

# 全球医疗卫生 治理

## 如何更好地协调才能改进全球医疗卫生 状况进而提高资金利用价值

David E. Bloom

健康问题从来不分国界。在公元前4世纪，麻风病从亚洲传播到欧洲，很有可能是通过亚历山大的军队实现的。14世纪40年代，起源于中亚的黑死病迅速蔓延到欧洲和中东。在17世纪和18世纪，疾病通过欧洲侵略者横跨大西洋，这些侵略者曾大批杀害美洲本地人口。

当今时代，健康威胁日益成为全球化问题。1918—1919年，西班牙流感带走了5000万到1亿人口——远远大于在第一次世界大战中丧生人数的总和。在那段时间，日益增长的经济一体化使得各种疾病，比如说艾滋病/艾滋病，能够很轻易越过国界和跨越各大洲进行传播。此外，一些人认为如果禽流感在人与人之间传播的话，那么它的迅速扩散将会带来灾难性的后果。

让问题更为严重的是，健康状况不佳，能够通过其他全球化的溢出效应广泛传播。举个例子，气候变化——大部分由于西方工业化高速发展和新兴市场造成的——促成了荒漠化和干旱（这种情况导致食物短缺和营养不良），并且很有可能造成人口迁移（这将对健康产生重大影响）。国家和区域政策，比如像美国和欧盟对农业的补贴，将妨碍发展中国家的农民摆脱贫困和疾病，这些疾病与贫困、不公平有着很强的联系。

随着医疗卫生体系日益全球化，新的参与者改变了原有的形式。私人资助曾经相对微不足道，然而现在已经占了对医疗卫生的发展援助的近1/4。举例来说，比尔与梅林达·盖茨基金会已成为私人资助医疗卫生方面的主要捐助者（见表1），在全球范围内，该基金会的支出几乎占了所有私人援助的65%，比世界卫生组织每年支出的一半还要多，而WTO的花费则是由世界各国提供的。值得注意的是盖茨资助的方向是医疗卫生技术的发展（比如说，新的药品和疫苗），这将最后转换成一种提供新的直接的卫生服务的方式。

这些新的参与者明显使得投资于全球医疗卫生的可获得的资金增加了。但是仅仅依靠这些机构是危险的。私人慈善事业不能对全球公共卫生事业负起全部

责任，他们的决策可能不会与受援助国家最紧迫的（或者是长期的）需要相吻合。如果他们计划不是有效率的，如果资源减少或者利益消失，依赖于这些资金的受援国将会陷入困境。

与此同时，随着私人慈善机构的增加，存在着过多的致力于解决全球健康威胁的融资实体、双边捐助者、多边组织和商业团体，这种情况已经出现或正在扩大。比如说私人捐助者，这些群体也不可能全部承担起全部公共健康的责任；他们往往只是间接地对国家的需要做出反应。在2005年，双边捐助者向公共医疗卫生提供了超过80亿美元援助，其中6个国家——美国、日本、英国、德国、法国和加拿大占了这些援助资金的

印度尼西亚制药公司的一名雇员正拿着治疗艾滋病的药物。



80% (见表2)。许多工业国提供的援助远远低于联合国的目标, 这个目标是将国民总收入的0.7%用于官方发展援助; 而对医疗援助的比例差距就更大了。

现有的医疗卫生管理体系是否能够适应对参与者阵营变化进行监管, 并确保合理的卫生健康问题被公平、有利、有效地解决? 答案是否定的。新的疾病已经出现, 许多国家 (包括一些相当贫穷的国家) 至少正在经历一场流行病情况的转变, 从以前的传染性疾病转变成慢性疾病, 而且这些国家承受双重负担: 他们依然有着很高的发病率和死亡率, 这是由传统的贫困性疾病造成的, 但是也面临着肥胖病、糖尿病、肺癌和心脏病等疾病。是否能做点什么以修正和加强现有的治理安排, 以便能够充分地应对即将到来的挑战做出反应? 本文探讨了现有全球卫生治理体系的成功之处和缺点, 并就前进道路的起始点提出了建议。

## 全球医疗卫生取得的成就

在过去短短的几十年里, 全球医疗卫生治理体系取得了一系列成就。这里需要指出的是, 通过我们提到的治理这种方式, 政府、私人部门、市民社会做出了促进并保护良好医疗卫生状况的重要决定。同样地, 治理不仅囊括了公共和私人组织的作用, 也包括了正式和非正式的规则和传统, 通过这些规则和传统, 这些机构相互联系并同寻求保护健康的人们相联系。治理也包括促进信息交换——关于被证明是成功的行动和策略和关于不能很好发挥作用的行动和策略的信息。

最突出的成就和努力控制具体疾病有关, 但是其他项目和计划也是非常重要的。

**遏制特定的疾病。**全球免疫运动消灭了天花, 控制了严重急性呼吸系统综合症 (SARS) 的蔓延, 并且几乎消灭了小儿麻痹症。成功的关键因素是什么? 以 SARS 行动为例证。尽管起初这个疾病让世界非常恐

慌, 但在该病毒还没扩散到东亚以外范围的时候, 各国协同行动的迅速实施使 SARS 病毒得到控制。我们全球医疗卫生治理的核心——WHO 与各国卫生部门紧密合作, 而且 WTO 是取得成功的关键因素。如果受到全球性的健康威胁, 相关机构将放下自己的不同利益, 通过快速建立全球流行病、临床和实验室网络, 协调他们的行动来应对威胁。

**控制烟草的使用。**世界卫生组织创立并领导 WHO 烟草控制框架公约, 该公约于 2003 年通过。全球有大约 300 个组织加入了公约, 该烟草控制框架开展了一些活动, 使每年由于吸烟而死亡的人数成功地减少大约 500 万人, 并且和各国政府合作, 增强它们对相关科研工作的理解。同时, 这些活动也提高了公众对吸烟有害的认识, 并在政治上, 为国家抵制烟草公司的努力铺平了道路。

**跟踪疾病。**世界卫生组织的全球预警和反应系统系统地跟踪全世界疾病的爆发。其每年对超过 200 起的疾病爆发展开调查, 其中有 5—15 起需要作出“重大的国际反应”。

**研制疫苗和提供能够负担得起的药品。**公私伙伴

表 2  
国家捐助

少数国家占据了对医疗卫生的官方国际援助的大部分份额, 一些捐赠国比其他国家更加关注医疗卫生情况。

	双边 ODA <sup>1</sup>	ODA 占 GNI 的百分比	投向公共医疗卫生的 ODA <sup>1,2</sup>	投向公共医疗卫生的 ODA 的百分比 <sup>2</sup>
美国	26081	0.22	3636	13.9
日本	15116	0.28	1156	7.6
英国	7187	0.47	729	10.1
德国	9122	0.36	593	6.5
法国	10012	0.47	394	3.9
加拿大	1915	0.34	380	19.8
荷兰	3872	0.82	318	8.2
瑞典	1947	0.94	266	13.7
挪威	2048	0.94	243	11.8
比利时	1379	0.53	142	10.3
丹麦	785	0.81	131	16.6
西班牙	968	0.27	127	13.1
爱尔兰	483	0.42	122	25.3
瑞士	1477	0.44	84	5.7
卢森堡	222	0.86	54	24.2
希腊	207	0.17	33	15.8
奥地利	1246	0.52	24	1.9
新西兰	217	0.27	18	8.4
澳大利亚	1440	0.25	14	1.0
葡萄牙	251	0.21	13	5.1
总计	85976	0.33	8475	9.9

资料来源: <http://stats.oecd.org/wbos/default.aspx>。

注: ODA = 官方发展援助。GNI = 国民总收入。意大利和芬兰没有包括进来, 因为关于对公共医疗卫生的 ODA 的数据很难获得。

1. 百万, 2005 年美元。

2. 公共医疗卫生是卫生保健状况的总和, 包含人口政策 / 计划和生殖健康, 和供水供应及公共卫生设施, 详细界定见 [www.oecd.org/dataoecd/44/45/35646083.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/44/45/35646083.pdf)。本栏包括了对核心艾滋病病毒项目 (代码 13040) 的援助, 但不包括对艾滋病病毒 / 艾滋病 (16064 部分) 的社会帮助。

表 1  
私人慈善事业

美国对国际卫生保健捐款的 10 大基金会中, 盖茨基金会占据绝对优势。

(2005 年, 百万美元)

比尔与梅林达·盖茨基金会	895
福特基金会	24
洛克菲勒基金会	22
大卫与露西·沃克德基金会	18
威廉和弗洛拉休利特基金会	13
约翰和凯瑟琳·麦克阿瑟基金会	10
默克公司基金会	10
百时美施贵宝基金公司	10
埃克森美孚基金会	9
斯达基金会	8

资料来源: 基金会中心。

注: 国际捐款包括跨境捐款和向设在美国的国际项目的捐款。

关系,比如全球疫苗免疫联盟配置全球资源,并促使制药公司、政府和捐助者一起努力,推动有广泛前景的疫苗的研发和分配。西方制药公司研制的抗逆转录酶病毒药物,及该药物在全球范围的传播(包括在印度公司的一个主要的传播途径)已经极大延缓了艾滋病人的死亡趋势。来自市民社会和信息传播运动的压力已经使得医治艾滋病毒/艾滋病等全球性疾病的药物价格有所降低。

## 全球医疗卫生的差距

毫无疑问,需要给予医疗卫生更多资金支持的一个原因,就是在2000年通过的联合国千年发展目标。尽管这些目标不具有法律约束力,但它们都集中智慧和金融资源去解决穷国正在遭受的痛苦。事实上,在8个目标中,三个涉及到医疗健康问题,其他的间接受到健康状况的影响,而健康是提高生活水平的基石。

一份最近对与健康有关的MDGs全球运动的报告警告说,到2015年约定期限时,这些涉及健康的目标很有可能一个也实现不了。据说,在现有的步骤中,千年发展目标中的第四个目标(降低2—3岁儿童的死亡率)直到2045年前也很难实现。千年发展目标中的第五个目标(孕产妇死亡率降低3/4)将会很难实现,并且在某些地区,还会出现恶化;关于千年发展目标中的第六个目标,尽管在2015年以前疟疾和肺结核能够得到控制,但是艾滋病毒/艾滋病迅速传播的情况不会得到改善——艾滋病的传染依然快速发展,人数增长超过艾滋病患者中得到治疗的人数。无论如何,在联合国艾滋病规划署/世界卫生组织公布2007年11月的“艾滋病最新情况通报”之前,全球运动得出了关于艾滋病毒/艾滋病的悲观结论,“艾滋病最新情况通报”中指出,最终由于控制HIV/AIDS的努力,在某些范围内,新的传染正在减缓,但是数字依然巨大(据估计在2007年新增250万人)。

在一个复杂的,而且众多捐助者和政府组织缺乏有效协调的背景下,许多主要问题依然没有得到解决并且没有胜者。此外,过分关注解决具体的疾病可能会模糊更大的目标:结构性条件,比如贫困和性别不公平,也能导致健康恶化。举例来说,涉及到解决HIV/AIDS问题的研究和监测项目以及金融和技术支持,尽管在某些地区取得某种程度(并在增长)的成功,但是并没有产生有效的控制方案或广泛的治疗计划;这种疾病估计在2007年夺走了210万人的生命。

现有的医疗卫生差距可以分为下面三种类型:

(1)不平等的核心。获得医疗卫生服务和干净的水及卫生设施机会的不平等:大约10亿人不能获得医疗

卫生服务,超过10亿的人们不能获得足够的服务。那些偶尔有机会获得治疗服务的人,获得的也是差的甚至是有损的医治——某些情况下,甚至得到些假冒伪劣药物。清洁的水和卫生设施满足不了世界相当一部分人的需求,因此,每年有数百万人死于缺水或因为水不清洁而造成的疾病。

在人口健康状况方面存在着巨大的差异:健康状况在发达国家和发展中国家之间继续存在着巨大差异,在发展中国家内部,尤其是大型的拥有大量人口的中等收入国家内,比如说中国和印度,健康状况也存在着极大差异。负责全球卫生治理的机构一直无法配置和有效地引领足够的资源去解决这些差距。他们也无法阻止“人才外流”,训练有素的医生、护士和其他医疗卫生人员从最需要他们的国家流向发达国家,在那里他们能挣得较高的工资。

营养不良:尽管对于发达世界的人们来说,拥有着丰富充足的食物,然而营养不良的情况——表现在热量摄入和特殊营养物质两个方面——依然广泛存在于众多贫穷国家。

(2)收集和传播信息。全球疾病监测:最近印度尼西亚拒绝和WHO分享H5N1型禽流感病毒的样本就可以作为例证——印尼作出这个姿态目的是确保从这种样本中研制出一个昂贵并且很有可能是稀缺的疫苗以提供给印度尼西亚人,这说明全球监测还没有足够的装备来发现和对疾病做出反应。

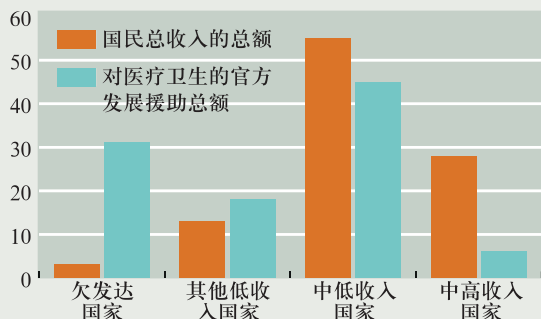
医疗卫生信息在世界范围内的传播:一些国家,如哥斯达黎加、古巴和斯里兰卡——还有印度的喀拉拉邦——正在有效地使用有限的资源来改善医疗卫生状况。尽管这些先行者有许多有用的经验可以分享,但是全球信息共享机制依然非常落后。

(3)主要的治理问题。协调全球机构:各国政府在他们国家内寻找解决医疗健康问题时要面对错综复杂的全球机构,并要从这些机构中获得支持。卫生部长常常抱怨大量的时间花费在给捐款者写建议和报告上,这些捐款者的利益、行动和进程有时是重叠的,但是往往各不相同。金融机构比如全球抗击艾滋病、结核和疟疾基金,就是一个试图集中资源、简化程序的机构,但是相似的举措在医疗卫生系统(与专门针对特定疾病相区别)层面上是非常缺乏的。

衡量全球卫生机构有效性的标准:尽管世界卫生组织和联合国其他机构对它们的成员国负有责任,但是针对医疗卫生成果,它们往往缺少详细和现实的目标,或者没有在为促进医疗卫生状况而采取的行动中起到中介作用——在任何情况下,对于一个缺少责任兑现的机构来说,这种全球性的评估是很难完成的。同样,从事改善全球健康工作的双边捐助者和市民社会

## 官方援助对象

最穷的国家得到了超过30%的双边医疗卫生援助。  
(所有官方发展援助的接受者,不同收入组所占的份额,百分比)



资料来源:世界银行《2007年世界发展指标》;OECD。  
注:2005年的数据,在只能获得前些年数据的情况下,数据为作者的推断。对医疗卫生的官方发展援助总额不包括对没有划归到一个具体收入组别的国家的医疗卫生的ODA。

团体很少对它们的成功或失败负责。

**全球知识产权法:** 专利保护的法律效力因国家而异,这种法律会导致发达国家和发展国家之间的矛盾,也会使得市民社会和制药产业发生冲突,比如说,抗逆转录酶病毒药物的定价问题。各国还没有找到如何处理二者关系的方法,也就说既要鼓励私人部门在药品研发上投资,同时也要鼓励其对穷人迫切的医疗需求给予足够的重视。

## 选择好主要问题

从历史上看,各国政府已经在保护国民健康方面采取了行动,不过很少开展国际合作。然而,疾病跨越国界传播变得越来越普遍,政府的控制力开始减弱,同时全球影响对于个别国家的作用开始加强。因为疾病威胁正在日益跨越多个国家和地区,一国甚至是双边行动也已很难应对。在许多情况下,只有集中区域或全球的资源才能确保人口健康,从许多方面来讲,只有建立一个全球的公共物品才足以应对健康问题。

在这里,需要强调指出的是,使公共物品作用下降的最重要因素就在于公共物品提供方面潜在的市场失灵。在医疗卫生领域,这有时意味着如果一个实体创造出同时也能让他人受益的新技术或者某种知识,而它不愿意尽其所能地在这个知识或技术上投资,除非它自身能够完全占有这项知识或技术的好处。其中一个例子是,由西方政府提供关于研究某些疾病,比如说疟疾的经费缺乏,这是因为这种传染病是发展中世界的主要杀手,但是在西方世界却不是(尽管它们对全球安全和繁荣有着长期的影响)。另一个例子是,中国在早

期不愿公布关于SARS的信息。尽管迅速的行动将使得其他国家的卫生状况受益,但是这将会潜在地伤害中国的声誉和经济的运行,因此,它选择的是拖延发布。

需要将哪一个与医疗卫生有关的治理问题放在国际合作事项的首位?第一,所有的国家必须有充足的资源来实现和医疗卫生相关的千年发展目标。双边捐助者处在国家合作努力的中心位置,以确保贫穷国家的疾病预防、治疗和护理等得到适当的资金,但是这种关系不可避免地导致对不同国家的不平等关注。这种行为因为忽略了个别国家,而对这个国家甚至对整个世界,产生广泛的和长期的不良后果。同时也有道德上的原因,国际援助推动了发展中国家医疗卫生状况的改善。在一个全球化的世界,没人有权利忽视那些生存在异常恶劣的条件下的人们。

好消息是,双边捐助者成功地将他们的医疗援助给了那些最贫穷的国家(见图)。但是尽管众多的医疗卫生专家期望外国对医疗卫生的援助能够持续增加,但是一份最新的调查(Hecht和Shah,2007)指出,这远远不确定。不仅最近的发展援助不会继续增长,而且如果捐助结果并不显著的话,医疗卫生的捐助者可能会不愿继续他们的投资。

在确保医疗保健有足够的资金中,最核心的也许是改进低效使用资源的状况。在许多国家,基本的管理和责任制(更不用说将资源配置到最有成本收益的干预措施上)严重缺乏。

第二,有必要监测和评估国家层面的医疗卫生问题。这些努力应该包括对新的和现有的疾病进行监视,以及推进对威胁全球的疾病的研究。

第三,有必要制定措施来确保遵守在全球范围内制定和应用都最为出色的规则和标准。全球标准(举例来说,食品安全、药物、医疗和其他制成品的标准;空气和水的安全等级标准;还有对当地经济条件敏感的劳动力惯例标准)能够帮助防止公共健康危机,包括那些跨境的危机。地区性规则与健康没有直接联系——比如说限制二氧化碳排放以延缓全球变暖——但也可能是非常重要的。

## ……以及如何达到目标线

必须采取什么措施以达到这些要求?对于全球医疗卫生来说,有多种方式可以加强治理安排,这里仅描述一小部分。

**明确角色定义。**世界卫生组织得到了广泛合法性的公共支持,这是因为它是由会员国推选成立的,同时也必须对会员国负责。因此,世界卫生组织处于一个有利位置来领导全球医疗卫生治理,尽管多数国家认

为它的作用需要加强。国际社会应做出协调一致的努力，就WHO的授权是否需要扩大和怎样扩大，WHO权力机构颁布的国际医疗卫生条例是否应得到加强，WHO是否需要得到更高水平的资助等问题达成协议。世界卫生大会（WHO的决策机构）需要考虑建立新的机制，从而使全球医疗卫生的其他行为者参与进来。此外，世界卫生组织的治理和区域结构需要进行改革，以便满足世界卫生组织新的需要。

**加强经验的分享。**随着各国追求长期的医疗卫生政策和积极探索新的政策，系统地传播关于不同方法的优势和劣势、成功和失败的信息是非常重要的。

**更广泛的协调。**广大的捐助者都是工作在一个狭小的具体的疾病领域，但是他们未必必要享有一种相似的气质，更不论类似的方法。正在制订的全球指标将呈现与捐助者计划相关的医疗卫生成果，推动捐助者提高责任感，从而集中资源进行最有效的干预。国际医疗卫生伙伴关系也是非常有用的，该项目发起于2007年，其目标是“增强对国家医疗卫生计划的各种支持间的协调，促进国际卫生组织、主要的捐助国和发展中国家之间的合作。”该合作关系是与新成立的医疗卫生机构峰会（也就是“医疗卫生8组织”——世界卫生组织、世界银行、联合国儿童基金会、联合国人口行动基金、联合国艾滋病规划署、全球疫苗与免疫联盟、基金合作以及盖茨基金会）协力建立起来的。

**解决医疗卫生中的不公平状况。**捐助者和受援国政府必须加强合作，以便确定和推进发展中国家的医疗卫生议程。许多国际上的努力主要是对付特定疾病的，但造成健康问题的根本原因也必须得到解决。医疗卫生体系的缺陷是贫穷国家产生持续健康赤字的一个重要因素。更广泛的结构性问题对医疗卫生有着影响，也需要更多的关注，包括贫穷、人权、性别的失衡、以及穷人无力改善获得高质量医疗保健状况，这些都需要关注。决定健康的更重要因素，例如水和卫生设施、污染、工作场所的安全性、道路安全以及暴力也是非常突出的，并具有重要的意义。

**协调与其他领域之间的关系。**全球医疗卫生治理和安排需要支持和获得其他国际协议的支持，包括解决劳工、贸易和环境等问题的协议。一种检验这种协议的方法，就是询问他们是否确切地帮助穷人获得了医疗卫生服务。

**其他相关的医疗卫生领域参与者。**私人部门和市民社会能够帮助协调地方和全球的努力。相关组织的积极行动已经开始谋取企业的支持，以促进全球医疗卫生的发展，这些组织包括全球疫苗免疫联盟、全球企业抗艾滋病联合会、世界经济论坛全球卫生行动组织等已经开始支持由私人运作的、非盈利企业为促进全

球医疗卫生事业而开展的活动。举个例子，印度的Aurolab正在积极帮助使穷人享受到医疗技术的服务。虽然如此，潜在的跨部门合作还远远没有实现。世界卫生组织或其他国际组织应该承担起监测、评价和对“健康责任”等级进行排名的职责，很大程度上，这个排名是根据他们的“绿色指数”进行排序的。

**对国家治理进行评价。**较好的国家治理（例如减少腐败、提高官员的能力、采用或加强民主的做法，以及确保中央的决策在社会中最穷和力量最弱小的部门中也能得到落实）将有助于国家发现能够应用在医疗卫生领域的财政金融资源。尽管这非常重要，但是这样的改革很可能使卫生部门依然得不到足够的资源。一项更有针对性的战略往往是比较重要的，详细地复查一个国家的支出，这种复查是带着明确的目标的，就是使更多的资金份额改流到医疗卫生领域。

\*\*\*\*\*

当我们向前迈进的时候，我们需要思考的是，治理不仅仅是在这讨论的机构、机构之间的关系以及机构必须遵循的规则和标准。我们也必须考虑这样一个需要，就是需要市民社会参与这样一个讨论，讨论的内容是我们想要达到的良好的治理是什么样子的，以及在日益全球化的世界中，公民应该是什么样子，我们寄予这两者以希望。在这样的背景下，信息共享不仅仅是技术信息的交换，而且是价值观、期望值和责任感的交流。

没有富国和穷国的互相交流，上述的任何一项改革都是不可能的。在贫穷国家中，威胁健康的疾病即使对经济、社会稳定、国内安全没有广泛的影响，向它宣战也是一件十分正确的事。然而，在一个全球化的世界，疾病传播对于全球社会，无论是富国还是穷国可能造成的后果，促使建立一个强有力医疗卫生管理制度势在必行。

David E. Bloom, 哈佛公共卫生学院经济学和人口学  
Clarence James Gamble 名誉教授。

参考文献：

Hecht, Robert, and Raj Shah, 2007, "Recent Trends and Innovations in Development Assistance for Health," in *Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd ed., ed. by Dean T. Jamison and others* (Washington: World Bank and Oxford University Press).

Norway, Office of the Prime Minister, 2007, *Report of the Global Campaign for the Health Millennium Development Goals*; available at [www.regjeringen.no/en/dep/smk/Selected-topics/The-Millennium-Development-Goals/Global-Campaign-to-Reduce-Maternal-and-C/ The-Global-Campaign-for-the-Health-Mille.html?id=481776](http://www.regjeringen.no/en/dep/smk/Selected-topics/The-Millennium-Development-Goals/Global-Campaign-to-Reduce-Maternal-and-C/ The-Global-Campaign-for-the-Health-Mille.html?id=481776).

For references to additional papers cited herein and a short bibliography, see this article on the Internet at [www.imf.org/fandd](http://www.imf.org/fandd).