

民主行动党政策意见书

让马来西亚与新冠肺炎共存

2021年7月25日

背景与“新常态”

马来西亚正在经历长期的医疗保健和经济危机。新冠肺炎疫情及其影响不仅给马来西亚人的日常生活、企业和广大民众带来了诸多挑战，也暴露了我国公共医疗保健和社会经济系统的深刻问题。

面对这一巨大挑战，国民联盟（国盟）政府不仅未能掌握作为当今政府需要解决的广泛领域，还过度依赖单一的“封锁和疫苗接种”策略。

自国盟于2020年3月上台以来，马来西亚不得不忍受数个回合不同严格程度的封锁。虽然第一个行动管制令（MCO 1.0）是为了提高我国公共医疗基础设施的能力而启动的，但行管令的延长以及随后的数次封锁，是基于错误的信念，以为病毒传播可以通过行动管制来全面遏止。

2020年3月以来的封锁	开始日期
全国行动管制令（MCO 1.0）	2020年3月18日
有条件行动管制令（CMCO）*	2020年5月4日
复苏式行动管制令（RMCO）*	2020年6月10日
行动管制令（MCO 2.0）*	2021年1月13日
行动管制令（MCO 3.0）*	2021年5月12日
全面封锁 / 全面行动管制令（FMCO）	2021年6月1日
国家复苏计划（NRP）——第1阶段**	2021年6月15日
加强行动管制令（EMCO）*** 数个主要的雪兰莪县区和吉隆坡地区	2021年7月1日

备注：

* CMCO 和 RMCO 最初在全国实施。随着时间的推移，各州和地区根据每日新增病例的记录，或重新实施 MCO，或过渡到 CMCO、RMCO 然后回到 MCO。例如，马来西

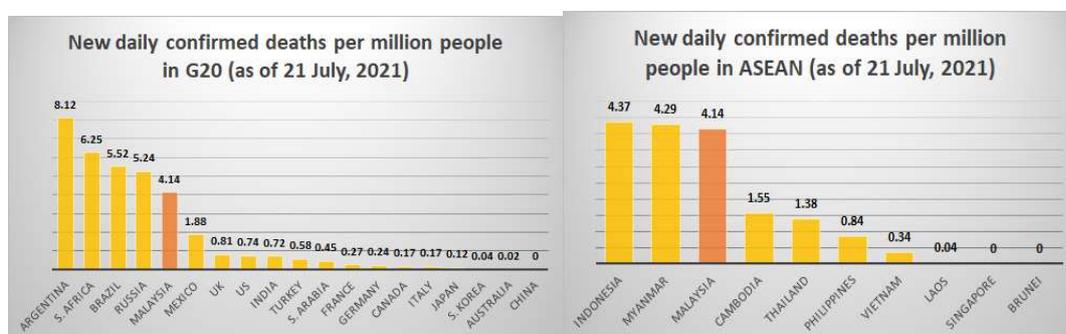
亚半岛和沙巴的大部分地区在 2020 年 10 月从 RMC0 过渡到 CMC0，直到 MCO 2.0。2021 年 2 月，除雪兰莪、柔佛、檳城和吉隆坡联邦直辖区之外的所有州属都从 MCO 2.0 过渡到 CMC0 或 RMC0，以上 4 个州属则于 2021 年 3 月 5 日解除 MCO 2.0。最后，在 MCO 3.0 之前的至少一周内，雪兰莪大部分地区、吉隆坡联邦直辖区、吉兰丹全部地区和柔佛部分地区，实施了州级 MCO。

** 7 月 5 日，几个州开始过渡到 NRP 第 2 阶段。第 1 阶段的条件与 FMC0 的条件基本相同。

*** 与更具针对性和更严格的地方级 EMC0（或 TEMCO）相比有所区别。大多数受影响的县和地区于 7 月 17 日解除 EMC0。

然而，这些间歇性封锁未能成功应对卫生危机，未能阻止新感染群的出现、社区感染并减少新冠肺炎病例的总数。

相反，自 7 月 13 日以来，每日新增病例已超过 10,000。新增病例没有消退的迹象，阳性率仍远高于世卫组织的 5% 阈值。更令人担忧的是，每日死亡率也徘徊在或接近历史高位，7 月 21 日达到 133.9 人死亡的 7 天平均值。按人口调整后，马来西亚目前在每天确认的新冠肺炎死亡人数方面排名世界第 22 位，每百万人中有 4.14 人死亡，远远超过 G20 和东盟的平均水平（见下图）。



Source: Our World in Data (2021)

来源: Our World in Data (2021)

医疗保健系统已达到极限，容量不足迫使新冠肺炎患者在一些医院的地板或走廊上接受治疗。

经济方面的情况也好不到哪里去。随着大多数被视为非必要行业的经济活动停止，这场危机重创了生计、供应链和投资者的信心。尽管疫苗接种率有所上升，但我国的疫情管理继续依赖全面封锁，这对经济、生活和生计造成了双输局面。

财政部已经宣布，将原先 6.0%至 7.5%的国内生产总值增长预测下调至 4%左右。如果没有让国家摆脱这些间歇性封锁的系统性计划，经济可能会受到更大的打击。

现任政府采用根除新冠肺炎和“拉平每日传染曲线”的错误、过时和不可持续的目标，助长了这种方法。它与英国和新加坡等许多国家形成鲜明对比，尽管这些国家都选择了自己独特的道路，但是它们已经展望未来，并提出了与病毒共存的策略。

虽然其他国家正在努力恢复常态，但国际指数表明，马来西亚在建立疫情抵御能力方面表现不佳。我国在彭博社的新冠肺炎抗疫能力排行榜上，名列 53 个国家中的第 51 位；在《经济学人》回归常态指数中，我国名列 50 个主要经济体之末。

现在是国盟承认病毒不会消失的时候了。从去年 RMC0 初期庆祝“零鸡蛋”病例数，到预计该病毒将在社区内长期共存的情况，疫情在卫生和社会经济方面都变得复杂，特别是新冠肺炎变种病毒的存在和日益占据主要位置。

正如我们所见，卫生和经济是相互交织的，因此将决策建立在生命和生计之间的错误权衡上会适得其反。

过渡到“新常态”

根据这些全球的演变，马来西亚必须将疫情管理目标从“零新冠肺炎”转变为“与新冠肺炎共存”。

“新常态”并不是要忍受各种形式的永久封锁。“新常态”是马来西亚如何采取措施，在重新开放大部分（如果不是全部）社会和经济活动的同时，最大限度地减少和减轻新冠肺炎在我们社区中的存在和影响。

马来西亚必须从其他国家的经验中吸取教训，从他国的成功中学习，同时注意不要重复他国和国盟过去的错误。

因此，民主行动党提出了一项缓解疫情的综合策略，以实现“与新冠肺炎共存”：

- A. **控制和减轻**当前的这一波感染；
- B. **准备好**迎接未来的疫情爆发；
- C. **开放**社会和经济领域，同时采取安全措施；
- D. **制定**应对新冠肺炎的中期策略。

除了提出具体的退场策略来走出破坏性的持续封锁，以处理我国当前的卫生和经济课题，这些建议还可以作为不可或缺的基石，为马来西亚迫切需要的长期结构性改革铺

平道路。如果我们仔细和策略性地规划，我国可以“重建更好的马来西亚”，变得比之前更强大和更好。

A) 控制和减轻当前的这一波感染；

目前每天的阳性病例超过 10,000 个，阳性率在 10%左右。政府的当务之急是控制目前的这一波感染，尤其是严重病例（第 3 至第 5 级），直接冲击我国公共医疗系统并使之承受巨大压力。

为实现这一目标，我们建议采取以下步骤：

- 1) 全面实施“发现、检测、追踪、隔离、支持+疫苗接种”（FTTIS+V）的国家策略
- 2) 调整 CAC 的流程和程序
- 3) 根据新信息调整目前的疫苗接种策略
- 4) 针对弱势群体进行检测和疫苗接种

1. 全面实施“发现、检测、追踪、隔离、支持+疫苗接种”（FTTIS+V）的国家策略

建立整体框架来简化流程、数据收集和制定法规，以便能够全面识别、隔离和缓解阳性案例。

在过去的 6 到 9 个月里，这一策略的“发现、检测、追踪、隔离”要素基本崩溃。因为卫生部无法应对任务负荷，并且或多或少地放弃了这项工作。如果卫生部尚且不能应对每天记录的约 2,000 个阳性病例，那么如今每天超过 15,000 个病例就更不用说了。

假设疫苗接种计划在 8 月或 9 月取得一定的成功，那么每天的新冠肺炎阳性病例总数应大幅减少到更可控的水平。

这一策略的目的是确保未来每天的病例总数保持在可控的水平。尤其是在未来因新冠肺炎变种病毒的演变，可能导致爆发疫情的情况下，如果马来西亚打算控制和缓解阳性病例的总数，而不必回到痛苦的“封锁”策略，这一点极为重要。

a. 实施有系统和全面的“FTTIS+V”国家策略，控制社区传播：

- i. **增加检测**——通过快速抗原检测试剂盒（RTK Antigen）进行快速筛查，结合逆转录聚合酶链式反应（Rt - PCR）检测。

我们不应该为了害怕增加检测到的病例数量而不增加检测。必须声明，我们对卫生部采取的“针对性检测”方法毫无异议，但我们必须强调，“针对性检测”并不等同于“有限检测”。每天检测次数的增加必然与阳性病例数量和阳性率相关。

如果不能通过全面的检测策略进行足够的检测抽样，就有可能因为未被发现的阳性病例和隐藏的感染群，导致更高的社区感染率。

我们注意到，即使病例数量有所增加，卫生部最近几天增加了检测数量。然而，我们认为，这种增加远远不足以解决目前 10%左右的阳性率，而且没有持续地进行。

- ii. **有系统地推广**——通过人工智能热点检测技术（这本应是动态融合识别热点系统（HIDE）的目的）支援的大规模预防性检测计划，可以使检测更有效。特别是针对高感染概率人群，如居住在密集宿舍的外国工人，或高密度住宅区的居民，进行检测。
- iii. **更好地报告**测试、数据结果和流程——当前报告每日新冠肺炎确诊病例数据的方式必须有所改善。例如，报告应该包括每日新冠肺炎检测的总数、检测结果呈阳性的百分比、各州的检测总数、快速抗原检测试剂盒与聚合酶链式反应检测数量的细分、私人界与卫生部进行的检测数量的细分，及新冠肺炎病例级别（第 1 至 5 级）的细分。这将有效地改善信息的获取，使人们更好地了解检测流程和不同时候的阳性率。
- iv. **补贴及规范**——通过对快速抗原检测试剂盒（RTK Antigen）和自行检测试剂盒进行适当的补贴和管理，以加速推动自行检测。培养整个社区的检测文化，可以促使在“接触点”进行的检测。例如，在工厂车间或办公室进行检测，甚至是允许自行在家检测，就如现在几个国家所进行的一样。
- v. **雇用及增加进行追踪接触者的专门人员** ——减轻医护人员追踪接触者的负担，以确保他们能够更专注于治疗患者这一更重要的角色。这个追踪接触者的工作实际上可以外包给外部供应商，而不是将负担推给卫生部的员工。

可以邀请呼叫中心管理、数据管理和其他相关领域的专家提供意见和建议。另外，可以迅速地进行透明的招标流程，选出一到两个得以根据我国的病例总数，灵活地扩大或缩小其营运的供应商。

- vi. **电子追踪接触者**——使用强大的信息技术设施，向市民发出近乎实时的警报。MySejahtera 应该配备一个自动通知病例的系统，系统需连接流行病学调查及研究、居家病例检测和医疗卫生机构的应对规划及准备（如：加护病房所需的病床数量）。

- vii. 标准作业程序应反映病例的概况和严重程度。例如，第 1 级和第 2 级患者应该可以在必要的医疗设备帮助下通过定期的虚拟咨询进行自我隔离，而不必亲临 CAC。

愿意申请成为新冠肺炎患者低风险隔离中心的廉价酒店或其他酒店等私人设施，也可以成为解决方案的一部分。这方案特别适用于有年长的父母或祖父母和年幼未接种疫苗的孩子的家庭，他们不想让这些弱势群体接触患上新冠肺炎的家庭成员。

- viii. **没有人掉队**——根据世卫组织的指南，确保疫情调查侧重于弱势群体和具有潜在超级传播者的地区。如果检测能力有限，优先对有患严重疾病风险的人、医疗工作者、住院患者和在封闭环境（例如监狱和拘留中心）的人进行疑似病例检测。

- ix. **为新冠肺炎高发区的群体接种疫苗**——既然目前疫苗接种策略已经成为应对新冠肺炎的工具，那么已实行 EMCO 的地区的居民也应该进行具针对性的疫苗接种。迄今为止，已经在 EMCO 地区实施该策略的证据有限。

2. 调整 CAC 的流程和程序

利用过往和现在的经验来改进新冠肺炎的评估流程，尤其是向运作这些中心的医疗前线人员学习

今年年初，全国各地设立了新冠肺炎评估中心（CAC），以应付阳性病例数量的增加。过去的一个月左右，随着确诊病例飙升至每天 10,000 例以上，巴生河流域的 CAC 尤其承受了巨大压力。

美拉华蒂 CAC 人满为患的照片、社交媒体帖子以及医疗前线人员精疲力竭的报道已广泛流传。新冠肺炎患者也常陷入困境，因为他们通常需要等待几天才收到 CAC 的回复。

随着 CAC 调整流程，对非严重（第 1 级和第 2 级）病例进行虚拟评估，情况稍微缓解。此举将减轻 CAC 医疗前线人员的压力和所面对的要求。

这些虚拟评估的相关流程需要随着时间的推移而加以检验和加强，但对占新病例 90% 以上的第 1 级和第 2 级患者进行虚拟评估是迈向正确的方向。

当局也应该考量医学专家的意见，尤其是那些有运作和管理 CAC 经验的人，因为他们对有效或无效的措施具备“前线”知识。

3. 根据新信息调整目前的疫苗接种策略

截至 2021 年 7 月 23 日午夜，大约接种了 1,650 万剂疫苗。第一剂占 1,120 万，而第二剂为 330 万。这分别占人口的 34.4% 和 16.1%。更重要的是，这意味着有 48% 的成年人至少接种了第一剂疫苗，22.5% 的成年人完成接种了两剂疫苗。随着新的公共疫苗接种中心（PPV）和特定领域的疫苗接种中心的开放，过去一个月的每日疫苗接种总数也明显增加。

由于超过一半的新冠肺炎新病例集中在巴生河流域，最近在巴生河流域（雪兰莪、吉隆坡、布城）展开的“提升容量行动”（OSC）是恰当的，但应该更早开始。这项行动的目的，是让巴生河流域的所有居民在 2021 年 8 月 1 日前至少接种一剂疫苗，并在 8 月底前完成接种疫苗。截至 2021 年 7 月 23 日，该地区共接种了 460 万第一剂疫苗（占成年人人口的 74%）和 150 万第二剂疫苗（占成年人人口的 25%）。

然而，由于大部分通过 MySejahtera 登记的人口在 9 月初就会接种疫苗，我国必须采取新策略——不再依赖大型 PPV，以确保大部分未登记或登记时出现问题的人士得以接种疫苗。这些策略包括但不限于：

- a. 在现有的大型和小型 PPV 实行“步入式”预约
- b. 积极将 PPV 资源重新部署到流动疫苗接种单位，方便未登记的居民，尤其在郊外和半郊外地区
- c. 由于生活条件的关系，无证移民属于高危人群，因此必须实施**无证移民的疫苗接种政策**，以最大限度地降低社区爆发的风险。
- d. 吸取巴生河流域 OSC 的经验，用于调整其他州属的疫苗接种政策，尤其是柔佛或沙巴等病例较多的州属。

- e. **必须定制疫苗接种政策**，以符合各个州属和地区的需求和情况。例如，已登记接种疫苗的沙巴居民仍然非常少。截止 7 月 23 日，沙巴只有略多于 100 万的居民（占成年人人口的 37.1%）在 MySejahtera 登记接种疫苗，而柔佛州则有 240 万或近 90%的成年人登记了接种疫苗。

4. 针对弱势群体进行检测和疫苗接种

最后，即使正在执行更大规模的检测和疫苗接种政策，也必须针对弱势群体进行检测和疫苗接种。

监狱和拘留中心一直是新冠肺炎爆发的主要来源，但迄今为止，尚未宣布任何具体政策来为这些地方的人们接种疫苗。

工厂工人的住宿，无论是在工厂厂区或以外的宿舍，也是感染群的另一个来源。许多无证移民和低收入居民的低价公寓也是如此。

政府必须探索在这些地区进行流动疫苗接种。为了有效地接触无证移民社区，内政部必须宣布暂时豁免移民当局逮捕他们。

B) 准备好迎接日后可能发生的疫情爆发

我们预计，随着接种新冠疫苗的马来西亚人数达到关键多数后，新冠确诊病例，尤其是严重病例将受到控制。届时，公共医疗系统的压力将相应被减轻。

但是，当局必须利用这一喘息空间，为如变种病毒、旅游活动、或在如沙巴这样边界松懈的州属中的未接种疫苗的无证移工，而仍会不时发生在不同州属不同地区的潜在爆发，做好准备工作。

政府绝不能再犯下与去年落实的限制行动令一样的错误，即没有采取任何措施来改善我国面对更庞大和更严重疫情爆发时的准备状态，正如我们现在所面临的情况一样。他们固步自封，进而被迫实施全面封锁政策，但有关成效却递减，并严重损害经济。

以下是为了应对此类爆发而必须采取的一些策略，作为与新冠病毒“共存”过程的一部分，因为即便人口大致上已完成接种疫苗，但新冠肺炎将在可预见的未来成为地方流行病：

1. 加强现有的医疗设施和能力
2. 在高风险地区进行针对性的筛检和封锁

3. 根据工作场所和住宿区，在工作场所制定更具智慧的防疫标准作业程序
4. 更好的使用数据和新冠病毒检测系统
5. 联邦、州和地方政府之间更好的合作关系和资源共享
6. 将民选代表纳入控制潜在爆发的策略中

1. 加强现有的医疗设施和能力

我国需要制定一项整体计划来扩大公共卫生服务，同时需要有效地将私营机构纳入对抗大流行措施中，以应对由新冠病毒、其潜在变种病毒和未来传染病引起的当前和未来负担。

a. 加强**医疗基础设施和人力资源**：

- i. 通过增加病床和病房数量，甚至是需要加护病房关注的新冠肺炎相关病例的专科医院数量，来***增加医院加护病房的容量***。
- ii. **尽快购买和部署与新冠肺炎相关严重病例所需的医疗设备***，例如氧气罐和呼吸机。
- iii. 应考虑在人口稠密城市**专门建设新冠肺炎治疗中心**，以减轻现有医院的负担。同样的方法也曾用于建立专门的麻风病和结核病中心。
- iv. **解决合约医生的困境** - 确保 3 万 5216 名合约医护人员，其中包括 2 万 3077 名医生、5000 名牙医和 7139 名药剂师，并为他们提供平等待遇和明确的职业发展道路。
- v. **扩大前线人员数量**，纳入医学院毕业生，以减轻已经精疲力竭的前线人员的负担，通过轮换制度实现可持续性的人力资源管理。为医护人员争取一星期内至少有一天的全天休息。

b. 改善与**私人医疗服务提供者**的协调和整合：

- i. 与此同时，政府应该从**私人医疗服务提供者里吸纳更多参与者**，作为对抗疫情的“联合医疗网络”战略的一部分。
- ii. 将某些中央医院**指定为新冠患者的收治医院**，确保他们在病例增加时具有缓冲能力。
- iii. 同时，指定特定的**私人医院为非新冠病例的医院**，并将这些病例从政府医院转移过去，避免最后一刻才做出安排。这将降低对公共医疗系统的整体需求。

2. 在高风险地区进行针对性的筛检和封锁

政府必须分析爆发感染群的地点数据，将之作为未来会出现潜在感染群地点的指标。这并不困难。举个例子，如之前所述，监狱和扣留中心具有潜在热点的所有必要特征，即大量人居住在卫生和空气流通不佳的狭小拥挤空间里。与其同时，我们也需谨慎地判读过去和现有感染群的地点。例如，所谓的“工厂感染群”的爆发源并不一定是工厂所在地，而可能与这些工厂感染群附近的住宿地点和宿舍有关。

一旦确定了这些潜在的热点地区，就应对这些地区的居民进行针对性筛检。检测费用应由他们的雇主来承担，而联邦政府则补贴其中的一些检测，特别是在新冠疫情的经济环境中受到严重打击的中小型企业。

此外，任何的封锁行动都应仅限于这些热点地区，而不是大到影响整个地区。这符合安全和负责任地开放经济的目标，我们将在下一节详细讨论这一点。

3. 根据工作场所和住宿区，在工作场所制定更具智慧的防疫标准作业程序

与其提出不以科学为基础或数据为驱动的防疫标准作业程序（例如，某些获许可运作的工厂的上班比例为 60%），国家安全理事会（NSC）应允许相关行业自行在内部提出可行的标准作业程序，再由卫生和其他职业安全专家，如具备空气流通和建筑设计专业知识的专家，来对其进行改良和更新。

工厂必须提出和实施冠病检测的标准作业程序，例如每两周对分为两个或以上工作流的工厂员工进行一次 RTK-Antigen 抗原测试，同时每日为车间经理进行测试，因为他们与工厂员工互动频繁，有时更需要跨工作流以完成工作。

同样的，与只在同一个工地工作的建筑工人相比，在不同工地工作的承包商则应接受定期测试。

当局可以公开某些工作场所实施的良好做法，使其成为其他工作场所可使用和效仿的参考点。

作为新冠病毒感染温床的住宿区也应获得改善，以将新冠病毒传播的可能性降到最低。

4. 更好的使用数据和新冠病毒检测系统

当动态参与热点识别系统（HIDE）出错而导致巴生谷一带的一些大型购物中心突然被令关闭时，就是个错误的开始。目前，据信动态参与热点识别系统被用以（悄悄地）关闭已检测到许多确诊病例的工厂。

在没有适当评估动态参与热点识别系统有效性的情况下，这可能最终会演变成只在惩罚那些有遵守标准作业程序，要求工厂员工使用吾安签到的工厂。反观那些那些不遵守标准作业程序和员工没有使用吾安签到的工厂则可继续运作，尽管他们大量的员工已确诊。

政府应邀请包括来自私人界的数据科学家提供建议，以改善动态参与热点识别系统。当局也应考虑使用手机蓝牙系统检测和追踪新冠病患的密切接触者的可行性，但实施过程中需小心谨慎，以免潜在警报设置过于敏感，最终可能会不必要地联系太多人。

卫生部最近通过 GitHub 公开地分享疫情数据，是一项积极举措。不过，现在就要判断这个公开的数据库是否真的足以让数据科学家进行分析，以便他们可以为检测出隐藏感染群、密切接触者警报及其他用途，提出更好的建议和解决方案，则还为时过早。

5. 联邦、州和地方政府之间更好的合作关系和资源共享

联邦政府决定与雪兰莪州政府合作推动疫苗冲刺活动（OSC），从多方面，尤其是尤其是在联邦、州和地方政府合力对抗新冠疫情方面而言，是个受人欢迎的决定。目前由各州州务大臣或首席部长主持的州安全理事会会议内确实存在这类的协调工作，并有着不同程度的合作。此外，希盟执政的檳城、雪兰莪和森美兰州的州务大臣和首席部长也有参与国家安全理事会会议。

但是，我们还需进一步加强联邦和州的合作。联邦和州之间的数据共享仍然不一致。例如，雪兰莪州的一些县卫生官员接到指示或不愿与州政府，包括雪州冠病特工队（STFC）分享确切的感染群位置信息。雪州冠病特工队由前卫生部长兼瓜拉雪兰莪国会议员祖基菲里所领导。

尽管联邦政府和雪兰莪州政府合作推动疫苗冲刺活动，但仍有一些挑战还在解决中，例如如何让雪兰莪州的 SELangkah 应用程序与卫生部的吾安应用程序的数据“同步”。

我们需要解决这些问题，以加强准备能力和控制日后发生的地方性疫情爆发的能力。

6. 将民选代表纳入控制潜在爆发的策略中

当我们撰写本文时，还不确定州或联邦级别的民选代表在对抗新冠疫情中是否有着明确的角色。为此，必须让民选代表有更多空间来发挥积极作用，帮助识别潜在热点，例如可采取相应措施以防止这些地点爆发疫情。一旦爆发疫情，他或他应被允许发挥作用，以遏制疫情。

这可能包括邀请当地代表参加县级的每周简报会，报告为了对抗新冠疫情而采取的最新措施，以及已发现新冠确诊病例的地区和新感染群的最新相关统计数据。

联邦政府还应提供拨款予所有国会议员，包括反对党议员，以协助对抗新冠疫情。例如为社区内的某些群体提供自助检测仪、为某些地区人民支付新冠检测费用、和为加强封锁的地区人民提供食物援助。

C) 制定安全措施重启社会与经济领域

随着疫苗接种率的提升、冠病严重病例与相关死亡人数的减少，在重启经济之际，应采取以下步骤：

1. 采纳较好及更具针对性的指标
2. “更精明”地重启经济
3. 开启特定领域的同时也给予特定的优惠与奖励
4. 采大胆财政措施加速落实和复苏
5. 采取“社会联合政府总动员”的途径

1. 采纳较好及更具针对性的指标

当“社会联合政府总动员”的典范从原本的“零冠病”转移至“与冠病共存”之际，需要优先关注正确的数据指标。我们必须意识到，2万例的冠病确诊，而当中并无重症病患以及出现死亡病例，远比只有5000例确诊病患，但却有100例重症以及20例死亡来得好。

所谓“与冠病共存”，意味着将公众和政策制定者的注意力需集中在以下正确指标上：

- a. 严重冠病病例的数量和百分比（第3至第5级）
- b. 死亡人数和加护病房内重症病患的数字（以及加护病房的负荷能力）

以上皆为反映公共医疗系统压力的指标。其他对公众监督有用的指标包括：

- a. 每日的筛检总数，
- b. 其阳性率之占比，以及各州重症病例和疫苗接种率的细分。

上述种种指标都应记录在一个公共实时的“仪表板”之上，并且每日更新，让民众可以轻易地透明地获得相关资讯。

需知，即使我们出现成千上万的病例，但导致死亡的病例百分比仅占病例总数很小的一部分的情况下，经济仍应继续开启（取决于当下的防疫标准作业程序），公众应将冠病视为其中一种疾病，我们应当关注，但不能因为这种病原体的存在，而允许它不断破坏和颠覆我们的生活，包括影响我们孩子的日常。

2. “更精明”地重启经济

我们需要更多元的方法，以便重新开放社会和经济领域的过程中，能够遵循基于科学和数据的推理及逻辑。

- a. 即使一些州属或地区仍处于国家恢复计划（NRP）的第一阶段，也应允许**特定领域以严格的防疫标准作业程序开放**。

举例来说，只要特定的防疫标准作业程序到位，如根据商场或商店的规模来限制商场或商店的人数，即使处于第一阶段的州属，也没有理由不让购物商场开启。既然巴生谷的文具店以及电脑、电子产品的商店都已获准开业，则应准备允许其他零售店在严格的标准作业程序下开业。

- b. **应该允许特定领域或公司根据其疫苗接种率来开业**。

例如，国家安全委员会（NSC）较早前曾宣布，考虑允许工厂内若有 80% 或更多员工已完全接种疫苗，可以继续开业运营，即便有关工厂不被视为“必要”领域。

这是一个非常受欢迎的举措，因为其考量到供应链中的密切联系，而且经济中的生活必要和非必要之间的区别，实在不容易界定。

- c. **为马来西亚公司提供“先行者”优势**，以帮助他们更好更快地从新冠疫情中恢复过来。例子包括：

- i. 一旦浮罗交怡和邦咯岛的居民完全接种疫苗，且在当地建立系统，能够管控随时爆发的疫情，则这些地方的**体育运动和旅游泡沫活动**当迅速解封。

我们首先可对已完全接种疫苗的国内游客开放，然后再向已完全接种疫苗的非马来西亚居民开放。

- ii. 将吉隆坡国际机场（KLIA）定位为**中短期中转航班的枢纽**。

这是因为区域中有些国家目前禁止来自特定国家的航班，甚至不允许其飞机在机场过境。我们可以用此策略，以让吉隆坡国际机场在面对曼谷和新加坡等区域竞争对手时，挽回一些失去的优势。

iii. **放宽对马来西亚人出国旅行的限制**，特别是让已接种疫苗的居民前往新加坡和澳洲等病例数较少的低风险国家旅行。

iv. **允许与新加坡（和类似国家）进行非互惠对等之安排。**

即使已全面接种疫苗的马来西亚人迄今尚未被允许未经检疫前往新加坡，不过，若全面接种疫苗的新加坡居民可以允许无需检疫即可前往马来西亚，将使马来西亚的旅游行业更快地反弹。

d. 重新利用国内的一些公共空间，在使用更好的空气流通设备条件下，于国际间“展示”我们的国家，这将有助于挽回我们管控疫情不当后的声誉。

e. 政府各部门应针对各自范围内的社会和经济活动，制定各自的国家复苏计划，以便整个国家能够更好地重建并更快地恢复元气。

3. 开启特定领域的同时也给予特定的优惠与奖励

政府还应给予特定开放的领域一些特定的优惠与奖励，尤其是在疫苗接种率高于特定门槛（例如 50%）的州属。示例包括：

a. 一旦完全接种疫苗的成年人百分比超过 50% 大关，巴生谷应该允许那些完全接种疫苗的人，在 8 月初开始可以到外用餐，每次则为 2 人。

b. 州属内的 50%人口若已完成接种两剂疫苗，则已完全接种者应该获准跨州。

c. 那些完全接种疫苗的人可以参加非接触式的赛事或自行车活动等少数人所参与的活动。

这计划更大及更具战略性的一面，旨在激励未接种疫苗的人尽快接种疫苗，尤其是在一段时间后很容易获得疫苗的州属。

巴生谷也许可以树立一个榜样，说明如何以正确的激励措施和优惠进行战略性开放，以便其他州可以效仿，并学习如何从中增强防疫标准作业程序。

4. 采大胆财政措施加速落实和复苏

这些综合措施必须得到大胆扩张性财政政策的支持，以支撑医疗保健系统并帮助家庭和企业。正如民主行动党最近向财政部提出建议时所强调的那样，我们呼吁制定以下 450 亿令吉的复苏和刺激计划：

a. 提供至少 40 亿令吉予卫生部

- i. 提升**医院负荷能力**（特别是加护病房负的荷能力），以及医疗设备和人力资源。
- ii. 大幅增加公共医疗系统的人力。
- iii. 加快**检测、追踪与治疗**。
- iv. 加强**检疫程序**。

b. 为经济领域提供 300 亿令吉的财政拨款和补助

- i. 150 亿令吉投资于抗疫经济补助和软贷款，并配以适当的税收激励措施，予“抗疫”工作场所、工厂和工人宿舍。
- ii. 为中小型企业、建筑业、零售业和陷入困境的旅游业提供贷款担保和信贷。
- iii. 加强社会保护，特别是对非正规经济领域和零工领域的民众。

c. 60 亿令吉的工作招聘奖励

- i. 创造和保留就业机会仍应是拯救马来西亚生计的第一道防线。
- ii. 在 2 年内，为本地雇员提供每月 500 令吉的工资奖励，并为雇主提供每月 300 令吉的雇佣奖励，为 25 万-30 万名马来西亚工人创造就业机会。

d. 投入 50 亿令吉予家庭

- i. 将原有的每月补助至少提高一倍，为受封锁令影响的家庭提供援助至年底。有关提案承认 M40 家庭（以及超越 M40 分类的整体中产阶级）面

临的困难，并将要求在最近的《保护人民及复苏经济》（PEMULIH）援助配套中宣布升级付款，具体如下：

家境	原计补助	建议补助
赤贫	1300 令吉	2500 令吉
B40	800 令吉	1900 令吉
M40	250 令吉	1100 令吉

最后，我们需要大胆、有针对性的支出来实施凡此种种大胆且全面的方法。我们必须迅速果断地采取行动，让马来西亚走上与病毒共存的正确轨道。任何延误都将导致我们无法实现那些战略性的目标，并加深健康医疗和经济危机，使复苏更加难以实现。

5. 采取“社会联合政府总动员”的途径

许多人使用“社会联合政府总动员”的方法来对抗 新冠疫情。同样的一句话，也适用于把新冠疫情控制好，以及安全、负责任地重新开放社会和经济领域。

然而，并没有多少国家能够以全面和战略性的方式向世人展示这种方法。当政府没有精心谋划和协调时，整个社会就很难相互反应和有效地与政府合作。

我们现在采用这种方法还为时不晚。MCO 3.0 封锁期间，社会志愿人士努力地为有需要的人提供食物和帮助，证明了马来西亚社会的弹性以及我们在危机时期的凝聚力。现在，我们所需要的只是政府做好本分，并在这条通往与冠病共存的新常态之路上，尽自己的一份力量。

D) 应对 covid - 19 的中期策略

今后，在今年甚至明年，需要讨论和实施以下政策，以作为持续了解、管理和减轻 COVID 的影响：

1. 为成年人大规模接种 covid - 19 疫苗和加强针提供的基础设施和政策。
2. 全面研究和监测长期 Covid 的影响。
3. 将 covid19 的管理权力下放给各自的州政府，并让更多专家参与到权力下放的决策过程中。

1. 为成年人大规模接种 covid - 19 疫苗和加强针提供的基础设施和政策

即使大多数马来西亚的成年人已经完全接种, 需要持续的努力接种那群刚 18 岁转成年人的群体, 以及那些可能仍需要打加强针的群体(视卫生部医疗机构的建议而定)。

除了透过公共部门的社区诊所、乡村地区流动保健设施和医院提供的服务外, 还需要私人诊所和私人医院等私人保健服务提供者的参与。

如果卫生部批准儿童接种疫苗, 则可能需要在学校进行大规模接种。来马来西亚工作的外国劳工可能也必须接受强制性疫苗接种。

2. 全面研究和监测长期 Covid 的影响

其他国家已经启动了研究, 以调查、理解并希望能拯治 Covid 带来的长期影响, 特别是那些经历过严重病例(3 至 5 类)的国家。

马来西亚也需要进行类似的研究。这项工作需要由卫生部所领导, 还应包括公立和私立大学及私营领域包括制药公司的研究人员参与, 以及国际机构如设立在吉隆坡 UKM 医疗中心, 隶属于联合国大学(UNU)一部分的国际全球健康研究所(UNU-IIGH)的参与。

相关部门如财政部、人力资源部也应该研究长期 Covid 导致的长期经济影响, 而且需要与公立和私立大学及诸如总部设立在吉隆坡的世界银行发展经济研究小组(DECRG)共同参与研究。

3. 将 covid - 19 的管理权力下放给各州政府, 并让更多专家参与到权力下放的决策过程中

此次 Covid 疫情的管理暴露了联邦政府和州政府之间的许多争论点, 如在冠病大流行病期间, 哪一级政府实际上有权关闭工厂, 谁可以决定某些领域的运营可以继续的标准操作程序(sop)等。

为了解决这些争议, 需要修改某些联邦法令, 比如允许州政府有权决定哪些领域可以继续开放或在什么情况下有权关闭哪些领域。

需要采取更灵活的办法来应对未来的公卫大流行病, 以适应每个州属存在的不同情况

E) 总结

现在是时候采取行动，实施上述强调的全面缓解冠病大流行战略。战略重点必须从根除病例转移到将 Covid-19 视作为一种地方病并安全地与之共处。为追求“零 COVID-19”而实施的无休止封锁，还有其不明确的标准（SOP）显然已经都不起作用。

在打击这一看不见的、无处不在的敌人时，重要的是要跟随科学，同时动员整个政府的许多部门和机构采取一致的应对措施。与此同时，现政府应该抛开部门部长官威和党派考虑，持续进行协商，包括反对党的政策制定者、专家、企业利益相关者、民间社会和非政府组织的成员制定精简的流行病管理措施，并有效和高效地为人民服务。迅速、果断的行动将给我们一个抵御当前公卫和经济双重危机的机会，为我们今后一年乃至 2022 年以后学会与病毒共存奠定基础。