

中国卫生发展援助的理念与实践

王云屏^{1*} 梁文杰² 杨洪伟¹ 曹桂¹ 樊晓丹¹ 金楠¹ 王翾²

1. 国家卫生计生委卫生发展研究中心 北京 100191

2. 广西医科大学 广西南宁 530021

【摘要】新中国成立后中国卫生发展援助经历了三个发展阶段,形成了派遣援外医疗队、援建医疗卫生设施等援助形式。改革开放后,世界格局和国内的经济社会基础发生深刻变化;过去相对简单、分散的卫生援助模式对受援国卫生系统的影响有限;卫生援助管理体制分散,缺乏顶层设计,导致援助效果打折;在西方国家主导的国际规则体系下,中国的卫生制度模式、技术和产品的输出受到限制;与受援国日益增长的需求相比,我国开展卫生合作的能力有待提高。建议以“新大国观、新义利观”、“以人为本”的思想和“以援助促发展、以发展促合作、最终实现共同发展”的理念指导中国卫生发展援助;创新适应国内外经济社会发展的“立体式”援助模式;改革卫生援助管理体制,合理界定部门权责,加强信息共享与协调;将卫生发展援助与全球卫生治理结合起来,促进援助外溢效应最大化;发挥民间力量的作用,加强引导和监管。

【关键词】中国;卫生发展援助;理念;实践;创新

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2015.05.007

Ideology and practice of development assistance for health in China

WANG Yun-ping¹, LIANG Wen-jie², YANG Hong-wei¹, CAO Gui¹, FAN Xiao-dan¹, JIN Nan¹, WANG Xuan²

1. National Health Development Research Center, NHFPC, Beijing 100191, China

2. Guangxi Medical University, Nanning Guangxi 530021, China

【Abstract】 Since the establishment of the People's Republic of China, the development of China's official development assistance for health has been going through three phases. To date, it has developed in many forms, including the dispatch of medical team and the construction of health facilities. Since the market reforms, the global context together with the domestic socioeconomic foundations have changed; the impact of China's relatively simple and segmented development assistance for health on the development of health systems in developing countries is limited; the effectiveness of assistance has been watered-down due to segmentation and vague management and accountability systems, as well as the lack of an overarching strategy; China's health institutions, techniques and products suffer various obstacles in their transfer to other countries where rules are dominated by western countries; compared with the increasing and multiple demands of development assistance for health from developing countries, the capacities of cooperation need to be further developed. As the paper suggests, use the “new major-country” and “new morality-interest” and “human oriented” concepts, as well as the ideology of “aid in order to develop, develop in order to cooperate, so as to develop hand-in-hand” to guide China's development assistance for health; innovate stereo-aid models to adapt to the changed foreign and domestic socioeconomic context; reform the development assistance for health management system and define rights and obligations appropriately; strengthen coordination and information sharing; link development assistance for health with global health governance to promote a maximized spillover effect; mobilize the civil society with strengthened guidance and supervision.

【Key words】 China; Development assistance for health; Ideology; Practice; Innovation

* 基金项目:中英全球卫生项目

作者简介:王云屏,女(1981年—),博士,助理研究员,主要研究方向为全球卫生、医疗保障。E-mail: wangyp@nhei.cn

1 中国卫生发展援助的历史及指导理念

1.1 中国卫生发展援助的历史

中国卫生发展援助最早可以追溯到 20 世纪 50 年代初为越南和朝鲜提供药品和医疗物资援助,此后还通过国际红十字会先后为亚、非、拉美国家提供人道主义援助。1963 年中国响应阿尔及利亚政府发出的紧急医疗援助的呼吁,派出首支援外医疗队,从此拉开了中国政府有组织、大规模、持续性提供官方卫生援助的序幕。结合国内学者对中国国际援助发展阶段分期的观点^[1-3],根据援助的指导理念及卫生援助内容和形式的变化,本文认为中国卫生发展援助可以划分为以下三个阶段。

1.1.1 起步期和奠基期:新中国成立—1978 年

新中国成立后,为了打破西方国家的封锁,中国急需在外交上实现突破,建立国际统一战线,赢得更多的政治盟友来认同并支持自己的立场。^[4]此时一些非洲原殖民地国家正进行民族解放与国家独立运动,原宗主国大量医生以及医疗技术人员的撤离导致当地缺医少药。这一时期中国为这些国家提供了大量无偿的医疗物资援助,并派遣医疗队。截至 1978 年底,中国已向 30 个非洲国家派有医疗队,并援建了 6 所医院。^[5-6]

1.1.2 调整与发展期:1979—1999 年

随着我国改革开放政策的实施,经济建设成为政府工作的中心。此时,国际环境也发生深刻变化,随着中美建交、苏联解体和冷战结束,非洲内乱加剧。中国调整了外交战略,与西方关系日趋缓和,与一些亚非国家因台湾问题或边境摩擦,双边关系出现波折,提供的卫生援助也因此被迫中断。^[7]这一时期虽然受援国家增加,但援助规模下降且策略有所调整。如医疗队向更能发挥作用的大中城市转移、要求受援国适当分担部分费用、为中国医药工业“走出去”战略牵线搭桥等,以促进我国与受援方实现共同发展。截至 1999 年底,我国已向 44 个国家派遣医疗队,援建的医院、卫生中心、药厂、卫生学校等医疗卫生设施增至 22 所。^[5-6]

1.1.3 迅速拓展期:21 世纪初至今

此时世界趋于多极化,维护全球卫生安全、促进全球卫生发展成为全球卫生领域的两大主题。西方发达国家纷纷根据自身国家战略利益的需要、可承受能力和比较优势,调整其卫生援助策略。^[8]随着我国综合国力的不断上升,作为新兴国家的重要力量,

中国以更加积极、主动的姿态为全球提供更加切实的卫生援助。2000 年以来陆续建立了中非合作论坛、中国—东盟 10 + 1、大湄公河次区域等区域多边合作机制,通过中国政府提供的资金、技术援助,以改善和加强上述区域国家的卫生安全与发展。这标志着中国卫生发展援助进入新阶段,投入规模增长迅速,援助渠道更为广阔,参与主体更为多元,援助方式更为多样,涵盖了派遣援外医疗队、援建医疗卫生设施、捐赠医疗设备和药品、卫生人力资源开发合作、公共卫生援助、卫生相关的紧急人道主义援助、人口和生殖健康领域的南南合作等方式。

1.2 中西方卫生发展援助指导理念的发展及区别

卫生援助作为各国国际援助的重要组成部分,其指导理念受到一国国际援助总体指导理念的影响。从援助的动机和出发点而言,虽然人道主义和经济发展是援助国经常考虑的要素,但援助国政府最主要的动机在于政治和军事方面,以扩大本国的政治影响和维护国家安全。^[9]

20 世纪 50—60 年代,西方国家以资金援助为主要形式,帮助发展中国家提高储蓄率,促进其资本积累和实施工业化,以期改善受援国健康、教育等各种社会发展不平等问题。70 年代,第三世界国家并没有实现预期的经济增长,反而出现一系列严重的社会和经济问题,如失业、收入分配不公平,石油危机更是加剧了这些国家的贫困状况。在世界银行的推动下,减贫理论得到更多认同,国际社会转向增长与减贫并重的援助策略,投入重点从能源、交通和通讯等经济基础建设向农业、农村发展以及社会基础服务(卫生、教育、住房等)转移。^[10]卫生援助进入快速发展阶段,尤其是 1978 年国际初级卫生保健大会召开之后,大量的国际援助涌入卫生领域。80 年代,发展中国家的债务状况恶化,对援助产生了更大的依赖。这使得西方国家反思其援助策略,倡导自由市场和私有化的新自由主义思想成为主流,同时,内生增长理论兴起,强调发展中国家经济发展的源泉不是外部援助而是内生因素,如受援国的人力资本及制度设计等。在这些思想的指导下,无论是世界银行和国际货币基金组织推行的“结构调整方案”,还是发达国家的双边援助,都开始将民主、人权、自由市场等作为国际援助的前提条件,如受援国接受以财政支持为形式的资金,就必须实现自由市场,以此促进第三世界国家政治、经济和社会结构的调整。

90 年代以来,一些亚洲和拉美国家实现了经济发展,但仍有许多非洲国家停滞不前,甚至经济中的其他结构弱点和低效率都得到了强化,援助方将其归咎于受援国缺乏民主与善治。^[11]与此同时,国际社会对亚洲金融危机与东欧转型国家采取无条件实行资本与贸易自由化的休克疗法式的援助,在缺乏适当社会安全网的情况下,造成这些国家贫穷问题恶化,引起国际社会对援助限制条件的争议。^[12]在全球陷入“援助疲劳”时,健康、营养、教育的改善,信息及公共财富的取得,决策的参与等减贫策略又成为援助的主要议题。

中国卫生发展援助的动机更多的是政治性而非经济性,这一特征在改革开放前尤为明显。20 世纪 50—60 年代,中国国际援助的首要目标是维护国家安全,打破国际孤立,通过国际援助,支持反帝、反霸和民族解放运动。^[13]这导致在受援国的选择上具有很强的政治性,如凡是与台湾建立外交关系的国家,中国都未派遣或中断派遣医疗队。同时,在国内资本短缺、劳动力密集且廉价的情况下,为支援缺医少药的第三世界国家的政治解放与民族独立运动,中国的卫生发展援助从一开始就选择了以卫生人力输出为主而非直接给予资金援助。1964 年周恩来总理提出“国际经济技术援助的八项原则”^①,这是我国国际援助政策的理论化、系统化、方针化,推动了中非双边援助以及经贸往来的迅速发展。1978 年中国开始实行改革开放,在总结前一阶段经验教训的基础上,基于中国与广大发展中国家迫切需要摆脱落后、实现经济发展的这一共同愿望,我国提出了更加务实和灵活的中非经济技术合作四项原则^②。中国国际援助的政治和意识形态色彩逐步淡化,而共同发展经济、构建发展伙伴关系则成为重心,利益观从不求回报向互利共赢转变,彼此关系从互援互助向相互合作演进。^[14]进入 21 世纪后,包括卫生在内的民生相关基础设施和公共服务的援助在中国国际援助中的重要性增加,内容和形式更加丰富,投入力度逐步加大。60 多年来,中国的国际援助一直坚持政治上平等互信、经济上互利共赢、发展中互帮互助的精神要义,以及不干涉受援国内政、不附带任何政治条件的基本原则。中国的国际援助并不讳言利益,只是实现国家利益的方式并非向受援国强加任何政治附

加条件。新一届政府“新义利观”的提出,倡导在援助中弘义融利,以义为先,义利并举,互利共赢。这种援助的理念和思维超越了西方国家与发展中国家交往的模式,成为南南发展合作的新理论基石。

2 中国卫生发展援助的主要方式

2.1 派遣援外医疗队

截至 2012 年底,中国累计向 66 个国家和地区派遣援外医疗队员 2.3 万多人次,以三甲医院为主,为受援国诊治患者超过 2.6 亿人次。目前仍有 1 100 余名医疗队员在亚洲、非洲、欧洲、拉丁美洲、加勒比和大洋洲的 50 多个国家和地区开展援外医疗工作。^[5]

2.2 援建医院等基础设施

自 1970 年以来,中国以交钥匙的方式共为非洲援建了 200 多个医疗卫生设施的成套项目。尤其是在 2000 年中非合作论坛建立后,中国援建的成套项目包括综合性医院、流动医院、疟疾防治中心、专科诊疗中心、中医中心、卫生培训和研究中心、制药厂/车间和卫生学校等。^[6]

2.3 捐赠医疗设备和药品

20 世纪 50 年代起,中国开始为受援国提供药品物资援助。自 2006 年中非合作论坛北京峰会以来,中国为非洲国家提供了大量的医疗设备、药品和物资,包括多普勒彩超仪、CT 扫描仪、全自动生化仪、母婴监护仪、重要手术器械、重症监护检测仪、核磁共振仪等高端医疗设备,以及防治疟疾、霍乱等疾病的药品及医疗车(包括救护车)和医用电梯。^[15]

2.4 卫生人力资源开发合作

合作形式包括教育部的奖学金项目接受来华留学,商务部组织的卫生官员和技术人员来华研修、培训,援外医疗队为所在医院医务人员进行现场带教,中国专家赴非洲和大湄公河次区域国家开展抗疟和人感染高致病性禽流感培训等。2000 年中国设立“非洲人力资源开发基金”后,用于人力资源开发培训的援外支出增长近五倍。^[16-17]

2.5 公共卫生领域的援助

中国多次派专家赴缅甸、老挝、越南等国家,开展艾滋病、疟疾、结核病、登革热、鼠疫等疾病的联防联控项目,并在巴基斯坦、尼日利亚、坦桑尼亚和纳米

① 1964 年 1 月 15 日,周恩来出访加纳期间,通过新闻记者向全世界宣布了著名的“中国政府国际经济技术援助的八项原则”。

② 1983 年,中国政府提出了中国对非洲经济技术合作的“平等互利、讲求实效、形式多样、共同发展”四项原则。

比亚开展消除脊髓灰质炎项目;2007年以来在非洲科摩罗莫埃利岛实施青蒿素复方快速控制疟疾项目,实现疟疾零死亡。^[18]2014年中国先后为西非埃博拉疫区国家和国际组织提供7.5亿元的援助,并派出近1000名公共卫生和医疗技术专家赴疫区开展疫情防控、病毒检测和医疗救治,培训当地医护人员,为利比里亚援建治疗中心,参与非盟建设非洲疾病预防控制中心,帮助非洲国家建立健全公共卫生防控体系。^[19]

2.6 人口和生殖健康领域的南南合作

中国自1997年加入人口与发展南南合作伙伴组织以来,先后与巴基斯坦、泰国、印度尼西亚、埃及、肯尼亚等发展中国家在政策对话、经验分享、人员培训和产品技术交流等方面积极开展南南合作,并提供大量生殖健康产品和医疗设备,为70多个国家培训了500多名中高级政府管理人员和技术服务人员。^[20]

2.7 与卫生有关的紧急人道主义援助

2004年中国为印度洋海啸开展了国际援助历史上规模最大的紧急救援行动,提供价值7亿多元人民币的援助;2013年再次派出国家应急医疗队与“和平方舟号”医院船为菲律宾风灾提供紧急救援。此外,中国还向东南亚国家提供防治禽流感紧急技术援助,就几内亚比绍霍乱、厄瓜多尔登革热、墨西哥甲型H1N1流感、西非埃博拉疫情等提供物资或现汇紧急援助。^[21]

2.8 民间参与的卫生援助

中国政府鼓励以“官民结合”的方式积极开展多种形式的卫生援助。如中国先后派遣医疗队赴朝鲜、柬埔寨、孟加拉国、越南、巴基斯坦等亚洲国家以及津巴布韦、马拉维、莫桑比克、苏丹、喀麦隆、多哥、埃塞俄比亚等非洲国家开展“光明行”活动,为眼病患者提供免费治疗。此外,也派遣青年志愿者赴老挝等亚非国家开展了为期半年的医疗卫生志愿服务。^[22]中石油等一些大型企业的海外公司在苏丹等国也建立了医院诊所。^[23]

尽管目前没有官方发布的中国国际援助常规统计数据 and 评估结果,但中国政府向发展中国家提供的卫生援助历时最长、惠及国家和地区最多、成效最为显著。不仅治愈了大量常见病、多发病,挽救了许多急危重症患者的生命,为当地引入诸如心脏外科、肿瘤摘除、断肢再植、微创医学等高精尖医学临床技

术和针灸、推拿等中医疗法,传授传染病防治技术,还为发展中国家援建了一批医疗卫生基础设施,培养了大批医学和公共卫生人才,促进了双方传统医学文化的交流。

3 中国卫生发展援助面临的挑战

3.1 世界格局的深刻变化使卫生援助的复杂性增加

随着世界经济全球化和区域一体化深入推进,全球的能源资源版图、投资贸易格局以及全球治理结构发生了重大变化。传统援助国经济复苏缓慢,新兴经济体发展迅速,大国之间、传统援助国与新兴经济体之间竞争日趋激烈。卫生援助逐渐成为各国开展卫生外交,实现政治、经济利益的重要途径之一。在中国打造周边命运共同体、构建新型大国关系、扩大同发展中国家的合作、积极推进“一带一路”建设过程中,卫生援助及卫生合作必将在改善中国与世界人口的健康方面发挥重要作用。但中国政府在积极响应广大中低收入国家对华不断增长的卫生援助需求时,国内中西部地区还面临着卫生资源尤其是优质卫生资源不足的状况。同时,中国采取的不附加任何政治条件,以实物援助和技术援助为主的卫生援助模式一定程度上挑战了由传统援助国主导的国际援助格局,如何更好地发挥负责任大国的作用,提高中国的话语权、维护国家利益,是当前卫生援助急需化解的复杂问题。

3.2 卫生援助的经济社会基础发生新的变化,经济激励对个人的吸引力下降

随着国力的增长,我国投入到卫生援助中的资金也不断增加。2004—2009年,中国国际援助资金年均增长率为29.4%,卫生援助资金也增长迅速。^[15]根据美国AidData公布的数据计算得知,2003年以来中国卫生发展援助资金的年均增长率达到121%。但与此相反,针对援外人员的经济激励却在不断下降。与20世纪90年代相比,援外医疗人员的津补贴、出国工作的机会和各种优惠政策对医生们的吸引力下降。根据本研究对援外医疗人员的问卷调查,之所以选择出国执行援外医疗任务,主要是因为:丰富人生经历(38.6%)、救死扶伤的精神感召(26.1%)、职称晋升和培训的政策倾斜(13.6%)以及较高的收入待遇(5.7%)。前两项可以视为为了实现自我价值而选择加入援外医疗队。但理想与现实的各种巨大落差往往造成医疗人员心理上的“受

挫感”。如由于受援国医疗设备设施落后和药品缺乏,援外医疗人员的专业技能无法施展,更谈不上提高;当地医生允许在院外私人执业,从而推诿院内工作甚至转移病源,甚至因临床操作规范标准不一致造成援外医疗人员与当地医生之间产生矛盾;医疗人员基本生活保障、心理疏导关怀及回国后继续培训等方面的政策措施还不完善。

3.3 援助模式相对简单、分散,且对受援国卫生系统影响有限

目前中国卫生发展援助的主要方式是派遣援外医疗队,耗资最多的是援建医疗卫生机构。这些援助主要按照项目援助的方式进行管理,相互之间缺乏协调和衔接。如按照“交钥匙”的方式援建的医疗卫生成套项目,缺乏对援建医疗卫生机构功能定位、选址、结构布局和后续的正常运转所需的配套设施、设备及人才的综合考虑,导致援助的成套项目尤其是疟疾防治中心基本闲置。援外医疗队员在受援国分布较为分散,受制于驻地医院的工作条件和队员的语言障碍,其专业技能无法充分施展,大部分情况下只能提供一般的诊疗服务。在一些国家,援外医疗人员虽然已经向中国援建的医院或首都等大城市集中,但仅是开展重点科室间的技术合作、提供带教培训,还需要与设备援助、卫生人力资源开发合作以及卫生政策与体系经验分享等其他形式的援助项目进行衔接。否则,延续当前分散的援助方式,难以形成合力。

3.4 管理体制分散,缺乏顶层设计和规划

商务部作为国家国际援助的归口管理和总体协调机构,负责援建成套项目如医院、医疗卫生中心、疟疾防治中心和实验室以及捐赠医疗设备、药品和组织卫生培训。国家卫生和计划生育委员会作为卫生领域的业务主管部门,负责组织派遣援外医疗队和短期专家组,组织开展卫生官员和技术人员培训。教育部负责招收和管理中国政府奖学金来华医科留学生和进修生,同时组织和参与部分卫生培训项目;外交部的驻外使(领)馆负责援外医疗队在境外期间的管理以及提供紧急人道主义援助;财政部负责拨付卫生援外的无偿援助资金。尽管已经建立卫生援助的部际联系机制,但各部委之间、政府主管部门与业务经办机构之间权责不明确,信息沟通不畅,没有形成制度化、前瞻性和战略性的对话、反馈和问责机制。同时,中央和地方政府在卫生援助管理中的财

权和事权也不清晰。因此,我国卫生发展援助政策缺乏顶层设计和规划,导致管理和协调成本加大,影响了卫生发展援助的系统性、统一性、协调性和一贯性,使得援助效果大打折扣。

3.5 中国的卫生体系模式、技术和产品向外输出时受到国际规则的限制

西方发达国家历来将国际援助作为输出本国价值观的重要手段,以改变受援国的发展进程和方向,并为此建立了一套援助的规则体系以及与之相配套的贸易、知识产权和评估体系,依靠其在全球和区域主导的多边治理体系以及殖民时期建立的联系,输出给第三世界国家。在卫生援助领域,中国的药品(含中药)、医疗技术临床操作规范、医学教育培养模式、卫生改革发展的制度模式等要进入当地市场或者开展合作,都会受到传统援助体系各种有形和无形的限制。

3.6 受援国需求日益增长,迫切要求我国提高卫生援助与合作的能力

过去 15 年来,非洲经济保持持续快速发展,与此同时,非洲卫生状况不佳,其对国际援助的需求也呈现出多样化趋势。除国际社会对传染性疾病和初级卫生保健的一贯援助外,由于非洲国家日益加重的慢性病负担以及埃博拉疫情的爆发,对卫生援助提出了更加系统的需求,即帮助建立功能健全的医疗和公共卫生服务体系,填补肿瘤、心血管、创伤骨科、康复医学等领域的技术空白,加强医学人才培养,帮助其实现医药产业的本土化生产供应。针对一些超越了援助的合作诉求,中国政府在引导民间资本开展产业合作方面,信息发布、政策制定以及规范与监管等措施还比较滞后。同时,与国际社会开展三方合作或多边合作的经验还比较少,缺乏相互了解和行动协调。此外,中国在跨文化背景下参与多边卫生援助的管理能力、谈判能力、语言能力、外交素养也亟待提高。

3.7 急需与时俱进的理念指导

中国卫生发展援助在政策设计和实践过程中,对以下关系还没有理顺。一是义与利的关系。如何实现国家、单位、个人的义与利统一,如何兼顾中国和发展中国家的义与利是开展卫生援助工作的前提。二是鱼和渔的关系。中国的卫生援助以近乎劳务输出的方式派遣援外医疗队,难以从根本上帮助发展中国家的卫生系统获得自我发展的能力。

三是援助与发展合作的关系。卫生援助的目的是不再需要援助,因此,如何通过援助实现自我发展,从而可以在平等的合作中实现共同发展是援助的最高境界。四是尊重与被尊重的关系。卫生援助与其他经济领域的援助不同,它关注的是人的健康,依托的也是医疗卫生工作者。如何尊重受援国家和我国人民对健康的需求,如何为从事卫生援助工作者创造一个良好且体面的工作环境,保障其身心健康,帮助其实现理想抱负,对于卫生发展援助工作来说至关重要。

4 建议

4.1 用“新大国观、新义利观”的思想和“以援助促发展、以发展促合作、最终实现共同发展”的理念指导中国卫生发展援助

卫生发展援助是国际援助整体框架中的重要组成部分,也是国家外交战略的重要内容。“新大国观”、“新义利观”是指导我国外交工作和国际援助的指导理念,也适用于卫生援助。中国要积极担负起复兴大国的国际责任,既要致力于促进发展中国家实现卫生系统自我发展,还要坚决维护好我国的利益。同时,不同于其他经济项目的援助,卫生援助以人为目标和实施载体,既要尊重发展中国家的居民,也要尊重我国执行援外任务的医疗人员。另外,“以卫生援助促进卫生发展,以卫生发展促进卫生合作,最终实现共同发展”,这是中国特色的卫生发展援助的目标,也是与西方以“民主援助”为核心思想的卫生援助最主要的区别。

4.2 创新适应当今国内外经济社会发展的“立体式”卫生援助模式

中国应根据国内经济社会发展状况、全球战略竞争的格局、受援国卫生援助需求的变化来制定和实施更加主动、积极的“立体式”卫生援助战略。

援外医疗队的派遣应当长短期相结合,突出重点专科合作。根据不同发展中国家医疗卫生体系的发展需求,在初级卫生保健服务基础上开展临床重点专科的技术合作,发挥中国医疗专家的技术优势和带教培训作用。同时,切实改善医疗队的待遇并加强人文关怀。

医疗卫生成套项目的援助需要改变“交钥匙”工程的方式,根据受援国的需求,加强与医疗卫生技术援助和管理援助之间的衔接,加强中国和受援国立

项前期的论证与沟通以及配套设施的跟进,如水、电、道路交通及宿舍用房等后勤保障。

公共卫生援助要从应急性援助转为有计划、有制度保障的长期重点合作,推动中国与受援国家在公共卫生体系建设、制度规范、技术标准、人员培训、联合研究到疫苗与药品研发等全方位的合作。

医学教育与科研合作可以以援建的医疗卫生机构为基地,与派遣的医疗队相衔接,医疗专家可在当地医学院校担任客座教授,实现院校+临床带教相结合的模式,培养本土卫生人才。在中医药的推广过程中,加强与当地传统医药研究机构间的合作,通过共同研发和实验,推广中医疗法和中药。此外,应加强中国与发展中国家在卫生体系建设、医疗技术标准等方面的政策对话,提升中国的制度影响力。

4.3 改革卫生援助管理体制,合理界定管理部门权责,加强沟通与协调

随着中国国际援助责任的增加,援助政策的制定、实施、评估以及部委间协调的成本也将随之增加,是否需要设立专门的援助管理机构还有待进一步论证。但短期内,有必要明确相关部委、业务经办机构以及中央与地方政府的权责分工,建立问责机制,加强信息共享,增强政策从制定到实施全过程的沟通与协调。提高卫生计生部门在卫生援助政策制定中的参与程度和话语权,发挥业务主管部门的技术优势,将有助于援助项目符合卫生发展的规律。同时可探索在卫生援助力度大、工作集中的驻外使(领)馆或者使团(如驻非盟使团)增设卫生参赞,提高卫生援助事务协调的效率。此外,应尽快建立中国卫生发展援助的管理信息数据库和决策评估机制。

4.4 将卫生发展援助与参与全球卫生治理结合,促进援助外溢效应最大化

在卫生发展援助中应充分利用中非论坛、中国—东盟、中日韩、亚太经合组织、大湄公河次区域、上海合作组织、中亚区域经济合作组织、中阿合作论坛等区域合作框架以及与世界卫生组织、全球基金等多边政府间组织和公私合作伙伴的关系,推动中国特色的南南卫生合作的理念、做法、经验及相关产品及技术的传播,在地区性、全球的卫生多边治理机制中争取更多话语优先权和主动权,使卫生援助的外溢效应最大化。同时还要开展卫生援助管理及技术人才的能力建设,培养适应卫生援助需求的

高端复合型人才。

4.5 发挥民间力量的作用,加强引导和监管

首先政府应做到相关信息公开透明,让民间志愿者组织、慈善机构和企业了解发展中国家的需求;其次要出台政策,引导和规范民间力量的参与,并为其援助过程中的资金、技术及人才提供支持,便于民间力量在政府不便于或者无法涉及的领域发挥灵活的补充作用。

参 考 文 献

- [1] 李安山. 中非医疗合作 50 年——成就、挑战与未来[M]. //北京大学全球卫生研究中心. 全球卫生时代中非卫生合作与国家形象. 北京:世界知识出版社, 2012.
- [2] Liu P. China Health aid to Africa (Draft Report) [R]. 2011.
- [3] 周弘. 中国国际援助与改革开放 30 年[J]. 世界经济与政治, 2008(11): 33-43.
- [4] 丁旭虹, 张大庆. 早期中国医疗队在非洲(1963 年—1978 年)——在医学、政治和文化之间[J]. 医学与哲学(人文社会医学版), 2010, 8(31): 76-78.
- [5] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 生命卫士大爱丰碑——纪念中国援外医疗队派遣 50 周年(上册)[R]. 2013.
- [6] Liu P, Guo Y, Qian X, et al. China's distinctive engagement in global health [J]. The Lancet, 2014, 384(9945): 793-804.
- [7] 李安山. 中国援外医疗队的历史、规模及影响[J]. 外交评论, 2009(1): 25-45.
- [8] 王云屏, 刘培龙, 杨洪伟, 等. 七个经合组织国家全球卫生战略比较研究[J]. 中国卫生政策研究, 2014, 7(7): 9-16.
- [9] Gilpin R. The political economy of international relations [M]. Princeton; Princeton University Press, 1987.
- [10] 莫约. 援助的死亡[M]. 北京:世界知识出版社, 2010.
- [11] 谈世中. 反思与发展:非洲经济调整与可持续性[M]. 北京:社会科学文献出版社, 1998.
- [12] 贺光辉. 第三世界发展理论与援助功能的演进(1950-2000)[J]. 世界经济研究, 2003(1): 34-36.
- [13] 毛泽东选集第 2 卷[M]. 北京:人民出版社, 1991.
- [14] 胡美, 刘鸿武. 中国援非五十年与中国南南合作理念的成长[J]. 国际问题研究, 2012(1): 12-28.
- [15] 国务院新闻办公室. 中国的国际援助白皮书[M]. 2014.
- [16] 黄梅波, 胡建梅. 中国国际援助管理体系的形成和发展[J]. 国际经济合作, 2009(5): 32-39.
- [17] 王涿. 中国援外政策变迁对中非医疗卫生合作的影响[M]. //北京大学全球卫生研究中心. 全球卫生时代中非卫生合作与国家形象. 北京:世界知识出版社, 2012.
- [18] 科摩罗联盟副总统昨为广东抗疟专家李国桥宋健平授勋章[N]. 南方日报, 2015-05-10.
- [19] 中国已提供 7.5 亿元人民币援助非洲抗击埃博拉[EB/OL]. (2014-11-09)[2015-03-10]. <http://www.mofcom.gov.cn/article/i/jyjl/k/201411/20141100802411.shtml>
- [20] 国家卫生和计划生育委员会. 中国人口与发展国家报告[R]. 2013.
- [21] 李滔, 杨洪伟. 2014 年度卫生政策研究报告汇编[R]. 2015.
- [22] 戴岳, 任瑞恩. 中国首支维和医疗队享誉非洲[N]. 人民日报海外版, 2007-08-06(2).
- [23] 徐伟忠. 中国对非医援与合作——演变、成果与挑战[M]. //北京大学全球卫生研究中心. 全球卫生时代中非卫生合作与国家形象. 北京:世界知识出版社, 2012.

[收稿日期:2015-04-03 修回日期:2015-05-04]

(编辑 赵晓娟)