

全球卫生治理面临的挑战及其应对策略

张彩霞*

广州中医药大学经济与管理学院 广东广州 510006

【摘要】人人享有健康是一项基本人权。全球卫生治理的使命就是要在全世界范围内促进“人人享有健康”。目前,全球卫生治理面临诸多重大挑战,如治理主体众多但目标不一致导致领导权威难以确立,以国家为中心的国际体制使跨国集体行动的达成存在一定困难,各国对公共卫生事项设置的优先顺序存在分歧,全球卫生资金投入不足且分配不均,全球卫生治理严重缺乏国际协调,全球卫生治理基本框架尚未完全形成等。为了应对挑战,建议深化全球卫生改革,提高全球卫生治理的能力与效率;国际社会与各国政府必须审思与重构自身卫生法律与政策,把重点放在促进卫生公平而非提高经济竞争力上;各国政府必须重点关注民生和民权,重视非卫生领域政策与卫生政策的协调,从根本上改善健康的决定因素;增加全球卫生治理的透明度、建立新型问责制,增强世界卫生组织的权威性;在全球层面构建全球卫生治理基本框架,增强全球卫生治理的有序性。

【关键词】全球卫生治理;挑战;策略

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.07.012

Global health governance: Challenges and suggestions

ZHANG Cai-xia

College of Economics and Management, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Guangzhou 510006, China

【Abstract】“Health for all” is a basic human right for all the people over the world. The mission of global health governance is to promote the basic human right of “health for all” to be realized as far as possible in the world-wide. Currently, global health governance is facing many challenges. Firstly, too many governance subjects lead to the disestablishing of leadership authority. Secondly, the currently international system with characteristics of centralizing for countries makes it difficult to achieve transnational collective action. Thirdly, there is a great difference of priority settings for public health matters between developed countries and developing countries. Fourthly, insufficient fund, with its unfair distribution, also with the wrong investment policy of centralizing for the diseases, the global health governance relatively ignores the basic survival needs of the poorest people in the world and health system capacity building of the developing countries. Fifthly but not in the end, the coexisting of fragmentation and overlapping of global health governance, as well as lacking of international coordination both show that the fundamental framework of global health governance has not yet fully formed. In order to deal with these challenges, I put forward the following suggestions. Firstly, in order to promote the governance ability and governance efficiency of global health governance, the international society must deepen its reform of global health governance as far as possible, with the World Health Organization at the head of it. Secondly, the international community and national governments must reconsider and reconstruct their health laws and health policies, so that we can make it sure that our health laws and health

* 作者简介:张彩霞,女(1976年—),硕士,讲师,主要研究方向为国际卫生法、全球卫生治理。

E-mail:rainbowzcx@gzucm.edu.cn

policies are focusing on promoting health fairness instead of focusing on improving economic competitiveness. Thirdly, national governments must do their best to improve people's livelihood and to protect people's civil rights, also pay more attention on the harmonious of health policy and non-health policy, so that the health decisive factors of all nation can be changed fundamentally. Fourthly, the transparency of global health governance must be increased, the accountability system must be explicated and cleared, and the World Health Organization's authority should be enhanced. Fifthly but not in the end, at the international level, global health management framework, should be built and the order of global health management should be enhanced.

【Key words】 Global health governance; Challenge; Suggestion

1 全球卫生治理的使命

1.1 人人享有健康是一项基本人权

人人享有健康(Health For All)不仅是人类一直追求的美好理想,更是一项基本权利。众多国际人权法律文件都明确规定这一点。1946年《世界卫生组织组织法》宣言指出,“享有能够获得最高水平之健康,是每个人的基本权利。不因种族、宗教、政治信仰、经济或社会情境各异而不同。”根据世界卫生组织的定义,健康不仅是不患病、不羸弱,并且要达到生理、心理与社会适应性的完好状态。1948年《世界人权宣言》第二十五条第一款明确指出,“人人有权享受为维持他本人和家属的健康和福利所需的生活水准,包括食物、衣着、住房、医疗和必要的社会服务;在遭到失业、疾病、残废、守寡、衰老或在其他不能控制的情况下丧失谋生能力时,有权享受保障。”这使健康权的具体内容更加丰富,除了正常时期人人有权享有一定物质条件下的“生活标准”之外,还在特殊情况下有权享有社会保障权。1966年《经济、社会和文化权利国际公约》不仅重申了“人人有权享有能达到的最高的体质与心理健康的标准”,同时要求各国政府为此采取积极行动,诸如改善卫生环境、预防和控制疾病、创造保证病人在患病时能得到医疗照顾的条件、使儿童得到健康的发育等。1977年,第30届世界卫生大会通过了“2000年人人享有卫生保健”(Health For All by the year 2000, HFA/2000)的决议,决议“承认人人享有健康权利的同时,又强调政府担负一定的健康责任。”1978年《阿拉木图宣言》再一次肯定健康权是一项基本人权,并提出人人有权享有初级卫生保健。1990年《儿

童权利公约》第六条规定,“缔约国确认每个儿童均有固有的生命权。缔约国应最大限度地确保儿童的存活与发展。”同年,世界卫生组织将健康的概念再次扩展,即健康包括:身躯健康、心理健康、社会适应良好、道德健康。

上述国际人权条约对健康权的设定包括,第一,国家必须做出相应的制度安排;第二,要以国家财政支付或者部分支付由此产生的开支;第三,设立向社会提供医疗保健服务的医生和医疗机构,由国家制度保障其收入。^[1]在健康权的保障方面,政府必须担负上述积极义务。

1.2 全球卫生治理的使命就是促进全世界实现“人人享有健康”

随着全球化的发展,全球问题层出不穷。为了应对全球化引发的各种危机,全球治理理论应运而生。全球治理要求所有不同类型的治理主体通过不同层次的、多样化的途径和方法共同参与全球问题的决策、管理、实施与执行。在公共卫生领域,全球治理则演绎为全球卫生治理。1995年,WHO提出“健康促进”的概念,提倡“从政府到社区,从医疗保险、医疗服务机构、健康管理组织到雇主、员工,从病人到医务人员,人人参与健康管理”,这与全球卫生治理的理念同出一辙。

全球卫生治理是在公共卫生问题日益全球化、全球健康状况差距逐渐增大、全球卫生投入不足且分配严重不均、各国公共卫生治理效率低下等背景下提出的,目的就是要构建全球卫生治理的机制,提高全球卫生治理的效率,促进全球健康的平等,增强各国公共卫生治理的能力,最终完成在全世界范围内实现“人人享有健康”的目标。自“人人享

有健康”被提出以来,很多发展中国家的政府只认为这是一项道德义务,而未做出任何政治承诺。2000年,联合国召开千年首脑会议,189个国家联合签署《千年宣言》,提出8项千年发展目标。其中,3项为卫生目标,即降低儿童死亡率,改善产妇保健,抗击艾滋病、疟疾和其他疾病,其他5项目标也均与卫生有关,它们分别是消灭极端贫穷和饥饿、普及小学教育、促进两性平等并赋予妇女权力、确保环境的可持续能力和全球合作促进发展。这表明,国际社会已把健康指标作为反映经济社会发展水平的综合指标来使用,卫生发展开始处于人类发展的突出位置。^[2]8项千年发展目标既有时限又有量化的具体目标。这意味着“人人享有健康”将不再是停留在纸面上的一句口号,而是各国政府的实际承诺与行动。目前,各国都在紧锣密鼓地落实千年发展目标。

2 全球卫生治理面临的挑战

全球卫生治理的概念自20世纪90年代被提出

以来,受到了世界卫生组织及其成员国的高度关注和普遍重视。进入新世纪之后,全球卫生治理历经了艾滋病、SARS、禽流感、猪流感、甲型流感等国际卫生危机的考验,取得了一定的经验和成绩。在艾滋病的全球治理之中,非政府组织发挥了重大作用,也取得了可喜的成绩。在2003年的SARS危机中,在世界卫生组织的领导下,全球卫生合作的成绩全球有目共睹。但是,初具雏形的全球卫生治理还面临诸多问题与挑战。

2.1 全球卫生治理主体众多,目标不一,领导权威难以确立

全球卫生治理强调治理主体的多元化。与传统的国家治理过分强调国家是治理的惟一主体不同,全球卫生治理要求集合全球的各种力量,共同治理全球卫生问题。目前,全球卫生治理结构比较复杂,既有政府间国际组织的治理和国家治理,也包含非政府组织和跨国公司的治理,还包括社区、家庭及个人的社会治理(表1)。

表1 全球卫生治理主体的不同类型及其示例

主体类型	例子
国家	大国 美国、中国
	新兴国家 印度、巴西
	发达国家 英国、加拿大、德国、日本、挪威
	发展中国家 印度尼西亚、孟加拉、肯尼亚、委内瑞拉
	失败国家 刚果、海地、津巴布韦、索马里
政府间国际组织	全球性 八国集团、联合国、联合国开发计划署、联合国艾滋病规划署、联合国儿童基金会、联合国经社理事会、国际劳工组织、世界卫生组织、世界银行、WTO
	地域性 非洲联盟、东盟、欧盟
公私合作组织(PPPs)	疫苗先期市场承诺(AMCV)、全球疫苗免疫联盟(GAVI Alliance)、全球基金、国际免疫金融机构(IF-Flm)、
非政府行为体	慈善资金会 梅琳达·盖茨基金会、克林顿基金会、福特基金
	非政府组织 国际糖尿病联盟、国际心脑血管联盟、无国界医生、扶轮国际、人权观察
个人及个人的集合	跨国公司 医药公司、食品公司、烟草公司、酒业公司
	个人 防治艾滋病形象大使、爱心形象大使、健康形象大使、抗击结核病和艾滋病亲善大使、健康学者王天福、钟南山院士等
	家庭 朱利亚·罗伯茨家庭、詹姆斯家庭、王菲家庭等
	社区 基于地理或空间属性的社区(村落、街道、集镇)、基于身份或利益属性的社区(志愿者、素食者、利益相关者)和基于个人网络的社区(博客、微博、卫生专家网络)

注:失败国家(failed states)概念缘自西方学界和政界,专指一些社会内部秩序极度混乱(常伴有武装割据、暴力冲突甚至种族清洗)的国家。

资料来源: Fidler D P. The Challenges of Global Health Governance[R]. Council on Foreign Relations, 2010. (有增加)

领导权威的建立对于实现全球卫生治理的目标至关重要。领导权威的存在能够使个人和组织为了一个明确的任务而采取有效的行动,从而实现目标。^[3]联合国意在推动世界卫生组织成为全球卫生治理的领导权威。一直以来,世界卫生组织以领导与协调国际卫生工作为己任,《世界卫生组织组织法》第二条第一款就明确规定了世界卫生组织的领导与协调职能。但是,自成立以来,世界卫生组织的工作重点一直放在传染病的防治方面,而对其它方面,尤其是人们的基本生存条件、健康公平等方面重视不足,使得其至今仍无法承担全球卫生治理的领导权威。随着全球卫生治理主体的日益多元化,世界卫生组织的领导权威越来越受到挑战。

上述参与全球卫生治理的各类主体掌握的资源各有千秋,且目标迥异,除非自愿,谁也不愿服从除自己之外的其他权威的领导。以国家为例,虽然有对国际卫生安全的共同需求,但国家更加关注的是本国利益。所以,国家一般只有在国际条约(或公约)的前提下及在有限的范围内接受别的权威(如政府间组织)领导,自愿约束自己的行为。有超级大国意图承担全球卫生的领导权威角色,但其它国家不能接受。全球基金等公私合营组织凭借其巨额的卫生资金投入,也想扮演全球卫生治理的权威角色,但缺乏法律基础与国际影响力。非政府组织虽然难以承担全球卫生治理的权威角色,但由于其掌握的资源是私人所有,所以它们一般只受自己本身的章程与宗旨的约束,根本没有强烈的动力与需求去接受别的权威领导。例如,全球最大的慈善基金梅琳达·盖茨基金会拥有几百亿美元的资金和大批顶尖的公共卫生专业人才,除了接受盖茨与梅琳达的领导之外,要其接受美国或是世界卫生组织的领导,

几乎是不可能的。

而且,除了世界卫生组织之外,其他政府间组织也在争夺全球卫生治理的领导权。世界贸易组织(WTO)和世界银行(WB)正日益广泛地参与全球卫生治理的各个方面,投入越来越多的资源和资金到公共健康领域,已成为影响各国公共卫生政策的重要角色。世界动物卫生组织、联合国艾滋病规划署、联合国开发计划署、联合国教科文组织等国际组织在全球卫生治理中也发挥了重要作用,尤其是对艾滋病等传染病的防控,发挥着无可替代的关键作用。此外,八国集团近年来频繁地参与全球卫生治理事务,凭着前所未有的活跃与勃勃雄心,八国集团逐渐跃居为全球卫生治理的新中心,其出色的技术、经济实力日益威胁世界卫生组织对全球卫生治理的领导权。^[4]

2.2 以国家为中心的国际体制难以达成跨国集体行动

目前的国际体制是以国家为中心的。国家是全球治理的最重要主体。由于主权平等,国际社会处于一种无政府状态,在基本的国家单元之上,不存在任何凌驾于国家之上的权威。国家的主权特性必然排斥任何形式的“国际政府”。

以国家为中心的国际体制的一个关键限制,就是它无法将非国家行为者纳入到全球治理的法律框架内。然而,非国家行为者,包括非政府组织和公私合营组织,在全球卫生治理中却发挥着越来越重要的作用(表2)。国际法没有充分认识到他们是全球卫生治理潜在的协同合作利益相关者,没有为他们参与全球卫生治理及与世界卫生组织等国际组织的互动提供足够的法律基础,必然影响其参与全球卫生治理的有效性。

表2 2008年按疾病分类的卫生研究与开发总投资

疾病分类	公共部门		私营部门		非营利组织		合计	
	金额 (百万美元)	占比(%)	金额 (百万美元)	占比(%)	金额 (百万美元)	占比(%)	金额 (百万美元)	占比(%)
非传染病	12 168.7	67.8	29 390.0	68.4	1 650.4	66.7	43 209.1	68.2
传染病	5 766.2	32.2	13 590.0	31.6	822.9	33.3	20 179.1	31.8
合计	17 934.9	100.0	42 980.0	100.0	2 473.3	100.0	63 388.2	100.0

数据来源:世界卫生组织研究与开发筹资问题专家工作小组报告,2010

另外,以国家为中心的治理模式中合作的达成有着一定的前提和局限性。首先,这种治理的有效领域往往是一些直接关系到人类生存共同利益的领域,其中以环保领域为典型代表,而在安全等所谓的高级政治领域,合作的达成就很困难;其次,由于主权国家以实现其国家利益为首要目标,所以利益冲突往往导致谈判过程漫长而艰难,甚至无果而终;再次,主权国家间的合作往往由官方出面进行,一些官僚体制的弊端也随之带入合作的进程,如效率低下、相互推诿责任、腐败难以杜绝等,这些问题也是制约国家中心治理模式有效性的关键因素。^[5]

2.3 各国对公共卫生事项设置的优先顺序存在分歧

公共卫生问题的多样性决定了各国对不同公共卫生事项的优先次序设置存在分歧。

第一,同一国家对不同的卫生问题,其关注程度是不一样的。在外交政策方面,国家往往对直接威胁到它们的安全与利益的问题更感兴趣,也更倾向于采取有限的集体行动进行干预,以便最大限度地减少威胁。这种模式使得国家更关注跨境传播的高危传染病并直接采取行动,而对非传染性慢性病、烟草消费、肥胖等不直接威胁国家安全的卫生问题,以及对需要更复杂、更昂贵、开放性解决方案的卫生问题,如减少贫困与饥饿、性别歧视、环境退化等,各国关注的程度相对要低一些。由于受经济发展水平的影响与制约,很多贫穷国家根本没有能力对除传染病之外的其他卫生问题采取有效行动。

第二,发达国家与发展中国家对不同的卫生议题优先顺序的设定完全不同步。发达国家和发展中国家在卫生安全方面虽然相互依赖,并且有时发达国家与发展中国家之间的国际卫生合作已经使双方双赢,但大多数时候,他们并不急于促进全球卫生合作。^[6]究根到底,是因为发达国家更有能力(无论是经济上还是技术上)对抗疾病、更关心且愿意改善国内的卫生状况,而不是尽力控制疾病的跨国传播,更加不愿意花费大量财力、人力投入他国卫生状况的改善,除非是为了巩固或扩展自身的国家利益。即使发达国家愿意与发展中国家开展全球卫生合作,发达国家关心的议题与发展中国家关心的议题及其优先顺序也往往存在严重分歧。例如,发达国家更

加关注艾滋病、慢性病、肥胖症、妇女与儿童权益等议题,更加愿意把资金投入这些议题上。发展中国家更关注肺结核与疟疾、贫穷与饥饿、缺水与水污染、环境污染等议题。发展中国家更希望有更多的资源投入上述议题但往往面临资金不足的困境。发达国家与发展中国家之间对公共卫生议题及其优先次序设置上的分歧反映了全球卫生治理的数量与质量是不均匀的。

2.4 最贫穷人民基本生存需求和发展中国家卫生体系建设被忽视

由于受到政治格局、经济发展水平及公共卫生能力等条件的限制,全球卫生投入相对不足。虽然逐年增加的全球卫生发展援助资金(Development Assistance for Health, DAH)显示了公共卫生越来越受到重视。但总的来说,全球卫生投入远远不能满足日益增长的卫生需求。例如,20世纪90年代以来,全球卫生投入增长迅速,但仍然存在巨大的资金缺口。1990年全球卫生发展援助资金只有5.6亿美元,2007年上升到21.8亿美元。^[7]近年来由于获得的自愿捐助减少以及美元汇率贬值的因素,世界卫生组织正陷入财务危机。2011年世界卫生组织面临3亿美元的赤字。^[8]

《世界卫生组织组织法》规定,获得基本卫生保健是一项基本人权,而不是只在少数富裕社会中才能享有的特权。但在现实生活中,此项权利未能兑现。在许多国家,富人获得所需的所有卫生保健服务,而穷人只能苦苦挣扎。总的看来,全球卫生资金投入仍以疾病为中心,相对忽视发展中国家的基本生存需求与加强卫生系统能力建设。例如,国际社会对艾滋病问题给予了广泛关注并投入了大量资金,远远超过了对其他公共卫生问题的关注与投入。在1990年,全球投入艾滋病防治的总资金大约为0.2亿美元,占全球卫生发展援助资金的3.4%,2007年上升到了5.1亿美元,占全球卫生发展援助资金的23.3%。^[7]艾滋病问题显然成为国际卫生援助中最优先的事项。由于发展援助总量是有限的,艾滋病问题吸引了越来越多的资金,投入到其他公共卫生问题(包括卫生基础设施)的资金相对减少。又如,水和卫生设施是公共卫生体系至关重要的组成部

分。但是,在全球性和国家级计划中,水和卫生设施很少有被列入优先事项的机会。他们通常被安排在政治性意味较低的基础设施和设备管理日程上,与人类发展议程基本脱钩。事实上,水和良好的卫生设施对于内容更广泛的卫生议题来说十分重要。如果水和卫生设施得不到大量投入,三个与千年发展目标有关的卫生目标就无从谈起。

2.5 全球卫生治理基本框架尚未完全形成

近年来,各种全球性危机频频爆发,对全球健康带来严重影响,一方面暴露了现有全球卫生治理的不足;另一方面凸显了全球卫生善治的重要性。2009 年发生在不同领域的三次危机暴露了全球卫生治理的不足。第一,甲型流感(H1N1)爆发与流行期间,人们获得 H1N1 流感疫苗的途径非常混乱。由于疫苗紧张,很多国家甚至上演了“疫苗争夺战”,这使得世界卫生组织不得不强烈呼吁建立一个新的公平分配流感疫苗的“全球框架(global framework)”。第二,全球金融危机破坏了实现千年发展目标的努力,其中大部分目标涉及健康问题或对卫生政策有重要影响。第三,哥本哈根世界气候大会因南北分歧太大,最终未能就全球碳排放达成一个“具有法律约束力的文件”。这对未来的全球气候变化无疑是一个不好的预兆,也将对全球健康产生可怕的影响。不幸的是,全球卫生治理不足的证据不仅限于传染病、经济危机和环境危机,还包括 HIV/AIDS 的全球蔓延、滥用抗生素导致细菌耐药性大增、假药泛滥、全球流行的烟草消费和肥胖、大量卫生工作者从发展中国家向发达国家移民、以及恶化的社会决定因素等。就连世界卫生组织的公共卫生专家也不得不承认,现有解决全球健康问题的机构、规章及机制不足以支持全球卫生合作的跨国集体行动的。^[9]

目前,既有全球卫生治理的结构还比较松散,尚未形成一体化的全球卫生治理基本框架,全球卫生治理碎片化与重叠化并存,严重缺乏国际协调。多个组织目标不同,有时甚至相互冲突,部分职能相互重叠,但缺乏沟通,导致全球卫生治理的无计划性和略显混乱的局面。为了迎接挑战,更敏捷、更迅速地对各种危机进行反应,全球卫生治理结构必须形成更一体化与更网络化的“全球卫生治理基本框架”。

在此框架内,国家、政府间组织、公司合营组织、非国家行为体各司其职,各负其责,又相互联系相互依赖,彼此协调,替补缺口。

3 加强全球卫生治理的建议

3.1 深化机构改革,提高全球卫生治理能力与效率

自成立之后的近 50 年里,WHO 一直是唯一的大型全球性卫生机构,在国际卫生治理的舞台上发挥着比较权威的作用。近年来,随着全球基金(GFATM)、全球疫苗免疫联盟(the GAVI Alliance)与比尔与梅林达·盖茨基金会(Bill & Melinda Gates Foundation)等新型国际卫生机构的崛起,WHO 的一些弊端日益暴露出来。绝大多数成员国一致认为现在的 WHO 已成为了一个陈旧、臃肿的机构,且对工作流程及工作人员缺乏适当的评定机制。尽管,随着世界各国对卫生问题的日益重视,在过去的十年里 WHO 的经费增长迅速,但由于 WHO 内部庞大的行政费用及对大量资金的使用普遍存在着低效与浪费的情况,捐助者对 WHO 逐渐丧失信心,许多的资金不再注入到 WHO。面对如此困境,WHO 新一轮机构改革势在必行。

WHO 总干事陈冯富珍坦诚提出,在全球经济紧缩与全球卫生环境恶化的双重压力之下,必须改变 WHO 现有的僵化和反应迟钝的管理体制,并实施精简,使 WHO 更加高效、快速地应对全球面临的各种卫生挑战。现在 WHO 的一些成员国提出希望 WHO 缩减核心职能的范围。而大多数卫生专家则认为这样的改革可能无法彻底解决问题,他们呼吁对世界卫生组织的结构和管理机制进行整顿。一些专家提议将改革优先权放在 WHO 的凝聚作用上,并支持对 WHO 进行外部审查;一些专家更关注如何保障 WHO 自身行使工作的优先权问题;另外一些专家则比较重视对 WHO 分散结构的改革。^[11]目前,尽管具体的改革措施尚未获得成员国及卫生专家的一致意见,但是对于深化 WHO 机构改革的基本方向已经达成初步共识。WHO 必须在完善内部治理、改善财政状况、增加驻成员国办事机构力量、加强内部协调合作、改善人力资源政策、加大审计力度等方面进行改革,以提高自身的灵活性与治理能力,提高治理效

率,改善治理效果。

当然,需要进行改革的不仅仅是 WHO,其他参与全球卫生治理的国际组织与其他机构,如联合国体系下的世界银行、WTO、联合国开发计划署、联合国艾滋病规划署、联合国儿童基金会、联合国经社理事会等,以全球基金为代表的公私合作伙伴、以比尔与梅林达·盖茨基金会等非政府组织与全球卫生治理相关的利益攸关者都应该正视和面对自身存在的问题与不足,不遗余力地进行机构改革与政策调整,提高自身对公共卫生问题的治理能力与治理效率,为“人人享有健康”的实现贡献自己的力量。

3.2 重构卫生法律与政策,重点关注卫生公平

目前,有些国家的卫生法律与卫生政策的导向似乎出现了错误的偏差,它们的重心不是放在促进卫生公平方面,而是更多地放在提高经济竞争力上。例如,有些发展中国家的医疗改革以市场化、商业化为导向,这完全不符合卫生服务是公共产品这一本质属性,注定了必然失败的命运。中国的医疗改革失败就证明了这一点——单靠市场力量不能实现卫生公平。当今世界,许多国家的卫生体系是薄弱、反应迟钝与不公平的,这与当地的卫生法律、卫生政策的导向存在错误或偏差有必然联系。这些国家必须审思与重构自身卫生法律与政策,积极开展医疗卫生体制改革,通过改革努力提高“基本医疗卫生服务”的覆盖率、加强国家卫生能力建设、促进不同人群的健康公平。

国际层面上,以《国际卫生条例》和《控烟框架公约》为代表的国际卫生立法,更多地关注卫生公平而非经济竞争力,但在具体的国际卫生政策上,尤其是在国际卫生投资与援助政策上,虽然国际社会的意愿是要减少全球卫生不平等、促进全球卫生分配更加公平,但事实上可能由于各种原因而导致事与愿违。

例如,对吸引私人直接投资能力最小的非洲国家、最不发达国家、小岛屿发展中国家和内陆发展中国家而言,官方发展援助的数量及其使用与分配,直接影响到当地人的健康状况。但是,由于官方发展援助缺乏国家层面的计划性,绝大部分资金并没有

被使用在最能促进健康公平的方面,而是被使用在无谓的行政费用和贪污浪费上了。因为在这些国家,援助水平的决定因素往往是捐助者的偏好,而不是受援国的需要。在这些国家,国际援助常常不是补充而是替代国内储蓄和投资,不但没有促进当地经济的发展,反而加重了这些国家的债务负担,扩大了当地的贫富差距,使得这些国家不同人群的健康不公平情况更加恶化。^[10]

3.3 增加全球卫生投入,促进资源公平分配,提高资金使用效率

距离 2015 年还有不到 3 年的时间,各国、各地区在实现千年发展目标方面都有进步,但进展参差不齐。国家间的差异很大,大部分非洲国家远未走上正轨,根本无法实现全部或大部分千年发展目标,最突出的是撒哈拉以南的非洲。那里环境退化、人均粮食产量不断下降、住房条件日益恶化、艾滋病肆虐、疟疾重新抬头。^[11]在国家内部,农村和城市之间的差距非常大,在最贫穷的农村地区,卫生条件非常差,卫生服务的质量和数量都不能满足当地人们的需要。

不能实现千年发展目标的原因有很多,但卫生投入不足、卫生资源分配不均、当政者施政不力、“贫者愈贫”的贫穷陷阱、地区发展不平衡是比较常见的几个主要原因。因此,我们应当以千年发展目标为契机,增加全球卫生投入、促进全球卫生资源的分配公平、提高全球卫生资金的使用效率。

虽然相对于人们的需求来说,各国的卫生资金都面临较大压力,但发达国家对国民卫生服务的资金投入始终保持在一个相对比较高的水平。而广大发展中国家每年人均医疗花费远远落后于发达国家,一些国家的卫生投入甚至无法保障其国民获得最基本的卫生服务。在世界卫生组织的 193 个成员国中,有 31 个成员国每年人均医疗费用低于 35 美元,4 个成员国甚至每年人均医疗费用低于 10 美元。^[12]

因此,一方面,广大发展中国家应努力筹集更多的国内经济资源用于卫生投入,投资重点用于促进国内卫生公平的改善和提高医疗保障的覆盖率。因为,无论如何,一个国家卫生能力的建设主要还得依

靠国内经济资源。WHO 建议从以下三个方面增加国内卫生资金投入:一是增加征税的效率,二是调整政府预算优先顺序,三是创新融资渠道和融资方式。另一方面,广大发达国家应大幅增加对于需要援助的国家的国际援助,以帮助后者摆脱贫穷陷阱,尽早实现“人人享有健康”的基本人权。虽然由于 2008 年全球金融危机等因素的影响,部分发达国家没有履行 2002 年在墨西哥达成的《蒙特雷共识》中将 0.7% 的国民生产总值援助发展中国家的承诺,但私人投资却大大增加,从而使得全球卫生总投入有所增长,这为全世界最贫困人口健康状况的改善奠定了物质基础。^[13]

另外,要实现“人人享有健康”的基本人权,各国政府必须学会在卫生投入一定的前提下,尽可能地促进卫生资源的分配公平。据《2010 年世界卫生组织报告》估计,当前有 20% ~ 40% 的卫生总费用由于效率低下而被浪费,而实现全民覆盖、减少卫生服务自费支付,可以提高卫生服务效率和公平性。^[12]

3.4 发展中国家必须重点关注民生、保障民权,重视非卫生领域政策与卫生政策的协调

一方面政府的财政投入通过卫生部门的投资直接改善国民健康,另一方面政府的财政投入通过其他部门的投资改善社会的决定因素从而间接地促进国民健康。因此,不仅直接增加卫生资金可以改善国民的健康状况,间接增加与卫生有关的其他方面的投资,也可以改善国民的健康状况。以减少贫困或改善妇女受教育的水平可以间接改善国民的健康状况为例。减少贫困意味着更多的资金可以投入到基础设施建设,而基础设施的完备(如干净的饮用水、便利的交通运输、住房条件的改善等)有利于国民健康的提高。改善妇女受教育的水平一方面可以增加妇女有关健康的知识,另一方面随着妇女受教育水平的提高,她们获得经济收入的机会就越多,而经济上的改善必然有助于妇女增加对其自身及其子女的卫生费用支出。

因此,各国政府必须重点关注民生、保障民权,把解决民生问题放在更加优先的位置,减少贫困、保护弱势群体。各国政府必须加强对基础设施、环境管理、保健服务和教育培训的投资,把穷人的基本需求放在政府预算的优先地位。这些措施可以直接或

间接改善最贫穷人群的健康状况,从而促进“人人享有健康”的实现。

3.5 增强全球卫生治理的透明度,建立新型问责制,增强世界卫生组织权威

为了增强 WHO 在全球卫生治理中的权威地位,必须增强其工作的透明度、构建以绩效监测与考核为核心的新型问责制。在全球管理制度中,使管理者和员工对结果负责的严格的“问责制度”正成为明显的潮流。在整个联合国系统内,目前正在筹备设计一个新型的问责制框架。该框架将规定授权来源,授权对象和授权目的,主事者应向谁负责,以及如何行使授权的责任。许多国家的政府以及若干联合国组织已经着手为他们的高级管理人员制定这种定期考核协议,根据一套平衡措施对他们进行鉴定,除了方案成效以外,可能还包括顾客满意程度及其工作人员的看法。显然,这种注重绩效监测与考核的新型问责制,对于 WHO 同样适用。事实上,确实有不少成员国与卫生专家建议 WHO 构建新型问责制,加强对总干事、各区域负责人、WHO 驻各国办事处负责人的绩效监测与考核,以及对其所审批的 WHO 资金的低效使用及浪费承担责任。新型问责制的前提是必须明确规定所有 WHO 官员及工作人员的岗位责任,然后对每个官员及工作人员完成工作的情况设计一套科学的、量化的考核指标体系。高级管理人员的征聘、任用、重新任用和晋升都必须严格按照专业能力进行,不允许政治因素干预。

当然,增强工作透明度和建立注重绩效监测与考核的新型问责制,并不仅仅针对 WHO 和参与全球卫生治理的联合国系统内的其他国际机构,也适用于非政府组织和跨国公司及公私合营机构。最好是通过构建一个全球卫生治理主体相互沟通信息的平台,使所有参与全球卫生治理的主体相互之间对各自的援助项目及其实施情况有所了解,增加工作的透明度,避免重复投资,减少卫生资金的低效使用与浪费。

3.6 构建全球卫生治理基本框架,增强全球卫生治理的有序性

为了改变全球卫生治理缺乏计划性与多个卫生机构重复投资的混乱局面,增强全球卫生治理的有序性,必须改变目前多个卫生组织职能重叠的现状,在全球层面构建卫生治理基本框架。建议成立一个

全球层面的卫生治理委员会,该委员会由世界卫生组织、世界银行、经合组织等联合国系统的代表、非政府组织的代表、跨国公司的代表等组成,通过每年召开世界卫生合作年会开展工作,年会的主要任务是确定每一年度全球卫生投资的规模与全球卫生事项的优先顺序,协调不同全球卫生治理主体的行动。

参 考 文 献

[1] 李楯. 艾滋病与人权 生存、医疗保障与尊严,及公众参与 [M]. 北京:法律出版社,2012.

[2] 陈竺. 千年发展目标,还有多少路要走? [N]. 人民日报,2010-9-21(21).

[3] Gostin O L, Mok E A. Grand challenges in global health governance[J]. British Medical Bulletin, 2009, 90: 7-18.

[4] Cooper F A, Kirton J J, Schrecher T. 全球健康管理:挑战、应对和创新[M]. 邓洪,王中立,译. 成都:四川大学出版社,2011.

[5] 吕晓莉. 全球治理:模式比较与现实选择[J]. 现代国际关系,2005(3): 8-13.

[6] 马克·扎克,塔尼尔·科菲. 因病相连:卫生治理与全球政治 [M]. 晋继勇,译. 杭州:浙江大学出版社,2011.

[7] Ravishankar N, Gubbins P, Cooley J R, et al. Financing of Global Health: Tracking Development Assistance for Health from 1990 to 2007 [J]. The Lancet, 2009, 373: 2113-2124.

[8] 联合国电台. 世卫组织 2011 年预算资金面临 3 亿美元缺口 [EB/OL]. (2011-05-17) [2012-02-07]. <http://www.unmultimedia.org/radio/chinese/detail/150644.html>

[9] 世界卫生组织. 用一代人时间弥合差距:针对健康社会决定因素采取行动以实现健康公平 [R]. 日内瓦,2010.

[10] Nature 新闻. 世界卫生组织(WHO)的改革建议 [EB/OL]. (2011-05-26) [2012-04-10]. http://www.hbzhan.com/st44507/news_42530.html

[11] 杰弗里·D·萨克. 发展投资:实现千年发展目标的实际计划 [R]. 纽约,2005.

[12] 世界卫生组织. 2010 年世界卫生报告:卫生系统筹资,实现全民覆盖的道路 [R]. 日内瓦,2010.

[13] 田帆,曹丽君. 八国集团首脑会议在英国格伦伊格尔斯开幕 [EB/OL]. (2005-07-08) [2012-04-18]. <http://news.sina.com.cn/o/2005-07-07/20356377970s.shtml>

[收稿日期:2012-02-13 修回日期:2012-06-19]

(编辑 刘 博)

· 信息动态 ·

欢迎订阅《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是中华人民共和国卫生部主管,中国医学科学院主办,中国医学科学院医学信息研究所和中国医学科学院卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:

专题研究、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、国际卫生、理论探索、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 15 元/册,全年 180 元(含邮资)。全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

healthpolicycn@gmail.com

电话:010-52328667 52328669

传真:010-52328670