

# 国际卫生机构的停滞与变革:基于制度理论的效应分析

Eduardo J. Gómez\*

美国罗格斯大学公共政策与管理系 美国肯顿 NJ 08102

**【摘要】**近期人们普遍关注国际卫生机构适应全球卫生环境变化和各国需求的能力,但很少研究采用路径依赖和制度变迁等制度理论来分析世界卫生组织与抗击艾滋病、结核病和疟疾的全球基金为何没有很好地适应这一变化,而世界银行和联合国艾滋病规划署却可以很好地完成转变。本文认为这些制度理论可以帮助我们更好地理解国际卫生机构在适应国际环境变化方面存在的差异,同时提出了当前政策研究和分析的一些新领域。

**【关键词】**制度理论;国际卫生机构;机构与卫生政策改革

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2014.02.005

## Exploring the utility of institutional theory in analysing international health agency stasis and change

Eduardo J. Gómez

Department of Public Policy and Administration, Rutgers University, Camden NJ 08102, USA

**【Abstract】** Of recent interest is the capacity of international health agencies to adapt to changes in the global health environment and country needs. Yet, little is known about the potential benefits of using social science institutional theory, such as path dependency and institutional change theory, to explain why some international agencies, such as the WHO and the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, fail to adapt, whereas others, such as the World Bank and UNAIDS, have. This article suggests that these institutional theories can help to better understand these differences in international agency adaptive capacity, while highlighting new areas of policy research and analysis.

**【Key words】** Institutional theory; International health agencies; Agency and health policy reform

国际卫生机构如何更高效地完成变革一直是人们关注的热点。已有研究表明,世界卫生组织(WHO),抗击艾滋病、结核病和疟疾全球基金(The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)和联合国艾滋病规划署(UNAIDS)未能实现这一目标。<sup>[1-4]</sup>然而,在试图理解为什么会发生这种情况时,研究者并没有探索使用制度理论以更好地阐释转变的方式和程度。

本文采用路径依赖和制度变迁理论并选择国际卫生机构进行案例研究,以检验这些理论是否有助于更好地理解世界卫生组织和全球基金为何未能改革自身的官僚体制和政策以应对全球卫生挑战和各

国需求,而世界银行和联合国艾滋病规划署却相对比较成功。

有研究发现,制度理论具有明显优势。与更加关注个人职业稳定性、财政资源约束和机构领导力的理论相比,路径依赖更倾向于研究政策历史性因素和形成个人政策信仰及兴趣的经验,并以此阐释改革遇到的阻力。与上述三种研究相比,路径依赖能够提供一个更具说服力的长期性解释,而上述三种研究所做出的解释是静态的,即不能解决历史决策及其持续性的后果影响。针对世界卫生组织和全球基金的案例研究则会具体说明路径依赖的实用性。此外,制度变迁理论鼓励学者超越国际卫生机

\* 作者简介: Eduardo J. Gómez, 男, 博士, 助理教授, 主要研究方向为国际发展与新兴经济。E-mail: edgomez@gmail.com  
本文英文原文参见 Health Policy and Planning, 2013, 28(7): 769-777, doi: 10.1093/heapol/czs117, 略有删减。

构内部的框架去理解改革。与关注机构本身内在条件相比,制度变迁理论将外在条件和内在条件相结合,并认为二者均是导致机构发生转变的可能性因素。针对世界银行和联合国艾滋病规划署的案例研究会具体说明这一理论的实用性。

## 1 研究方法

运用路径依赖和制度变迁理论进行案例研究,以证实这两种理论的实用性。根据“分析性叙述法(analytical narratives)”,本文旨在基于已知的因变量价值进行案例选择,以说明一种理论分析的复杂性和实用性,并解释复杂因果过程的潜在价值。<sup>[5]</sup>

本文的资料主要来源于期刊论文、报刊文章、政策报告以及各种书籍;同时,基于作者对国际卫生机构转变能力和政策结果的了解,本文选择世界卫生组织、全球基金、世界银行和联合国艾滋病规划署作为研究案例。这种针对因变量的选择旨在通过制度理论的应用提出新的问题并进行分析,同时对这些案例进行具体讨论。

## 2 针对国际卫生机构停滞与变革的重新评估

针对国际卫生机构官僚体制和政策变革能力的研究通常关注这些机构为何无法实现变革。其中有研究关注的是如何对个人职业稳定造成威胁,从而导致员工对威胁自身职业的政策产生恐惧和抵抗。<sup>[6-7]</sup>基于 20 世纪 90 年代世界卫生组织的表现,这一研究认为,裁员和问责制等变革措施,虽然可能会提高机构效率,但会遭到失业者的抵抗。<sup>[6-9]</sup>此外,由此产生的恐惧感也会使员工与管理层之间产生摩擦,从而阻碍政策执行<sup>[8]</sup>,而另一方面也会激励员工寻求更有安全感的工作岗位,导致机构的专业人才减少<sup>[7]</sup>。

另有研究强调财政资源约束影响了国际卫生机构政策的执行力。当机构无法获取足够的资金支持时会出现以下几个后果:(1)机构没有能力为现有政策的推行或新政策的制定提供足够的资金支持<sup>[10-11]</sup>; (2)机构通常会被迫采取不受欢迎的裁员等措施来平衡预算,从而导致大批员工离职<sup>[6,12]</sup>,最终机构由于缺乏制定新政策的人才而不得不维持现状<sup>[13-14]</sup>。

其他研究强调机构领导力的重要性。高效领导力(如世界卫生组织的总干事团队)对于机构实现其目标具有重要作用。<sup>[15-16]</sup>其中,领导者设定政策议程

并与他人合作执行该政策的能力是机构领导力比较重要的组成部分。因此,领导者必须要与其他人员密切合作,以确保他们能够参与整个决策过程,体现他们的利益并获得他们的支持。<sup>[9,15]</sup>

然而,上述研究强调国际卫生机构改革过程中所遇到的阻力,忽视了制度理论分析的优势。如路径依赖观点从历史发展的角度阐释国际卫生机构内部的决策者不能实现自身变革的原因<sup>[17-20]</sup>,认为早期政策抉择时确立的制度或政策,会通过不同的政策进程得到补充和强化,这些进程包括个人的认知信仰和合法性,以及持续进行的资源投入与政策联盟<sup>[18-20]</sup>。

与上述诸多理论相比,路径依赖领域的专家认为,决策者的认知信仰对于解释一个机构的改革不力至关重要。<sup>[19-20]</sup>信仰是制度或政策选择的基本变量,个人认知的约束性很容易导致改革不力,而凭借对当前制度或政策合法性的信任,以及对知识和政策的继承,从而导致低效率制度和政策一直存在。<sup>[17-18, 21]</sup>

然而,决策的排序也至关重要。<sup>[19-20, 22]</sup>当制度成功面对首次危机并以政策成功执行作为应对时,这一制度具有显著的优越性。<sup>[20]</sup>因此,当其他制度遇到类似情况时,初期的应对者不仅已经建立了支持性的政策联盟,而且拥有了更多的经验和专业知识。<sup>[20]</sup>此外,初期的政策抉择会建立自我强化的支持性联盟,因而有助于巩固初期的政策;即使后期有看似更加高效的政策方案出现,这些联盟受益者也会加以抵抗,依然选择支持能够为他们带来利益的初期政策。<sup>[20]</sup>因此,早期决策将一种政策“锁定”在了一个特定的路径上,因为这些政策所带来的利益会让其支持者受益,所以难以改变。<sup>[19-20]</sup>

与上述几种研究相比,路径依赖之所以更具优势,一是路径依赖可以解释个人政策信仰和利益的起始和发展,这些一般由历史性政策经验和知识所形成。相比之下,上述研究似乎认为政策信仰和策略是在危机情况下产生的,没有对政策历史和扶持联盟作出分析。二是路径依赖可以更加全面的解释个人一再反对改革的原因。上述研究只是提供了一个静态解释——即时的决策和后果。三是路径依赖要求研究者将所有涉及及改革过程的个人信仰、利益和反应考虑在内。相比之下,上述研究只重点考虑机构领导者的信仰和利益,未考虑普通员工。

### 3 制度变迁

国际卫生机构最终还是热衷于改革。上述研究的焦点通常是分析组织引进卫生政策的有利条件:管理者不断动员职工进行改革或基于政策变革相关的“社会动力(social dynamics)”。<sup>[23-24]</sup>同时,也有研究认为领导者的视角和管理义务对于改革十分必要。<sup>[25]</sup>

然而,上述研究没有意识到,对制度变迁过程的讨论可能会有助于更好地理解这些变革。世界银行和联合国艾滋病规划署的案例说明,制度变迁理论存在一些分析优势。首先,制度变迁理论的应用揭示了官僚体制和政策改革并不完全是一个内在过程。相反,外在条件和内在变化同样重要,而这一过程通常通过国际卫生机构与其他国际卫生参与者的相互作用展开。其次,制度变迁理论的应用强调变迁过程的特定参与者以及他们如何与不断变化的国际环境和利益群体相互博弈。

然而,这并不能说明其他学者没有解决这一问题。Burci 的著作强调了国际压力的重要性,以及领导者如何在不正式改变其体制的情况下实现改革。<sup>[26]</sup>Chorev 阐释了世界银行如何向世界卫生组织施压推出新的处罚措施以增强组织效率,而布伦特兰总干事(Gro Brundtland)如何尝试吸收其中的一些措施。<sup>[23]</sup>

然而,这些研究并没有说明机构内部个人如何利用外界压力辅助自己事业的发展,也没有对机构转变过程中涉及的所有参与者进行分析,而他们往往是改革的主要支持者。<sup>[27]</sup>

因此,本文采用制度变迁理论来分析和阐释这一过程。举例来说,如制度“转换(conversion)”和“置换(displacement)”理论认为,机构内部的中层员工,会逐步建立自己在机构外部的联盟,以增强自己在改革过程中的合法性和影响力。<sup>[27]</sup>这一现象在国际层面上尤其突出,由于国际卫生参与者会对卫生政策改革者施加压力和影响<sup>[28]</sup>,因此,机构改革者需要相当数量的机构和人员来增强自己的影响力。

### 4 国际卫生机构的路径依赖

路径依赖的几个概念可用来解释为何某些制度和政策无法产生更高效率。这些概念包括合法性(legitimacy)和学习(learning)、收益递增(increasing returns)、权力(power)和协调性(co-ordination)。

#### 4.1 合法性和学习

认知约束涉及的是某个制度或政策设计者的个人信仰和兴趣。这些约束通常与“合法性”和“学习”两个方面有关系。“合法性”的表现形式是个人偏好于继承前期的政策,并认为是最合理的政策。<sup>[18,21]</sup>随着时间的推移,个人依然反对新制度或新政策设计而继续支持原有的政策,并认为这些政策尽管已经效率低下,但仍然广受欢迎。

当个人投入了大量的时间来理解一种特定的官僚体制或政策时,即为“学习”,此时个人积累了一定的经验和知识,并希望得到继承和发扬<sup>[17]</sup>,而由于对个人进行再教育的成本太高,从而导致引进新政策的努力被忽视。同时,个人也不愿意去学习新的东西,低效率的制度和政策从而被保留下来。<sup>[19]</sup>

对世界卫生组织的评估就很好地阐释了“合法性”和“学习”是如何阻碍改革的。世界卫生组织的组织结构和文化更倾向于流行病学分析和干预的技术性方法,最终束缚了其有效应对艾滋病的能力。<sup>[1]</sup>应对艾滋病不仅需要严谨的技术方法,还需要针对预防政策进行社会分析和政治分析。<sup>[1]</sup>个人“学习”是持续进行的,世界卫生组织的领导者和员工在接受了相关培训后,再将知识传递给其他人,从而难以改变原有的政策。<sup>[1]</sup>

20世纪90年代,尽管世界卫生组织曾对组织的领导力进行过改革,但政策“合法性”和“学习”依然阻碍着世界卫生组织的政策变革。有学者认为,1998年布伦特兰总干事的到来是世界卫生组织战略的一个转折点。<sup>[2,29]</sup>布伦特兰关注的焦点是创造一个富有效率性的世界卫生组织,同时加强与私营部门、世界卫生组织各国家办事处之间的合作伙伴关系。<sup>[2]</sup>然而,员工非常抗拒她的改革,并认为当前的政策是最合理的。

同样,继任总干事李钟郁(Lee Jong-Wook)也组织了一支队伍进行改革,如开展工作轮换以及使各国家办事处资源更加透明化和分散化,这些措施都利于提高组织效率并更好的满足各国需求。然而研究发现,世界卫生组织最终并没有做出会采纳这些政策的组织承诺:中低层员工依然支持传统的政策,并不愿意支持他的改革。<sup>[11]</sup>

新政策是否会威胁个人职业的稳定,相关研究证实了上述观点。由于员工惧怕失去工作,布伦特兰通过裁员及提高透明度和责任感来提高组织效率的努力遭到了员工们的坚决反对<sup>[11,30]</sup>,甚至质疑她

改革的动机<sup>[9]</sup>。尽管对个人职业稳定性造成威胁的说法可能有助于阐释政策执行阻力,但这是一种静态分析,并不能阐释个人反对政策改革的“持久性”诱因和信仰。原则上,一旦个人的职位得以保存,这种反对就会减弱。但在布伦特兰裁员行动中得以幸免的员工仍继续反对改革,并且在陈冯富珍(Margaret Chan)总干事进行政策调整时表现的并不积极<sup>[31]</sup>,因此还需要员工考核和增强责任感等一些额外的改革措施。

此外,还有研究认为资金有限才是问题的关键,世界卫生组织自身并没有用于政策执行的资金。20世纪90年代以来,世界卫生组织一直面临财政危机,依靠成员国的筹资也在逐渐减少<sup>[9,12]</sup>,这无疑会减少研究经费和员工工资收入。人力资源费用约占世界卫生组织经费预算的50%<sup>[31]</sup>,为保证干事们的费用,布伦特兰实施了强制裁员,并将员工的长期任命制改为短期任命制<sup>[14,33]</sup>,从而出现大批员工离开世界卫生组织去寻求更加安全和有利可图的职位<sup>[12,14]</sup>,导致组织内部有能力开展政策研究、设计和提供技术援助的人才数量减少<sup>[14-15]</sup>,并使人才招聘变得极其复杂化<sup>[30,34]</sup>。此外,世界卫生组织最近也一直缺乏开展研究和评估等传统工作所需的资金。<sup>[9,14]</sup>然而,这一研究也存在局限性。一是其阐释是静态的,关注的是机构的即时财政问题、政策决定和后果,并没有考虑到员工所具有的持久性信仰和动机。二是这一研究方法的分析单位约束在组织干事们的决定上,而非普通员工,而基层员工是政策真正的执行者。

目前也有证据支持机构领导力的理论。尽管总干事布伦特兰、李钟郁、努德斯特伦和陈冯富珍在设定政策议程方面极具效率<sup>[13,35]</sup>,但始终未能做到与员工共同协商合作来推进政策执行<sup>[9,31]</sup>。总干事的决策过程依然是“高高在上”,而不是从员工角度来看待问题<sup>[9,31]</sup>。自布伦特兰以来,世界卫生组织的总干事们一直没有承诺解决上述问题<sup>[8-9]</sup>,员工缺乏信任和支持诸多政策的动力。因此,虽然实现了议程的设置,但却缺乏政策执行的高效领导力。<sup>[9]</sup>有学者认为陈冯富珍解决了这些问题,但她其实并没有能力实现这一政策目标。<sup>[9,32]</sup>关注机构领导力的研究虽然阐释了领导者的改革为何得不到支持,但也忽视了机构员工在政策执行过程中的重要作用。除讨论了员工对自上而下决策的焦虑外,并没有提及负责政策执行的员工所抱有的持久性信仰和兴趣以

及这些信仰是如何在政策历史中形成的。<sup>[9]</sup>虽然可以消除员工对“高高在上”领导风格的不屑,但他们对世界卫生组织原有政策的信仰会一直延续下去。<sup>[9,31]</sup>

## 4.2 收益递增

资源约束不同于认知约束,因为资源约束通常涉及的是物质资源,如资金和基础设施建设。收益递增可以代表这样一个过程:由于高额的初期投资,政策执行者仍然致力于低效率的制度或政策设计,即“锁定”在制度路径当中,但最终发现已经在一种制度或政策上投入太多,无论是财政或是政治方面都已付出较高代价,从而拒绝改变这一制度或政策。<sup>[19-20,36]</sup>

收益递增或许有助于分析全球基金为何一直无法完全采用对角线式(a diagonal approach)筹资,即将卫生体系加强的水平筹资与各类疾病的垂直筹资相结合。全球基金自2001年成立以来,一直承诺针对艾滋病、结核病和疟疾基金项目采用垂直筹资方式<sup>[37-38]</sup>,投入了大量的人员培训费用<sup>[39-41]</sup>。2004年投资者开始对卫生体系感兴趣,2007年全球基金董事会接受了有关卫生体系的建议<sup>[39-41]</sup>,但至今为止都没有正式转向对角线式筹资<sup>[37]</sup>。事实上,2006年之后,卫生体系加强并没有作为一个单独的类别被付诸实施。

由于全球基金初期的高额投资是基于一种垂直手段,因此是否采取对角线式筹资,董事会和员工已经出现意见分裂。<sup>[38-39,42]</sup>初步达成的共识是卫生体系的筹资应由全球基金的合作伙伴来推进,如世界卫生组织和联合国艾滋病规划署。也有学者认为采取对角线式方法也是可能的,但前提是捐款方(全球基金)和受助方政府愿意长久地放弃常规方法(垂直筹资)。<sup>[37]</sup>此外,董事会内部一直在考虑是否调整全球基金卫生体系加强的目标及其指导方针。

然而,全球基金最终决定尝试采用对角线式筹资。<sup>[40-43]</sup>2008年董事会允许卫生体系加强行动,然而这只是针对某一特定疾病“分散化”的卫生体系加强。2009年董事会批准了一项名为“国家战略应用(National Strategy Applications, NSAs)”的筹资倡议,旨在将基金资助与卫生体系加强的国家民族战略结合在一起。34项建议中有17项获得批准。2010年,11项跨领域的卫生体系加强行动建议通过了8项,董事会还宣布将在2011年单独实施卫生体系加强

行动。<sup>[40]</sup>

全球基金于2009年加入了全球疫苗免疫联盟,这是由世界卫生组织和世界银行共同创立的一个崭新的卫生体系筹资平台。通过这一平台,捐款方提供直接的资金支持,并以可预见的方式长期支持卫生体系加强。此平台以国家为导向,一起评议商定国家计划,是专门为满足政府需求而设立的。<sup>[44]</sup>这体现出董事会对对角线式筹资的承诺,但分析发现依然存在一些问题。首先,2009年的“国家战略应用”重点支持某些疾病的卫生体系加强。其次,研究人员发现董事会对于是否采取对角线式筹资仍然存在矛盾心理,导致其他人认为董事会并不会“始终如一”的坚持这条道路。<sup>[40,42]</sup>一些研究者认为全球基金初期过度进行垂直筹资,导致后来很仓促的与卫生体系加强相衔接,这就意味着全球基金并不想采取对角线式筹资,也是董事会内部一直存在分歧的原因。<sup>[40]</sup>

平台方面也对全球基金的承诺存在质疑。一是董事会无法保证2011年卫生体系加强的筹资,目前主要还是为了迎合这一平台对卫生体系加强的要求。<sup>[45]</sup>二是全球疫苗免疫联盟与全球基金的联合筹资将会让这种选择更加困难,除非全球基金和全球疫苗免疫联盟一样,可以转向连续评估,而非一年一次评估。但由于董事会内部仍然存在对卫生体系加强意义的争议,因此发生这种转换的可能性很小。<sup>[46]</sup>所有这些争议强调的是对角线式筹资的政策利益,这是一个持久性问题,该争议削弱了董事会对该平台承诺。<sup>[42]</sup>

因此,尽管有证据表明全球基金加强了对对角线式筹资的承诺,但几乎无法让人相信其会完全履行这样的承诺。事实上,近期经费预算显示,过去9年内采取对角线式筹资的金额只有8600万美元(占全部资金总额的0.006%),并且只应用于8个国家。<sup>[47]</sup>

正如在讨论个人职业稳定性时所提及的,全球基金的员工已经接受了大量的垂直筹资项目的培训,惧怕向对角线式筹资的转换会威胁到他们的职业前景,这可能是导致全球基金难以履行承诺的一个重要原因。也有证据表明,秘书处大约拥有600名员工<sup>[48]</sup>,其中约50%签订的是短期劳动合同<sup>[49]</sup>,必须彼此竞争才能获得长期工作岗位,从而在员工中间形成了恐惧感和低落士气氛围。<sup>[48-49]</sup>害怕失去工作的不安全感影响了员工的积极性和工作表现,

甚至导致许多人因此离职。在这一背景下,员工们会害怕自己给董事会和高级官员带来困扰,尤其是那些并没有完全下定决心接受对角线式筹资的员工,最后导致员工们并不完全支持这一方法。

全球基金之所以无法完全向对角线式筹资转换也可能源于资金有限。截至2003年,每年从成员国和私营部门筹集的资金已经无法保证项目正常运行。董事会虽然在2007年已经同意采取对角线式筹资,但支持力度已经随着董事会预算收入的较少而逐渐衰弱。<sup>[39,47]</sup>此外由于财务状况不断恶化,不但未吸引到新的员工,而且导致原有人才资源的流失。<sup>[48]</sup>

较差的机构领导力也是国际卫生机构未能实现改革的重要原因之一。尽管董事会有能力设置对角线式筹资的议程,但并没有与员工协作执行这项政策。秘书处办公室开展的调查显示,员工认为自己的意见一再被忽视,并且认为秘书处已经过于等级化,在未得到员工任何反馈的情况下就可以自行完成政策决定,造成秘书处缺乏内部信任感,也导致员工在执行政策时缺少士气和热情。<sup>[41,48]</sup>

然而,本研究存在局限性。无论是个人职业稳定性还是财政资源约束,都只是一种静态的分析视角。尽管许多短期合同制员工还依然留在自己的工作岗位上,但始终表现得不愿意支持对角线式筹资。<sup>[40,46]</sup>因此,个人职业稳定性的视角似乎并不能完全理解员工的持久性政策信仰和反应,以及某个优先政策会如何持续影响员工们的想法;财政约束分析也不能解决员工持续反对改革的原因;聚焦于财政资源约束的研究可以阐释董事会无力推进深层改革的原因及其员工受到的负面影响,但却无法参透员工的持久性认知观念和信仰以及他们不愿执行政策的原因;机构领导力视角阐释了全球基金较差的领导力所带来的后果,并没有讨论就负责执行政策的员工观念和信仰。因此,仅仅关注机构领导力并不足以阐释政策改革,一个相对完整的阐释需要对机构员工的信仰和支持改革的动机进行分析。<sup>[15]</sup>

## 5 国际卫生机构的内部变革

制度变迁理论包括以下几个过程:转换(conversion)、置换(displacement)、分层(layering)和去合法性(de-legitimization)。由于篇幅有限,本文仅就制度“转换”和“置换”进行案例研究。

制度“转换”发生在当改革者为重复利用现有官

僚制度规则而排斥新政策之时。为了应对外部压力,制度内边缘化的人群开始寻求改革,并质疑追求低效率政策的动机。在这种情况下,改革者与支持自己的外部人员共同协作,增强了新政策的合法性,不仅控制了机构,也实现了新政策目标。<sup>[22]</sup>

有关制度“转换”,世界银行的逐步转变就是一个很好的例子。20 世纪 50 年代,联合国内部的共识依然是强调解决日益严重的贫困、福利和不平等问题。世界卫生组织与联合国教科文组织向世界银行施压,强迫其对这些问题做出反应。<sup>[50-51]</sup> 尽管世界银行董事会对此排斥,认为这些内容并不属于银行最初目标,但银行内部人员有着不同看法。国际开发协会(International Development Association, IDA)(一家由世界银行管理的基金机构,主要面对低收入国家)<sup>[52]</sup>的内部员工将卫生和教育筹资项目看作是消灭贫穷和发展经济的重要手段<sup>[50]</sup>。在向董事会施压对这些项目进行投资的过程中,国际开发协会的人员开始意识到,与世界卫生组织和联合国教科文组织建立联盟与开展合作的时机已经到来。<sup>[50]</sup> 通过与这些机构协作,国际开发协会的改革者们借助世界卫生组织和联合国教科文组织的影响力,成功将协会的政策理念合法化并增强了自己的影响力。<sup>[52]</sup> 此外,通过将联合国所重视的行动付诸实践,国际开发协会会员员工使世界银行不再单纯关注经济领域。20 世纪 60 年代初,研究人员发现国际开发协会成功实现了自己的目标,即逐步将世界银行的关注重点从经济重建转变到将经济重建与解决贫困问题和实现社会福利相结合。<sup>[52]</sup> 世界银行的这种转变先于银行主席意识到贫困和社会福利政策的必要性。因此,学者们将世界银行的这种成功转变归因于国际开发协会及其改革战略。<sup>[50,52]</sup>

制度“置换”则是用新的官僚体制和政策程序取代旧的官僚体制和政策程序。这是一个循序渐进的过程,但改革者们往往力求速战速决。新的官僚体制和政策体现的是新的政策视角,一般来讲,这个过程发生在个人大胆寻求改革且试图改变政治环境(如政府职能转变)或国内外团体已经怀疑现有制度之时。<sup>[21,27]</sup> 联合国艾滋病规划署自 2005 年以来的转变正是政策“置换”过程的最好例证。这次改革规划署官员采用新的制度和政策取代了旧的官僚体制和政策。研究认为,联合国艾滋病规划署的转变正是国际环境发展的产物,而不是财政资源和领导力转变的结果:国际制度正趋于路径依赖,并且只有外部

诱因才可能鼓励他们选择改革。<sup>[3]</sup>

自 1994 年成立以来,国际捐款方、非政府组织和各国政府普遍认为联合国艾滋病规划署无力对逐渐恶化的艾滋病状况做出反应,其原因包括构建坚固的合作伙伴关系的能力缺乏、人力资源能力低下、优先政策与目标之间存在差异、管理队伍间不信任以及缺乏筹资能力和透明度。<sup>[3]</sup> 面对国际压力和前联合国秘书长科菲·安南推行行政改革的强制指令以及增强联合国机构间团结合作的众多协议,联合国艾滋病规划署秘书处在上述条件基础上利用自身优势成功推进了改革。2005 年以来,联合国艾滋病规划署推出了多项新官僚规则和政策,以实现规划署彻底转变的全面治理。引进以绩效为基础的管理和筹资工具、建立新的指导委员会增强机构间合作、政策执行时明确的职责分工以及力求实现财政和政策决策透明化是改革的重点内容。尽管这些改革措施有助于提高联合国艾滋病规划署的效率,但机构间的竞争性仍然存在,上述新程序的完全制度化还需要一定的时间。<sup>[3]</sup>

## 6 结论

本文提供的案例研究旨在说明路径依赖和制度变迁在阐释国际卫生机构应对卫生挑战和各国需求时的作用。与其他强调个人职业稳定性、财政资源约束和机构领导力的理论研究相比,路径依赖可以更深入的阐释某些机构为何无法推进改革。

尽管有证据支持以上三种理论研究,但从本质上讲,它们都属于静态解释,强调的是即时政策选择及其结果,却未能讨论所涉及的个人行为。此外,目前尚没有证据揭示个人信仰的历史政策起源和政策偏好,以及这二者如何持续影响个人反对改革;相反,路径依赖就“收益递增”、“学习”和“合法性”的讨论能够解释这一问题,同时还全面深入的分析了机构领导者和员工为何会反对改革。

在阐释国际卫生机构为何以及如何向更高效率方向转变的过程中,世界银行和联合国艾滋病规划署的案例说明制度变迁理论既强调了改革的外在资源,也强调了内在资源。上述研究所强调的技术能力、资源以及机构领导力不足都不能充分阐释机构的转变能力。相反,制度“转换”和“置换”理论揭示工作人员寻求国际联盟的支持通常是其成功的战略,如世界银行的国际开发协会与世界卫生组织和联合国教科文组织的共同协作,利用这些联盟影响

力和国际压力迫使机构利用现有筹资为新政策服务,如世界银行强调社会福利;联合国艾滋病规划署寻求新的官僚体制和政策。

然而,本文并没有解决如何将路径依赖和制度变迁理论相结合来阐释制度转变。正如“合法性”的认知机制会阻碍改革一样,“去合法性”可能会实现制度变迁。<sup>[27]</sup>学者们需要检验机构内部改革者利用国际环境转变去除低效政策合法性并实现改革的条件。同样未来的研究也需要重点关注促使领导者突然转变推进改革的条件。

探索制度理论的实用性以阐释国际卫生机构的行为,目前还属于新的研究领域。由于这些机构正经历持续性的全球经济衰退、组织挑战以及联合抵抗疾病,政治学者与卫生政策共同体团结协作、共同探索能够增强组织机构方法的时机已经到来。

### 参 考 文 献

[1] Peabody J. An organizational analysis of the World Health Organization: narrowing the gap between promise and performance[J]. *Social Science & Medicine*, 1995, 40(6): 731-742.

[2] Horton R. WHO: The causalities and compromises of renewal[J]. *The Lancet*, 2002, 359(9317): 1605-1611.

[3] Nay O. What drives reforms in international organizations? External pressure and bureaucratic entrepreneurs in the UN response to AIDS[J]. *Governance*, 2012, 24(4): 71-88.

[4] Sridhar D, Gostin L. Reforming the World Health Organization[J]. *JAMA*, 2011(35): 1585-1586.

[5] Bates R, Greif A, Levi M, et al. *Analytical Narratives* [M]. Princeton: Princeton University Press, 1998.

[6] Johnson T. *The World Health Organization*. Council on Foreign Relations, Background Report[R]. New York: Council on Foreign Relations, 2011.

[7] Oomman N. WHO's real and urgent crisis[N]. *The Huffington Post*, 2011-04-11.

[8] Yamey G. WHO's management: struggling to transform a 'fossilised bureaucracy' [J]. *British Medical Journal*, 2002, 325(7373): 1-10.

[9] Global Health Watch. *World Health Organization*[M]. London: Zed Books Press, 2012.

[10] Radelet S. *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: Progress, Potential, and Challenges for the Future*[R]. Washington, DC: Center for Global Development, 2004.

[11] Klamer P, Probst G, Soparnot R. Organizational change

capacity in public services: the case of the World Health Organization[J]. *Journal of Change Management*, 2008, 8(1): 57-72.

[12] Bloom B. WHO needs reform[J]. *Nature*, 2011, 473(7346): 143-145.

[13] Saez C. Chan; WHO embarking on most extensive reforms in its history[EB/OL]. [2013-05-01]. <http://www.ip-watch.org/about>

[14] Kamal-Yanni M. Actions to preserve WHO's core functions cannot wait for organizational reform[J]. *Lancet*, 2012, 379(9813): 309.

[15] Andresen S. *Leadership Change in the World Health Organization*[R]. Lysaker: Norway, 2002.

[16] Prah Ruger J. Global health governance and the World Bank[J]. *The Lancet*, 2007, 370(9597): 1-5.

[17] Rose R. Inheritance before choice in public policy[J]. *Journal of Theoretical Politics*, 1990, 26(1): 263-291.

[18] Mahoney J. Path dependence in historical sociology[J]. *Theory and Society*, 2000, 29(4): 507-548.

[19] Pierson P. Increasing returns, path dependence, and the study of politics[J]. *American Political Science Review*, 2000, 94(2): 251-267.

[20] Pierson P. Not just what, but when: timing and sequence in political processes[J]. *Studies in American Political Development*, 2000, 14(1): 72-92.

[21] Clemens E, Cook J. Politics and institutionalism[J]. *Annual Review of Sociology*, 1999, 25: 441-466.

[22] Thelen K. How institutions evolve [M]// Mahoney D, Rueschemeyer D (eds). *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*. New York: Cambridge University Press, 2003.

[23] Choev N. Restructuring neoliberalism at the World Health Organization[J]. *Review of International Political Economy*, 2012, 20(4): 1-40.

[24] Yeats S M. *Supporting People through Organizational Change*[R]. Canada: Royal Roads University, 2002.

[25] Garside P. Organizational context for quality: lessons from the fields of organizational development and change management[J]. *Quality in Health Care*, 1998, 7(suppl): s8-15.

[26] Burci G. Institutional adaptation without reform: WHO and the challenges of globalization[J]. *International Organizations Law Review*, 2005, 2: 437-443.

[27] Mahoney J, Thelen K. *Explaining Institutional Change* [M]. New York: Cambridge University Press, 2010.

[28] Fidler D. Health as foreign policy[J]. *The Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations*, 2005,

Summer/Fall; 179-94.

- [29] McCarthy M. What's going on at the World Health Organization? [J]. *The Lancet*, 360(9340): 1108-1110.
- [30] WHO. WHO Reform. Independent Evaluation Reform: Stage One[M]. Geneva: WHO Press, 2012.
- [31] WHO. WHO Reforms for a Health Future[M]. Geneva: WHO Press, 2011.
- [32] Bollyky T. Reinventing the World Health Organization. Council on Foreign Relations [EB/OL]. <http://www.cfr.org/international-organizations-and-alliances/reinventing-world-health-organization/p28346>
- [33] Johnson T. The World Health Organization. Council on Foreign Relations[R]. New York: Council on Foreign Relations, 2011.
- [34] WHO. Sixty-fifth World Health Assembly: Daily Notes on Proceedings[M]. Geneva: WHO Press, 2012.
- [35] Lerer L, Matzopoulos R. The worst of both worlds: the management reform of the World Health Organization[J]. *International Journal of Health Services*, 2001, 31(2): 415-438.
- [36] David P. Clio and the economics of QWERTY[J]. *American Economic Review*, 1985, 75(2): 332-337.
- [37] Ooms G, Van Damme W, Baker B, et al. The 'diagonal' approach to Global Fund financing: a cure for the broad malaise of health systems? [J]. *Globalization & Health*, 2008, 4: 1-7.
- [38] Marchal B, Cavalli A, Kegels G. Global health actors claim to support health system strengthening—is this reality or rhetoric? [J]. *PLoS Medicine*, 2009, 6(4): 1-5.
- [39] Steinlage M. The Institutionalization of the 'Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria'[D]. University of Brussels, 2010.
- [40] McCoy D, Bruen C, Hill P, et al. The Global Fund: What Next for Aid Effectiveness and Health Systems Strengthening? [R]. Washington DC: Aidspace, 2012.
- [41] Sherry J, Mookherji S, Ryan L. The Five-Year Evaluation of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria[M]. Bethesda, MD: Macro International Inc, 2009.
- [42] Hill P, Vermeiren P, Miti K, et al. The health systems funding platform [J]. *Globalization & Health*, 2011, 7: 1-10.
- [43] WHO. The Global Fund Strategic Approach to Health Systems Strengthening[M]. Geneva: WHO Press, 2007.
- [44] Global Fund. The HSFP Approach[M]. Geneva: Global Fund press, 2012.
- [45] Glassman A, Savedoff W. The Health Systems Funding Platform; Resolving Tensions between the Aid and Development Effectiveness Agenda[R]. Washington DC: Center for Global Development, 2011.
- [46] Schäferhoff M, Schrade C, Yamey G. The Health Systems Funding Platform-A Primer[R]. The Evidence to Policy Initiative, 2012.
- [47] Center for Global Development. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria[R]. Washington, DC: Center for Global Development, 2012.
- [48] Global Fund. Turning the Page from Emergency to Sustainability. Final Report of the High-Level Independent Review Panel on Fiduciary Controls and Oversight Mechanisms of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria [M]. Geneva: Global Fund Press, 2011.
- [49] Ryan L, Sarriot E, Bachrach P, et al. Evaluation of the Organizational Effectiveness and Efficiency of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria[M]. Bethesda, MD: Macro International Inc, 2007.
- [50] Webb R. Approaching the poor, 1959-1968[M]// Kapur D, Lewis J, Webb R (eds). *The World Bank: Its First Half Century*. Washington DC: Brookings Institution Press, 1997.
- [51] Prah Ruger J. Global health governance and the World Bank[J]. *The Lancet*, 2007, 370(9597): 1-5.
- [52] Mason E, Asher R. *The World Bank since Bretton Woods* [M]. Washington DC: Brookings Institution Press, 1973.

[收稿日期:2013-11-21 修回日期:2013-12-12]

(编辑 赵晓娟)