

# 卫生发展援助动因分析指标体系构建

钟辰阳\* 黄葭燕

复旦大学公共卫生学院 全球健康研究所 上海 200032

**【摘要】**目的:构建卫生发展援助动因分析指标体系,以深入了解当今以发达国家为主的援助国自21世纪以来的卫生发展援助动因,并为卫生发展援助动因提供量化分析工具。方法:基于“混合模型”(hybrid models)构建初始动因分析理论框架,运用德尔菲专家咨询法进行指标筛选,采用层次分析法确定指标权重。结果:构建了包含4个一级指标、10个二级指标、22个三级指标的指标体系。4个一级指标分别为:援助国政治利益、援助国经济利益、援助国安全利益、受援国需求。两轮专家咨询的问卷有效回收率均为95.5%,专家权威系数为0.867, Kendall's W系数分别为0.216~0.322,结果可靠。结论:本研究初步构建了一套用于分析卫生发展援助动因的指标体系,有助于增加对援助国援助行为的理解,加强与他国在卫生发展援助的协调合作。同时,该指标体系为中国未来在卫生发展援助决策方面提供了辅助的量化分析工具。

**【关键词】**卫生发展援助; 指标体系; 德尔菲法; 层次分析法

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.09.010

## Establishment of index system for motivation analysis of development assistance for health

ZHONG Chen-yang, HUANG Jia-yan

Global Health Institute, School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China

**【Abstract】** Objective: To establish an index system of motivation analysis of development assistance for health (DAH), so as to gain a deeper understanding of the motivations behind DAH provided predominantly by developed countries since the 21st century. Additionally, this study aims to offer a quantitative tool for DAH motivation analysis. Methods: An initial theoretical framework for motivation analysis was constructed based on “hybrid models”. The Delphi method was used for indexes screening, and the analytic hierarchy process was employed to determine index weights. Results: The index system was comprised of 4 primary indexes, 10 secondary indexes, and 22 tertiary indexes. The 4 primary indexes are: political interests of donor countries, economic interests of donor countries, security interests of donor countries, and the needs of recipient countries. The effective response rates for two rounds of consultations were both 95.5%, with an authority coefficient of 0.867 and Kendall's W coefficients ranging from 0.216 to 0.322, indicating the reliability of the results. Conclusion: The index system for analyzing the motivation of DAH was preliminarily established by this research, which helps enhance the understanding of donors' DAH behaviors and strengthens coordination and cooperation with other donors in DAH. And it provides a quantitative analytical tool to assist in future DAH decision making for Chinese government.

**【Key words】** Development assistance for health; Index system; Delphi method; Analytic hierarchy process (AHP)

卫生发展援助(Development Assistance for Health, DAH)是指政府部门、国际组织和私营部门以改善卫生状况为目的,向中低收入国家提供的专门财政或实物援助。<sup>[1-2]</sup>进入21世纪以来,美、德、

日、法等发达国家均推出本国的全球卫生战略。DAH作为全球卫生战略的重要内容,成为各国参与全球卫生治理的关键路径。

援助动机是援助国进行援助活动的动力,决定

\* 基金项目:国家社科基金重大研究专项基金项目(20VMG027)

作者简介:钟辰阳(1998年—),女,硕士研究生,主要研究方向为全球卫生。E-mail:22211020226@m.fudan.edu.cn

通讯作者:黄葭燕。E-mail:jiayanhuan@fudan.edu.cn

援助国如何选择受援国、援助内容和援助方式等,同时还直接关系着如何评价援助国对外援助所取得的成效。<sup>[3]</sup>因此,深入研究当今以发达国家为主的援助国的 DAH 动因有利于全面了解其援助策略。目前,已有针对不同援助国的 DAH 动因的定性研究。<sup>[4-5]</sup>少数研究则通过量化分析援助国和受援国在政治、经济、安全等方面的指标与 DAH 金额规模间的关联来分析援助国的援助动因。<sup>[6-7]</sup>然而,聚焦于 DAH 动因的研究相较于官方发展援助动因的理论研究仍较少,且国内外针对 DAH 动因分析的领域仍缺乏相对系统、完善的指标体系,对于援助国 DAH 动因的量化分析工具的研究也有待补充。

综上,本研究旨在通过建立 DAH 动因指标体系,深入了解当今以发达国家为主的援助国自 21 世纪以来的 DAH 动因,并为 DAH 动因提供量化分析工具,以期为中国 DAH 决策与实施的优化拓宽思路。

## 1 资料与方法

### 1.1 研究框架

本研究基于主流使用的“混合模型”(hybrids models),即将 McKinley R D 和 Little R 于 1979 年提出的“受援国需求模型”(recipient need models)和“援助国利益模型”(donor interest models)相结合<sup>[8]</sup>,以及“利他主义”(Altruism)“现实主义”(Realism)的对外援助动因理论,从援助国利益和受援国需求两个角度出发,结合对外援助和 DAH 动因分析相关文献的梳理结果,形成研究框架(图 1)。

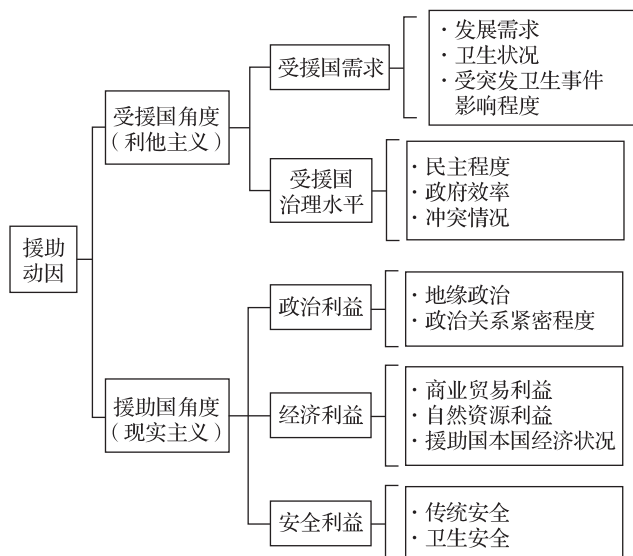


图 1 卫生发展援助动因分析理论框架

受援国角度方面,在对外援助中,“利他主义”主要表现为国际人道主义(International Humanitarianism),要求工业国家要满足第三世界在社会和经济发展方面的需要,包括促进第三世界的经济和社会增长、促进经济、社会和政治人权,以及减轻人类痛苦等一系列目标。<sup>[9]</sup>具体到 DAH 中,国际人道主义应体现为援助国的援助考虑受援国的卫生状况和发展需求,即以促进受援国卫生状况、满足受援国发展需求,以及减轻突发公共卫生事件对受援国卫生造成的冲击为目标提供 DAH。另外,根据文献研究结果,大多数援助国在作出援助决策时非常重视受援国的政治治理。<sup>[10]</sup>因此,受援国角度的援助动因还应考虑受援国治理水平,包括受援国民主程度、政府效率和冲突情况 3 个维度。

援助国角度方面的动因主要体现为“现实主义”,认为各国只追求且只应追求自己的国家利益。<sup>[9]</sup>传统现实主义认为发达国家的对外援助旨在促进援助国自身的政治和经济利益。<sup>[11]</sup>根据文献研究结果,援助国利益包括政治利益、经济利益和安全利益。援助国政治利益包括“地缘政治”和“政治关系紧密程度”2 个维度。“地缘政治”即“国际政治权利与地理环境的关系”。<sup>[12]</sup>已有研究证明,对外援助已成为援助国购买地缘政治影响力的一种工具。<sup>[13]</sup>“政治关系紧密程度”则反映受援国与援助国之间的政治利益一致性。谋求经济利益是援助国对外援助的另一重要动因。有学者认为,经济动机是各国对外援助的首要 and 主要动机,对外援助已成为援助国获取经济利益的主要手段。<sup>[3]</sup>援助国经济利益包括“商业贸易利益”“自然资源利益”和“援助国本国经济状况”3 个维度。近年来国家安全一直是西方发达国家在外交政策上首要关注的问题<sup>[14]</sup>,安全利益成为援助国进行对外援助时的重要动因之一。援助国安全利益包括“传统安全”和“卫生安全”2 个维度。“传统安全”是指与战争、军事、强力政治密切相关的安全领域。<sup>[15]</sup>“卫生安全”更多指“安全化”思维下的国家安全问题,即境外传染病的扩散对本国造成的安全威胁。<sup>[7]</sup>

### 1.2 资料来源

对中国知网、Pubmed、Web of Science 等中英文数据库进行检索,通过对相关文献进行梳理归纳,总结提炼出一级指标及其对应二级指标。针对二级指标的内容,结合现有文献所使用的指标,在指标可及

的基础上选取对应的三级指标,形成初始指标体系。

### 1.3 德尔菲专家咨询法

本研究通过德尔菲专家咨询法构建 DAH 动因分析指标体系,于 2024 年 1—2 月邀请 22 名全球卫生相关专家进行函询。专家入选标准如下:①在全球卫生、对外援助、公共卫生、卫生政策、卫生外交等方面有 5 年及以上工作经验;②具有在国际组织、政府部门、卫生部门、高校或科研院所等相关部门的工作经历;③自愿参加本研究并能积极配合。向专家发放两轮咨询问卷。第 1 轮咨询问卷包括 3 部分:①研究背景及目的、指标确定过程、三级指标内涵说明、知情同意及利益冲突声明等;②专家基本情况,包括年龄、性别、学历、工作年限和从事专业等,专家对调查内容的判断依据 ( $C_a$ ) 和熟悉程度 ( $C_s$ ) ( $1 =$  很熟悉,  $0.8 =$  比较熟悉,  $0.6 =$  一般熟悉,  $0.4 =$  比较不熟悉,  $0.2 =$  很不熟悉) (表 1)<sup>[16]</sup>;③指标评分表,采用 Likert 5 分制量表形式,请专家对各指标按 5 个层级进行评分 ( $5 =$  很重要,  $4 =$  重要,  $3 =$  一般,  $2 =$  不重要,  $1 =$  很不重要),并据此计算各级指标的重要性。第 2 轮专家咨询问卷根据第 1 轮的专家咨询意见汇总进行设计。<sup>[17-18]</sup>

表 1 判断依据及影响程度量化表

判断依据	对专家判断的影响程度		
	大	中	小
理论分析	0.3	0.2	0.1
工作和实践经验	0.5	0.4	0.3
对国内外同行的了解	0.1	0.1	0.1
直觉	0.1	0.1	0.1

采用 SPSS27.0 软件对结果进行统计分析。专家积极系数用于反映专家对本研究的重视程度和关心程度,用问卷的有效回收率来表示。<sup>[17]</sup>专家权威系数 ( $Cr$ ) 反映调查的可靠性,  $Cr = (C_a + C_s) / 2$ 。专家权威系数越高,说明咨询结果越可靠。专家意见协调程度采用肯德尔协调系数 (Kendall's  $W$ ) 来反映。 $W$  在  $0 \sim 1$  之间波动,  $W$  越接近 1,说明专家协调程度越高。指标筛选采用界值法和专家意见相结合的方法。计算各级指标重要性评分的算术均数 ( $M_j$ )、满分比 ( $K_j$ ) 和变异系数 ( $V_j$ ),并计算出各级指标相应的界值:①均值界值 = 算术均数 - 算术均数标准差,得分高于界值入选;②满分比界值 = 满分比均数 - 满分比标准差,得分高于界值入选;③变异系数界值 = 变异系数均数 + 变异系数标准差,得分低于界

值入选。对于存在任一界值不通过的指标,结合专家意见进行讨论,最终决定是否入选。<sup>[16, 19]</sup>

### 1.4 层次分析法

采用层次分析法对各项指标进行权重测算。根据指标层级结构,构建指标两两比较的判断矩阵,请专家对每一层各个指标相对于上一级指标的重要性进行两两比较,并按照 Satty1 ~ 9 比例标度赋值。用 SPSSAU 软件计算各项指标的特征向量、最大特征值及权重值,并进行一致性检验,一致性比例  $CR < 0.1$ ,认为一致性检验通过。最后,运用乘积法计算组合权重。

## 2 结果

### 2.1 初拟指标体系

根据上述理论框架及文献梳理与分析,援助国的 DAH 动因可分为援助国政治利益、援助国经济利益、援助国安全利益、受援国需求、受援国治理水平 5 个维度。在结合既往文献使用的指标和各指标可及性的基础上,初步拟定 5 个一级指标、13 个二级指标、30 个三级指标的指标体系。

### 2.2 德尔菲专家咨询法结果

#### 2.2.1 专家基本情况

参与本次咨询的专家共计 21 人,专业领域涉及全球卫生、公共卫生、卫生管理、国际关系等,部分专家同时涉及 2 个或 3 个专业领域。80.96% 的专家工作年限在 20 年及以上 (表 2)。同时,部分受访专家具备直接参与对外援助决策、开展相关工作的经验,现属或曾工作过的单位包括国家国际发展合作署监督评估司、全球基金、亚洲开发银行、商务部国际贸易经济合作研究院国际发展合作研究所、商务部国际贸易经济合作研究院西亚与非洲研究所、世界卫生组织西太平洋区域办事处等。

表 2 专家基本情况表 ( $n = 21$ )

项目	人数(人)	构成比 (%)	
年龄(岁)	30 ~	3	14.29
	40 ~	7	33.33
	50 ~	6	28.57
	60 ~	5	23.81
性别	男	12	57.14
	女	9	42.86
学历	博士	16	76.19
	硕士	2	9.52
	本科	3	14.29

表 2 专家基本情况表 ( $n=21$ ) (续)

项目	人数(人)	构成比(%)	
专业类型	全球卫生	9	42.86
	公共卫生	7	33.33
	卫生管理	3	14.29
	国际关系	5	23.81
	其他	4	19.05
工作年限(年)	0~	4	19.05
	20~	8	38.10
	30~	9	42.86
技术职称	正高级	15	71.43
	副高级	2	9.52
	中级	2	9.52
	初级	1	4.76
	其他	1	4.76
从事工作	教学科研	13	61.90
	公共卫生	4	19.05
	行政管理	1	4.76
	其他	3	14.29

### 2.2.2 专家积极系数

两轮专家咨询均分别发放 22 份问卷,回收有效问卷 21 份,有效回收率均为 95.5%,专家对本研究的积极性较高。

### 2.2.3 专家权威系数

由于两轮专家咨询的专家构成一致,故两轮专家咨询的专家权威系数( $Cr$ )相同。本研究的专家对调查内容的判断依据( $Ca$ )和熟悉程度( $Cs$ )分别为 0.93 和 0.80,最终算得  $Cr$  为 0.867。一般认为专家权威系数  $Cr \geq 0.7$  时,专家具有较高的权威性。<sup>[17]</sup>本研究专家权威系数均大于 0.7,表明专家权威性较高。

### 2.2.4 专家意见协调程度

第 1 轮专家咨询的一、二、三级指标重要性评分的 Kendall's  $W$  系数分别为 0.292、0.216、0.309。第 2 轮专家咨询的一、二、三级指标重要性评分的 Kendall's  $W$  系数分别为 0.322、0.261、0.305。经检验  $P$  值均小于 0.001,差异具有统计学意义,说明专家意见的协调性较好(表 3)。

表 3 专家意见协调程度

指标层级	第一轮咨询			第二轮咨询		
	$W$	$\chi^2$	$P$	$W$	$\chi^2$	$P$
一级	0.292	24.501	0.000	0.322	20.312	0.000
二级	0.216	54.507	0.000	0.261	54.871	0.000
三级	0.309	136.287	0.000	0.305	179.137	0.000

### 2.2.5 两轮专家咨询意见与指标筛选结果

以初拟的指标体系为基准进行第 1 轮专家咨

询,计算各指标的算术均数、满分比和变异系数以及各级指标界值后,根据界值和专家意见,对存在界值不通过的指标进行讨论并筛选,对部分指标进行修改。

第 1 轮专家咨询后,对指标体系作出如下调整与修改(表 4):(1)删除一级指标“受援国治理水平”、二级指标“受援国民主程度”和“受援国政府效率”“受援国冲突情况”、三级指标“公民自由指数”“政治权利指数”“政府效率指数”“全球清廉指数”“受援国自然资源租金占 GDP 的百分比”“援助国 GDP”“受援国军费支出占 GDP 的百分比”“5 岁以下儿童发育迟缓患病率”;(2)增加二级指标“卫生资源配置”及三级指标“受援国年度卫生支出占 GDP 的百分比”“受援国医生、临床和社区卫生工作者数量(每 10 000 人)”“受援国与援助国在联合国大会投票的理想点距离”“援助国对受援国的外国直接投资额”“援助国人均 GDP”“援助国 GDP 增长率”“受援国每 1000 人中的疟疾发病率”;(3)三级指标“受援国是否有正在进行中的暴力冲突”和“受援国的暴力冲突历史”移至二级指标“传统安全”下。形成 4 个一级指标、11 个二级指标、29 个三级指标的指标体系。

第 2 轮专家咨询后,对指标体系作出如下调整与修改:(1)删除二级指标“地缘政治”、三级指标“受援国与援助国之间的地理距离”“受援国是否为联合国安理会非常任理事国”“援助国 GDP 增长率”“受援国 GDP 增长率”“受援国预期受教育年限”“受援国人口平均受教育年限”;(2)二级指标“卫生状况”修改为“健康状况”;(3)三级指标“援助国从受援国进口的矿物燃料、润滑油及有关原料总额”和“援助国从受援国进口的金属矿及金属屑总额”合并为“援助国从受援国进口的矿物燃料、润滑油及有关原料、金属矿及金属屑总额”。经过第 2 轮咨询,专家意见基本达成一致。

通过层次分析法为各指标赋权。一级指标中,“援助国政治利益”和“援助国安全利益”的权重分别为 0.398 和 0.268,位列前二;而“受援国需求”的权重为 0.128,位列最后。二级指标中,“受援国需求”维度下的二级指标“受突发公共卫生事件影响程度”和“健康状况”的初始权重分别为 0.315 和 0.248,位列前二。最终形成 4 个一级指标、10 个二级指标、22 个三级指标的指标体系(表 5)。

表4 第1轮专家咨询评分结果及处理情况

指标	重要性评分			处理结果
	算术均数	满分比(%)	变异系数	
1 援助国政治利益	4.62	76.19	0.17	√
1.1 地缘政治	4.14	42.86	0.23	√
1.1.1 受援国与援助国之间的地理距离	3.19	14.29	0.35	√
1.1.2 受援国是否为联合国安理会非常任理事国	2.38	0.00	0.45	√
1.2 政治关系紧密程度	4.38	52.38	0.17	√
1.2.1 受援国是否为援助国前殖民地	3.81	28.57	0.28	√
2 援助国经济利益	4.05	23.81	0.18	√
2.1 商业贸易利益	4.05	19.05	0.17	√
2.1.1 受援国与援助国之间的进出口总额	3.81	4.76	0.16	√
2.1.2 受援国与援助国之间的医药卫生产品出口总额	3.48	0.00	0.20	√
2.2 自然资源利益	3.81	19.05	0.21	√
2.2.1 受援国自然资源租金占GDP的百分比	3.14	9.52	0.32	删除
2.2.2 援助国从受援国进口的矿物燃料、润滑油及有关原料总额	3.57	19.05	0.27	√
2.3 援助国本国经济状况	4.00	23.81	0.19	√
2.2.3 援助国从受援国进口的金属矿及金属屑总额	3.21	5.26	0.27	√
2.3.1 援助国GDP	3.86	19.05	0.22	删除
3 援助国安全利益	4.52	57.14	0.13	√
3.1 传统安全	3.90	33.33	0.25	√
3.1.1 受援国军费支出占GDP的百分比	3.05	4.76	0.30	删除
3.2 卫生安全	4.33	42.86	0.15	√
3.2.1 受援国每1000名未感染者中艾滋病病毒新感染病例数	3.90	28.57	0.24	√
3.2.2 受援国每10万人中的结核病发生率	3.81	23.81	0.26	√
4 受援国需求	4.24	47.62	0.20	√
4.1 发展需求	3.95	14.29	0.17	√
4.1.1 受援国人均GNI	3.95	21.05	0.18	√
4.1.2 受援国GDP增长率	3.33	4.76	0.24	√
4.1.3 受援国人口总数	3.43	9.52	0.27	√
4.1.4 受援国贫困人口比例	3.90	28.57	0.24	√
4.1.5 受援国预期受教育年限	3.26	5.26	0.27	√
4.1.6 受援国人口平均受教育年限	3.26	5.26	0.30	√
4.2 卫生状况	4.62	66.67	0.13	√
4.2.1 受援国预期寿命	4.24	47.62	0.21	√
4.2.2 受援国5岁以下儿童死亡率	4.81	80.95	0.08	√
4.2.3 受援国疾病负担(DALYs)	4.00	23.81	0.21	√
4.2.4 孕产妇死亡率	4.79	78.95	0.09	√
4.2.5 5岁以下儿童发育迟缓患病率	3.95	26.32	0.21	删除
4.3 受突发卫生事件影响程度	4.43	66.67	0.22	√
4.3.1 受援国受流行病影响的人数	4.48	66.67	0.20	√
5 受援国治理水平	3.48	9.52	0.28	删除
5.1 受援国民主程度	3.33	9.52	0.26	删除
5.1.1 公民自由指数	3.43	9.52	0.22	删除
5.1.2 政治权利指数	3.24	4.76	0.22	删除
5.2 受援国政府效率	3.52	4.76	0.21	删除
5.2.1 政府效率指数	3.47	0.00	0.20	删除
5.2.2 全球清廉指数	3.67	9.52	0.20	删除
5.3 受援国冲突情况	4.10	28.57	0.17	删除
5.3.1 受援国是否有正在进行的暴力冲突	4.00	23.81	0.19	修改
5.3.2 受援国的暴力冲突历史	4.05	26.32	0.17	修改

注：“√”表示指标通过筛选。

表 5 卫生发展援助动因分析指标体系及权重

一级指标 (初始权重)	二级指标 (初始权重)	三级指标 (初始权重)	三级指标 组合权重	
1 援助国政治利益(0.398)	1.1 政治关系紧密程度(1.000)	1.1.1 受援国是否为援助国前殖民地(0.671)	0.267	
		1.1.2 受援国与援助国在联合国大会投票的理想点距离(0.329)	0.131	
2 援助国经济利益(0.205)	2.1 商业贸易利益(0.435)	2.1.1 受援国与援助国之间的进出口总额(0.427)	0.038	
		2.1.2 受援国与援助国之间的医药卫生产品出口总额(0.307)	0.027	
		2.1.3 援助国对受援国的外国直接投资额(0.266)	0.024	
	2.2 自然资源利益(0.296)	2.2.1 援助国从受援国进口的矿物燃料、润滑油及有关原料、金属矿及金属屑总额(1.000)	0.061	
		2.3 援助国本国经济状况(0.269)	2.3.1 援助国人均 GDP(1.000)	0.055
		3 援助国安全利益(0.268)	3.1 传统安全(0.607)	3.1.1 受援国是否有正在进行的暴力冲突(0.761)
3.2 卫生安全(0.393)	3.1.2 受援国的暴力冲突历史(0.238)		0.039	
	3.2.1 受援国每 1000 名未感染者中艾滋病毒新感染病例数(0.393)		0.041	
4 受援国需求(0.128)	4.1 发展需求(0.243)	3.2.2 受援国每 10 万人中的结核病发病率(0.330)	0.035	
		3.2.3 受援国每 1000 人中的疟疾发病率(0.277)	0.029	
		4.1.1 受援国人均 GNI(0.376)	0.012	
	4.2 健康状况(0.248)	4.1.2 受援国人口总数(0.247)	0.008	
		4.1.3 受援国贫困人口比例(0.376)	0.012	
		4.2.1 受援国预期寿命(0.230)	0.007	
		4.2.2 受援国 5 岁以下儿童死亡率(0.322)	0.010	
		4.2.3 受援国孕产妇死亡率(0.266)	0.008	
		4.2.4 受援国疾病负担(DALYs)(0.181)	0.006	
	4.3 卫生资源配置(0.194)	4.3.1 受援国年度卫生支出占 GDP 的百分比(0.513)	0.013	
		4.3.2 受援国医生、临床和社区卫生工作者数量(每 10,000 人)(0.487)	0.012	
		4.4 受突发卫生事件影响程度(0.315)	4.4.1 受援国受流行病影响的人数(1.000)	0.040

注:CR < 0.1,一致性检验通过。

### 3 讨论

#### 3.1 指标体系的科学性和合理性

由于目前关于 DAH 动因分析的相关研究有限,在资料有限的情况下,德尔菲专家咨询法是成熟、公认的指标筛选方法。<sup>[20]</sup>本研究对德尔菲专家咨询法的使用属于单环节应用,用以确立评价指标体系。<sup>[21]</sup>

专家选择方面,由于 DAH 领域具有跨学科的特点,因此本研究在进行专家遴选时,着重考虑专家专业领域的多元化,专业领域除了全球卫生、公共卫生、卫生管理、国际关系外,还涉及发展研究、国际发展合作、非营利组织与公共治理等领域。部分专家同时涉及 2 个或 3 个专业领域,或从事 DAH 相关的前线工作,长期深耕于相关专业领域。多维、专业的视角为本研究提供更为全面、科学的专家意见。相较于第 1 轮专家咨询,第 2 轮咨询的一、二级指标的 Kendall's W 系数均有明显提高,三级指标的 Kendall's W 系数相近,且系数均通过显著性检验,表明专家意见协调程度较

好,专家意见趋于一致。综上,本研究的德尔菲专家咨询结果总体较为可靠,具有参考性。

#### 3.2 指标体系的意义与应用价值

本研究基于“混合模型”构建了用于分析援助国 DAH 动因的理论框架,并在此基础上构建 DAH 动因分析指标体系,有助于增加对各援助国援助行为的理解,为未来中国相关部门的 DAH 决策提供一定的依据。同时,了解他国援助背后的深层动机也有利于更好地与其他援助国就 DAH 协调合作。全面分析和解读援助背后的动机有助于促进各国之间的相互理解和信任,推动援助行为的透明化和责任制<sup>[22]</sup>,从而共建协调有序的援助体系,避免资源浪费,达到真正使受援国受惠的目的。

另外,本研究所构建的指标体系为中国未来 DAH 的决策提供辅助决策的量化分析工具,可利用本工具评估中国对于不同援助国的援助动因。通过系统性分析和量化不同动因在对各受援国的援助决

策中的权重和影响力,为后续针对不同援助国制定适宜、有针对性的援助策略奠定基础,从而确保援助资源的精准配置和最大化利用,提高受援国受惠水平的同时提升中国 DAH 的有效性。

### 3.2.1 指标体系体现援助国 DAH 中政治利益和安全利益的优先考量

专家们一致认为,当今世界以发达国家为主的援助国的 DAH 固然考虑受援国的需求,但仍是以谋求本国政治利益和安全利益为主,二者也是 DAH 动因分析的 2 个最重要维度。具体体现在层次分析结果:一级指标“援助国政治利益”和“援助国安全利益”的权重分别位列前二;而“受援国需求”的权重位列最后。卫生问题原本属于“低政治”领域,然而近年来,全球卫生议题逐渐上升为国际政治的重要议程,全球卫生问题政治化已成趋势。<sup>[23]</sup>大多数发达国家都已将全球卫生问题作为外交政策工具以实现国家的政治目标,而 DAH 作为参与干预他国卫生问题的手段,其决策不可避免地受到政治、安全因素的干扰。美国的总统防治艾滋病紧急救援计划(U. S. President's Emergency Plan for AIDS Relief, PEPFAR)就是典型案例,该项目绕过各国卫生部和多边机构,通过美国国防部参与项目等方式,将美国主权投射于他国,成为美国实现其政治、安全利益的工具。<sup>[24]</sup>

安全利益中的卫生安全作为关键的非传统安全利益,已成为各主要援助国的战略重点,法国、美国等均将卫生安全作为优先事项<sup>[25-26]</sup>,因此,专家认同将“卫生安全”作为“安全利益”下的二级指标。传染病的监测与防控是卫生安全的重要内容,艾滋病、结核病与疟疾作为全球公认的 3 大传染病和可持续发展目标 3 的关键控制目标,是 2000 年以来发达国家 DAH 的重点投资领域,将 3 大传染病控制在境外是从源头上防止其进入援助国境内,对于援助国境内安全具有重要意义。另外,多位专家指出,指标体系构建还需考虑受援国公共卫生核心能力指标,虽受限于指标可及性,未将相关指标纳入,但仍有必要于本节中讨论。提高各国公共卫生核心能力以监测和控制大流行是援助国向发展中国家提供 DAH 的重要原因之一,关于“大流行公约”的谈判成果文件中指出,各缔约方发展水平的差异造成大流行预防、防范和应对能力差异,不同国家在促进健康和控制疾病特别是传染病方面的发展不平衡是一种共同危险,需要通过国际合作提供支持,包括需要由能力较强和资源较充裕的国家提供支持,并需要有可预测、

可持续和充足的财政、人力、后勤、工艺、技术和数字卫生保健资源。<sup>[27]</sup>

### 3.2.2 DAH 动因分析需考虑受援国的卫生需求

与对其他领域的援助不同,专家们认为,构建 DAH 动因分析指标体系有必要将受援国卫生方面的需求纳入考量。在本研究构建的指标体系中,“受援国需求”维度下的二级指标“受突发卫生事件影响程度”和“健康状况”的初始权重分别位列前二,“卫生资源配置”也是考虑因素之一。许多发展中国家面临卫生体系脆弱性的问题,这使得其无法有力应对突发卫生事件,对国家经济、社会、国民健康带来巨大损失,脆弱性进一步增加,形成恶性循环。因此,及时获得外部援助以尽可能将突发卫生事件造成的影响降到可控范围内是许多脆弱国家的急迫需求,而“受突发卫生事件影响程度”指标可有效衡量受援国在此方面的需求。对于受援国的卫生资源配置情况,有专家认为其本质反映的是该国卫生体系的发展能力和潜在发展需求。卫生资源配置的公平性作为卫生服务利用公平的前提,与人群的健康权利存在因果关系<sup>[28]</sup>,而其前提是保证卫生资源的充足供给。通过 DAH 可协助受援国解决卫生资源匮乏与分配不公平问题,促进其卫生体系的能力发展,对满足受援国卫生需求具有至关重要的作用。

### 3.3 指标体系的局限性

本研究仍存在一定局限性。首先,“地缘政治”维度作为“援助国政治利益”的一部分,目前尚缺乏合理可用的量化指标,因此未纳入最终指标体系中,但在对援助国的 DAH 动因分析进行讨论时,有必要考虑这一因素。其次,由于目前部分三级指标缺乏可及性,故在指标筛选时受到一定限制。例如:评估“卫生安全”维度时,可用于评估国家公共卫生核心能力的 SPAR 工具和 JEE 工具开发年限短且评估周期长,导致 2000 年以后的年度数据不完整,因此本研究未将其纳入指标体系中。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

### 参 考 文 献

- [1] Ravishankar N, Gubbins P, Cooley R J, et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007 [J]. *Lancet*, 2009, 373 (9681): 2113-2124.
- [2] Chang A Y, Cowling K, Micah A E, et al. Past, present,

- and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995-2050 [J]. *The Lancet*, 2019, 393(10187): 2233-2260.
- [3] 李连弟. 对外援助的动机分析: 经验研究与中国对策 [D]. 天津: 河北工业大学, 2015.
- [4] 陈素梅. 日本对非卫生外交研究(2012-2020) [D]. 上海: 上海外国语大学, 2022.
- [5] 晋继勇, 吴谨轩. 德国参与全球卫生治理的路径、特点和动因分析[J]. *德国研究*, 2022, 37(3): 4-24, 125.
- [6] Gupta V, Tsai A C, Mason-Sharma A, et al. Have geopolitics influenced decisions on American health foreign assistance efforts during the Obama presidency? [J]. *J Glob Health*, 2018, 8(1): 010417.
- [7] 刘长君. 美国对撒哈拉以南非洲官方卫生援助的现实考量: 一项基于 2001—2017 年援助面板数据的实证研究 [J]. *未来与发展*, 2022, 46(1): 51-60.
- [8] McKinley R D, Little R. The US Aid Relationship: A Test of the Recipient Need and the Donor Interest Models [J]. *Political Studies*, 1979, 27(2): 236-250.
- [9] Olav Stokke, Real P. Lavergne, Knud Erik Svendsen, et al. *Western Middle Powers and Global Poverty* [M]. Sweden: Motala Grafiska, 1989.
- [10] Berthélemy J-C, Tichit A. Bilateral donors' aid allocation decisions: a three-dimensional panel analysis [J]. *International Review of Economics & Finance*, 2004, 13(3): 253-274.
- [11] Brewin C. Moral vision in international politics: the foreign aid regime, 1949-1989 [J]. *International Affairs*, 1993, 69(4): 762-763.
- [12] Cohen S B. *Geography and Politics in a World Divided* [M]. Oxford University Press, 1973.
- [13] Reinsberg B. Do countries use foreign aid to buy geopolitical influence? Evidence from donor campaigns for temporary UN Security Council seats [R]. Helsinki, 2019.
- [14] Subhayu Bandyopadhyay, Vermann K. Donor Motives for Foreign Aid [J]. *Federal Reserve Bank of St Louis Review*, 2013, 95(4): 327-336.
- [15] 刘跃进. “统筹传统安全和非传统安全” [EB/OL]. (2020-11-23) [2024-05-30]. [https://news.gmw.cn/2020-11/23/content\\_34389815.htm](https://news.gmw.cn/2020-11/23/content_34389815.htm)
- [16] 邵晓凤, 孙璐, 柳鹏. 基于德尔菲法构建临床医师健康科普工作评价指标体系研究 [J]. *中国健康教育*, 2021, 37(2): 135-137.
- [17] 张云秋, 刘帅兵. 线上线下一体化医疗模式下医生服务质量评价体系构建研究 [J]. *中国卫生事业管理*, 2023, 40(11): 817-823, 828.
- [18] 刘丽珍, 孟耀涵, 曹赫, 等. 基于德尔菲法构建区级医疗卫生机构对突发公共卫生事件应急能力的评价指标体系 [J]. *中国研究型医院*, 2023, 10(5): 51-56.
- [19] 何宇, 杨小丽. 基于德尔菲法的精神卫生服务可及性评价指标体系研究 [J]. *中国全科医学*, 2018, 21(3): 322-329.
- [20] 应桂英, 李恒, 段占祺, 等. 卫生统计指标筛选方法评价 [J]. *中国卫生事业管理*, 2012, 29(6): 465-467.
- [21] 徐蔼婷. 德尔菲法的应用及其难点 [J]. *中国统计*, 2006(9): 57-59.
- [22] Moss T, Pettersson G, van de Walle N. An aid-institutions paradox? A review essay on aid dependency and state building in Sub-Saharan Africa [J]. *Center for Global Development*, 2006(74): 1-28.
- [23] 晋继勇. 全球卫生治理的背景、特点与挑战 [J]. *当代世界*, 2020(4): 42-48.
- [24] Ingram A. Governmentality and security in the US President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) [J]. *Geoforum*, 2010, 41(4): 607-616.
- [25] Ministry for Europe and Foreign Affairs. France and international health security [EB/OL]. [2023-12-17]. [https://www.diplomatie.gouv.fr/en/french-foreign-policy/development-assistance/priority-sectors/health/france-and-international-health-security/#sommaire\\_2](https://www.diplomatie.gouv.fr/en/french-foreign-policy/development-assistance/priority-sectors/health/france-and-international-health-security/#sommaire_2)
- [26] Bureau of Global Health Security and Diplomacy. Key Topics [EB/OL]. [2023-12-17]. <https://www.state.gov/bureau-of-global-health-security-and-diplomacy-key-topics/>
- [27] 世界卫生组织. 起草和谈判世卫组织预防、防范和应对大流行公约、协定或其他国际文书的政府间谈判机构总干事的报告 [EB/OL]. (2024-05-27) [2024-06-28]. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA77/A77\\_10-ch.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_10-ch.pdf)
- [28] Wang Z, He H, Liu X, et al. Health resource allocation in Western China from 2014 to 2018 [J]. *Archives of Public Health*, 2023, 81(1): 30.

[收稿日期:2024-07-15 修回日期:2024-08-27]

(编辑 薛云)