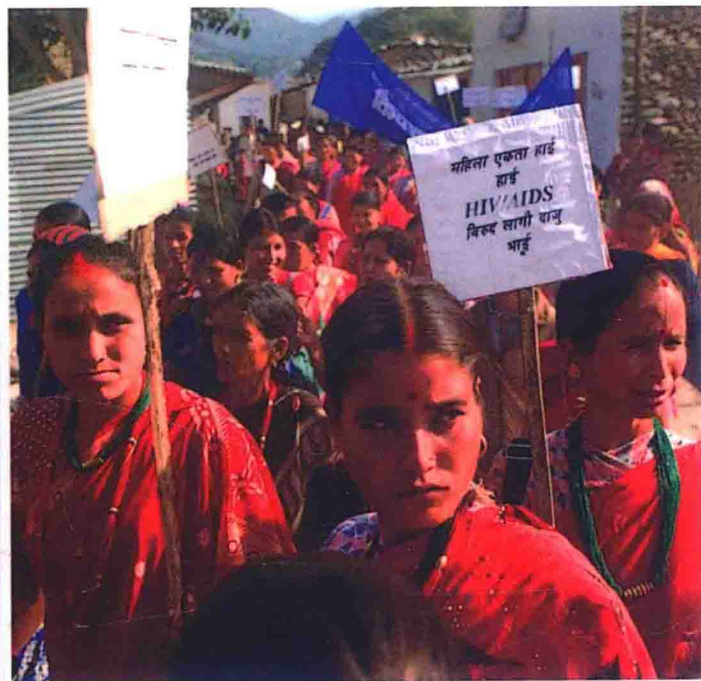
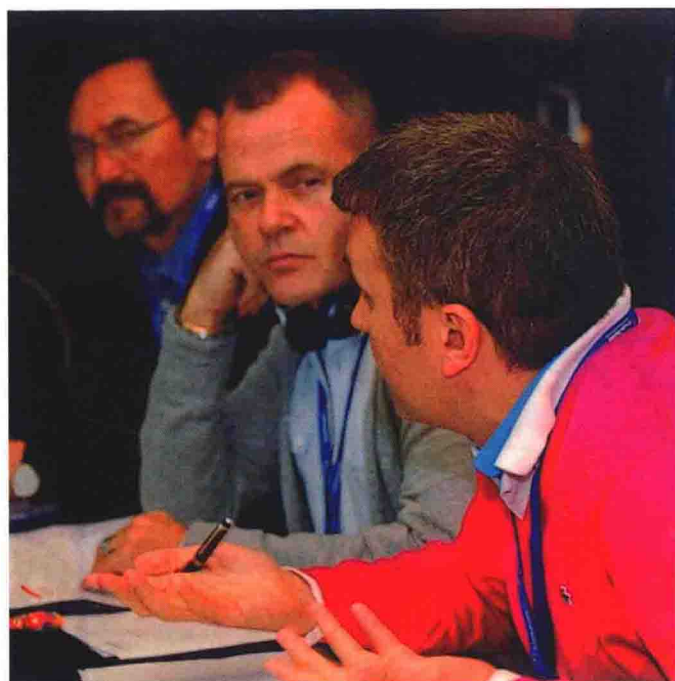


创新卫生伙伴关系

多元化的外交

Innovative Health Partnerships

The Diplomacy of Diversity



原著 Daniel Low-Beer

主译 郭 岩

主校 任明辉



北京大学医学出版社

创新卫生伙伴关系 ——多元化的外交

Innovative Health Partnerships
The Diplomacy of Diversity

原著 Daniel Low-Beer

主译 郭 岩

主校 任明辉

译者 杨昊旻 张东奇 李昂

北京大学医学出版社

CHUANGXIN WEISHENG HUOBAN GUANXI

——DUOYUANHUA DE WAIJIAO

图书在版编目 (CIP) 数据

创新卫生伙伴关系：多元化的外交 / (瑞士) 勒夫

贝尔原著；郭岩译. —北京：北京大学医学出版社，2014.4

书名原文：Innovative health partnerships: the
diplomacy of diversity

ISBN 978-7-5659-0798-2

I . ①创… II . ①勒… ②郭… III . ①医疗保健事业 -
国际合作 - 研究 IV . ① R199.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 043648 号

Innovative Health Partnerships: The Diplomacy of Diversity

Daniel Low-Beer

Copyright ©2011 by World Scientific Publishing Co.Pte.Ltd. All rights reserved. This book, or
parts thereof, may not be reproduced in any form or by any means, electronic or mechanical,
including photocopying, recording or any information storage and retrieval system now known
or to be invented, without written permission from the Publisher.

Simplified Chinese translation arranged with World Scientific Publishing Co. Pte Ltd., Singapore.
Simplified Chinese version Copyright ©2014 by Peking University Medical Press. All rights
reserved.

北京市版权局著作权合同登记号：图字：01-2012-5108

创新卫生伙伴关系——多元化的外交

主 译：郭 岩

出版发行：北京大学医学出版社（电话：010-82802230）

地 址：(100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址：<http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷：北京佳信达欣艺术印刷有限公司

经 销：新华书店

责任编辑：董采萱 责任校对：金彤文 责任印制：苗 旺

开 本：889mm×1194mm 1/16 印张：17 字数：550 千字

版 次：2014 年 4 月第 1 版 2014 年 4 月第 1 次印刷

书 号：ISBN 978-7-5659-0798-2

定 价：96.00 元

版权所有，违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

译者前言

随着全球化进程的加速，我们逐渐面临更多的全球化带来的健康问题，如新发和复发传染病不断涌现、非传染性疾病负担日益增加、健康不公平广泛存在等，这些已不仅仅是一个国家或地区的问题，而且需要各国政府、国际社会及相关方共同协调努力来解决。在这样的背景下，各国之间的相互依存、利益交融已达到前所未有的程度，加强全球卫生合作已成为国际社会的共识。因此，全球卫生治理以及卫生外交日益成为卫生和外交领域的重要议题。卫生已不仅局限于纯粹的技术领域，而且逐渐扩展到社会发展、贸易和外交领域。

在上述全球化澎湃的浪潮下，中国已经成为一个具有广泛且重要全球影响的世界大国。在加强全球卫生治理、改进全球健康结果、实现全球卫生公平和维护全球卫生安全方面，中国将承担越来越多的国际责任，国际社会对中国在全球卫生方面发挥更大作用的期待也越来越高。中国政府已经承诺继续加强多边和双边的卫生合作，在全球卫生治理中发挥更加具有建设性的作用。“通力合作、发展共赢、实现全球卫生公平”已成为中国对外卫生合作与交流所遵循的原则。事实上，中国能够为全球健康和改进健康产出做出更大贡献。然而在这方面，中国还面临着诸多挑战，其中重要的一点就是中国机构的能力和和经验有限。中国需要增进对国际发展合作最佳实践的理解，需要具备更多参与全球卫生政策制定和治理的能

力。通过翻译国外优秀的教材和专著来增强知识储备，是加强能力建设的重要基础。

最近几年，国际社会、学术机构等也都开始关注卫生治理与卫生外交问题，纷纷推出项目计划、支持卫生治理与卫生外交方面的研究、教育、培训和实践，这已经成为卫生领域的一个明显发展趋势。这部《创新卫生伙伴关系——多元化的外交》的引入和出版，可以说是恰逢其时。本书收录了有代表性的文章，其具体问题情境不同，希望它能够对中国的学者有所启发。

本书为各篇独立文章的汇编，体例原本不尽相同，英文版中沿袭原文而未作统一。译成中文时，为保持学术文章完整性，未进行删减，保留了原有内容。但原书中不同学者的观点不代表译者本身的观点，对此请读者本着批判吸收的态度甄别借鉴。

值得一提的是，本书的编译过程得到了国家卫生和计划生育委员会国际合作司任明辉司长的大力支持，他不仅有深厚的全球卫生方面的学术功底，还具有极其丰富的全球卫生外交的实践经验。本着对卫生外交工作的热忱和对读者负责的态度，他在百忙之中逐字逐句地对本书进行了高质量的修改，为本书增色不少。在此对他谨致谢意！

由于译者经历和对全球卫生外交理解的不足，可能致本书有许多不完善之处，敬请广大读者予以谅解，并盼望各方有识之士不吝赐教。

译者

原著作者列表^①

Daniel Low-Beer: 全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金 (GFATM) 绩效、影响与效果部主任。他曾在世界卫生组织 (WHO)、卫生部和非政府组织内任职。

Richard Manning: 曾任经济合作发展组织 (OECD) 发展援助委员会 (DAC) 主席、英国国际发展援助署 (DFID) 政策主管、全球基金 (GFATM) 再筹资大会主席。他在世界银行和创新型卫生伙伴关系的发展、健康和筹资领域起主要的作用。

Paul Isenman: 援助结构和效果独立顾问。他曾在世界银行和经济合作发展组织 (OECD) 中担任高层领导。他是关于援助有效性《巴黎宣言》的发起人之一。

Alexander Shakow: 在发展领域有 50 年的工作经验。他曾在美国和平队、美国国际开发署 (USAID) 和世界银行中担任高层职务。虽然他现已退休，但仍然是一些国际机构的临时独立顾问。

Tedros Adhanom Ghebreyesus: 埃塞俄比亚联邦民主共和国卫生部部长、遏制疟疾伙伴关系 (Roll Back Malaria Partnerships) 和全球基金 (GFATM) 理事会主席。他是加强发展援助受援国所有权的主要代言人。

Hareya Fassil: 埃塞俄比亚卫生部国际事务顾问。

Dean Shuey: 在非政府组织和世界卫生组织内任职，在亚非地区的现场、国家和区域层面工作。

Rebecca Dodd: 现在马尼拉的世界卫生组织 (WHO) 西太区办事处工作。她曾在世界卫生组织 (WHO) 驻越南代表处工作，并撰写了关于卫生伙伴关系和卫生治理方面的大量文章。

Margret Thalwitz: 曾任世界银行全球项目和伙伴关系部主任。她曾帮助领导世界银行在创新型卫生伙伴关系和《阿克拉行动议程》中的工作。

Prerna Banati: 哈佛大学全球卫生与人口系访问学者。

Bernard Nahlen: 美国总统疟疾计划 (PMI) 协调员。

Richard Stekete: 负责非洲地区疟疾控制和评估伙伴关系的工作，曾任遏制疟疾伙伴关系 (Roll Back Malaria Partnerships) 的监督、评估和参考小组主席。

Bjorg Sandkjaer: 全球疫苗免疫联盟 (GAVI) 公共政策高级项目官员。

Kathy Marconi: 曾任美国总统防治艾滋病紧急救援计划 (PEPFAR) 战略信息部主任。现任马里兰大学大学学院卫生事业管理系教授、主任。

Paul Bouey: 现任总统防治艾滋病紧急救援计划 (PEPFAR) 战略信息部主任，并领导将方案付诸结果。

Mark Dybul: 曾任美国全球艾滋病协调人并负责总统防治艾滋病紧急救援计划 (PEPFAR)。他现在乔治敦大学国家和全球卫生法律中心担任艾滋病、疟疾和全球卫生联合主任。

Nina Ingenkamp: 全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金 (GFATM) 技术官员。

Dida Connor: 全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金 (GFATM) 私立部门高级官员。

David Evans: 全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金 (GFATM) 私立部门资源动员经理。

Brian Brink: 英美资源集团 (Anglo-American Plc.) 首席医疗官，居住在南非。

Josh Galjour: 全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金 (GFATM) 项目官员。他同美国和撒哈拉以南非洲的一些民间组织一起工作过，其研究领域包括全球卫生的治理。

Asia Russell: 全球健康获得项目 (Global

① 文中所述仅代表作者的发现和观点，而并不代表作者所属的机构。

Access Project) 国际政策主任、艾滋病和全球卫生领域的主要社会活动家。2007—2009 年间, 曾代表发达国家非政府组织出任全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金 (GFATM) 理事会理事。

Alan Whiteside: 南非夸祖鲁 - 纳塔尔大学卫生经济学和艾滋病研究中心主任。他曾是联合国非洲艾滋病与治理委员会委员。他从 1987 年起就开始在艾滋病领域工作。2008 年, 他的新书《艾滋病: 简短的介绍》(*HIV/AIDS, A Very Short Introduction*) 由牛津大学出版社出版。

Jean-Marc Olivé: 医生和公共卫生专家。他在世界卫生组织内工作了 30 多年, 工作地点包括加勒比地区、拉丁美洲、非洲、欧洲和亚洲。他的上一个职位是世界卫生组织 (WHO) 驻越南代表。

Wuleta Lemma (与 N. Kedir, G. Azene, B. Abdosh, J. Aliy): 美国杜兰大学全球健康公平中心主任兼助理教授, 杜兰大学埃塞俄比亚项目主任。N. Kedir 曾是埃塞俄比亚国务院政策、计划与财政理事会理事长。G. Azene, B. Abdosh 和 J. Aliy 是埃塞俄比亚杜兰大学技术援助项目高级专家和项目领导人。

Aparajita Ramakrishnan (与 S. Sgaier, A. Alexander): 比尔与梅琳达盖茨基金会高级项目官员。S. Sgaier 也是一名项目官员。Ashok Alexander 是比尔与梅琳达盖茨基金会驻印度办公室主任。

Alexey Bobrik: 俄罗斯开放卫生中心 (Open Health Institute) 主任, 他是非政府组织应对的先驱。

Erling Hog: 在伦敦政治经济学院任职, 专业领域为脆弱国家。

原著致谢

仅以此书献给 Ann 和 Tom Low-Beer 以及他们对卫生、教育、辩论和书籍的热爱。

特别感谢 Eve, Louis 和 Noah Low-Beer 在我著书过程中的大力支持和鼓励，并让我有时间放松休

息。感谢 Ann Low-Beer 不厌其烦地与我讨论，并对观点和语言进行修饰。感谢 Andrew Cassels 对一些章节的指导，John Rae 对封面照片的调整，以及 Elena Nash 和 V.K. Sanjeed 的出色编辑。

缩 略 语 表

英文缩写	英文全称	中文全称
AIDS	acquired immune deficiency syndrome	获得性免疫缺陷综合征（艾滋病）
ART	Antiretroviral therapy or treatment	抗反转录病毒治疗
DALY	disability-adjusted of life year	伤残调整寿命年
DFID	Department for International Development (United Kingdom)	（英国）国际发展署
FDI	foreign direct investment	外国直接投资
G8	group of eight nations	八国集团（美国、英国、法国、德国、意大利、加拿大、日本和俄罗斯）
G20	group of twenty nations	二十国集团（八国集团加上中国、阿根廷、澳大利亚、巴西、印度、印度尼西亚、墨西哥、沙特阿拉伯、南非、韩国和土耳其及欧盟）
GAVI Alliance	Global Alliance for Vaccines and Immunisation	全球疫苗免疫联盟
GDP	gross domestic product	国内生产总值
HIV	human immunodeficiency virus	人类免疫缺陷病毒（艾滋病病毒）
IAVI	International AIDS Vaccine Initiative	国际艾滋病疫苗行动组织
IMF	International Monetary Fund	国际货币基金组织
MDG	Millennium Development Goals	千年发展目标
MSF	Médecins Sans Frontières/Doctors Without Borders	无国界医生组织
NGO	nongovernmental organisation	非政府组织
ODA	official development assistance	官方发展援助
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development	经济合作与发展组织
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief	（美国）总统防治艾滋病紧急救援计划
TB	tuberculosis	结核病
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	联合国艾滋病规划署
UNDP	United Nations Development Programme	联合国开发计划署
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund	联合国儿童基金会
USAID	United States Agency for International Development	美国国际开发署
WHA	World Health Assembly	世界卫生大会
WHO	World Health Organisation	世界卫生组织

目 录

引言：多元化的卫生外交	1
<i>Daniel Low-Beer</i>	
第一篇 共同主题	15
1. 卫生伙伴关系的起源与多元化	17
<i>Richard Manning</i>	
2. 与新的合作伙伴谈判提高援助有效性和数量：全球性基金的作用	27
<i>Paul Isenman 和 Alexander Shakow</i>	
3. 在国家水平管理卫生伙伴关系	41
<i>Hareya Fassil 和 Tedros Adhanom Ghebreyesus</i>	
4. 结果导向的管理：协调卫生发展的“通用货币”	51
<i>Daniel Low-Beer</i>	
5. 国家卫生体系与全球卫生伙伴关系：挑战是什么？如何应对挑战？如何改变？	67
<i>Dean Shuey 和 Rebecca Dodd</i>	
6. 伙伴关系的局限性：向前推进议程	77
<i>Margret Thalwitz</i>	
第二篇 在全球层面整合新型伙伴关系	85
7. 全球卫生规划：通过协商援助有效性构建新型伙伴关系	87
<i>Prerna Banati 和 Daniel Low-Beer</i>	
8. 疟疾：控制疟疾中的伙伴关系	101
<i>Bernard L. Nahlen 和 Richard W. Steketee</i>	
9. 融资发展的创新型方法：全球疫苗免疫联盟（GAVI）	109
<i>Bjorg Sandkjaer</i>	
10. 美国总统防治艾滋病紧急救援计划：国际艾滋病支持的成果驱动方法	119
<i>Katherine Marconi, Paul Bouey 和 Mark Dybul</i>	
11. 私人基金会：在融资和卫生治理中的角色	135
<i>Nina Ingenkamp 和 Daniel Low-Beer</i>	
12. 私营部门：做事的新方式	149
<i>Dida Connor, David Evans 和 Brian Brink</i>	
13. 民间团体伙伴——承认民间团体在全球卫生中的地位	155
<i>Josh Galjour 和 Asia Russell</i>	

第三篇 在国家层面整合新型伙伴关系	167
14. 南部非洲的治理与可持续筹资：斯威士兰的案例研究 <i>Alan Whiteside</i>	169
15. 越南的援助改革谈判：展现“国家”所有权 <i>Rebecca Dodd 和 Jean-Marc Olivé</i>	181
16. 埃塞俄比亚：联合利益相关方支持国家卫生计划 <i>W Lemma, N Kedir, G Azene, B Abdosh, J Aliy 和 O Bushen</i>	191
17. 印度：通过伙伴关系扩大艾滋病预防——Avahan 项目的经验 <i>Aparajita Ramakrishnan, Sema K. Sgaier 和 Ashok Alexander</i>	205
18. 俄罗斯：非政府组织应对艾滋病的重要特征——坚定的领导、专业的信誉和广泛的伙伴关系 <i>Alexey Bobrik</i>	215
19. 国家的脆弱性：在非洲国家与伙伴合作取得健康结果 <i>Erling Høg</i>	223
20. 卫生社区：社会资本和有效的伙伴关系——以社区应对为基础 <i>Daniel Low-Beer</i>	235
总结——走向创新全球卫生伙伴关系 <i>Daniel Low-Beer</i>	251
附录：额外的学习资料	259

引言：多元化的卫生外交

Daniel Low-Beer

过去的十年是全球卫生治理创新并几乎构建的时期。在此期间，旧的治理结构被打破，健康成为发展和外交领域的广泛问题，八国集团（G8）扩展成为二十国集团（G20），而国际卫生治理也在国家之内和联合国之外不断发展（Buse 等，2009；Lee，2003）。全球卫生不断涌现了一批新成员：私人基金会、北方和南方的非政府组织、流行歌手和私营企业。因此，这些利益相关方之间形成了新型的合作方式，将所有的合作伙伴团结起来关注健康问题，例如全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金（GFATM）以及国际卫生伙伴关系（IHP）。然而，这些伙伴关系也面临着一些传统发展问题的挑战，如协调、与国家规划一致和为健康的结果负责等（Cohen，2006；Garrett，2007；Richter，2004）。本书所关注的焦点在于探析这种多元化的外交，进而讨论卫生伙伴们如何能够在全球和国家范围内有效地开展合作。

15年前，我们可能无法预测到会有如此的变化。比尔·盖茨更多的是在设计全球卫生项目而不是软件，非政府组织和患有艾滋病的人们正管理着价值200亿美元的全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金（GFATM），世界卫生组织（WHO）召集了一系列有关结核病、疟疾、健康矩阵和卫生人力的伙伴关系，金融市场发行债券来支持计划免疫，布什总统宣布将紧急投入150亿美元用于艾滋病全球性项目，博诺在销售其音乐的同时为了全球健康售卖 iPod 和太阳镜等红色产品（RED）。15年来，新型伙伴和伙伴关系的不断发展表明，现在有必要评估其形成的背景。这是本书的首要目的，也就是回顾各种新伙伴，以及这些伙伴是如何有效地对健康结果做出贡献的。

然而，我们如何才能弄清楚这些新型伙伴呢？一名非洲的卫生部长是如何通过与如此多样的伙伴进行谈判，从而赢得对国家卫生规划的支持的？为了实现国际卫生目标，一名欧洲的开发署署长是如何确定将资金投给谁的？一名艾滋病患者是如何代表其他患者管理一个全球性项目的？一名在纽约一家诊所内工作的活动家是如何支持乌干达和全球性项目理事会的卫生工作人员的？这些新型伙伴关系在瑞士、俄罗斯、越南和苏丹是如何运作的？这需要新的、坦率和直接的卫生外交，在各种伙伴之间既有批判性又有建设性，以保证国家机器不受压制。这是这本书的第二个目的，即评估各个伙伴是如何在全球、国家和社区范围内开展合作，并得出可供改进的经验教训。

凡事都有作用和反作用，这些伙伴们在改变卫生治理的同时，他们自身也在改变。现在，公民社会在各种会议场所不断赢得发言权，同时也在会议之外继续宣传。世界卫生组织主持了一系列在联合国范畴之外的新型伙伴关系，这些伙伴关系拓展并影响到了联合国系统的核心功能（Brown 等，2006）。商人们发起全球卫生项目，同时另一些商人则会在非洲的法院为药价辩护^①。新千年的到来也令人意外地带来了新的全球卫生伙伴，活动家们团结起来呼吁人人享有健康，私人基金会提供了资金，政治家们承诺筹资，企业们降低药价，而联合国则在其《千年宣言》中正式提出并普及其目标。他们有以下几点特征：

- 与发展和健康有关的社会运动：由于发展的红利仍然来源于对教育下一代和消除贫困的社会投入，社会活动组织团结了不同的伙伴，超越了

^① 例如，南非的一个涉及艾滋病治疗专利和药物可及性法律案件（Buse 等，2009）。

传统卫生机构的功能。

- 创建全球卫生伙伴关系，解决全球危机：这一运动创建了新型全球卫生伙伴关系。他们反映了公立机构、私立部门、公民社会、私人基金会和多边组织之间的新的伙伴关系，他们以全球的视角应对全球危机，而不是分别应对。
- 新的支持者治理模式：新的行为体不仅是新兴的合作伙伴，他们也是全球卫生的支持者，并希望在卫生外交和决策中占有一席之地。这正在改变全球和国内的治理机制。

随着对全球卫生承诺的不断增加，自2000年起，进入了创新型卫生伙伴关系的创立时期（图1）。在这之后则是一段巩固时期，各方共同行动改善其效果，从而提供更好的卫生援助，改善卫生系统，寻找国内的伙伴，并将成果推广至妇女儿童健康（Greco等，2008；Oliveira-Cruz等，2003）。这是这本书的第三个目的，即评估这些合作伙伴是如何改变卫生治理的，他们如何改变自身，又需要什么样的改进以加速卫生发展。

本书的每一章都评估了新型合作伙伴的创新点并给出了完善效果的实用建议。这些建议从不同的角度看待这一问题，从社会活动家、私立部门、国家卫生部部长、地区卫生工作人员、多边组织，到其他在这些伙伴关系中工作的人员，包括有关援助有效性的

《巴黎宣言》的作者，以及社区卫生服务的提供者。对创新点和挑战的讨论是多元外交的核心，并推动了卫生伙伴关系的发展。

从国家层面卫生部部长与财政部部长谈判时的作用，以及在国际层面世界卫生组织发挥疾病和卫生伙伴关系的作用可以看出，全球卫生的这一“伙伴关系时期”打破了国际和国内卫生治理的力量平衡。然而，这也同时造成了治理与协调之间的差距。决策过程是在一个理事会和机构网络内进行的，而这一网络却是由不断改变的选民松散组织起来的。新的合作伙伴需要采取共同的行动加强卫生系统，减少交易成本，并展示其总体影响力。这就提出了集体行动的挑战，要求卫生外交给予支持。

如果说2000—2006年间形成了很多新型卫生伙伴关系，那么从2007年起，他们就开始采取对卫生系统和援助效果的集体行动。然而，有些人也提出异议，认为现在过多谈论协调和完善效果，而忽视了行动。金融危机的突然降临促进了合作伙伴关系的有效性（Marmot和Bell，2009）。最近的一篇文献综述强调，这一“巩固和扩张的时期”是从应急到可持续的转变特点的，并对效果不间断地关注（High Level Independent Review Panel, 2011）。本书的关注点将着重于第二个时期，即关注效果。有关卫生领域的效果，是在金融危机之前提出的，但在此之后得到

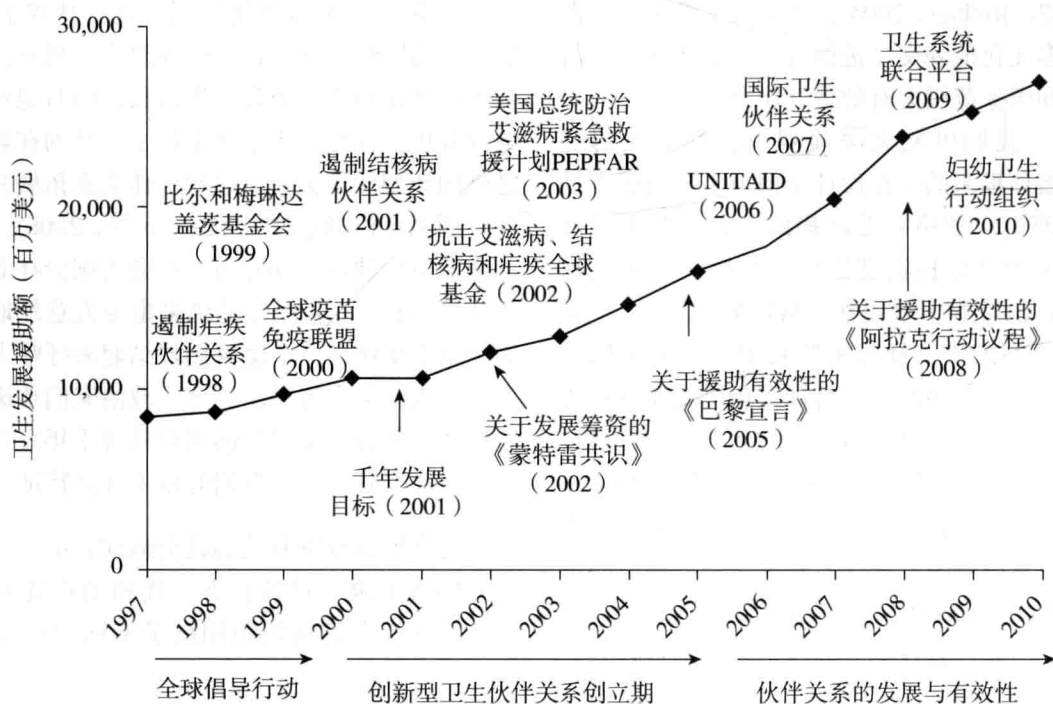


图1 每年的卫生发展援助额（百万美元）和创新型伙伴关系中的关键事件

进一步的重视。新的多元化若能同外交一起打造强大的集体行动、管理共同危机，就会成为革新的重要来源(Burris 等, 2005; Kickbusch 等, 2007)。本书将这些治理和效果问题放在真实的环境下进行研究, 并分析了在全球和国家范围内伙伴关系参与者的贡献。

1. 卫生伙伴新的多元化

21 世纪初, 发展和全球卫生的新的承诺就已做出并付诸行动。停滞于 20 世纪 80 和 90 年代的卫生官方发展援助 (ODA) 也开始在 2000—2006 年有了 15% 的年增长率 (OECD, 2008), 官方发展援助中卫生所占有的比例也从 12% 上升至 15%^②。在 2008 年, 共有 239 亿美元的资金投入到广义上的卫生发展援助领域 (图 2), 资金来源包括公立和私立部门, 例如盖茨基金会 (IHME, 2010)。在此期间有一些重大而令人惊异的里程碑式事件。美国总统防治艾滋病紧急救援计划 (PEPFAR) 每年投入 60 亿美元, 这是一个国家为一种疾病所作出的努力。现在, 该计划已扩展覆盖到结核病和疟疾, 并提出了新的全球卫生行动。全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金每年拨

款 30 亿美元, 全球疫苗免疫联盟 (GAVI) 10 亿美元, 盖茨基金会 18 亿美元 (IHME, 2010)。这些新的基金虽然很庞大, 但仍然比最初设想的要少, 例如全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金最初设想每年投入 100 亿美元。初步估计显示, 在 2010 年, 卫生发展援助额会增加到 268.7 亿美元。但增长率却减少了一半, 从 2004—2008 年的 13% 降至 2008—2010 年间的 6%, 不过估计在 2011 年还会有所增长 (IHME, 2010)。然而联合国艾滋病规划署 (UNAIDS) 的估计数字显示, 对艾滋病的捐助在 2010 年首次下降 10%。金融危机使人们看得更远而非仅仅关心这些新的行为体的资金贡献。我们应该评估其创新点、挑战, 以及如何改善援助效果 (Lane 和 Glassman, 2007; Piva 和 Dodd, 2009)。

这些主要的创新型伙伴均没有投入大量的资金, 甚至很多组织在 21 世纪初还未成立, 但却对卫生发展援助额的增加起到十分重要的作用。2000—2008 年, 世界银行和区域性银行的投入占卫生发展援助总额的比例从 23% 降至 7%, 而联合国系统则从 23% 降至 15% (很大程度上是因为其他资金来源的增加, 而非两者绝对值的减少)。双边援助所占比例从 1990

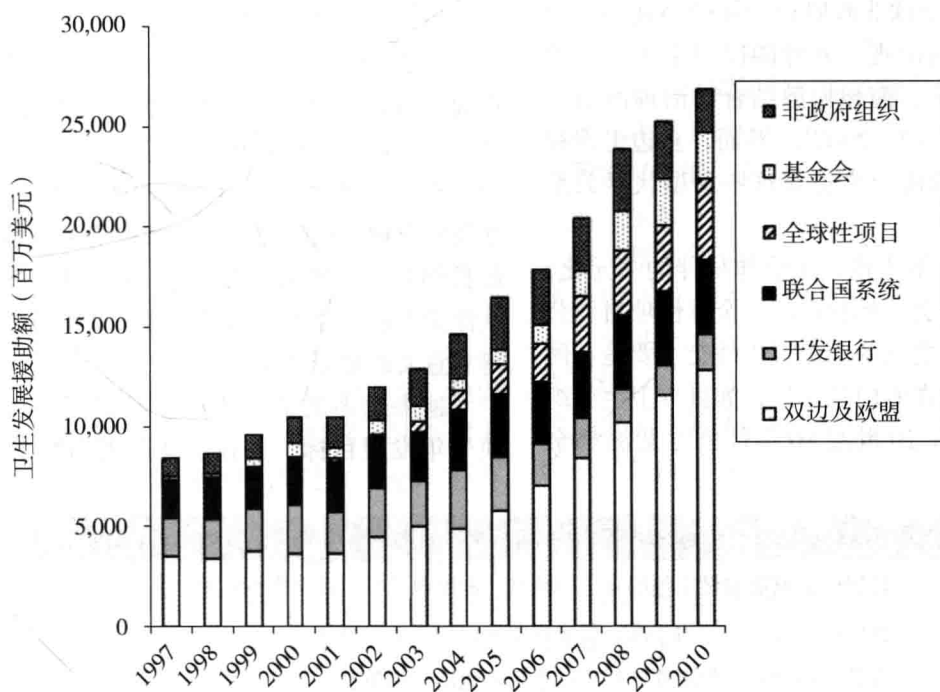


图2 按援助渠道划分的卫生发展援助额，1997—2010。

(数据来源: IHME 2010 Statistical Annex。2009 和 2010 年是初步估计的结果)

② 双边援助中按部门分配时卫生部门所占的比例, 2005—2006 年度数据同 200—2002 年度数据比较。

年的 46.8% 降至 2001 年的 34%。但由于美国总统防治艾滋病紧急救援计划的提出,双边援助所占比例又增至 2008 年的 43%。与此同时,在 2008 年的卫生发展援助总额中,全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金和全球疫苗免疫联盟的资金比例增加到 13.5%,非政府组织的比例占到 13%,盖茨基金会的比例占到 6%。总的来说,全球性项目、基金会和非政府组织的投入占卫生发展援助总额的比例从 2000 年的 13% 上升至 2008 年的 35%。然而,卫生资金的总额也在这些年有了巨额增长,包括未能预料到的盖茨基金会的增长和美国政府的投入增加。这暗示着全球性项目确实增加了额外的资金,而新出现的卫生援助资金来源也增加了其额外性 (Macro, 2009)。

传统的双边和多边组织在这些伙伴关系中仍然扮演着十分重要的角色。世界卫生组织和世界银行是全球基金的理事会成员之一,但他们没有完整的投票权,他们只是为项目提供技术支持,而联合国开发计划署 (UNDP) 也在一些国家实施全球基金的资助项目。如果没有这些传统的合作伙伴,很多创新型伙伴关系无法开展工作或无法开发一些共同标准。他们并没有取代传统的组织,而是在全球治理、外交以及在一些无法预测的事件中起到补充作用。有人曾提出,“全球非政府行为体的涌现会导致新的全球公共领域的出现,并伴随以国家为中心的世界治理体系的终结,而被松散结合的治理网络所代替” (Bull 和 McNeill, 2007)。然而,多边组织和国家行为体在很大程度上主持着这些新型伙伴关系的运行过程。

有所创新的是在卫生谈判中合作伙伴的多元化,双边组织、私立基金会、私营部门、全球性项目和公民社会均参与其中。之前的全球卫生外交主要是在国家之间,关注点集中在专门的论坛,如世界卫生组织的世界卫生大会。在 20 世纪 80 年代创立艾滋病全

球性项目后,外交议题在世界卫生组织中上升为新的重要部分。联合国艾滋病规划署主要通过其成员国和国际、联合国组织来协调外交事务。新的伙伴关系将没有政治同盟的不同合作伙伴,在无法自发实现协议的地方,带到一起。他们成为谈判、协调和国际及国内卫生外交中的一道新的风景线。正如挪威的艾滋病大使 Sigrun Mogedal 所述,它们“不仅是我们所创造的新型伙伴关系,也是我们所能真正做到有所不同的地方——设定模式并从中得到经验教训。这些伙伴关系能使我们比先前获取更多的经验”。

2. 创新型伙伴关系——这些合作伙伴是如何有效合作的?

伙伴关系建立之后就立即转入开发行动和促进伙伴关系有效性的时期。这是本书的第二个主题。在这一时期,每个创新型伙伴关系都受到挑战。有效合作要求增加对多元和创新的合作伙伴之间外交的关注。这些新兴的和传统的合作伙伴是如何通过对话改进他们的总体有效性并应对共同挑战的?《巴黎宣言》的原则给出了提高援助有效性的框架 (图 3)。自 2005 年以来,对合作伙伴之间有效性的关注越来越重要,在金融危机以后尤甚。

在 2015 年,也就是不远的将来,卫生发展将担负起发展的重任。千年发展目标要求在 2015 年显著减少艾滋病、结核病和疟疾等传染病的发病,降低孕产妇和婴儿死亡率 (图 4)。千年发展目标也呼吁建立新的全球发展伙伴关系,其中卫生领域将提供一些最具创新性的案例,并充当“示踪物”。新的筹资和伙伴关系的建立不是为了伙伴关系本身,而是为了取得有意义的健康结果。

越来越多的证据表明,我们正在逐步实现第 6 项千年发展目标,并在全球范围内减少结核病的发

2005 年,《巴黎宣言》定义了推动援助有效性的五项原则,一百多名来自各国和各个援助方的部长和官员签署了该宣言

所有权	发展中国家能够设定他们自己的减贫、制度改良和打击腐败的战略
一致性	援助国以这些目标为基准,形成联盟并使用当地的系统
协调性	援助国协调并简化流程,共享信息来避免项目的重复
以结果为基础的管理	发展中国家和援助方应将关注点放在发展的结果,并测量结果
共同责任	援助方和受援国均需对发展的结果负责

图3 援助有效性原则表
来源: OECD, 2005。

千年发展目标		
	目标	指标
1	消灭极端贫穷和饥饿	从 1990 年到 2015 年，靠每日不到 1 美元维生的人口比例减半 从 1990 年到 2015 年，挨饿的人口比例减半
2	普及小学教育	确保到 2015 年，不论男童或女童都能完成全部初等教育
3	促进两性平等并赋予妇女权利	最好到 2005 年在小学教育和中学教育中消除两性差距，至迟于 2015 年在各级教育中消除此种差距
4	降低儿童死亡率	1990—2015 年 5 岁以下儿童的死亡率降低 2/3
5	改善产妇保健	1990—2015 年产妇死亡率降低 3/4
6	遏制艾滋病、疟疾以及其他疾病	遏止并开始扭转艾滋病的蔓延 遏止并开始扭转疟疾和其他主要疾病的发病率增长
7	确保环境的可持续能力	将可持续发展原则纳入国家政策和方案，扭转环境资源的流失 到 2015 年将无法持续获得安全饮用水和基本卫生设施的人口比例减半 到 2020 年使至少 1 亿贫民窟居民的生活有明显改善
8	全球合作，促进发展	包括与制药公司合作，在发展中国家提供负担得起的基本药物

图4 千年发展目标和2015年要完成的指标

病（虽然在非洲仍未减少），艾滋病的患病率在降低（WHO，2009），而 10 个高负担国家的疟疾发病率也降低了 50%（WHO，2009）。儿童期的干预措施包括免疫和疟疾方面都已得到实施，儿童死亡率大幅降低（MDG4）。艾滋病的治疗已在非洲广泛可及，育龄妇女的死亡率在 20 年内首次下降。然而，要想实现关于孕产妇死亡的第 5 项千年发展目标、第 4 项千年发展目标以及持续推进第 6 项千年发展目标，我们还面临着很多挑战。虽然挑战依然存在，但新的筹资和合作伙伴对进程的推动也不容忽视。正如博茨瓦纳卫生部部长所述：“你进入一间内科病房，有一半的床位空着，而之前患者人数却飞速增长。一名经理来找我这个卫生部部长说，‘你不会做生意，我们的殡葬生意越来越差。’曾经有一段时间，每个周末都要埋 4 ~ 8 名患者，而现在一周过去了也不会有一场葬礼。”

然而，就在仅仅两三年前，非洲的卫生服务规模才刚刚达到影响人群中成人和儿童死亡率的要求（例如，带有杀虫剂的蚊帐发给了 60% 的疟疾危险人群，或者超过 50% 的需要艾滋病治疗的患者得到了治疗）。卫生系统范围内的挑战也很严峻——需要改革卫生系统，扩大农村和边远地区的健康受益面，需要增加对被忽视健康问题的反应（Biesma 等，2009）。促进援助的有效性有很多共同的挑战——减

少考察团组和重复报告，建设基层机构的能力，制定相互连贯的合作方式，支持国家卫生战略。应对这些挑战需要新的卫生外交，也不可能由任何一个卫生伙伴来完成。

然而，关于援助有效性的很多讨论都注意到了全球水平和原则问题，而忽视了具体实践。本书的主要部分展现了合作伙伴们是如何在真实的情境下在全球和国家范围内有效合作的，包括全球伙伴关系以及非洲、东欧、亚洲各国国内的进展和挑战。卫生部部长们、开发合作机构的主管、美国总统防治艾滋病紧急救援计划（PEPFAR）和美国总统疟疾计划的协调员、公民社会的活动家、私立部门、国家的规划者、多边组织和学术界，均对创新型伙伴关系中的工作人员提出了意见和建议。我们鼓励每名作者对实践中合作伙伴如何才能更为有效地合作这一主题提出实用的建议。

3. 改变卫生治理——创新的伙伴，传统的挑战

本书的第三个目标是评估这些合作伙伴是如何改变卫生治理，也同时改变他们自身的。千年发展目标对新型伙伴关系有明确的要求，第 8 个目标就是要“全球合作，促进发展”。伙伴关系成为推动千年

发展目标的基础,其总体目标是引入广泛的公立和私立合作伙伴,共同关注发展问题。尤其要指出,涉及贸易和债务问题时,制药企业要保证发展中国家(17个目标国家)能够负担得起基本药物,与此同时也要保证发展中国家对新技术和交通设施可及。联合国定义的伙伴关系是指“国家和非国家行为体的各方之间自愿联合的关系,关系之内所有的参与方均同意为了共同的目标或承担特定的任务而合作,共同分担风险、责任、资源与利益”(UN General Assembly, 2005)。这样的伙伴关系有很多,用以研究、开发技术、倡导行动和构建网络、筹资和实施项目。

然而,千年发展目标要求在卫生、教育和筹资领域有比其他目标更为创新的伙伴关系。由援助方和国家在2008年签署的关于援助有效性的《阿克拉行动议程》(AAA)意识到要改变治理方式,整合成包容度更高的伙伴关系(见图5内的一些评论)。议程中明确提出:“援助就是要为发展建立伙伴关系。这种伙伴关系只有当其完全利用所有发展行为体的能源、技术和经验时,才能发挥出最高效率,无论是双边还是多边援助方,全球性基金、公民社会组织或是

私立部门。我们决定要建立包含所有这些行为体的伙伴关系。”这是本书中创新型卫生伙伴关系的精神和挑战所在。

创新型卫生伙伴关系用新的方法联合主要的卫生领域支持者(双边和多边援助方、发展中国家、公民社会、私立部门、私人基金会和受到卫生问题影响的人们),来实现达成一致的卫生目标。他们应当创新治理方式,用以融合新的支持者,引导他们实施并实现卫生目标。这可以通过理事会结构、国家协调和实施安排来实现,这些方式将不同领域的支持者以新的方式融合成为合作伙伴。

新的伙伴关系可以是组织内部的(例如,全球性项目的定义是为了特定的目的向大范围的国家提供物资援助的项目)。伙伴关系也可以是对外的,一个特定的合作伙伴可以同国家内的其他伙伴合作,以实现共同关注的卫生目标,如国际卫生伙伴关系(IHP)、印度的Avahan项目,以及很多卫生项目中的公民社会。

然而,现有的大多数创新型卫生伙伴关系都含有传统的特点。例如,依靠传统的援助资金,但在治

关于伙伴关系的《阿克拉行动议程》——2008年各援助方、政府部长和官员签署

为发展创建更为有效、涵盖范围更广的伙伴关系

16. 援助就是要为发展建立伙伴关系。这种伙伴关系只有当其完全利用所有发展行为体的能源、技术和经验时,才能发挥出最高效率,无论是双边还是多边援助方,全球性基金、公民社会组织或是私立部门。为了将来继续支持发展中国家,我们决定成立涵盖所有这些行为体的伙伴关系。

我们将减少代价昂贵的分散的援助

17. 当太多重复的行动同时进行,就会削减援助的有效性,尤其是在国家和部门水平。我们将通过完善援助方的互补性,进行分工合作,调整资源在部门、国内和国家间的分布,从而减少援助的分散性。

我们将增加援助的资金量

18. 在2005年签署《巴黎宣言》后,经济合作组织发展援助委员会(OECD-DAC)的援助方们在减少援助的附加条件方面取得了进展,一些国家的援助已经完全没有附加条件,而我们也在鼓励其他国家这样做。我们将推动并加速这些努力。

我们欢迎并与所有的发展行为体合作

19. 当发展中国家能够管理和协调发展行为体时,所有发展行为体的贡献将更为有效。我们欢迎新的行为体做出贡献,并将通过下列措施改善所有发展行为体的合作模式。

我们将深化同公民社会组织之间的接触

20. 我们将深化同公民社会组织之间的接触。公民社会组织是自己拥有权限的独立的发展行为体,他们将补充政府和私立部门的功能。我们在保证公民社会组织以最大的潜力致力于发展方面享有共同的利益。

我们将为脆弱国家调整援助政策

21. 在《巴黎宣言》中,我们认为援助有效性的原则应当同样适用于脆弱国家的发展合作,包括刚从冲突中恢复的国家。然而,这些原则应当根据薄弱的所有权和能力作出调整。

图5 《阿克拉行动议程》:关于伙伴关系的一些行动(OECD, 2008)

理、筹资和实施方面有所创新。本书中提及的美国总统防治艾滋病紧急救援计划就是一项双边全球卫生项目，虽然未曾言明，但这个项目确实是新的卫生筹资中的最大一部分，所以在一个国家内部讨论创新型卫生伙伴关系时，有必要将该计划纳入。另外，该计划也给双边援助（不同的机构之间）、私立部门和公民社会的项目实施，以及最近向国家伙伴关系转化中带来了创新点。该计划也强调了很多创新型卫生伙伴关系的混合特点。

2012年是理解卫生新背景、新兴合作方和引导我们走向2015年千年发展目标的卫生外交的重要一年。本书描述了在表面背后的新的力量，以及因此形成的创新型伙伴关系。书中评估了伙伴关系在国内形成的方式，以及诸多的传统发展问题。最后，本书对这些伙伴关系在不同的情境下如何取得更好的结果提供了指导。

有人已讨论过卫生体系构建的问题，我们需要根据一项规划向外延伸以容纳更多的成员，协调各自的空间并重新设计生存空间 (Godal, 2005)。Watt 等 (2009) 认为，这一类比可能会束缚我们的思维，“因为‘构建’一词通常应用于定义固定的永久性结构，而不能体现出变化、流动利益，以及建筑师、投资人、建造者和使用者之间的相互关系”。本书将卫生类比为一道景观，通过很多行为体的塑造和谈判而成：这些行为体有传统的特点，也有新生的力量，有隆起的山脉，也有促进援助效果这一万有引力所造成的侵蚀与塑形。景观中有峡谷（差距）的产生，而塑造期之后也常常是巩固期。卫生外交的技能是根据地势（形势）对话，而不是像建筑师那样把各个部件拼起来。多元外交的目的是吸纳新的机遇和伙伴进入全球卫生，与此同时采取共同行动应对系统内的危机。

4. 本书概览

本书的目的并不是像拼图游戏或用砖头砌房子那样把所有的东西都糅合在一起。书中有两个视角，一个是对新合作伙伴和创新型伙伴关系在全球范围内形成的概况描述，这总的来说包含了全球卫生项目、私人基金会、私立部门和公民社会。同时，也对美国总统防治艾滋病紧急救援计划、全球疫苗免疫联盟和疟疾的伙伴关系进行了专项分析，揭示了他们所带来的创新点与开展援助有效性对话时的挑战。第二个视角关注的是在国家层面对国内新兴伙伴关系的整合问

题，这包含了非洲、亚洲和东欧地区的案例，以及有关治理、国家破碎和卫生系统的专项问题。这两个视角结合起来，可以让我们对创新型的伙伴关系提出挑战，并在全球和国家层面将原则与实践的争论联系起来。

导言部分涉及了一些共同的主题。本书意图从不同的合作伙伴中获取各种观点，并根据有关案例研究和国家实例的讨论，对促进创新型伙伴关系的有效性提出批评和建议。导言中展现了全球和国家层面关于共同主题的各种观点。多元外交关注了新合作伙伴的机遇与风险，例如卫生系统、援助有效性和在21世纪有意义的伙伴关系。

4.1 共同主题

本书由三个部分组成，分别是共同主题、在全球层面整合新型伙伴关系和在国家层面整合新型伙伴关系。维系本书的共同主题主要在第一部分中描述，包括卫生伙伴关系的来源与多元化、与新的合作伙伴开展援助效果的对话、伙伴关系的局限性、以结果为导向的项目管理、卫生系统和管理创新型卫生伙伴关系的国家策略。这一部分对这些主题进行了详述，并延伸到真实的全球、国家和社区环境中去。

第1章描述了多元卫生伙伴关系的来源与历史背景。创新型卫生伙伴关系可以追溯到在世界卫生组织成立的早期，洛克菲勒基金会对其的支持，直至2000年左右新的伙伴关系开始形成。可以将这段历史分为创立期和巩固期。创立期又分为3个时期：第二次世界大战和战后时期，世界卫生组织成立；20世纪50年代末到60年代初，去殖民地化和开发机构的建立；新千年，新的全球卫生伙伴关系的创立。从历史的角度显示，这些时期并非“新瓶装旧酒”（见第5章和第6章；Berridge 等，2009）。这些时期确实需要长时间的卫生援助的革新。每一个创立期内均有新的伙伴关系形成，并随之有一段巩固期“用于参与方合理解释他们所创造的架构体系”（第1章）。这一创立和巩固的平衡定下了本书的基调。

第2章将我们带回现实。发展机构是如何搞清楚这些新合作伙伴的？他们应该给谁投资才能获得健康产出？这章是一篇提交给发展机构主管的报告（出现在并影响了2011年英国对多边援助的回顾）。文章在对全球决策者广泛访谈的基础上写成，询问了他们如何同新的伙伴谈判以增加援助的效果和援助量。文中展现了在直率而迷人的潮流中的“艰难决