

后埃博拉时期中非卫生合作的 趋向、挑战与建议*

郭 佳

【内容提要】 中非卫生合作是约翰内斯堡峰会提出的中非“十大合作计划”之一，后埃博拉时期中非卫生合作逐渐从传统友谊型援助向多层次、宽领域、全方位合作方向转变，呈现出从双边援助到多边合作、由临床医疗到公共卫生体系建设、由全科医疗到专科特色医疗、从国家层面上助推中国药品走进非洲、注重中国经验在非洲的运用等趋势与特点。与此同时，中非卫生合作也面临着一些问题与挑战，卫生战略与决策有待进一步规划与统筹，援助项目有待深耕细作，医药产品走进非洲的瓶颈问题有待突破，体系建设的相关技术转移和经验分享有待开发。为此，中国应调整工作思路，着眼长远，将中非卫生合作纳入中国的全球卫生外交与卫生安全战略整体布局中，以中非卫生合作为契机和支点，将中国在健康领域的国际合作和全球卫生战略的实施引向深入。

【关键词】 中非卫生合作 对非援助 卫生外交 非洲

【作者简介】 郭佳，中国社会科学院西亚非洲研究所助理研究员

【中图分类号】 D822.34

【文献标识码】 A

【文章编号】 1006-1568-(2017)02-0114-18

【DOI 编号】 10.13851/j.cnki.gjzw.201702007

* 感谢《国际展望》匿名评审专家及编辑部的宝贵建议，文中错漏由笔者负责。

卫生议题一直以来都是非洲乃至全球发展领域的重要议题，特别是自埃博拉疫情发生之后，卫生议题的重要性越发凸显，加强卫生系统的相关内容不仅被写入非洲“2063年愿景”，也在联合国“2030年可持续发展议程”中占据重要地位。中非卫生合作更因共同抗击埃博拉疫情而进一步深化，2015年的约翰内斯堡峰会将中非卫生合作列入中非“十大合作计划”之中。这些成果性文件和实施框架既反映出卫生议题在全球发展治理以及中非合作中的突出地位，也规划了后埃博拉时期非洲卫生发展与中非卫生合作的方向与目标。

所谓“后埃博拉时期”，它不仅仅是一个事件或时间概念，而是一种符号或象征，它意味着非洲卫生发展和中非卫生合作自埃博拉危机之后，步入与以往不同的历史阶段：一方面，对非洲国家而言，埃博拉疫情是一次转“危”为“机”的节点，它促使非洲国家动员和整合各方资源，启动和推动国内医疗卫生体系改革，着力解决非洲卫生领域中最薄弱环节，诸如公共卫生体系建设、全民健康覆盖等，加快基于本土及自有方案应对健康与发展挑战的进程；另一方面，对中国而言，埃博拉疫情结束之时，正值中国的“十三五”规划以及“健康中国 2030”纲要启动，中国与非洲有着相似的发展经历和同样的健康追求，中国在卫生领域已经取得的成就可以为非洲国家所借鉴和分享，中国未来的健康规划与中非卫生合作同向而行，中国对非洲的卫生工作与之之前相比表现出更注重协同性，更加开放、灵活、务实的特点。

尽管后埃博拉时期中非卫生合作呈现出崭新的局面，但与此同时，双方合作也面临诸多问题与挑战，这些问题和挑战或来自于观念层面，或存在于实际操作之中。为此，要加强对非卫生合作的顶层设计和资源整合，将中非卫生合作置于更高的战略层级上，纳入中国的全球卫生外交与卫生安全战略整体格局中，提高设置和引领国际卫生议题的能力，并解决实践中存在的关键性问题，从而以中非卫生合作为契机和支点，将中国在健康领域的国际合作和全球卫生战略的实施引向深入。

一、后埃博拉时期非洲的卫生状况

非洲是世界上卫生状况最为落后的地区之一，它拥有全世界 12% 的人口，却承受着全球约 24% 的疾病负担，^① 许多国家医疗基础设施落后，缺医少药情况严重，医护资源匮乏，卫生体系支离破碎无法有效运转，疾病预防和治疗工作面临巨大压力。总体而言，目前非洲的卫生状况具有以下四个特点。

（一）面临着传染病与慢性非传染病的双重威胁

非洲大陆一直以来深受艾滋病、疟疾和结核病三大传染病困扰。据世界卫生组织统计，2015 年非洲艾滋病病毒（HIV/AIDS）携带者和感染者人数约为 2 550 万，约占全球患者的 70%，^② 15—49 岁人口感染艾滋病病毒的比例为 4.6%，^③ 撒哈拉以南非洲 2015 年新增感染病例约 140 万，占全球新感染艾滋病人数的 2/3 以上，死亡 80 万。^④ 世界卫生组织《2016 年世界疟疾报告》显示，2015 年全球有疟疾病例 2.12 亿，42.9 万人死于疟疾，其中 90% 的疟疾病例和 92% 的疟疾死亡病例都集中在非洲，约 8 亿非洲人面临患疟疾的风险，疟疾已成为阻碍非洲社会发展的重要因素。^⑤ 目前非洲有 270 万结核病患者，约占全球结核患者的 1/3，^⑥ 绝大多数肺结核死亡病例发生在非洲，大部分非洲国家结核患者的死亡率超过 20%。^⑦

除了传统传染病威胁以外，过去三十多年，由于全球化的影响，城市化的发展、生活方式的改变，预期寿命的延长，慢性非传染性疾病（NCD），例如，冠心病、高血压、糖尿病、肿瘤、哮喘、慢性肝脏疾病和慢性肾脏疾

^① World Health Organization, *Atlas of African Health Statistics 2016: Health Situation Analysis of the African Region*, Brazzaville: WHO Regional Office for Africa, 2016, p. 21.

^② World Health Organization, Global Health Observatory Data Repository, *Number of People (all ages) Living with HIV*, January 27, 2017, <http://apps.who.int/gho/data/view.main.22100WHO?>.

^③ World Health Organization, *Overview of the African Region*, <http://www.who.int/afr/>.

^④ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, *AIDS by the Numbers*, Geneva: UNAIDS, 2016, pp.16-17.

^⑤ World Health Organization, *World Malaria Report 2016*, Geneva: World Health Organization, 2016, pp. xv-xvi.

^⑥ World Health Organization Regional Office for Africa, *Tuberculosis*, <http://www.afro.who.int/en/tuberculosis.html>.

^⑦ World Health Organization, *Global Tuberculosis Report 2016*, Geneva: World Health Organization, 2016, p. 15.

病等在非洲的流行率也持续上升, 传染病与慢性非传染病的双重负担给原本就资金短缺的非洲卫生服务造成巨大压力, 使非洲面临更为严峻的公共卫生挑战。

(二) 卫生支出总量不足且过度依赖外部援助

非洲近年来总体经济形势向好, 卫生支出在国内生产总值中占比从 1995 年的 2.6% 增加到 2013 年的 5.8%,^① 但是在各国政府预算中, 卫生支出普遍处于相对落后的位置。2001 年, 《阿布贾宣言》承诺将政府预算的 15% 用于卫生, 但实际上大多数非洲国家至今无法兑现。至 2013 年, 政府卫生支出占预算总支出的比例达到和超过 15% 的国家只有 7 个, 分别是乌干达 (24.3%)、卢旺达 (22.3%)、斯威士兰 (18.1%)、埃塞俄比亚 (16.4%)、马拉维 (16.2%)、中非共和国 (15.9%) 和多哥 (15.4%),^② 而且这些国家的政府卫生投入中可能包含国外援助资金, 大多数国家的政府卫生支出都低于《阿布贾宣言》承诺的标准, 从而难以确保实现基本卫生服务的全民覆盖。

此外, 非洲国家在卫生领域过度依赖国际援助或私人捐款等外来资金投入。2013 年, 非洲国家外部援助资金占本国卫生总费用的平均比例为 10.4%, 在世界卫生组织非洲区域所辖的 47 个非洲国家中,^③ 有 30 个国家外援资金占比超过该平均水平, 最高的前 5 位分别是布隆迪 (73.3%)、南苏丹 (68.5%)、马拉维 (68.3%)、利比里亚 (57.8%)、刚果民主共和国 (52.4%)。^④ 在许多国家, 外援资金的增加很多时候并没有缓解非洲本国卫生投入不足的情况, 反而形成一种“替代效应”, 代替了非洲政府本应在医疗方面的投入, 使得政府卫生支出占卫生总费用的比例不升反降。

^① World Health Organization, *Atlas of African Health Statistics 2016: Health Situation Analysis of the African Region*, Brazzaville: WHO Regional Office for Africa, 2016, p. 59.

^② *Ibid.*, p. 64.

^③ 世界卫生组织非洲区域所辖 47 个非洲国家, 指除摩洛哥、突尼斯、阿尔及利亚、埃及、苏丹、吉布提、索马里之外的非洲国家, 上述 7 个国家虽然在地理上属于非洲, 但在世界卫生组织的分区中隶属于中东区域。

^④ World Health Organization, *Atlas of African Health Statistics 2016: Health Situation Analysis of the African Region*, Brazzaville: WHO Regional Office for Africa, 2016, p. 66.

（三）尚未建立有效的医疗卫生体系

非洲国家至今尚未建立一个反应迅速、运转有效的公共卫生防控体系和医疗服务体系，2014年埃博拉疫情的爆发和一度失控，进一步暴露了这一体系的脆弱性。多数非洲国家只有城市医院可以获得公共财政支持，而区县医院、贫困地区、农村地区的卫生服务机构很难被公共财政覆盖，这导致基层卫生机构在设备、药品、技术、管理等方面的滞后，城乡之间卫生发展不平衡，难以建立有效的卫生服务网络。此外，非洲国家卫生人力资源严重匮乏，平均每万人拥有医生数量为2.7人，远低于世界平均水平的13.9人，在现有有统计数据的34个非洲国家中，每万人拥有医护人员量少于1人的有17个，最低的利比里亚为0.1/10000，马拉维、尼日尔、塞拉利昂为0.2/10000，埃塞俄比亚和坦桑尼亚为0.3/10000，即使在医疗条件相对较好的南非，也仅为7.8/10000。^①

（四）医疗卫生服务的可及性及公平性较差

一个合理的医疗卫生体系应该是逐渐扩大基本医疗卫生服务的覆盖人口，同时保证医疗卫生服务的效率与公平。而人口覆盖率的提高不仅取决于卫生资源的供给，还需要减少就医过程中的个人现金支付。世界卫生组织指出，当一个国家自费医疗支出超过医疗总支出的20%时，由医疗支出造成家庭财产危机的风险就会加大，因为在患者直接支付费用过高的情况下，即使卫生设施、服务、产品到位，一般的家庭也无力支付相应的费用，从而对全民健康覆盖的推进形成障碍。而目前非洲国家的个人支出占卫生总支出的平均比例为51%，在47个世界卫生组织所辖非洲国家中，除了津巴布韦和塞舌尔，其余国家全部超出了20%的安全范围，其中占比最高的几个国家甚至达到了百分之七八十，分别是塞拉利昂（86%）、几内亚比绍（80%）、尼日利亚（76%）、圣多美和普林西比（71%）、科摩罗和科特迪瓦（67%）。^②

此外，非洲的卫生服务供给偏向富裕阶层和城市居民，联合国千年发展报告显示，在以非洲为代表的发展中地区，最贫穷的20%家庭的儿童发育迟

^① World Health Organization, *Atlas of African Health Statistics 2016: Health Situation Analysis of the African Region*, Brazzaville: WHO Regional Office for Africa, 2016, p. 69.

^② *Ibid.*, p. 79.

缓的可能性是最富裕的 20% 家庭儿童的两倍以上; 最贫穷家庭的 5 岁以下儿童死亡率几乎是最富裕家庭的两倍。^① 由于接生环境和技術的问题, 非洲孕妇死亡率占全球总数的 1/2, 近 1/3 的新生儿面临破伤风的威胁, 还有近 1/4 的 1 岁儿童不能接种脊髓灰质炎疫苗,^② 而这些病例大多发生在医疗条件较差的农村地区。

总而言之, 落后的卫生状况对非洲各国的经济、社会、政治、文化等产生了重大影响, 它延缓经济增长, 加剧贫困, 削弱国家的综合国力与可持续发展能力, 导致对政府支持率降低, 引发国内局势的不稳定; 与此同时, 随着全球化发展, 世界日益相互依存, 非洲的疾病传播及公共卫生事件不仅涉及非洲本身, 也对全球公共卫生安全造成威胁, 埃博拉疫情已经给全球卫生安全拉响了警报。因此, 各方合作保障全球卫生安全是全球卫生治理的共识, 也成为全球发展治理的核心议题。中国作为国际发展领域的积极参与者, 与非洲的卫生合作必将在原有基础上得到进一步深化和拓展。

二、后埃博拉时期中非卫生合作的趋势与走向

约翰内斯堡峰会, 中非卫生合作不断在创新中发展, 通过双边与多边相结合, 政府与民间相结合, 技术支持与能力建设相结合, 全科医疗与专科医疗相结合, 长期派出与短期派出相结合, 定期支援与项目管理相结合, 援助与投资相结合, 医疗服务与医学教育相结合方式, 逐渐从传统友谊型援助向多层次、宽领域、全方位合作方向转变。

(一) 从双边援助到多边合作

中非卫生领域合作由来已久, 从 1963 年中国向阿尔及利亚派出第一支医疗队起, 50 多年来, 中非卫生合作已形成包括派遣援外医疗队、援建医院和疟疾防治中心、赠送药品和医疗器械、双边人员交流、人员培训等多层次宽领域的工作模式。这种模式多为政府间双边援助, 鲜有与第三方的多边

^① United Nations, *The Millennium Development Goals Report 2015*, New York: United Nations, 2015, p. 8.

^② World Health Organization, *Atlas of African Health Statistics 2016: Health Situation Analysis of the African Region*, Brazzaville: WHO Regional Office for Africa, 2016, pp. 97-113.

合作。2014 年埃博拉疫情发生之后，中非之间的卫生合作逐渐呈现由双边援助向多边合作发展的态势，且合作主体多元化，不仅包括政府、国际和地区组织、非政府组织，也包括企业、社会团体等民间机构。2014 年 5 月，中国与世界卫生组织合作在桑给巴尔（Zanzibar）开展血吸虫病防控试点项目，开启了中国与国际组织在非洲国家开展卫生合作的首次探索；2015 年 3 月，中国公共卫生专家参与了由世界卫生组织主导的塞拉利昂埃博拉防控多边合作；2015 年 4 月，中国疾控中心与非盟 8 个成员国代表，以及世界卫生组织、美国健康与人类事务部（Department of Health and Human Services, HHS）、美国疾病控制中心（Centers for Disease Control and Prevention, CDC）、非洲实验医学协会（African Society for Laboratory Medicine, ASLM）等多家机构共同参与了非盟的非洲疾病预防控制中心建设的筹备工作；2015 年 4 月中国—英国—坦桑尼亚疟疾防治试点项目也在坦桑尼亚启动。参与非洲卫生领域的国际合作在中国对非卫生合作中具有重要意义，尤其是在中国资金、人力、技术资源无法完全覆盖的领域，有较大拓展空间。例如，与国际质量认证权威机构合作援建药品质量检测中心，与国际组织合作建立生物等效性实验室等，都是未来可能会启动的合作项目。埃博拉疫情发生以后，中非双方还积极推进中国民营企业在非洲卫生领域的投资，相较于政府机构，民间机构具有更高的创新热情，而且更便于走进基层，提高医疗卫生服务的可及性，在完善非洲社区医疗体系方面有着政府机构不可比拟的优势，民间投资作为一种务实合作的新模式，正在成为官方援助有益的补充。

（二）由临床医疗援助到公共卫生体系建设

解决非洲地区卫生问题的基础是公共卫生体系中疾病预防控制体系的建立。它的效益虽非即时显现，但却可以通过公共卫生政策的制定、评价机制的完善、传染病防范措施的实施等方式，从宏观层面使受援国的卫生事业得到整体性提高，并形成良性发展，使民众的健康得到有力保障。非洲国家至今尚未建立起一套健全、响应及时、运转有效的公共卫生防控体系，为此，非盟在“2063 年议程”中将公共卫生体系建设置于卫生领域的重要位置，提出了“完全遏制埃博拉等传染病和热带病、大幅减少非传染性疾病的发病率、

将非洲人民的人均寿命提升至 75 岁以上”的发展目标。中国的卫生事业经过几十年发展，特别是在经历了 2003 年“非典”之后，建立起了公共卫生管理的长效机制，公共卫生水平不断提高。中非医疗合作从之前医务人员的派出、医疗设备或药品的捐助等临床层面逐步向公共卫生体系建设层面转型，除了体现出中国愿将经验与非洲分享的态度，也是中非卫生合作向纵深发展的必然要求。中国不仅关注非洲当下的卫生状况，更从源头入手，着眼于非洲卫生事业的能力建设与长远规划，这符合中非双方的利益与需要。

2014 年埃博拉疫情爆发后，中方就向疫区国家率先派遣了多批公共卫生专家组成的医疗队，在基层进行疾病监测以及传染病防范知识的培训。今后，中国将以参与非洲疾病控制中心筹建为抓手，加强中非之间的公共卫生政策沟通，结合非洲发展目标和实际需求，深化、扩展中非公共卫生合作。中国将支持非盟及各非洲国家建立健全疾病预防控制体系，帮助非洲国家形成对疫情的监测、预警和快速反应能力，为及时处置突发公共卫生事件提供可靠保障；将协助非洲国家提高实验室技术能力，重点帮助防控影响非洲人民健康的慢性非传染性疾病以及疟疾、艾滋病、结核病、霍乱、埃博拉等可预防的传染性疾病和新发疾病；开展卫生人力资源培训，举办卫生相关专题培训班，为非洲国家培训卫生管理和医护人员，加强卫生技术转移，帮助非洲国家提升卫生事业的自主发展能力。

（三）由全科医疗向专科特色医疗深化

中国一直以来对非洲各国都实行整齐划一、全科式的医疗援助，这种形式虽然具有各方兼顾的优势，但鉴于非洲国家情况各异，医疗水平参差不齐，这种一刀切式的援助模式往往因为缺乏针对性而影响效果。在埃博拉疫情发生以后，中非卫生合作愈发注重差异化的国别政策，注重专科医学的交流与合作，在实践中表现为以下四种形式：

第一，建立专科中心。一些传统型的全科医疗队依据受援国的实际情况侧重于某些专业领域建立专科中心，就可凸显援助效果。如中国派往坦桑尼亚桑给巴尔的医疗队在当地设立了微创外科中心与眼科中心；援坦桑尼亚医疗队在当地建立了以心胸外科为主的“中坦医疗技术与培训合作中心”；援

毛里塔尼亚医疗队拥有中国援非医疗队中唯一一支疾病预防控制与公共卫生专家组；^① 中国医疗队还在阿尔及利亚等国开设了中医中心或中医诊所。

第二，对口医院合作。从 2015 年 12 月约翰内斯堡峰会至今，中国已先后与非洲 10 个国家建立对口医院合作关系。通过技术交流和转移，医护培训，加强专业科室建设等，特别是在非洲空白的高层次专业技术领域，提升非洲国家的临床专科治疗水平。同时，在设备维护和医院运营管理等方面也积极开展支援合作。例如，广东省人民医院心血管研究所专家团队与位于加纳第二大城市库马西的教学医院（Komfo Anokye Teaching Hospital,）开展心胸外科领域的合作，除了在库马西医院进行心脏外科手术，帮助医院成立心血管病治疗中心外，还邀请加纳医生到广东心血管病研究所学习，目的是使他们具备独立承担手术的能力，在加纳建立面向中西非的心脏中心。此外，还有北京阜外医院与南非格鲁特索尔医院（Groote Schuur Hospital）在心血管领域的合作，河南省人民医院与埃塞俄比亚提露内丝—北京医院（Tiluneisi Beijing Hospital）在创伤治疗与妇幼健康领域的合作等。

第三，短期项目式医疗队。在约翰内斯堡峰会上，中国承诺未来向 40 个非洲国家派遣由临床专家组成的短期医疗队，除了继续正在进行的“光明行”项目，为非洲民众实施免费白内障手术以外，还将增设妇幼保健等专项医疗援助，进行理论授课、技能培训、义诊咨询和疑难病例会诊等医疗活动。相较于传统上两年一轮换的全科医疗队，这种短期项目式医疗队更有针对性，更具灵活性。

第四，专项传染病防控。2007~2014 年中国与科摩罗启动“青蒿素复方快速控制疟疾项目”，8 年内将疟疾死亡人数降低到零，发病人数减少了 98%，这是人类通过主动的群体药物干预，首次在非洲国家成功且快速地控制了疟疾传播，也是中非之间进行专项传染病防控合作的一次尝试。未来几年，中国除了将在肯尼亚、马拉维、多哥等国家运用这一抗疟疾模式建立抗疟疾示范区以外，还将在防治艾滋病、结核等领域与非洲国家展开合作。

^① 参见郭佳：《援非医疗队与中国在非洲的软实力建设》，载张宏明主编：《非洲发展报告 No.17（2014~2015）——中国在非洲的软实力建设：成效、问题与出路》，社会科学文献出版社 2015 年 9 月版，第 90 页。

（四）将助推中国药品走进非洲上升到国家战略层面

中国药品难以走进非洲一直是多年来禁锢中非卫生合作向纵深发展的瓶颈。以青蒿素产品为例，青蒿素是中医药对人类的重大贡献，为此中国女科学家屠呦呦教授还获得了 2015 年诺贝尔生理学或医学奖，以青蒿素为基础的复方药物是目前疟疾治疗的首选方案，并得到世界卫生组织的推荐。中国虽然是青蒿素的原创发明国，却在青蒿素类药品国际市场上几乎“被出局”，据行业人士估算，在当前全球疟疾药品市场中，中国青蒿素药品所占份额不足 5%，中国制药企业更多只是充当了原料供应商的角色，长期处于供应链的最底层。这一现象的出现，既有中非医药体系差异、国际医药市场既有格局影响的原因，也有国内医药行业与企业自身的因素。国内医药行业对这一问题的呼吁由来已久，但是从国家层面上加以重视，甚至上升到国家战略层面，写入中国对非洲政策文件中，约翰内斯堡峰会是第一次。

约翰内斯堡峰会明确指出要鼓励和支持中国企业赴非洲开展药品本地化生产，提高药品在非洲的可及性；支持 10 家大型制药和医疗器械企业与非洲国家在药品研发和制造领域开展合作，转移相关技术，向民众提供可及、可靠、可负担的医药产品、疫苗及医疗设备。2016 年 11 月，第六届中非卫生合作国际研讨会在上海召开，会议的主题就是“中非携手，提高医药产品可及性”。这次会议除了现场交流讨论以外，还安排了优质中国医药产业展示，就产品的标准和认证等问题与非方进行沟通，为中非供需对接搭建平台；此外，国家卫计委与中非发展基金筹备设立“中非医疗卫生联合基金”和“中非医疗器械联合基金”，以此加强对医药企业投资非洲的资金支持。这次会议成为落实约翰内斯堡峰会成果，助力中非医药产品合作的一次重要行动。

（五）注重中国经验在非洲的运用

除了公共卫生体系建设以外，实现全民健康覆盖是当前非洲卫生工作的另一个重点领域。全民健康覆盖的核心是对人口的全面覆盖和对基本医疗卫生服务的覆盖，即提高医疗卫生服务的可及性，让每个人都可获得质量良好的卫生服务，而不会面临因付费带来的经济困难风险。多数非洲国家面临的挑战是如何在医疗卫生服务体系尚不健全的情况下，利用有限的资源来满足

日益增长的需求。事实上，当今非洲很多地区的卫生状况与中国建国初期的卫生情况十分相似，而中国当时在既有条件下在短时期内建立了世界上最大、最高效的合作医疗体系和基层卫生组织系统，用实践证明了低收入国家也可以通过符合本国特色与国情的途径实现全民健康覆盖。中国经验包括政府主导、预防为主、注重基层等，即由政府主导进行医疗卫生领域的规划、筹资、监管，优先投入经济薄弱地区和重点领域，加强薄弱地区卫生服务体系建设，特别是农村医疗卫生服务体系，保证基层、农村地区卫生资源的可及性与公平性。

中国当前在与非洲的卫生合作中，特别是在全民健康覆盖领域，尤其注重中国经验在非洲的运用，特别是在非洲国家最为薄弱的基层卫生体系建设方面。例如，在农村培养基层卫生工作者，提高农村地区的初级卫生覆盖率，扩大医疗卫生可及性；再如，分享中国预防为主的观念，组织全民参与的群众性卫生防疫运动，并在社区加强健康教育，改善生活环境。这是一种不同于西方医学“以治疗为本”的思路，这种思路的核心在于，用社会组织的手段，替代专业性的高成本、高技术投入，从而加强公共卫生体系建设。这种低成本方式尤其适用于缺乏资金和技术的发展中国家与贫困地区，对于深受传染病威胁的非洲国家具有借鉴意义。

总之，上述趋势与转变丰富了中非卫生合作的内涵和途径，使得合作主体更加多元化，合作渠道更加多样化，合作内容更具针对性和有效性，表现出更加开放灵活务实的特点，也体现了合作理念上的关口前移，即从治病到防病，着眼于长远，注重体系建设与能力建设，致力于从根本上解决非洲的卫生问题。中非卫生合作的不断深化，也推动中国从全球健康治理的参与者逐步向全球健康议程的影响者和新型国际卫生发展援助体系的构建者转变。

三、后埃博拉时期中非卫生合作的问题与挑战

中非卫生合作经过几十年发展，已取得长足进步，但仍然面临一些问题与挑战，卫生战略与决策有待进一步规划与统筹，援助项目有待深耕细作，

医药产品走进非洲的瓶颈问题有待突破，体系建设的相关技术转移和经验分享有待开发。

（一）战略、决策与管理缺失

首先，在宏观战略层面，中非卫生合作在中国对外合作整体格局中层级较低，长期以来停留在传统友谊型援助模式上，缺乏创新性和时代性，即使现在的合作形式不断丰富与发展，也仍然缺乏着眼于全球卫生战略的顶层设计与长远规划。其次，在决策机制上，中非卫生合作是包含多个项目的有机整体，决策与管理部門涉及中央、地方两个层级的多个机构，在中央一级，除了国家卫计委以外，商务部、外交部、财政部等也在实际操作中发挥着重要作用。尽管上述机构均为我国对外援助部际协调机制成员单位，但彼此间只是加强了行动上的联动与合作，并未在决策机制上实现通盘考虑与统筹规划，不仅导致决策效率低下，也削弱了决策的系统性和前瞻性。再次，在管理方面，由派出省进行管理的合作项目会由于各省财力、人力和组织能力的差别存在项目质量上的差异。

（二）部分援助项目效果欠佳

中非卫生合作中相当一部分为援助项目，一些援助项目效果欠佳，主要表现在以下三个方面：首先，国内粗放型的援助模式往往以我为主，不考虑国别差异、受援国民众习惯以及当地环境特点。例如药品说明书未翻译成受援国语言；药品剂型和规格缺乏人性化设计；药品名录不能根据受援国疾病谱的变化进行调整；有些药品忽略了人种差异；基础设施援助缺乏设备配套与后续管理；等。^①其次，中非文化差异使得符合“中国标准”的援助项目并不切合“非洲标准”。例如，由于中非双方对“计划生育”概念理解的不同，在避孕产品的选择上也有所区别。中国计划生育的焦点是控制人口，而非洲一些国家对计划生育的理解不是控制人口，而是有计划地生育，即利用技术手段创造有利于孩子成长的生育间隔，因此在避孕产品的选择上，需要的是长效、可逆、不影响生育力恢复的产品，如果不了解当地的文化和价值观，就会把符合“中国标准”却并不适用于非洲的避孕产品投放到当地，从

^① 参见郭佳：《援非医疗队与中国在非洲的软实力建设》，第87-88页。

而造成援助物资的浪费。再次，因为缺乏与其他“利益攸关方”的沟通而导致援助项目得不到国际社会的认可。例如，中国在刚果（金）援建的五十周年医院（Padiyath Medicity Hôpital du Cinquantenaire），本来是按照刚果方面的要求，为满足其富裕阶层的医疗需求而建设的，因此定位较为高端，但由于缺乏与国际机构等方面的沟通而被认为是不符合非洲实际需要的建设，破坏了医疗体系的有序性。^①

（三）医药产品并未进入非洲主流医药市场

非洲医药市场需求巨大但自身供给能力不足，80%以上的药品依赖进口，尽管中国药品具有价格低、质量高的优势，非常符合非洲市场的需求，但是中国却不是非洲的主要医药产品进口国。事实上，我国目前进入非洲市场的药品大多是通过在非洲当地跨国注册的方式从私立市场进入的，极少有制药企业能够进入非洲的公立市场，而无论是从采购量还是影响力来说，进入公立市场才是进入非洲主流医药市场的标志，从这个意义上说，我国医药产品并未进入非洲主流医药体系。

医药产品进入非洲公立市场的渠道主要有两种：一是通过世界卫生组织等国际机构的多边市场采购；二是通过非洲各国的政府采购，进入这两种采购体系的入场券就是通过世界卫生组织的预认证（PQ认证）。PQ认证分为制剂认证和原料药认证两种，制剂认证主要针对艾滋病、疟疾和结核病三大疾病的用药，截至2017年2月，在全球520个通过制剂PQ认证的产品中，中国产品只有16个，^② 主要为疟疾和艾滋病用药；^③ 在获得PQ认证的100种原料药中，中国占有34个。^④ 由此可见，能够进入国际供应商体系的中国医药产品寥寥无几，且大多充当原料供应的角色。尽管目前中国政府鼓励医药企业赴非洲投资建厂，以此助力中国药品走进非洲，但如果贸易无法先

^① 参见蒋晓晓：《中非卫生合作的特点：基于刚果民主共和国的案例研究》，《中国卫生政策研究》2014年第3期，第67页。

^② 其中11种为疟疾用药，3种为艾滋病用药，1种结核用药，1种生殖健康用药。

^③ World Health Organization Prequalification of Medicines Programme, *Medicines/finished Pharmaceutical Products List*, <https://extranet.who.int/prequal/content/prequalified-lists/medicines>.

^④ World Health Organization Prequalification of Medicines Programme, *WHO List of Prequalified Active Pharmaceutical Ingredients (APIs)*, <https://extranet.who.int/prequal/content/active-pharmaceutical-ingredients-0>.

行,企业依然面临产品的市场准入问题。归根结底,难以通过世界卫生组织的PQ认证,是目前中国医药产品进军非洲主流医药市场的最大障碍。造成这一现象的原因主要有两点,其一,技术性壁垒。一方面,我国制药行业的药品生产质量管理标准不能与国际对接;另一方面,中国企业与国际组织接触不多,对国际招投标程序与规则认知有限,缺乏足够的经验。其二,企业自身的原因。因为PQ认证周期较长,一般需要3~5年,加之非洲公立市场药品采购招标价格不断压低,产品几乎没有利润而言,因此企业对于申请PQ认证内生动力不足。

(四) 中非卫生合作的领域有待进一步拓展

卫生事业的发展是一项复杂的系统工程,世界卫生组织认为,一个完善的卫生系统应包含下列几大体系:卫生服务体系、公共卫生体系、卫生筹资体系、人力资源体系、卫生信息体系以及药品供应体系。^①卫生系统的整体缺陷,阻碍了非洲卫生发展目标的实现,而只有从加强卫生系统的高度进行改革,推进各体系协同发展,才能使卫生事业整体向前推进。

当前中非卫生合作的内涵正不断丰富,而在卫生体系建设方面的合作潜力依然有待释放。例如,信息系统建设是非洲卫生领域急需加强的环节,由于数据信息的不足,政府无法根据人群需要确定基本卫生服务的内容,无法及时、准确地掌握卫生供求关系和卫生系统运行效能,而中国可以通过从国家层面制定卫生信息化整体规划方案,通过移动医疗、远程医疗、信息中心管理等手段和项目,帮助非洲国家提升卫生信息化水平。再如,在卫生筹资体系建设方面,中非双方也具有很大的合作空间。实现全民健康覆盖,急需解决的是资金来源问题,也就是筹集到足够资金并持续增长,不断提高覆盖面和服务水平,这也是当前非洲国家实现全民健康覆盖所面临的最主要挑战。从非洲国家目前的财政状况看,大多数国家难以在短期内提高卫生投入在政府预算中的优先等级,比较可行的办法是建立多元、可持续的筹资机制,丰富国内融资渠道,中国在筹资渠道、筹资方式、资金的管理与使用等方面可以为非洲国家提供经验,以提高非洲各国财政对公共卫生和初级卫生保健

^① World Health Organization, *Health Systems*, http://www.who.int/topics/health_systems/en/.

服务融资的自给能力。此外，非洲国家目前依各自国情，以覆盖不同人群的多种医疗保险为主要筹资方式，在如何完善医疗保险制度，特别是在这一过程中政府如何履行公共责任，以保障弱势群体的利益和基本公共卫生服务方面，中国也有许多值得非洲国家借鉴的经验。当然，鉴于体系建设的某些措施会触及一国的政治、经济、社会等深层次问题，中国应秉持“非洲提出、非洲同意、非洲主导”的原则，尊重非洲国家的意愿。中国需要做的，主要是支持非洲国家卫生体系的能力建设，而卫生发展的模式和道路则应由非洲国家自主选择。

四、后埃博拉时期中非卫生合作的建议

为巩固中非卫生合作成果，进一步扩大合作的有效性及其影响力，拓展中国在非洲以及全球卫生战略布局中的利益，实现中非双方卫生领域的互利共赢，中国应有针对性地调整工作思路，着眼长远，有所作为。

（一）加强中非卫生合作的顶层设计、理论创新和资源整合

首先，提升对非卫生工作的战略层级，增加卫生援助在对外援助总额中的比重。为此，中国应加强顶层设计，确定中非卫生合作在中国全球卫生外交战略中的定位，加强理论、模式和机制创新，创建有中国特色的国际卫生发展援助理论，掌握话语权，推动国际卫生援助议题朝中国的优势方向发展。在这方面，西方传统援助国的做法值得学习，它们不仅高度关注卫生议题，并且具有较强的卫生议题设置能力，例如美国通过“总统防治艾滋病紧急援助计划”和“总统防治疟疾援助计划”引领了非洲防治艾滋病和疟疾的方向；英国牵头成立了“全球疫苗免疫联盟”（Global Alliance for Vaccines and Immunisation, GAVI），对疫苗在全球普及发回了显著的影响作用；日本尤其注重社区和农村的卫生援助，抓住草根阶层的民心。其次，整合国内对非卫生工作的渠道和归口，为此有必要建立一个全面统领对非和对外卫生合作的专门机构，统筹政策并加强部门间协作，优化议程目标与战略布局，使人力、物力、财力得到最有效配置。再次，卫生系统的研究机构与非洲学界的

研究机构应加强交流与合作。为此,应将专业技术角度的微观研究与中非关系的宏观研究结合起来,为对非卫生工作提供更加行之有效且富有长远意义的战略决策支撑。

(二) 提升卫生援助项目的效用、效果与影响力

非洲国家在政治体制、经济发展水平、人口疾病、获得国际援助的便利性、方式以及国家卫生发展规划等方面存在差异,援助项目需要结合各国国情,从实际出发。中国与非洲国家政府应加强合作项目的前期调研、过程监督、结果评估和社会影响评价,以确保项目的实用性与可行性、资源利用的最大化与有效性、卫生服务供应的透明性与公平性、项目效果反馈的及时性与准确性。此外,近年来中非文化交流日益密切,但交流内容往往限于艺术和语言方面,很少涉及卫生领域,建议通过孔子学院、援非医疗队、人力资源培训、人员互访等渠道加强中非之间的卫生文化交流,增进对彼此的理解与认知、增强双方在医疗技术以及医药文化的了解与认可,从而推动双方卫生合作的顺利进行。另外,对非卫生发展援助领域存在诸多相互关联、互相影响的“利益攸关方”,包括各国政府、国际组织、地区性组织、非政府组织、慈善机构、企业等,除了与受援国政府进行协调之外,还应加强与其他机构的沟通与交流,以体现中国推动非洲卫生发展的责任,从而消除误解,增进共识,营造良好的外部环境。事实上,中非卫生合作项目本身的质量固然重要,但只有在项目之外的合作也得到高分,才能获得更大的影响力与可持续的竞争优势。

(三) 政企合作加快药企 PQ 认证进程, 增强企业国际竞争力

在政府层面,政府应联合行业协会共同为企业搭建平台,建立企业与国际组织、非政府组织、非洲区域性组织、非洲卫生和药监部门的联系,在医药产品 PQ 认证、招投标、非洲各国医药政策动向、市场准入条件、投资政策等方面为企业提供信息和指导,也要为企业提供必要的金融、语言、文化和法律方面的咨询和培训,同时帮助建立企业之间的联系,使之形成合力,共同拓展产业链的终端市场。此外,应从政府层面加强与非洲药监部门的合作,建立针对输往非洲的医药产品的监管机制(其中可以包括将国内的药品

电子监管码系统推广至对非药品出口领域等内容)。这可以杜绝非法药品流入供应链。在医药产品投资领域,可以将医药产业作为中非产能合作的重点领域,让持续升温的中非产能合作成为拉动中国医药产品走进非洲的引擎。

在企业层面,企业应站在更高、更广阔的视角定位其发展战略,创造机会让国际组织等机构参与到企业的运营中来,并与之建立稳定与信任的关系。企业需要尽快熟悉 PQ 认证的流程与注意事项,确保药品生产过程、临床试验、生物等效性研究等遵循国际规范,以达到世界卫生组织预认证的要求。应积极促进卫生科研创新,提升医疗卫生产品的生产能力及流通水平,提高企业产品质控水平,打造“中国制造”的医疗卫生产品品牌形象,严厉打击假冒伪劣的医疗卫生产品。应提高专利保护意识,保障产品在国际药品市场的优势地位,抑制仿制药品的冲击。

(四) 倡导卫生安全理念,在非洲建立传染病研究基地

目前中国在与非洲的卫生合作中,多以非洲的卫生需求为主,缺少利用热带非洲的医疗卫生资源,开展发源于热带地区(尤其是非洲)的重大传染病和新发传染病的相关研究,从而为中国的卫生安全战略服务的意识。事实上,中国目前相关疾病的研究尚处于空白状态,对于输入性重大传染病的防治也处于守势,存在巨大的卫生安全隐患。因此,在非洲一线建立医疗卫生研究基地,特别是源于非洲的重大传染病和新发传染病研究基地,不仅必要而且很迫切。

在这方面,西方国家起步较早。它们依靠在海外的传染病临床研究基地,掌握了研究的前沿和制高点,不仅可以影响当地防治重大传染病的政策,也能够引领全球防治重大传染病的政策制定,并推动西方药品及防治技术在全球的推广。以法国巴斯德研究所为例,该研究所遍布世界各地,特别是非洲和亚洲,集医、学、研为一体,该机构除了致力于传染病的监测和防控以外,还将基础研究与应用研究相结合,开发疫苗、新的诊断技术,以及用于发现新生病毒的新技术,同时与世界卫生组织、医院实验室、制药企业保持密切联系,注重研究成果向临床实践的转化,将成果的实际应用价值最大化。

中国在帮助西非抗击埃博拉疫情期间,也已经在进行这方面的尝试。在

塞拉利昂建立的生物安全三级固定实验室（P3 实验室）就是集医疗与研究为一体的平台。除了进行埃博拉、疟疾等传染病样本的检测以外，还进行埃博拉幸存者多种体液的排毒研究，为后埃博拉时期消除埃博拉病毒传播隐患，科学管理埃博拉幸存者的生活和社会行为提供科学依据。未来，我国应重视在非洲的传染病研究基地建设，进行创新性研究，在重大传染病防治方面力争有所突破，为我国的卫生安全战略服务。

结 束 语

中国是世界上最大的发展中国家，非洲是发展中国家最为集中的大陆，中国与非洲人口占世界人口的 1/3。作为发展中国家，中国在医疗卫生领域积累了广泛经验，并得益于自身经济社会的发展，对外医疗卫生合作能力得以提升；非洲则由于目前存在医疗卫生事业发展水平低与社会需求庞大之间的落差，因此有大力发展卫生医疗事业的迫切需求。

中非之间构建新型的卫生合作关系，推进健康领域的互利共赢，不仅对中非双方有利，而且对实现联合国 2030 年可持续发展目标以及人类发展和全球繁荣稳定也都具有重要意义。

中非卫生合作既是国际发展领域合作的重要组成部分，也是中国参与全球卫生外交和治理的重要途径。中国在后埃博拉时期帮助非洲构建有应变能力、有适应能力、可持续发展的卫生系统的过程，也是中国自身不断充实与推进全球卫生战略的过程。在这一过程中，中国设置和引领国际卫生议题的能力将逐步得到提高，同时，以中非卫生合作为契机和支点，中国在健康领域的国际合作也将不断走向深入。

[收稿日期：2016-11-15]

[修回日期：2017-02-22]

[责任编辑：杨 立]