

全球卫生治理的变化和挑战 及对中国的启示*

高明 唐丽霞 于乐荣

【内容提要】 全球卫生治理具有高度的无国界性。全球化的深化使人的联系愈加紧密，也使全球卫生治理体系不断变化。全球卫生治理理念更为包容、参与主体多元、私人部门的重要性日益凸显、治理领域不断拓宽、合作方式多样。但是，全球卫生治理因理念的差异、治理领域的复杂性和政治性、资金来源的不确定性等因素而面临挑战。中国作为新兴经济体，将通过“南南合作”以及“一带一路”倡议参与全球卫生治理。在此过程中，中国应明确提出全球卫生治理理念，实现从执行参与者向规则制定者的角色转变，扩大与全球卫生治理多方主体的合作和政策协调，重视卫生发展援助过程中的本土性知识作用的发挥，并注重培育和发展国内私人部门参与全球卫生治理。

【关键词】 全球化 全球卫生治理 卫生发展援助 公私合作机制

【作者简介】 高明，中国农业大学人文与发展学院博士研究生；唐丽霞，中国农业大学人文与发展学院副教授；于乐荣，中国农业大学人文与发展学院副教授

【中图分类号】 D815

【文献标识码】 A

【文章编号】 1006-1568-(2017)05-0126-21

【DOI 编号】 10.13851/j.cnki.gjzw.201705007

* 本文系国家社科基金重点项目“西方发展援助与中国发展援助的战略政策对比分析”（16&ZD017）的阶段性成果。

全球化推动了国家间的相互依赖，同时带来了新的问题。全球化使健康风险的传播速度不断加快，影响范围扩大，因此，全球公共卫生领域的安全问题受到广泛关注。与此同时，世界各国在卫生领域制定了一系列新的策略，积极开展全球卫生治理，越来越多的行为主体参与到全球卫生治理之中，使全球卫生治理和国际卫生发展援助得以迅速发展。目前，国际社会对全球卫生治理空前重视，2015 年联合国提出了 17 项可持续发展目标，其中 3 项和健康与卫生相关。中国作为肩负着大国责任的新兴经济体，已经越来越多地参与到全球卫生治理体系中。2017 年 1 月，习近平主席访问了世界卫生组织（WHO）总部，这是中国最高领导人首次访问该组织。访问期间，中国和世界卫生组织正式签署了关于“一带一路”卫生领域合作的文件，这体现了中国对国际卫生合作和全球卫生治理的高度重视。然而，全球卫生治理在发展中也面临一些新的挑战。作为当代国际体系的后来者，中国对待全球卫生治理的态度、政策和实践，在一定程度上将影响甚至决定全球卫生治理的未来走向，而全球卫生治理所面临的挑战也是中国制定全球卫生治理战略时需要高度重视的问题。在此背景下，本文将对全球卫生治理的起源和发展，以及当前全球卫生治理面临的挑战进行分析，进而探讨中国应该以怎样的态度和方式来面对这些变化和挑战，并提出相关政策建议。

一、全球卫生治理的起源和发展

全球卫生治理的发展演变是一个动态的过程，其演变源于人类社会在不同发展阶段的不同卫生治理需要，发展的动力则是全球化。

（一）全球卫生治理的发展脉络

从治理的时空发展顺序来看，全球卫生治理可以划分为五个阶段。第一阶段是在 19 世纪以前，这一阶段主要是各国独自应对传染性疾病。14 世纪中期的黑死病严重冲击欧洲国家，使整个欧洲社会、经济、农业和文化都遭到毁灭性破坏，但在当时无法找出这一疾病的根源。为控制这种传染病，以意大利威尼斯为首的部分港口城市，开始对外来船只进行长达 40 天的禁运，

并于 1377 年建立了“隔离检疫”制度。由此，“隔离检疫”制度逐渐成为一国控制传染病传播的重要措施。尽管传染病已经给人类社会带来了严重的威胁和危害，但尚不存在国际合作机制来应对传染，控制疾病传播仍然主要由各个国家独立进行。第二阶段是 19 世纪上半叶，这一时期卫生治理的特点主要是为预防传染病而在欧洲建立的停船检疫监督体制，但是这个体制局限于区域内的国家开展卫生合作，未扩大到更大范围的合作。到 19 世纪中叶，欧洲各国开始认识到，单靠“隔离检疫”不能有效控制和预防霍乱、鼠疫等急性传染性疾病的蔓延，同时由于缺乏统一标准，容易造成禁运混乱，也不利于当时以海运为主要贸易方式的欧洲经济的发展。疾病控制和经济发展的矛盾凸显，需要国家之间的协调配合。^① 第三阶段从 1851 年第一届国际卫生大会（International Sanitary Conferences, ISC）的召开到第二次世界大战结束，多样化的卫生组织开始出现，并以战乱时期及战后传染性疾病预防为目的建立了以定期召开国际卫生大会为主要机制的国际卫生治理体制。第四阶段是二战后到 20 世纪 80 年代末，以世界卫生组织为中心的全球卫生治理机制基本成型，双边和多边治理机制开始在全球范围内快速发展。第五阶段是从 20 世纪 80 年代至今，信息和通信技术的突破使人类治理全球性卫生问题进入全新的多元化主体参与的时代。

从卫生治理的范围来看，人类对传染病的治理经历了国家卫生治理、国际卫生治理和全球卫生治理三个阶段。早期的全球卫生治理更多是在地区、国家和区域的层次上。欧洲世界卫生大会的参与者基本上都是欧洲发达国家，以预防和控制传染性疾病在本国边界以内传播为主要目的，卫生治理的空间局限性较为明显，并不符合全球卫生发展的需要。全球公共卫生治理体系的发展与国际政治经济秩序的改革是促进公共卫生发展的必要条件。^② 随着新的全球健康问题从地区层面逐渐扩大到国际层面，此时各国政府必须寻求合作才能更好地应对复杂的卫生问题。早期的国际卫生治理一般只是两个

^① 张彩霞、吴玉娟：《传染病防控的国际合作机制演进与国际卫生法的实践》，《广东广播电视大学学报》2010 年第 6 期，第 33-34 页。

^② 徐彤武：《埃博拉战争：危机、挑战与启示》，《国际政治研究》2015 年第 2 期，第 33-60 页。

或两个以上的国家之间开展的联合行动，主要针对因贸易快速发展而产生的传染病预防问题，并由此产生了一些初级的区域卫生合作组织，从而形成了国际卫生治理体系。随着全球化的进一步深化，疾病控制面临三重挑战，即新发疾病、由于微生物抗药性增强而复发的疾病以及近年来引起关注的生化恐怖主义威胁。各国以及世界卫生组织开始意识到单纯消灭一种传染病不足以解决全球卫生安全问题，进而将工作的重点放在全面促进全球公共健康的合作方面。新修订的《国际卫生条例》（International Health Regulations, IHR）于 2005 年 5 月 23 日经第五十八届世界卫生大会审议通过，它标志着超越区域之间、国家之间的全球卫生合作的实践得以制度化。自此，各类人道主义机构、医疗非政府组织、私营企业、慈善家团体也更多参与到全球卫生治理中，并发挥着重要作用。

（二）全球卫生治理的发展趋势

随着全球化的进一步深入，疾病的传播基本不受边境的限制，国际社会不得不重新审视全球卫生治理的含义。在更加注重多元化的 21 世纪，健康和卫生发展更多地被理解作为一种人类安全和必须拥有的权利。认识的改变促使国际社会重新反思过去的全球卫生治理行为和治理理念。此外，新的全球卫生治理机制需要更加重视影响健康的基本因素以及非健康领域的问题，注重从源头上控制和预防疾病的传播，^① 而影响健康的基本因素已经超越国界，因此当前的全球卫生治理无论是在内涵、参与主体还是在资金投向上都有别于以往的治理体系。

第一，治理理念与资金投向的变化与争议。治理理念的变化主要体现在两个方面。首先，人类社会对卫生和健康有了全新的认知。随着卫生治理进入全球化时代，卫生和健康概念已经不再仅仅是一个生物学概念，而是包含人权、公平、性别、可持续发展、教育、农业、贸易、水、卫生等所有与健康有关的因素的一个综合概念。目前，人们格外重视影响健康的基本因素，希望重新构建全球公共卫生体系，也重视包括人口和环境在内的基本社会经

^① Melinda Moore, Philip Gould, and Barbara S. Keary, "Global Urbanization and Impact on Health," *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, Vol. 206, No. 4, 2003, pp. 269-278.

济发展问题对卫生和健康的影响。其次，卫生治理的理念发生变化。卫生治理的基本内涵决定了参与主体可以通过正式或非正式的活动达到全球卫生发展的目标。新的全球卫生治理管理机制涵盖多个层次，包括地区、国家、区域以及全球，并随着全球化的进一步加深而出现新的变化。^①同时，新的全球卫生治理体系在问题对象、关注范围和合作理念上都与国际卫生治理体系有很大不同（表1）。^②

表1 全球卫生治理理念的发展变化

类别	国家卫生治理	国际卫生治理	全球卫生治理
问题对象	处理本国卫生问题,防范他国传染性疾病蔓延到本国	处理以国境界定的卫生问题(主要指传染性疾病的控制)	处理跨越国境卫生问题和影响健康的危险因素
关注范围	关注本国国境以内的卫生问题	关注他国尤其是发展中国家的卫生问题	关注所有国家和全球性的卫生问题
合作机制	仅限于国与国之间的双边协商	多为国与国之间、区域之间的双边和多边合作	多种主体的共同参与

资料来源：根据相关资料整理而成。主要参考许静、刘培龙、郭岩：《全球卫生治理机制及中国参与的建议》，《中国卫生政策研究》2013年第11期。

健康与卫生的再定义以及全球卫生治理理念的不断演化，使全球卫生治理资金投向出现了争议。一种是以国家安全论为依据的西方卫生治理观点，认为无论是至今难以根除的疟疾、肺结核，还是不断出现的新型传染性疾病，始终都是人类生存的最大威胁，全球卫生治理的资金应重点投入传染性疾病的预防和控制。另一种观点则认为，以疾病为导向的全球卫生治理体系疲于应对不定期爆发的全球传染性疾病，但人类依然时刻面临传染性疾病的威胁，当前需要做的是净化疾病产生的源头，从根本上解决传染性疾病的发生。

^① Ilona Kichbusch, "The Development of International Health Policies-accountability Intact?" *Social Science and Medicine*, Vol. 51, No. 6, 2000, pp. 979-989.

^② 许静、刘培龙、郭岩：《全球卫生治理机制及中国参与的建议》，《中国卫生政策研究》2013年第11期，第2页。

因此，越来越多的人开始反思，认为应该将更多资源集中于建立全球公共卫生体系，减少传染性疾病的生存空间。^① 全球卫生治理对非传染性疾病、公共卫生、烟草控制的投入相当不足，很多组织、学者都呼吁应加大对公共卫生治理领域的投入。

第二，全球卫生治理参与主体的多元化。在 20 世纪 90 年代以前，国家一直是国际卫生治理的主体，卫生援助的资金也主要是在援助国和受援国之间流动。WHO 在很长一段时间内只是负责小范围内的合作行动，比如在根除天花时协调部分国际机构和国家之间的合作，以及发布国际卫生发展报告并制定《国际卫生条例》。可见，这一时期的国际卫生治理是一个相对而言比较简单，参与主体较少的治理模式。《国际卫生条例》的有效实施也需要克服一系列技术、资源、治理、法律和政治障碍。随着传染性疾病数量的减少，人类健康问题更多集中在难以根治的疾病（如艾滋病、疟疾、肺结核等）、新型突发性传染性疾病以及公共卫生体系等方面。传统的卫生治理体系因其治理的低效性和管理的不科学，不能有效应对当前的全球卫生问题。随着国际政治经济格局的进一步演变，以及当前全球卫生的发展，一些新的援助主体相继出现并发挥着越来越重要的作用。这些新型援助主体或卫生治理机构主要包括私人部门、公私合作机制（PPPs）^② 以及作为援助方的新兴发展中国家。卫生治理领域中以非政府组织、基金会及公私合作机制为代表的非国家行为体的大量增加（表 2），模糊了国家和非国家行为体作用的界限，改变了全球卫生治理体系的结构。

随着新兴经济体的崛起，其在全球经济总量中所占的份额越来越大，同时也是全球公共卫生发展的积极响应者。以金砖国家等经济快速成长中的国家为代表的新兴经济体在发展本国经济社会的同时，正积极建构本国及周边地区的卫生发展框架。而且，这些国家本身属于发展中国家，在双边援助、

^① Poul Erik Petersen, "Global Policy for Improvement of Oral Health in the 21st Century: Implications to Oral Health Research of World Health Assembly 2007, World Health Organization," *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, Vol. 37, No. 1, 2009, pp. 1-8.

^② 公私合作机制，也称公私伙伴关系。目前国际卫生领域的公私合作机制主要包括全球疫苗和免疫联盟（Global Alliance for Vaccines and Immunisation, GAVI）、全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金（Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, GFFATM）。

技术转让、私人投资等方面能够借鉴本国卫生发展情况，推动发展中国家之间的卫生合作。早在 2003 年，金砖国家中的南非、印度、巴西就通过三国间的“印—巴—南对话论坛”（India, Brazil, South Africa Dialogue Forum）机制协调卫生问题上的国际行动。2011 年 7 月，金砖国家卫生部长会议召开，这标志着五国协调的正式启动。^① 此外，“南南合作”也涵盖卫生发展合作领域。发展中国家相互合作，在一定程度上能够降低国家之间的不信任，从而使全球卫生治理项目能够更好地在不发达地区开展。

表 2 1991—2016 年全球卫生治理资金来源比重（单位：%）

		1991	1995	1999	2003	2007	2011	2015	2016
OECD 国家 政府	美国	31.9	27.1	25.6	20.9	30.1	36.8	36.1	38.4
	其他 OECD 国家政府	46.8	48.8	45.5	52.8	41.0	36.2	36.5	34.0
私人 部门	比尔梅琳 达·盖茨 基金会	0	0	1.4	3.9	6.4	6.3	8.0	7.8
	企业捐赠	1.0	1.0	1.4	1.4	2.0	1.7	1.9	1.8
	其他（通过慈 善基金会及 NGOs 的 私人捐赠）	6.9	7.7	10.5	7.1	9.5	9.0	7.3	8.2
其他资 金来源	债务免除 （国际复兴 开发银行）	4.0	8.5	8.7	9.2	4.6	5.7	2.4	2.2
	其他方式	9.4	6.9	6.9	4.7	6.4	4.3	7.8	7.6

资料来源：IHME, *Financing Global Health 2016: Development Assistance, Public and Private Health Spending for the Pursuit of Universal Health Coverage*, Seattle: IHME, 2017, pp. 94-95.

第三，全球卫生治理的资金来源变化：私人部门的兴起。长期以来，发达国家的财政预算一直是全球卫生治理的主要资金来源，但随着全球卫生治理时代的来临，私人部门在该领域的重要性逐渐凸显，私人部门提供了越来越

^① 汤蓓：《金砖国家致力成为全球卫生治理新力量》，《中国社会科学报》2013 年 4 月 12 日，第 6 版。

越多的资金支持。2016 年，来自非政府部门，如企业捐赠、私人慈善基金会、债务免除等方面的资金占到全球卫生援助总额的 20%，其中私人部门对全球卫生发展援助提供的资金比例呈递增趋势（图 1）。^① 总体来看，私人部门主要从三个方面增加了全球卫生治理的资金。

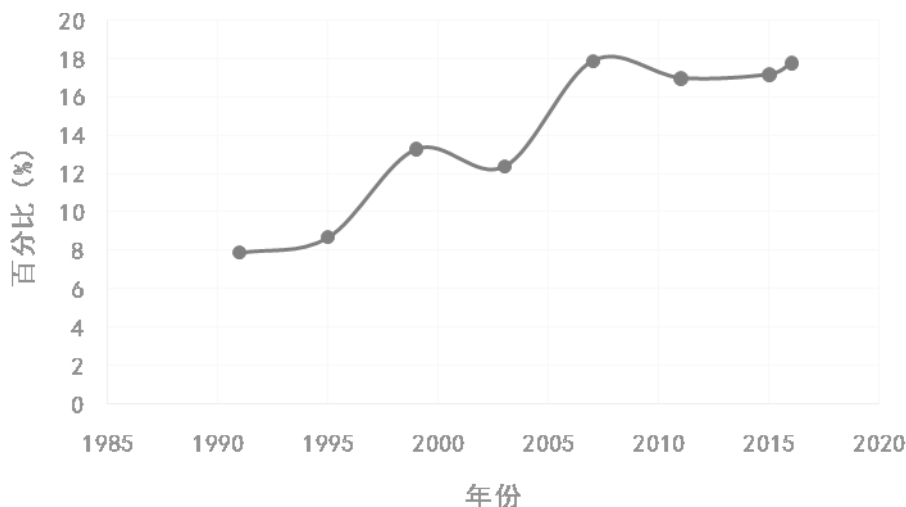


图 1 1991—2016 年官方统计的私人部门卫生发展援助资金占比

资料来源：根据 IHME, *Financing Global Health Report*, 2016 的数据绘制。

首先，私人部门可以为全球卫生治理提供直接资金支持。1991 年私人部门提供的资金占卫生发展援助资金总额的比例为 8% 左右，2007 年这一比例上升到 17.9%，此后数年一直维持在 17% 左右。从图 1 可以看出，近两年来随着公众对卫生和健康问题的关注程度不断上升，来自私人部门的援助金额占比也有所上升。

其次，私人部门具有更高效的管理模式和更丰富的资源优势，能够为全球卫生治理机制提供信息和其他资源。目前活跃在卫生治理领域的私人部门

^① David McCoy, Sudeep Chand, and Devi Sridhar, “Global Health Funding: How Much, Where it Comes From and Where it Goes,” *Health Policy and Planning*, Vol. 24, No. 6, 2009, pp. 407-417.

主要包括私人个体和企业、具有企业家精神的私人慈善基金会。以宗教为基础的“慈善资本主义”是当前西方私人部门参与全球卫生治理的主要动力，这促使它们能够为全球卫生治理提供多样化的资金来源，并利用自身的技术优势，推动中低收入国家在卫生领域的信息和通信技术的发展。

最后，私人部门由于机构本身体量较小、反应迅速，能够快速应对全球突发的卫生问题，并节约大量组织成本。在处理具体问题时，私人部门能够较快适应全球卫生治理公私合作机制，并利用其高效的成本管理技术，快速实现资源转移和降低交易成本，从而大幅度降低全球卫生治理的运作费用。

二、当前全球卫生治理面临的挑战

全球卫生治理的上述变化体现了新时期卫生治理领域新的特点和时代需要，这与当前多极化的国际政治经济格局相一致。健康问题日益全球化，使更多的主体参与全球卫生治理，治理对象的范围也逐步扩大。但与此同时，如何有效协调多元化的参与主体，推动全球卫生治理体系的发展也是面临的主要问题。尽管公私合作机制的建立可能为全球卫生治理发展提供了一种值得借鉴的经验，但是这种机制的有效性还有待评估，目前也没有充分证据表明这种合作机制能够达到其预期目标，国际社会需要探索更多的合作形式。有别于政治、经济治理模式，卫生治理表现出高度的无国界性，理念的变化、治理主体的复杂化和政治化以及资金的不确定性，都需要国际社会的共同参与来加以解决。

（一）治理理念和利益认知的差异

治理理念和利益认知的差异主要表现在两个方面。一是发达国家（主要是西方国家）为了保护本国的贸易利益以及本土卫生和健康安全，倾向于开展国家内部的疾病以及污染排除行动，将污染和疾病严格控制在边境之外。基于这种以本国安全为主的利益考量，一些很少会在发达国家和地区爆发的传染性疾病因为被界定为不具有威胁性的疾病而没有在全球得到足够的关注。与此同时，《国际卫生条例》、全球疫情警报和反应网络（Global Outbreak

Alert and Response Network, GOARN) 都帶有明显的西方国家偏好, 主要是为发达国家的卫生和健康安全服务。例如, 国际社会广泛关注的《国际卫生条例》中有关突发性公共卫生事件定义的修改问题, 其修改参考的标准是由美国疾病预防控制中心 (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 提出的生物恐怖袭击, 而非过去几十年造成全球人口大量死亡的疾病。这种偏见在很长一段时间内造成世界卫生组织失去部分发展中国家的信任, 极大地降低了全球卫生治理行动的参与率。与此同时, 无论是撒哈拉以南非洲、南亚, 还是东亚、太平洋地区, 当地民众的收入水平低下, 政府无力构建保障全民的卫生医疗体系, 这些国家发展的主要目标是实现经济发展, 从而摆脱贫困。由此可见, 以个别国家利益为中心的国际治理体制难以促成跨国集体行动, 发展中国家的发展需求与全球卫生治理体系控制疾病传播、保障全球贸易体系的顺畅等诉求出现了某种程度的错位, 进而导致一些卫生发展项目难以实施甚至失败。

二是国际社会对全球卫生治理在全球发展框架中的定位并没有达成共识, 在不同的框架中, 全球卫生治理的地位不同, 由此产生了不同的卫生政策。^① 当前国际社会主要从安全和外交政策、人权以及全球公共产品的角度来定位全球卫生治理的作用。但是, 不同国家往往受到狭隘的国家主义的约束, 在处理全球卫生问题的过程中, 多采取本国利益优先的原则, 使全球卫生治理在理念上难以形成共识。国家或主要政府间国际组织主导的“安全治理”模式并未实质性地提升全球卫生治理的水平, 也无法有效遏制各类传染病的爆发, 更不能使发展中国家免遭严重损失。^② 因此, 全球卫生治理理念的转型迫在眉睫。

(二) 新的参与主体的局限性

各类新的参与主体在全球卫生治理中的作用越来越大, 但是其发展也受到一些结构性因素的制约。这里讨论的主要以新兴经济体、私人慈善基金会

^① William Aldis, "Health Security as a Public Health Concept: A Critical Analysis," *Health Policy and Planning*, Vol. 23, No. 6, 2008, pp. 369-375.

^② 汤伟: 《2030年可持续发展议程与全球卫生治理的转型》, 《国际展望》2016年第2期, 第95页。

以及公私合作伙伴为主。

第一，以金砖国家为主的新兴经济体在全球卫生治理体系中的作用越来越突出，由最初的卫生援助的受援国逐渐转变为全球卫生治理的积极参与者，并向其他发展中国家提供卫生发展援助。但是，新兴经济体作为全球卫生治理的后来者，在以西方为中心的规则体系中很难有独立的发言权，从而极大地降低了“南南合作”“南北合作”在卫生治理领域的效率。此外，新兴经济体往往既是全球卫生治理的参与者，也是诸多国际卫生发展援助的受援者，这种双重身份使新兴经济体在全球卫生治理中的定位较为模糊。

第二，为了参与国际合作以及转移国家责任，美国政府于 20 世纪 90 年代开始重新鼓励和推动私人部门参与全球发展援助。私人慈善基金会是私人部门参与全球卫生治理的最重要的力量和形式，作为连接捐助者与被捐助者的直接渠道，私人慈善基金会因其管理的科学性、资金使用的透明化以及援助的有效性而成为社会和企业青睐的援助主体。有评论批评基金会过分注重技术方法，忽略了与健康相关的政治、经济、社会以及环境因素对健康的影响。^① 也有人批评基金会注重垂直项目的落实，往往追求“直接的和快速的”回报，忽视了卫生治理的长期可持续性。但是，不可否认的是，私人慈善基金会具有其他组织机构无可替代的优势。从总体上来看，目前国际私人慈善基金会的发展规模还远远不能满足全球卫生治理的实际需求。

第三，公私合作方式是一种比较成功的全球卫生治理模式，能够较好地克服市场失灵现象。许多研究也发现，部分公共卫生问题能够通过公私合作方式以更低的成本解决全球最贫穷国家的健康问题。^② 然而，公私合作机制也会对全球卫生治理体系带来不利影响。公私合作机制过分关注药品和疫苗的研发，但忽视了大部分贫穷的发展中国家面临的卫生系统脆弱、药品和疫苗的保存和传递能力有限的事实。在援助项目的具体运作过程中，公私合作机制往往会附加诸多条件，在给发展中国家的卫生系统带来沉重负担的同

^① Ilavenil Ramiah and Michael R. Reich, "Building Effective Public Private Partnerships: Experiences and Lessons from the African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships," *Social Science and Medicine*, Vol. 63, No. 2, 2006, pp. 397-408.

^② Roger S. Magnusson, "Rethinking Global Health Challenges: Towards a 'Global Compact' for Reducing the Burden of Chronic Disease," *Public Health*, Vol. 123, No. 3, 2009, pp. 265-274.

时,使医疗援助很难惠及到真正的穷人,从而产生健康不平等现象。^①此外,项目运作资金的可持续性无法得到保障,多组织协作致使财政缺乏透明度,这些问题导致公私合作机制的实践在国家层面面临困境,并影响其在未来全球卫生治理体系中的地位。

(三) 治理体系不健全

治理体系的不健全首先表现在世界卫生组织领导地位的缺失。全球卫生治理参与主体众多,但缺乏一个强有力的领导机构,导致各部门之间的协调有限,机构重复、互相竞争现象严重,造成很多资源的浪费。但是,对各参与主体进行分工也是比较困难的,因为无论是国家政府机构、国际组织、非政府组织,还是公民社会组织、公私合作机制,它们在全球卫生治理体系中的作用和职能都是不确定的,相互之间既具有很强的交叉性,又存在很强的竞争性,各方都希望在治理体系中占据主导地位。此外,由于受援国的国家发展需求与援助提供者的利益之间存在差异,因此援助提供者通常会选择绕过当地政府直接与民众对接,而这种做法会增加管理和运作成本。世界卫生组织领导地位缺失产生的另一个后果是,参与全球卫生治理的不同主体的目的各异,从而导致用于治理的资金缺乏稳定性。

此外,利益的差异使参与主体之间的合作面临重重障碍。合作机制的重叠造成不良竞争。例如,联合国艾滋病规划署是长期处理全球艾滋病传播问题的机构,在应对全球艾滋病问题方面具有相当丰富的经验和人力资源。然而在西方发达国家的支持下,又建立了全球应对艾滋病、疟疾和肺结核基金(UNAIDS),这一机制的建立绕开联合国艾滋病规划署,独立开展资金筹集和艾滋病预防和救助项目,进而在一定程度上出现与联合国艾滋病规划署在功能上重叠及在地位上竞争的情况。^②同时,由于全球卫生治理体系缺乏有效的强制机制,在开展全球卫生联合行动中,主权国家在某些时候往往成为卫生治理的一大限制因素。例如,世界卫生组织要求各国定期报告本国黄热病、霍乱以及其他传染性疾病的疫情,但是部分国家害怕疫情报告会在社

^① Philippe Calain, "From the Field Side of the Binoculars: A Different View on Global Public Health Surveillance," *Health Policy and Planning*, Vol. 22, No. 1, 2007, pp. 13-20.

^② Simon Rushton, and Owain David Williams, *Partnerships and Foundations in Global Health Governance*, Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2011, pp. 5-10.

会中产生恐慌，影响本国经济社会发展，往往对此敷衍了事。全球健康问题的应对高度依赖参与主体对规则的遵守和相互之间的通力合作，但是由于缺乏足够的监测和有效的执法力量，卫生治理很难达成真正的统一行动，这种情形可能对全球健康问题的应对产生不可逆转的负面影响。

（四）资源稀缺背景下的治理投向难题

目前，有限的治理资源更多地投向于特殊疾病（主要包括艾滋病、疟疾和肺结核病）的预防和治疗。有学者认为，将资金过多地投入到疾病预防和治疗的垂直计划之中，不仅降低了对于真正的全球公共卫生体系建设的支持，而且这种短期的资金投入模式只能应对一时之需，既达不到预期的目标，又会使全球卫生发展状况变得更加不容乐观。^① 全球卫生治理是以疾病为导向还是以建立全球公共卫生体系为主要目标的争论一直没有停息，但是目前出现一种将两者进行综合的趋势，即在注重传染性疾病的预防和治疗的同时构建全球公共卫生体系。但在现实中，以西方国家为主导的全球卫生治理体系，更多还是强调要将资金投入传染性疾病的预防和控制之中。在 2016 年的世界卫生发展援助中，有 135.38 亿美元用于艾滋病、疟疾以及肺结核病的预防和控制，占当年卫生援助总额的 36%。与此相对，世界卫生发展援助对非传染性疾病的援助投入相当少，2016 年只有 1.7%，而同期对艾滋病领域的援助金额是非传染性疾病的 14 倍多。^② 实际上，非传染性疾病，如缺血性心脏病、糖尿病、癌症等慢性疾病已经占中低收入国家医疗支出的 49.8%。非传染性疾病每上升 10%，就会导致年均经济增长降低 0.5%。^③ 由于缺乏完善的医疗体系，在发展中国家每年都有大量孕产妇、新生儿以及儿童死于卫生疾病问题（表 3）。

2014 年，非洲国家爆发埃博拉疫情，并产生了严重后果。针对人类处理新型传染性疾病的低效问题，世界卫生组织正在建立新的管理和运作机

^① Nora Y. Ng and Jennifer Prah Ruger, "Global Health Governance at a Crossroads," *Global Health Governance*, Vol. 3, No. 2, 2011, pp. 1-20.

^② IHME, *Financing Global Health 2016: Development Assistance, Public and Private Health Spending for the Pursuit of Universal Health Coverage*, Seattle: IHME, 2017, pp. 105-106.

^③ 参见世界卫生组织《2010 全球非传染性疾病现状报告》摘要，http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/zh。

制，而所有这些改革措施的主要目的都是为了更加有效应对未来可能爆发的全球传染性疾病。在此背景下，全球卫生治理机制不得不面对的主要问题是：发达国家和发展中国家有着不同的卫生治理利益诉求，在有限的资源条件下，如何在资金投向上既满足欠发达地区建设公共卫生体系的需要，又能最大化地实现传染性疾病的预防和控制，从而达到人类卫生健康发展的目标。

表 3 1991—2016 年卫生发展援助关注的重点领域（单位：%）

	1991	1995	1999	2003	2007	2011	2015	2016
艾滋病	5.6	6.3	6.9	15.7	28.3	29.5	29.7	25.4
妇孕保健	26.7	24.0	19.2	12.7	9.5	9.5	9.8	10.3
新生儿和儿童健康	14.8	15.4	17.1	17.8	14.6	16.1	17.9	19.1
疟疾	0.7	0.5	1.2	1.9	4.1	5.6	6.3	6.6
卫生部门的发展	8.3	11.1	10.6	9.7	7.0	8.7	7.3	9.6
肺结核	1.0	0.7	0.8	1.8	3.1	3.4	3.4	4.0
其他传染性疾病	2.8	2.2	4.5	5.0	3.9	2.7	3.0	3.9
非传染性疾病	1.3	1.4	1.3	1.2	1.1	1.3	1.3	1.7
其他	38.8	38.4	38.4	34.2	28.4	23.2	21.3	19.4

资料来源：根据 IHME, *Financing Global Health Report*, 2016 数据整理计算所得。

（五）资金来源的不确定性

进入新世纪以来，尽管国际社会在全球卫生治理领域投入了大量资金，从 2001 年到 2016 年，全球卫生发展援助资金由 122 亿美元增加到 376 亿美元（图 2）。但是，由于原有的资金基数太小，援助资金的增长并不意味着全球卫生状况的持续好转。从资金的供给变化曲线来看，自 2010 年以来，国际社会用于卫生治理的资金总量一直处于波动状态，可见，当前全球卫生治理的资金来源具有很大的不确定性。

第一，发达国家虽然是全球卫生治理最重要的资金来源，但是其投入的资金总量严重不足，各发达国家用于卫生发展援助的财政预算支出占本国国

民生产总值的比例不高，发达国家官方卫生发展援助的不足是制约全球卫生治理发展的主要因素之一。^① 2016 年，来自发达国家的卫生发展援助总额为 272.3 亿美元，不足发达国家各国用于维持和改善本国卫生状况的财政预算支出的 1%。2002 年，蒙特雷共识（Monterrey Consensus）要求发达国家提供卫生发展援助的财政预算支出占本国 GDP 的比例在 0.7% 以上，但是 2016 年只有 3 个国家达到了这一要求。总体来看，各发达国家财政的卫生发展援助预算有增有减，增减比例直接与该国上一年度的经济发展水平有关，但这些因素都增加了卫生发展援助资金的不确定性。

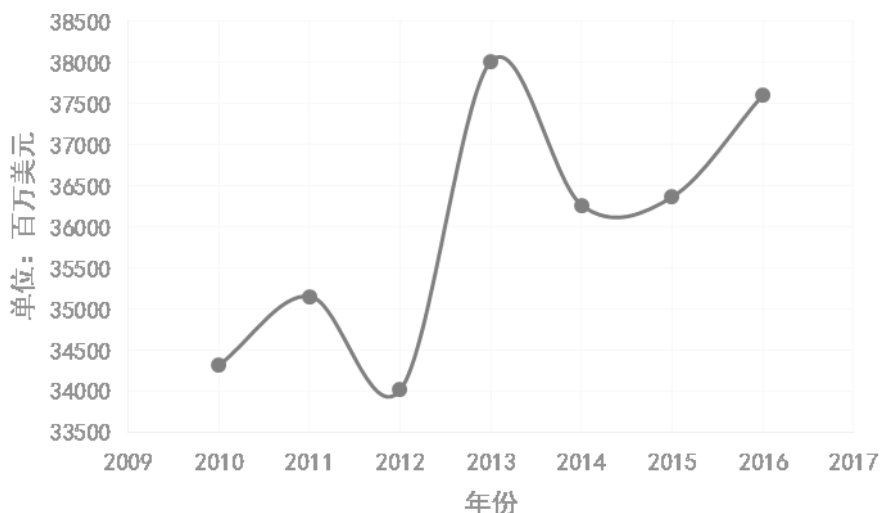


图 2 2010—2016 全球卫生发展援助资金变化情况（单位：百万美元）

资料来源：根据 IHME, *Financing Global Health Report*, 2015, 2016 数据整理计算后绘制。

第二，如何调动私人个体参与全球卫生治理的积极性，扩展私人个体参与卫生治理的渠道，是目前国际社会需要投入精力进行研究和解决的问题。尽管来自私人部门的捐赠日益增加，但是由于国际组织、非政府组织的低效管理以及财务的不透明，使民众对于所捐赠资源的使用情况往往存在较大疑

^① IHME, *Financing Global Health 2013: Transition in an Age of Austerity*, Seattle: IHME, 2014, pp. 29-31.

虑。此外，一些国际私人慈善基金会由大企业、大资本家主导，民众对其筹款目的也保持警惕。有评论指出，企业的利益分配以及资本家的逐利特征将导致基金会不能将资源全部集中于全球卫生治理之中，从而在一定程度上降低了私人捐赠公益款项的积极性。

第三，不同地区卫生治理投入具有极大的差异性，世界上最贫穷地区的卫生治理状况也是最差的，这些国家的财政资源更多被用于消除贫困和发展经济，很少被用于卫生治理。最新的一项研究显示，在高收入国家的医疗和健康支出结构中，政府财政预支占比为 63.4%，个人预算为 22.7%，超出预算部分为 13.8%；而在低收入国家，用于医疗和健康的财政预算只占政府总支出的 21.2%，个人健康预算为 16.5%，超出预算部分为 27.9%，此外，近 34.2% 的医疗和健康支出由国际卫生发展援助提供。^① 这说明，低收入国家普遍经济疲软、民众较为贫穷，在这些地区内部筹集卫生治理资金难度很大，也不符合当地的实际情况，因此需要更多来自国际社会的卫生发展援助的支持，这使全球卫生治理的资金问题更为突出。

三、关于中国参与全球卫生治理的思考

中国在全球治理中发挥着越来越重要的作用，没有中国的参与，很多问题都难以解决。卫生领域同样如此，从 1963 年中国第一次派出援外医疗队开始，中国就与广大发展中国家开展了不同形式的双边卫生合作，由此可见，中国参与全球卫生治理已有 50 年多年。^② 中国参与全球卫生治理已经取得了一定的成就并获得了不少有益的经验。面对新的变化和挑战，如何更好地参与全球公共卫生治理是中国要解决的主要问题。

（一）中国参与全球卫生治理的进程

从历史上来看，中国在不同阶段参与全球卫生治理的方式有所不同，主

^① IHME, *Financing Global Health 2016: Development Assistance, Public and Private Health Spending for the Pursuit of Universal Health Coverage*, p. 75.

^② 刘长君、高英彤：《欧盟全球卫生治理战略论析——兼论中国参与全球卫生治理》，《国际展望》2017 年第 2 期，第 111 页。

要是两种模式。一种模式是中国与其他发展中国家开展的双边合作，主要是中国向第三世界国家提供医疗援助的卫生外交活动，这种援助活动主要以向外派遣医疗队的形式进行，在国际社会尤其是非洲的发展中国家获得一致好评。另一种模式则是随着中国在世界卫生组织的合法席位得到恢复，中国政府逐渐加强了与以世界卫生组织为代表的国际组织的合作，具体经历了与世界卫生组织合作的开创时期、主动与世界卫生组织合作时期以及双边、多边及全球化合作时期三个阶段。总体来看，从 20 世纪 70 年代到 21 世纪初，中国与世界卫生组织的合作关系顺利发展，在与世界卫生组织及其他国际多边和双边机构的合作中，在规划预算、确定重点以及一些政治问题上，中国始终贯彻既定的方针政策，使之有利于发展中国家。^① 在与国际多边、双边的交流中，技术、信息和人才的互动逐渐使中国初步融入全球卫生治理体系中，并发挥着越来越重要的作用。

然而，由于中国过去主要是以受援国身份参与全球卫生治理，对全球卫生治理机制建设的参与力度还远远不够。首先，从发展援助的制度设计来看，目前中国实施的是政府主导下的以卫生与健康为主要内容的外交策略，其中包括对卫生发展援助体系的参与，也包括对全球卫生治理进程的参与。将卫生和健康问题仅作为外交政策，虽然能够引导中国参与全球卫生治理进程，但却不利于中国在全球卫生治理的舞台上彰显大国地位，同时也会间接地阻碍中国国内各方力量参与全球卫生治理。其次，现有的卫生发展援助规模占中国对外援助总量的比例较小，在资金投入和社会关注度上都稍显不足。中国是一个人口大国，长期以来中国的卫生和健康财政预算也主要用于本国卫生事业的发展，随着全球化的深入以及中国步入中等收入国家行列，健康领域无国界的现实和国际社会对中国参与的期待，都要求中国重新审视卫生援助的资金配比和社会影响力。最后，中国参与全球卫生治理的方式较少，无法应对多样化的卫生治理需求。目前，中国参与全球卫生治理的方式主要是政府作为单一主体参与合作论坛、发表声明、开展对话等，实质性的全球卫生治理、区域多边卫生治理以及联合私人部门的双边行动等依然较少。

^① 马琳、郑英、潘天欣：《我国参与全球卫生治理回顾与展望》，《南京医科大学学报》（社会科学版）2014 年第 4 期，第 266 页。

（二）全球卫生治理的变化和挑战对中国的启示

中国作为新兴大国将承担更多的全球卫生发展援助的义务，而全球卫生治理面临的资金短缺、治理体系的复杂性和政治性等挑战，同样也是中国作为重要主体参与全球卫生治理面临的挑战。面对新一轮全球卫生治理体系的转型和发展，中国需要采取更有针对性的精准措施。

第一，从参与全球卫生治理的理念来看，中国应考虑提出适应时代发展需要的全球卫生治理的“大卫生观”^①，提升在全球卫生治理中制定规则的话语权，并向世界输出本国卫生发展经验。在既有的全球卫生治理体系中，拥有双重身份的中国往往只是作为项目实施的参与方参与全球卫生治理的具体事宜，却很少真正参与全球卫生发展战略的规则制定。随着“南南合作”的深入以及“一带一路”倡议的推进，中国已经越来越融入到全球治理体系、包括全球卫生治理体系之中。可以发现，中国在全球卫生治理体系中日益上升的地位与中国对卫生发展战略规则的影响力不匹配。这一方面是既有治理机制的西方中心主义的制约；另一方面则是治理主体的多元化、资金来源的新变化对中国如何高效地参与各种全球行动网络及治理平台提出的新挑战。这就要求中国首先要确立适应当前全球卫生治理需要的“大卫生观”，提升自身在全球卫生治理中的规则制定权，进而可以广泛参与并推动世界卫生组织的改革，维护并提升世界卫生组织在全球卫生治理体系中的领导地位。此外，中国国内在卫生领域取得的成就是全球卫生治理的典范，在参与全球卫生治理过程中，中国可以从单纯的项目援助形式转变为注重卫生发展经验的对外输出。国情不同以及民族特色使全球各地区民众在长期的卫生治理过程中积累了丰富的地方性知识，在开展卫生治理尤其是针对发展中国家的卫生援助行动中，要注意结合被援助地区的本土性文化特征和区域卫生发展状况，致力于研究和实施中国经验的“异地性融合”。

第二，从全球卫生治理的主体来看，在多元化参与的时代背景下，中国

^① 旧的“大卫生观”是针对整个生态环境，从人类健康的角度出发，注重人类身体、心理、精神等健康状况发展的卫生观念。本文所指的“大卫生观”主要是基于全球卫生和发展的需要，在满足人类身体、心理、精神等健康状况发展的前提下，构建关注所有国家和全球性卫生问题的多种主体联合参与的现代全球卫生治理观念。

可以加大与其他发达国家、多边机构、私人部门的协调合作力度。一方面，多年来西方发达国家以及其他多边组织、私人部门已经广泛参与全球卫生治理，在卫生发展项目的设计和管理上都拥有丰富的经验。与此相对，中国以往参与全球卫生治理主要采取的是以派遣援外医疗队为主的双边合作方式，较少涉及多边协调合作，更少涉及公私合作。因此，中国可以充分利用世界卫生组织的组织与协调作用，加强与其他双边和多边组织在全球卫生治理领域的信息交流与合作。尤其是在与多边机构合作过程中，学习有关援助项目的管理经验，可以弥补中国在相关对外援助方面尚存的欠缺。另一方面，鉴于全球卫生发展援助面临的资金来源的高度不确定性，卫生发展援助项目需要从制度设计到项目实施两个阶段开展多方的跟踪讨论与合作，以实现资源利用效率的最大化目标。在卫生援助领域，中国可以积极响应世界卫生组织针对特定项目和特定地区的援助倡议，特别是就共同关注的项目和地区，开展联合卫生救助。此外，具体到对非援助项目，中国不仅要与当地政府合作，也要适当加强与国际多边组织的联系和合作，避免恶性竞争甚至浪费资源的现象发生。

第三，重新审视卫生发展援助的资金规模和投向，积极扩展对全球公共卫生领域的投入。国际社会已经广泛认同中国步入中等收入国家行列，因此，近年来国际社会已经大幅度削减对中国的卫生发展援助规模，并对中国参与全球卫生治理提出了新的资金要求。中国作为援助者和被援助者的双重身份正逐步向纯粹的援助者身份转变，即中国需要以新的姿态参与全球卫生治理进程，这需要中国重新审视卫生发展援助的资金规模和投向问题。此外，从国际上来看，当前全球卫生治理领域存在重传染性疾病预防，而忽视非传染性疾病和公共卫生环境建设的倾向。中国目前在非洲开展的卫生治理也更多集中在医疗救助方面，很少涉及公共卫生环境的建设。面对卫生治理多样化的新要求，中国可以从两个方面进行调整。一方面，中国可以在全球卫生治理体系中积极倡议，在全球减贫和基础医疗设施建设等方面，对低收入、基础卫生设施建设薄弱的国家实施更多的联合援助计划。与此同时，中国可以改变过去以医疗救助为主的双边对外援助模式，注重在发展中国家提升当地

的公共卫生服务水平,增强药物和医疗服务的传送能力。另一方面,中国国内同样存在卫生治理和发展的刚性需求,用于全球卫生治理的资金规模也是有限度的。这就要求中国在有限的资源约束条件下,集中力量办大事,可以考虑在总结自身卫生发展经验的基础上,将资金投入到帮助其他发展中国家改善公共卫生环境、提升公共卫生发展能力等可持续发展方面。

第四,扩展卫生治理资源的来源,注重培育国内多元主体共同参与全球卫生治理。首先,发达国家仍然是当前全球卫生治理的重要资金来源,除了依托双边机构之外,中国还可以积极探索与发达国家的三方合作,也可以考虑和国际多边机构就卫生援助资源的提供方式和规模达成共识并共同加以推动。结合发达国家和国际上比较成熟的多边机构的技术与资金优势,吸引其他发展中国家和地区与中国共同开展卫生发展项目合作,从而弥补中国在资金投入上的不足,扩展中国在海外开展的卫生发展项目的资金来源渠道。其次,为了增强在全球卫生治理多种平台上的话语权,中国可以培育和鼓励国内私人部门参与国外卫生治理行动,最大程度调动国内私人部门参与全球卫生治理的积极性,并拓宽私人部门参与卫生治理的渠道。私人部门参与全球卫生治理具有巨大的潜力和可行性,当前公共部门和私人部门之间在应对全球性问题上存在着良好的合作氛围,适宜在全球卫生治理进程中培育新型的伙伴关系。近年来,中国慈善组织开始走出国门,走入非洲、东南亚直接开展适应当地需要的卫生发展慈善项目,例如,2014年1月,海南成美慈善基金会启动尼泊尔妇女儿童健康项目。这表明中国民间社会有意愿也有能力参与全球卫生治理,政府需要考虑的是如何有效调动这种民间意愿,整合民间力量共同开展对外卫生发展援助工作。

结 束 语

当前,全球范围内正在兴起一场逆全球化浪潮,尤其是经济、政治、宗教、文化等领域均受到影响。但是,疾病和健康的无国界性决定了全球卫生治理的发展不会被逆全球化思潮和行动所制约,全球卫生治理在当前以及未

来都将是全球治理的重要议题之一。改革开放以来,经过近四十年的高速发展之后,中国在政治、经济、社会等领域都进入了重要的转型期,“走出去”战略是国家根据全球化新形势和经济社会发展的内在需要做出的重大决策,也是在改革开放关键时期促进中国深度融入国际社会、提升国家影响力的重要方式。参与全球卫生治理是新时期保障中国国家卫生安全的需要,也是中国“走出去”战略的重要内容之一。

全球卫生治理的变化和挑战既给中国提出了一个难题,也为中国参与全球卫生治理提供了重要的战略机遇。关于中国参与全球卫生治理,从根本上来讲,就是要抓住这一历史性战略机遇,努力提升自身的软实力,真正为卫生治理的全球化贡献大国的力量。除此之外,鉴于在以往中国开展的对外卫生援助项目中,参与者主要以医护人员为主,援助项目的专业管理人员较为缺乏,以及目前国内对全球卫生治理和发展的研究相对薄弱,相关的研究机构也尚处在起步阶段。因此,中国可以构建和打造基于自身卫生发展经验的集理论研究、项目开发和管理、医护实践和操作一体化的卫生发展援助人才战略储备体系,加大参与全球卫生治理的医疗技术人才和援外项目管理人才的培训和储备,培养具有丰富的全球卫生知识和实践经验的优秀人才,为中国参与全球卫生治理提供人才支撑,进而提升中国的国际形象和软实力。

[收稿日期: 2017-05-08]

[修回日期: 2017-07-20]

[责任编辑: 杨立]