

COUNCIL *on*  
FOREIGN  
RELATIONS

*International Institutions and  
Global Governance Program*

工作论文

# 全球基金的中国遗产

黄严忠 贾平

2014年3月

本文系“国际机构和全球治理”项目的一部分，其刊行得自 Robina 基金会之慷慨资助。

对外关系委员会（CFR）是一家独立的、无党派的会员制组织、智库和出版机构，致力于帮助其会员、政府官员、商业领袖、记者、教育界人士和学生、民间和宗教领袖以及其他感兴趣之公民更好地认识世界以及美国和其他国家所面临的外交选择。对外关系委员会成立于 1921 年，其实现自身机构使命的方式包括：通过保持会员构成的多元化，运作特别的项目以提升下一代外交政策领导者的兴趣并发展其技能；在其纽约总部、华盛顿特区以及其他城市召开各种会议，使得高级政府官员、国会议员、全球领袖、杰出思想家和 CFR 会员能够共聚一堂，共商并辩论重大国际问题；支持研究部的项目以营造独立的学术氛围，使得 CFR 的学者们能够撰写各种文章、报告和书籍，组织圆桌论坛以分析外交政策事务，并提出实质性的政策建言；就国际事务和美国对外政策出版著名的《外交事务》杂志；资助独立的特别工作小组，就最为重大的外交政策议题撰写报告详言其发现暨政策处方；就全球事务和美国外交政策在其网站（CFR.org）上发布实时信息和分析。

对外关系委员会对政策问题不持机构立场，亦不隶属于美国政府。其出版物及网站表述的所有观点，都由作者文责自负。

欲获得更多关于 CFR 或本文的信息，请致函对外关系委员会，地址是：纽约市 68 街东 58 号，邮编 10065；或致电公关传讯部：212.434.9888。对外关系委员会的网站是：[www.cfr.org](http://www.cfr.org)。

美国对外关系委员会© 2014  
版权所有

非经对外关系委员会之书面明示同意，本文之部分或整体，不可以以美国版权法（美国法典 17 节 107 及 108 段）规定之外的任何形式复制转发。

## 缩略语

AIDS	获得性免疫缺损综合症
ART	抗病毒治疗
CASAPC	中国预防性病艾滋病协会
CBO	以社区为基础的组织
CCM	国家协调委员会
CSO	民间组织
DFID	国际发展署（英国）
DOTS	全程督导短程化疗
GONGO	官办社团
HIV	人类免疫缺损病毒
HSS	卫生系统强化
ITN	除虫蚊帐
MARP	高危人群
MDR-TB	多耐药结核
MMT	美沙酮维持治疗
MOH	（原）卫生部
MPS	公安部
MSM	男男性行为者
NGO	非政府组织
OIG	全球基金总检察长办公室
PLWHA	艾滋病病毒携带者 / 患者
PLHATM	艾滋病、结核或者疟疾感染者
PR	主要资金接受方
RCC	滚动申请渠道
SFDA	（中国）国家食品药品监督管理局
SOE	国有企业
SR	次级资金接受方
SSR	次次级资金接收方
TB	结核
TRP	技术评审专家组
UN	联合国
UNAIDS	联合国艾滋病规划署

## 引子

抗击艾滋病、结核和疟疾的全球基金（“全球基金”或者“基金”，下同）是目前世界上针对全球健康问题的主要多边资助体，也是抗击艾滋病、结核以及疟疾项目最大的资助方。自 2002 年建立以来，全球基金已经向 140 余个国家拨付了 232 亿美金的资助。今天，它提供了 21% 的全球艾滋病防治经费，82% 的全球结核防治经费，以及 50% 的全球疟疾防治经费。<sup>1</sup> 直到最近，它一直是根据各国的实际需求以及所递交的每个项目书的质量来确定是否对项目进行资助。作为一个以绩效为基础的组织，它密切跟踪每个拨付资助项目所产生的结果；作为一个以价值为导向的组织，它要求资金接受方拥有透明、负责和包容性的治理结构。事实上，就多部门和民间组织参与而言，全球基金可以称得上是最进步的全球卫生机构。<sup>2</sup> 但是，与其他许多和卫生相关的多边组织不同，它本身不是一个执行机构，在各个国家层面也没有分支。作为一个融资机制，它在各国推进设立了“国家协调委员会”（CCM），以监管项目的申请和执行。CCM 拥有来自政府、联合国机构和资助方、非政府组织、私营机构和感染者类别的代表。

中国曾经是全球基金最大的资金接受方之一。自 2003 年起，全球基金批给了中国 18.1 亿美金的项目，截止到 2012 年，拨付了超过 8.05 亿美金，用来支持在中国抗击上述三种疾病。尤其需要指出的是，中国是最大的结核项目资金接受国，共接受了 3.66 亿美金，占全球基金所有结核项目拨款款项的 10%。<sup>3</sup> 全球基金也由此位列中国最大的国际卫生合作项目，其项目执行活跃于中国大陆超过三分之二的县区。

但是，由于面临筹资上的困难，以及国际上要求新兴经济体承担更多国际责任的逐渐增大的压力，2011 年起，全球基金将中国和其他几个二十国集团国家列为不再适格申请现有项目第二阶段资金的国家之列。中国也决定放弃全球基金提供的转型基金。截至 2013 年底，全球基金正式关闭了所有在华资本帐目。不过，中国申请并获得了有一个针对现有项目的为期 12 个月的延期，因而直到 2014 年 3 月，中国还在执行一些尚未完成的全球基金项目。

随着中国进入后全球基金时代，对于全球基金在华的遗产进行审视，就变得很有意义，其原因如下：首先，在过去几年中，国际卫生界关于对一些特别的卫生干预项目的有效性和影响力进行评估的呼声一直见涨。全球基金在华的经验，为检审主要的全球卫生资助方在全球健康干预方面的长处和短板，提供了绝佳的机会；其次，现有的学术研究罕有关于国际机构在非民主的、列宁主义的体制下影响公共政策运作过程的论述，而这些体制本身往往使得展现国际化之效果变得非常困难；第三，虽然对新兴国家势力参与全球卫生治理的关注度日益增加，但就国际社会对国内卫生政策改变所扮演的角色之研究，依然鲜有问津者。

全球基金在华的十年，留下了深刻而混合的遗产。虽然基金所投入的资金为中国抗击艾滋病、结核和疟疾，以及在国内卫生治理的理念、制度和政策领域做出了重要贡献，但它也伴随着项目绩效的良莠不齐、低效率的资金运用、在建设民间社会进程中出乎意料的变故，以及在项目可持续性和增长方面挥之不去的挑战。这一混合的遗产对于全球卫生治理，对于全球基金未来的融资模式，以及对于中国如何应对其自身公共卫生挑战而言，都有着重要的意涵。

## 正面的故事

### *对疾病防控的影响*

由全球基金方面主导的督导报告指出，他们的工作在中国国家层面引发了对三种疾病强有力的、成功的回应。截至2010年，32%需要得到医治的病患得到了抗病毒治疗。相比之下，2005年这一比例为25%。<sup>4</sup>从2004年到2009年，得到美沙酮维持治疗（MMT）的吸毒成瘾者从1,029人增长到了242,000人，这一治疗措施与其他减低伤害措施相结合，使得共用针具的吸毒者中，新发艾滋病感染率显著下降。<sup>5</sup>在扭转结核病疫情方面，也产生了重大进步，2002年，结核病发现率仅为30%，而到了2005年，这一比率上升为80%，甚至超过了世界卫生组织设定的70%这一全球结核病控制目标。今天，中国新的涂片阳性结核检测和治疗人次已经达到了290万，占全球全程督导短程化疗(DOTS)人数的30%。DOTS覆盖率扩张和加强的结果，使结核病例从2001年到2010年间，降低了近60%。<sup>6</sup>同时，全球基金还资助分发了450万顶防虫蚊帐(ITNs)，尤其是长效防虫蚊帐。<sup>7</sup>在全球基金的帮助下，中国的疟疾项目重点已经从控制转向消灭疟疾。

但是，通过数字矩阵去探寻可靠的衡量全球基金花销产出的标准，将是一项棘手的智力练习。比如说，全球基金的资助模式强调伙伴关系，这就使得我们几乎无法区别单个活动参与方的独特贡献（率）。同时，也很难知晓是不是以及在多大程度上政府的重大资金投入是全球基金要求政府提供资金配套的结果——因为如果没有全球基金，中国也许会在三种疾病上投入更多。另外，项目运作本身在很大程度上也有赖于广义的公共卫生体系的各个方面，而这一体系并没有从全球基金针对特定疾病的预算中得到任何补助。单独估算全球基金项目的运行结果也许会导致低估其他关键参与方所做的贡献。

但正是由于全球基金项目的资助，中国的卫生官员和民间组织不仅得到了亟需的资源和设备，而且还提升了他们在筹资、管理、预算和人员培训方面的工作水平，所有这一切都对能力建设至关重要。例如，中国的卫生官员和民间组织活动人士在访谈中都指出，他们通过全球基金项目“学会了如何要钱”。

全球基金还促使中国的卫生工作者去探寻新的疾病防控途径。在第一轮和第四轮（项目）成功扩展DOTS方法控制结核病的基础上，中国开始使用一些全球基金的资金去探索试验控制多耐药结核(MDR-TB)的途径。今天，全球基金资助了中国省级层面大部分的治疗和管理多耐药药结合的工作。现有的证据也支持了全球基金在艾滋病患者获得治疗方面的协同效果。根据一项在2006年10月到2007年4月间所做的调查，全球基金所支持的各县中，36%的艾滋病病患者获得了治疗。另一方面，在仅仅由卫生部资金所支持的试点项目县，这一比例则只有25%——这些试点项目将额外的资金拨付给地方政府来支持艾滋病的综合防控工作。在全球基金项目 and 卫生部项目资金都支持的县，则有将近80%的艾滋病患者得到了治疗。<sup>8</sup>

### *对国内卫生治理的影响*

全球基金的活动对于中国国内卫生治理也有着相当的正面影响。由于全球基金是一个以绩效为基础的融资机制，同时也是一个以价值为导向的机构，那么审视其项目是否达到了设定的预期目标和是否得到了期望的产出，以及评估全球基金项目执行方式是否与其所奉行的价值和设定程序相契合，就变得十分迫切。

就价值和程序而言，在过去的十年间，人们见证了中国和全球卫生界在艾滋病防控问题上日渐增长的理念趋同。艾滋病领域的全球干预范式（以全球基金为代表）均秉承诸如透明、包

容、去污名化、社区参与和以科学依据为基础的干预等一系列原则。与此形成对照的是，直至2002年，中国对艾滋病的反应还给人以一味否认和无所作为的印象。<sup>9</sup>针对艾滋病感染者的歧视和污名化当时在中国普遍存在，“没有一个强有力的计划下的‘多部门参与’联盟，没有关于检测和治疗是成功应对艾滋病的不可分割的部分的观念（事实上，当时就没有检测和治疗），当然也就没有官方支持的社区参与。”<sup>10</sup>政府政策把艾滋高危人群(MARP)当作是公共卫生干预的对象，而不是推动者。同样，参与抗击艾滋病和其他传染性疾病的社区活动人士遭到压制、骚扰甚至迫害。在缺少民间社会参与的情况下，大量的歧视和恐惧不仅迫使人们不能接受咨询和治疗，而且引发了权力滥用：政府将精力集中在遏制他们所不喜见的行为，而不是去降低与这些行为相关的疾病的传播率。曾几何时，在中国法律中，仅仅在夜总会里持有安全套就可以被当成是卖淫的直接证据；减低伤害的措施，诸如针具交换和美沙酮维持治疗都受到压制，因为这些措施被认为没有效果，或者和中国的价值观相悖。

十年以后的今天，中国和全球卫生界在观念上的鸿沟很大程度上看来被缩小了。中国政府卫生部门现在已经更为开放地分享数据，并在需要改进的领域显示出更多探讨的意愿。对高危人群更多地使用非道德评判的名称予以称呼：“注射药物使用者”而非“瘾君子”；“商业性工作者”而非“妓女/暗娼”；“男男性行为者”而非“同性恋”。截至2010年，87%的一般人群，95%的政策制定者，以及93%的公安干部已经拥有了关于艾滋病的“足够”的知识；相应地，41%的一般人群，54%的政策制定者，66%的医务人员和43%的公安干部对艾滋病感染者采取了“逐渐接受”的态度。

<sup>11</sup>

同时，全球基金也为中国社区组织开展活动打开了大门。从2003年起，几乎每一轮的中国全球基金艾滋病项目都设定了一定比例的资金，以支持社区组织的活动和能力建设。第三轮和第四轮项目设定了总资金的20%以支持社区组织，而第五轮则设定了50%的资金用以支持。第六轮全球基金艾滋病项目则是百分之百用以动员和支持中国的民间组织扩大参与艾滋病防控的努力。截至2010年底，据报有超过1000个中国社区组织接受过全球基金的资助。<sup>12</sup>参与进全球基金项目并接触到全球基金引入的理念和方式，促使这些尚在襁褓中的中国非政府组织和社区组织将自身看作中国民间社会重要的组成部分。进而，全球基金项目还为中国的社区组织提供了一个可以证明自身独特作用的机遇，包括接触高危人群或社会边缘化的人群。随着时间的推移，政府也开始逐渐承认了他们的作用。中国总理温家宝在2011年曾指出，“消除艾滋病要靠全社会共同努力”，这也表明多部门抗击艾滋病得到了承认。<sup>13</sup>

虽然这些理念上的变化是逐渐的，但为了达到全球基金的要求，中国政府也被迫在一些有争议的议题上做出更为激进的政策调整，比如减低伤害政策。正如Evan Lieberman所观察的，申请材料所列出的问题，以及日内瓦方面的审核程序，为那些希望获得资助的国家接受和执行全球基金所宣称的“最佳实践”提供了很强的内在动力。<sup>14</sup>中国在第一轮艾滋病项目申请中所递交的在共用针具吸毒者中进行艾滋病预防的项目书（2002年3月递交），最终被全球基金的技术评审委员会所拒绝，部分原因就是因为它没有能够加入减低伤害措施的内容。2004年，当中国申请第四轮全球基金项目时，项目书将美沙酮替代和针具交换做为减低伤害的重要措施。2006年7月，有鉴于中国在美沙酮治疗中招募的吸毒者达不到全球基金的项目目标，卫生部、公安部和药监局联合发布规定，要求在吸毒人群众多的省份建立和扩展美沙酮门诊。

类似的变化还导致了政府在艾滋病治疗方面不断提高的承诺。2002年9月递交的第二份项目申请书，涉及对于此前卖血（非法商业采血——译者）者进行治疗的内容，并向全球基金方面申请资金以覆盖所有的抗病毒治疗费用。该申请也遭到拒绝，原因是缺少来自中国政府方面的政治承诺。虽然怀疑被拒是出于政治动机，中国政府还是严肃认真地应对了技术评审委员会

的评审意见和批评。在 2003 年 5 月，中国递交了第三轮全球基金项目申请书，在该项目书中，中国政府不仅提出要承担所有的一线抗病毒治疗费用和机会性感染治疗费用，还承诺未来五年将大大增加政府投入——从 520 万美金提高到 3040 万美金。<sup>15</sup>

偶尔全球基金也会施展自身影响力，向中国政府传递明确的信息，以期寻求其所希望的变化。通过将中国束缚于一个外部的承诺，全球基金这样一个重要国际资助方提升了自身在中国的“持份”，并给了中国国内的行为方，尤其是社区组织以额外的影响力，来克服国内强有力的抵触势力并进而推动他们所希冀的政策变化。例如，2010 年 5 月，一个中国非政府组织负责人致信全球基金秘书处，指责中国疾病预防控制中心没有能够达到全球基金的将项目资金的 20% 用于资助 NGO 的要求，而这件事刚好发生在全球基金资金在非洲被控滥用的背景下。全球基金于当年 7 月派出官员和中国疾控中心就有关事项交涉，由于感到谈判没有进展，全球基金委托两个独立的咨询公司对中国艾滋病项目做一个外部评估。依照 2010 年 10 月的评估报告，全球基金秘书处暂停了中国的艾滋病项目。在当年的 11 月底，全球基金东亚部基金经理写了一封管理信给中国疾控中心主任王宇，指出中国违反了项目协议所规定的条件和条款中的 9 项，其中 4 项是和中国没有有效地在资金资助、战略规划、项目管理和执行方面让社区组织充分参与有关。2011 年 5 月，全球基金冻结了对华的所有项目资金支付，以抗议缺少社区组织参与和资金滥用。这一事件的发酵最终导致了时任卫生部部长陈竺设立特别工作组，并下设 16 个督查组以调查此事。同时，陈还采取了非同寻常的举措，包括组织了两次特别会议，会见民间组织代表以听取意见。2011 年 5 月早些时候，中国和全球基金达成协议，承诺确保充分的民间参与并提升全球基金项目执行中的资金管理水准。

除了在不同的观点鸿沟间搭建桥梁和营造政策变革的环境，全球基金也塑造了将三种疾病的干预制度化的基础。全球基金设计了一套资金申请程序，要求每个国家都设立一个 CCM，以负责审核和协调项目申请，以及对所批准项目的执行进行监督。中国的 CCM 成立于 2002 年，按照设想，它将遵从透明、广泛参与以及在项目申请和执行程序中高效运作等诸原则。不同于传统上特设的协调机制（成员几乎全部来自政府部门），中国 CCM 包括了政府以外的参与者，诸如国际组织、非政府组织以及个人代表。一开始的时候，CCM 包含了 54 个成员单位，其中 13 个来自政府部门，9 个政府办的组织，5 个学术机构，20 个国际组织，5 个药厂代表，以及两位感染者作为代表（其中一位代表组织——译者）。由于其要求多部门参与，CCM 程序提升了三种疾病在中国政府内部受关注的程度，同时作为一个论坛平台，还将不同的参与者聚在一起，共同就包括诸如减低伤害这样敏感议题在内的问题做出决策。项目申请书需要每个 CCM 成员都要在上签字同意的硬性要求，产生了需要在不同成员间寻求意见一致的强大内在动力。正如一位卫生部官员所观察到的：“我们不仅把全球基金看成是一个资金来源，我们还把它当成鼓励政府更加开放、合作的正面激励提供者，使得我们有机会向其他国家和国际社会学习好的经验，并吸取他们的教训”。<sup>16</sup>

与其他资金接受国不同的是，中国在执行全球基金项目时，依赖于一套独特的政策行为者体系。它指定直接附属于卫生部的事业单位中国疾控中心作为主要资金接受方（PR），并全面负责中国全球基金项目的管理。针对每一种疾病（艾滋病、结核和疟疾），PR 都设立一个项目办公室。在国际级层面以下，各省和市县 CDC 被指定为次级资金接受方（SRs）或者次次级资金接受方（SSRs）。这一相对简化的体系，使得全球基金的资金得以快速和有效率地配置到分布在近 3000 市县的项目点，并绕开地方官僚体系限制和政治分配程序，避免了预留卫生资金被挪作他途情况的发生。在国家层面以下，地方疾控中心是负责协调的主要单位，研究发现这一安排导致了在不同活动、项目和政府组织间更好的信息交换和共享。<sup>17</sup>

全球基金所导致的制度变迁，还引发了疾病防控领域国家—社会关系景观的转变。2006年，全球基金修订了 CCM 指南，要求在选择每个 CCM 类别的代表时，提供程序透明和有记录的证据。在一个全球基金的独立监管组织主管 Bernard Rivers 的帮助下，中国 CCM 最终将成员从 54 名减少到了 23 名，并增加了社区组织和感染者类别代表（见表 1）。自 2010 年起，作为社区组织参与项目计划、执行和管理的平台 / 机制，“社会组织咨询小组”也得以在国家级和省级层面分别建立。

表 1. 中国 CCM 类别组成成员，2006-2012

类别	数量	代表
召集人	6	主席 副主席 艾滋病工作组主席 结核工作组主席 疟疾工作组主席 药物和健康产品工作组主席
政府类别	5	卫生部和其他四个中央政府部门
非政府类别	6	中国疾病预防控制中心(1) 专业 / 教育机构(1) 群众 / 社会组织(2) 以社区为基础的组织和其他非政府组织(1) 国际非政府组织(1)
感染三种疾病的个人类别	1	患者代表
私营部门 / 国企	1	私营企业 / 国企
国际组织	4	双边组织(2) 多边组织(2)
总共	23	

社区组织（CSOs）正式参与政策制定的过程，以及全球基金要求为民间社会提供资金的（硬性）要求，促使中国的社区组织成为接触高危人群（MARP）的主要渠道。自 2004 年起，尤其是在 2006-07 年中国 CCM 民间组织代表选举以后，艾滋病非政府组织进入了高速增长期。截至 2006 年 8 月，中国大约有 500 个左右的艾滋病非政府组织；到了 2012 年，这一数字增长到了 967 个。<sup>18</sup>这其中包括天津深蓝工作组（一个艾滋病预防组织）、成都同乐（国内最大的男男性行为者咨询 NGO），以及北京爱之方舟（一个艾滋病感染者支持组织）。作为一批新的“理性计算”的参与者，这些组织参与到了此前只能是在政府部门和全球基金之间展开的博弈当中。

全球基金对于中国 CCM 改革的推动导致了 2006 年 4 月一次公开、透明和独立的 CCM 以社区为基础的非政府组织代表选举。这是北京方面第一次允许非共产党组织的成员去组织一个全国范围内的独立的选举过程。虽然大多数参与选举的社区组织因为政府对 NGO 注册的限制等因素而缺少法律地位，但全球基金和一个由中国 CCM 成立的独立评估小组还是确认了选举的结果，并由此正式确认了上升期的民间社会的合法性基础。此外，能够有代表参与中国 CCM，意味着中国的民间社会第一次能够与政府官员在相关决策机制中平起平坐，表达他们真实的声音。

从 2008 年 6 月起，中国将所有执行中的全球基金项目依照疾病类别，分别整合进了三个滚动渠道项目（RCC），并试图将每个类型的全球基金项目与相对应的国家疾病战略相整合。与此前的全球基金项目相比，以前的模式是中国政府为国际项目提供配套资金，而 RCC 则是以全球基金的钱为中国政府的项目预算配套。如果有时间来充分地实施这些项目，中国将看到新的治理模式的扩展，进而将许多全球基金的制度创新纳入到中国本土的卫生治理过程中去。

简而言之，全球基金的资助为公共卫生治理的转型，在理念、政策和制度前沿提供了正面支持。它帮助消弭了国际社会和中国在疾病防控问题上的规范缝隙；为针对被忽视的疾病提升政府承诺和提高公共卫生干预水平做出了贡献。同时，它还推动了制度创新，提升了中国民间社会的参与程度。

## 全球基金的局限

全球基金成功进入了中国卫生政策进程，但是其影响却是有限的。RCC 项目平庸的绩效、资金的低效率使用、扩展现有项目所遇到的困难、在支持中国民间组织有意义参与问题上遭遇的困难，以及在如何保持已取得的业绩上所遇到的障碍等等，都构成了限制性的因素。

### 绩效平庸的 RCC 项目

虽然在 2008 年项目整合启动之前，中国在执行全球基金项目方面堪称典范，但此后的 RCC 项目总体绩效却难以令人印象深刻。为了评估项目绩效，全球基金制定了一套完整的量化指标等级评估体系，参照原初设定目标来评估取得的成效。中国自 2010 年 1 月起得到的平均等级为“达到预期”（艾滋病项目）和“充分”（结核和疟疾项目）。中国全球基金项目的总体等级评分为 B1，这意味着平均 60% 到 89% 的项目目标得以实现。在超过 140 个接受全球基金资金的国家中，有 45 个也就是将近三分之一的资金接受国等级评分超过中国，被评为 A1（“超过预期”）或者是 A2（“达到预期”）。只有 17 个国家的等级评分低于中国（也就是 B2，即“不合格但有潜力”）。<sup>19</sup>

但全球基金的评分还是可能高估了中国项目整体运行的绩效。这不仅是因为全球基金以绩效为基础的资助模式会使资金受援国产生明确而强有力的动机来美化他们的绩效，而且还因为地方政府卫生部门依然有着内在驱动力去掩盖或者少报自身辖区内某些特定风险人群的感染率。但是即便他们的项目绩效没有被高估，现有的评估结果也表明中国在从其自身官僚体系获取支持进行疾病防控方面显得捉襟见肘。这部分是因为项目整合行动将项目管理从中央疾控中心分权到地方疾控中心；而后者虽然仍需要从上级疾控中心获取专业指导，但在行政管理上却隶属于地方政府。与中央疾控中心相比，地方政府更倾向于将资金揽在自己手中，对于草根非政府组织在项目融资和执行方面的参与兴趣缺缺。例如，RCC 项目刚刚启动，北京市疾控中心就收紧了对社区组织参与项目招投标的资质要求，从而（刻意）将一个当地艾滋病草根组织排除在外。这也许可以解释为什么全球基金的基金经理在 2010 年 11 月 26 日的管理信中指出，（中国）财务绩效很糟糕，在所有层面（主要资金接受方 PR，次级资金接受方 SR）资金支出率都低于 30%。<sup>20</sup> 后来全球基金收紧了受托人控制，并对投资建设基础设施和更新设备不再很感兴趣，地方政府发现他们在项目执行上丧失了自主权，从而就不太愿意再和全球基金项目合作了。

另外，全球基金的评分很可能没有考虑到在中国项目执行中几乎无处不在的腐败现象和资金的滥用。在检视全球基金资金流向方面，高芙曼（Joan Kaufman）指出虽然捐助方提供的资金巨大，但却极少流向底层，尤其是草根非政府组织。<sup>21</sup> 由于政府部门在资金分配的决策方面占据主导地位，全球基金的资金先是流向中国疾控中心，然后分配给各地疾控中心，最后才到达基层草根组织项目执行方。使得这一“层层剥皮模型”<sup>22</sup>进一步复杂化的，是高度分割化的官僚组织结构。在这一组织结构下，来自不同功能领域的政策行为者参与政策过程，而他们又各自占据有影响的政策资源。<sup>23</sup> 在中央疾控中心内，负责全球基金项目的官员要达致他们的政策目标，通常必须严重依赖于部门间或者科室间的合作。正如一个前卫生部官员描述的，“在我们国家，一个简单的政策任务往往和从财务到后勤的所有部门相关。如果你不打点他们，你就啥也做不成”。他进而承认，中央 CDC 的官员，包括财务部门的职员，都从全球基金项目获得补贴，级别越高，得到的补贴也就越高。由于官僚体系的碎片化在国家以下层面得到复制，地方疾控中心有着同样强的动机截流全球基金的资金以实现其自身机构或个人的利益。这样全球基金的资金被层层盘剥，极少下沉到草根层面，也就不足为怪了。这一问题在落后省份显得尤为严重，因为那里的政府仅仅是口头承诺为拨备的全球基金资金提供配套预算资金。全球基金据说意识

到了这一问题，但为了中国项目得以继续运转却对这一“中国国情”采取睁一只眼闭一只眼的态度。<sup>24</sup>

### 资金使用的低效率

官方数据也显示出全球基金资金使用的低效率，这表明该组织在资助和项目执行过程中，无法确保所花费的每一块钱能够效益最大化。尤其是在 2012 年，全球基金总检察长办公室(OIG) 报告指出在购买安全套的问题上由于“提供的数量低于目标群体的需要，对于机会性感染缺乏治疗”，资金使用效率低下。<sup>25</sup>正如一位非政府组织领袖观察到的，在艾滋病 NGO 中，男男性行为者 (MSM) 组织得钱最多，但他们中间感染率增长却反而很迅速，而且变得非常高。<sup>26</sup>

资金使用的低效率不仅仅是一个项目执行的问题，也显示出在提供资助的相关决策方面不尽人意。全球基金欢迎中国申请第一轮结核以及疟疾项目，其主要原因是项目书写得好：在世界银行和英国国际发展署 (DFID) 的帮助下，中国为写结核项目书准备了两年。这一对华资助项目的最终批准因而和中国本身的疾病负担几乎没有任何干系。2002年，就在全全球基金决定向中国提供疟疾防控的资助之前，中国共有25,520例疟疾患者，相关的死亡仅为42人，分别占当时全球疟疾感染人数的 0.007%和全球死亡人数的0.004%（见表2）。2003年，全球基金将第一轮疟疾项目总款项的9.2%批给了中国(624万美元)，而彼时疟疾在非洲每三十秒钟就杀死一个儿童。<sup>27</sup>以绩效为基础的资助模式也意味着只要中国方面声称现有项目执行是成功的，就能得到更多资助。拥有一个威权政府，并由此具备不断推出新项目进而在成功项目基础上进行迅速扩张的能力，使得中国成为国际捐助方设立有前景项目的理想场所。正如一位中国疾控中心官员指出的，“我们申请一轮成功一轮；只要我们申请，保证就能成功”。十年以后的今天，中国疟疾发病数字和相关死亡数大大下降，分别为7,855例和19例，<sup>28</sup>这一下降程度（分别为69%和55%）高过了国际平均值。但即便我们将这一下降完全归功于全球基金，其在中国投入1.157亿美元是否明智依然是见仁见智：花费如此巨资仅仅为将疟疾死亡人数从42例降为19例，如果这些钱用在别的领域或者别的国家，是否也许花得更值？<sup>29</sup>的确，中国在消除疟疾方面的经验对非洲或有助益，但是正如周启康(Jack Chow)指出的，中国得到的疟疾资助比刚果民主共和国还多，而在同期，刚果将近两万五千人死于疟疾。<sup>30</sup>为了证明在一个几乎没有多少疟疾患者的国家花在疟疾项目上的钱是物有所值，中国将大多数全球基金抗疟赠款用于中缅边境项目（缅甸的疟疾患者人数较多——译者）。

表 2. 中国及全世界疟疾感染数和死亡数，2002, 2012

	2002	2012	下降
全球感染人数	3.5-5 亿	2.19 亿	37-56%
死亡数	1 百万	660,000	34%
中国感染人数 (占全球百分比)	25,520 (0.005-0.007%)	7,855 (0.004%)	69%
死亡数 (占全球百分比)	42 (0.004%)	19 (0.003%)	55%

## 项目扩展和溢出效应面临的挑战

由于全球基金十分强调就特定的疾病防控要取得一组窄化的、具体可量化和即时的结果，接下来产生的一个主要担心就是，全球基金的项目可能不太关注可持续性、长远的能力发展和全面的卫生体系强化(HSS)。<sup>31</sup>虽然有着将全球基金项目整合进国家战略的努力，全球基金投资的扩展和溢出效应依然是有限的。例如，即便中国人越来越多地开始了解艾滋病，但作为个体，他们依然非常不愿意向艾滋病 NGO 捐款，这部分是因为许多中国人依然认为那些感染艾滋病的人有“道德上的问题”。<sup>32</sup>今天的一些中国民间社会组织，对于诸如反歧视、性和疾病传播、药物可及性以及非政府组织倡导这样的议题依然不甚了了。中国政府也依然没有从根本上改变其在疾病防控领域自上而下、国家主导的作风。例如，美沙酮目前已经在中国广泛普及，但其治疗却依然集中化，这样就继续构成对成瘾者关怀的障碍。部分是因为公安系统的反对，导致在实际操作中诸如使用安全套、交换针具和美沙酮治疗是在显得更为中性的“社会营销”的名义下引入和推广的。中国在接受国际卫生规范方面，依然缓慢，且保留着选择性。早在 2006 年，全球基金就不再为戒毒中心提供资助。但中国的戒毒政策依然强调强制关押和脱毒，虽然该系统中腐败和权力滥用蔓延，而且接受强制戒毒者的复吸率非常高。

国家协调委员会 (CCM) 的机制有助于决策和达成共识，但它却没有显著改善官僚机构之间的协调水平，这一问题在中央层面尤其突出。2009 年，一份关于中国全球基金项目的麦肯锡报告发现，中央层面的项目运作是各自为政的，彼此间协调很少。<sup>33</sup>比如，国家审计署就拒绝为主要资金接受方 (PR) 和次级资金接受方 (SR) 的财务报告进行审计。在发放急需的抗结核药物的进口许可上缺少药监局的配合也阻碍了多耐药结核治疗的扩展。事实上，全球基金方面经常抱怨的事情之一，就是中国在项目执行过程中的拖拉。

部门间缺少协调的问题反映出全球基金垂直的、针对特定疾病的公共卫生治理模式的局限性。全球基金把重点放在那些被刻意挑出来的、可测量的干预活动上，如抗病毒治疗的人数、防虫蚊帐的数量以及接受 DOTS 的人数等。这可能导致其他重要的干预措施比如倡导得不到关注和资助(全球基金不直接支持倡导活动)。全球基金项目的范围和规模虽然扩大了，但却没有能够将其努力和其他一些针对特定疾病的项目相整合，或者在全球基金项目之间进行相互整合。恰恰相反，以项目为基础的资助模式在国家层面制造出了“一个庞大的、互不相干的项目集合体”，导致高层“通常是缺乏协调的项目设计、督导、报告和财务监督——这一切又常常是重复、充满分歧和冲突，且伴随着低效率”。<sup>34</sup>到了 2012 年，中国政府已经在国家行动计划的框架下，将三种疾病项目整合完毕，并试图将以项目为基础的干预方式扩展到国家级规划层面，统之以单一的规划管理架构。不幸的是，全球基金的角色没有包含特定规划指南以应对这一转变。而且，针对特定疾病的干预措施对于中国的卫生体系建设 (HSS) 贡献绵薄。仅仅 3.9% 的全球基金艾滋病项目资金、6.2% 的结核项目资金投入到了卫生体系建设中，而疟疾项目在这方面的投入则为零。<sup>35</sup>卫生体系建设缺乏投入可以部分解释为什么国家医保体系排除了对结核治疗的相关费用的覆盖，使得结核治疗的依从性面临相当大的挑战。另外，这种垂直干预模式促使中国的社区组织只在诸如艾滋病等一些比较“高调”的疾病控制领域工作，并阻碍了卫生领域的社区组织为实现更广泛且系统的公共卫生目标在相互间，以及与国际机构和政府部门之间进行协调。

## 民间社会建设意料之外的后果

当被问及全球基金在中国最大的遗产是什么的时候，一位非政府组织领袖不无讽刺地回答说，是出现了“许多真真假假的非政府组织”。全球基金推进社区组织参与的努力，无意中支持了为数众多的效能低下的非政府组织，助长了它们之间的恶性竞争，从而引发了中国民间社会的不健康成长。为了鼓励社区组织的参与，全球基金倾向于关注参与执行其项目的社区组织 / 非政府组织的数量，以及这些组织获得的资金份额。为确保社区组织数目的可测量增长，全球基金方面甚至威胁，如果政府方面不能专门为社区组织 / 非政府组织在项目中设定一定的资金份额的话，将暂停资助。而这样做的同时，全球基金却对中国民间组织在其项目中有实质意义的参与缺乏足够的关注。中国的民间社会依然处于早期发展阶段。以中国的艾滋病社区组织为例，他们依然缺乏技能、经验以及能力像其他国家更为老练的民间组织一样有效地去和全球基金对接。另一位非政府组织领袖估计，99%的中国社区组织无法用英语交流，而全球基金总检察长办公室的审查报告发现，大多数的草根非政府组织没有电脑或者没有使用互联网。其结果是出现了大量的社区组织 / 非政府组织试图来摘全球基金的桃子，但只有很少组织对于在地方上经营管理国际资金做好了准备，也只有很少的组织严肃认真地对待如何去接触高危人群和社会边缘人群。正如一位中国高级卫生官员指出的，许多非政府组织希望要得到资助，但他们对于实实在在地分发安全套以及接触性工作者或者男男性行为者却意兴索然。<sup>36</sup>

全球基金资助的草根组织 / 非政府组织数目的扩张，同样也没有在这些组织之间形成有效的协调和合作，而协调合作恰恰对于将他们的活动扩展到社区之外十分关键。2007年3月，艾滋病草根组织组建了由来自全国各地的代表组成的非政府组织工作委员会（非工委），以促进代表之间的交流以及民间社会对全球基金事务的参与。经过一段时间的发展，区域性的艾滋病非政府组织联盟也在全国各地得以建立。不幸的是，即使这些社区组织在同样或者类似的领域工作，他们却难以合作共事。正如高婷婷（Amy Gadsden）观察到的，“艾滋病活动人士很快就开始相互指责对方渎职或干其他坏事，从而削弱了他们倡导或联合行动的能力。”<sup>37</sup>非工委和一些区域性社区组织联盟内充斥拉帮结派、黑箱操作。一些得到较多资金但缺少问责的非政府组织获得了不成比例的更多权力，并滥用这些权力从而威胁到中国民间社会的发展。对有限资源的竞争导致了各团体之间的明争暗斗，这只能给政府提供更多操控和压制他们的机会。因此，中国大多数与卫生有关的非政府组织直到今天还是很弱小，就不足为怪了。全球基金第六轮艾滋病项目一开始要求要有一个非政府组织做主要资金接受方（PR），但是由于中国实际上没有一个真正有能力的国家级层面的非政府组织或者非政府组织联盟来执行这一项目，所以一个政府组织的非政府组织（俗称官办社团），即中国性病与艾滋病防治协会（艾协，CASAPC）在2006年成了PR。但2007年一份由全球基金本地基金代理所做出的评估报告却发现，艾协在人员配备、管理、采购、督导与评估方面有许多缺陷。根据全球基金的建议，中国CCM将PR变回为作为政府事业单位的中国CDC。2009年，将艾协变成双PR的努力随着艾协的意外退出而再次失败。结果，中国成了全球基金资金接受国中唯一一个在CCM、PR和SR层面都被政府卫生行政部门掌控的国家。

## 可持续性的问题

中国从全球基金中收益，但是，在全球基金从中国撤资后，要想保持现有的成就，将是一件相当艰巨的任务。为了应对全球基金终止对华资助的决策，温家宝总理清楚表明中国将自力更生。中国甚至选择放弃了全球基金提供的2.5亿美元艾滋病和疟疾项目的转型资金。它仅要求了一个12个月的延期以完成现有的项目。很少有观察人士担心中国会重蹈俄国在后全球基金转型期的覆辙。2009年，俄国决定不再向全球基金申请资助，虽然俄国的NGO不顾政府的反对，依

然继续从全球基金接受资助。但即便有转型基金，由于俄国政府拒绝支持减低伤害的措施，艾滋病感染率激增，这和全球趋势恰好相反。<sup>38</sup>

与俄国相比，中国更为强劲的经济增长和更低的艾滋病流行负担，使其在承担更大的艾滋病、结核和疟疾项目责任时，处于更为有利的位置。但是另一方面，与俄国相比，中国过去也更为依赖外部对于三种疾病的资助。在 2006 年到 2011 年间，外部资助占中国总的结核项目资金的 19%，同期俄国则仅为 1.2%，<sup>39</sup>而且，全球基金提供了同期中国疟疾项目 100%的外来资助。这清楚表明，在全球基金资金锐减的情况下，中国需要果断回应以避免在疾病防治上资金出现短缺。

像从俄国退出一样，全球基金未能制定一个明晰且一致的退出战略，来为中国不再接受全球基金资助后的转型提供指南。全球基金的管理层似乎对于如何在非洲和中国展开合作，比对巩固和持续全球基金在中国的遗产更感兴趣。一位全球基金的高级官员开玩笑说，在不远的将来，中国也许资助非洲的非政府组织，而不是中国国内的非政府组织。全球基金和中国因为在资助非政府组织和信用管理上关系弄糟以及基金退出中国早于预期，使得双方没有时间、也不懂得如何制定出一个具有可操作性的工作计划，来巩固已经取得的成果。一方面，全球基金留下的现有机构和程序会失去继续存在的理由，因而也不能存续多久；另一方面，由这些机构和程序支撑的项目，其运行产生效果尚需时日。例如，项目规划和管理曾被认为是全球基金留下的重要遗产：如果中国还能继续得到三到五年的资助，政府部门将逐步适应预算管理。但全球基金的提前撤出使得这一愿望不大可能实现。事实上，总检察长办公室最近的一份报告揭示，项目资产可能会因为“固定资产财务纪录、固定资产登记和盘点记录之间存在未调和的差异”而流失。<sup>40</sup>中国也许会继续从全球基金学习技术、经验和理念，但是如果制度基础不复存在，就会危及项目执行的有效性。联合国艾滋病规划署 (UNAIDS) 的一位官员甚至预测，全球基金从中国撤走以后，通过全球基金支持的干预项目所取得的差不多 40-50%的成果可能会由此失去。

同样面临危险的，是许多靠全球基金项目资助工作的中国非政府组织。由于缺乏政府方面有效的资助承诺，又缺乏慈善组织的资助，全球基金的资金无意中加剧了这些组织对国际支持的依赖。2011年5月，一项针对200多家艾滋病社区组织的调查显示，它们中的74%接受过全球基金的资金，将近100家社区组织近半的项目资金来自于全球基金。<sup>41</sup>而在一些省份如黑龙江，非政府组织得到的资助80%来自于全球基金。这样，当全球基金停止拨款以抗议政府缺乏对社区组织的支持时，直接受害者不是官办社团，而是主要依靠全球基金资助的社区组织，就不足为怪了。以成都同乐为例，其所执行的一半项目由此而瘫痪。事实上，许多社区组织在2011年底就解体了，虽然那时全球基金已经解冻了中国的项目资金。该调查还显示，83%的社区组织对他们的未来表示忧虑。

非政府组织的忧虑，使得当时即将成为总理的李克强重申政府将对公共卫生社区组织提供资助的承诺。政府方面继续资助非政府组织的承诺让人感到振奋，但却难以让人感到安心。首先，由于大多数中国的社区组织和非政府组织还没有合法身份，他们无法通过政府购买服务这一渠道获取资金，更别说这类服务可能还未必符合社区的实际需要和利益。其次，国家层面缺少强有力的、可持续的对社区组织和非政府组织提供资助的机制，服务质量支持体系也没有到位。地方政府官员对于资助与卫生相关的非政府组织也缺少强大的内在动力。一些艾滋病非政府组织领袖已经得到地方疾控中心官员的警告：一旦国际项目离开，他们的组织不要指望从地方政府获得资助。中国官僚体制内的推诿扯皮现象，也为向社区组织提供足够资助制造了障碍。正如一位卫生部高级官员所指出的，虽然政府可以为非政府组织能力建设和药物采购提供

资金，但如果要用政府资金资助非政府组织的行政费用，卫生部需要得到财政部的合作。此前，全球基金以在政府预算中做成补贴的形式，支付了行政费用。<sup>42</sup>

第三，现有的在执行全球基金项目中将民间社会的需求引入政府卫生部门的机制和制度（如CCM和咨询小组）很可能难以存续下去。一位著名的中国艾滋病倡导人士指出，CCM这一概念从未被中国政府内化吸收；象俄国一样，中国更愿意在全球基金离去后自行其事。河南的一位艾滋非政府组织领袖抱怨说，关于如何填补全球基金离开后的资金缺口的讨论主要限于在政府部门之间，非政府组织未被邀请参加。正是因为感受到了这一倒退，本文作者们在2013年夏天所访谈的大多数NGO领袖对于后全球基金时代自身组织的发展均不表示乐观。

最后，由于政府到现在依然没有采取任何实质性的举措以弥补资金缺口，期待在全球基金资金完竭后政府资金到位是不现实的。一位非政府组织领袖预测，至少将有一半的非政府组织在全球基金离去后将不再活跃。

今天，有迹象表明中国政府正在为中国的民间社会提供更大的空间。2013年7月，民政部颁布了一系列措施。这些措施如果得到执行，将放松非政府组织注册和审批要求。一种可能性是，在全球基金离开后，政府会确定一小批更好管理的社区组织来进行能力建设并提供长期资助。个别官员，尤其是那些来自中国疾控中心的官员，似乎越来越认识到将社区组织纳入其工作的价值。但是对于社会政治稳定压倒性的关注，以及来自政府其他部门的巨大压力，可能使得政府对不在其直接控制下的社区组织的压制态势得以继续。2014年1月，中国政府将新公民运动的创始人许志永以“扰乱公共秩序罪”判处四年有期徒刑。全球基金的撤离使得政府不但成了现有非政府组织唯一主要的资金来源，而且使其在与非政府组织打交道时重新取得了自主权。其影响的增长和约束的放松让政府在国家—社会关系中处于更为有利的位置。不难想象，“听话的”非政府组织将获得支持和提倡，而独立的非政府组织或潜在的“麻烦制造者”们，将得不到资助并受到压制。

## 政策建议

全球基金在华十年的经验对于全球公共卫生治理有着重大的意义。通过将受援国的国际声誉和对资源的需求，与其对外的承诺予以绑定，全球卫生机构确实可以在一定程度上改变该国的公共卫生状况及其国内的公共卫生治理结构。但为了使干预更有效果，一个整合完善、系统范围的路径就显得十分关键。垂直的、针对特定疾病的干预模式只有在具备清晰的溢出效应或者有很强的扩张潜能的情况下，才应该被应用。一根筋或单刀直入式地迎合国际范例（如民间组织建设）可能会引发意想不到的、事与愿违的结果，只会削弱项目的长远效力。在推广全球卫生规范和实践的时候，外部的行为者还必须掌握微妙的平衡，允许国家操作执行层面的弹性，但又不损及重要的原则和价值。一刀切的方法对于不同国家间的差异不加区分，但过度强调国家所有权（national ownership）只会给那些破坏国际卫生干预目标的力量制造空间。一个政治上明理且富有成效的策略要求全球卫生机构和目的地政府间有良好的沟通。为达到这一目标，全球卫生机构必须学会展开有效的公共卫生外交，同时以一种坦诚、细致入微和务实的态度去和他们的对家展开谈判。

全球基金的在华经验也为这一相对年轻的机构在其他国家工作提供了可资借鉴的经验。全球基金新融资模式的出台表明，原有的“筹钱—花钱—证明钱花得值—然后筹更多的钱”的资助模式不仅产生巨大的机会成本，而且由于过于强调量化指标，还会导致各种各样的道德风险。全球基金应该更多地强调对实际疾病负担的回应，确保项目质量，并创设有效的共同资助机制。在项目执行阶段，全球基金应该针对受援国采取一种更为长远的视角来实施其标准、价值和程序，尤其是当受援国面临着严重的能力建设挑战的时候。由于全球基金没有国家层面的项目官员，使得其直接行使内控督导体系受到限制，因而它需要培训其基金经理，不应该象千里之外操盘的银行家那样行事，而是要象外交官一样有着去了解每个国家内部动态的激情，长于有效地达成协议。全球基金迫切需要与那些退出基金项目进入转型期的国家密切合作，制定出一个协调一致、有弹性且无缝对接的退出策略。这将使这些国家将已经取得的成就继续下去并发扬光大，同时鼓励他们成为全球基金在其他国家投资的合作伙伴和捐助方。最后，全球基金需要考虑将其使命扩展到三种疾病之外，以更好地适应全球疾病负担转移和全民健保上升的态势。

全球基金从中国的撤离标志着中国从国际援助的接受方向完全的资助方转变。中国应该制定出一个时间表，与其他新兴国家和多边援助机构共同合作，投资并提升其他国家的公共卫生状况，而不是对要其承担更多国际责任的呼声一味抗拒。同时，中国还必须发展出一整套全面的战略规划，以便在全球基金项目撤走后实现无缝连接。政府需要动员更多的本土资源，以填补全球资金留下的资金空缺，也需要建立一个能让药品提供和采购、治疗和其他服务变得可持续发展的机制，并采取行动将针对特定疾病的干预模式整合进政府全民健保的一揽子计划中去。在这一进程中，CCM 的概念和诸原则应该得到尊重，这其中包括边缘人群和受影响社群的参与、易受伤害人群的人权保障、性别（尤其是妇女权益）平等以及通过多部门决策机制以加强公共卫生民主化等等。事实上，政府应该认真地考虑在后全球基金时代建立起一个类似于 CCM 的机制，为政策制定者提供咨询、监督正在执行中的公共卫生项目，以及探寻社区组织利益冲突的解决之道。这一策略的讨论和制定，应该有民间社会组织的参与。民间组织不应该被看作可有可无的参与者或者是麻烦制造者，他们应该被当成中国公共卫生治理变革进程中的合作伙伴和促进因素。政府首先应该采取措施，修订相关法律法规，给 NGO 以合法地位，以便让它们能够参与公开筹资、倡导、服务提供和项目督导评估。在考虑社区组织服务外包采购这一问题

上，中国可以借鉴全球基金技术专家组（TRP）模式，以使项目评审的过程更加专业、独立和透明。

## 结论

“全球基金的作派更像是个银行家，而不是合作伙伴”，一位联合国官员在日内瓦接受访谈时抱怨说。全球基金与大多数的国际多边卫生组织的确不同。它主要依赖以绩效为基础的资助机制来寻求象中国这样的受援国的政策改变。一个有着封闭的列宁主义体制的新兴大国，并没有能够阻挡全球基金在动员资源以抗击艾滋病、结核和疟疾的过程中起到重大作用。艾滋病新发感染由此得以降低，感染者们的存活率得以提高，结核和疟疾的感染率也大大下降。但作为一个以价值为导向的机构，全球基金对于中国国内公共卫生治理体制的贡献，要大于其帮助中国抗击三种疾病本身。全球基金帮助弥合了中国和国际社会间在疾病防控领域的规范缝隙，将重要的规范和创新引入了中国的国内卫生治理体系，这其中包含透明化、问责制和包容性。全球基金还营造了政策改变的动力，从而对于国家—社会关系造成了深远影响。通过中国 CCM 和其他制度安排，中国的民间组织有史以来第一次正式参与到了卫生政策制定过程中。

尽管如此，现在还不是庆贺全球基金和中国在过去十年建立了成功合作伙伴关系的时候。毕竟，中国全球基金整合项目的整体绩效并不象预期的那样好，低效率资金使用的问题也使得证明全球基金某些资助项目（尤其是疟疾项目）的正当性变得困难。垂直的、针对特定疾病的干预模式也很难扩大规模或对强化国家公共卫生体系建设有所助益。同样重要的是，全球基金项目在中国民间社会建设方面，有时甚至无意中制造了人们所不想看到的结果。全球基金项目的结束以及缺少一个具备时效性和可操作的退出战略，对于如何保持已经取得的成就构成了严重挑战。简言之，全球基金的中国遗产充其量只能是混合的，而这一混合的遗产也昭示了全球卫生治理的复杂性。

## 尾注

1. From Aidsplan; "Fighting AIDS, Tuberculosis and Malaria," The Global Fund, <http://www.theglobalfund.org/en/about/diseases/>.
2. Sophie Harman, *Global Health Governance* (New York: Routledge, 2012), p. 74.
3. 见全球基金网页, <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/CHN>.
4. Gabriel Jaramillo, "Audit of Global Fund Grants to Namibia: Comment from the General Manager of the Global Fund," delivered on 7 September 2012 [http://www.who.int/hiv/mediacentre/200605-FS\\_Asia\\_en.pdf](http://www.who.int/hiv/mediacentre/200605-FS_Asia_en.pdf).
5. Lei Zhang, Lorraine Yap, Zhuang Xun, Zunyou Wu, and David P. Wilson, "Needle and Syringe Programs in Yunnan, China Yield Health and Financial Return." *BMC Public Health*, vol. 11, no. 250, 2011; Sheena G. Sullivan and Zunyou Wu, "Rapid Scale Up of Harm Reduction in China," *International Journal of Drug Policy*, vol. 18, no. 2, March 2007, pp. 118–28.
6. 对中国卫生官员的访谈, 2013年6月13日。
7. "China: Grant Portfolio," The Global Fund, <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/CHN>.
8. Zhang Xiulan, Pierre Miège, and Zhang Yurong, "The Impact of the Global Fund HIV/AIDS Programmes on Coordination and Coverage of Financial Assistance Schemes for People Living with HIV/AIDS and their Families," June 2009, <http://www.ghinet.org/downloads/ChinaJuly09.pdf>.
9. Yanzhong Huang, "The Politics of HIV/AIDS in China," *Asian Perspective*, vol. 30, no. 1, Spring 2006, pp. 95–105.
10. Nicole A. Szlezak, *The Making of Global Health Governance: China and the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria* (New York: Palgrave Macmillan, 2012), p. 120.
11. "Preventing a New Wave of HIV Infections in China," Grant Performance Report, CHN-506-G06-H, Round 5, [http://www.theglobalfund.org/GrantDocuments/CHN-506-G06-H\\_GPR\\_0\\_en/](http://www.theglobalfund.org/GrantDocuments/CHN-506-G06-H_GPR_0_en/), pp. 7, 9.
12. "专访卫生部国际合作司司长任明辉," 《瞭望东方周刊》, 2012年4月9日, [http://news.sina.com.cn/c/sd/2012-04-09/115624241841\\_2.shtml](http://news.sina.com.cn/c/sd/2012-04-09/115624241841_2.shtml)
13. "UNAIDS Applauds China's Decision to Fill Its HIV Resource Gap," UNAIDS, December 1, 2011, <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2011/december/20111201pschina/>
14. Evan S. Liberman, *Boundaries of Contagion: How Ethnic Politics Have Shaped Government Responses to AIDS* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 2009), p.87.
15. Szlezak, pp 128–131.
16. Cited by Szlezak, p. 130.
17. Xiulan, Miège, and Yurong, "The Impact of the Global Fund HIV/AIDS Programmes on Coordination and Coverage of Financial Assistance Schemes for People Living with HIV/AIDS and their Families."
18. "中国防艾滋 NGO 困境重重" .财新网 2010年11月30日, 见 <http://economy.caixin.com/2010-11-30/100203345.html>.
19. This is according to data from Aidsplan.
20. 中国全球基金观察电子期刊第十四期, 2011年3月 [http://www.cgfwatch.org/files/pdf\\_e/China\\_Global\\_Fund\\_Watch\\_Newsletter\\_\\_Issue\\_14\\_EN\\_Final.pdf](http://www.cgfwatch.org/files/pdf_e/China_Global_Fund_Watch_Newsletter__Issue_14_EN_Final.pdf)
21. Joan Kaufman, "The Role of NGOs in China's AIDS Crisis: Challenges and Possibilities," in Jonathan Schwartz and Shawn Shieh, eds., *State and Society Response to Social Needs in China: Serving the People* (New York: Routledge, 2009), p. 169.
22. Timothy Hildebrandt, "The Political Economy of Social Organization Registration in China," *The China Quarterly*, vol. 208, December 2011, p. 981.
23. Yanzhong Huang, *Governing Health in Contemporary China* (New York: Routledge, 2013).
24. 对前卫生部官员的访谈, 2013年6月10日。
25. "Investigation Report of Global Fund Grants to Cambodia: Principal Recipients CNM, NCHADS, and MoH and NCHADS Sub-recipient MEDiCAM," Global Fund, November 14, 2013, [http://www.theglobalfund.org/documents/oig/OIG\\_GFOIG13050InvestigationCambodia\\_Report\\_en/](http://www.theglobalfund.org/documents/oig/OIG_GFOIG13050InvestigationCambodia_Report_en/).
26. "HIV and Syphilis Among MSM in China," amfAR, July 2010, <http://www.amfar.org/articles/around-the-world/treatasia/2010/hiv-and-syphilis-among-msm-in-china;> "HIV/AIDS trends in China," *The Lancet Infectious Diseases*, November 2013, Vol. 13, p. 913.
27. *World Malaria Report 2005*, p. 1; "Fact Sheet," *World Malaria Report 2005*, <http://www.unicef.org/media/files/MalariaFactSheet.pdf>;
28. "Funding Decisions: Round 1 - April 2002," The Global Fund, <http://www.theglobalfund.org/en/fundingdecisions/#1>
28. *World Malaria Report 2012*, World Health Organization, p. xiii.
29. The total dispersed malaria funding by the Global Fund through 2012 was \$5.29 billion.
30. Jack C. Chow, "China's Billion-Dollar Aid Appetite," *Foreign Policy*, July 19, 2010 [http://www.foreignpolicy.com/articles/2010/07/19/chinas\\_billion\\_dollar\\_aid\\_appetite](http://www.foreignpolicy.com/articles/2010/07/19/chinas_billion_dollar_aid_appetite).
31. David McCoy, Nele Jensen, Katharina Kranzer, Rashida A. Ferrand, and Eline L. Korenromp, "Methodological and Policy Limitations of Quantifying the Saving of Lives: A Case Study of the Global Fund's Approach," *PLOS Medicine*, vol. 10, no. 10, October 1, 2013.10, October 1, 2013.

- 
32. Anthony J. Spires, Lin Tao, and Kin-man Chan, "Societal Support for China's Grass-Roots NGOs: Evidence from Yunnan, Guangdong and Beijing," *The China Journal*, vol. 71, January 2014, p. 87.
33. Chen Zhongdan, Wei Ran, and Peter Godwin, "A Study Documenting the Chinese Experience in Global Fund Grant Consolidation and Integration – Lessons Learned," UNAIDS, April 2011.
34. Chen, Ran, and Godwin, "A Study Documenting the Chinese Experience in Global Fund Grant Consolidation and Integration – Lessons Learned."
35. Global Fund Supported HIV, Malaria and TB Programmes Sustainability Review Final Report, P. 24
36. "专访卫生部国际合作司司长任明辉," 见 [http://news.sina.com.cn/c/sd/2012-04-09/115624241841\\_2.shtml](http://news.sina.com.cn/c/sd/2012-04-09/115624241841_2.shtml)
37. Amy E. Gadsden, "Chinese Nongovernmental Organizations: Politics by Other Means?" *AEI Online* July 23, 2010, <http://www.aei.org/papers/society-and-culture/chinese-nongovernmental-organizations/>
- 38 Simeon Bennett and Stepan Kravchenko, "HIV Epidemic Plagues Russia as Government Rejects Prevention Methods," Bloomberg, Jan 13, 2014, <http://www.bloomberg.com/news/2014-01-13/russian-hiv-surge-shows-scourge-sochi-games-swagger-can-t-mask.html>
39. Sustainability Review of Global Fund Supported HIV, Tuberculosis and Malaria Programmes, April 2013, p. 22, [http://www.theglobalfund.org/documents/terg/evaluation\\_2013-2014/TERG\\_Evaluation2013-2014ThematicReviewGFSustainabilityReview\\_Report\\_en/](http://www.theglobalfund.org/documents/terg/evaluation_2013-2014/TERG_Evaluation2013-2014ThematicReviewGFSustainabilityReview_Report_en/)
40. "Diagnostic Review of Global Fund Grants to the People's Republic of China," GF-OIG-11-017, October 23, 2012, p. 18.
41. "全球基金“冻款”背后," *南方都市报*, 2011年8月31日。  
<http://gcontent.oeeee.com/b/bd/bbd2f7ac63dcd641/Blog/89d/876730.html>.
42. 对一位前卫生部官员的访谈, 2013年6月10日。

---

## 作者简介

**黄严忠** 美国对外关系委员会全球卫生高级研究员，主持“全球卫生治理圆桌论坛”。同时担任美国西东大学外交与国际关系学院副教授暨全球卫生问题研究中心主任，负责成立了全美国际关系学院中第一个明确从外交和安全角度研究健康问题的专业方向。他是《全球卫生治理：新公共卫生安全范式》学术期刊的创始编辑。在全球卫生治理、卫生外交和卫生安全，以及中国公共卫生问题方面著述颇丰。他撰写出版了大量报告、期刊文章和书籍章节，发表在包括《外交事务》、《生存》、《生物恐怖主义和生物安全》等诸多刊物上，并在《纽约时报》、《国际先驱论坛报》、《柳叶刀》、《南华早报》上发表评论文章。他的专著《中国当代公共卫生治理》一书，着眼于毛后时代的卫生系统转型，内容涵盖医疗卫生体制改革、政府对突发疾病的应对能力、以及食品药品安全问题。他也常常为主流媒体、私营部门、政府及非政府组织就全球卫生和中国问题提供咨询。2012年3月，他被 *Inside Jersey* 杂志列为“新泽西州20位正在改变世界的杰出知识分子”。他曾在巴纳德学院和哥伦比亚大学任教。曾任美国亚洲研究项目资深研究员，新加坡国立大学资深访问研究员，美中关系全国委员会公知学人，以及美国战略与国际研究中心访问研究员。毕业于复旦大学，取得本科与硕士学位，并在芝加哥大学获得博士学位。

**贾平** 公共卫生治理项目（前全球基金观察项目）创始人兼执行官，致力于公共卫生治理、透明度、公共参与和法律与公共政策研究。他是中国公共卫生权利、艾滋病和法律领域顶尖的人权律师和研究者。2009年被提名为世界经济论坛全球青年领袖。他是中欧生命伦理学研究平台成员，红丝带北京艾滋病与人权论坛专家组成员。2006年当选为第一任全球基金中国项目国家协调委员会非政府组织代表。他曾是美国亚洲协会亚太地区青年领导人项目成员，哥伦比亚大学人权研究中心访问学者，中国国家疾病预防控制中心艾滋病与男男性行为问题专家组成员，并任清华大学宪法与公民权利中心主管。他毕业于华东政法学院法律系和中国人民大学法学院，分别取得法学学士和民商法学硕士学位。