป

4. มีการวางแผนมาเป็นเวลานาน (ตั้งแต่ 1983) แต่ระดับการรับรู้และความเข้าใจของส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ปฏิบัติงานและประชาชน ยังคงค่อนข้างต่ำ

5. การมีส่วนร่วมขององค์กรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการมีน้อยมาก

6. การประเมินผลโครงการแปรรูปต่างๆ ไม่จริงจังเท่าที่ควรในการที่จะนำไปปรับปรุงและเผยแพร่ให้สาธารณะได้ทราบ

7. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เกิดขึ้นตามที่วางแผนไว้ จึงทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งที่ยากจนไม่สามารถเข้าถึงบริการที่แพงขึ้นได้

8. มีความพยายามที่ควบคุมกำกับสถานบริการเอกชน ซึ่งอาจรวมไปถึงสถานบริการของรัฐที่แปรรูปไปด้วย โดยการออกกฎหมาย Private Healthcare Facilities and Services Act 1998

9. แรงผลักดันของการต่อต้านส่วนหนึ่งน่าจะมาจากผลกระทบของภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จากการประเมินของธนาคารโลก⁵⁵ สรุปว่าภาวะวิกฤติทำให้นโยบายปฏิรูปต้องชะงักงันไป เนื่องจากราคาสินค้าและเวชภัณฑ์ขึ้นราคา ผู้ป่วยไม่มีกำลังซื้อจึงย้ายไปใช้บริการจากรัฐ ทำให้การให้บริการภาครัฐเพิ่มขึ้น 9% ในขณะที่งบประมาณด้านสาธารณสุขในปี 1998 ลดลง 12%

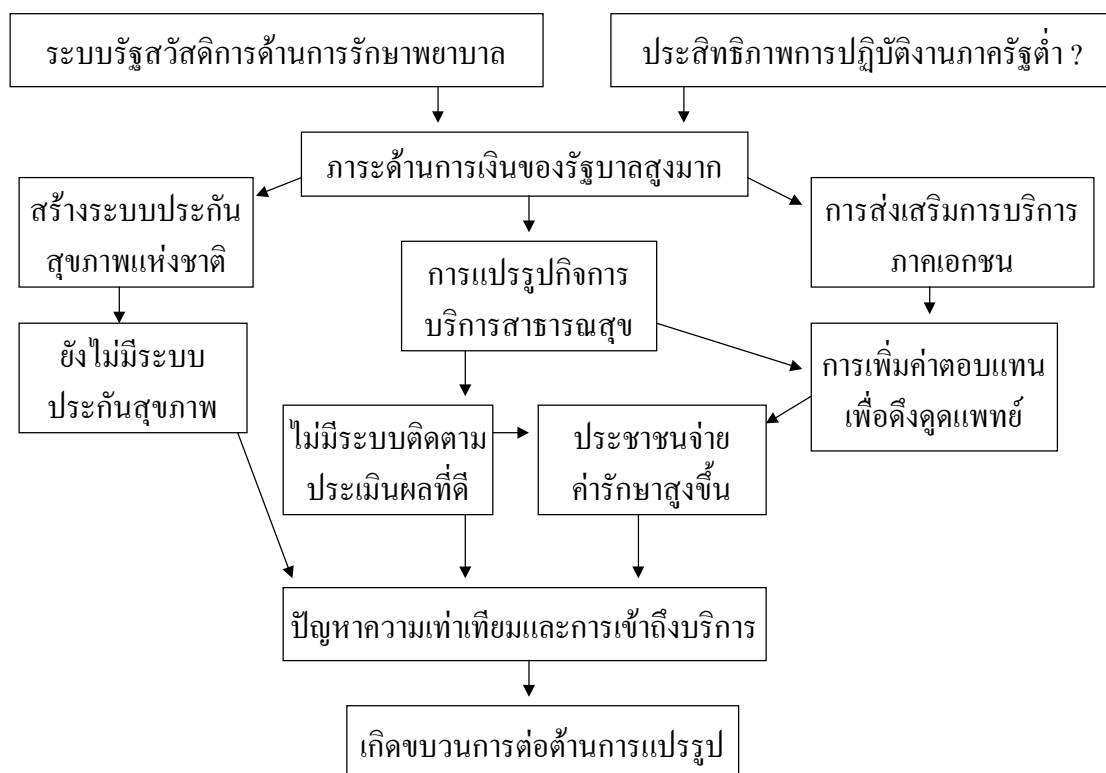
10. องค์กรวิชาชีพโดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทยสมาคมแห่งมาเลเซีย และองค์กรเอกชนคือ Citizens' Health Initiative มีการทำงานวิเคราะห์ในเชิงระบบอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็วคือเมื่อมีการเคลื่อนไหวของรัฐบาลจะมีการแสดงความคิดเห็นวิจารณ์ประเด็นดังกล่าวผ่านสื่อหนังสือพิมพ์และ web site ขององค์กรทันที ถึงแม้ว่าองค์กรวิชาชีพคือ แพทยสมาคมแห่งมาเลเซีย อาจมีเป้าหมายส่วนหนึ่งในการพิทักษ์ผลประโยชน์ของสมาชิก แต่ในประเด็นหลักการของการแปรรูปโรงพยาบาลของรัฐ และหลักการของการปฏิรูประบบสุขภาพโดย

รวม มีภาพของการเคลื่อนไหวที่สอดคล้องเป็นแนวร่วมกับองค์กรเอกชน (ที่มีนักวิชาการเป็นแกนนำ) และประชาชนทั่วไป การเคลื่อนไหวเหล่านี้คาดว่าจะส่งผลกระทบต่อรัฐบาลพอควร และเป็นสิ่งที่น่าศึกษาในรายละเอียด

11. การเมืองมีผลอย่างมากต่อการพัฒนาการสาธารณสุข การที่สามารถกำหนดนโยบายต่างๆ ด้านสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและเชื่อมประสานกับนโยบายในการพัฒนาประเทศ เนื่องจากพรรค AMNO เป็นพรรคนำในการจัดตั้งรัฐบาลมาตลอดนับแต่ได้รับเอกราช เป็นเวลาเกือบ 50 ปี อย่างไรก็ตามการระงับการแปรรูปโรงพยาบาลที่ผ่านมาได้มีผู้วิจารณ์ว่าเพราะเป็นช่วงใกล้การเลือกตั้งทั่วไป กิจกรรมที่กระทบต่อความพึงพอใจของประชาชนจะมีผลต่อการเลือกตั้งได้

12. ระบบการปกครองของมาเลเซียมีลักษณะเฉพาะ อาจเรียกว่าเผด็จการประชาธิปไตย อันเนื่องมาจากความมั่นคงอย่างต่อเนื่องของพรรครัฐบาล นอกจากนี้ยังมีกฎหมายบางอย่างที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น กฎหมายที่ห้ามวิพากษ์วิจารณ์นโยบายการดำเนินการที่แก้ความเหลื่อมล้ำระหว่างเชื้อชาติ มาเลย์ จีน และอินเดีย (ตัวอย่าง เช่น การกำหนดโควต้า ที่นั่งเรียนในมหาวิทยาลัย ให้ชาวมาเลย์ ร้อยละ 60 ตามสัดส่วนของประชากรชาวมาเลย์) อย่างไรก็ตามการนำของรัฐบาลก็มีทั้งด้านสร้างความพึงพอใจให้ประชาชน เช่น การต่อต้าน IMF ในการแก้ปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจ ส่วนด้านลบก็มีข้อครหาในด้านการใช้จ่ายเงินรัฐบาลอย่างฟุ่มเฟือยในการสร้างถาวรวัตถุ และยังส่อเค้าของคอร์รัปชันในกิจการต่างๆ โดยกลุ่มของผู้มีอำนาจ เช่นการแปรรูป โดยการให้สัมปทานในการดำเนินการกิจกรรมสนับสนุนการรักษาพยาบาล (บทที่ 3 ข้อ 9) ก็มีลักษณะที่ผู้ได้รับสัมปทานไม่ได้ดำเนินการเอง แต่ไปกระจายให้บริษัทอื่นรับช่วงต่อ

กล่าวโดยสรุป มูลเหตุของการปฏิรูปเกิดจากปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ถึงแม้ว่าตัวเลขสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ต่อ GDP จะต่ำ และได้รับคำชมว่าเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพแห่งหนึ่ง อย่างไรก็ตามตัวเลขที่ใช้อยู่ก็เป็นที่ยกข้อกังขาใกล้เคียงกับความเป็นจริงเพียงใด เพราะยังไม่มีระบบ National Health Account ส่วนหนึ่งที่เป็นจริงคือการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในสัดส่วนที่สูงมากของรัฐบาล พร้อมทั้งมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ในขณะที่ภาวะเศรษฐกิจถดถอย อีกสาเหตุหนึ่งคือการพยายามหาทางที่จะสร้างสิ่งแวดล้อมให้จูงใจให้แพทย์ไม่ละทิ้งระบบบริการของรัฐไปอยู่กับเอกชนที่มีสิ่งตอบแทนสูงกว่า โดยที่ระบบบริการของรัฐอยู่ในระดับที่เรียกว่ามีคุณภาพดี โดยที่รัฐให้สวัสดิการแก่ประชาชนค่อนข้างมากในด้านการจ่ายเงินค่าบริการให้กับหน่วยบริการของรัฐ ในสภาพเช่นนี้ไม่ได้เป็นปัญหามากในทัศนะของประชาชน ฉะนั้นผลของการแปรรูปจึงมีแนวโน้มออกมาในลักษณะที่ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพมากนัก แต่จะมีการเปลี่ยนที่เห็นได้ชัดในด้านที่ประชาชนต้องจ่ายเงินมากขึ้นในการใช้บริการ ในสภาพเช่นนี้จึงส่งผลกระทบทางการเมืองทำให้รัฐบาลต้องระงับการแปรรูปไปในที่สุด (รูปที่ 7)



รูปที่ 1 กรอบการดำเนินการแปรรูปกิจการการบริการสาธารณสุขของประเทศมาเลเซีย

4. เปรียบเทียบสภาพระหว่างประเทศไทยและมาเลเซีย

วัฒนธรรม ความคิดของประชาชนไทย และมาเลเซีย อาจมีส่วนที่เหมือนกันในด้านที่ภาพพจน์ของโรงพยาบาลของรัฐเป็นที่พึ่งในยามยาก ของคนยากจน ที่ราคาถูก และสามารถได้รับการฟรีได้ หากชัดเจนจริงๆ ในส่วนนี้ จะก่อให้เกิดปัญหาการยอมรับการแปรรูปได้ หากไม่มีมาตรการอื่นมารองรับ เป็นทางออกของคนจน สำหรับความแตกต่าง มีหลายประเด็น คือ ขนาดของประชากรที่น้อยกว่าของมาเลเซีย ประชาชนโดยทั่วไปมีเศรษฐกิจฐานะดีกว่าคนไทย การบริการทางสุขภาพมีคุณภาพดีกว่าของไทย

5. ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทยจากบทเรียนของมาเลเซีย

5.1 การจัดระบบการบริการ

- ◆ ลักษณะการเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศมาเลเซียมีความคล้ายกับของประเทศไทย ซึ่งได้รับการส่งเสริมการลงทุน และในช่วงก่อนวิกฤติเศรษฐกิจ ก็ส่งผลกระทบในการแย่งตัวบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ที่ชำนาญการ เช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามปัญหาการขาดแพทย์ก็ยังคงดำรงต่อไป แพทย์ที่อยู่กับระบบรัฐต้องการความมั่นคง ความภาคภูมิใจในตำแหน่งและสถานะ แต่ก็ต้องการรายได้ที่เพิ่มขึ้น ไม่แตกต่างจากเอกชนมากเกินไป การปฏิรูปในระดับต้นเพื่อแก้ปัญหานี้ ควรสร้างระบบที่ยืดหยุ่นในการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างรัฐและเอกชน ซึ่งปกติมีการปฏิบัติอย่างไม่เป็นทางการอยู่แล้ว เช่นการฝากครรภ์ที่คลินิกส่วนตัว แล้วไปทำคลอดที่โรงพยาบาลของรัฐ แล้วแพทย์ รับเงินค่าทำคลอดพิเศษ แต่พยาบาลผู้ดูแลไม่ได้รับ จึงเกิดเหตุการณ์การดูแลผู้ป่วยคลอดในลักษณะเช่นนี้อย่างไม่เต็มที่ ควรมีการวางระบบที่ชัดเจนและมีการแบ่งปันผลประโยชน์ ส่วนนี้จะเป็นธรรมชาติ ก็จะเพิ่มคุณภาพการบริการ และเมื่อมีระบบที่ชัดเจนก็เป็นการกระตุ้นแพทย์อีกส่วนหนึ่งอาจเป็นแพทย์จากเอกชน หรือแพทย์ในระบบที่ทำงานกับเอกชน นอกเวลาราชการแต่ต้องการความโปร่งใส ให้เข้ามาใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลมากขึ้น เมื่อมีผลิตผลมากขึ้น การใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลก็มีประสิทธิภาพ ต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลก็ลดลง
- ◆ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างทั่วหน้าโดยผ่านการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพระดับต้นเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสังคมไทย เพราะระบบการบริการสุขภาพพื้นฐานที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพจะช่วยลดปัญหาการใช้ทรัพยากรทั้งบุคลากรทางการแพทย์และเครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิอย่างไม่เหมาะสม และประสิทธิภาพต่ำ รวมทั้งปัญหาในเชิงสังคมที่ประชาชนเกิดความรู้สึกทุกขุทรมานเมื่อเกิดความเจ็บป่วยกับตนเองหรือคนในครอบครัว ที่จะต้องไปใช้บริการในโรงพยาบาลใหญ่ หรือไม่ก็ต้องยอมจ่ายค่าใช้จ่ายที่สูงในการไปใช้โรงพยาบาลเอกชน อันเป็นผลเนื่องมาจากขาดการบริการสุขภาพเบื้องต้นที่มั่นใจในคุณภาพ ในการดำเนินการตามเป้าหมายนี้ การปรับระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับต้นที่ให้บริการโดยแพทย์ให้เพิ่มขึ้นเป็นโครงสร้างพื้นฐานเบื้องต้น โดยให้มีหน่วยงานที่แพทย์ในระดับตำบล และหน่วยงานที่พยาบาลให้บริการในระดับหมู่บ้านเป็นสิ่งที่พึงกระทำถึงแม้จะดำเนินการให้บรรลุในเวลาอันรวดเร็วได้ยากด้วยขีดจำกัดด้านงบประมาณ อย่างไรก็ตามบริการระดับต้นนี้ควรขยายความหมายไป

ถึงคลินิกเอกชนด้วยเพื่อให้ภาระของรัฐลดลง แต่รัฐจะต้องสร้างมาตรการในการส่งเสริมและควบคุมคุณภาพ รวมทั้งการสร้างความสำคัญของการบริการสุขภาพระดับต้นในระบบสาธารณสุขโดยรวม และสร้างแรงจูงใจให้มีแพทย์ไปปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ ทั้งหมดนี้อาจดำเนินการผ่านนโยบายหลักในลักษณะ Primary care-led health care system และการสร้างระบบประกันสุขภาพที่ส่งเสริมบทบาทของการบริการสุขภาพระดับต้น

- ◆ การจัดตั้งหน่วยงานประเมินการจัดหาและการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

5.2 การปฏิรูประบบสุขภาพ

- ◆ ควรสร้างความชัดเจนในมูลเหตุของการปฏิรูปว่าเป็นปัญหาของผู้จ่ายเงิน ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ และจัดลำดับความสำคัญให้ชัดเจน ในการวางแผนแก้ปัญหา ผลลัพธ์ของเหตุการณ์หนึ่งอาจเป็นผลดีกับผู้ให้บริการแต่อาจเพิ่มปัญหาให้ผู้รับบริการได้ในเวลาเดียวกันได้
- ◆ จากประสบการณ์ของประเทศมาเลเซียจะเห็นได้ว่า ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการสร้างภาวะการเข้าถึงการบริการให้ได้อย่างเท่าเทียม การที่ไม่สามารถสร้างระบบให้ทันกับการปฏิรูปเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การปฏิรูปต้องสะดุดลงกลางคัน ฉะนั้นต้องสร้างระบบที่ครอบคลุมประชากรทุกคนให้เป็นจริงให้ได้ ก่อนหรือควบคู่ไปกับการปฏิรูป
- ◆ การวางกรอบการประเมินผลและศึกษาผลกระทบในมุมมองของทั้งผู้จ่ายเงิน ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการทุกกลุ่ม กรอบการประเมินต้องครอบคลุมในทุกมิติที่เกี่ยวข้อง เช่น เศรษฐศาสตร์ การเมือง โดยมีหน่วยงานกลางหรือผู้ดำเนินการที่เป็นกลางเข้าร่วมในการประเมิน
- ◆ จากโครงสร้างทางการเมืองและลักษณะเฉพาะของมาเลเซีย ทำให้การดำเนินการเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพเป็นไปในลักษณะการริเริ่มจากผู้นำระดับบน ถึงแม้ว่าจะมีข้อดีในด้านจะทำให้เกิดการเคลื่อนไหวไปทั้งระบบในเวลาเดียวอย่างรวดเร็ว แต่ก็มีข้อเสียในด้าน แนวทางนั้นอาจไม่สนองตอบความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง หรือกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake holders) อาจตามสถานการณ์ไม่ทันเกิดความไม่เข้าใจและแรงต้าน ฉะนั้นการสร้างการมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานขององค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งองค์กรผู้บริโภคร่วมด้วย การจัดตั้งและการเคลื่อนไหวขององค์กรเหล่านี้เป็นสิ่งที่ควรให้ความสนใจ
- ◆ ควรให้โอกาสบุคลากรมากกว่าหนึ่งทางเลือกในการเข้าร่วมกับองค์กรที่ถูกปฏิรูป ยกตัวอย่างเช่น เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่กำลังดำเนินการแปรรูปไปเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ควรให้โอกาสทดลองระบบใหม่สักระยะหนึ่งอาจจะ 3-5 ปี หากการดำเนินงานในระบบใหม่ไม่เป็นที่พึงพอใจก็ให้โอกาสย้ายไปอยู่หน่วยราชการอื่นได้

5.3 ข้อเสนอแนะต่อ พรบ.สุขภาพแห่งชาติและกฎหมายประกอบอื่นๆ

- ◆ โครงสร้างของการบริหารจัดการในระดับนโยบายที่เสนอโดยแพทยสภาแห่งมาเลเซีย ให้มี Health council, Primary Care Board, Hospital Board, National Health Trust เป็นรูปแบบที่น่าสนใจ

- ◆ หลักประกันด้านสุขภาพที่มีอยู่ในคนบางกลุ่มของไทยและมาเลเซียมีส่วนที่คล้ายกันคือ สำนักงานประกันสังคม เทียบได้กับ SOCSO และกบข. เทียบได้กับ EPF หน่วยงานเหล่านี้อยู่ต่างสังกัดกัน จำเป็นจะต้องสร้างระบบผ่านการออกกฎหมายให้อยู่ภายใต้ระบบเดียวกันและสามารถทำงานประสานกันได้อย่างเป็นจริง
- ◆ การจัดบริการของภาคเอกชน ที่ส่งผลอย่างมากต่อระบบสุขภาพโดยรวมนอกจากจะให้อยู่ภายใต้ระบบการคลังสุขภาพแห่งชาติแล้ว ก็จำเป็นต้องมีการควบคุมคุณภาพโดยการออกกฎหมายในการทำเดียวกับ Private Healthcare Facilities and Services Act และกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ให้สอดคล้องเป็นเอกภาพกัน
- ◆ การควบคุมการจัดหาและการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข จะเกิดผลได้เป็นจริงจะต้องมีการออกกฎหมายให้สามารถควบคุมได้จริง

5.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในการดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพจะต้องไม่หลงประเด็นในเหตุผลความจำเป็นของการปฏิรูปว่าเป็นการสนองตอบการลดภาระทางการเงินของรัฐบาลเป็นเหตุผลหลัก เพราะโดยหลักการทั่วไปรัฐมีหน้าที่ที่ต้องจัดบริการที่จำเป็นให้กับประชาชนที่ได้จ่ายภาษีให้กับรัฐบาล ซึ่งการมุ่งเน้นให้เกิดประสิทธิภาพเป็นเพียงเป้าหมายหนึ่งเดียวเท่านั้นของการจัดบริการ ยังมีเป้าหมายที่สำคัญอย่างอื่นอีกได้แก่ คุณภาพ ความเท่าเทียม และการเข้าถึงบริการ การแปรรูป (corporatization, privatization) ก็เป็นเพียงวิธีการหนึ่งที่ของสมมุติฐานที่ว่าจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ โดยยังไม่มีหลักประกันว่าจะเป็นวิธีการที่ดีที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Information Division MoFA. Malaysia in Brief. Kuala Lumpur: Maskha Sdn" Bhd"; 1997.
2. Hussein RHT, Al-Junid S, Nyunt-U S, Baba Y, DeGeyndt W, McLees S. Malaysia: A case study on corporatising a hospital; the National Heart Institute. In.; January 1999; January 1999.
3. Anon. <http://www.worldbank.org/html/extdr/offrep/eap/malay.htm> 25 September 1999.
4. McCoy RS. Is this the end of corporatisation? Commentary No 30 (New Series) November 1999.
5. Anon. <http://thestar.com.my/archives/7mplan/> 25 September 1999.
6. Economic Planning Unit Prime Minister's Department. Fifth Malaysian Plan 1986-1990. Kuala Lumpur: National Printing Department; 1986.
7. Economic Planning Unit Prime Minister's Department. Sixth Malaysia Plan 1991-1995. Kuala Lumpur: National Printing Department; 1991.
8. Economic Planning Unit Prime Minister's Department. Seventh Malaysia Plan 1996-2000. Kuala Lumpur: Percetakan Nasional Malaysia Berhad; 1996.
9. Malaysian Medical Association. Health for all: reforming health care in Malaysia. Selangor Darul Ehsan: Academe Art & Printing Services Sdn. Bhd.; 1999.
10. Razali N. Human resources development in Malaysia; a study of the government 's role. ASEAN Economic Bulletin 1999;16(3):307-29.
11. Tan Sri Dato' Dr. Abu Bakar bin Suleiman. Vision 2020: the future of Malaysian health care industry. In: Ministry of Health Malaysia, editor. Working for health. Kaula Lumpur.
12. Ministry of Health Malaysia. Malaysia's Health 1999.
13. Consumers' Association of Penang. EPF's missing billions? losses suffered by contributors duee to EPF's interest policy. Penang: Consumers' Association of Penang; 1985.
14. Consumers' Association of Penang. How to complain and get results. Penang: Consumers' Association of Penang; 1994.
15. National economic recovery plan, chapter 7: revitalising affected sectors. 2 May, 2000, Available from: [Accessed
16. Raj C. Who will pay for health. Malaysian Business 2000(May 1, 2000):40-1.
17. Information and Documentation System Unit Planning and Development Division. Health facts. In.; February 1999.
18. World Bank. 1999 World development indicators: 2.13 health expenditure, services, and use. 1 April 2000, Available from: [Accessed

19. World Bank. 1999 World Development Indicators: 1.1 size of economy. 1 April 2000, Available from: [Accessed
20. Tan Sri Dato' Dr. Abu Bakar bin Suleiman. Health care financing: the Malaysia Model. In: Eight Malaysia health plan conference; 17-19 February 2000 17-19 February 2000; Equatorial Hotel, Bangi, Selangor Darul Ehsan; 17-19 February 2000.
21. Tan Sri Dato' Dr. Abu Bakar bin Suleiman. Advances in the understanding of health care financing in Malaysia for health for all by year 2000 and primary health care. In: Working for health. Kuala Lumpur: Ministry of Health Malaysia.
22. Public Health Institute Ministry of Health Malaysia. Report of the second national health and morbidity survey conference. In: Second national health and morbidity survey conference; 20-22 November 1997; Hospital Kuala Lumpur; 20-22 November 1997.
23. Country Brief: Malaysia. In.: www.worldbank.org/html/extdr/offrep/eap/malay/htm; 3 May 2000.
24. Malaysia Official Year Book 1995. Kuala Lumpur: Department of Information Malaysia; 1995.
25. Malaysia Official Year Book 1993. Kuala Lumpur: Department of Information Malaysia; 1993.
26. Malaysia Official Year Book 1994. Kuala Lumpur: Department of Information Malaysia; 1994.
27. Tan Sri Dato' Dr. Abu Bakar bin Suleiman. Malaysian health care system: health care provision, financing, planning and policies. In: Second annual summit on international managed care trends; 7-10 December 1997; Florida, USA; 7-10 December 1997.
28. Ministry of Health Malaysia. Malaysia's health 1998.
29. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, สุวัฒน์ กิตติดิลกกุล, สุพัตรา ศรีวณิชชากร. รายงานการศึกษาดูงานระบบบริการสาธารณสุขและการบริการเวชปฏิบัติทั่วไป ณ ประเทศมาเลเซีย ระหว่างวันที่ 6-10 เมษายน 2537; 2537.
30. Abdul Razak Chik. Your money or your life? Malaysian Business 2000(May 1, 2000):34-7.
31. Lum M. Managed care 1998. Berita MMA 1998;28(April):3, 17.
32. Hamid A. Pitfalls of managed care. Berita MMA 1998;28(July):1, 19.
33. Press release: Managed care. Berita MMA 1999;29(August):12.
34. Quek DK. Changing paradigms in Malaysian health care: what future managed care portends for Malaysian doctors. Berita MMA 2000;30(March):5, 20.
35. Malaysian Medical Association. In: Estate Health and Vision 2020; 1995 26 November 1995; Faculty of Medicine University of Malaya; 1995.
36. Ministry of Health Malaysia. Annual report 1997.
37. Raj C. Staunching the brain bleed. Malaysian Business 2000(May 1,2000):38-9.
38. Health Technology Assessment Unit. Welcome to HTA. HTA Update 1998 May 1998:1.
39. Health Technology Assessment Unit. HTA in Malaysia; HTA Council meeting. HTA Update 1999 July 1999:3.

40. Dr. Arthorn Riewpaiboon. Interview of Dr. S Srivaval, Health Technology Assessment Unit, Ministry of Health. In. Kaula Lumpur; 9 May 2000.
41. Minister of Domestic Trade and Consumer Affairs visits CAP. Utusan Konsumer May 2000:5.
42. Lum M. The black sheep of the medical profession. Berita MMA 1998;28(3):3.
43. Tan Sri Dato' Dr. Abu Bakar bin Suleiman. Malaysian health care industry: the growth of private health care services. Kaula Lumpur: Ministry of Health Malaysia.
44. Private healthcare facilities and sservice bill 1998. 4 January 2000, Available from: [Accessed
45. Tan Sri Dato' Dr. Abu Bakar bin Suleiman. Agenda for health care reform in Malaysia. In: Ministry of Health Malaysia, editor. Working for health. Kaula Lumpur.
46. Khoon CC. Health care reform in Malaysia. In: Dr. Arthorn Riewpaiboon, editor.
47. Khoon CC. Malaysian healthcare: the sharp of things to come. 2000, Available from:
<http://www.malaysia.net/arilan/ms/2000/0318a.htm> [Accessed 31 March 2000 2000].
48. Khoon CC. CHI calls for National Health Fund. 2000, Available from:
<http://www.malaysia.net/arilan/monthly/2000/0120.htm> [Accessed 25 January 2000 2000].
49. McCoy RS. corporatisation: is this the end? Berita MMA 1999;29(8):1, 5.
50. Abdul Razak Chik. New prescription needed. Malaysian Business 2000(May 1, 2000):30-3.
51. <http://pm.usm.my/chi/letter.html>. 22 December 1999, Available from: [Accessed 2 May 2000 2000].
52. Malaysian Medical Association. National health care financing scheme for Malaysia. 2000, Available from: http://www.mma.org.my/current_topic/healthfinancing.htm [Accessed 22 March 2000 2000]
53. Gill SS. Restructuring of the public sector health facility. In: Workshop towards health care delivery for the 8th Malaysian Plan; 25-26 January 2000; 25-26 January 2000.
54. Hashim H. Provide free medical treatment to unemployed, poor, ederly, youths. New Straits Times 23 December 1999.
55. <http://www.worldbank.org/html/extdr/offrep/eap/imsboard/myannx.htm>. In.; 23 December 1999.

ภาคผนวก 1

Private Healthcare Facilities and Services Act 1998

PRIVATE HEALTHCARE FACILITIES AND SERVICES BILL 1998

ARRANGEMENT OF CLAUSES

PART 1

PRELIMINARY

Clause

1. Short title and commencement
2. Interpretation

PART II

CONTROL OF PRIVATE HEALTHCARE FACILITIES AND SERVICES

3. Approval and licence
4. Registration
5. Unlicensed and unregistered private healthcare facility or service
6. Approval and licence may be issued to a sole proprietor, partnership or body corporate
7. Certificate of registration to operate private medical and private dental clinic

PART III

APPROVAL TO ESTABLISH OR MAINTAIN PRIVATE HEALTHCARE FACILITIES OR SERVICES OTHER THAN A PRIVATE MEDICAL CLINIC OR A PRIVATE DENTAL CLINIC

8. Application for approval to establish or maintain
 9. Matters to be considered before approval to establish or maintain
 10. Refusal to process application for approval to establish or maintain
 11. Reasons for refusal to grant approval to establish or maintain
- Clause
12. Grant of or refusal to grant approval to establish or maintain
 13. Separate approval to establish or maintain private healthcare facilities or services which are not physically, administratively or organisationally linked

PART IV

LICENCE TO OPERATE OR PROVIDE PRIVATE HEALTHCARE FACILITY OR SERVICE OTHER THAN PRIVATE MEDICAL CLINIC OR PRIVATE DENTAL CLINIC

14. Application for a licence to operate or provide to be made within three years
15. Application for licence to operate or provide
16. Inspection of premises
17. Refusal to process application for licence
18. Reasons for refusal to issue or renew a licence to operate or provide

- 19. Grant of or refusal to grant licence
- 20. Licence to specify type of private healthcare facility or service
- 21. Separate licence for private healthcare facilities or services which are not physically, administratively or organisationally linked
- 22. Duration and renewal of licence to operate or provide
- 23. Licence to be exhibited
- 24. Power to vary terms or conditions, or purpose of approval or licence

PART V

REGISTRATION OF A PRIVATE MEDICAL CLINIC AND A PRIVATE DENTAL CLINIC

- 25. Application for registration
- 26. Refusal to process application for registration
- 27. Grant of certificate of registration
- 28. Certificate of registration to be exhibited
- Clause
- 29. Power to vary terms or conditions of registration
- 30. Separate registration

PART VI

RESPONSIBILITIES OF A LICENSEE, HOLDER OF CERTIFICATE OF REGISTRATION AND PERSON IN CHARGE

- 31. Responsibilities
- 32. Person in charge
- 33. Change of person in charge
- 34. Personal care aide
- 35. Policy statement
- 36. Patient grievance mechanism
- 37. Incident reporting
- 38. Emergency treatment and services

PART VII

GENERAL PROVISIONS REALTING TO APPROVAL, LICENCE AND REGISTRATION

- 39. Restriction on use of premises
- 40. Prohibition on extension and alteration
- 41. Transfer, etc, of approval, licence and certificate
- 42. Registers

PART VIII

SUSPENSION AND REVOCATION OF APPROVAL AND LICENCE, REFUSAL TO RENEW THE LICENCE, AND SUSPENSION, AND REVOCATION OF REGISTRATION

Clause

- 43. Show cause
- 44. Grounds for suspension, *etc.* relating to administration of private healthcare facility or service
- 45. Grounds for suspension, revocation, refusal to renew licence, *etc.* relating to qualification of sole proprietor
- 46. Grounds for suspension, revocation, or refusal to renew approval, licence or certificate or registration
- 47. Additional grounds
- 48. Representations
- 49. Power of Director General to suspend, revoke, or refuse renewal
- 50. Surrender of licence or certificate
- 51. Cessation of operation

PART IX

CLOSURE OF PRIVATE HEALTHCARE FACILITIES OR SERVICES

- 52. Order for temporary closure of private healthcare facilities or services
- 53. Conditions for closure, selling or otherwise disposing of private healthcare facility or service

PART X

BLOOD BANK

54. Interpretation
55. Prohibition on supply of natural human blood and blood product
- Clause
56. Import and export of natural human blood and blood product
57. Issue of certificate to import and export natural human blood and blood product
58. Consent to test blood from donors

PART XI

BLOOD TRANSFUSION SERVICES

59. Storage facilities
60. Minimum blood supply
61. Maintain records of receipt and disposition of blood
62. Transfusion reactions
63. Recommendations to the Medical Advisory Committee

PART XII

MORTALITY ASSESSMENT

64. Interpretation
65. Establishment of National Mortality Assessment Committee
66. Functions of National Mortality Assessment Committee
67. Reporting of assessable deaths
68. Medical and dental practitioners to provide information
69. Publication of information
70. Secrecy of information obtained by Committee
71. Protection of persons carrying out functions as members of Committee
72. Mortality assessment committee at private healthcare facility or service level
73. Independent investigation

PART XIII

QUALITY OF HEALTHCARE FACILITIES AND SERVICES

- Clause
74. Quality of care and services
75. Power of Director General to give directions
76. Power of Director General to issue directives, orders or guidelines relating to quality assurance

PART XIV

BOARD OF MANAGEMENT AND ADVISORY COMMITTEE

- 77. Board of Management
- 78. Medical or Dental Advisory Committee
- 79. Midwifery Care Advisory Committee
- 80. Nursing Advisory Committee
- 81. Penalty for non-compliance with any of the provision of this Part

PART XV

MANAGED CARE ORGANISATION

- 82. Interpretation of managed care organisation
- 83. Contracts between private healthcare facility or service and managed care organisation
- 84. Licensee and holder of certificate of registration to furnish information on managed care organisation to Director General
- 85. Information by managed care organisation
- 86. Register of managed care organisation

PART XVI

ENFORCEMENT

Clause

- 87. Appointment of Inspectors
- 88. Power of Inspector to enter and inspect
- 89. Power to search and seize
- 90. Search and seizure without warrant
- 91. Power to seal
- 92. Power to require information and examine persons
- 93. Duty to assist Inspector
- 94. Offences in relation to inspection
- 95. List of things seized
- 96. Forfeiture of things seized
- 97. No person entitled to costs, *etc.* on seizure
- 98. Production of official identification card or badge
- 99. Compounding of offences
- 100. Institution and conduct of prosecution

PART XVII

POWER OF MINISTER

- 101. Appeal
- 102. Power of Minister to issue general directions
- 103. Power of Minister to exempt
- 104. Board of visitors
- 105. Social or welfare contribution
- 106. Fee schedule
- 107. Power to make regulations

PART XVIII

MISCELLANEOUS

Clause

- 108. Advertisement
- 109. National Register
- 110. Service of notice
- 111. Delegation by Director General
- 112. Furnishing of information
- 113. Officers deemed to be public servants
- 114. Protection against suit and legal proceedings
- 115. Confidentiality of information
- 116. Private psychiatric hospital, psychiatric nursing home and community mental health centre
- 117. General offence and penalty
- 118. Contravention of subsidiary legislation

PART XIX

SAVING AND TRANSITIONAL PROVISIONS

- 119. Repeal
- 120. Saving and transitional provisions relating to existing licensed private hospitals, maternity homes and nursing homes
- 121. Power of Minister to make additional transitional provisions
- 122. Saving and transitional provisions relating to existing private medical clinics and private dental clinics

A BILL

Intituled

An Act to provide for the regulation and control of private healthcare facilities and services and other health-related facilities and services and for matters related hereto.

BE IT ENACTED by the Seri Paduka Baginda Yang di-Pertuan Agong with the advice and consent of the Dewan Negara and Dewan Rakyat in Parliament assembled, and by the authority of the same, as follows :

PART 1

PRELIMINARY

- | | | |
|----|--|-------------------------------------|
| 1. | This Act may be cited as the Private Healthcare Facilities and Services Act 1998 and shall come into force on a date to be appointed by the Minister by notification in the <i>Gazette</i> , and the Minister may appoint different dates for the coming into force of different provisions of this Act. | Short title and commencement |
| 2. | In this Act, unless the context otherwise requires - | Interpretation |
| | "approval to establish or maintain" means approval to establish or maintain a private healthcare facility or service other than a private medical clinic or a private dental clinic granted under paragraph 12(a); | |
| | "Board of Management" means a board of trustees or directors, or any other governing body in whom the ultimate authority and responsibility for the conduct of the private healthcare facilities or services specified in Part XIV are vested; | |
| | "Board of Visitors" means the Board of Visitors established under section 104; | |
| | "body corporate" means a body incorporated under the Companies Act 1965; | |

"certificate" means a certificate issued under section 57 authorising the importation or exportation of human blood for transfusion purposes;

"certificate of registration" means a certificate issued under section 27;

"Director General" means the Director General of Health, Malaysia;

"Government healthcare facility" means any facility used or intended to be used for the provision of healthcare services established, maintained, operated or provided by the Government but excludes privatised or corporatised Government healthcare facilities;

"Government healthcare services" means any health care services provided, operated or maintained by the Government but excludes privatised or corporatised Government healthcare services;

"healthcare facility" means any premises in which one or more members of the public receive healthcare services;

"healthcare professional" includes a medical practitioner, dental practitioner, pharmacist, clinical psychologist, nurse, midwife, medical assistant, physiotherapist, occupational therapist, and other allied healthcare professional and any other person involved in the giving of medical, health, dental, pharmaceutical or any other healthcare services under the jurisdiction of the Ministry of Health;

"healthcare services" includes -

- (a) medical, dental, nursing, midwifery, allied health, pharmacy, and ambulance services and any other service provided by a healthcare professional;

- (b) accommodation for the purpose of any service provided under this Act;
- (c) any service for the screening, diagnosis, or treatment of persons suffering from, or believed to be suffering from, any disease, injury or disability of mind or body;
- (d) any service for preventive or promotive health purposes;
- (e) any service provided by any healthcare para-professional;
- (f) any service for curing or alleviating any abnormal condition of the human body by the application of any apparatus, equipment, instrument or device or any other medical technology; or
- (g) any health-related services;

"licence to operate or provide" means a licence to operate or provide a private healthcare facility or service other than a private medical clinic or private dental clinic granted under paragraph 19(a);

"licensee" means a person to whom a licence to operate or provide a private healthcare facility or service other than a private medical clinic or private dental clinic granted under paragraph 19(a);

"hospice care or palliative care" means care of a terminally ill person that addresses the physical, psychological, emotional and social needs of the person or his family;

"midwifery care" means the assessment or monitoring or care of women during normal pregnancy or labour or during the post-partum period and of their normal newborns, and the conducting of spontaneous normal vaginal delivery;

"Minister" means the Minister charged with the responsibility for health;

"nursing care" means any care for patient that is provided by a registered nurse in accordance with the directions of a registered medical practitioner or registered dental practitioner and accepted nursing practice;

"personal care" means any function that an individual normally would perform personally, but for which the individual needs help from another because of advanced age, infirmity, or physical or mental limitation and may include such service as may be prescribed;

"person in charge" means a person possessing such qualification, training and experience as may be prescribed and who shall be responsible for the management and control of the private healthcare facility or service to which a licence or registration relates;

"person responsible for the body corporate" means any person who is a director or officer of the body corporate or who purports to act in any such capacity or who is in any manner or to any extent responsible for the management of the affairs of the body corporate, or was assisting in such management;

"premises" means any place, building or vehicle, whether permanent or temporary;

"prescribed" means prescribed by the Minister by order or regulations made under this Act;

"private ambulatory care centre" means any premises, other than a Government ambulatory care centre, private medical clinic or private dental clinic, primarily used or intended to be used for the purpose of performing any procedure related to the practice of medicine in any of its disciplines or any dental procedure and with continuous

relevant private healthcare services including nursing services whenever a patient is in the premises, and in which healthcare, beds or other accommodation for the stay of any one patient for a period of not more than 23 hours is provided and from which patients are either discharged in an ambulatory condition without requiring constant or continuous care or supervision and without danger to the continued well-being of the patient or transferred to a hospital;

"private blood bank" means any premises, other than a Government blood bank, used or intended to be used for collecting, screening, processing, storing or distributing natural human blood or blood product;

"private dental clinic" means any premise, other than a Government healthcare facility, used or intended to be used for the practice of dentistry and includes premises used by any person -

- (a) to treat or attempt to treat or profess to treat, cure, relieve or prevent any disease, deficiency or lesion or pain of the human teeth or jaws;
- (b) to perform or attempt to perform any operation on human teeth or jaws;
- (c) to perform any radiographic work in connection with human teeth or jaws or the oral cavity; or
- (d) to give any treatment, advice or attendance on or to any person in connection with the fitting or insertion for the purpose of fitting or fixing of artificial teeth or of a crown or bridge or an appliance for the restoration or regulation of the human teeth or jaws;

"private haemodialysis centre" means an ambulatory care centre, other than a Government haemodialysis centre, providing or intending to provide haemodialysis treatment, any other procedures or forms of treatment for the purification of human blood;

"private healthcare facility" means any premises, other than a Government healthcare facility, used or intended to be used for the provision of healthcare services or health-related services, such as a private hospital, hospice, ambulatory care centre, nursing home, maternity home, psychiatric hospital, psychiatric nursing home, community mental health centre, haemodialysis centre, medical clinic, dental clinic and such other healthcare or health-related premises as the Minister may from time to time; notification in the *Gazette*, specify;

"private healthcare services" means any service provided by a private healthcare facility;

"private hospice" means any premises used or intended to be used exclusively for providing hospice care or palliative care;

"private hospital" means any premises, other than a Government hospital or institution, used or intended to be used for the reception, lodging, treatment and care of persons who require medical treatment or suffer from any disease or who require dental treatment that requires hospitalisation;

"private maternity home" means any premises, other than a Government maternity home, used or intended to be used for the reception of, and the provision of nursing care and midwifery care for, women in labour or of women immediately after childbirth;

"private medical clinic" means any premises, other than a Government healthcare facility, used or intended to be used for the practice of medicine on an outpatient basis including -

- (a) the screening, diagnosis or treatment of any person suffering from, or believed to be suffering from, any disease, injury or disability of mind or body;

- (b) preventive or promotive healthcare services; and
- (c) the curing or alleviating of any abnormal condition of the human body by the application of any apparatus, equipment, instrument or device;

"private nursing home" means any premises, other than a Government nursing home, used or intended to be used for the reception of, and the provision of nursing care for, persons suffering or convalescing from any sickness, injury or infirmity;

"register" means the register required to be maintained under section 42;

"registered dental practitioner" means any person who is registered as such under the Dental Act 1971 and who holds a valid practising certificate; **Act 51**

"registered medical practitioner" means any person who is registered as such under the Medical Act 1971 and who holds a valid practising certificate; **Act 50**

"registered midwife" means any person who is registered as such under the Midwives Act 1966 and who holds a valid practising certificate; **Act 436**

"registered nurse" means any person who is registered as such under the Nurses Act 1950 and who holds a valid practising certificate; **Act 14**

"technical staff" means a medical laboratory technologist or scientific officer or any other person with the qualifications, training and experience recognised by the Director General.

PART II

CONTROL OR PRIVATE HEALTHCARE FACILITIES AND SERVICES

- | | | |
|----|---|--|
| 3. | <p>No person shall establish or maintain any of the following private healthcare facilities or services without approval being granted under paragraph 12(a) or operate or provide any of such facilities or services without a licence granted under paragraph 19(a) :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) a private hospital; (b) a private psychiatric hospital; (c) a private ambulatory care centre; (d) a private nursing home; (e) a private psychiatric nursing home; (f) a private maternity home; (g) a private blood bank; (h) a private haemodialysis centre; (i) a private hospice; (j) a private community mental health centre; (k) any other private healthcare facility or service or health-related service as the Minister may specify, from time to time, by notification in the <i>Gazette</i>; and (l) a private healthcare premises incorporating any two or more of the facilities or services in paragraphs (a) to (k). | <p>Approval and
licence</p> |
|----|---|--|

- | | | |
|---|-----------|---|
| Registration | 4. | <p>(1) No person shall establish, maintain, operate or provide a private medical clinic or private dental clinic unless it is registered under section 27.</p> <p>(2) Notwithstanding subsection (1), a private medical clinic or private dental clinic which forms part of the premises of a licensed private healthcare facility and to which the clinic is organisationally, administratively and physically linked shall not be required to be registered separately but shall comply with such standards and requirements as may be prescribed.</p> |
| Unlicensed and unregistered private healthcare facility or service | 5. | <p>(1) A person who contravenes section 3 or section 4 commits an offence and shall be liable, on conviction -</p> <p style="padding-left: 40px;">(a) in the case of an individual person -</p> <p style="padding-left: 80px;">(i) to a fine not exceeding three hundred thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding six years or to both; and</p> <p style="padding-left: 80px;">(ii) for a continuing offence, to a fine not exceeding one thousand ringgit for every day or part of a day during which the offence continues after conviction; and</p> <p style="padding-left: 40px;">(b) in the case of a body corporate, partnership or society -</p> <p style="padding-left: 80px;">(i) to a fine not exceeding five hundred thousand ringgit; and</p> <p style="padding-left: 80px;">(ii) for a continuing offence, to a fine not exceeding five thousand ringgit for every day or part of a day during which the offence continues after conviction.</p> <p>(2) Where an offence under section 3 or section 4 is committed by a body corporate, a partnership or a society -</p> |

- (a) in the case of a body corporate, the person responsible for the body corporate;
- (b) in the case of a partnership, every partner in the partnership;
- (c) in the case of a society, its office bearers,

shall also be guilty of the offence and shall be liable, on conviction -

- (aa) to a fine not exceeding three hundred thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding six years or to both; and
- (bb) for a continuing offence, to a fine not exceeding one thousand ringgit for every day or part of a day during which the offence continues after conviction.

**Approval and
licence may
be issued to
a sole
proprietor,
partnership
or body
corporate**

6.

- (1) Approval to establish or maintain, or a licence to operate or provide may only be issued to -
 - (a) a sole proprietor who is a registered medical practitioner;
 - (b) a partnership which consists of at least one partner who is a registered medical practitioner; or
 - (c) a body corporate whose board of directors consists of at least one person who is a registered medical practitioner.
- (2) Notwithstanding subsection (1), approval to establish or maintain or a licence to operate or provide a private nursing home may be issued to a registered nurse if contractual arrangements have been made for a registered medical practitioner to visit the patients in such home at such frequency as may be prescribed.

		(3)	Notwithstanding subsection (1), approval to establish or maintain or a licence to operate or provide a private maternity home may be issued to a registered midwife if contractual arrangements have been made for a registered medical practitioner to visit the patients in such home at such frequency as may be prescribed.
		(4)	Notwithstanding subsection (1), approval to establish or maintain or a licence to operate or provide a private hospice or a private haemodialysis centre, on a voluntary or charitable basis, may be issued to a society registered under the Societies Act 1966
Act 335			
Certificate of Registration to operate private medical and private dental clinic	7.	(1)	A certificate of registration to establish, maintain, operate or provide a private medical clinic may only be issued to a registered medical practitioner.
		(2)	A certificate of registration to establish, maintain, operate or provide a private dental clinic may only be issued to a registered dental practitioner or a body corporate described in section 28 of the Dental Act 1971.
Act 51			

PART III

APPROVAL TO ESTABLISH OR MAINTAIN PRIVATE HEALTHCARE FACILITIES OR SERVICES OTHER THAN A PRIVATE MEDICAL CLINIC OR A PRIVATE DENTAL CLINIC

- | | | | |
|----|-----|--|--|
| 8. | (1) | An application for approval to establish or maintain a private healthcare facility or service other than a private medical clinic or a private dental clinic shall be made to the Director General - | Application
for approval
to establish
or maintain |
| | (a) | in the prescribed form and manner; | |
| | (b) | accompanied by the prescribed fee; and | |
| | (c) | by submitting together with the application - | |

- (i) a comprehensive plan for the establishment or maintenance of the proposed private healthcare facility or service including the site plan, building layout plan, design, construction, specification, the type of facility or service to be provided and the proposed arrangements for manpower recruitment including arrangements for manpower training;
 - (ii) if the applicant is not a natural person but a company, partnership or society, a copy of its constituent document, duly verified by a statutory declaration made by an authorised officer of the applicant; and
 - (iii) such other information, particulars or documents as may be deemed necessary for the purpose of determining the application and the suitability of the applicant.
- (2) At any time after receiving the application the Director General may by written notice require the applicant to provide additional information, particulars or documents.
- (3) The requirements under subsections (1) and (2) may differ as between different applicants and classes, categories. Or descriptions of applications.
- (4) Where additional information, particulars or documents required under subparagraph (1)(c)(iii) and subsection (2) is or are not provided by the applicant within the specified time or extended time, the application -
 - (a) shall be deemed to have been withdrawn; and
 - (b) shall not be further proceeded with,

without prejudice to a fresh application being made by the applicant.
- (5) An application may be withdrawn at any time before it is granted or refused.

Matters to be considered before approval to establish or maintain is granted

- 9.** In deciding whether or not to grant approval to establish or maintain a private healthcare facility or service other than a private medical clinic or a private dental clinic, the Director General shall consider the following matters :
- (a) the nature of the healthcare facility or service to be provided;
 - (b) the extent to which the healthcare facilities or services are already available in an area;
 - (c) the need for the healthcare facility or service in an area;
 - (d) the future need for the healthcare facility or service in an area; or
 - (e) any other matter which in his opinion is relevant.

Refusal to process application for approval to establish or maintain

- 10.** The Director General may refuse to proceed with an application for approval to establish or maintain a private healthcare facility or service other than a private medical clinic or a private dental clinic, or may require that the application be appropriately amended or completed resubmitted or that a fresh application be submitted in its place if -
- (a) the application form as prescribed is not duly completed by reason of any omission or misdescription;
 - (b) the applicant is capable of providing adequate and efficient management and administration for the proper conduct of the private healthcare facility or service;
 - (c) where the applicant is a sole proprietor, he has not been convicted of an offence involving fraud or dishonesty or is not an undischarged bankrupt;

- (d) no one who has been convicted of an offence involving fraud or dishonesty or who is an undischarged bankrupt -
- (i) is a member of the board of directors, or is a person responsible for the body corporate, if the application is made by a body corporate; or
 - (ii) is a partner, if the application is made by a partnership; or
 - (iii) is an office bearer of a society, if the application is made by a society.

**Grant of of
refusal to
grant approval
to establish or
maintain**

12. Upon receiving and having considered the application for approval to establish or maintain a private healthcare facility or service other than a private medical clinic or private dental clinic the Director General -

- (a) may grant such approval with or without any terms or conditions; or
- (b) may refuse the application with or without assigning any reason for such refusal.

**Separate
approval to
establish or
maintain
private healthcare
facilities or
services
which are
not
physically,
adminis-
tratively or
organisationally
linked**

13. (1) Separate approval to establish or maintain shall be applied for private healthcare facilities or services other than a private medical clinic or a private dental clinic which are not physically, administratively or organisationally linked.

(2) Approval to establish or maintain a private healthcare facility or service other than a private medical clinic or a private dental clinic shall specify the type of private healthcare facility or service for which it is granted and the purpose for which the approval may be maintained.

PART IV

LICENCE TO OPERATE OR PROVIDE PRIVATE HEALTHCARE FACILITY OR SERVICE OTHER THAN PRIVATE MEDICAL CLINIC OR PRIVATE DENTAL CARE

**Application
for a licence
to operate or
provide to
be made
within three
years**

- 14.** (1) An application for a licence to operate or provide a private healthcare facility or service other than a private medical clinic or private dental clinic shall be made within three years from the date of the issuance of the approval to establish or maintain in respect of such facility or service.
- (2) If a licence to operate or provide a private medical healthcare facility or service is not applied for within the time specified in subsection (1), the approval to establish or maintain granted under paragraph 12(a) shall be deemed to have been revoked unless an extension of that time is granted by the Director General.

- 15.** (1) An application for a licence to operate or provide any private healthcare facility or service other than a private medical clinic or a private dental clinic shall be made to the Director General -

**Application
for licence to
operate or provide**

- (a) in the prescribed form and manner;
- (b) accompanied by the prescribed fee; and
- (c) by submitting together with the application such information, particulars and documents as may be specified by the Director General.

- (2) At any time after receiving the application and before it is determined, the Director General may by written notice require the applicant to provide additional information, particulars or documents.
- (3) The requirement under paragraph (1) (c) and subsection (2) may differ as between different descriptions of private healthcare facilities or services.

- (4) Where additional information, particulars or documents required under paragraph (1) (c) and subsection (2) is or are not provided by the applicant within the specified time or extended time, the application -

(a) shall be deemed to have been withdrawn; and

(b) shall not be further proceeded with,

without prejudice to a fresh application being made by the applicant.

- (5) An application may be withdrawn at any time before it is granted or refused.

**Inspection
of premises**

- 16.** (1) Upon receiving an application for a licence to operate or provide or service other than a private medical clinic or a private dental clinic, the Director General shall appoint in writing two or more persons, one of whom shall be a registered medical practitioner -

(a) to inspect the premises of the private healthcare facility or service to ascertain that it complies with the building layout plan, design, construction and specification to which the approval to establish or maintain relates ;

(b) to inspect any equipment, apparatus, instrument, material, article, sample or substance or any other thing found in the premises, or any matter connected therewith; and

(c) to inspect the premises of the private healthcare facility or service to ascertain that it complies with standards or requirements, including inspection of books, records, policies, standard operating procedures, clinical practice guidelines or the management or matters connected therewith.

- (2) The persons appointed under subsection (1) shall submit a report of the inspection to the Director General as soon as practicable.

**Refusal to
process
application
for licence**

- 17.** The Director General may refuse to proceed with an application for a licence to operate or provide, or may require that the application appropriately amended or completed and resubmitted or that a fresh application be submitted in its place if -
- (a) the application form as prescribed is not duly completed by reason of any omission or misdescription;
 - (b) the application form contains an error or alteration; or
 - (c) the application does not comply with any other prescribed requirement.
- 18.** The Director General may refuse to issue or renew a licence if -
- (a) where the applicant is a natural person, the Director General is not satisfied as to the character and fitness of the applicant;
 - (b) where the applicant is a body corporate, the Director General is not satisfied as to the character and fitness of the members of the board of directors or committee or board of trustees or other governing board of the body corporate;
 - (c) where the applicant is a partnership, the Director General is not satisfied as to the character and fitness of the partners;
 - (d) where the applicant is a society, the Director General is not satisfied as to the character and fitness of the office bearers;
 - (e) in the opinion of the Director General the premises in respect of which the application is made are unsafe, unclean or unsanitary, or inadequately equipped; and

- (f) in the opinion of the Director General, the staff is inadequate or incompetent for the purpose of the private healthcare facility or service.

19. Upon receiving and having considered the report under section 16 and after giving it due consideration the Director General shall have the discretion - **Grant of or refusal to grant licence**

- (a) to grant a licence to operate or provide a private healthcare facility or service other than a private medical clinic or a private dental clinic, with or without any terms or conditions, and upon payment of the prescribed fee; or
- (b) to refuse the application with or without assigning any reason for such refusal.

Licence to specify type of private healthcare facility or service

20. A licence to operate or provide a private healthcare facility or service other than a private medical clinic or a private dental clinic shall specify the type of private healthcare facility or service for which it is issued and the purpose for which the licence may be maintained.

Separate licence for private healthcare facilities or services which are not physically, administratively or organisationally linked

21. Separate licences shall be applied for private healthcare facilities or services other than private medical clinic or private dental clinic which are not physically, administratively or organisationally linked.

Duration and renewal of licence to operate or provide

22. (1) A licence to operate or provide a private healthcare facility or service other than a private medical clinic or a private dental clinic shall, unless sooner suspended or revoked, remain in force for a period of two years from the date on which it is issued, and may by application in the prescribed

form and on payment of the prescribed fee be renewed for a similar period by the grant of a new licence.

- (2) Sections 16 to 19 shall apply *mutatis mutandis* to an application for renewal of a licence to operate or provide.
- (3) When renewing a licence the Director General may vary the terms and conditions attached to the licence and may impose additional terms and conditions.

**Licence to
be exhibited**

- 23.** A copy of the licence to operate or provide a private healthcare facility or service shall be exhibited in a conspicuous part of the premises of the private healthcare facility or service.

**Power to
vary terms
or conditions,
or purpose of
approval or
licence**

- 24.** The Director General may, on an application in writing to him, vary the terms or conditions of the approval to establish or maintain or licence to operate or provide a private healthcare facility or service by endorsement thereon or otherwise in writing by altering, in such manner as he thinks fit, the purpose or purposes to which the private healthcare facility or service is established, or maintained, or operated or provided, or the type of healthcare facility or service for which the licence is in force.

PART V

REGISTRATION OF A PRIVATE MEDICAL CLINIC AND A PRIVATE DENTAL CLINIC

- | | | | |
|------------|------------|---|---|
| 25. | (1) | An application for the registration of a private medical clinic or private dental clinic shall be made to the Director General in the prescribed form and manner, and accompanied by the prescribed fee and such information, particulars and other documents as may be prescribed. | Application for
registration |
|------------|------------|---|---|

- (2) At any time after receiving the application for registration and before it is determined, the Director General may by written notice require the applicant to provide additional information, particulars or documents.
- (3) Where additional information, particulars or documents required under subsection (2) is or are not provided by the applicant within the specified time or extended time, the application -
 - (a) shall be deemed to have been withdrawn; and
 - (b) shall not be further proceeded with,
 without prejudice to a fresh application being made by the applicant.
- (4) An application may be withdrawn at any time before it is granted or refused.

26. The Director General may refuse to proceed with an application for registration, and may require that the application be appropriately amended or completed and resubmitted or that a fresh application be submitted in its place if - **Refusal to process application for registration**

- (a) the application form as prescribed is not duly completed by reason of any omission or misdescription;
- (b) the application form contains an error or alteration; or
- (c) the application does not comply with any other prescribed requirement.

Grant of certificate registration

27. Upon receiving and having considered the application, the Director General may register the private medical clinic or private dental clinic with or without such terms

or conditions as he may deem necessary and issue a certificate of registration upon payment of the prescribed fee.

- | | | |
|--|------------|--|
| Certificate of registration to be exhibited | 28. | A copy of the certificate of registration shall be exhibited in a conspicuous part of the premises of the private medical clinic or private dental clinic. |
| Power to vary terms or conditions of registration | 29. | The Director General may, on an application in writing to him and upon payment of the prescribed fee, vary the terms or conditions of registration by endorsement on the certificate of registration or otherwise in writing. |
| Separate registration | 30. | <p>Separate registration shall be required for -</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) a private medical clinic and a private dental clinic which are physically, administratively and organisationally linked to each other; (b) a private medical clinic which is not physically, administratively and organisationally linked to another licensed or registered private healthcare facility; (c) a private dental clinic which is not physically, administratively and organisationally linked to another licensed or registered private healthcare facility; (d) a private medical clinic which is not physically linked but is organisationally or administratively linked to a registered private medical clinic, or to a licensed healthcare facility or service; (e) a private dental clinic which is not physically linked but is organisationally or administratively linked to a registered dental clinic or to a licensed healthcare facility or service; (f) a private medical clinic or a private dental clinic which is under an individual medical or dental practitioner, as the case may be, sharing manpower, facilities or services, in the same premises but which are not administratively nor organisationally linked to each other; and |

- (g) any other forms of organisation or administration of private medical clinics or private dental clinics as the Director General may determine.

PART VI

RESPONSIBILITIES OF A LICENSEE, HOLDER OF CERTIFICATE OF REGISTRATION AND PERSON IN CHARGE

- | | | | |
|------------|-----|---|-------------------------|
| 31. | (1) | A licensee or a holder of a certificate of registration in respect of a licensed or registered private healthcare facility or service shall - | Responsibilities |
| | | (a) ensure that the licensed or registered private healthcare facility or service is maintained or operated by person in charge; | |
| | | (b) inspect the licensed or registered private healthcare facility or service in such manner and at such frequency as may be prescribed; | |
| | | (c) ensure that persons employed or engaged by the licensed or registered private healthcare facility or service are registered under any law regulating their registration, or in the absence of any such law, hold such qualification and experience as are recognised by the Director General; and | |
| | | (d) comply with such other duties and responsibilities as may be prescribed. | |
| | (2) | Notwithstanding paragraph (1) (a), different persons may be appointed to manage and assume the duties and responsibilities relating to non-clinical matters including financial, administration and management of non-clinical resources. | |

- (3) Where a licensee or a holder of a certificate of registration who is a sole proprietor contravenes subsection (1), he commits an offence and shall be liable on conviction to a fine not exceeding one hundred thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding two years or to both.
- (4) Where a licensee or a holder of a certificate of registration who is a body corporate, partnership or society contravenes subsection (1), it commits an offence and shall be liable, on conviction to a fine not exceeding three hundred thousand ringgit.
- (5) Where an offence under subsection (1) is committed by a body corporate, a partnership or a society -
 - (a) in the case of a body corporate, the person responsible for the body corporate;
 - (b) in the case of a partnership, every partner in the partnership;
 - (c) in the case of a society, its office bearers,
 shall also be guilty of the offence and shall be liable, on conviction to fine not exceeding one hundred thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding two years or to both.

**Person in
charge**

- 32.** (1) A person in charge of a licensed or registered private healthcare facility or service shall hold such qualification, have undergone such training and possess such experience as may be prescribed.
- (2) A person in charge shall carry out such duties and responsibilities as may be prescribed.
- 33.** (1) It shall be the duty of a licensee or a holder of a certificate of registration to notify the Director General within fourteen days of its occurrence of any change in the person in charge of the private healthcare

**Change of
person in charge**

facility or service to which his or its licence or certificate of registration relates and the qualifications, training and experience of the new person in charge.

- (2) The licensee or the holder of a certificate of registration who fails to comply with subsection (1) commits an offence.

34. (1) It shall be the duty of the licensee of a private healthcare facility or service or the holder of a certificate of registration to ensure that persons providing personal care possess such qualification, have undergone such training and possess such experience as may be determined by the Director General. **Personal care aide**

- (2) A personal care aide may perform duties, functions and services as may be prescribed.
- (3) Notwithstanding subsection (1), a personal care aide cannot perform nursing care duties.
- (4) Any person who contravenes this section commits an offence.

35. (1) A licensee of a private healthcare facility or service or the holder of a certificate of registration or the person in charge of a private healthcare facility or service shall make available, upon registration or admission, as the case may be, its policy statement with respect to the obligations of the licensee or holder of the certificate of registration to patients using the facilities or services. **Policy statement**

- (2) A policy statement shall cover such matters as may be prescribed.

- | | | |
|---|------------|---|
| Patient
Grievance
Mechanism | 36. | <p>(1) The licensee of a private healthcare facility or service or holder of a certificate of registration shall establish a plan for grievance mechanism for patients using the premises of the private healthcare facility or service.</p> <p>(2) A grievance mechanism plan and grievance procedure shall be as prescribed.</p> |
| Incident
reporting | 37. | <p>(1) Notwithstanding any other report required by any other written law, a private healthcare facility or service shall report to the Director General, or any person authorized by him in that behalf, such unforeseeable and unanticipated incidents as may be prescribed.</p> <p>(2) This section shall apply to any unforeseeable or unanticipated incident that occurs on or after the date of commencement of this Act.</p> |
| Emergency
Treatment
and services | 38. | <p>(1) Every licensed and registered private healthcare facility or service shall at all times be capable of instituting, and making available, essential life saving measures and implementing emergency procedures on any person requiring such treatment or services.</p> <p>(2) The nature and scope of such emergency measures, procedures and services shall be as prescribed.</p> |

PART VII

GENERAL PROVISIONS RELATING TO APPROVAL, LICENCE AND REGISTRATION

- | | | |
|---|------------|--|
| Restriction
on use of
premises | 39. | <p>(1) The premises to which a license to operate or provide a private healthcare facility or service or a certificate of registration relates shall not be used for any purpose in respect of which the licence or certificate is issued, and purposes reasonably incidental thereto.</p> |
|---|------------|--|

- (2) If the licensed or registered private healthcare facility or service is used in any manner contrary to subsection (1) -
- (a) where a licensee or the holder of the certificate of registration is a sole proprietor, he commits an offence and shall be liable on conviction -
- (i) to a fine not exceeding one hundred thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding two years or to both; and
 - (ii) in the case of a continuing offence, to a fine not exceeding one thousand ringgit for every day or part of a day during which the offence continues after conviction; and
- (b) where the licensee or the holder of the certificate of registration is a body corporate, partnership or society, it commits an offence and shall be liable on conviction -
- (i) to a fine not exceeding three hundred thousand ringgit; and
 - (ii) in the case of a continuing offence to a fine not exceeding five thousand ringgit for every day or part of a day during which the offence continues after conviction; and
- (c) where an offence under subsection (1) is committed by a body corporate, a partnership of a society -

- (i) in the case of a body corporate, the person responsible for the body corporate;
- (ii) in the case of a partnership, every partner in the partnership;
- (iii) in the case of a society, its office bearers,

shall also be guilty of the offence and shall be liable on conviction -

- (A) to a fine not exceeding one hundred thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding two years or to both; and
- (B) in the case of a continuing offence to a fine not exceeding one thousand ringgit for every day or part of a day during which the offence continues after conviction.

**Prohibition
on extension
and alteration**

- 40.** (1) No person shall make any structural or functional extension or alteration to any licensed private healthcare facility or service or to any part thereof which affects -
- (a) the purpose for which the licensed private healthcare facility was established, maintained, operated or provided;
 - (b) any of the terms or conditions of the approval to establish or maintain or licence to operate or provide; or
 - (c) the standards of the facilities or services provided.
- unless the prior written approval of the Director General is obtained.

- (2) An application for the extension or alteration under Subsection (1) shall be made to the Director General in the prescribed form and manner and shall be accompanied by the prescribed fee.
- (3) If the Director General considers that an application under subsection (2) relates to proposals for extension or alterations -

- (a) that do not relate to or affect the care and safety of patients; or

- (b) that are minor in nature,

the Director General may waive the fee payable, or refund the fee paid, under subsection (2) in relation to an application for approval of extension or alteration.

- (4) Any person who contravenes subsection (1) commits an offence.

- 41.**
- (1) No approval to establish or maintain or licence to operate or provide a private healthcare facility or service or certificate of registration of a private medical or dental clinic shall be transferred, assigned or otherwise disposed of unless the prior written approval of the Director General has been obtained. **Transfer, etc of approval, licence and certificate**
 - (2) An application for the transfer, assignment, or disposal of an approval, a licence or a certificate of registration shall be made to the Director General in the prescribed form and manner and shall be accompanied by the prescribed fee.
 - (3) The Director General may on such application approve the transfer, assignment or disposal subject to such terms or conditions as he may impose by making an endorsement on the

approval, licence or certificate of registration or may, if he thinks fit, refuse to approve the transfer, assignment or disposal.

- 42.** (1) The Director General shall cause to be kept and maintained in such form and manner as may be prescribed - **Registers**

- (a) a register of all private healthcare facilities or services licensed under this Act;
- (b) a register of all private medical clinics and private dental clinics registered under this Act; and
- (c) such other register or registers as he deems that the private healthcare facility or service should maintain.

Act 56

- (2) The registers in paragraphs 1 (a) and (b) shall be deemed to be public document within the meaning of the Evidence Act 1950 and shall be open for public inspection and the public may make a search on and obtain extracts from the registers upon payment of a prescribed fee.

PART VIII

SUSPENSION AND REVOCATION OF APPROVAL AND LICENCE, REFUSAL TO RENEW THE LICENCE AND SUSPENSION, AND REVOCATION OF REGISTRATION

- Show cause** **43.** The Director General may serve on the holder of the approval to establish or maintain or a licensee under this Act a show cause notice of his intention to suspend or revoke the approval or licence or refusal to renew the licence, as the case may be, and he may serve on a holder of a certificate of registration granted under this Act a show cause notice of his intention to suspend or revoke the registration.

**Grounds for
suspension, etc
relating to
administration
of private
healthcare
facility or
service**

- 44.** The Director General may issue the show cause notice in section 43 if he is satisfied that it is expedient so to do on the ground that the holder of the approval or the licensee or the holder of the certificate of registration, as the case may be -
- (a) has obtained the approval, licence or registration by any false or misleading statement;
 - (b) has breached any term or condition imposed by the Director General on the approval, licence or registration;
 - (c) has been convicted for an offence under this Act or any other written law;
 - (d) has failed to comply with any direction, order or guideline given to him or it by the Minister or the Director General;
 - (e) has used the premises to which the approval, licence or registration relates contrary to the purpose of the approval, licence or registration ;
 - (f) has operated or used the private healthcare facility or service in a manner which is detrimental to the interest of the public as the Director General may decide;
 - (g) has established or maintained policies or issued directives that result in healthcare professionals contravening the code of professional conduct of the medical, dental or nursing or other healthcare profession issued by the Malaysian Medical Council, Malaysian Dental Council, Nursing Board or Midwifery Board or any other healthcare regulatory body, as the case may be; or
 - (h) has ceased to operate the private healthcare facility or service.

- 45.** The Director General may issue the notice in section 43 if the holder of the approval or licensee or the holder of a certificate of registration is a sole proprietor -
- Grounds for suspension, revocation, refusal to renew licence, etc, relating to qualification of sole proprietor**
- (a) who is a registered medical practitioner, and whose name has been struck off from the Malaysian Medical Register pursuant to paragraph 30 (i) of the Medical Act 1971; **Act 50**
 - (b) who is a registered dentist, and whose name has been struck off from the Malaysian Dental Register pursuant to paragraph 33 (1) (a) of the Dental Act 1971; **Act 51**
 - (c) who is a registered medical practitioner, and whose name has been suspended from the Malaysian Medical Register pursuant to paragraph 30 (ii) of the Medical Act 1971;
 - (d) who is a registered dentist, and whose name has been suspended from the Malaysian Dental Register pursuant to Paragraph 30 (1) (b) of the Dental Act 1971;
 - (e) who is a registered nurse, and whose name has been struck off from the Register of Nurses pursuant to paragraph 32 (a) of the Nurses Registration Regulations 1985; **P.U. (A) 494/85**
 - (f) who is a registered midwife, and whose name has been struck off from the Register of Midwives pursuant to paragraph 13 (b) of the Midwives Act 1966; **Act 436**

- (g) who is a registered nurse, and whose name has been suspended from the Register of Nurses pursuant to paragraph 32 (b) of the Nurses Registration Regulations 1985; or
- (h) who is a registered midwife, and whose name has been suspended from the Register of Midwives pursuant to paragraph 13B (b) of the Midwives Act 1966.

Grounds for suspension, revocation, or refusal to renew approval, licence or certificate of registration

Act 50

Act 51

- 46.** The Director General may issue the notice in section 43 if the holder of the approval or licensee or the holder of a certificate of registration is a body corporate, partnership or society which does not remove member of its board of directors, partner or office bearers, as the case may be -
- (a) whose name has been struck off from the Malaysian Medical Register pursuant to paragraph 30 (i) of the Medical Act 1971;
 - (b) whose name has been struck off from the Malaysian Dental Register pursuant to paragraph 33 (1) (a) of the Dental Act 1971;
 - (c) whose name has been struck off from the Register of Nurses pursuant to paragraph 32 (a) of the Nurses Registration Regulations 1985;
 - (d) whose name has been struck off from the Register of Midwives pursuant to paragraph 13B (a) of the Midwives Act 1966;
 - (e) whose name has been suspended from the Malaysian Medical Register pursuant to paragraph 30 (ii) of the Medical Act 1971;
 - (f) whose name has been suspended from the Malaysian Dental Register pursuant to paragraph 32 (1) (b) of the Dental Act 1971;

- (g) whose name has been suspended from the Register of Nurses pursuant to paragraph 32 of the Nurses Registration Regulations 1985; or
- (h) whose name has been suspended from the Register of Midwives pursuant to paragraph 13B (b) of the Midwives Act 1966.
- 47.** The grounds set out in sections 44, 45 and 46 shall be in addition to such other ground as may be provided for under any other provision of this Act. **Additional grounds**
- 48.** Upon receiving the notice under section 43 from the Director General, the holder of the approval, licensee or holder of the certificate of registration may submit representations to the Director General within twenty one days. **Representations**
- 49.** (1) After the expiry of the time determined in the notice for the making of representation and after considering any representation made under section 48, the Director General may - **Power of Director General to suspend, revoke, or refuse renewal**
- (a) suspend the approval, licence or registration for such period as he may determine and subject to such terms or conditions as he may impose;
- (b) revoke the approval, licence or registration, as the case may be;
- (c) refuse to renew the licence; or
- (d) issue a warning and give directions to the holder of the approval, licensee or the holder of the certificate of registration to rectify the situation to the satisfaction of the Director General.

- (2) Any holder of the approval, licensee or holder of a certificate of registration aggrieved by the order of the Director General under subsection (1) may appeal to the Minister within thirty days from the service of the order on him or it, and the decision of the Minister to confirm, vary or revoke the order of the Director General shall be final and conclusive.

**Surrender of
licence or
certificate**

- 50.** Where approval has been suspended or revoked or a licence has been suspended, revoked or refused renewal or a registration has been suspended or revoked under sections 44, 45 and 46, the holder of the approval, the licensee or holder of a certificate of registration shall surrender the approval or licence or certificate of registration, as the case may be, to the Director General.

**Cessation of
operation**

- 51.** During the period of the suspension of an approval, licence or registration or as from the date of the revocation of the approval, licence or registration, as the case may be, the holder of the approval, licensee or the holder of a certificate of registration shall not operate the private healthcare facility or service in respect of which the approval, licence or certificate of registration has been suspended, revoked or refused renewal, as the case may be.

PART IX

CLOSURE OF PRIVATE HEALTHCARE FACILITIES OR SERVICES

**Order for
temporary
closure of
private
healthcare
facilities or
services**

- 52.** (1) The Director General may, if it appears to him that the continued operation of any private healthcare facility or service would pose a grave danger to the public, by notice in writing order the closure of the private healthcare facility or service for such period and upon such term, condition or direction as he thinks fit or until further notice, and may take such other measures as are necessary to protect the public from grave danger.

- (2) Any order under subsection (1) shall be served on the licensee of such facility or service or the holder of a certificate of registration in respect of the facility or service or the person in charge of the facility or service and shall take effect from the date of service thereof.
- (3) A sole proprietor who fails to comply with the order served on him under subsection (1) commits an offence and shall be liable on conviction -
 - (a) to a fine not exceeding fifty thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding one year or to both; and
 - (b) in the case of a continuing offence, to a fine of one thousand ringgit for every day or part of the day during which the offence continues after conviction.
- (4) A body corporate, partnership or society which fails to comply with the order served on it under subsection (1) commits an offence and shall be liable on conviction -
 - (a) to a fine not exceeding one hundred thousand ringgit; and
 - (b) in the case of a continuing offence, to a fine of five thousand ringgit for every day or part of the day during which the offence continues after conviction.
- (5) Where an offence under subsection (1) is committed by a body corporate, a partnership or a society -
 - (a) in the case of a body corporate, the person responsible for the body corporate;
 - (b) in the case of a partnership, every partner in the partnership;

(c) in the case of a society, its office bearers,

shall also be guilty of the offence and shall be liable on conviction -

(aa) to a fine not exceeding fifty thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding one year or to both; and

(bb) in the case of a continuing offence, to a fine of one thousand ringgit for every day or part of the day during which the offence continues after conviction.

**Conditions
for closure,
selling or
otherwise
disposing
of private
healthcare
facility or
service**

- 53.** (1) Where the licensee of a private healthcare facility or service, or the holder of a certificate of registration, intends to close down, transfer, sell or otherwise dispose of the private healthcare facility or service, he or it shall give the Director General not less than thirty days notice in writing of his or its intention.
- (2) The licensee or a holder of a certificate of registration whose licence or registration has been revoked or suspended, as the case may be, or who has been refused renewal of such licence shall notify the Director General in writing of his or its intention to close down, transfer, sell or otherwise dispose of the private healthcare facility or service as soon as practicable.
- (3) The licensee or the holder of a certificate shall comply with such directions as the Director General may give with regard to the accommodation and care of the patients, and the care of medical records in the licensed or registered private healthcare facility or service, before closing down, transferring, selling or otherwise disposing of the licensed or registered private healthcare facility or service.

- (4) Any person who contravenes this section commits an offence.
- (5) The licensee or the holder of a certificate of registration shall surrender the licence or certificate of registration immediately upon the suspension, revocation, or refusal to renew the licence or suspension or revocation of the certificate or registration or discontinuance or closure of the operation of the premises.

PART X

BLOOD BANK

Interpretation

- 54.** In this Part, unless the context otherwise requires -

"blood product" means any substance freshly derived from natural human blood and includes plasma, plasma component and blood cells but does not include any fractionated blood product;

"fractionated blood product" means plasma proteins obtained through a chemical manufacturing process;

"natural human blood" means unprocessed human blood;

"supply" means supply by way of sale, exchange or gift and includes receiving, keeping or storing for the purpose of supply.

- 55.** No person shall supply, agree to supply, offer to supply or hold himself out as being willing to supply natural human blood or blood product.

**Prohibition on
supply of natural
human blood and
blood product**

- | | |
|---|--|
| <p>56. Without prejudice to section 55, no person shall import or export human blood or blood product for transfusion purposes unless he holds a certificate issued under paragraph 57 (1) (a) or (b).</p> | <p>Import and export of natural human blood and blood product</p> |
|---|--|
-
- | | |
|--|---|
| <p>57. (1) The Director General may, on application made in the prescribed form and upon payment of a prescribed fee, issue a certificate authorizing any person, subject to such conditions and restrictions as may be imposed -</p> <p style="margin-left: 40px;">(a) to import or export blood products for transfusion purposes; or</p> <p style="margin-left: 40px;">(b) to import or export natural human blood for transfusion purposes.</p> <p>(2) A certificate issued under subsection (1) may at any time be revoked by notice in writing.</p> <p>(3) Upon receipt of the notice under subsection (2) from the Director General the person to whom the certificate under subsection (1) is issued, may submit representations to the Director General within such time as may be Determined by Director General in the notice.</p> <p>(4) After the expiry of the time determined in the notice for the making of representation and after considering any representation made under subsection (3) the Director General may -</p> <p style="margin-left: 40px;">(a) revoke the certificate;</p> <p style="margin-left: 40px;">(b) issue a warning and give directions to the holder of the certificate to take any action to the satisfaction of the Director General; or</p> | <p>Issue of certificate to import and export natural human blood and blood product</p> |
|--|---|

(c) take no further action.

**Consent to
test blood
from donors**

- 58.** The person in charge of a private healthcare facility or service intending to test blood from a donor shall obtain the donor's written consent to test his blood for such diseases as may be specified by the Director General from time to time and in accordance with such procedures as may be prescribed.

PART XI

BLOOD TRANSFUSION SERVICES

**Storage
facilities**

- 59.** (1) All private hospitals, maternity homes, and ambulatory surgical care centres, and all other private healthcare facilities providing emergency care services regularly or surgical services, shall maintain proper blood storage facilities as may be prescribed.
- (2) The storage facilities shall be under the adequate control and supervision of the person in charge of the private healthcare facility or service.
- (3) Blood and blood products in the premises of such facility or service shall be stored in refrigerator.
- (4) Refrigerators used or intended to be used for storing blood and blood products shall have an adequate alarm system and shall be regularly inspected and otherwise shall be safe and adequate for the amount of blood and blood products to be stored.

- 60.** Every private hospital, maternity home and ambulatory surgical care centre, and any other healthcare facility providing emergency services regularly or surgical services, shall maintain a minimum blood supply in its premises at all times for its daily use or be in a position to obtain blood

**Minimum blood
supply**

quickly from other licensed blood banks or Government facilities for its daily needs.

- | | |
|--|--|
| <p>61. Every private hospital, maternity home and ambulatory surgical care centre and any other private healthcare facilities providing emergency services regularly or surgical services shall maintain records indicating the receipt and disposition of all blood and blood products provided to patients in its premises.</p> | <p>Maintain records or receipt and disposition of blood</p> |
| <p>62. The person in charge or the licensee of every private hospital, maternity home and ambulatory surgical care centre and any other healthcare facility providing emergency services regularly or surgical services shall investigate all transfusion reactions occurring in its premises.</p> | <p>Transfusion reactions</p> |
| <p>63. The person in charge or licensee of every private hospital, maternity home and ambulatory surgical care centre, and any other private healthcare facility providing emergency care services regularly or surgical services, shall make recommendations to the Medical Advisory Committee regarding improvements in transfusion procedure at the end of an investigation made under section 62.</p> | <p>Recommendations to the Medical Advisory Committee</p> |

PART XII

MORTALITY ASSESSMENT

- | | |
|---|------------------------------|
| <p>64. In this Part, unless the context otherwise requires -</p> <p>"assessable death" means a death that, in the opinion of any medical practitioner or dental practitioner, may be related to anesthesia or any anesthetic procedure, or medical technology or any medical procedure, or surgery or any surgical procedure; "Committee" means a National Mortality Assessment Committee.</p> | <p>Interpretation</p> |
|---|------------------------------|

**Establishment
of National
Mortality
Assessment
Committee**

- 65.** (1) The Director General shall have the power to establish a committee or committees each to be known as the National Mortality Assessment Committee.
- (2) A Committee shall consist of a Chairman and such other members as may be appointed by the the Director General.
- (3) Notwithstanding subsection (2), the Director General may appoint a permanent member or Members who shall sit in a Committee.
- (4) Each member of a Committee shall hold office for such term and subject to such conditions as may specified in his letter of appointment.

**Functions of
National
Mortality
Assessment
Committee**

- 66.** (1) The Committee shall have the following functions :
- (a) to receive and consider information relating to assessable deaths;
- (b) to promote the safe and efficient use of anesthetic, medical or surgical procedures, or medical technology.
- (2) Without prejudice to the generality of the following provisions, the Committee shall in carrying out its functions -
- (a) determine the extent, if any, to which -
- (i) anesthesia or any anesthetic procedure;
- (ii) medical technology or any medical procedure; or
- (iii) surgery or any surgical procedure, contributed to the death;

- (c) determine whether the assessable death under subparagraph (2) (a) (i), (ii) or (iii) might have been averted had the effects or consequences of anesthesia or anesthetic procedure, medical technology or medical procedure, or surgery or surgical procedures, had been better or more fully understood or provided for.
- (3) In performing its functions the Committee shall not allocate any blame to any medical or dental practitioner or to any other person.
67. (1) A person in charge of a private healthcare facility or service shall ensure that every medical or dental practitioner who administers any anaesthesia or anaesthetic or medical or surgical procedure or uses any medical technology on a patient whose death is an assessable death shall, as soon as practicable, but in any case not more than 72 hours after he learns of the occurrence of that death, notify the Director General of the name of the patient, his opinion as to the cause of the death, and his own name and address. **Reporting of assessable deaths**
- (2) On receipt of any notification under subsection (1), the Director General shall forthwith in writing forward the Information to the Chairman of a Committee.
68. (1) For the purpose of the functions of a Committee, the Chairman may require any medical practitioner or dental practitioner or any other relevant person to supply all or any specified information in his possession relating to an assessable death, and to the anesthesia or anesthetic procedure or medical technology or medical procedure or surgery or surgical procedure relating to any assessable death, including clinical or medical records, and other material **Medical and dental practitioners to provide information**

documents in his possession or under his control, notwithstanding subsection 112 (4) or any rule of law or custom or practice to the contrary.

- (2) Every medical practitioner and dental practitioner and any other person who has knowledge of an assessable death shall answer fully to the best of his knowledge and ability every relevant question asked of him by a Chairman of a Committee.
- (3) The Chairman of a Committee shall give to the respective Committee all the information he receives under section 67 and this section in relation to an assessable death, other than -
 - (a) the name of the deceased person;
 - (b) the names of the medical practitioner or dental practitioner or any other person who carried out the anesthetic, medical or surgical procedure or who used any medical technology concerned; and
 - (c) the name of the private healthcare facility or place where the death occurred.

**Publication
of information**

- 69.** (1) Subject to subsection (2), the Committee shall, in accordance with such directions as the Director General may, from time to time give, publish to persons concerned with anesthesia, anesthetic procedures, medical technology, medical procedures, surgery or surgical procedures, and to such other persons or classes of persons as the Director General may specify any conclusion and recommendations it reaches in relation to the performance of its functions.
- (2) No publication made under subsection (1) shall contain the name of any person whose death has been considered by a Committee or any medical practitioner or dental practitioner or any other person who has in any way been involved in the

care or treatment of the deceased person.

- (3) Notwithstanding subsections (1) and (2), the Chairman of a Committee shall furnish to the medical practitioner or dental practitioner whose patient's death was notified as an assessable death the conclusion and recommendations of the Committee.

- 70.** (1) All information obtained by a Committee or a mortality assessment committee established under section 72 by a private healthcare facility, or by any other person, in the course of the exercise of the functions of such committee or person, shall be treated as confidential except -
- Secrecy of
information
obtained by
Committee**
- (a) for purposes connected with those functions;
- (b) for the purpose of an investigation of any alleged crime; or
- (c) for the purpose of any criminal proceeding.
- (2) Nothing in this section shall limit or affect the provisions of section 67, 68 or 71.
- (3) Section 115 shall be read subject to the section.
- (4) Any person who, whether directly or indirectly, divulges any information in contravention of subsection (1) commits an offence and shall be liable on conviction to a fine not exceeding one thousand ringgit.
- (5) No person shall be compelled or permitted to divulge, in any civil proceeding, any information relating to an assessable death that he has acquired in the course of his duties under sections 67, 68 and 71 and no such information shall be admissible as evidence in any civil proceedings.
- (6) Nothing in this section shall limit or affect the notification of deaths.

- | | | |
|--|---|--|
| <p>71.</p> <p>Mortality assessment committee at private healthcare facility or service level</p> | <p>(1) No person who does not who does any act for any purpose connected with functions of a Committee, including an act done pursuant to or in connection with the function of a mortality assessment committee established under section 72 shall be under any civil or criminal liability in respect of any such act, whether on the ground of want of jurisdiction, or mistake of law or fact, or on any other ground, unless he has acted in bad faith or without reasonable care.</p> <p>(2) No proceedings, civil or criminal, shall be brought against any person in any Court in respect of any such act except by leave of a Judge of the High Court.</p> <p>(3) Notice of any application for leave under subsection shall be given to the person against whom it is sought to bring the proceedings concerned; and that person shall be entitled to be heard against the application.</p> <p>(4) Leave to bring such proceedings shall not be granted unless application for the leave is made within one year after the act complained of, or, in the case of a continuance of injury or damage, within one year after the cessation of the injury or damage.</p> <p>(5) In granting the leave to bring any such proceedings, the Judge may limit the time within which the leave may be exercised.</p> <p>72.</p> <p>(1) Notwithstanding section 65, any private healthcare facility or service may establish at its level any mortality assessment committee to carry out similar functions as in section 66.</p> <p>(2) The person in charge of a private healthcare facility or service shall appoint in respect of each mortality assessment committee a chairman who shall have the powers in section 68.</p> | <p>Protection of persons carrying out functions as members of Committee</p> |
|--|---|--|

- (3) Subject to subsection (4), a mortality assessment committee under this section shall, in accordance with such directions as the person in charge in the premises concerned with anesthesia, anesthetic procedures, medical technology, medical procedures, surgery or surgical procedures, and to such other persons and classes of person as the person in charge specifies, any conclusions and recommendations it reaches in the performance of its functions.
 - (4) No publication made under subsection (3) shall contain the name of, or any information that could lead to the identification of, any person whose death has been considered by the committee or any medical practitioner or dental practitioner or any other person who has in any way been involved with the care or treatment of that person.
 - (6) Notwithstanding subsection (3) and (4) the Chairman shall supply the medical practitioner or dental practitioner whose patient's death was notified as an assessable death with the conclusion and recommendations of the committee.
- 73.**
- (1) Nothing in this Part shall limit or affect any independent investigation conducted against any person under any disciplinary jurisdiction. **Independent investigation**
 - (2) For the purposes of this section, the Chairman or any other member of a Committee or the committee established under section 72 shall not be involved in the disciplinary proceeding exercise.

PART XIII

QUALITY OF HEALTHCARE FACILITIES AND SERVICES

- | | | |
|---|---|---|
| Power
of Director
general to
give
directions | <p>74. (1) Every private healthcare facility or service shall have programmes and activities to ensure the quality and appropriateness of healthcare facilities and services provided.</p> <p>(2) Information regarding such programmes and activities shall be furnished to the Director General as and when required by him.</p> <p>75. (1) Where the Director General is of the opinion that any prescribed requirement or any prescribed standard which applies to a private healthcare facility or service is not being observed by that facility or service, the Director General may give to the holder of the approval, licensee or the holder of a certificate of registration in respect of such facility or service such directions in writing as he thinks necessary for the observance of the requirement or standard and shall state in the directions the period within which the holder of the approval, licensee or the holder of a certificate of registration is required to comply with the directions.</p> <p>(2) Where in the opinion of the Director General use of any apparatus, appliance, equipment, instrument, substance or any activity in a private healthcare facility or service or the manner in which any blood, blood product, human tissue or fluid or any product of the human body, substance or sample is used, collected, handled, stored or transported, or any other activity conducted is detrimental to the health and safety of any person therein or is otherwise unsuitable for the purpose for</p> | <p>Quality of
healthcare
facilities and
services</p> |
|---|---|---|

which it is used, the Director General may, by notice, direct the holder of the approval, licensee or the holder of a certificate of registration in respect of such facility or service to stop using the apparatus, appliance, equipment, instrument or substance or to stop the activity.

- (3) The Director General may, by notice, further direct the holder of the approval, licensee or the holder of a certificate of registration to install or replace such apparatus, appliance, equipment, instrument, substance or any activity therein, and to adhere to such procedures or as may be specified in the notice.
- (4) The holder of the approval, licensee or the holder of a certificate of registration who fails to comply with the directions of the Director General under this section commits an offence and shall be liable on conviction -
 - (a) in the case of a sole proprietor -
 - (i) to a fine not exceeding twenty thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding four months or to both; and
 - (ii) in the case of a continuing offence, to a fine of one thousand ringgit for every day or part of the day during which the offence continues after conviction;
 - (b) in the case of a body corporate, partnership or society -
 - (i) to a fine not exceeding fifty thousand ringgit; and
 - (ii) in the case of a continuing offence, to a fine of five thousand ringgit for every day or part of the day during which the offence continues after conviction.

- (5) Where an offence under this section is committed by a body corporate, partnership or society -
- (a) in the case of a body corporate, the person responsible for the body corporate;
 - (b) in the case of a partnership, every partner in the partnership;
 - (c) in the case of a society, its office bearers,
- shall also be guilty of the offence and shall be liable on conviction -
- (aa) to a fine not exceeding twenty thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding four months or to both; and
 - (bb) in the case of a continuing offence, to a fine of one thousand ringgit for every day or part of the day during which the offence continues after conviction.

**Power of
Director
General to
issue
directives,
orders or
guidelines
relating to
quality
assurance**

- 76.** The Director General may issue directives, orders, or guidelines relating to the quality and standards of private healthcare facilities services as he deems necessary.

PART XIV

BOARD OF MANAGEMENT AND ADVISORY COMMITTEE

**Board of
Management**

- 77.** (1) The licensee of a private hospital, private maternity home, private ambulatory care centre, private hospice, private psychiatric hospital or any other private healthcare facility or service as the Minister may specify, shall establish a Board of Management of whom two members shall be from the Medical Advisory Committee established under paragraph 78 (b) or 79 (b).
- (2) Where a private ambulatory care centre, private hospice, private psychiatric hospital or any other private healthcare facility or service as the Minister may specify, provides or intends to provide both medical and dental services, the licensee of such facility or service shall establish a Board of Management of whom two members shall be from the Medical and Dental Advisory Committee established under paragraph 78 (c).

**Medical or
Dental
Advisory
Committee**

- 78.** The licensee of a private healthcare facility or service shall ensure that -
- (a) the medical and dental management of patients vests in a registered medical practitioner and a registered dental practitioner respectively;
- (b) where the facility or service is a private hospital, private ambulatory care centre, private hospice, or private psychiatric hospital, there is established a Medical Advisory Committee whose members shall be registered medical practitioners representing all medical practitioners practising in the facility or service to advise the Board of Management, the licensee and person in charge on all aspects relating to medical practice;

- (c) where the facility or service is a private hospital, private ambulatory care centre, private hospice, private psychiatric hospital or any other private healthcare premises as the Minister may specify providing or intending to provide both medical and dental services, the licensee establishes a Medical and Dental Advisory Committee whose members shall be registered medical practitioners and registered dental practitioners representing all medical and dental practitioners practising in the private hospital, private ambulatory care centre, private hospice and private psychiatric hospital to advise the Board of Management, the licensee and person in charge on all aspects relating to medical and dental practices respectively.

79. The licensee of a private maternity home shall ensure that - **Midwifery Care
Advisory
Committee**

- (a) the medical management of patients vests in a registered medical practitioner;
- (b) there is established a Medical Advisory Committee or a Midwifery Care Advisory Committee in accordance with paragraph (c) or (d) ;
- (c) where midwifery care is provided by registered midwives, there is established a Midwifery Care Advisory Committee whose members shall be registered midwives representing all midwives practising in the maternity home to advise on all aspects relating to midwifery care and the visiting medical practitioner shall be a member of the Midwifery Care Advisory Committee;
- (d) where midwifery care is provided by a registered medical practitioner, paragraph 78 (b) shall apply.

**Nursing
Advisory
Committee**

- 80.** (1) The licensee of a private nursing home shall ensure that -
- (a) the medical management of patients vests in a registered medical practitioner or a visiting registered medical practitioner caring for the patients in the premises;
 - (b) there is established a Nursing Advisory Committee whose members shall be registered nurses representing all nurses practising in the nursing home to advise on all aspects relating to nursing care;
 - (c) the visiting registered medical practitioner is a member of the Nursing Advisory Committee.

**Penalty for
non-
compliance
with any of
the provision
of this Part**

- 81.** Any person who contravenes any of the provisions of this Part commits an offence.

PART XV

MANAGED CARE ORGANISATION

**Interpretation
of managed
care
organisation**

- 82.** (1) For the purpose of this Part, "managed care organisation" means any organisation or body with whom a private healthcare facility or service makes a contract or has an arrangement or intends to make a contract or have an arrangement to provide specified types or quality or quantity of healthcare within a specified financing system through one or a combination of the following mechanisms :
- (a) delivering or giving healthcare to consumers through the organisation or body's own healthcare provider or a third party healthcare provider in

accordance with the contract or arrangement between all parties concerned;

- (b) administering healthcare services to employees or enrollees on behalf of payors including individuals, employers or financiers in accordance with contractual agreements between all parties concerned.

- (2) The Minister may from time to time by notification in the *Gazette* declare any type of healthcare delivery arrangement other than those specified in subsection (1) to be managed care organisation.

- 83.** (1) The licensee of a private healthcare facility or service or the holder of a certificate of registration shall not enter into a contract or make any arrangement with any managed care organisation that results in -
- Contracts between
private
healthcare
facility or service
and managed care
organisation**
- (a) a change in the power of the medical practitioner or dental practitioner over the medical or dental management of patients as vested in paragraph 78 (a) and a change in the powers of the registered medical practitioner or visiting registered medical practitioner over the medical care management of patients as vested in paragraphs 79 (a) and 80 (a);
 - (b) a change in the role and responsibility of the Medical Advisory Committee, or Medical and Dental Advisory Committee as provided under section 78, the Midwifery Care Advisory Committee as provided under section 79 or the Nursing Advisory Committee as provided under section 80;

- (c) the contravention of any provisions of this Act and the regulations made under this Act;
 - (d) the contravention of the code of ethics of any professional regulatory body of the medical, dental, nursing or midwifery profession or any other healthcare professional regulatory body; or
 - (e) the contravention of any other written law.
- (2) The licensee or the holder of a certificate of registration or a managed care organisation who enters into a contract or makes any arrangement in contravention of subsection (1) commits an offence and shall be liable on conviction -
- (a) in the case of a licensee or holder of a certificate of registration who is a sole proprietor, to a fine not exceeding one hundred thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding two years or to both;
 - (b) in the case of a licensee or a holder of a certificate of registration who is body corporate, partnership or society, a fine not exceeding three hundred thousand ringgit; and
 - (c) in the case of a managed care organisation, a fine not exceeding five hundred thousand ringgit.
- (3) Where an offence under subsection (2) is committed by a body corporate, a partnership or a society or a managed care organisation -
- (a) in the case of a body corporate, the person responsible;
 - (b) in the case of a partnership, every partner in the partnership;
 - (c) in the case of a society, its office bearers;

- (d) in the case of a managed care organisation, the person responsible,

shall also be guilty of the offence and shall be liable on conviction to a fine not exceeding one hundred thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding two years or to both.

**Licensee
and holder
of certificate
of registration
to furnish
information
on managed
care
organisation
to Director
General**

- 84.** (1) A licensee or a holder of a certificate of registration having a contract or an arrangement with a managed care organisation shall furnish such information relating to such contract or arrangement to the Director General as he may, from time to time, specify.
- (2) A licensee or a holder of a certificate of registration who refuses or fails to furnish the information required under subsection (1) or furnishes false or misleading information commits an offence and shall be liable on conviction -
- (a) in the case of a sole proprietor, to a fine not exceeding ten thousand ringgit or imprisonment for a term not exceeding three months or to both; or
- (b) in the case of a body corporate, partnership or society, to a fine not exceeding fifty thousand ringgit.
- (3) Where an offence under subsection (2) is committed by a body corporate, a partnership or a society -
- (a) in the case of a body corporate, the person responsible;
- (b) in the case of a partnership, every partner in the partnership;
- (c) in the case of a society, its office bearers, shall also be guilty of the offence and shall be liable also on conviction to a fine not exceeding ten thousand ringgit or to

imprisonment for a term not exceeding three months or to both.

- 85.** (1) A managed care organisation or the owner of a managed care organisation having a contract or an arrangement with a licensee of a private healthcare facility or service or a holder of a certificate of registration shall furnish such information relating to the organisation as may required by the Director General. **Information by managed care organisation**
- (2) A managed care organisation or the owner of a managed care organisation who fails to furnish the information required under subsection (1) commits an offence and
- (a) in the case of a sole proprietor, to a fine not exceeding one hundred thousand ringgit; or
- (b) in the case of a body corporate, partnership or society to a fine not exceeding three hundred thousand ringgit.
- (3) Where an offence under subsection (2) is committed by managed care organisation or the owner of the managed care organisation which is a body corporate, a partnership or a society -
- (a) in the case of a body corporate, the person responsible;
- (b) in the case of a partnership, every partner in the partnership;

(c) in the case of a society, its office bearers,

shall also be guilty of the offence and shall be liable on conviction to a fine not exceeding one hundred thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding two years or to both.

**Register of
managed care
organisations**

- 86.** The Director General shall maintain a Register of managed care organisations having any contract or arrangement with any licensee of a private healthcare facility or service or any holder of a certificate of registration and such Register may contain such particulars as may be determined by the Director General.

PART XVI

ENFORCEMENT

**Appointment
of Inspectors**

- 87.** (1) The Director General may appoint such number of persons to be Inspectors as he deems necessary for the purposes of this Act.
- (2) An Inspector may exercise all or any of the powers vested in him under this Part.
- (3) The Director General shall have and may exercise all the powers vested in an Inspector under this Part.

- 88.** (1) An Inspector shall have the power to enter and inspect at any time any licensed or registered private healthcare premises which he suspects or has reason to believe to be used as a private healthcare facility or any other premises in or from which private healthcare services are provided without a licence or a certificate of registration. **Power of to enter and inspect**
- (2) In the course of an inspection under this section the Inspector may -

- (a) inspect, test and examine any apparatus, appliance, equipment or instrument used or found in the facility or premises;
- (b) inspect, test, examine, take, remove and detain samples of blood, blood products, human tissue or fluid or any product of the human body, dialysate, chemicals or pharmaceuticals found in the facility or premises;
- (c) inspect, test, examine, take and remove all containers, articles and other things that the Inspector reasonably believes to contain or to have contained blood or blood products, human tissue or fluid or any product of the human body, dialysate, chemicals or pharmaceuticals;
- (d) inspect any test or procedure or operation performed or carried out to ensure compliance with the provisions of this Act; and
- (e) inspect, make copies of and take extracts from any book, document, record or electronic material relating to the private healthcare facility or service or the premises.

89. (1) If it appears to a Magistrate upon written information on oath and after such enquiry as he considers necessary that there is reasonable cause to believe that -

Power to search and seize

- (a) any private healthcare facility or premises has been used or is about to be used for; or
- (b) there is in any private healthcare facility or premises evidence necessary to establish, the commission of an offence under this Act, the Magistrate may issue a search warrant in respect

of such facility or premises to an Inspector.

- (2) An Inspector to whom a search warrant has been issued under subsection (1) may, at any time by day or night and with or without assistance -
 - (a) enter the private healthcare facility or premises, if need be by force; and
 - (b) search the private healthcare facility or premises for and seize, and remove from the facility or premises, any book, record, document, apparatus, equipment, instrument, material, article, sample, blood, blood product, human tissue or fluid or any product of the human body, dialysate, chemical, pharmaceutical, substance or any other thing -
 - (i) in respect of which an offence has been committed;
 - (ii) in respect of which an offence is suspected to have been committed; or
 - (iii) that is reasonably believed to furnish evidence of the commission of the offence.
- (3) An Inspector may -
 - (a) break open any outer or inner door of any healthcare facility or premises, or any fence, enclosure, gate or other obstruction to the healthcare facility or premises, in order to effect entry thereinto;
 - (b) remove by force any obstruction to entry, search, seizure or removal as he is empowered to effect under subsection (2);

- (c) detain every person found in the healthcare facility or premises until the facility or premises have been searched;
- (d) in the case of a mobile healthcare facility or premises, seize such healthcare facility or premises;
- (e) place any book, record, document, apparatus, equipment, instrument, material, article, sample, blood, blood products, human tissue or fluid or any product of the human body, dialysate, chemical, pharmaceutical, substance or other thing, in a container;
- (f) where any book, record, document, apparatus, equipment, instrument, material, article, sample, blood or blood product, human tissue or fluid or any product of the human body, dialysate, chemical, pharmaceutical, substance or other thing referred to in paragraph (e) has been seized on any private healthcare facility or premises entered into in accordance with section 88 or 89, place the book, record, document, apparatus, equipment, instrument, material, article, sample, blood, blood product, human tissue or fluid or any product of the human body, dialysate, chemical, pharmaceutical, substance or other thing in a room, compartment or cabinet located on that private healthcare facility or premises;
- (g) mark, fasten and seal the container referred to in paragraph (e) or, as the case may be, the door or opening providing access to the room, compartment or cabinet referred to in paragraph (f).

- 90.** If an Inspector has reasonable cause to believe that by reason of delay in obtaining a search warrant under section 89 - **Search and seizure without warrant**
- (a) the investigation would be adversely affected;
 - (b) the object of the entry is likely to be frustrated;
 - (c) the book, record, document, apparatus, equipment, instrument, material, article, sample, blood, blood product, human tissue or fluid or any product of the human body, dialysate, chemical, pharmaceutical, substance or other thing sought may be removed or interfered with; or

he may exercise in, and in respect of, the private healthcare facility or premises all the powers referred to in section 89 in as full and ample a manner as if he were authorised to do so by warrant issued under that section.

Power to seal

- 91.** (1) Where an Inspector has reasonable cause to believe that any premises or place is being used as a private healthcare facility or to provide any private healthcare services -
- (a) without being licensed or registered under this Act; or
 - (b) in contravention of any of the conditions imposed by the Director General,
- the Inspector may immediately take such steps as he deems necessary or by any means seal such premises or place.
- (2) The person using the premises or place as a private healthcare facility or for providing private healthcare service shall, if the premises have been sealed -
- (a) within twenty-one days of such sealing produce to the Director General the

licence or certificate of registration of
the private healthcare facility or service;
and

(b) bear any cost incurred arising out of such action.

(3) The seal shall be removed if -

(a) the person referred to in subsection (2) complies with the requirement of that subsection; or

(b) an order of the court is obtained for such person to cease using the premises or place as a private healthcare facility or for providing private healthcare services, whichever is the earlier.

(4) An Inspector acting under this section shall not be liable for any cost arising out of such action or any damage to the premises or place sealed under this section unless such damage was wilfully done.

(5) Any action taken under this section in respect of any premises or place shall not prohibit the prosecution of any person using such premises or place as a private healthcare facility or for providing private healthcare service in contravention of this Act.

92.	(1)	An Inspector making an investigation under sections 89 and 100 shall have the power to require information, whether orally or in writing, from any person acquainted with the facts and circumstances of the matter under investigation.	Power to require information and examine persons
-----	-----	--	---

(2) Any person who, on being required by an Inspector to give information under this section, refuses to comply with such requirement or furnishes as true any information which he knows

or has reason to believe to be false, untrue or incorrect, in whole or in part, commits an offence.

- (3) When any information furnished under subsection is proved to be false, untrue or incorrect, in whole or in part, it shall be no defence to allege that such information or any part thereof was misinterpreted or furnished inadvertently or without criminal or fraudulent intent.
- (4) An Inspector making an investigation under this Act may exercise any or all of the powers conferred by section 111 of the Criminal Procedure Code, and sections 112 to 116 of the Code shall apply to statements made by the persons examined in the course of such investigation.

F.M.S. Cap 6

**Duty to
assist
Inspector**

- 93.** Whenever an Inspector exercises his powers under sections 88, 89, 90, 91 and 92 it shall be the duty of the licensee or a holder of a certificate of registration in respect of a licensed or registered private healthcare facility or service, a person in charge and an employee of such facility or service, or the owner or occupier of any premises used as a private healthcare facility or from which private healthcare service is provided, and any person found therein -
 - (a) to provide the Inspector with all such facility and assistance as the Inspector may reasonably require;
 - (b) to give the Inspector all reasonable information required by him in respect of the private healthcare facility or service or premises, as the case may be, relating to its management or any other matter connected therewith; and
 - (c) to produce any book, record or document in his possession or custody or under his control or within his power to furnish relating to the affairs of the private healthcare facility or service or premises.

**Offences in
relation to**

- 94.** A person who -

inspection

- (a) wilfully delays, impedes or obstructs an Inspector;
- (b) fails to provide the facilities or assistance, or refuses to furnish the information, required by an Inspector; or
- (c) without reasonable excuse fails or refuses to produce any book, record, document, apparatus, equipment, instrument, material, article, sample, blood, blood products, human tissue or fluid or any product of the human body, dialysate, chemicals, pharmaceuticals, substance or any other thing required by an Inspector, in the exercise of any power conferred on the Inspector under sections 88, 89, 90, 91 and 92 shall be guilty of an offence and shall be liable on conviction to a fine not exceeding thirty thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding six months or to both.

- 95.** (1) Where any seizure is made under section 88, 89 or 90 on any private healthcare facility or premises the seizing Inspector shall prepare a list of the things seized from the premises. **List of things Seized**
- (2) If the owner or the person in charge of the private healthcare facility or premises is present during the seizure, the list prepared under subsection (1) shall be given to him.
- (3) For the purpose of this section, "owner" includes an agent or a representative of the owner.
- 96.** (1) Any thing liable to seizure or detention under this Act shall be liable to forfeiture. **Forfeiture of things seized**
- (2) Where any book, record, document, apparatus, equipment or instrument, has been seized under this Act, the Director General may, at his discretion, temporarily release such book,

record, document, apparatus, equipment or instrument to its owner on security being furnished to the Director General's satisfaction that the book, record, document, apparatus, equipment or instrument will be surrendered to him on demand or produced before a court of competent jurisdiction on demand.

- (3) An order for the forfeiture or for the release of all the things seized and liable to forfeiture under this Act shall be made by the court before which the prosecution with regard thereto has been held and an order for the forfeiture of the things seized shall be made if it is proved to the satisfaction of the court that an offence under this Act has been committed and that the things seized were the subject matter of or were used in the commission of the offence, notwithstanding that no person may have been convicted of such offence.
- (4) If there is no prosecution with regard to any thing seized such thing shall be taken and deemed to be forfeited at the expiration of one calendar month from the date of seizure unless before that date a claim thereto is made in the following manner :
 - (a) a person asserting that he is the owner of the thing seized and that it is not liable to forfeiture may personally or by his agent authorised in writing give written notice to the Inspector in whose possession such thing is held that he claims the thing;
 - (b) in receipt of such notice the Inspector shall refer the claim to the Director General who may order that such thing be released or may direct such Inspector to refer the matter to a Magistrate or a Judge of a Sessions Court for a decision;

was (c) the Magistrate or Judge to whom the matter is referred shall issue a summons requiring the person asserting that he is the owner of the thing seized and the person from whom it seized to appear before him and on his appearance or default, due service of the summons having been proved, the Magistrate or Judge shall proceed to the examination of the matter and, on proof that an offence under this Act has been committed and that the thing seized was the subject matter of or was used in the commission of such offence, shall order the thing to be forfeited and shall, in the absence of such proof, order its release.

(5) If -

- (a) an Inspector who has seized any blood, blood product, human tissue or fluid or any product of the human body, dialysate, chemical, pharmaceutical or any other thing under section 89 or 90 is satisfied that the blood, blood product, human tissue or fluid or any product of the human body, dialysate, chemical, pharmaceutical or any other thing, contains a prescribed contaminant; and
- (b) the blood, blood product, human tissue or fluid or any product of the human body, dialysate, chemical, pharmaceutical or any other thing is not required or is no longer required to be retained for the purpose of any legal proceedings,

the Inspector shall cause the blood, blood product, human tissue or fluid or any product of the human body, dialysate, chemical, pharmaceutical or any other thing, to be destroyed.

97. No person shall, in any proceedings before any court involving any thing seized in the exercise or the purported exercise of any power conferred under this Part, be entitled **No person entitled to costs, etc on seizure**

to the costs of such proceedings or to any damages or other relief other than an order for the return of the thing seized unless such seizure was made without reasonable or probable cause.

- | | | |
|-----|---|--|
| 98. | An Inspector exercising powers under this Part shall at all times carry an official identification card or badge in such form as may be prescribed, and no person shall be obliged to admit to his private healthcare facility or premises any person purporting to be an Inspector except upon production of the identification card or badge. | Production of official identification card or badge |
|-----|---|--|
-
- | | | |
|-----|---|--------------------------------|
| 99. | (1) The Director General may compound any offence committed by a private healthcare facility or service under this Act which is prescribed to be a compoundable offence by making a written offer to the holder of the approval or the licensee or holder of a certificate of registration or a person in charge of a private healthcare facility or service to compound the offence upon the payment to the Director General - | Compounding of offences |
|-----|---|--------------------------------|
-
- | | | |
|-----|---|--|
| (a) | such sum of money as may be specified in the offer but which shall not be more than fifty per centum of the maximum fine to which the holder of the approval or the licensee or holder of certificate of registration would have been liable if he or it had been convicted of the offence; and | |
| (b) | within such time as may be specified in the offer. | |

- (2) No offer to compound shall be made without the written consent of the Public Prosecutor.
 - (3) An offer under subsection (1) may be made at any time after the offence has been committed but before any prosecution for it has been instituted.
 - (4) Where an offence has been compounded -
 - (a) no further proceedings shall be taken and no prosecution shall be instituted against the holder of the approval, licensee, holder of a certificate of registration or person to whom the offer to compound was made; and
 - (b) any book, record, document, apparatus, equipment, instrument, material, article, substance or any other thing seized in connection with the offence, may be released subject to such conditions as may be imposed.
 - (5) Any money received by the Director General under this section shall be paid into and form part of the Federal Consolidated Fund.
 - (7) Where the amount specified in the offer to compound is not paid within the time specified in the offer, or within such extended period as the Director General may grant, prosecution for the offence may be instituted at any time thereafter against the holder of the approval or the licensee or holder of the certificate of registration or the person to whom the offer was made.
- 100.** (1) A prosecution in respect of an offence under this Act shall not be instituted except by or with the consent of in writing of the Public Prosecutor.
- Institution and
conduct of
Prosecution**

- (2) Any officer authorized in writing by the Public Prosecutor under the Criminal Procedure Code may prosecute in any Court any case in respect of any offence under this Act. **F.M.S. Cap 6**
- (3) A person who is the investigating officer of an offence under this Act shall not prosecute the case in respect of that offence.

PART XVII

POWER OF MINISTER

- 101.** (1) Any person may appeal in writing to the Minister if he is aggrieved - **Appeal**
- (a) by the refusal of the Director General to grant him an approval under paragraph 12 (b), to grant him a licence under paragraph 19 (b), to renew his licence under subsection 22 (1) or to grant him a certificate of registration under section 27;
 - (b) with any of the terms and conditions imposed on an approval to establish or maintain under paragraph 12 (a), a licence to operate or provide under paragraph 19 (a), a licence to operate or provide upon its renewal under subsection 22 (3) or a registration under section 27;
 - (c) by a grant or refusal of an extension of time under subsection 14 (2);
 - (d) by the varying or refusal to vary a term or condition or purpose under section 24 or section 29;

- (e) by an approval or a refusal to approve any extension or alteration under subsection 40 (1) or a transfer, assignment or disposal under subsection 41 (3);
 - (f) by an order of temporary closure under section 52; or
 - (g) by a notice of revocation under subsection 57 (2)
- (2) The Minister may confirm, vary or rescind the decision appealed against and, in confirming, varying or rescinding the decision, may impose such terms or conditions as he deems just or necessary.
 - (3) The decision of the Minister under this section shall be final and conclusive.

**Power of
Minister
to issue
general
directions**

- 102.** The Minister may, from time to time, give the Director General or any officer appointed under this Act general directions not inconsistent with the provisions of this Act as to the exercise of the powers and discretion conferred on and the duties required to be discharged by the Director General or officer under this Act.

**Power of
Minister
to exempt**

- 103.** (1) The Minister may exempt any or any part of a private healthcare facility or service licensed or registered under this Act from the operation of any of the provisions of this Act -
- (a) subject to such restrictions or conditions as may be stipulated by the Minister, after consulting the Director General; and
 - (b) if he is satisfied that such private healthcare facility will not pose any danger to public safety, or will not be operated in a manner

that is detrimental to the interest
of public health.

- (2) Notwithstanding subsection (1), an exemption under this section may be withdrawn at any time and shall cease to have effect from the date of service of notice of such withdrawal.
 - (3) A decision of the Minister under this section shall be final and conclusive.
- 104.** (1) The Minister may appoint a Board of **Board of Visitors** Visitors for each private hospital.
- (2) The Minister may determine the terms or conditions of the appointment of any member of the Board of Visitors including its chairman, their duties and functions and the procedures of the Board of Visitors.
 - (3) The private hospital shall pay to the members of the Board of Visitors such allowance as the Minister may from time to time specify by notification in the *Gazette* for attendance at meetings of the Board and travelling expenses for such attendance in the discharge of their duties as may be determined.
- 105.** (1) The Minister may prescribe the type of **Social or welfare contribution** social or welfare contribution or the quantum of social or welfare contribution that shall be provided, by any private healthcare facility or service.
- (2) The Minister may, from time to time, amend the type of social or welfare contribution and the quantum of social or welfare contribution imposed under subsection (1).
 - (3) A private healthcare facility or service shall provide the social or welfare contribution of the type and quantum prescribed under this

section.

- (4) Any private healthcare facility or service which fails to comply with subsection (3) commits an offence.

Fee schedule

106.

- (1) The Minister may make regulations prescribing a fee schedule for any or all private healthcare facilities or services or health related facilities or services.
- (2) The Minister may, from time to time, after consulting the Director General, amend the fee schedule by order published in the *Gazette*.
- (3) A private healthcare facility or service for which a fee schedule has been prescribed under this section shall comply with such fee schedule.
- (4) A private healthcare facility or service which fails to comply with any fee schedule prescribed under this section commits an offence.

**Power to
make
regulations**

107.

- (1) The Minister may make such regulations as appears to him necessary or expedient for carrying out the provisions of this Act.
- (2) Without prejudice to the generality of the powers conferred by subsection (1) regulations may be made for all or any of the following purposes :
 - (a) to prescribe the manner of applying for an approval to establish or maintain, a licence to provide or operate, or a certificate of registration or a certificate to import and export natural human blood blood product under this Act, the forms to be used, the fees or charges payable and the form of the approval, licence, certificate of registration and certificate to import and export natural human blood and blood product;

- (b) to prescribe the manner such national registry or registries as may be deemed necessary under this Act are to be kept and maintained;
- (c) to prescribe the terms, conditions and restrictions to be imposed on any approval, licence, certificate of registration or certificate and restrictions to be imposed on the applicant, licensee, holder of the certificate of registration, holder of the certificate or a person in charge;
- (d) to prescribe the circumstances under which a duplicate approval, licence or certificate may be issued and the fee payable;
- (e) to provide for the procedure of amendment of any particulars contained in any approval, licence, certificate of registration or certificate or its revocation and the issuance of a new licence, certificate of registration or certificate;
- (f) to prescribe the records to be kept of patients and persons treated in the private healthcare facilities or services including records of births and deaths of children, any miscarriages or stillbirths and of children so born who are removed from the private healthcare facilities or services otherwise than to the custody or care of any parent or person authorised by the parent;
- (g) to prescribe the manner of accessing a patient's medical records and the manner of obtaining a patient's medical report by the patient, the patient's representative or a healthcare provider;

- (h) to prescribe the records to be kept of the staff or any other person employed or engaged by a private healthcare facility or service;
- (i) to prescribe the minimum number of medical staff, dental staff, nursing staff, technical staff and other categories of staff to be employed or engaged in a private healthcare facility or service and the minimum qualifications and experience required of such staff;
- (j) to prescribe the minimum standards of the apparatus, appliance, equipment, instruments, substance and other things to be provided and maintained by private healthcare facilities or services;
- (k) to prescribe the manner or type of training or continuing technical, medical, dental or nursing education or any other type of healthcare professional education to be provided by private healthcare facilities or services to their staff or any other person employed or engaged by the private healthcare facilities or services;
- (l) to prescribe the minimum standards and specifications in respect of siting, design and construction of private healthcare facilities or services;
- (m) to prescribe the minimum standards of accommodation, sanitation or other amenities in private healthcare facilities or services;
- (n) to prescribe the maximum bed or couch capacity or its equivalent in private healthcare facilities or services;

- (o) to prescribe the minimum standards of cleanliness and hygiene, including infection control in private healthcare facilities or services;
- (p) to prescribe the minimum standards of safety, quality of care and welfare of patients in private healthcare facilities and services;
- (q) to prescribe the minimum standards and conditions required of services with respect to the collection, screening, processing, distribution, storage, dispensing, disposal and transfusion of human blood and blood products, and dialysate, chemical and pharmaceutical for haemodialysis treatment and other forms of treatment or service;
- (r) to prescribe the management, control, and superintendence and care of the private healthcare facilities and services;
- (s) to provide for acceptable quality assurance and quality control in respect of a private healthcare facilities and services;
- (t) to require the licensee, the holder of a certificate of registration or person in charge of a private healthcare facility or service to maintain such books, records or registers necessary for the proper enforcement and administration of this Act;
- (u) to require the furnishing of specified statistical information to the Director General and the manner of furnishing such information;
- (v) to require notification be given of any births or deaths occurring in a private healthcare facility or service;
- (w) to provide for the notification of the closure of a private healthcare facility or service and the directions to be given prior to closure;

Board of
Committee,
Committee, Nursing
Midwifery Advisory
visiting registered medical

- (x) to prescribe the duties and responsibilities of the healthcare professionals and personnel, Management, Medical Advisory Medical and Dental Advisory Advisory Committee, Committee and practitioner;
- (y) to prescribe the manner and form of applying for the transfer of approval, licence or certificate or registration in respect of, and the extension or alteration to, any private healthcare facility;
- (z) to prescribe the requirements and role of volunteers in private healthcare facilities and services, their training and supervision and to prescribe restrictions on their activities;
- (aa) to prescribe all matters relating to policy statements and all matters relating to grievance mechanism;
- (bb) to prescribe the organisation of the private healthcare facility or services and the staff thereof;
- (cc) to prescribe the composition and duties and responsibilities of the committees which may be required to be set up by the private healthcare facilities or services;
- (dd) to prescribe the duties and functions of locum tenens and honorary consultants, their qualifications, training and experience and supervision and to prescribe restrictions on their activities;
- (ee) to prescribe the types of unforeseeable or unanticipated incidents to be reported, the procedure for reporting, the manner of investigation to be conducted, the report and statistical data to be submitted;

- (ff) to prescribe matters relating to inspection and control;
- (gg) to prescribe the requirements to be satisfied for obtaining a valid consent for any anesthetic procedure, surgical operation or procedure, diagnostic procedure or medical procedure or treatment, the method of obtaining such consent, the conditions under which such consent may be dispensed with and for specifying the age at which and under what conditions a patient may give a valid consent for any anesthetic procedure, surgical operation or procedure, diagnostic procedure or medical procedure or treatment to be performed on a patient;
- (hh) to prescribe the fees that may be charged by private healthcare facilities and services or health-related services;
- (ii) to prescribe matters relating to patients' rights in relation to healthcare services provided by any healthcare facility or service, including patients' privacy, confidentiality of information and access to patients' medical reports and records;
- (jj) to prescribe the minimum standards and requirements for all healthcare facilities, healthcare services and health-related services in relation to any healthcare services provided by any healthcare professionals including medical care services, nursing services, allied health services, technical services, services relating to all disciplines of medicine and surgery including obstetrics and gynaecology, anesthesia, surgery, psychiatric, paediatrics, pharmaceutical services, critical care or intensive care services, services relating to medical supply, dietary services, linen and laundry, surgical supply, blood transfusion services, blood bank services, haemodialysis treatment services, rehabilitation

and services, outpatient and inpatient services,
 palliative ambulatory care services, radiological or
 autopsies and diagnostic imaging services, radiotherapy
 services, other support radioisotope services, telemedicine services,
 and all other policies and nursing home services, hospice and
 healthcare services provided services, services relating to
 private healthcare facility or mortuaries, ambulance
 and ancillary services
 programmes relating
 and maintained by a
 service;

(kk) to prescribe any other matter relating to any
 healthcare or health-related facility or service or
 any matters which the Minister deems expedient
 or necessary for the purpose of this Act.

PART XVIII

MISCELLANEOUS

- 108.** No private healthcare facility or service or **Advertisement**
 health-related facility or service shall publish
 any advertisement -
- (a) in such a manner as to mislead the public on the
 type or nature of the healthcare facilities or
 services or health-related facilities or services
 provided; or
- (b) which is contrary to any direction on
 advertisement issued by the Director General.

**National
to
Register**

- 109.** The Director General may establish a National Register relating to blood donation and such register shall contain such particulars as may be prescribed.

**Service of
notice**

- 110.** (1) Every notice or document required or authorized to be served under this Act may be served -
- (a) by delivering a copy thereof to the person to be served;
 - (b) by sending a copy thereof by pre-paid registered post to the person to be served; or
 - (c) by affixing a copy thereof to any conspicuous part of the premises to which it relates.
- (2) Where a notice or document is served by pre-paid registered post, it shall be deemed to have been served on the day succeeding the day on which the notice or document would have been received in the ordinary course of the post if the notice or document is addressed -
- (a) in the case of an individual, to the person's usual or last known abode or place of business; or
 - (b) in the case of a body corporate, partnership or society to its registered place of business.
- (3) Where the person or body corporate, partnership or society to whom there has been addressed a registered letter containing any notice which may be given under the provisions of this Act is informed of the fact that there is a registered letter awaiting him or it at the post office, and such person or body corporate, partnership or society refuses or neglects to take delivery of such registered letter, such notice shall be deemed to have

been served upon him or it on the date on which he or it was informed.

- 111.** (1) The Director General may delegate to any officer under his control, direction and supervision, by name or office, the exercise or the performance of any power, duty or function conferred or imposed on the Director General under this Act except for the power to compound under section 99. **Delegation by Director General**
- (2) Any delegation under this section shall not prevent the Director General from himself exercising or performing such delegated power, duty or function.
- (3) A delegation made under subsection (1) may -
- (a) be made subject to such conditions, limitations or restrictions as may be specified in the instrument of delegation; and
 - (b) be revoked or varied.
- 112.** (1) The Director General may from time to time direct the holder of an approval, licensee, holder of a certificate of registration or holder of a certificate to furnish such information on the private healthcare facility or service or the clinic as he may require relating to - **Furnishing of information**
- (a) its staff;
 - (b) any apparatus, appliance, equipment or instrument used or to be used;

- (c) the condition, treatment or diagnosis of any of its patients or any person to whom the facilities or services thereof are or have been provided;
 - (d) any analytical method or procedure used in carrying out any test; or
 - (e) its operation.
- (2) A holder of the approval, licensee, the holder of a certificate of registration or a holder of a certificate who refuses or fails to furnish information to the Director General in contravention of subsection (1), or gives any false or misleading information, commits an offence and shall be liable on conviction -
- (a) in the case of sole proprietor, to a fine not exceeding thirty thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding six months or to both; and
 - (b) in the case of a body corporate, partnership or society to a fine not exceeding fifty thousand ringgit.
- (3) Where an offence under subsection (1) is committed by a body corporate, a partnership or a society -
- (a) in the case of a body corporate, the person responsible for the body corporate;
 - (b) in the case of a partnership, every partner in the partnership;
 - (c) in the case of a society, its office bearers,

shall also be guilty of the offence and shall be liable on conviction to a fine not exceeding thirty thousand

ringgit or to imprisonment for a term not exceeding six months or to both.

- (4) Nothing in this section shall authorize -
- (a) the Director General or any officer to inspect the medical record of any person treated in a private healthcare facility or service; or
 - (b) the Director General to obtain any information in respect of any person on any matter in paragraph 112 (1) (c), without the prior consent of that person or his representative.
- (5) Notwithstanding subsection (4), the Director General or persons authorized by him in that behalf may inspect any book, document, records or electronic material for the purposes of sections 16, 88, 89, 90 and this section without the prior consent of the patient or person or his representative.
- (6) The inspection under subsection (5) shall be for the purpose of determining the compliance by the licensee, holder of certificate of registration or person in charge of a private healthcare facility or service with the provisions of this Act and regulations made under this Act, and the confidentiality of any information of the patient or person obtained during such inspection shall be observed.
- (7) For the purposes of subsections (4) and (5), "representative" of a person, means his executor or administrator or next of kin, if the person is deceased, or one of his parents or his guardian if the person is an infant or not capable of giving consent.
- 113.** Every person appointed, or lawfully exercising the powers of a person appointed, under this Act shall be deemed to be a public servant within the meaning of the Penal Code.
- Officers
deemed
to be public
servants
Act 574**

- 114.** No action shall lie and no prosecution shall be brought, instituted or maintained against the Government, Minister, Director General, Inspector or any officer of the Government or any person acting under the direction of the Government, Minister, Director General, or Inspector, in any court for anything done or omitted to be done under this Act -

**Protection against
suit and legal
proceeding**

- (a) in good faith;
- (b) in the reasonable belief that it was necessary for the purpose intended to be served thereby; or
- (c) for carrying into effect the provisions of this Act.

**Confidentiality
of information**

- 115.** (1) Every person employed, retained or appointed for the purpose of the administration or enforcement of this Act shall preserve secrecy with respect to all information that comes to his knowledge in the course of his duties and shall not communicate any information to any other person except -
- (a) to the extent that the information is to be made available to the public under this Act;
 - (b) in connection with the administration or enforcement of this Act or any proceedings under this Act;
 - (c) in connection with any matter relating to professional disciplinary proceedings, to a body established

under any law regulating a health profession;

- (d) to the person's counsel, upon the person's request where the information relates to any healthcare service provided to him; or
- (e) with the consent of the patient or legal guardian to whom the information relates.

- (2) Any person who contravenes subsection (1) commits an offence and shall be liable on conviction to a fine not exceeding one thousand ringgit.

Private psychiatric hospital, psychiatric nursing home and community mental health centre

- 116.** (1) The licensee or person in charge of a private psychiatric hospital, psychiatric nursing home or community mental health centre shall comply with any written law relating to mental disorders and mentally disordered persons.
- (2) An application for the establishment of a private psychiatric hospital or a private psychiatric nursing home shall not be considered for approval until a written law allowing for the establishment of such facilities comes into force.
- 117.** (1) A person who contravenes any of the provisions of this Act for which no express provision making its contravention an offence has been provided commits an offence. **General offence and penalty**
- (2) Where no penalty is expressly provided for an offence under this Act, a person who commits such offence shall be liable on conviction -

- (a) in the case of a natural person -
 - (i) to a fine not exceeding ten thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding three months or to both; and
 - (ii) for a continuing offence to a fine not exceeding five hundred ringgit for every day or part of the day during which the offence continues after conviction;
- (b) in the case of a body corporate, partnership or society -
 - (i) to a fine not exceeding thirty thousand ringgit; and
 - (ii) in the case of a continuing offence, to a fine not exceeding two thousand ringgit for every day or part of the day during which the offence continues after conviction.
- (3) Where an offence under subsection (1) is committed by a body corporate, a partnership or a society -
 - (a) in the case of a body corporate, the person responsible for the body corporate;
 - (b) in the case of a partnership, every partner in the partnership;
 - (c) in the case of a society its office bearers,

shall also be guilty of the offence and shall be liable, on conviction -

- (i) to a fine not exceeding ten thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding three months or to both; and

- (ii) in the case of a continuing offence, be liable to a fine of five hundred ringgit for every day or part of the day during which the offence continues after conviction.

**Contravention
of subsidiary
legislation**

- 118.** Any subsidiary legislation made under this Act may provide that the contravention of any provision in the subsidiary legislation shall be an offence and that the person who commits the offence is punishable, on conviction, with a fine or a term of imprisonment or both but may not provide for the fine to exceed ten thousand ringgit or the term of imprisonment to exceed three months.

PART XIX

SAVING AND TRANSITIONAL PROVISIONS

**Repeal
Act 43**

- 119.** The Private Hospitals Act 1971 is repealed.

**Saving and
transitional
provisions
relating to
existing
licensed
private
hospitals,
maternity
homes and
nursing
homes**

- 120.** (1) All private hospitals, maternity homes and nursing homes licensed or deemed to have been licensed under the Private Hospitals Act 1971 shall, on the date of coming into force of this Act, be deemed to have been licensed under this Act.
- (2) The provisions of this Act shall apply to such private hospitals, maternity homes and nursing homes as if such private hospitals, maternity homes and nursing homes were licensed under this Act.
- (3) The Director General may vary or revoke any condition imposed on any private hospital, maternity home and nursing home.

**Power of
Minister
to make
additional
transitional
provisions**

- 121.** (1) The Minister may prescribe additional provisions as he considers necessary or expedient for the purpose of removing any difficulties occasioned by the application of this Act on private hospitals, maternity homes and nursing homes, which have been approved, established or licensed under the Private Hospitals Act 1971. **Act 43**

- (2) The power of the Minister under subsection (1) shall include the power to make such modifications so as to give effect to the provisions of this Act.

- 122.** A person who immediately before the date of commencement of this Act was maintaining or operating a private medical clinic or private dental clinic may continue to maintain, provide or operate the private medical clinic or private dental clinic without registration under this Act if within the first six months of the date of commencement of this Act an application for registration is made under this Act.
- Saving and transitional provisions relating to existing private medical clinics and private dental clinics**

EXPLANATORY STATEMENT

The proposed Private Healthcare Facilities and Services Act 1997 (the "Act") seeks to repeal the Private Hospitals Act 1971 and to introduce a new law on the regulation and control of the private healthcare and health-related facilities and services.

PART I

2. Part 1 contains the provisions on commencement and interpretation.

PART II

3. Part II seeks to provide for the control of private healthcare facilities or services.
4. *Clause 3* specifies the private healthcare facilities or services that require an approval to be obtained before they are established or maintained and a licence to operate or provide the private healthcare facilities or services.

PART III

5. Part III deals with matters relating to application for approval to establish or maintain a private healthcare facilities or services other than a private medical or a private dental clinic.

PART IV

6. Part IV deals with matters relating to application for a licence to operate or provide private healthcare facility or service other than a private medical or a private dental clinic.

PART V

7. Part V deals with the matters relating to registration of a private medical clinic and a private dental clinic.

PART VI

8. Part VI sets out the responsibilities of a licensee, holder of certificate of registration and person in charge.

9. *Clause 32* requires a private healthcare facility or service to appoint a person in charge who shall hold such duties and responsibilities as may be prescribed by the Minister.
10. *Clause 34* requires a private healthcare facility or service to ensure that a person providing personal care aid at the private healthcare facility or service is qualified and possess such experience as may be determined by the Director General.
11. *Clause 35* deals with the policy statement of the private healthcare facilities or services which shall cover such matters as may be prescribed by the Minister.
12. Other services that are to be provided by private healthcare facilities or services are patient grievance mechanism as may be prescribed by the Minister under *clause 36*, the reporting of unforeseeable and unanticipated incidents to the Director General as may be prescribed by the Minister under *clause 37* and emergency treatment and services under *clause 38*.

PART VII

13. Part VII contains the general provisions relating to approval, licence and registration. This Part deals with the restriction on use of private healthcare premises in *clause 39*, prohibition on structural or functional extension or alteration of private healthcare premises in *clause 40*, transfer of licence to provide or operate and certificate of registration in *clause 41*.

PART VIII

14. Part VIII seeks to provide for the suspension and revocation of licence, refusal to renew the licence, and suspension and revocation of registration.

PART IX

15. Part IX deals with the closure, selling and disposing of private healthcare facilities or services by the licensee or the holder of certificate of registration.
16. *Clause 52* empowers the Director General to issue an order for temporary closure of private healthcare facility or service which in the opinion of the Director General would pose grave danger to the public.

PART X

17. Part X deals with the blood bank. *Clause 57* requires a certificate to import and export blood products and natural human blood for transfusion purposes.

PART XI

18. Part XI deals with blood transfusion services.

PART XII

19. Part XII provides for quality assurance for private healthcare facilities and services.
20. *Clauses 65 to 72* deals with the establishment of the Mortality Assessment Committee at the national level and private healthcare facility level, their functions, and procedure of investigation into cases of assessable deaths.

PART XIII

21. Part XIII deals with the quality of private healthcare facilities or services.

PART XIV

22. Part XIV deals with provisions relating to the Board of Management and Advisory Committee.

PART XV

23. Part XV deals with managed care organisation.

PART XVI

24. Part XVI deals with the power of enforcement.
25. Powers of an Inspector including the power to enter and inspect, power to search and seize with or without warrant, as well as the power to seal a private healthcare facility or service are specified in *clauses 88, 89, 90 and 91*.

PART XVII

26. Part XVII relates to the power of the Minister to decide on appeals, issue general directions, exempt, appoint Board of Visitors, prescribe the type of social or welfare contribution, prescribe a fee schedule and make regulations.

PART XVIII

27. Part XVIII deals with miscellaneous matters such as registers, advertisement, service of notice and general penalty.

PART XIX

28. Saving and transitional provisions are found in Part XIX of the Bill which repeals the Private Hospitals Act 1971 and allows for the Minister to make transitional provisions to ensure smooth implementation of the proposed Act.

FINANCIAL IMPLICATIONS

This Bill will involve the government in extra financial expenditure the amount of which cannot at present be ascertained.

[PN. (U2) 2035]

REF: <http://www.mma.org.my/info/default.htm> - 4 Jan 2000

ภาคผนวก 2

การแปรรูปสถาบันหัวใจแห่งชาติ

1. วิสัยทัศน์

มุ่งสู่ความเป็นสถาบันด้านหัวใจชั้นนำและเป็นศูนย์กลางแห่งความเป็นเลิศในภูมิภาค และเพื่อลดการตายและพิการจากโรคหัวใจ

2. พันธกิจ

- เพื่อให้บริการที่ดีที่สุดในด้าน cardiovascular and thoracic medicine ผ่านการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย การให้การศึกษาต่อเนื่องทางการแพทย์ และการวิจัย
- เพื่อสนองความต้องการ (needs) ของภูมิภาคในการให้บริการด้าน cardiovascular โดยการขยายความเชี่ยวชาญของวิชาชีพ (extending its professional expertise)
- เพื่อให้เกิดความยั่งยืนด้านการเงิน (To be financially self-sustaining to meet the needs for future expansion)
- เพื่อให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่ดีของแพทย์ (To provide a secure, challenging and rewarding environment for the profession)

3. สถานะทางกฎหมายและความเป็นเจ้าของ

รัฐบาลเป็นเจ้าของผ่าน Ministry of Finance (MOF) Inc. และ Federal Lands Commissioner โดยที่ MOF Inc. เป็นบริษัทของรัฐบาลภายใต้ Treasury เพื่อบริหารกิจการที่แปรรูป ฉะนั้น IJN จึงเป็นบริษัทจำกัด (Limited company) ของรัฐบาล การจัดบริการจะดำเนินโดย องค์การที่แปรรูป ซึ่งมี โครงสร้างองค์กร การบังคับบัญชา (corporate governance) และการบริหารจัดการ เป็นของตนเอง รัฐบาล และ กระทรวงสาธารณสุข (MOH) จะมีสิทธิเสียงเพียงการผ่านตัวแทนซึ่งเป็นสมาชิกของ Board of Directors

4. การบังคับบัญชา (Corporate governance)

IJN มีผู้บริหารเป็น Board of Directors ซึ่งมีสมาชิก 9 คนประกอบด้วย เจ้าหน้าที่อาวุโสจากกระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน ตัวแทน 3 คนจาก IJN (Chief Executive Officer and two Executive Directors) และ Chairman of the Board ทั้งหมดแต่งตั้งโดย MOF โดยการเสนอของ MOH สมาชิกไม่จำเป็นต้องมีพื้นฐานด้านการแพทย์ แต่จะเป็นผู้มีความชำนาญในการบริหารธุรกิจ ภายใต้ Board of Directors จะมีกรรมการอีก 3 ชุดคือ Management committee, Audit Committee และ Professional Advisory Committee สำหรับ Chief Executive Officer ถูกคัดเลือกโดย Board of Directors เสนอให้ MOF พิจารณาแต่งตั้ง

5. อำนาจในการบริหารจัดการและการตัดสินใจ (Management Autonomy and Decision Rights)

การมีสถานะเป็นบริษัท (corporate status) ทำให้สถาบันมีอำนาจในการบริหารจัดการ (Management autonomy) ในด้าน การให้บริการ การบริหารบุคคล และการจัดหา (service delivery, personnel matters and procurement) ด้านการบริหารบุคลากร รัฐบาลเพียงควบคุมนโยบายบางอย่าง แต่ Board of Directors สามารถตัดสินใจในการจ้าง การเลิกจ้าง การกำหนดเงินเดือนเริ่มแรก

6. แหล่งเงินและการควบคุมทางการเงิน (Source of Financing and Financial Controls)

รัฐบาลได้จ่ายงบลงทุนเริ่มแรกให้ จำนวน 39 ล้านเหรียญสหรัฐ พร้อมทั้งเงินสำหรับการบริหารในปีแรก อีกจำนวนหนึ่ง

รายได้ของสถาบันมาจาก 2 แหล่งคือ

- การจ่ายจากภาคเอกชนสำหรับผู้ป่วยที่ต้องจ่ายเงินเอง (private patient) และจากบริษัทเอกชนที่จ่ายให้ลูกค้าจ้างในสังกัด
- การจ่ายจากภาครัฐสำหรับผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการและผู้ได้รับสิทธิ (dependents) ผู้รับบำนาญ (government pensioners) และผู้ยากจน

การกำหนดราคาค่าบริการอยู่บนพื้นฐานของสมการต้นทุนซึ่งได้รับการตรวจสอบจากรัฐบาล (costing formula sanctioned by the government) โดยคิดตามบริการที่ให้ (open-ended billing arrangement on a fee-for-service)

IJN จ่ายเงินปันผลให้ MOF อย่างน้อยปีละ 10% ของเงินลงทุน ถึงสิ้นปีงบประมาณ 1997 ได้จ่ายไปแล้ว 30% นอกจากนี้จะต้องจ่ายภาษีเงินได้ ในอัตรา 28% ของกำไร

7. ขั้นตอนการแปรรูป

เนื่องจาก IJN เริ่มตั้งโดยการผนวกหน่วยงานเดิมของ Kuala Lumpur Hospital ซึ่งต้องย้ายบุคลากรเดิมมาด้วย จึงก่อให้เกิดปัญหาพหุควร เนื่องจากบุคลากรโดยเฉพาะ ผู้มีตำแหน่งอาวุโส เกิดความรู้สึกว่าผลประโยชน์ต่างๆจะลดลง ในการนี้ IJN ได้ดำเนินการแก้ปัญหาโดยกำหนดทางเลือกให้เจ้าหน้าที่ 3 แบบคือ

ทางเลือก A ให้ลาออกจากราชการ (early retirement) แล้วสมัครเข้า IJN ใหม่

ทางเลือก B ให้ยืมตัวไปอยู่ IJN เป็นเวลา 2 ปีโดยยังคงสถานะการได้รับผลประโยชน์จากราชการตามเดิม จากนั้นต้องเลือกระหว่าง A และ C

ทางเลือก C ย้ายไปอยู่หน่วยราชการอื่น

ผู้ที่เลือกทำงานกับ IJN จะได้รับการเพิ่มเงินเดือนขั้นต่ำ และขึ้นเงินเดือน โดยกลุ่มวิชาชีพ เพิ่ม 25% กลุ่มสนับสนุนงานคลินิกบริการ (clinical support staff) เพิ่ม 15% และกลุ่มบริหาร เพิ่ม 12% กรณีเจ้าหน้าที่อาวุโสที่อายุ เกิน 40 ปี จะไม่เสียสิทธิในการรับบำนาญ

ในจำนวนเจ้าหน้าที่ 315 คน ได้เลือก ทางเลือก A จำนวน 298 คน ทางเลือก B จำนวน 1 คน และทางเลือก C จำนวน 16 คน เหตุผลหลักในการเข้าร่วมงานกับ IJN เพราะมีรายได้เพิ่มขึ้น ต่อมาระยะหลังได้เพิ่มบุคลากรประเภทสัญญาจ้างด้วย

ภารกิจที่ยากที่สุดในการจัดการบุคลากรคือการปรับเปลี่ยนทัศนคติและวัฒนธรรมการทำงานราชการให้กระตือรือร้นต่อการให้บริการ (a dynamic environment sensitive to consumer demand) และป้องกันการลาออกไปทำงานกับเอกชนที่ให้รายได้สูงกว่า มาตรการที่ IJN ดำเนินการและสรุปว่าได้ผลคือ การให้ค่าตอบแทนที่น่าสนใจและการสร้างสภาวะการทำงานที่ดี (attractive remuneration package plus an excellent work environment) มีการเก็บ professional fee แล้วแบ่งให้แพทย์ทุกท่าน รวมทั้งให้โอกาสในการฝึกอบรมในสถาบันชั้นนำต่างๆทั่วโลก

8. การใช้บริการ

ในช่วงปี 1992-1997 โดยภาพรวมแล้วปริมาณการให้บริการได้เพิ่มขึ้นทั้ง จำนวนผู้ป่วยนอก จำนวนผู้ป่วยใน จำนวนวันนอนของผู้ป่วยใน และอัตราครองเตียง แต่ระยะวันนอนเฉลี่ย (average length of stay) ลดลง ได้มีการศึกษากลุ่มผู้ใช้บริการโดยแยกเป็น 3 กลุ่มคือ ข้าราชการและญาติผู้ได้สิทธิ คนจน และ ผู้ป่วยที่จ่ายเงินโดยเอกชน จากการเปรียบเทียบ จำนวนผู้ป่วยใน และจำนวนผู้ป่วยนอก ในช่วงปี 1992-1997 พบว่าทั้งจำนวนผู้ป่วยใน และจำนวนผู้ป่วยนอก ในกลุ่มข้าราชการและญาติผู้ได้สิทธิ และคนจน ลดลงอย่างต่อเนื่อง ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่จ่ายเงินโดยเอกชนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกันคือ ผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 34.1% เป็น 43.1% และผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 18.6% เป็น 30.2% ในภาพเช่นนี้ IJN ถูกวิจารณ์ว่า ให้ความสำคัญแก่ ผู้ป่วยที่จ่ายเงินโดยเอกชน มากกว่ากลุ่มข้าราชการและคนจน ในการนี้ IJN ปฏิเสธและชี้แจงว่าสถานการณ์เช่นนี้เกิดจาก สาเหตุหลัก 3 ประการคือ รัฐบาลลดสิทธิที่ให้กับราชการ กระทรวงสาธารณสุขเข้มงวดในการจ่ายค่ารักษาให้คนจนมากขึ้น และมีการตั้งสถาบันในลักษณะเดียวกันนี้ซึ่งเป็นของรัฐเพิ่มขึ้นอีก 2 แห่ง

9. รายรับและรายจ่าย

รายรับจากการดำเนินงาน (operating revenue) เพิ่มขึ้น 108% จากปี 1992 ถึง 1997 การเพิ่มส่วนใหญ่มากจากภาครัฐ (จาก 31.3 ล้าน เป็น 65.6 ล้าน) เพราะคนไข้ 3 ใน 4 จ่ายโดยรัฐบาล การมีรายได้ส่วนใหญ่มาจากรัฐบาลนี้ถูกวิจารณ์ว่าในมุมมองของรัฐบาลไม่เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ แต่ IJN อธิบายว่ามาจากสาเหตุการเพิ่มปริมาณงานคือผู้ป่วยนอกและใน เพิ่มขึ้น 58% และ 63.9% ตามลำดับ อีกสาเหตุคือการให้บริการที่ซับซ้อนมากขึ้น เพราะบุคลากรได้รับการฝึกอบรมมีระดับความสามารถสูงขึ้น สำหรับค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน (operating expense) เพิ่มจาก 30.8 เป็น 77.3 ล้านบาท โดยเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านวัสดุ ส่วนค่าแรงเกือบคงที่

10. ผลของการแปรรูป (Outcomes of corporatising IJN)

ยังไม่มีผลการประเมินผลอย่างเป็นทางการ อย่างไรก็ตามก็ได้มีการประเมินโดยสังเขปดังนี้

10.1 การเพิ่มประสิทธิภาพ (Efficiency Gains)

การปฏิรูปได้ก่อให้เกิดการเพิ่มประสิทธิภาพและผลผลิต (efficiency and productivity) ทั้งนี้จากการประเมินการเปลี่ยนแปลง 3 ด้านคือ โครงสร้าง (structure) วิธีการทำงาน (process) และผลลัพธ์ (output)

10.1.1 โครงสร้าง (structure)

- บริหารโดย Board of Directors
- Board of Directors เป็นผู้พิจารณา (recommended) Chief Executive Officer
- การตรวจสอบภายในดำเนินการโดยบริษัทตรวจสอบเอกชน
- ได้รับอำนาจการตัดสินใจมากขึ้น

10.1.2 วิธีการทำงาน (process)

- ใช้อำนาจตัดสินใจด้านบริหารบุคคล (Decision making power over personnel matters)
- มีอำนาจในการจัดซื้อ
- มีอำนาจในการปรับปรุงและขยายสิ่งปลูกสร้าง (Authority to renovate/expand physical plant)
- มีอำนาจในการเก็บรักษาเงิน (Authority to retain all fees collected)

10.1.3 ผลลัพธ์ (output)

- ศักยภาพในการให้บริการที่ซับซ้อนมากขึ้น
- อัตราการครองเตียงเพิ่มมากขึ้นในขณะที่จำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลง เป็นตัวชี้วัดของการมีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรโครงสร้าง (physical infrastructure)
- รายรับต่อวันนอน (patient day) เพิ่มขึ้น 50 % ในช่วง 5 ปี โดยที่ในแต่ละปี รายรับต่อวันนอน สูงกว่ารายจ่ายต่อวันนอน
- อัตราระหว่างรายรับและรายจ่าย (ratio of revenue to expenditure) ลดลง อาจตีความได้ว่าให้บริการมากขึ้นที่ค่าบริการเท่าเดิม ซึ่งเป็นลักษณะที่จะทำให้แข่งขันในตลาดได้
- ปริมาณเจ้าหน้าที่ต่อการครองเตียง (staff per occupied bed) คงเดิม ขณะที่จำนวนผู้ป่วยและความยากของการรักษาเพิ่มขึ้น
- รายได้จากผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง (private patient) ประมาณ 25 % ของทั้งหมด ซึ่งสูงกว่า โรงพยาบาลของรัฐ โดยทั่วไปซึ่งมีเพียงประมาณ 5 % เท่านั้น

10.2 เป้าหมายของความเสมอภาค (Equity Goals)

ความเสมอภาคในด้านการรักษาพยาบาลและการศึกษาเป็นสิ่งที่สังคมมาเลเซียให้ความสำคัญ จึงมีการตั้งหน่วย Patient Assessment Unit ที่สถาบัน แต่ดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่จากกระทรวงสาธารณสุข เพื่อตรวจสอบสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยที่ขอรับความช่วยเหลือ ในการรักษาฟรี นอกนี้กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติ เกี่ยวกับสัดส่วนของผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยระดับต่างๆ

สำหรับกรณีที่จำนวนผู้ป่วยยากจนลดลงน้อย ทั้งนี้มูลค่าการให้บริการมิได้ลดลง อาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยถูกคัดกรองส่งต่อเฉพาะรายที่ต้องการความช่วยเหลือสูงขึ้น

10.3 คุณภาพของการให้บริการผู้ป่วย

ยังไม่มีการศึกษาคุณภาพของการให้บริการมีเพียงการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วย ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ของสถาบัน รายงานว่าผู้ป่วยมีความพอใจมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Hussein RHT, Al-Junid S, Nyunt-U S, Baba Y, DeGeyndt W, McLees S. Malaysia: A case study on corporatising a hospital; the National Heart Institute. In.; January 1999; January 1999.

ภาคผนวก 3

Letter of Concern โดย Citizens' Health Initiative

Chain Letter Appeal

Dear Friend:

Please read the Letter of Concern below. If you agree with its contents, please download and circulate it for signatures, and send it to the Minister of Health (with cc to Citizens' Health Initiative at addresses indicated).

To ensure that the message comes across loud and clear, please (email) forward this letter to 10 other friends/family members/colleagues who may want to express themselves on this issue too.

Thank you for taking the time re-affirm healthcare as a collective, social responsibility, and to oppose the increasing commercialisation of a vital, humane service.

Chan Chee Khoon
Co-ordinator
Citizens' Health Initiative

A Call to Action

Government doctors at Ipoh Hospital launched a landmark initiative 3 weeks ago to publicly express their apprehensions and opposition to the manner in which government hospitals and other healthcare facilities are being rushed into corporatisation (beginning in early 2000). In less than a week of circulation, more than 40 Ipoh Hospital doctors put their names to an open letter, with another 77 doctors signing on at the Malaysian Medical Association AGM recently concluded in Penang. The call for a moratorium on corporatisation was endorsed by the body as a whole, and SCHOMOS (the committee within MMA which represents government service doctors) has planned a roadshow to take these concerns to colleagues in government hospitals throughout the country.

The MMA, representing 80% of medical doctors in the country, has now joined the Malayan Nurses' Union (representing government service nurses) and the Estates Hospital Assistants Association of Malaysia in openly declaring their scepticism and apprehensions towards the corporatisation and privatisation of government healthcare. These are highly significant developments, coming from frontline healthcare workers with direct experience in patient care and service delivery.

The issues of concern have been distilled into the open letter below. In short, they express anxiety towards:

- * The lack of information regarding the operational details of the intended corporatisations
- * The lack of information regarding a parallel National Healthcare Financing Scheme that the government had promised would accompany the corporatisation of government hospitals, which would safeguard the continuing access to healthcare for poorer patients.
- * The sharp increase in operational costs (4 to 5 times) following the privatisation of hospital support services in 1996 (laundry, hospital equipment and facilities maintenance, cleaning services, and clinical waste disposal)

* Increasing charges to patients at government healthcare facilities (instances of patients being asked to purchase their own medical supplies such as surgical plates and screws before treatment can proceed).

Friends, the time has come for the simmering unease to be expressed as concerted, widespread disapproval of the current policy and practice of corporatising and privatising government healthcare.

The healthcare workers have given us a lead, let us extend the effort nationwide and defend what the World Health Organisation has acknowledged as a healthcare system second only to Cuba, in terms of geographical distribution and access to primary healthcare. (Our infant mortality rate is approaching that of the USA, all the more remarkable given our very modest government healthcare expenditures of about 2.5% of GDP).

Please read through the accompanying open letter, make copies of it and distribute it widely at workplaces, schools, mosques, churches, temples, unions, societies and any other social network you are part of. Urge your friends, family members and colleagues to take copies around for signatures. This letter will soon be translated into Bahasa Malaysia, Mandarin and Tamil. In the meantime, please feel free to make your own translations, reproduce it in newspapers & newsletters, bulletins, publications and pamphlets, send it out on the Internet, and post it at websites. The intention is to have hundreds of thousands, millions of signatures arriving at the Ministry of Health and eventually, at the Prime Minister's Office.

Very sincerely,

Chan Chee Khoon
Co-ordinator
Citizens' Health Initiative

Letter of Concern

to
YB Datuk Chua Jui Meng
Minister of Health

Re: Corporatization of Government Hospitals

We the undersigned, working/affiliated with the _____ in _____ have been hearing persistent rumours that the Government has decided to proceed with the corporatization of government hospitals and that this might take place as early as the year 2000. We are extremely anxious regarding the impending corporatization because:

* A large proportion of patients who are treated in government hospitals come from the lower socioeconomic classes. We are concerned that corporatization might impose a huge financial burden upon them and reduce further their access to healthcare.

* We were told repeatedly that a Healthcare Financing Scheme would accompany the corporatization of public hospitals. This health insurance scheme is not yet in place nor has its provisions been made known to the public in any kind of detail. Most importantly, how will we ensure the continuing access to care for poorer patients?

* Privatization of the 5 hospital support services in 1996 (laundry, hospital

equipment and facilities maintenance, cleaning services, and clinical waste disposal) has pushed up their operational costs by 4 to 5 times! Perhaps because of this, patients increasingly are being asked to purchase their own medical supplies such as surgical plates and screws before treatment can proceed. Will the corporatization of government hospitals similarly lead to sharply increased costs to the institutions and to patients?

* We have reason to believe that corporatisation of health services in our nation may be linked to consultations (and possibly joint ventures) with overseas healthcare entrepreneurs such as Managed Care Organisations (MCOs) which do not seem to have proven track records. We understand, for example that in the USA, various states have been obliged to enact legislation to counteract the adverse effects arising from MCO operations.

Neither the public nor the healthcare professions have been consulted about key features of the proposed corporatization and the accompanying Healthcare Financing Scheme. Nonetheless, the widespread public unease expressed in the Citizens' Health Manifesto has now engulfed the healthcare professions as well. The Malaysian Medical Association has now joined the Malayan Nurses' Union and the Estates Hospital Assistants Association of Malaysia in openly declaring their scepticism and apprehensions towards the corporatisation and privatisation of government healthcare. We view these developments as being highly significant, coming from frontline healthcare personnel with direct experience in patient care and service delivery.

Based on these considerations, we the undersigned, would like to appeal to you to defer the corporatization process so as to allow for a proper study of its likely impact on the public, and to initiate a process of consultation with the Malaysian public and the healthcare professions before any major changes are instituted. Our healthcare system definitely has room for improvement, but nevertheless is justifiably a source of pride and has been acknowledged by the WHO and others as among the best in developing countries. We must ensure that any changes that we make to the system will truly lead to better, sustainable health care for all our people.

We would like to suggest the following:

* Conduct an impartial cost-benefit analysis of those healthcare services that have been privatized thus far. These would include the General Medical Store for drug procurement and the 6 hospital support services. Has privatization increased the efficiency of these services? At what costs? These studies should be done by an agency that is independent of the corporate bodies who are vying for a stake in healthcare privatization. The results of these studies should be made available to the Malaysian public to enable them to make informed decisions.

* Review and report on the corporatization of the Institut Jantung Negara with particular reference to the public subsidy still required by the Institute.

* The Ministry of Education should similarly commission an independent review and report on the corporatization of the University Hospital (UM), in particular its effects on patient care and on the costs of running University Hospital.

* Inform the Malaysian public of the operational details of the proposed corporatization of hospitals and other healthcare facilities, of the intended Healthcare Financing Scheme, and invite feedback on these proposals

Yang Berhormat, we believe that it is the government's mandated responsibility to provide publicly-funded quality medical care to all Malaysians regardless of their socioeconomic standing. We would like the government planners to consider us, the Malaysian public, as partners in any attempt to upgrade the health services of

the country.

We therefore wish to appeal to you and to the Cabinet to defer any further decisions regarding corporatization or privatization of the Malaysian healthcare system until proper review and consultation (as delineated above) has been conducted.

Thank you.

(Signed by employees/members/affiliates
of _____)

Please send this letter to

YB Datuk Chua Jui Meng, Ministry of Health,
Jalan Cenderasari,
50590 Kuala Lumpur

with a photocopy to

Citizens' Health Initiative,
c/o 103 Medan Penaga,
11600 Penang
(fax : 04-6585197).



ภาคผนวก 4

การเคลื่อนไหวผ่านสื่อหนังสือพิมพ์

สำหรับการเคลื่อนไหวผ่านสื่อหนังสือพิมพ์ในช่วงปลายปี 2542 มีดังนี้

22 มิถุนายน 2542

รัฐมนตรีสาธารณสุขได้ให้ข่าวว่า การแปรรูปโรงพยาบาล (Corporatisation of hospitals) ที่จะดำเนินการในปีหน้านั้น ยังไม่ได้กำหนดอย่างแน่นอน กำลังทำการศึกษา National Financing Scheme ซึ่งศึกษาย้อนหลังไปถึงช่วงทศวรรษ 1980 โดยให้ Economic Planning Unit (EPU) เป็นผู้ทำการศึกษา รวมทั้งได้หารือถึงแนวคิดของ Corporatisation กับผู้เชี่ยวชาญชาวต่างประเทศ และ องค์ภาคเอกชนด้วย

แพทย์ จำนวน 120 คนได้ร่วมกันลงชื่อแสดงออกถึงการไม่เห็นด้วยกับแผนการแปรรูปที่วางแผนไว้สำหรับปีหน้า ได้เรียกร้องให้ดำเนินการอย่างโปร่งใส และให้มีการหารือกับสาธารณะ กลุ่มแพทย์และภาคเอกชน¹

Malaysian Medical Association (MMA) president ได้ออกมาเคลื่อนไหวว่าจะรวบรวมข้อเสนอของแพทย์เสนอไปยังกระทรวงสาธารณสุข และ EPU ส่วนหนึ่งของความกังวลของกลุ่มแพทย์ได้แก่²

- การศึกษาต่อเนื่อง ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานด้านคลินิกฉบับใหม่สำหรับ house officers, medical officers and specialists
- a more attractive loan scheme befitting the professional standing of each category of staff
- ก่อนที่จะดำเนินการแปรรูปควรมีการเจรจาตกลงถึงทางเลือกของค่าตอบแทนก่อน
- ควรยอมให้ออกไปทำงานเอกชนนอกเวลาได้ในระดับหนึ่ง

บทความในหนังสือพิมพ์ The Star ฉบับ 22 มิถุนายน 2542³ ได้วิจารณ์ว่า

“การเงินได้กลายเป็นปัญหาสำคัญสำหรับการแปรรูปโรงพยาบาล เพราะรัฐบาลได้ผลักดันความรับผิดชอบไปให้หน่วยงานที่ถูกแปรรูป ฉะนั้นจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจในประเด็นที่ว่าใครจะเป็นผู้ที่ต้องจ่ายค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เหล่านี้

MMA ได้เสนอให้รัฐบาล ตั้ง National Healthcare Financing Scheme อย่างไรก็ตามก็กระทรวงสาธารณสุขได้กำลังหารูปแบบที่เหมาะสมที่สุด สิ่งนี้สำคัญมากควรแน่ใจว่าระบบที่ใช้ต้องเหมาะสมที่สุดเพราะมีรายงานความฉ้อฉล (abuses) ที่เกิดขึ้นกับบางระบบที่ใช้อยู่ในบางประเทศ กระทรวงสาธารณสุขควรเรียนรู้ความผิดพลาดเหล่านั้นเป็นบทเรียน อาจพิจารณาได้ว่าระบบที่ดีที่สุดเป็นระบบที่ Employees Provident Fund (EPF) ร่วมกับบริษัทประกันชีวิตกำลังพิจารณาอยู่ ซึ่งระบบนี้ครอบคลุมผู้ที่จ่ายเงินเข้ากองทุนทั้งหมด ดูเหมือนว่าระบบนี้จะสมบูรณ์ที่สุดเนื่องจากกฎหมายบังคับให้คนงานทั้งหมดต้องจ่ายเงินให้ EPF เป็นรายเดือน ข้อที่น่าสนใจอีกข้อหนึ่งคือ คนงานไม่จำเป็นต้องจ่ายค่าประกัน (premium) อีก เพราะจะเอามาจากเงินสะสมในกองทุน ระบบที่เสนอนี้จะครอบคลุมเพียงโรคหลักเท่านั้น ซึ่งโรคเหล่านี้มีค่ารักษาสูง เช่น มะเร็ง heart bypass และ organ transplants กองทุนนี้จะครอบคลุมเฉพาะตัวสมาชิกผู้จ่ายเงินเท่านั้น ไม่สามารถรวมไปถึงญาติ (dependents) แต่สิ่งหนึ่งที่สร้างความกังวลอย่างมากคือการฉ้อฉล (abuse) ของแพทย์และโรงพยาบาลเอกชน

ในกรณีที่คนไข้มีประกัน มักมีแนวโน้มจะได้รับการรักษาที่เกินจำเป็น ทำให้ค่าใช้จ่ายสูงกว่าที่ควรจะเป็น ในประเด็นนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสนใจควบคุมให้มีเงื่อนไขที่จะเกิดให้น้อยที่สุด”

26 มิถุนายน 2542

หนังสือพิมพ์ The Star ฉบับวันที่ 26 มิถุนายน 2542⁴ ได้ลงจดหมายของผู้ใช้นามว่า Future Patient ว่า “ได้มีการกล่าวถึง National Healthcare Financing Scheme กันมากขึ้นในขณะนี้ โดยที่ VK Chin ได้กล่าวไว้ใน The Star June 22 ว่าการประกันสุขภาพสามารถก่อให้เกิดการฉ้อฉลได้ (Health insurance can lead to abuse.) และได้สรุปว่าระบบที่ดีที่สุดที่กำลังพิจารณากันอยู่คือ EPF ซึ่งครอบคลุมสมาชิกที่จ่ายเงินให้ EPF สิ่งที่ผมกังวลอย่างมากคือ การจ่ายเงินให้ EPF ล้นสุดแค่อายุ 55 ปี แล้วจะอย่างไรต่อจากนั้น เพราะยิ่งแก่ค่าใช้จ่ายสุขภาพจะยิ่งสูง นั่นคือความต้องการประกันสุขภาพของผู้ที่อายุมากกว่า 55 ปี อาจจะมากกว่าของกลุ่มที่อายุน้อยกว่านั้นด้วยซ้ำ ผมได้พยายามมองหาประกันสุขภาพสำหรับตัวผมและครอบครัว ปัญหาใหญ่ที่พบคือระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในขณะนี้ จะไม่รับประกันผู้ที่อายุเกิน 65 ปี เพราะเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วย และค่าใช้จ่ายในการรักษาก็สูงมากด้วย ดูเหมือนว่าผู้ที่อายุเกิน 65 ปีจะต้องพึ่งเงินออมของตนเอง หรือไม่ก็ไปรับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐ (ซึ่งมีบริการบางระดับให้ฟรี) แต่จะอย่างไรหากเมื่อโรงพยาบาลของรัฐได้ถูกแปรรูปไปเป็นเอกชน ใครจะเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ ผมหวังว่าประเด็นนี้จะได้รับการพิจารณาจากผู้มีอำนาจเมื่อมีการดำเนินการ National Healthcare Financing Scheme”

27 มิถุนายน 2542

หนังสือพิมพ์ Sunday Star ฉบับวันที่ 27 มิถุนายน 2542⁵ รายงานข่าวเกี่ยวกับการแปรรูปโรงพยาบาล โดยเสนอประสบการณ์ของชายคนหนึ่ง ซึ่งทำงานเป็นเจ้าหน้าที่ห้องสมุดว่า เขาต้องจ่ายเงิน 15 ริงกิตเมื่อพาลูกชายไปพบแพทย์ที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่แปรรูป (corporatised) เพื่อรักษาอาการตาเจ็บ ในขณะที่เขาเคยจ่ายเพียง 1 ริงกิตเป็นค่าบำบัด โดยที่ไม่ต้องเสียค่ายา เขาร้องเรียนว่าหากการแปรรูปเป็นไปตามที่กำหนดใน 7th Malaysian Plan (1996-2000) (จากการประเมินกลางแผน รัฐบาลกำหนดที่ดำเนินการต่อไป) เขาคงต้องจ่ายเงินเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า

ชายที่เกษียณอายุแล้วอีกคนหนึ่งซึ่งเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหัวใจ เล่าว่าเขาเคยจ่ายค่ายาให้โรงพยาบาลทั่วไป 100 ริงกิตต่อเดือน ขณะนี้เขาต้องจ่ายเดือนละ 600 ริงกิต สำหรับยาแบบเดิมที่รับจากสถาบันโรคหัวใจที่แปรรูปแล้ว (corporatised National Heart Institute)

รัฐมนตรีสาธารณสุขได้แจ้งว่า จะยังไม่แปรรูปโรงพยาบาลทั่วไป (corporatisation of general hospitals) ก่อน 1 มกราคม 2000 ขณะนี้มอบหมายให้หน่วยวางแผนเศรษฐกิจ (Economic Planning Unit: EPU) ดำเนินการศึกษาความเป็นไปได้และผล กระทบ

Citizens' Health Initiative ได้ดำเนินการรวบรวมรายชื่อของผู้ที่มีความเห็นว่าให้รัฐบาลฟังความคิดเห็นของประชาชน และให้ข้อมูลกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง เสนอไปยังรัฐบาล

แพทยสมาคม (Malaysian Medical Association: MMA) ได้ออกมาเรียกร้องให้ดำเนินการแปรรูปอย่างโปร่งใส โดยที่ไม่กระทบ คนยากจน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ คนชรา และเรียกร้องให้กระทรวงสาธารณสุขทำการศึกษาความเป็นไปได้โดย

- ศึกษาต้นทุน-ผลได้ของ privatised health bodies
- ตั้งหน่วยงานอิสระในการดำเนินการศึกษาวิจัย

- เสนอผลการศึกษาศาสตร์สาธารณะเพื่อเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น
- ให้ทำการทบทวน Existing privatised contracts and bodies
- สร้างระบบช่องทางในการพิจารณาการร้องเรียนของผู้รับบริการ

ประธาน MMA เรียกร้องให้มีการจัดตั้ง National Health Council โดยมีตัวแทนจากรัฐบาล องค์การวิชาชีพ องค์การผู้บริโภค และหน่วยงานที่แปรรูป สถาบันจะเป็นผู้ออกใบอนุญาตและควบคุมผู้ให้บริการและบริการ และเรียกร้องว่าในสถานะการณ์ของการแปรรูป รัฐบาลจะต้องให้บริการอย่างเพียงพอในด้านการป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การฝึกอบรมและการศึกษาต่อเนื่องทางการแพทย์โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

ที่ปรึกษาของ Federal of Malaysia Consumers Association ได้กล่าวว่าระบบสาธารณสุขของมาเลเซียเป็นระบบที่ most humane in the world โดยที่ใช้งบประมาณเพียง 5% ของทั้งหมด ซึ่งต่ำกว่าหลายๆ ประเทศ การแปรรูปจะต้องไม่เบียดเบียน (deprive) คนจน คนที่ขาดแคลน คนในชนบทและคนในพื้นที่ยากจน ไม่มีความจำเป็นต้องรื้อระบบที่ทำงานให้บริการประชาชนดีอยู่แล้ว หากรัฐบาลยืนยันจะทำต่อก็ต้องพึงเสียงประชาชนเป็นอันดับแรกเพราะมันเป็นสิ่งที่กระทบชีวิตของประชาชนทั้งชีวิต

26 กรกฎาคม 2542

หนังสือพิมพ์ The Sun ฉบับวันที่ 26 กรกฎาคม 2542⁶ ลงข่าวว่า Malaysian Trade Union Congress (MTUC) ได้ต่อต้านการดำเนินการใดๆที่แปรรูป (corporatise) โรงพยาบาลของรัฐ โดย G. Rajasekaran, Secretary General ได้กล่าวว่า “รัฐบาลยังไม่ได้ออกมาปฏิเสธคำร่ำลือที่ว่ารัฐบาลจะทำการแปรรูปโรงพยาบาลในอนาคตอันใกล้นี้ หากเป็นแผนการของรัฐบาลจริง MTUC จะขัดขวางจนถึงที่สุด” MTUC กังวลว่าการแปรรูปจะทำให้ประชาชนหมดทางเลือก และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจะสูงขึ้น เป็นภาระกับผู้มีรายได้น้อยจนทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ MTUC ยึดมั่นว่าการบริการทางการแพทย์เป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนทุกระดับเศรษฐกิจ ที่ต้องสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมกัน คนจนก็มีสิทธิที่จะมีสุขภาพดีเท่ากับคนรวย

Rajasekaran ได้กล่าวว่า การให้เอกชนดำเนินการ (privatisation) งานบริการ 5 ด้านของโรงพยาบาล (laundry, hospital equipment and facilities, maintenance, cleaning services and clinical waste disposal) ในปี 1996 ได้ส่งผลให้ค่าดำเนินการของโรงพยาบาล (hospital operational costs) สูงขึ้น 4-5 เท่า “เห็นได้อย่างชัดเจนว่า บริษัทเอกชนได้กอบโกยผลประโยชน์จากรัฐอย่างปราศจากการควบคุม หากรัฐบาลไม่สามารถดำเนินการแปรรูปโดยให้ทุกฝ่ายได้รับผลประโยชน์อย่างเหมาะสม (win-win situation) ก็ควรที่พิจารณาทางเลือกอื่น”

MTUC ได้แจ้งว่า Malaysian Nurse Union, Malaysian Medical Association, Estate Hospital Assistants Association of Malaysia ได้ต่อต้านการแปรรูปการบริการสาธารณสุขของรัฐอย่างเปิดเผย เพื่อให้การดำเนินการของรัฐเป็นไปอย่างโปร่งใส MTUC เรียกร้องให้มีการจัดตั้ง National Consultative Commission on Health ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการชุดนี้ควรประกอบด้วยผู้แทนจากรัฐบาล Health industry, วิชาชีพต่างๆ, พนักงาน และผู้บริโภค เพื่อพิจารณาทิศทางออกในเรื่องนี้

อีกคอลัมน์ในหนังสือพิมพ์ The Sun ฉบับวันที่ 26 กรกฎาคม 2542⁷ ได้เสนอบทความของประธาน Malaysian Aids Council ว่า “Malaysian Aids Council (MAC) ได้แสดงความยินดีที่ MMA ได้เรียกร้องให้รัฐ

บาลจัดตั้ง non-profit National Health Scheme ก่อนที่จะมีการแปรรูป Scheme นี้จะดูแลรับผิดชอบงานดูแลสุขภาพเบื้องต้นและการป้องกันโรค ((primary healthcare and preventive work) งานป้องกันโรคจะเป็นหลักประกันไม่ให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้นไป

วันที่ 14 สิงหาคม 2542

หนังสือพิมพ์ The Sun ฉบับวันที่ 14 สิงหาคม 2542⁸ ลงข่าวการให้สัมภาษณ์ของรัฐมนตรีสาธารณสุขว่า จากการพิจารณาความคิดเห็นของตัวแทนจากกลุ่มต่างๆในสังคม (every level of society) คณะรัฐมนตรีได้ตัดสินใจจะไม่แปรรูป (corporatised) โรงพยาบาลของรัฐเพื่อยุติความกลัวว่าจะทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจะสูงขึ้น รัฐมนตรีสาธารณสุขยังได้กล่าววาระบบสาธารณสุขของมาเลเซียได้รับการยอมรับจากธนาคารโลก และองค์การอนามัยโลกว่า เป็นหนึ่งในระบบที่ดีที่สุดในโลก ถ้าจะมีการเปลี่ยนแปลงก็ต้องมั่นใจว่าจะทำให้ดีขึ้นไปอีก เขากล่าวว่าโรงพยาบาลของรัฐจะยังคงให้บริการที่ affordable accessible equitable quality สำหรับประชาชนทุกคน สิ่งที่กำลังปรับปรุงคือ การกระจายอำนาจการตัดสินใจ และการเน้นการฝึกอบรมพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆให้เกิดความมั่นใจว่ามีบุคลากรเพียงพอในการให้บริการ

ในการนี้ Malaysian Medical Association President ได้ออกมาชื่นชมการตัดสินใจของรัฐบาลในการยกเลิกการแปรรูป พร้อมเสนอแนะว่าโรงพยาบาลและการบริการสาธารณสุขของรัฐควรมีการปรับโครงสร้างปรับปรุงคุณภาพ และยกระดับคุณธรรมของผู้ให้บริการ

วันที่ 23 สิงหาคม 2542

หนังสือพิมพ์ Star ฉบับวันที่ 23 สิงหาคม 2542⁹ เสนอข่าวว่า MMA ได้กำลังร่างข้อเสนอเกี่ยวกับ National Health Policy เพื่อให้รัฐบาลพิจารณา โดยจะมอบให้นายกรัฐมนตรีในเดือน ตุลาคมนี้ ประธาน MMA กล่าวว่าข้อเสนอนี้ผ่านการพิจารณาร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด คือ องค์กรของผู้ประกอบการ ผู้บริโภค และวิชาชีพ (trade bodies, consumer bodies and professional bodies) หนึ่งในข้อเสนหลักคือการจัดตั้ง National funding authority โดยให้มีเพียงหน่วยเดียวเป็นองค์กรไม่แสวงผลประโยชน์ภายใต้การกำกับของรัฐบาล (answerable and accountable to the Government) การมี National financing authority จะเป็นทางเดียวที่ก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบถ้วนหน้า (universal healthcare)

ในหนังสือพิมพ์ฉบับเดียวกัน¹⁰ ได้ลงข่าวว่ารัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้แจ้งว่ารัฐบาลได้ตัดสินใจยกเลิกแผนการแปรรูป (corporatisation) การบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลและคลินิกของรัฐแล้ว เขากล่าวว่ารัฐบาลได้ทำการศึกษานี้มาเป็นเวลา 14 ปี มิใช่เป็นการหาเสียงหรือการกดดันของฝ่ายค้าน ถึงแม้ว่าค่าใช้จ่ายทางสุขภาพจะสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกิดจากการให้เอกชนเข้ามาดำเนินการงานบางอย่างในโรงพยาบาลของรัฐ รัฐบาลได้เตรียมพร้อมยอมที่จะจ่ายเงินนั้นเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ

อย่างไรก็ตามได้มีผู้วิจารณ์ถึงความน่าเชื่อถือในคำกล่าวของรัฐมนตรีสาธารณสุขโดยตั้งข้อสังเกตว่าการอ้างว่ายุติการแปรรูปเพราะระบบสาธารณสุขของมาเลเซียเป็นระบบที่สามารถจ่ายได้ เข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมและมีคุณภาพอยู่แล้ว (We have a system that is affordable, equitable, accessible and of quality.) น่าจะเป็นเพียงวาทะของนักการเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งอยู่ในช่วงที่กำลังจะมีการเลือกตั้งทั่วไป เพราะคำกล่าวดังกล่าวสวนทางกับ โครงการแปรรูปที่ได้ดำเนินการมาหลายปีแล้ว ยิ่งกว่านั้นรัฐบาลซึ่งได้กล่าวอยู่เสมอว่าเป็นรัฐบาลของคนจน (pro-poor) ได้เคยแถลงไว้ว่าจะดำเนินการจัดตั้งระบบการคลังสาธารณสุขแห่งชาติ (National health financing scheme) ให้เสร็จก่อนเริ่มการแปรรูป แต่ก็ได้ไม่เป็นไปตามที่กล่าว จึงทำให้การแปรรูปส่งผลให้ราคาค่าบริการสาธารณสุขสูงขึ้น ก่อให้เกิดความเดือดร้อนในกลุ่มคนยากจน¹¹

ได้มีรายงานว่ MMA¹¹ ได้จัดการสัมมนาหลายครั้งและมีข้อสรุปว่า การแปรรูปจะต้องอยู่บนเงื่อนไขเหล่านี้

1. โรงพยาบาลที่ถูกแปรรูป (corporatised hospital) จะต้องมีสภาพเป็น non-profit “communitised” entities ซึ่งรัฐบาลเป็นเจ้าของแต่ผู้เดียว

2. ขั้นตอนการแปรรูปจะต้องมีการหารือกันอย่างโปร่งใสกับกลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์

3. การแปรรูป (corporatisation) จะต้องเป็นเพียงส่วนพื้นฐานของการปฏิรูปโครงสร้างโดยรวมของระบบสาธารณสุข (comprehensive structural reform) ไม่ใช่เป็นเพียงส่วนที่เสริมเพิ่มขึ้นมา (incremental)

4. และที่สำคัญที่สุดก่อนที่จะดำเนินการแปรรูป จะต้องจัดการให้เกิดระบบประกันสุขภาพที่เรียกว่า single-payer health financing scheme

MMA เห็นว่าการดำเนินการในลักษณะเช่นนี้จะช่วยก่อให้เกิดสภาพการทำงานที่ดีสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ของรัฐ เป็นการลดจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ถูกเอกชนดึงตัวไปทำงานด้วย และยังเป็นการระบบบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพขึ้นด้วยเพราะการแปรรูปจะทำให้หลุดพ้นจากข้อจำกัดในขั้นตอนการบริหารและการเงินของรัฐ

เอกสารอ้างอิง

1. Narasing Rao K. Corporatisation still under study. The Sun 1999 June 22.
2. MMA to make final stand on healthcare. The Star 1999 June 22.
3. Chin V. Health insurance can lead to abuse. The Star 1999 June 22.
4. Future Patient. Provide health insurance for the aged too. The Star 1999 June 26.
5. Health service must come before profits. Sunday Star 1999 June 27.
6. MTUC opposes privatisation of hospitals. The Sun 1999 July 26.
7. Marina: Govt must ensure affordable healthcare for all. The Sun 1999 July 26.
8. Puvaneswary S. Joy as cabinet decides against privatising govt hospitals. The Sun August 14, 1999.
9. Jessy KS. MMA drafting proposal on health policy. The Star 23 August 1999.
10. Decision on healthcare "not a polls gimmick". The Star 23 August 1999.
11. McCoy RS. Is this the end of corporatisation? Commentary No 30 (New Series) November 1999.