

全球开始关注卫生体系加强

Tamara Hafner* Jeremy Shiffman

美国大学公共管理与政策系 美国华盛顿 20016

【摘要】在过去很长一段时间内,某一具体疾病是主要研究对象,但近几十年特别是2005年以来,许多组织开始参与全球卫生研究并关注卫生体系加强。本文对这一关注产生的原因及方式展开研究。研究采用了过程追踪的定性方法,并对政治层面引发和限制其关注的因素进行分析。研究发现加强卫生体系之所以得到广泛关注,主要是因为:全球卫生的参与者担心卫生体系方面的问题会影响千年发展目标的实现,并担心全球卫生行动可能会给国家卫生体系带来负面影响。此外,许多全球卫生组织已经意识到,薄弱的卫生体系会成为实现组织既定目标的瓶颈。尽管目前有众多的参与者支持加强卫生体系,但这些行动者还未形成有凝聚力的政策联盟。此外,加强卫生体系的概念不清晰,而且加强卫生体系的证据很薄弱。由于全球金融危机、全球卫生政策的不确定性以及一些行动者暂时性地支持等,对加强卫生体系的关注是否具有可持续性,目前尚未有定论。

【关键词】卫生体系加强;政治优先;全球卫生

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.08.011

The emergence of global attention to health systems strengthening

Tamara Hafner, Jeremy Shiffman

Department of Public Administration and Policy, American University, Washington, DC 20016, USA

【Abstract】 After a period of proliferation of disease-specific initiatives, over the past decade and especially since 2005 many organizations involved in global health have come to direct attention and resources to the issue of health systems strengthening. We explore how and why such attention emerged. A qualitative methodology, process-tracing, was used to construct a case history and analyze the factors shaping and inhibiting global political attention for health systems strengthening. We find that the critical factors behind the recent burst of attention include fears among global health actors that health systems problems threaten the achievement of the health-related Millennium Development Goals, concern about the adverse effects of global health initiatives on national health systems, and the realization among global health initiatives that weak health systems present bottlenecks to the achievement of their organizational objectives. While a variety of actors now embrace health systems strengthening, they do not constitute a cohesive policy community. Moreover, the concept of health systems strengthening remains vague and there is a weak evidence base for informing policies and programmes for strengthening health systems. There are several reasons to question the sustainability of the agenda. Among these are the global financial crisis, the history of pendulum swings in global health and the instrumental embrace of the issue by some actors.

【Key words】 Health systems strengthening; Political priority; Global health

近年来,众多卫生组织将加强卫生体系(health system strengthening, HSS)提上议事日程。2008年八

国集团峰会首次对加强卫生体系进行了讨论。世界卫生组织将加强卫生体系作为其重点事项之一。双

* 基金项目:洛克菲勒基金会项目(2008PSH 218)

作者简介:Tamara Hafner,女,美国大学公共管理与政策系助理教授,主要研究方向为全球卫生政策。

E-mail:hafner@american.edu

本文英文原文参见 Health Policy and Planning 2013, 28(4): 41-50, doi:10.1093/heapol/czs023, 略有删减。

边捐助者也为加强卫生体系提供了大量资源。一些诸如全球基金等专注于某一具体疾病的卫生组织,也开始逐渐关注卫生体系的加强。^[1-3]

当前,全球卫生组织对卫生体系加强的关注程度前所未有。而 20 世纪 90 年代中期至 21 世纪前十年的中期,许多全球卫生组织主要关注某一具体疾病,而不是卫生体系的整体发展。这一时期成立了全球卫生发展史上最大的三个计划,即全球疫苗免疫联盟(GAVI,成立于 2000 年)、全球基金(成立于 2002 年)以及美国总统艾滋病紧急救援计划(PEPFAR,成立于 2003 年)。

本文对近期加强卫生体系得到高度关注的原因及其可持续发展的前景进行分析。这种关注的主要表现方式有:各组织领导人公开或私下表现出对该问题的关注,并通过资源配置予以支持。对于双边或多边捐助者、公私合作基金会及私人基金会而言,除物质资源外,主要以筹资形式提供相关资源。而技术机构则主要提供以政策和技术指南为主要形式的资源。

本研究主要关注国际层面各组织对于加强卫生体系的重视程度,而非国家层面的政策制定过程、政策方案选择和实施障碍。卫生体系是国家层面的体系,而各国动向对于卫生体系而言十分关键。但这些国家层面上的因素在其他研究中已有论述^[4-9],而研究国际层面的动态也同样重要。国际组织与捐助者通过为卫生体系提供筹资和政策思想来影响国家层面的卫生体系。此外,加强卫生体系依然面临全球卫生组织内部一些参与者的考验,能否作为其改善贫困人口健康状况的长期策略还不得而知。

本研究采用公共政策制定过程中最广泛采用的一种模式作为分析框架,并找出能够证明这种关注存在的证据。再利用这一公共政策模式,确定引发这种关注的因素,探讨关注的限制因素,以及国际组织关注加强卫生体系可持续发展的前景。

1 公共政策过程模式

John Kingdon 的多源流模式是公共政策分析领域最广泛采用的模式之一^[10],Kingdon 认为当三个独立的源流——问题流、政策流及政治流——相互交

汇、相互影响时,现实问题往往会被提上政策议程^[10-11]。任何一个源流都会引发相应的行为,但只有这三个源流交汇时才有可能引发关注。政策企业家(policy entrepreneurs)在促进这些源流交汇方面发挥了关键作用。尽管该模式最初是为了分析国家政策制定过程,但该模式也可以用来了解国际政策的制定过程,能够确定针对何种问题应该采取公共行动、如何制定不同的政策方案、外部政治因素如何对议程设定产生影响等,这些都是国际层面存在的一些动态因素。

问题流是指社会现象,其中一些已经界定为需要引起公共关注的问题。^[10]现象是指社会形势,而问题是指需要引起关注的现象,针对这一问题可能需要采取有组织的适当行动,二者之间的差别至关重要。^[12]社会上存在多种现象,如艾滋病、针对妇女的暴力行为等,许多现象会导致严重的伤害,但其中只有少数会引起广泛关注,从而上升到问题的高度。Kingdon 认为以下 3 种因素会影响到政府官员对某些现象的关注,从而使其成为问题:对现行政策实施情况的反馈可以使决策者获知政策实施过程中的绩效缺陷;指标能够说明一种现象的重要性与严重程度,从而使其成为决策者眼中的突出问题;焦点事件,比如灾难、危机、讨论等。

政策流以解决问题为目的,提供一系列解决方案。^[10]政策流中的主要参与者为政策群体和专家组织。这些参与者针对特定领域内的问题,耗费大量的时间和资源,研究解决方案。参与人员包括学者、政府官员、捐助者以及其他与某一具体问题利益相关的人员。他们通过参与研讨会和在期刊上发表文章等各种途径发表见解。而 Kingdon 认为这些见解多为各种旧观点的组合,很少有全新的政策观点或新的政策方案。

政治流包括国家选举、社会抗议及国际政治发展趋势等因素。^[10]政治流所涵盖的这些大规模事件基本上与问题和政策的发展无直接关系。政策流的研究人员和其他参与者相对隐蔽,而政治流的参与者一般是公开可见的,包括首相、政党、议员、联合国机构领导人员以及大型组织的领导人等。

总之,当一种状况上升到问题的高度,同时政策

群体就可行性解决方案达成一致,并且“政策窗口”打开,政策企业家就有机会将这三个源流交汇在一起,现实问题也就很有可能出现在政策议程中。

2 方法

本研究的资料主要来源于全球各大卫生组织的内部资料、已公开出版的加强卫生体系方面的研究成果,以及对数名全球卫生组织高级官员进行访谈。共评估和分析了 150 余份资料,其中约 100 份是全球卫生组织加强卫生体系方面的内部资料,包括双边捐助者、多边捐助者、私人基金会、公私基金会及联合国机构的内部文件。本研究搜索了与卫生体系加强相关的学术文献,共评估和分析了 Medline 以及其他数据库的 50 余份学术文献。此外,本研究还进行了 20 次半结构式访谈,访谈对象主要是与加强卫生体系相关的一些组织的高级官员,包括全球基金、全球疫苗免疫联盟、联合国艾滋病规划署、挪威发展合作机构、日本政府、世界卫生组织内部的几个部门、世界银行、多丽丝·杜克基金会、洛克菲勒基金会、哈佛大学、约翰霍普金斯大学、伦敦卫生与热带病医学院、全球发展中心等。每次访谈时间约为 45~90 分钟。通过参考同行评议文献以及滚雪球抽样来选择访谈对象,以接触到尽可能多的全球卫生组织的高级官员。本研究就一些常见问题访谈受访者,如受访者对于在全球范围内加强卫生体系所受到的关注程度有何见解等,并将访谈内容转录。本研究还采用了案例研究法,以更好地了解这一关注产生的过程。^[13]

对内部文件、研究文献及访谈资料进行分类,然后评判其因果关系的类型。同时制订了加强卫生体系的关注时间表,将证据在时间表中逐一列出,并对各种证据进行分组,以此评估各种证据的因果影响大小。本研究邀请了几名熟悉加强卫生体系历史的外部评议人员参与,以确定其发展历史及因果关系的准确性。

3 结果

3.1 证实各组织重视加强卫生体系的证据

目前,许多全球卫生组织都致力于加强卫生体

系,包括世界卫生组织、世界银行、八国集团、数个全球卫生组织和私人基金会等(表 1)。

表 1 能够证明相关卫生组织重视加强卫生体系的证据

组织名称	主要支持形式	证据
世界卫生组织	政策指导 技术指导	近年来的世界卫生报告普遍关注卫生体系 2009 年世界卫生大会通过了关于加强卫生体系的决议 为加强卫生体系,确定了卫生体系的六大要素
八国集团	国家承诺宣言	加强卫生体系是 2008 年峰会的主题 2009 年、2010 年峰会也对加强卫生体系予以探讨
世界银行	筹资 政策指导培训	20 世纪 80 年代以来为卫生部门的发展提供资金支持 通过持续的人员培训以提高卫生体系绩效 参与卫生体系筹资平台计划
全球基金	筹资	自 2005 年起批准 1.7 亿美元、实际支出 0.83 亿美元用于加强卫生体系 参与卫生体系筹资平台计划
全球疫苗免疫联盟	筹资	2007—2010 年批准 5.68 亿美元、实际支出 3.15 亿美元用于加强卫生体系 参与卫生体系筹资平台计划
美国总统艾滋病紧急救援计划	筹资	2009—2010 年,批准 5.20 亿美元用于加强卫生体系
洛克菲勒基金会	筹资	2002 年发起“卫生人力资源规划项目” 2002 年发起“卫生体系变革行动计划”,承诺启动资金 1 亿美元
多丽丝·杜克基金会	筹资	2007 年发起资金为 1 亿美元的“非洲卫生行动计划”

3.1.1 世界卫生组织

过去几十年来,世界卫生组织越来越重视加强卫生体系。2000 年的世界卫生报告以卫生体系的绩效为主题,并引发了全球范围内的大讨论。^[14-17]2005 年世界卫生组织召开了蒙特勒会议,开发了加强卫生体系的通用框架。^[18]此次会议还成立了“全球卫生体系行动网络”,这是一个分享卫生体系加强理论与实践做法的平台。2009 年在意大利政府资助下,世界卫生组织召开了许多会议,以寻求增强全球卫生行动与加强卫生体系之间互补性的方法。^[19]加强卫生体系也是几次世界卫生组织地区部长级峰会的

主题,世界卫生组织欧洲区成员国于 2008 年 6 月起草了有关卫生体系的《塔林宪章》,同年 4 月,非洲的成员国也发布了类似宣言。

为了更好的理解加强卫生体系,世界卫生组织提出了一个框架。该框架由六个要素组成:服务提供,合格的卫生人员,良好的卫生信息系统,医疗产品,疫苗及技术的可及性,筹资、领导及管理。^[20]这一定义为众多全球卫生计划所采用,包括美国总统艾滋病紧急救援计划、全球疫苗免疫联盟及全球基金会等。^[21]

此外,世界卫生组织与其他参与者还积极推广初级卫生保健与全民健康覆盖计划,以此作为加强卫生体系的基本理念。^[22-23]世界卫生组织总干事陈冯富珍在竞选该职位期间,曾使用初级卫生保健这一概念,使组织内的各个重点事项相互贯穿,并将初级卫生保健作为 2008 年世界卫生报告的主题。^[24]2009 年第 62 届世界卫生大会通过了包括加强卫生体系在内的初级卫生保健的决议。初级卫生保健这一想法已酝酿数年,尤其是在世界卫生组织美洲地区,初级卫生保健对于该地区的重新崛起具有深远影响,全民健康覆盖成为 2010 年世界卫生报告的主题。

3.1.2 世界银行

世界银行通过推行“卫生部门改革及可持续筹资”项目为加强卫生体系提供各种政策观点。该项目自 1997 年全面启动以来,已经培养了大约 20 000 名改善卫生体系绩效方面的人才。^[25]该课程内容以 Roberts 等人开发的框架为基础,刊发于“Getting Health Reform Right: A Guide to Performance and Equity”一书中。^[26]世界银行于近期修订的“卫生、营养与人口”策略中,再次将加强卫生体系作为重点,并通过重点分配资源以加强卫生体系。^[27]世界银行将加强卫生体系作为其优势项目,并推行了一项 5 年行动计划,以改善加强卫生体系与重点疾病干预之间的协同效应。世界银行还与世界卫生组织合作,开发了一套工具以对加强卫生体系的效果进行评估。^[28]此外,世界银行与全球疫苗免疫联盟、全球基金在卫生体系筹资平台计划方面建立了合作关系。该筹资机制于 2009 年正式启动,旨在增进国家卫生规划项目之间的协作,提高国际资源的使用效率。^[29-30]

3.1.3 八国集团

八国集团的领导人已将加强卫生体系提上议程。2008 年,在会议主办方日本政府的驱动下,八国集团领导人首次就加强卫生体系展开讨论,并就全球卫生行动框架达成一致意见,将卫生体系列为核心重点。^[31]2009 年八国集团峰会的主办方意大利政府也同样将加强卫生体系提上议程,并为世界卫生组织指导管理下的一项计划提供资金支持。该计划是为了在全球卫生组织与加强卫生体系之间建立良好的协作关系。2010 年的八国集团峰会提到医疗卫生领域要取得长足进步,必须加强卫生体系。

3.1.4 私人基金会

私人基金会中,洛克菲勒基金会为加强卫生体系提供了大量支持。2002 年,洛克菲勒基金会发起了“卫生人员联合学习行动”计划。该计划引发了对卫生人力资源危机的关注。^[32-33]2008 年该基金会又发起了关于私立医疗、电子医疗以及卫生部门能力建设方面的项目。^[34-36]2009 年又将这些项目进一步发展成“卫生体系变革行动计划”,倡议对卫生体系进行研究,并推广全民健康覆盖。^[37]多丽丝·杜克基金会同样支持加强卫生体系,于 2007 年发起了资金为 1 亿美元的“非洲卫生行动计划”。

3.1.5 全球卫生行动计划

三个主要的全球卫生行动计划——全球疫苗免疫联盟、全球基金以及美国总统艾滋病紧急救援计划——均为加强卫生体系进行筹资(表 2)。2007—2010 年,全球疫苗免疫联盟批准 5.68 亿美元、实际支出 3.15 亿美元的资金用于 53 个国家加强卫生体系。^[38]2008 年用于加强卫生体系的资金达到顶峰,为 1.37 亿美元,占当年总资金支出的 23%。全球基金于 2005 年批准了 1.7 亿美元、实际支出 0.83 亿美元用于加强卫生体系,尽管这仅占其全部支出的 5% 以下,但已足够说明其对加强卫生体系的关注力度。2009—2010 年,美国总统艾滋病紧急救援计划为加强卫生体系批准了 5.2 亿美元。2009 年,奥巴马政府对其全球卫生项目予以认可,发起“全球卫生行动计划”,强调通过加强卫生体系来改善健康水平。

表2 全球三大卫生计划在加强卫生体系方面的资金分配情况(美元)

年份	全球基金会		全球疫苗免疫联盟	美国总统艾滋病紧急救援计划
	批准	支出	支出	批准
2005	89 416 464	76 698 287	—	—
2006	—	—	—	—
2007	—	—	92 010 803	—
2008	829 501	411 672	138 389 000	—
2009	—	—	33 876 542	290 400 000
2010	—	—	50 370 446	330 693 190
单流	79 326 136	5 562 558	—	—
总计	169 572 101	82 672 517	314 646 791	621 093 190

数据来源:全球疫苗免疫联盟网站 <http://www.gavialliance.org/results/disbursements/>;美国总统艾滋病紧急救援计划实施计划网站 <http://www.pepfar.gov/about/c19388.htm>;全球基金网站 <http://portfolio.theglobalfund.org/en/DataDownloads/Index>

3.2 引发关注的因素

3.2.1 问题流:确定存在卫生人力资源危机

2002年在洛克菲勒基金会的支持下,“卫生人员联合学习行动计划”启动。2004年该计划发布了研究报告:预计在全球范围内缺乏400万名卫生人员,在撒哈拉以南的非洲地区,卫生人员数量仅占全球的3%,而该地区所承受的疾病负担却占全球的25%。^[39]该报告影响了一系列世界卫生大会决议,包括卫生人员迁移对卫生体系的影响以及提高卫生人员工作效率的决议。卫生人力资源危机是2006年世界卫生报告的主题。^[40]为应对全球的卫生人力资源危机,该计划于2006年创建了“全球卫生人力联盟”。^[41-42]并于2008年2月举办了首届全球卫生人力资源论坛,发布了卫生人力资源全球行动方案。

3.2.2 问题流:全球卫生行动计划与卫生体系之间的关系

全球卫生组织之所以重视卫生体系加强,主要基于两方面的原因。一是这些组织已经开始意识到,薄弱的卫生体系会影响既定目标的实现(如艾滋病患者抗逆转录病毒药物治疗、儿童免疫推广等)。二是全球卫生行动计划对于卫生体系可能存在负面作用,对此已引发越来越多的批评,而这些组织对这些批评意见十分敏感。

全球疫苗免疫联盟委员会分别于2003年和2004年开展了一系列研究,以探寻提升其免疫项目影响力的方法^[43-45],研究认为如果筹资或人力资源不足,会对免疫覆盖率产生影响^[44],建议全球疫苗

免疫联盟将加强卫生体系作为该组织的任务之一,以提高其免疫覆盖率。^[43,45]全球基金也面临解决卫生人力资源危机的需求。^[46-47]Ooms等指出,如果无视该危机,那么在接受该基金支持的国家,会出现“有药无医”的情况。全球基金仿效全球疫苗免疫联盟的做法,于2005年为加强卫生体系提供独立的资金支持。随后几年,由于实施状况不佳,全球基金将其取消,但在2007年又重新恢复其独立的资金供应。^[2]

此外,全球卫生行动计划可能会对卫生体系产生负面影响。全球卫生研究人员认为,全球卫生行动计划正在导致卫生体系分裂,扭曲国家卫生重点,为低收入国家政府带来不必要的报告和协作负担。^[48-49]有些批评人士甚至提出应成立一个统一的全球卫生基金组织,以替代当前只针对某一具体疾病的全球基金。^[2]发展中国家的领导人同样担心全球卫生行动计划与捐助者会给卫生体系带来破坏性影响,并扭曲国家的发展重点。Brugha等引用了一名官员对此问题的描述:“去年,我们花在全球基金会上时间长达7个月,克林顿基金会为8个月……”^[50]卢旺达政府认为在卫生领域的捐助资源分配不合理,并认为主要问题还在于其选择的发展合作伙伴。^[51]

无论是全球疫苗免疫联盟还是全球基金,为加强卫生体系所进行的筹资都备受争议。^[30]全球疫苗免疫联盟委员会中的一些成员质疑加强卫生体系的实践意义,以及如何才能评价其效果。^[52]全球基金委员会内部的主要争议在于应该为加强卫生体系单独设立筹资款项,还是将其与三种疾病的款项进行整合。这两个组织内部更深层次的争议在于支持加强卫生体系是否会改变组织的基本任务,正如全球基金的一名官员所述:“我们担心如果为加强卫生体系单独设立款项,会改变基金会的原始使命……这几乎占据了基金会的全部资源,而这些资源原本要用于艾滋病、结核病和疟疾防治。”另一名来自全球疫苗免疫联盟的官员如此评论:“全球疫苗免疫联盟本身是否应当参与加强卫生体系,目前还存在争议。很多委员会成员怀疑我们是不是越过了界限,其实加强卫生体系应该由世界银行或者其他地区性的投资银行,或者是利用国内资源来进行。”

3.2.3 政策流:一直以来对卫生的关注

在过去 40 多年,全球卫生参与者在卫生领域发展历程中逐渐推广了一种横向定位的方法,使得加强卫生体系这一战略更像是各种旧观点的组合,而并非为解决卫生问题的一种新方法。

1978 年的阿拉木图宣言发起了初级卫生保健运动,旨在通过建立卫生体系,于 2000 年实现人人享有卫生保健。^[53]然而,这一目标的现实性却备受争议。^[54-55]1979 年, Walsh 等提出了一种相对简单的方法,以引起死亡的具体原因为重点,并将其称之为“有选择的初级卫生保健”。

1980 年世界银行开始涉足卫生领域。这一时期,新自由宏观经济政策成为全球发展的主流政策,推动了许多发展中国家进行结构调整和卫生部门改革。^[56]世界银行还提出了一种在国家层面上指导捐助者与政府之间开展卫生相关业务的方法,称为全系统方法(sector-wide approach, SWAp)。^[57]这一方法强调当地所有权、政府与捐助者之间的合作伙伴关系以及卫生领域的整体全面发展,而非数量庞大的单个项目。^[58]

20 世纪 90 年代中期以前,在发展中国家涌现出大量以解决具体卫生问题为目标的组织或公私合伙企业,全球疫苗免疫联盟、全球基金、美国总统艾滋病紧急救援计划这三大行动计划均成立于这一时期。之所以形成这一局面,一方面是由于盖茨基金会的建立,更加强调以技术为驱动力来发展医疗卫生,并为那些以具体疾病为对象的组织提供数十亿美元的资金支持。作为对此纵向策略的回应,加强卫生体系的观念应运而生。

3.2.4 政策流:卫生体系研究政策群体的影响

卫生体系研究人员的政策选择同样会影响这一关注,但这一群体在政策联合方面存在困难。近年来,诸如“卫生政策与体系研究联盟”等发挥的作用日益明显。“卫生政策与体系研究联盟”以世界卫生组织为基础,积极推动全球的卫生参与者将加强卫生体系作为改善健康结果的必要途径。^[59-60]在墨西哥和马里举办的以卫生研究为主题的部长级论坛,普遍呼吁增强卫生体系方面的研究。2010 年,世界卫生组织召开了首届全球卫生体系研究大会,推动知识共享。卫生政策与体系研究人员针对该领域制

定了研究计划,并撰写了相关论文。^[61-63]

3.2.5 政治流:实现千年发展目标的压力

问题流及政策流的发展与加强卫生体系直接相关。此外,政治流内部的力量也会对此一关注产生影响。2001 年世界各国一致通过了千年发展目标,具体实现期限为 2015 年。千年发展目标已成为全球发展的框架,并影响国家层面政策重点的设定。^[64]全球卫生组织认为如果没有强大的卫生体系,一些与卫生有关的目标将很难实现。

在千年发展目标当中,有三个与卫生有关,分别为降低儿童死亡率、降低孕产妇死亡率以及与传染病作斗争。2005 年,全球卫生参与者认为许多低收入国家不能循着正确的进程以实现与卫生有关的千年发展目标。^[65-68]为何进展缓慢?一位受访者认为:“目标很好,我们也可以防止任何一位艾滋病患者死亡,因为我们可以对其进行抗逆转录病毒治疗,但药物的可及性差,由于物流、采购等配套措施不到位,这些药物无法送达有需要的地区。”也有几项研究将进展缓慢的原因归结为薄弱的卫生体系。^[67,69-71] Travis 等认为,很多参与者都赞同将某一具体的疾病设置为优先重点,通过实施具体措施,完成千年发展目标的同时,卫生体系也将得到加强。^[71]由于在实现与卫生有关的千年发展目标方面进展缓慢,因此建立了卫生体系筹资平台计划。该计划要颠倒这种因果关系:即首先应当加强卫生体系,然后才有可能实现与卫生相关的千年发展目标。

3.2.6 政治流:《巴黎宣言》强调横向策略

除了千年发展目标外,其他外部影响因素还包括:在 21 世纪初期,捐助者的捐助领域出现分散化,这一局面日益令人担忧。因此,2005 年发布了《巴黎宣言》^[72],在主要双边及多边捐助者、联合国机构、国家政府及其他机构的支持下,《巴黎宣言》承诺会对捐助者的捐助予以协调,将捐助与国家政府的重点项目相结合,与加强卫生体系的整体发展方式保持一致。卫生体系筹资平台计划将《巴黎宣言》作为行动基础。

3.2.7 三种源流汇合

如前所述,当问题流、政策流及政治流交汇时,在政策企业家的推动下,现实问题就会被列入政策议程。在全球重视加强卫生体系这一层面,交汇的

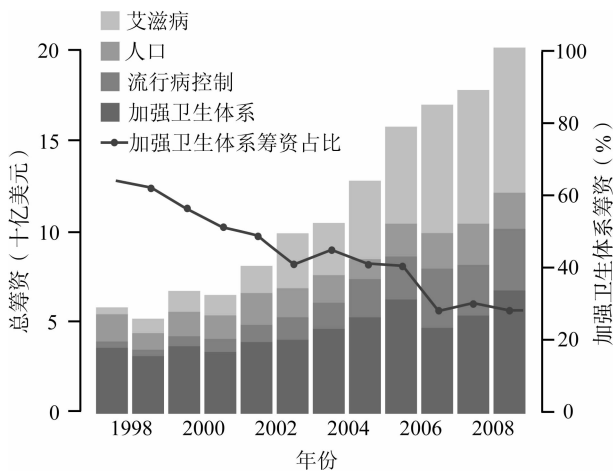
过程更为复杂。八国集团、世界卫生组织、世界银行、各个私人基金会、公私合作企业代表了各自不同的利益。多源流模式会对以下内容产生影响:政治发展(尤其是实现千年发展目标所面临的压力);政策动态(包括现有各个组织的横向策略);问题(实现组织既定目标进展缓慢);政策企业家在促使这些源流交汇方面发挥了重要作用。但不同的组织,其具体交汇的过程存在差别。

3.3 限制关注的因素

过去几十年来,尽管全球卫生组织不断增强对加强卫生体系的关注,但政策流、问题流和政治流内部存在的问题限制了这种关注的可持续性。

3.3.1 政治流:全球金融危机以及整体筹资水平的不稳定

由于全球金融危机的影响,捐助者为加强卫生体系所提供的资金低于预期。^[30,73]美国的债务削减谈判使得从奥巴马政府的全球卫生行动计划中难以获得足够的资金支持。全球卫生组织的策略重点摇摆不定,而对加强卫生体系的重视能否真正改变这种不稳定状况还不确定。此外,尽管捐助者认同加强卫生体系,但其针对加强卫生体系所提供的筹资并没有快速增长(图1)。2004—2009年,为加强卫生体系所提供的筹资年均增长率为7.1%,明显低于整体卫生及人口的筹资增长率(13.1%),仅略高于捐助者捐助资金总额的增长率(6.2%)。1998—2009年,用于加强卫生体系的资金占卫生及人口总筹资的百分比从63.5%降至27.6%,而艾滋病以及其他传染病防治的资金比例上升至50%以上。



数据来源: 经济合作与发展组织信用报告系统数据库

图1 各卫生领域的筹资情况

3.3.2 政策流:缺少解决方案,政策群体分散化

另一个影响可持续性的因素是解决这一问题的证据基础比较薄弱。^[59-60,74-75]《柳叶刀》杂志曾经以“卫生体系”为主题进行征稿,但反响较差。^[76]2004年和2008年以卫生体系研究为主题的部长级会议均指出,缺少政策方案是其关键问题。^[76-77]一名长期参与卫生体系研究的世界卫生组织官员认为:“理解水平的差异、证据的复杂性、措施的力度、战略的可信程度以及加强卫生体系的干预手段仍处于非常原始的状态。我们在这些方面没有取得更快的进展,这十分令人沮丧……”。

之所以出现这种情况,主要有以下几个原因:一是长期以来用于卫生体系研究的资金不足。^[60]Travis等人指出,卫生体系研究往往被视为“空洞、乏味、庸俗”的,而其它研究领域,如药物研发,却被视为“卓越、有科技含量”的。二是加强卫生体系涉及对多种复杂因素的管理,这些因素不仅是动态的,而且相互联系,如治理、筹资、人力资源、信息管理等。而解决方案又取决于具体的现实情境。三是政策群体无法形成有凝聚力的联盟,如果结成紧密联盟,可以通过集体行动,促进对加强卫生体系的重视,并加强对这方面的研究。部分被访谈者认为:“现在的状况十分分散和零乱……对任何一个群体都没有归属感。”“他们不能把自己视为同一个群体……目前这个群体非常多样化,我认为他们需要达成身份共识,把自己放在同一个群体中。”

3.3.3 问题流:定义分歧

由于政策群体的分散化,导致在测量加强卫生体系进展的指标方面未达成统一共识。^[75,78-79]此外,定义分歧会对政策的实施及评估产生影响。不同的参与者在加强卫生体系方面所采取的行动具有很大差别^[74,78],这很可能使加强卫生体系仅仅成为一个概念,每当推进既定组织目标的实现时,才会提及卫生体系的加强。但卫生体系的加强在概念上模糊不清,也可能会赢得不同类别人员的支持。正如一位受访者所言:“为了获取更多的支持,就需要这个概念模糊一点。”

4 结论

过去几十年来,对加强卫生体系的关注程度显

著提高,从问题流、政策流与政治流方面,都能够较好地说明这一关注提高的原因:(1)问题流:担心全球卫生组织会给卫生体系产生负面影响;如果没有强有力的卫生体系,这些组织可能无法实现既定组织目标;(2)政策流:卫生体系方面的政策群体已经制定了政策方案来加强卫生体系;(3)政治流:在实现与卫生有关的千年发展目标方面进展缓慢。

尽管对加强卫生体系的关注程度显著提高,但也不能过于夸大。一些组织虽然增加了对加强卫生体系的资金投入,但可能只停留在口头承诺层面,捐助者的总体捐助水平并没有实质性的提升。此外,加强卫生体系的群体还有待发展成为强有力的政治力量,进一步提高对加强卫生体系的重视程度。哪些措施有利于加强卫生体系,这方面的证据基础仍然十分薄弱。特别需要说明的是,全球卫生组织中的一些参与者之所以重视加强卫生体系,是由于担心其既定目标无法实现,而非认为加强卫生体系是改善贫困人口健康结果的最佳战略。

卫生体系存在于各个国家,加强卫生体系这一议程的前景最终还是取决于国家层面上的动态因素。但是国际层面的参与者会影响国家议程,控制相关资源并提供一些政策理念。由于这些国际力量的未来决策会对加强卫生体系的未来发展产生影响,因此应进一步监测他们的行为。

致谢

感谢洛克菲勒基金会提供的资金支持,感谢所有接受访谈的人员。

利益冲突

本文与任何组织和个人没有利益冲突。

参 考 文 献

[1] GAVI. Proposal for GAVI to Invest in Health Systems Strengthening (HSS) Support[R]. Geneva: GAVI, 2005.

[2] Ooms G, Van Damme W, Baker BK, et al. The 'diagonal' approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems? [J]. *Globalization and Health*, 2008, 4:6-13.

[3] Naimoli J F. Global health partnerships in practice: taking stock of the GAVI Alliance's new investment in health sys-

tems strengthening [J]. *International Journal of Health Planning and Management*, 2009, 24(1): 3-25.

[4] Kruk M E, Freedman L P. Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature[J]. *Health Policy*, 2008, 85(3): 263-276.

[5] Logie D E, Rowson M, Ndagije F. Innovations in Rwanda's health system: looking to the future [J]. *The Lancet*, 2008, 372(9634): 256-261.

[6] Coovadia H, Jewkes R, Barron P, et al. The health and health system of South Africa: historical roots of current public health challenges [J]. *The Lancet*, 2009, 374(9692): 817-834.

[7] Atun R, Weil D E C, Tan Eang M, et al. Health-system strengthening and tuberculosis control [J]. *The Lancet*, 2010, 375(9732): 19-25.

[8] Lu C, Schneider M T, Gubbins P, et al. Public financing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis[J]. *The Lancet*, 2010, 375(9723): 1375-1387.

[9] Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges[J]. *The Lancet*, 2011, 377(9779): 1778-1797.

[10] Kingdon J W. *Agendas, Alternatives, and Public Policies* [M]. Boston, MA: Little, Brown and Company, 1984.

[11] Shiffman J, Ved R. The state of political priority for safe motherhood in India[J]. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2007, 114(7): 785-790.

[12] Stone D A. Causal stories and the formation of policy agendas [J]. *Political Science Quarterly*, 1989, 104(2): 281-300.

[13] Yin R K. *Case Study Research: Design and Methods*[M]. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.

[14] Navarro V. Assessment of the World Health Report 2000 [J]. *The Lancet*, 2000, 356(9241): 1598-1601.

[15] Almeida C, Braveman P, Gold M R, et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000[J]. *The Lancet*, 2001, 357(9269): 1692-1697.

[16] Murray C, Frenk J. World Health Report 2000: a step towards evidence-based health policy [J]. *The Lancet*, 2001, 357(9269): 1698-1700.

[17] Musgrove P. Judging health systems: reflections on WHO's methods[J]. *The Lancet*, 2003, 361(9371): 1817-1820.

[18] WHO. *The Montreux Challenge: Making health systems work*[R]. Geneva: World Health Organization, 2005.

- [19] WHO. Maximizing Positive Synergies between Health Systems and Global Health Initiatives[R]. Geneva: World Health Organization, 2008.
- [20] WHO. Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action[R]. Geneva: World Health Organization, 2007.
- [21] WHO. Maximizing Positive Synergies between Health Systems and Global Health Initiatives[R]. Geneva: World Health Organization, 2008.
- [22] Walley J, Lawn J E, Tinker A, et al. Primary health care: making Alma-Ata a reality [J]. *The Lancet*, 2008, 372 (9642): 1001-1007.
- [23] Garrett L, Chowdhury A M R, Pablos-Me'ndez A. All for universal health coverage [J]. *The Lancet*, 2009, 374 (6736): 1294-1299.
- [24] WHO. The World Health Report 2008: Primary Health Care-Now More Than Ever[R]. Geneva: World Health Organization, 2008.
- [25] Shaw R P, Samaha H. Building capacity for health system strengthening: A strategy that works [R]. Washington, DC: The World Bank, 2009.
- [26] Roberts M J, Hsaio W, Berman P, et al. Getting Health Reform Right [M]. New York, NY: Oxford University Press, 2008.
- [27] World Bank. Healthy Development. The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results [R]. Washington, DC: The World Bank, 2007.
- [28] WHO. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies [R]. Geneva: World Health Organization, 2010.
- [29] IHP. High Level Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems[R]. 2008.
- [30] Hill P S, Vermeiren P, Miti K, et al. The Health Systems Funding Platform: Is this where we thought we were going? [J]. *Globalization and Health*, 2011, 7: 16-26.
- [31] Reich M R, Takemi K. G8 and strengthening of health systems: follow-up to the Toyako summit [J]. *The Lancet*, 2009, 373(9662): 508-515.
- [32] Chen L, Evans T, Anand S, et al. Human resources for health: overcoming the crisis [J]. *The Lancet*, 2004, 364 (9449): 1984-1990.
- [33] Narasimhan V, Brown H, Pablos-Mendez A, et al. Responding to the global human resources crisis [J]. *The Lancet*, 2004, 363(9419): 1469-1472.
- [34] Lagomarsino G, Nachuk S, Singh Kundra S. Public stewardship of providers in health systems [R]. Washington, DC: Results for Development, 2009.
- [35] Rockefeller Foundation. Bellagio eHealth call to action [EB/OL]. (2011-09-07). <http://ehealth-connection.org/content/bellagio-ehealth-call-action>.
- [36] Rockefeller Foundation. From silos to systems: an overview of eHealth's transformative power. [EB/OL]. (2011-09-07). http://www.rockefellerfoundation.org/uploads/files/e331d255-059f-4fc6-b814-5938f8ee017e-rf_silos_1-13.pdf.
- [37] Rockefeller Foundation. Transforming healthy systems initiative. [EB/OL]. (2011-02-17). <http://www.rockefellerfoundation.org/what-we-do/current-work/transforming-health-systems/>.
- [38] GAVI. GAVI Alliance Progress Report 2010[R]. Geneva: GAVI, 2011.
- [39] Joint Learning Initiative. Human Resources for Health: Overcoming the Crisis [EB/OL]. (2012-02-17). http://www.who.int/hrh/documents/JLi_hrh_report.pdf.
- [40] WHO. The World Health Report 2006: Working Together for Health [R]. Geneva: World Health Organization, 2006.
- [41] Chen L, Evans T, Anand S, et al. Human resources for health: overcoming the crisis [J]. *The Lancet*, 2004, 364 (9449): 1984-1990.
- [42] Omaswa F. Human resources for global health: time for action is now [J]. *The Lancet*, 2008, 371(9613): 625-626.
- [43] McKinsey and Company. Achieving Our Immunization Goal: Final Report [R]. Washington, DC: McKinsey & Company, 2003.
- [44] GAVI. Alleviating System Wide Barriers to Immunization: Issues and Conclusions from the Second GAVI Consultation with Country Representatives and Global Partners [R]. Oslo: GAVI, 2004.
- [45] GAVI. Proposal for GAVI to Invest in Health Systems Strengthening (HSS) Support [R]. Geneva: GAVI, 2005.
- [46] Dräger S, Gedik G, Dal Poz M R. Health workforce issues and the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: an analytical overview [J]. *Human Resources for Health*, 2006, 4: 23-35.
- [47] Ooms G, Van Damme W, Temmerman M. Medicines without Doctors: why the Global Fund Must fund salaries of health workers to expand AIDS treatment [J]. *PLoS Medi-*

- cine, 2007, 4: 605-608.
- [48] Msuya J. Horizontal and vertical delivery of health services: what are the trade offs[R]. Washington, DC: The World Bank, 2004.
- [49] High-Level Forum on the Health Millennium Development Goals. Best Practice Principles for Global Health Partnership Activities at Country Level[R]. Geneva: High-Level Forum on the Health Millennium Development Goals, 2005.
- [50] Brugha R, Donoghue M, Starling M, et al. The Global Fund: managing great expectations[J]. *The Lancet*, 2004, 364(9428): 95-100.
- [51] Republic of Rwanda Ministry of Finance and Economic Planning, and Ministry of Health. Scaling up to achieve the health MDGs in Rwanda[R]. Kigali: Ministry of Finance and Economic Planning Republic of Rwanda, Ministry of Health Republic of Rwanda, 2006.
- [52] Naimoli J F. Global health partnerships in practice: taking stock of the GAVI Alliance's new investment in health systems strengthening [J]. *International Journal of Health Planning and Management*, 2009, 24(1): 3-25.
- [53] WHO, UNICEF. Primary Health Care [R]. Geneva: World Health Organization, 1978.
- [54] Rifkin S B, Walt G. Why health improves: defining the issues concerning 'comprehensive primary health care' and 'selective primary health care' [J]. *Social Science & Medicine*, 1986, 23(6): 559-566.
- [55] Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care [J]. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(11): 1864-1874.
- [56] World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health[M]. New York: Oxford University Press, 1993.
- [57] Peters D, Chao S. The sector-wide approach in health: What is it? Where is it leading? [J]. *International Journal of Health Planning and Management*, 1998, 13(2): 177-190.
- [58] Cassels A, Janovsky K. Better health in developing countries: are sector-wide approaches the way of the future? [J]. *The Lancet*, 1998, 352(9142): 1777-1779.
- [59] Alliance for Health Policy and Systems Research. Strengthening Health Systems; The Role and Promise of Policy and Systems Research[R]. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research, 2004.
- [60] Bennett S, Adam T, Zarowsky C, et al. From Mexico to Mali: progress in health policy and systems research[J]. *The Lancet*, 2008, 372(9649): 1571-1578.
- [61] Bennett S, Agyepong I A, Sheikh K, et al. Building the field of health policy and systems research: an agenda for action[J]. *PLoS Med*, 2011, 8(8): e1001081.
- [62] Gilson L, Hanson K, Sheikh K, et al. Building the Field of Health Policy and Systems Research: Social Science Matters[J]. *PLoS Med*, 2011, 8(8): e1001079.
- [63] Sheikh K, Gilson L, Agyepong I A, et al. Building the field of health policy and systems research: framing the questions[J]. *PLoS Med*, 2011, 8(8): e1001073.
- [64] Fukuda-Parr S, Hulme D. International norm dynamics and the 'end of poverty': understanding the Millennium Development Goals[J]. *Global Governance*, 2011, 17: 17-36.
- [65] Wagstaff A, Claeson M. The Millenium Development Goals for Health: Rising to the challenges [R]. Washington, DC: The World Bank, 2004.
- [66] Fay M, Leipziger D, Wodon Q, et al. Achieving child-healthrelated Millennium Development Goals: the role of infrastructure [J]. *World Development*, 2005, 33(8): 1267-1284.
- [67] WHO. Health and the Millennium Development Goals [R]. Geneva: World Health Organization, 2005.
- [68] Countdown Coverage Writing Group. Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: the 2008 report on tracking coverage of interventions [J]. *The Lancet*, 2008, 371(9620): 1247-1258.
- [69] High-Level Forum on the Health Millennium Development Goals. Overview of Progress Towards Meeting the Health MDGS[R]. Geneva: High-Level Forum on the Health Millennium Development Goals, 2004.
- [70] Task Force on Health Systems Research. Informed choices for attaining the Millennium Development Goals: towards an international cooperative agenda for health-systems research[J]. *The Lancet*, 2004, 364(9438): 997-1003.
- [71] Travis P, Bennett S, Haines A, et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals[J]. *The Lancet*, 2004, 364(9437): 900-906.
- [72] High-Level Forum on the Health Millennium Development Goals. Best Practice Principles for Global Health Partnership Activities at Country Level[R]. Geneva: High-Level Forum on the Health Millennium Development Goals, 2005.

- [73] Glassman A, Savedoff W. The Health Systems Funding Platform: Resolving Tensions Between the Aids and Development Effectiveness Agenda[R]. Washington, DC: Center for Global Development, 2011.
- [74] Biesma R, Brugha R, Harmer A, et al. The effects of global health initiatives on country health systems: a review of the evidence from HIV/AIDS control[J]. Health Policy and Planning, 2009, 24(4): 239-252.
- [75] Fryatt R, Mills A, Nordstrom A. Financing of health systems to achieve the health Millennium Development Goals in low-income countries [J]. The Lancet, 2010, 375(9712): 419-426.
- [76] The Lancet. The state of health research worldwide[J]. The Lancet, 2008, 372(9649): 1519.
- [77] The Lancet. The Mexico Statement: strengthening health systems[J]. The Lancet, 2004, 364(9449): 1911-1912.
- [78] WHO Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems[J]. The Lancet, 2009, 373(9681): 2137-2169.
- [79] Shakarishvili G, Atun R, Berman P, et al. Converging health systems frameworks: towards a concepts-to-actions roadmap for health systems strengthening in low-and middle-income countries [J]. Global Health Governance, 2010, 3(2):1-17.

[收稿日期:2013-04-20 修回日期:2013-06-08]

(编辑 赵晓娟)

· 信息动态 ·

《中国卫生政策研究》杂志入选中国科学引文数据库(CSCD)来源期刊

近日,中国科学院文献情报中心公布了2013—2014年度中国科学引文数据库(Chinese Science Citation Database, CSCD)来源期刊。经过定量遴选、学科专家评审和遴选委员会评议,《中国卫生政策研究》杂志被收录为中国科学引文数据库(CSCD)来源期刊,这是我国医药卫生管理类期刊首次进入该数据库。

CSCD来源期刊每两年遴选一次,依据文献计量学的理论和方法,通过定量与定性相结合进行综合评审,2013—2014年度共收录来源期刊1143种,其中中国出版的英文期刊126种,中文期刊1017种。CSCD是我国第一个引文数据库和ISI Web of Knowledge平台上第一个非英文语种的数据库,也是中国科学院院士入选、教育部长江学者入选、教育部学科

评估和国家自然科学基金委杰出青年基金的指定查询库。

《中国卫生政策研究》杂志创刊以来,贯彻“传播政策、研究政策、服务决策”的办刊理念,在各位编委、审稿专家、作者和读者的指导帮助下,学术质量迅速提升,本次入选CSCD来源期刊,是继2011年进入中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊)和2012年清华大学《中国学术期刊影响因子年报》公布的杂志影响因子(1.587)在医药卫生管理类期刊中排名第一后的又一新的突破。今后,杂志将以更加科学、前瞻的视角,更紧密地围绕卫生改革发展的重点、热点和难点,深入传播医药卫生政策,分享研究成果,为我国卫生政策研究和卫生改革发展贡献新的力量。