

中国对外卫生援助的历程、挑战和对策

王 昱 刘培龙

内容提要：对外卫生援助是中国对外援助和外交政策的重要组成部分。60多年来，我国对外卫生援助的规模不断扩大，援助方式也日趋多样化。进入21世纪，在大国竞争日趋激烈、卫生问题进一步全球化的新形势下，如何扩大对外卫生援助的影响力、整合分散的援助方式、扩展卫生援助的内容、克服医疗队员选派的困难，更好地传递中国卫生发展的成功经验，成为我国对外卫生援助面临的新挑战。作为一个负责任的大国，中国在新时期对卫生援外做出了一系列新承诺、提出了许多新举措。中国需要积极探索适宜的对外援助改革方案，制定对外援助的国家战略和法律框架，改革对外卫生援助工作的决策和管理机制，建立整合型的卫生援外模式，深入参与卫生发展援助领域的国际合作，为实现联合国2030年可持续发展目标，构建人类命运共同体贡献中国智慧、中国方案和中国力量。

关键词：中国 战略 对外援助 卫生援助

对外卫生援助是中国对外援助和外交政策的重要组成部分，其中最主要的行动是向发展中国家派遣医疗队。1963年，中国政府应阿尔及利亚政府的紧急请求，第一次向国外派出了医疗队，由此正式拉开了中国派遣援外医疗队制度化的序幕。此后，中国的对外卫生援助形式逐步多样化，包括提供药品和医疗设备，援建医院、医疗卫生中心和疟疾防治中心等医疗卫生设施，在国内为发展中国家的卫生技术人员和管理人员举办培训班，提供人道主义紧急医疗援助等。半个多

王昱 北京大学公共卫生学院全球卫生学系讲师；刘培龙 前世界卫生组织（WHO）助理总干事、北京大学公共卫生学院全球卫生学系教授。

世纪以来,秉持相互尊重、平等相待、重信守诺、互利共赢的基本原则,中国对外卫生援助事业稳步发展。这些援助对促进受援国医疗卫生事业发展、改善受援国人民的健康状况、树立良好的中国形象、加强南南卫生合作和推动全球卫生发展做出了重要贡献。

近年来,随着经济全球化进程的深入推进,以及中国政治、经济、卫生体制改革的深入发展,整体的援助环境已经发生了重大的变化,受援国也为适应国际局势变化和自身发展需求,对援助形式和内容提出的新要求,使得中国对外卫生援助工作面临越来越多的新挑战。本文主要通过梳理中国卫生援外的历史进程,以及在新形势、新背景下面临的挑战,提出未来卫生援外工作的建议和对策,为促进中国对外卫生援助的改革创新,提升中国卫生援外整体效果提供新思路。

一、中国对外卫生援助的历程回顾

中国的整体对外援助是中国对外战略的重要部分,而对外卫生援助是对外发展援助中最具特色的内容和最早涉及的领域之一。围绕中国对外援助的分期问题,学者们有很多讨论,提出的观点看法也不尽相同;¹而对中国卫生援外历程的分期,讨论相对较少。²笔者认为,随着中国对外援助政策的变化,中国对非卫生援助经历了两次较大调整。第一次是在1978年,另一次则在2000年。据此,中国对非卫生援助的历史可以大体划分为三个阶段:起始发展阶段,改革探索阶段以及增长扩展阶段。

卫生援助是中国
对外发展援助中最具
特色的内容。

从新中国成立到改革开放前:中国卫生发展援助的起始发展阶段。第二次世界大战结束不久,随着1947年印度独立、1949年中华人民共和国成立等重大事件的发生,处于南半球和北半球南部的广大发展中国家谋求建立合作战线。1955年召开的万隆会议是南南合作的先声,1964年七十七国集团的建立,则标志着国际整体性南南合作的开始。这一时期,中国正值建国初期,急需赢得政治盟友从而开拓外交空间、打破西方国家的封锁。周恩来总理于1953年提出了“和平共

1 李安山:《论中国对非洲政策的调适与转变》,《西亚非洲》,2006年第8期,第11—20页;周弘:《中国对外援助与改革开放30年》,《世界经济与政治》,2008年第11期,第33—43页;李小云:《中国对非援助的实践经验与面临的挑战》,《中国农业大学学报》(社会科学版),2009年第4期,第45—54页;杨鸿翌:《中国对外援助:成就、教训和良性发展》,《国际展望》,2010年第1期,第46—56页;张永蓬:《国际发展合作与非洲》,北京:社会科学文献出版社,2012年,第79—173页;张郁慧:《中国对外援助研究》,北京:九州出版社,2012年,第28—39页;刘鸿武:《中国对外援助与国际责任的战略研究》,北京:中国社会科学文献出版社,2013年,第79—144页。

2 徐伟忠:《中国对非医援与合作——演变、成果与挑战》,北京大学全球卫生研究中心编:《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年,第27—36页;王云屏:《中国卫生发展援助的理念与实践》,《中国卫生政策研究》,2015年第5期,第37—43页。

处五项原则”，¹ 1964年又提出了中国“对外经济技术援助八项原则”，² 为中国开展对外援助确立了指导理念和基本准则。

在医疗卫生领域，早在20世纪50年代新中国建国伊始的援越抗法和抗美援朝时期，中国就曾为越南和朝鲜提供大量药品和医疗物资援助，这是中国对外卫生援助的雏形，是与新中国建国初期巩固政权的需要直接相关的、非正式的卫生援助。随着1950年8月中国红十字会恢复在国际红十字会的合法席位，中国开始通过国际红十字会为其他发展中国家提供包括医疗援助在内的人道主义援助。³ 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，派出了由24名医疗专家组成的第一支援外医疗队，⁴ 这标志着中国政府正式开始有组织、大规模、持续性提供卫生发展援助。随着中国与非洲国家纷纷建交，中国医疗队的名声在非洲传开。1971年中国在广大发展中国家和一批发达国家支持下恢复了在联合国的合法席位，国际地位显著提高，派遣援外医疗队的数量随之迅速增加，也继续向正在进行民族解放斗争、争取国家独立的非洲原殖民地国家无偿捐赠了大量物资及援建医院。至20世纪70年代末，中国已向29个非洲国家派出了医疗队，援外医疗队员累计5000多人次，⁵ 并在非洲援建了约10所医院。⁶

改革开放到20世纪末：中国对外卫生援助的改革探索阶段。随着中美建交、苏联解体、冷战结束、非洲内乱加剧，这一时期的国际环境发生了深刻变化。在国内，1978年以后中国进入一个新的历史时期，确立了以经济建设为国家全部工作中心的战略决策，实行改革开放，开始了新中国建国以来具有深远意义的伟大转折。中国的外交从过去的“经济为外交服务”向“外交为经济服务”转变。中国的对外援助政策在继承“八项原则”的基础上提出了“平等互利、讲求实效、形式多样、共同发展”的“四项原则”。这意味着中国要在继续发扬国际主义精神、对发展中国家提供的援助时，对援外工作进行改革，“量力而行、尽力而为”，不仅要促进受援国的经济发展，而且也要服务于中国的经济建设和改革开放。按照新的“四项原则”，中国从政策、方式、管理和机构调整等方面逐步对外援助进行改革和调整。

1 周恩来总理1953年12月会见印度代表团时首次提出“和平共处五项基本原则”，即互相尊重主权和领土完整，互不侵犯，互不干涉内政，平等互利，和平共处。

2 周恩来总理1964年1月访问加纳时首次宣布“中国政府对外经济技术援助的八项原则”，主要包括：平等互利；尊重受援国主权，绝不附带任何条件，绝不要求任何特权；中国以无息或低息贷款方式提供援助；帮助受援国走自力更生、经济上独立发展的道路；力求投资少，收效快；提供中国最好的设备和物资；帮助受援国掌握技术；专家待遇一律平等。

3 朱开宪：《新中国恢复的第一个国际合法席位》，《文史博览》，2009年第7期，第21页。

4 《我医疗队成员赴阿尔及利亚》，《人民日报》，1963年4月7日。

5 蒋华杰：《中国援非医疗队历史的再考察（1963—1983）——兼议国际援助的效果与可持续性问题》，《外交评论》，2015年第4期，第61—81页。

6 根据北京大学公共卫生学院2011年提交给世界卫生组织的《中国对非卫生援助》研究报告。

在总体援外改革的背景下，中国的卫生对外援助在这一时期也经历了改革的探索，主要体现在医疗队方面，包括医疗队在规模上一度收缩、布点上向具有较好条件能更好发挥作用的地点转移或集中、费用上适当要求受援国分担或由无偿援助改为贷款援助、有的医疗队还利用援外医疗平台，协助中国药厂将中国生产的药品引入受援国市场，或为中国医药企业与受援国合资建立联合制药公司牵线搭桥，带动商贸等。但是，这一时期卫生援外改革的尝试仅仅是一种探索，实施的效果不一，由于受援国方面的困难，一些措施无果而终。这段时间，由于对外卫生援助的政策调整、部分受援国国内局势的动荡以及与受援国外交关系的变化，中国对外卫生援助也经历一些波动和起伏。但从总体而言，对外卫生援助的规模继续扩大。20世纪80年代初至90年代末，中国派出医疗队前往工作的发展中国家由29个增加至44个，所援建的医疗卫生设施增至22所。¹

21世纪初至今：中国对外卫生援助的增长扩展阶段。21世纪到来后，在经济全球化、世界多极化的发展浪潮中，中国经济保持快速增长、综合国力不断增强，在全球舞台上扮演着越发重要的角色。随着联合国“千年发展目标”的制订，人类进入了全面发展的新时期，健康成为最重要的发展目标之一。以中非合作论坛的建立为标志，中国迈出了对外卫生援助的新步伐，投入不断增长，领域逐渐扩展。2005年中国领导人在联合国宣布的中国对外援助的“五大举措”，2006年中非合作论坛北京峰会宣布的中国对非援助的“八项政策措施”，特别是近年中国领导人提出的“义利兼顾、弘义融利，有时甚至要重义轻利、舍利取义”的“新义利观”已成为现阶段指导我国对外援助的指导理念，卫生援外的力度和规模都在不断加大。仅在2010年至2012年间，中国就援建了包括综合性医院、流动医院、专科诊疗中心、中医中心在内的80个医疗设施项目，并向54个国家派出了累计3600名医护人员的55支医疗队，在受援国的近120个医疗点开展工作。² 中国在继续向广大的发展中国家提供传统援外项目的同时，还做出了一系列新承诺、提出了许多新举措。在发生严重自然灾害（如2004年的印度洋大海啸）和爆发国际关注的突发公共卫生事件（如2014—2015年间西非埃博拉疫情肆虐）之际，中国向有关发展中国家提供了大规模的紧急人道主义医疗援助。中国还向联合国维和部队派遣了医疗分队。所有这些都表明：中国已开始从受援国转变为卫生领域中一个新兴而且重要的国际发展合作伙伴。

纵观上述六十多年历史进程，中国的对外卫生援助与中国在不同发展阶段的国家战略、对外政策和安全与发展需求紧密切合，其政策与动机的演变具有鲜明的时代特征，并在一定程度上反映出国际发展援助中越来越强调合作与健康的

1 王云屏：《中国卫生发展援助的理念与实践》，《中国卫生政策研究》，2015年第5期，第37—43页。

2 国务院新闻办：《中国的对外援助（2014）》白皮书，2014年7月，<http://www.scio.gov.cn/zfbps/ndhf/2014/Document/1375013/1375013.htm>，2017年7月12日访问。

总体趋势。作为南南合作的积极倡导者和重要参与者，中国开展对外卫生援助的进程与南南合作的历史过程相一致，并符合中国参与和推动南南合作的目的与要求。在政治上平等互信，中国始终坚持“不干涉内政”原则，开展对外卫生援助不附加任何政治条件；在经济上互利共赢，在“援助、合作、共融”的大援助观下，¹中国并不回避援助和合作中的经济利益，互利和互助是对外援助的一个基本原则。

长期以来，派遣援外医疗队是中国在卫生援助领域开始最早、持续最长、最具中国特色的援助形式，一直被认为是“花钱少、见效快、影响大”。²截至2012年底，中国先后向非洲、亚洲、拉丁美洲、欧洲和大洋洲的66个国家和地区派遣援外医疗队员2.3万多人次，这些国家经中国医生诊治的患者超过2.7亿人次，50多名中国医疗队员为了他国人民的健康献出了宝贵的生命。³中国援外医疗队的突出特点是采取“对口援助”的管理模式，即由一个省、直辖市或自治区负责一个或者几个国家的医疗队筹备选派工作，各地“包干负责、对口派遣”。目前，除西藏、新疆、贵州和海南外，中国大陆其他27个省、自治区和直辖市均承担着派遣援外医疗队的任务，承担国别基本固定。⁴除了两年一期的医疗队和新型短期医疗工作组两种传统派遣医疗队的形式外，还采取了提供医疗卫生成套项目援助（援建医院、医疗卫生中心和疟疾防治中心等）、卫生人力资源开发合作（政府官员培训研修、专业技术培训、留学生学历学位教育等）、医疗卫生一般物资援助（提供药品和医疗设备），以及紧急人道主义卫生援助、联合国维和部队医疗分队、青年志愿者等其他卫生援助形式。

在国家层面，对外卫生援助在各个部门之间有一定分工。国家卫生和计划生育委员会（原卫生部）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；商务部作为国家国际援助的归口管理和总体协调机构，负责包括援建成套项目、捐赠医疗设备和药品以及组织卫生人力资源培训在内的其他形式的对外卫生援助。此外，其他部委及其相关部门也参与了中国对外卫生援助的决策、协调、管理和实施，例如：外交部从国家外交总体战略的角度审视援外工作的开展，确保对外卫生援助工作符合国家政治和外交利益，外交部的驻外使（领）馆负责援外医疗队在境外期间的管理和援建医院等成套项目在受援国现场的监管；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；财政部从国家财政的角度考虑，负责审查、安排和整体拨付援外资金。⁵

1 程峰：《援助 合作 共融（观点）》，《人民日报》，2015年12月2日，第22版。

2 白云真：《中国对外援助的支柱与战略》，北京：时事出版社，2016年，第54页。

3 “中国50年来派遣援外医疗队员2.3万人次”，人民网，2013年8月15日，<http://politics.people.com.cn/n/2013/0816/c70731-22581246.html>，2017年7月5日访问。

4 左耘：《中国援外医疗队的贡献及面临的挑战》，《国际经济合作》，2013年第11期，第8—10页。

5 黄梅波：《中国对外援助管理体系的形成和发展》，《国际经济合作》，2009年第5期，第32—39页。

二、中国对外卫生援助遇到的问题和挑战

回顾六十多年来中国对外卫生援助历程，我们在援助的规模、力度、影响力和预期成效方面都取得了许多令人瞩目的成果，为服务国家整体外交战略、推动南南合作、树立大国形象起到了重要作用。其中，援外医疗队被视为南南医疗卫生合作的成功典范。但在21世纪，世界格局不断发生着复杂和深刻的变化，中国对外卫生援助得到了国际社会越来越多的关注，也承载了国际社会更多的期待；中国国内随着国民经济和社会高速发展和一系列全面深入的改革，开展卫生援外工作的内部环境也发生了重大变化。在此背景下，我国的对外卫生援助面临着一系列的问题和挑战。

中国对外卫生援助的影响力亟待提升。随着世界经济全球化和区域一体化深入推进，开展对外卫生援助成为很多国家体现“软实力”的重要手段，因此欧美大国、传统援助国与新兴经济体都日益重视卫生发展援助。与此同时，受援国家自身的国计民生并没有停留在原有水平，对于卫生援助的需求也在不断变化。多年来，我国以非洲为主的卫生援助在形式上出现了多样化，但是以提供临床服务和医疗设施建设为主的传统卫生援助内容基本没有发生改变，卫生援外的效果和影响力已经开始大打折扣，呈现出“边际效益递减”的

我国原有的卫生援外模式已经呈现出“边际效益递减”态势。

态势。20世纪六七十年代，非洲国家的医疗人力资源极度匮乏，当时我国派出的一支二三十人的援外医疗队，产生的是“雪中送炭”效果，在受援国引起轰动效应。然而几十年来，受援国自身卫生人力资源在不断发展，数量和水平都在改善，但是当地的医生并不愿意离开首都和大城市的大医院。中国援外医疗队继续留在受援国的偏远地区工作，变成了取代当地医生的“长工”，原先“雪中送炭”的援外效应逐渐消匿。而且由于工作条件所限，还不能充分发挥技术水平。如果医疗队工作重心转向首都和大城市，就会加剧本来已经存在的卫生人力资源分布的不均衡，而且融入以西方教育体制培育出来的医生为主导的大医院，中国医生也难有更多的话语权并充分发挥作用。因此，如何在新形势更好地提升卫生援外的效果和影响力，成为一个急需研究解决的课题。

卫生援外管理体制分散，缺乏整合机制。目前，派遣援外医疗队和援建医疗卫生基础设施是中国对外卫生援助耗资最多的两种形式。中国对卫生援外工作，长期以来在整体上没有形成统一的决策和管理体系。派遣援外医疗队作为一个独立的体系，由国家卫生计生委归口管理；援建卫生基础设施、提供药品和医疗设备、组织卫生人力资源培训等其他形式的卫生援助由商务部作为另一个体系进行归口管理。商务部根据援助方式的不同而分别采用援外成套项目、技术合作项目、物资项目及培训项目的程序管理。各类卫生援外项目涉及具体的决策、协

调和实施环节时，外交部、教育部、财政部等部门也会参与到其中。这样的分工模式有其历史和体制上的原因，但它也使得一个高度专业的领域被人为割裂，导致相关部委之间权责不明确，信息不透明。尤其是卫生和商务这两个体系基本是独立决策、各自为政，相互之间缺乏积极有效的协调、衔接和反馈机制，影响了中国卫生援助资源的效率以及援助效果。例如：在规划援建医院项目时，缺乏与在该受援国已有的中国医疗队的调整或未来医疗队的派遣统筹考虑；多年来中国为来自非洲国家的一大批卫生技术人员和官员提供了专业技术和卫生管理方面的培训，但和中国在非洲援外医疗队的工作和帮助设立的30多所疟疾防治中心运行往往脱节（因为诸多原因，这些抗疟中心目前大都处于荒废或者运转不良的状态）；中国对非洲援助的医疗设备和药品往往没有与受援国当地的实际需要和情况充分结合，捐赠物资在入境通关时受阻，所提供的一些高端医疗器械在当地因为没有卫生技术人员会操作而长期闲置，捐赠的药品也因为没有提前在受援国进行药品认证或没有配备当地语言文字的说明书而无法投入使用，长时间闲置，最后过期浪费。尽管商务部会同外交部、财政部等20多个部委和有关机构与2011年建立对外援助部际协调机制，¹但在卫生援外领域，其具体效果并不显著。涉及卫生援外领域的协调大都是以应对遇到的具体问题为基础，没有形成制度化的、前瞻性和战略性的对话机制。

卫生援助形式离散，覆盖领域较为局限。中国对外卫生援助中各种类型的援助形式基本是分散独立的，影响了援助的总体效率和效益。例如，中国在非洲援建医院等医疗卫生设施的项目，长期以来采用企业承包制的建设方式，以“交钥匙工程”的形式进行管理。很多这种项目事先缺乏对援建医疗机构所在地现有医疗卫生体系、覆盖人口的医疗需要、人力资源的状况等的分析以及对选址、功能定位和建成后维持正常运转的配套需求的综合考虑，也没有与医疗队的派遣建立有机的联系，导致一些援建的医疗卫生设施在完成了硬件基础建设之后并不能可持续性地运行。这个问题在中国帮助非洲援建疟疾防治中心的项目中更为突出，其他形式的卫生援助（如在华开展的培训）也没有形成对医疗队工作的有力配合。

长期以来中国卫生援外覆盖的领域较多地关注临床医疗。主要的卫生援助资源用于提供临床诊疗服务、援建医疗设施以及捐赠医疗设施和药械。然而人群健康问题的解决，全民健康水平的提高，仅靠临床医疗服务是不够的，更重要的是帮助受援国建立健全运转良好的卫生体系，在正确的卫生工作方针指导下，开展疾病预防控制工作和重点人群（如妇女和儿童）的健康保健等公共卫生行动。近年来，中国政府宣布的一系列新举措、新承诺改变了卫生援外领域单一性，扩展到公共卫生机构建设、疾病监测和控制、妇幼健康保健和基本药物的本地化生产

1 国务院新闻办公室：《中国的对外援助》白皮书，2011年4月21日，<http://www.scio.gov.cn/zfbps/ndhf/2011/Document/896983/896983.htm>，2017年7月5日访问。

等，但是落实这些举措和承诺需要国内在体制和机制上做出改革和创新。

卫生援助主体单一，缺乏与国际发展伙伴的互动与合作。长期以来，中国开展的对外卫生援助项目，绝大多数都是以政府作为行为主体，或者由政府安排公立医疗卫生机构、国有企业实施，鲜有其他社会力量参与。随着改革开放的推进和社会的深度转型，中国的各类民间社会组织呈现出蓬勃发展的势头，合法注册的组织数量现已超过71万家。¹ 随着中国人民国际视野的拓展，国内社会组织参与对外援助的主体意识也不断增强，有些（如中国扶贫基金会、爱德基金会等）已经开展了境外人道主义救援和医疗卫生援助项目。

但是，目前国内社会组织所开展的志愿者性质的全球卫生工作依然面临国内政策环境的挑战，例如，中国尚没有相关法律规定国内的社会组织如何在海外设立办事处或分支机构，社会组织走出国门时物资出关、资金出境等方面缺乏配套措施规定，社会组织的项目也很难与政府所实施的对外卫生援助项目有效衔接。² 此外，中国的卫生援外工作都通过与受援国双边合作的渠道实施，少有与其他国际合作伙伴的互动与合作。而当今全球卫生的显著特点之一，就是越来越多的行为体（包括非国家行为体）介入卫生发展援助领域。加强援助者与受援国的卫生发展需要的对接，改进发展伙伴之间的协调与合作，已经成为国际社会提高援助有效性的重要原则。随着中国经济实力的提升，在全球卫生领域的影响力不断加大，国际组织、其他国家的官方发展援助机构和相关非国家行为体希望同中国一起开展卫生援助的呼声越来越高，中国在对外卫生援助领域与其他行为体开展国际合作势在必行。实际上，中国为改善人民健康所取得的经验不仅可以通过双边渠道，而且也应该通过三方合作和多边渠道与其他发展中国家分享。当然，在对外卫生援助方面开展国际合作，必然产生中国理念和西方价值观念的碰撞。增进互相理解、寻求共同点、在两者之间取得平衡是中国在对外卫生援助领域开展国际合作必须应对的挑战。

援外医疗队员选派困难。作为中国对外卫生援助主体的派遣援外医疗队工作，因涉及组织和管理医疗卫生专业人员前往受援国在艰苦条件下长期服务，远比援建基础设施、捐赠物资、组织外方人员来华培训等形式复杂。援外医疗队一直作为一项政治任务，由地方卫生部门依靠行政手段执行。改革开放之前，在国内工资待遇普遍较低、出国机会较少、强调政治觉悟的时代，医院和医生对参加援外医疗有较大积极性。然而改革开放之后，随着国内经济社会的发展、生活工作水准的不断提高、市场经济体制的确立和医院依靠服务收费补偿机制的变化，援外医疗队员的“选派难”问题逐渐显现。就医生本人而言，由于当地工作条件

1 其中社会团体33.9万个，民办非企业（社会服务机构）36.6万个，基金会5703家，见：民政部《社会服务统计季报》（2017年1季度），<http://www.mca.gov.cn/article/sj/tjjb/qgsj/170502/201705051153.html>，2017年7月10日访问。

2 白云真：《中国对外援助的支柱与战略》，北京：时事出版社，2016年，第59页。

限制,无法充分发挥水平,降低了职业成就感;专业技术水平与国内同行相比提升滞后,影响职业的发展;国家对援外医疗队员的津贴偏低,经济激励机制不足;面对各种疾病(有些是国内没有的传染病)患者,未有健全职业风险保障机制;生活条件简陋艰苦,缺乏人文关怀。极个别地方的医院因为医务人员缺乏积极性,难以通过自愿报名的方式组建医疗队,不得不通过“抓阄”的方式确定援外医疗队员名单。就医院而言,选派医生参加援外医疗任务,不仅要负担医生援外期间的工资、福利待遇,还要承受应派出医生而产生的创收损失。两方面的压力使得“派遣难”问题日益突出。中国派遣援外医疗队一直采用的是“包干负责、对口援助”的方式,有关省、自治区和直辖市的卫生计生委是组织派遣医疗队的实施主体,并在中央统一财政补贴的基础上,对援外医疗队的津贴补助和人文关怀自行制定政策、落实配套经费。然而,因各地区经济实力的不均衡以及地方领导对组建和管理援外医疗队的重视程度不一,各省、自治区和直辖市的援外医疗队员的待遇差异也较大。

除了上述挑战之外,由于我国与一些受援国家在具体管理制度方面存在差异,发达国家集团主导了当代国际援助体系(包括最重要的机构)和相关的贸易、知识产权、治理制度及话语权,加之中国是新兴国际卫生援助大国,对于既有的复杂国际通行规则仍在学习、熟悉和适应的过程中,中国的对外卫生援助还遭遇到其他障碍,例如:中方执业医师的资格认证受阻;中方医疗技术和临床操作规范不被认可;传统中医药推广缓慢;中国的医药卫生产品输出不畅、海外市场份额过小,等等。

三、新时期中国对外卫生援助发展的建议和对策

在大国竞争加剧、卫生全球化的新格局下,中国在对外卫生援助领域中也面临着竞争压力提升、受援国要求提高、援外医疗队员选派难度加大的新形势,但我国一如既往,积极担负起大国的国际责任,在新时期做出了一系列的新承诺、提出了一系列的新举措。2015年9月习近平主席出席南南合作圆桌会议时,提出中国将要实施包括建立南南合作援助基金在内的“七项承诺”和向发展中国家援建100所医院和诊所在内的“六个100项目”;¹在出席世界妇女峰会时,习近平主席宣布中国要帮助发展中国家实施“100个妇幼健康工程”;²在2015年底出席中非合作论坛时,习近平主席勾画了包括“公共卫生合作计划”在内的中非“十

1 杜尚泽、李秉新:《习近平在南南合作圆桌会上发表讲话》,《人民日报》2015年9月28日。

2 中华人民共和国国家主席习近平:《促进妇女全面发展 共建共享美好世界——在全球妇女峰会上的讲话》,(2015年9月27日,纽约),《人民日报》,2015年9月28日,第3版。

大合作计划”。¹ 2016年10月印发的《“健康中国2030”规划纲要》中,² 明确强调了要加强卫生领域的国家交流合作,实施中国全球卫生战略,全方位推进人口健康领域的国际合作,并且要继续向发展中国家派遣医疗队员,将卫生纳入大国外交议程。中央全面深化改革领导小组在2017年2月召开的第三十二次会议上强调:我国要优化援外战略布局,改进援外资金和项目管理,改革援外管理体制机制,提升对外援助综合效应。³

中国为支持发展中国家落实联合国2030年可持续发展议程、改善全球的健康公平和维护全球卫生安全做出的这些重要承诺和举措,无论在形式还是内容上,都是在中国以往卫生援助基础上的创新,必将对改进中国卫生发展援助的效果、深化南南卫生合作产生深远影响。在新的国际形势下,如何扩大同发展中国家的合作,稳步推进和实施“一带一路”倡议,积极担负起负责任大国的国际责任,并坚决维护好我国自身的利益,是我们面临的重大挑战。中国要圆满兑现新承诺、切实落实新举措,让对外援助更好地服务于国家战略,更充分地体现中国的大国担当,就必须借鉴国际社会一切已被证明行之有效的经验,积极探索新型的对外卫生援助体系与管理模式,不断推动对外卫生援助工作的改革和创新,从实践中探寻适合中国国情的解决方案。

第一, 制定关于对外援助的法律框架和战略规划。要创新和改革中国的对外卫生援助,不能单兵突进,必须从中国总体对外援助改革上进行考虑。尽管中国对外援助已经有六十多年的历史,但战略和政策滞后于实践;在国家层面上,尚没有一套完整的、合适中国国情和社会经济发展水平的对外援助战略规划。固然中国开展对外援助的规模和力度至关重要,但更为重要的是有限的援助资源如何有效地服务于国家对外战略的根本目标。目前经济合作与发展组织(OECD)的很多成员国(如美国、英国、澳大利亚、韩国、日本、加拿大等),都已完善了其对外援助的相关立法(如美国1961年颁布《对外援助法》、英国1980年颁布《海外发展与合作法案》、韩国1991年颁布《国际合作署法》)。^{4 5} 这对确立国家对外发展援助的总体战略、目标和优先重点,协调各部门在对外援助方面的职责,提高相关部门对发展援助工作的重视程度以及确保发展援助的有效性方面起到了重要的作用。国际发展援助中,医疗卫生是国与国之间开展外交工作中政治敏感性较低、社会认知度较高的领域,因而已成为当前国际政治多极化、经济全

1 中华人民共和国国家主席习近平:《开启中非合作共赢、共同发展的新时代——在中非合作论坛约翰内斯堡峰会开幕式上的致辞》(2015年12月4日,约翰内斯堡),《人民日报》,2015年12月5日,第2版。

2 《中共中央国务院印发〈“健康中国2030”规划纲要〉》,《人民日报》,2016年10月25日,第1版。

3 《习近平主持召开中央全面深化改革领导小组第三十二次会议强调 党政主要负责同志要亲力亲为抓改革扑下身子抓落实》,《人民日报》,2017年2月7日,第1版。

4 丁韶彬:《大国对外援助:社会交换理论的视角》,北京:社会科学文献出版社,2010年,第153页。

5 孙同全:《对外援助规制体系比较研究》,北京:社会科学文献出版社,2015年,第63、152、226、309页。

全球化趋势下，传统援助国开展对外援助的主要阵地。过去十年间，已有瑞士、美国、德国、日本、英国、欧盟等十余个国家和地区组织依据自身国情相继制定了应对全球卫生挑战的国家战略，¹ 作为参与和开展包括对外卫生援助在内的全球卫生外交活动的政府指导文件。

中国的卫生发展援助是在国家对外援助整体框架下的重要组成部分，也是国家外交战略的重要内容。随着中国发展进入新阶段，“新大国观”“新义利观”成为指导中国外交工作和国际援助的指导理念。中国需要加速对外援助的法律框架的建设以及战略规划制定，系统规定中国对外援助的战略、目标、重点、方式、决策主体、决策过程等，使对外援助行为更加规范和透明。在国家整体对外援助的法律框架和战略规划指导下，再根据国内外情况，提出一套完整的、有中国特色的、适合中国国情的对外卫生援助战略规划，以服务于国家整体战略利益和维护全球卫生的安全与发展。在此战略规划下，开展相关的卫生援外工作，才能最大程度地确保对外卫生援助的政策一致性、援助效果有效性以及援助过程合理性。

第二，适时设立专门的中国对外援助决策管理机构。目前中国参与管理对外卫生援助的部委和机构众多，但缺乏统一的对外卫生援助的顶层决策设计和整体统筹的管理机制。国家卫生计生委、商务部、财政部、教育部等各个部委按照自己的任务分别开展工作，相互之间缺乏密切联系和默契配合，这也是造成我国对外卫生援助面临诸多困难的根本原因之一。事实上，类似问题不仅存在于卫生领域，也存在于农业、教育、科技等其他涉及对外援助的领域。因此，若不能从整体上改变中国援外决策与管理体制，就不可能解决中国卫生及其他领域援外工作的问题。在这方面，可以研究、借鉴发达国家的做法。欧美发达国家管理对外援助的体系不尽相同，但从总体发展趋势看，越来越多的援助国都设立了专门机构（包括在受援国设立代表处）归口管理其发展援助事业。截至2016年，G20国家当中，已有美国、英国、法国、加拿大、澳大利亚、日本、巴西、土耳其和墨西哥等国家设有比较独立的援外机构负责对外援助活动。² 因此，从长远计（特别是考虑到中国的经济总量在不远的将来要超越美国），中国应该尽早规划、适时设立专事对外援助与发展合作的机构（如可称为：国际发展与合作委员会），将分散在各个部门所有涉及对外援助的工作集中到一个部门，统一管理，解决各部门分头实施、多点对外的问题，实现中国的对外援助决策与管理的集约化，国内

1 王云屏：《七个经合组织国家全球卫生战略比较研究》，《中国卫生政策研究》，2014年第7期，第9—16页。

2 这些相对独立的援外机构分别是：美国1961年成立国际开发署（USAID）；英国1997年成立国际发展部（DFID）；法国1941年成立开发署（AFD）；日本2003年成立国际协力机构（JICA）；巴西1987年成立合作署（ABC）；土耳其1992年成立国际合作与协调署（TIKA）；墨西哥2011年成立国际发展合作署（MAICD）；澳大利亚国际发展署（AusAID）初创于1974年，1995年采用现名称；加拿大1968年成立国际开发署（CIDA），2013年该机构并入外交部。应当指出：上述国家中，行政系列归入外交部门的对外援助机构，仍然具有相当大的独立性。

管理与驻外现场监管的一体化。在此基础上,全国人大及其外事委员会也应以立法、研究报告等形式参与对外援助决策,增强立法部门对对外援助行政决策的介入与监督。¹

第三,构建整合型对外卫生援助模式,实现对外卫生援助政策的一致性。目前中国改革创新对外卫生援助模式的当务之急,便是解决中国不同的政府部门在制定和实施对外卫生援助政策时的政策一致性问题。这是出于两点考虑:一是考虑到中国的具体国情,在短期内设立具体管理对外援助事务的专门机构或许难以实现,二是即便设立了专门的对外援助机构,仍需要解决不同行业领域援外活动与该领域的政策一致性问题,因为任何援外管理机构都不可能是掌握各行业专业知识和相关领域政策的权威,还必须综合统筹中国对外卫生援助的各种渠道、方式、机制,建立一个平台使各部委之间充分沟通,并明确权责,有明确的总体目标和顶层设计,从而开展制度化、系统化、协调统一的整合型对外卫生援助。

当务之急是提高各部门制定和实施对外卫生援助政策时的一致性。

如前文所述,虽然商务部会同财政部和外交部等有关部门和机构建立了对外援助部际协调机制,但其实际效果尚待检验。中国在对外卫生援助的实践中,不乏缺少从卫生专业和公共卫生政策的视角对卫生援外做出决定的例子。援建医疗卫生设施如何与派遣援外医疗队进行统筹规划,为发展中国家的医务人员举办培训班如何与受援国的卫生人力资源需求相吻合,在帮非洲国家设计建立抗疟中心时如何与受援国现行的疟疾防控体系及抗疟规划相衔接,不同方式的对外卫生援助如何有机结合以更有效地为受援国的卫生系统的加强做出贡献等,这些都需要国家卫生主管部门的参与,以提供专业的政策指导。因此,需要建立一个切实有效的互动机制,确保对外卫生援助政策的一致性。这个机制除了在横向上可使不同部委之间充分对话,实现不同的发展目标(如教育目标、环境目标、扶贫目标、健康目标等)与其他政治目标(如国家安全和外交布局)之间的权衡外,在纵向上,能确保卫生行业主管部门与主管援外的机构充分的磋商,以使得中国提供的对外卫生援助能最大限度地传递中国卫生发展的理念、知识和经验,并符合国际倡导的公共卫生的政策和最佳实践(如健康公平和全面健康覆盖)。以派遣援外医疗队为例,在顶层设计时,在对受援国需要进行评估的基础上,把临床医疗与公共卫生有效结合,制订“医、教、研”相结合的援助实施计划,同时邀请学术机构参与卫生援外有关的科研项目。如果在受援国有中国援建的医院等,可以通过相关的机制,安排医疗队进驻,并通过“传、帮、带”式的临床带教培训受援国医务人员。邀请援外回国的中国医生参与受援国医务人员来华培训的课程的开发及授课。他们掌握的中国经验、经历的援外实践和对受援国国情的了解,

1 白云真:《中国对外援助的支柱与战略》,北京:时事出版社,2016年,第255页。

可使培训更有针对性，并可建立长期的交流机制。这种整合型模式，可使分散的援外卫生项目形成合力，从传统的“授人以鱼”真正转变为“授人以渔”的援助模式，产生加强卫生体系的示范作用。

第四，丰富参与卫生援外的行为体，更积极开展国际卫生发展合作。中国作为一个在全球卫生领域的新发展伙伴，除了要从政府的角度对自身外援助体制进行改革创新，还应以全球化的视角，调整中国在国际卫生发展援助舞台上的行为方式，鼓励国内私营企业和民间社会力量的广泛加入，从多个维度深化与国际卫生发展援助各个行动方的交流合作。与传统援助国相比，我国社会组织参与对外卫生援助的能力非常薄弱，相关的专门人才、专业知识、合作途径和制度性建设匮乏，更没有国际化战略。因此要努力引导高等院校、科研机构、慈善基金会、社会团体、网络型社会组织、私营企业等非国家行为体加入我国的对外卫生援助事业，探索委托民间组织承接国际援助的模式，从而提升援助在目标国家和地区的影响力、传播力度和社会影响力，推动中国国际形象的改善。

毫无疑问，政府是国家对外卫生援助的总协调方和主要的公共产品提供者，但实际的执行主体应当多元化，在国内层面鼓励政府机构与民间社会力量进行合作；在国际层面鼓励开展三方和多边卫生援助，让更多的行为体多元化参与全球卫生发展的事业中。而在这个过程中，政府又必须协调众多行为体行动的和谐一致，避免各自为政、浪费资源。近年来，国际发展合作的效率和结果评估问题一直是国际社会关注的问题。开展三边乃至多边的卫生发展援助项目，有助于实现医疗卫生资源的优势互补，还可以促进发展中国家技术、经验的分享，提高援助的有效性，降低卫生发展合作的成本。通过与发达国家及其他全球卫生行为体在卫生发展援助领域的合作，将可能在很大程度上弥补中国在卫生援外资金、专业知识、信息渠道、国际合作规范以及多伙伴合作经验等诸方面的不足。这不仅有利于中国更有效的参与全球卫生治理，对推动国际发展援助与可持续发展议程的深度融合也会产生积极意义。

第五，改革创新援外医疗队员的选拔与派遣。在新时期中，援外医疗队依然大有可为。要保持援外医疗队的可持续健康发展，必须以“组合拳”的方式改革创新医疗队员的选拔、培训、使用、管理、待遇、职业发展规划和正向激励措施等各个方面的工作。例如：建立“援外医疗人才储备库”及配套的准入和选拔机制；参照外交人员标准给予出国待遇（包括家属随任）；动态调整医疗队员的国外补助和岗位津贴标准；为医疗队员提供国外意外伤害保险和医疗职业风险保障；在职称评定方面借鉴国内援藏援疆医生的评定做法；对派员单位实施提高积极性的鼓励措施（如颁发荣誉奖章、提高经济补贴、列入医院考核制度）；释放社会力量潜力，扩展承担援外医疗队任务的行为主体，等等。从根本上说，这些改革与整个中国援外体制机制的改革创新密不可分，但有些具体的改革措施并不需要等待总体改革方案的出台，完全可以解放思想，创造条件，大胆实践，先行先试。