

探究全球健康治理模式的政策类型匹配： 基于 QCA 方法的联动效应研究

蔡媛青¹, 薛 澜²

(1. 中国社会科学院中国社会科学评价研究院, 北京 100732; 2. 清华大学苏世民书院, 北京 100084)

摘要:在公共性理论视角下,形成包括公共性消费、公共性决策、公共性收益的全球健康治理理论框架。基于 194 个国家的案例并采用模糊集定性比较分析(fsQCA)的研究方法,探究 3 类推动健康治理公共性收益提升的配适性政策方案,揭示中国参与全球健康治理高公共性收益的核心条件和复杂互动路径。研究发现:(1)提升国内政府一般卫生支出占比在高公共性收益上发挥着较普适的作用,但在中国参与全球健康治理的高公共性收益中发挥的作用并不显著;(2)存在 3 类推动健康治理公共性收益提升的配适性政策方案,即公共性消费的配适模式、公共性决策的配适模式、公共性消费—决策混合型的配适模式,而中国参与全球健康治理的模式属于公共性消费的配适模式;(3)中国参与全球健康治理路径中的关键变量主要包括全民健康覆盖指数、医生密度、与水和卫生设施有关的官方发展援助。建议要提高中国参与全球健康治理的系统效益、提升中国参与全球健康治理的能力、加强中国参与全球健康治理的多部门协同治理机制。

关键词:全球健康治理;政策匹配;公共性消费;公共性决策;公共性收益

中图分类号:C93-03 文献标识码:A 文章编号:1005-0566(2024)03-0151-11

Explore the policy matching of global health governance model: A study on co-movement effect based on QCA

CAI Yuanqing¹, XUE Lan²

(1. Chinese Academy of Social Sciences Evaluation Studies, Beijing 100732, China;

2. Schwarzman College, Tsinghua University, Beijing 100084, China)

Abstract: From the perspective of publicity theory, a global health governance framework of public consumption, public decision-making and public benefits is established. Based on 194 countries as cases, using fuzzy set qualitative comparative analysis (fsQCA) method, this paper explores three types of suitable policy schemes to promote the improvement of public benefits of health governance, and reveals the core conditions and complex interaction paths of China's participation in global health governance with high public benefits. Main conclusions: (1) Increasing the proportion of government's general health expenditure plays a general role in high public benefits, but does not play a

收稿日期:2023-04-18 修回日期:2024-01-08

基金项目:国家社会科学基金青年项目“数字赋能下重大突发公共卫生事件协同治理体系与政策仿真研究”(22CGL052);中国社会科学院青年人文社会科学研究中心社会调研项目“乡村振兴战略下我国农村医疗服务效果评价及优化研究”(2024QNZX028);中国社会科学院“青启计划”项目“我国卫生健康政策评价的理论与方法研究”(2024QQJH010);比尔及梅琳达·盖茨基金会项目“中国公共卫生治理和服务供应体系研究”(INV-006261)。

作者简介:蔡媛青(1993—),女,浙江台州人,中国社会科学院中国社会科学评价研究院助理研究员,研究方向为公共政策评价、卫生事业管理、绩效管理、组织理论。通信作者:薛澜。

significant role in China's participation in global health governance. (2) There are three kinds of suitable options for the promotion of public benefits of national health governance, including the suitable mode of public consumption, the suitable mode of public decision-making, the suitable mode of public consumption and public decision-making. China's participation in global health governance is the suitable mode of public consumption. (3) Key elements in China's path to global health governance include UHC service coverage index, density of medical doctors, and amount of water-related and sanitation-related official development assistance. It is suggested to improve the systematic efficiency of China's participation in global health governance, enhance China's capability to participate in global health governance, and strengthen the multi-sectoral collaborative governance mechanism of China's participation in global health governance.

Key words: global health governance; policy matching; public consumption; public decision-making; public benefits

习近平总书记多次在国内外重要场合提出要打造“健康丝绸之路”、构建人类卫生健康共同体,获得国际社会广泛认同和高度赞誉。人类卫生健康共同体是人类命运共同体理念的有机组成部分,丰富和发展了人类命运共同体理念的内涵。世界正在经历百年未有之大变局,风险性和不确定性明显增加,对全球健康治理既是机遇也是挑战^[1]。全球化加强了国家、社会和市场之间相互依存的联系,这既增加了面临共同健康威胁的风险,也为不同部门的合作开辟了新的机会^[2]。全球公共产品需要从国家层面开始提供“强有力的共识”,进而实现援助国和受援国之间的互利^[3],同时需要所有利益相关方遵守有关国际法和规则^[4],在“同一健康”理念下有效协调,共同合作,从而有效维护与促进人类健康。

研究第一部分是文献综述和理论框架;第二部分介绍数据来源、测量和校准、研究方法;第三部分基于模糊集定性比较分析的方法,分析公共性消费、公共性决策对公共性收益的影响,运用组态分析全球健康治理高水平公共性收益的条件构型,研究中国参与全球健康治理的路径和公共性收益提升的配适性政策方案;第四部分从提高中国参与全球健康治理的系统效益、提升中国参与全球健康治理的能力、加强中国参与全球健康治理的多部门协同治理机制等方面提供参考建议。

一、文献综述与理论框架

(一)全球健康治理的区域性与统一性

全球化直接或间接地影响全球健康治理,并在国家内部和国家之间造成经济和健康差异^[5],可以理解为经济、政治和社会相互依存,改变了国

家促进健康的方式^[6]。华盛顿大学卫生计量与评估研究所研究表明,在 20 世纪 90 年代全球健康资金的来源和渠道比较单一,而 2018 年用于全球健康的资金从 1990 年的 81 亿美元增加到 390 亿美元。2020 年联合国启动《全民健康生活和福祉行动计划》以及世界卫生组织宣布“全球战略”,推动全球健康迈上了新台阶。联合国 2030 年可持续发展议程(SDG)将健康生活作为重大可持续发展目标,其中 14 个目标约 50 项涉及健康。

(二)全球健康治理涉及多种治理机制

第一,公共性消费与公共性收益存在相互关联性。由于公共性消费存在多样性和相互关联性,全球健康治理需要考虑全球公共健康产品提供的广度、深度和强度。全球健康治理涉及在国家层面建立数据库,以确保数据用于未来健康政策制定和改进;提高资源的可利用性,如人力资源和基础设施,采取行动增加健康专业知识的可利用性;加强沟通促进信息转化,以保持参与度;提高问责性,因地制宜建立激励机制;加强教育和培训,将知识融入所有学科等。第二,公共性决策与公共性收益中存在多种治理机制。公共性决策主体之间的竞争和合作关系错综复杂,全球卫生援助资金来源和资金渠道均发生显著变化,反映了不同主体的利益诉求与博弈^[7]。由于公共性决策与公共性收益中存在多种治理机制,在同一制度框架中不同主体的收益各不相同。

(三)在全球健康治理中公共性消费对公共性收益的影响

全球健康治理目前存在的主要挑战包括:第一,在公共性消费方面缺乏卫生系统能力,不同

国家对于健康权和卫生权利的不同理解,产生不同的规范性义务和责任;缺乏资金和公共卫生合作优先选项的目标;缺乏全球健康资源协调,需要在发展援助方面创新发展融资和寻找“明智的投资”。第二,在公共性决策方面缺乏全球健康领导,世界卫生组织、世界银行、其他联合国组织与多边组织之间缺乏协调组织^[8];缺乏多个参与者的协作与协调,比如援助国政府与非政府组织以及受援国之间缺乏协调。第三,在公共性收益方面缺乏问责制,援助国缺乏中长期承诺,缺乏有效评估和监督^[9]。全球健康治理需要充分考虑全球力量的多元化和采取行动的必要性,优先考虑综合发展,包括社会需求和健康的议程,确保在国内和全球行动之间取得平衡,同时需要认识对共同目标的承诺,反映在可持续发展的目标中^[10]。

1. 卫生系统能力的建设

随着人类对于可持续的卫生系统和基础设施的需求日益增长,满足基本生存需求和加强卫生系统能力的建设是全球健康治理中亟待解决的问题。满足基本生存需求权利是健康权的核心承诺,包括获得卫生设施、清洁的空气和水、烟草控制、害虫控制、获得基本药物和疫苗,以及卫生系统能力建设包括预防、发现和减轻疾病及减低死亡率等^[11]。世界卫生组织的统计数据显示,从2000年到2019年,通过加强卫生系统能力建设,世界人口的健康预期寿命有明显改善。缺乏卫生系统能力不仅使贫穷国家无法获得提供基本服务的能力,而且容易导致疾病迁移到其他国家和地区,从而不利于全球健康治理。如紧急状态中对风险认知、判断和应对能力不足,基层公共卫生系统的制度保障不足等。

2. 卫生系统优先事项设定

国际卫生系统优先事项设定是全球健康治理的另一个关键挑战。在确定优先事项时,需要在援助国和受援国之间确定和推进卫生议程。基于优先事项的设定,对卫生系统采取基于成本效益测算的科学干预措施,可为政策制定提供信息,对提供高质量的健康服务至关重要^[12]。

3. 全球健康资源协调

公共性消费的增长促使全球健康治理建立资源协调机制。传统政府卫生行政部门应对全球健康治理的能力不足,如多方参与的医疗服务市场供给不足,应急机制中市场参与不畅,激励卫生创新的能力不足,医务人员与可持续发展相关的能力和意识有待提高等。类似全球气候变化一样,全球健康治理过去很少吸引来自国家、基金会、非政府组织的关注,但这种情况正在迅速改变。民间社会组织、基金会和企业发挥着越来越重要的作用,为全球健康带来巨大收益,如在药品、疫苗和医疗方面的创新等。全球健康治理需要建立激励机制,促进、协调和引导民间社会组织、基金会和企业的关注,促进非卫生部门的协同参与^[13]。

(四)在全球健康治理中公共性决策对公共性收益的影响

1. 全球健康领导

领导者在实现全球健康目标中发挥着至关重要的作用^[14]。目前全球健康治理的优先事项部分偏向于以疾病为中心的行动,而较少偏向以健康为中心的目标。公共性决策需要采取多部门协调等方式来解决健康方面的不平等问题。根据世界卫生组织章程,世界卫生组织需要行使其权力并指导全球健康治理体系发展,并积极促进实现“最高水平的健康”。

2. 多个参与者的合作与协调

全球多个参与者之间的合作与协调是全球健康治理的关键问题^[15]。非政府组织(NGOs)和民间社会组织(CSOs)作为具有灵活性的服务提供者可以向受援国表达声音并赋予其权力^[16]。但是实践经验表明,非政府组织和民间社会组织有其自身的局限性,比如缺乏有利于非政府组织和民间社会组织参与的法律法规,缺乏必要的信息、知识和技能,还面临着规模小、资金不足、人才匮乏等问题。公共性决策的变化通常导致卫生部门负担过重,国际非政府组织与当地政府、企业和社区组织服务机构之间开展日益激烈的竞争,包括争夺资金和人力资源的提供者等。

虽然已有部分研究已经开始讨论全球健康治理公共性收益差异化的问题,但全球健康治理研究的参照案例较少。已有研究存在以下不足:一是虽然已为全球健康治理提供了丰富的理论解释,但难以为中国参与全球健康治理的路径提供充分的实证支撑;二是影响中国参与全球健康治理公共性收益的条件之间是相互依赖而非相互独立的,需要进一步研究路径机制;三是全球健康治理是不同条件变量与结果变量之间的逻辑关系,中国参与全球健康治理的高水平公共性收益和高水平公共性收益的条件并不相同,需要进一步关注全球健康治理的因果复杂性。

(五) 理论框架

目前对于公共性理论的阐述主要有哈贝马斯的“公共领域”思想,罗尔斯的公共理性理论,阿伦特的“公共世界”理论,卢曼的合法理性理论四大主流视角。全球性作为公共性的一个维度,在空间维度是公共性的一次扩展^[17]。全球健康治理作为一个公共性场域关注的问题,是公共性理论在现实中的具体实践^[18]。全球公共产品部分本身具有全球属性,部分则是在全球化的发展过程中逐渐体现全球属性,如疾控卫生、生态环境。全球健康治理是以全球视角和方式维护公众健康,促进全球健康治理中集体行动困境的解决^[19]。全球正在进入具有高度不确定性的“风险社会”时代,全球健康治理呈现碎片化、复杂性和脆弱性等特点^[20]。世界卫生组织(WHO)提出需要时刻准备好防范和有效应对各种现实的或潜在的对公众甚至全人类健康的严重威胁。全球健康公共产品是非排他性和非竞争性的,即人们不能被排除在消费此类物品之外,一个人对此类物品的消费也不妨碍另一个人的消费。全球健康治理的主体相互交叠,不仅包括国家和多边组织,还包括非政府组织、私营部门等。全球健康公共产品包括传染病控制、疾病根除、疾病监测以及与卫生有关的规则和标准等。与此同时,新的参与者也带来新的资源、利益和议程。全球健康治理的主体相互交叠,不仅包括国家和多边组织,还包括非政府组织、私营部门等(见表1)。

表 1 全球健康治理参与相关主体

参与主体	全球健康治理参与主体具体名称
国家	援助国、受援国
多边组织	联合国组织;世界卫生组织、联合国儿童基金会、联合国人口基金、联合国开发计划署、联合国艾滋病规划署 其他:世界贸易组织、世界银行、区域开发银行、八国集团/G20、欧盟委员会、全球基金
非政府组织	拯救儿童组织、天主教救济服务组织、无国界医生组织、卡特中心、马拉维基督教卫生协会、儿童生存工作队、孟加拉国农村发展委员会、国际沙眼病控制联盟、国际生命科学研究、无国界医生组织、全球健康合作伙伴发展联盟、国际扶轮社、红十字会与红新月会国际联合会、海伦·凯勒国际
私营部门	慈善基金会:比尔和梅琳达·盖茨基金会、埃德娜·麦康奈尔·克拉克基金会、洛克菲勒基金会、克林顿基金会、彭博慈善基金会 行业协会:制药公司(如默克集团、辉瑞国际公司、葛兰素史克公司)、烟草公司(如菲利普莫里斯公司、日本烟草公司)、食品公司(如婴儿配方奶粉制造商)、巴斯夫公司、杜邦公司、埃克森美孚、其他健康相关行业

资料来源:IHME, Financing Global Health 2009.

尽管过去几十年各国的健康事业取得了巨大进步,但全球健康水平发展不充分,健康风险的分布仍然极度不平衡。面对全球健康危机,传统的国际卫生治理体系主要涵盖各国和政府间组织,无法在新的全球范围内有效地治理健康状况,且全球健康治理可能面临“金德尔伯格陷阱”等潜在风险^[21]。因此,全球健康治理的重点是确保多元主体采取集体行动促进全球健康治理。基于公共性理论视角研究全球健康治理,将英吉·考尔^[22]提出的公共性三角模型作为分析工具,具体分析在公共性消费、公共性决策、公共性收益 3 个维度的拓展下如何进行全球健康治理^[23-24]。在全球健康治理的理论框架下,将国家的制度情境和资源禀赋与全球健康治理实践相结合,形成公共性消费、公共性决策、公共性收益的多元治理机制(见图1)。公共性消费、公共性决策、公共性收益 3 个维度之间并不是非此即彼的关系,达成预期治理目标需要多方相互结合,彼此之间形成相互协同的整体作用,共同推进全球健康治理。因此,本文提出假设:

假设 1:在提升全球健康治理公共性收益的过程中,没有一个单一变量可以促进全球健康治理收益提升。公共性收益提升的基础效应是包含公共性决策和公共性消费等多个条件变量的组合。

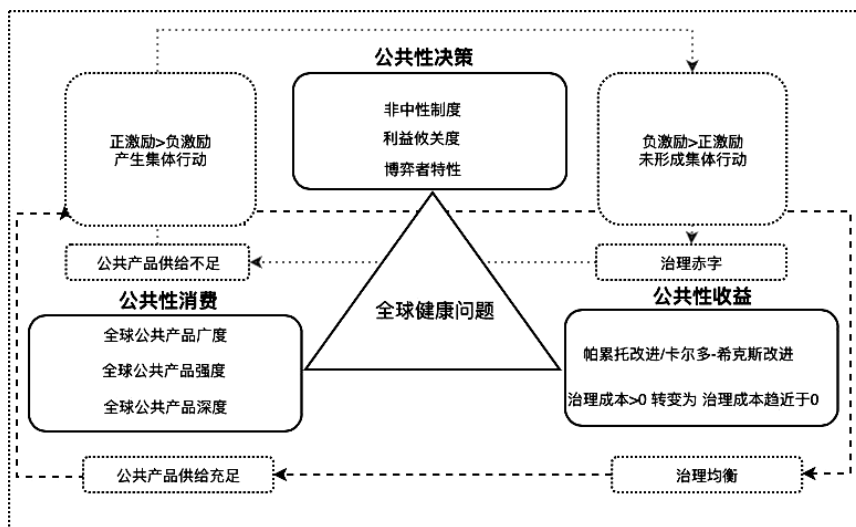


图1 全球健康治理的理论框架

(1)公共性消费。首先,在公共性消费方面,需要充分考虑全球健康公共产品的广度、强度和深度。全球性意味着全球健康公共产品在规模、质量、数量等多维度的扩展^[25]。判断全球健康公共产品是否具有实际的公共性需要考虑其决定性因素,包含以下3个方面:一是经审慎抉择后体现出全球健康公共产品的收益共享;二是全球健康公共产品天然具有的非排他性导致的收益共享;三是全球健康公共产品体现出的外部性为所有人共同承担。当公共产品供给充足时,在全球健康治理中产生正激励大于负激励,形成集体行动,进而形成均衡治理;当公共产品供给不足时,在全球健康治理中产生负激励大于正激励,未形成集体行动,可能会形成治理赤字^[26]。

(2)公共性决策。在公共性决策方面,需要考虑非中性制度、利益攸关度、博弈者特性等特征^[27]。非中性制度指包含各类选择性激励措施的制度,在同一制度框架中,不同治理主体在不同激励措施下的收益各不相同^[28]。第一,制度功能差异化允许每一种制度形式解决它所针对的问题,即在治理中提供良好的“实质性适合”,并通过互补解决共同问题。第二,在一定范围内,不同治理主体可以选择参与收益、成本和风险最接近其特征的偏好,增加合作的激励相容性。第三,通过国家的治理体系、功能差异化和非正式制度使得治理机制有利于协调,产生较强的连贯性。利益攸

关度指全球健康治理问题与治理主体间的利益关系,与全球健康治理问题属性和博弈者特性的紧密程度。在全球健康治理问题的不同议题领域内,不同治理主体的偏好不同。博弈者特性指参与全球健康治理的各行为主体具有不同的目标函数。全球健康公共产品的最优供给需要共同协商,考虑不同群体的偏好。因此,本文提出假设:

假设2:在提升全球健康治理公共性收益的过程中,存在组态视角下的耦合效应。公共性决策和公共性消费的多个要素形成促进全球健康治理收益提升的不同模式,并形成协同耦合效应提升高水平公共性收益。

(3)公共性收益。全球健康公共产品的公共性收益应是可被预期的且是公开的,符合社会公平的价值期望,需要提高透明度和推行问责制。全球健康治理的公共性同时体现在消费、决策和收益中,将这三种公共性的标准结合起来,形成了全球健康治理的理论框架。在公共性收益中,监测治理进展和规范执行情况,披露透明度,以实现承诺和目标等符合一般等价原则的条件^[29]。公共性收益需要实现帕累托改进或者卡尔多—希克斯改进,使治理成本大于0 转变为治理成本趋近于0。因此,本文提出假设:

假设3:在提升全球健康治理公共性收益的过程中,需要根据不同国家的制度情境,充分考虑参与全球健康治理路径中不同国家的资源禀赋来放

大叠加效应。

二、研究设计

(一)数据来源

研究数据主要来源于《World Health Statistics 2021》。这份报告是世界卫生组织对其 194 个会员国的健康指标和健康相关指标最新数据的年度汇编,收录了来自可持续发展目标(SDG)和世界卫生组织的 50 多个卫生相关指标的数据。基于全球健康治理理论框架,选取 194 个国家的数据为研究样本,引入模糊集定性比较分析(fsQCA)方法研究全球健康治理的实现路径。

(二)测量与校准

在模糊集定性比较分析(fsQCA)中,使用直接校准法对数据进行校准^[30]。在校准过程中,将 0.95 分位点作为完全隶属的标准,将 0.5 分位点作为水平交叉点,0.05 分位点作为完全不隶属的标准,如表 2 所示。

表 2 条件和结果的校准

	条件和结果	校准		
		完全隶属	交叉点	完全不隶属
结果变量: 公共性收益	《国际卫生条例核心监测框架》的 13 项核心能力得分	94.000	59.000	0.000
条件变量: 公共性消费	全民健康覆盖指数	84.500	68.000	0.000
	医生密度	55.575	14.950	0.475
条件变量: 公共性决策	国内政府一般卫生支出占比	14.505	0.965	0.000
	医疗研究和基本保健部门的人均官方发展援助	20.050	9.500	2.550
	与水 and 卫生设施有关的官方发展援助	195.463	5.730	0.000

1. 条件变量

公共性消费。根据世界卫生组织可持续发展监测目标对公共性消费的测量标准,研究选取两个指标分别为全民健康覆盖指数(服务覆盖指数)、医生密度(每 10 000 人)来测定公共性消费。

公共性决策。目前国际通用和国内官方使用反映健康投入力度的指标主要分为两类,包括卫生总支出占国内生产总值(GDP)的比例、国际广义政府卫生支出在广义政府支出中所占的比例。研究使用国内政府一般卫生支出(GGHE-D)占政府一般支出(GGE)的百分比(%)、医疗研究和基本保健部门的人均官方发展援助净额总额(美元)、与水 and 卫生设施有关的官方发展援助金额(政府协调支出计划的一部分,单位为百万美元)来测定公共性决策。

2. 结果变量

公共性收益。世界卫生组织的《国际卫生条例核心监测框架》确定了 13 项核心能力,包括 8 种特定的能力(国家法律、政策及资金,协调,监测,处置,控制,准备,风险沟通,人力资源管理)和针对入境口岸和具体风险的 5 种应急管理能力(实验室,入境口岸(PoE),人畜共患病事件,食品安全,化学事件)。选取 13 项《国际卫生条例核心监测框架》核心能力得分的平均值来测定公共性收益。

(三)研究方法

定性比较分析法(QCA)超越了二元关系的传统统计方法,从组态视角来研究全球健康治理的实现路径。主要出于以下考虑。第一,QCA 方法可以揭示全球健康治理实现路径的复杂性,即复杂的、非线性的因果关系,这有助于更加深入理解中国参与全球健康治理的机制路径。第二,影响中国参与全球健康治理公共性收益的要素对于政府决策的影响可能会有所不同。QCA 方法分析不对称的因果关系,比如单个因素对特定结果而言是必要不充分的条件,而这些因素的原因组合对结果而言却是充分不必要条件^[31]。第三,QCA 的因果复杂度具有等价性,这意味着全球健康治理实现路径可以有几种相互不排斥的解释。公共性消费和公共性决策等条件的因果作用只有与其他条件结合时才能发挥出来^[32]。与传统分析方法相比,QCA 方法更适用全球健康治理实现路径的选择,因此运用模糊集定性比较分析(fsQCA)方法分析中国参与全球健康治理的机制路径。

三、研究分析

(一)必要条件分析

必要条件分析(NCA)方法能测算出各条件变量对于结果变量的必要性效应量。NCA 效应量的取值范围为 0~1,越接近 1 代表条件越有可能为必要条件,反之则说明条件不为必要条件^[33]。除此之外,NCA 使用蒙特卡洛仿真置换检验(Monte Carol simulations of permutation tests)来测算效应量的显著性水平,如某一条件的效应量较大,但是蒙特卡洛仿真置换结果并不显著,仍不能认为这一变量构成结果的必要条件。

NCA 方法可以处理离散变量和连续变量两种分析情景,在实际研究中,往往同时使用 CR 和 CE 两种数据处理方式,以增强分析的稳健性^[34]。表 3 为 NCA 必要条件分析结果。结果显示,无论是使用 CR 还是 CE 来测算效应量,5 个条件变量的效应量水平均为中低水平,这代表所有条件变量均不能被认为是高水平公共性收益的必要条件。瓶颈水平(单位为%)是指达成结果最大观测范围的水平时,条件变量最大观测范围内需要满足的水平值。条件变量的瓶颈水平分析结果显示,要达到 80% 的健康治理水平,需要的条件变量包括 28% 的全民健康覆盖指数和 16.2% 的医生密度。医疗研究和基本保健部门的人均官方发展援助、与水 and 卫生设施有关的官方发展援助这两个条件变量都不存在“瓶颈”水平。

在进行 NCA 必要条件检验后,进一步使用 fsQCA 3.0 软件对全球健康治理公共性收益进行必要条件分析(见表 4)。首先检验单一条件(包括

表 3 NCA 必要条件分析结果

条件变量 ^a	方法	精确度/%	上限区域	范围	效应量	P 值 ^b
全民健康覆盖指数	CR	97.4	0.096	0.86	0.112	0.000
	CE	100	0.114	0.86	0.133	0.000
医生密度	CR	94.3	0.065	0.87	0.074	0.000
	CE	100	0.038	0.87	0.043	0.000
国内政府一般卫生支出占比	CR	96.9	0.027	0.89	0.030	0.013
	CE	100	0.021	0.89	0.024	0.006
医疗研究和基本保健部门的人均官方发展援助	CR	100	0.000	0.87	0.000	1.000
	CE	100	0.000	0.87	0.000	1.000
与水 and 卫生设施有关的官方发展援助	CR	100	0.000	0.87	0.000	1.000
	CE	100	0.000	0.87	0.000	1.000

注:a. 校准后模糊隶属度值。b. 置换检验(permutation test,重抽次数 = 10 000)。

表 5 高水平公共性收益的条件构型

条件变量	构型 1:公共性消费型		构型 2:公共性决策型			构型 3:公共性消费—决策混合型	
	组态 1	组态 2	组态 3	组态 4	组态 5	组态 6	组态 7
全民健康覆盖指数	⊗	●		⊗	⊗	●	
医生密度	●	●	⊗	⊗			●
国内政府一般卫生支出占比		⊗	●	⊗	●	●	●
医疗研究和基本保健部门的人均官方发展援助	⊗	⊗	●	⊗	●	⊗	●
与水 and 卫生设施有关的官方发展援助	⊗		⊗	●	●	●	●
一致性	0.791 917	0.843 245	0.812 781	0.920 4	0.872 363	0.925 323	0.921 769
原始覆盖度	0.249 354	0.321 436	0.233 943	0.265 56	0.246 669	0.271 028	0.188 606
唯一覆盖度	0.016 703 1	0.062 835 8	0.028 236 3	0.064 525 8	0.008 550 41	0.032 511 5	0.006 959 68
解的一致性	0.777 882						

注:●或●表示该条件出现,⊗或⊗表示该条件不出现;●或⊗表示核心条件,●或⊗表示边缘条件。空白代表条件可存在也可不存在。

其非集)是否构成全球健康治理公共性收益的必要条件。结果显示,所有条件变量的一致性水平都小于 0.9,可以看出单一的条件变量无法构成高水平和非高水平公共性收益的必要条件。

表 4 必要条件分析

条件变量	高水平公共性收益		低水平公共性收益	
	一致性	覆盖度	一致性	覆盖度
高全民健康覆盖指数	0.803 142	0.777 778	0.621 815	0.559 311
低全民健康覆盖指数	0.544 939	0.608 054	0.752 943	0.780 341
高医生密度	0.631 736	0.731 438	0.499 464	0.537 124
低医生密度	0.600 219	0.563 521	0.750 267	0.654 252
高国内政府一般卫生支出占比	0.462 020	0.576 836	0.660 136	0.765 515
低国内政府一般卫生支出占比	0.812 189	0.720 117	0.635 089	0.523 008
医疗研究和基本保健部门的人均官方发展援助较高	0.679 459	0.728 882	0.575 679	0.573 592
医疗研究和基本保健部门的人均官方发展援助较低	0.602 505	0.604 549	0.727 895	0.678 372
与水 and 卫生设施有关的官方发展援助较高	0.511 930	0.672 632	0.535 110	0.653 036
与水 and 卫生设施有关的官方发展援助较低	0.735 931	0.630 226	0.731 749	0.582 035

(二)运用组态分析全球健康治理高水平公共性收益的条件构型

运用组态分析研究全球健康治理高水平公共性收益的条件构型,结果如表 5 所示,包括公共性消费型、公共性决策型和公共性消费—决策混合型。公共性消费型的构型包括组态 1 和组态 2,公共性决策型的构型包括组态 3、组态 4 和组态 5,公共性消费—决策混合型的构型包括组态 6 和组态 7。其中,全球健康治理高水平公共性收益总体解的一致性为 0.778,总体解的覆盖度为 0.579,条件构型的一致性水平符合组态分析的标准^[35]。研究最终确定的一致性阈值为 0.80,频数阈值为 3,最后涵盖 168 个案例。

对以上 7 种组态展开讨论,探讨全球健康治理公共性收益提升的条件构型。全球健康治理的共同底层逻辑包含基础效应、耦合效应和叠加效应 3 种效应。

1. 基础效应。NCA 和 QCA 必要条件结果显示,单一的条件变量无法构成高水平和非高水平公共性收益的必要条件。公共性收益提升的基础效应是包含公共性决策和公共性消费等多个条件变量的组合。高水平公共性收益的基础效应是包含五个条件变量的组合,分别是全民健康覆盖指数、医生密度、国内政府一般卫生支出占比、医疗研究和基本保健部门的人均官方发展援助、与水和卫生设施有关的官方发展援助。提升条件变量国内政府一般卫生支出占比在高公共性收益上发挥着较普适的作用,但在中国参与全球健康治理高公共性收益中发挥的作用并不显著。假设 1 得到验证。

2. 耦合效应。在提升全球健康治理公共性收益的过程中,存在组态视角下的耦合效应。高水平公共性收益需要全民健康覆盖指数、医生密度、国内政府一般卫生支出占比、医疗研究和基本保健部门的人均官方发展援助、与水和卫生设施有关的官方发展援助不同的要素形成协同联动的耦

合效应,形成 7 种不同的模式促进全球健康治理收益提升。假设 2 得到验证。

3. 叠加效应。国内政府一般卫生支出占比、与水和卫生设施有关的官方发展援助在大多数组态中出现,在不同的组态中不同国家结合自身不同的资源禀赋,形成了影响全球健康治理收益提升的不同机制。比如在组态 5 和组态 6 都有着较高的国内政府一般卫生支出占比、与水和卫生设施有关的官方发展援助,不同的是组态 5 中与医疗研究和基本保健部门的人均官方发展援助相结合,而组态 6 中与全民健康覆盖指数相结合,形成叠加效应。因此在研究全球健康治理模式的政策匹配时,需要充分考虑不同参与全球健康治理路径中不同国家的资源禀赋来放大叠加效应。假设 3 得到验证。

(三)全球健康治理高水平公共性收益的定性比较

为方便组态结果描述与案例对应,进一步呈现不同国家案例对应的全球健康治理高水平公共性收益情况。将不同国家的条件组态归纳为公共性消费型、公共性决策型和公共性消费—决策混合型(见表 6)。

表 6 全球健康治理高水平公共性收益的定性比较

名称和对应组态	公共性消费型 (组态 1、组态 2)	公共性决策型 (组态 3、组态 4、组态 5)	公共性消费—决策混合型 (组态 6、组态 7)
组态形式	组态 2:全民健康覆盖指数 * 医生密度 * ~ 国内政府一般卫生支出占比 * ~ 医疗研究和基本保健部门的人均官方发展援助	组态 5: ~ 全民健康覆盖指数 * 国内政府一般卫生支出占比 * 医疗研究和基本保健部门的人均官方发展援助 * 与水和卫生设施有关的官方发展援助	组态 6: 全民健康覆盖指数 * 国内政府一般卫生支出占比 * ~ 医疗研究和基本保健部门的人均官方发展援助 * 与水和卫生设施有关的官方发展援助
主要驱动机制	提高全民健康覆盖指数,增加医生密度	增加国内政府一般卫生支出占比,加强医疗研究和基本保健部门的人均官方发展援助、与水和卫生设施有关的官方发展援助	提高全民健康覆盖指数,增加国内政府一般卫生支出占比,加强与水和卫生设施有关的官方发展援助
代表国家	阿联酋、朝鲜、希腊、土库曼、塞浦路斯、科威特、中国、阿曼、委内瑞拉、哈萨克斯坦、文莱、土耳其、马来西亚	波黑、马达加斯加、塞尔维亚、马拉维、格鲁吉亚、萨摩亚、莱索托	秘鲁、厄瓜多尔、突尼斯、阿根廷、巴拿马、巴西、巴拉圭、古巴、哥伦比亚、哥斯达黎加、萨尔瓦多、阿尔及利亚

在中国参与全球健康治理的路径中,从表 5 得出全民健康覆盖指数、医生密度等是提高公共性收益的关键变量。中国参与全球健康治理的路径构型是公共性消费型,具体对应组态 2。其所能解释的案例主要包括阿联酋、马来西亚、文莱、土耳其等国家。在组态 2 中,医生密度和全民健康覆盖指数作为边缘条件发挥了作用。组态 2 的一致性为 0.843,唯一覆盖度为 0.063,原始覆盖率为 0.321,说明该路径解释了约 32.1% 的高水平公共性收益案例。

中国参与全球健康治理的路径主要包括以下 3 个方面。

(1) 提高全民健康覆盖指数。首先,从国家部门之间协调的角度,需要对国家的公共卫生治理体系进行制度分析,比如国家卫生健康委员会,疾病预防控制中心,其他相关政府机构和公共服务单位及其在各种公共卫生对外合作职能中的作用。其次,完善标准化体系建设,促进相关医药产品的国际许可;构建标准化认证体系,包括药品实验室研究、临床试验、许可批准、安全监测的全流

程的机构网络和程序设置;促进政府、企业、学界在产品研发方面的数据透明,以便在紧急情况下获得世界卫生组织预认证和紧急使用。再次,加强政府、企业、学界三方合作,提高相关医药产品研发能力与速度,构建公私合作平台及应急技术平台。最后,创新国际合作方式,探索产业链与供应链的合作新形式;促进常态化的经验与技术交流,强化临床试验国际合作;发挥产能优势,通过专利共享、产能转化等方式,与其他国家达成产业链与供应链合作。

(2)增加医生密度。需要预防重大突发公共卫生事件中医生数量不足带来的医疗挤兑风险。加快“分级应急诊疗管理流程”“智慧化多点触发的监测预警体系”的建设工作,建议依托我国已有分级诊疗体系建设的现状,进一步充分发挥各级医疗机构对于病情诊断的分流,建立区域性流行医疗峰值需求应对的应急预案,评估各级医疗机构和各级政府的应急能力。

(3)加强与水和卫生设施有关的官方发展援助。中国提供高质量的“全球公共产品”,应秉持人类卫生健康共同体理念,克服中国疫苗“走出去”面临的政策障碍和技术难点,对多边、双边等“全球公共产品”供给模式进行主要利弊分析和风险研判。一方面,分析中国参与公共卫生国际合作的优先事项,并进行相关的政策倡导。另一方面,促进建立循证的政策平台,吸引来自多个部门的专家和政府官员参与,进一步分析全球健康治理和国际合作的主要模式,并评估创新机制的有效性,例如全球公私伙伴关系案例。从全球健康治理和多部门协同治理机制的角度,需要明确提出运行的组成部门、运行规则^[36],包括如何参与区域、多边、双边的机制,比如金砖国家、东盟、中日韩等。

在公共性决策型的路径中,从表5得出国内政府一般卫生支出占比,医疗研究和基本保健部门的人均官方发展援助,与水和卫生设施有关的官方发展援助是提高公共性收益的关键变量。其所能解释的案例主要包括塞尔维亚、格鲁吉亚等国家。在组态5的一致性为0.872,唯一覆盖度为0.009,原始覆盖率为0.247,说明该路径解释了约24.7%的高水平公共性收益案例。在公共性消费—决策混合型的路径中,从表5得出全民健康覆

盖指数、国内政府一般卫生支出占比、与水和卫生设施有关的官方发展援助是提高公共性收益的关键变量。其所能解释的案例主要包括巴西、阿根廷、秘鲁等国家。在组态6的一致性为0.925,唯一覆盖度为0.033,原始覆盖率为0.271,说明该路径解释了约27.1%的高水平公共性收益案例。

四、研究结论与建议

(一)研究结论

在全球健康治理的视域下,形成包括公共性消费、公共性决策和公共性收益的全球健康治理理论框架,并进一步分析全球健康治理的实现路径。基于194个国家的案例并采用模糊集定性比较分析(fsQCA)的方法,探究3类推动健康治理公共性收益提升的配适性政策方案,揭示中国参与全球健康治理高公共性收益的核心条件和复杂互动路径,为中国参与全球健康治理的路径提供参考。

(1)从总体上看,全民健康覆盖指数、医生密度、国内政府一般卫生支出占比、医疗研究和基本保健部门的人均官方发展援助、与水和卫生设施有关的官方发展援助这些因素都不能单独构成中国参与全球健康治理高公共性收益的必要条件。提升国内政府一般卫生支出占比在高公共性收益上发挥着较普适的作用,但在中国参与全球健康治理高公共性收益中发挥的作用并不显著。

(2)存在3类推动健康治理公共性收益提升的配适性政策方案,即公共性消费的配适模式、公共性决策的配适模式、公共性消费—决策混合型的配适模式。中国参与全球健康治理的模式属于公共性消费的配适模式。

(3)中国参与全球健康治理路径中的关键变量主要包括全民健康覆盖指数、医生密度、与水和卫生设施有关的官方发展援助。

主要的理论贡献有以下几点。

第一,将中国参与全球健康治理的路径研究从关注公共性收益单一视角转向公共性消费、公共性决策联动作用的整体视角。基于全球健康治理理论框架,分析了公共性消费、公共性决策等多重条件在推动中国参与全球健康治理中发挥的作用。在全球健康治理中研究提升中国参与全球健康治理公共性收益的路径机制,为人类卫生健康

共同体的建设提供可行的操作方案。

第二,有助于对全球健康治理视域下中国参与全球健康治理背后复杂路径机制的理解。以往的研究主要聚焦于对全球健康治理公共性收益实践经验的总结和定性的描述性分析,缺乏定量分析。研究发现,公共性消费、公共性决策等多重条件相互作用驱动中国参与全球健康治理的公共性收益提升,弥补当前全球健康治理研究多停留在质性研究而缺乏量化研究支撑的不足,从而丰富了对全球健康治理问题的研究。

第三,首次将定性比较分析方法引入全球健康治理的研究。这不仅是研究方法的丰富,而且进一步拓展了全球健康治理研究和实践的方法论基础。引入模糊集定性比较分析(fsQCA)方法,为全球健康治理视域下中国参与全球健康治理的路径研究提供了一种整体的视角。

(二)政策建议

第一,提高中国参与全球健康治理的系统效益。一方面,国家健康治理改革面临“应对信息不对称、应对不确定性”与“释放活力、创新发展”的张力,需要着力理顺整个医疗服务市场的资源配置机制。加强各级政府的权利、责任和能力横向和纵向协调,资源与职责相匹配,围绕互联互通健康服务便利共享,健全制度安排和成本共担、利益共享机制。另一方面,以人民健康为中心,在战略基础方面配套制定系列相关安全战略。在制度基础方面靠法治和制度促跨部门协调,保障公众参与制定与可持续发展目标相关的法律、法规 and 政策的合法权利。增加公众对数字健康生态系统的信任,并确保利用数字技术和数据提供的机会。有效地利用大数据分析卫生和其他治理部门之间的相互关系,减少合作风险,评估这些领域的政策和行动如何影响全球健康目标,从而确定如何采取有效行动促进全球健康。

第二,提升中国参与全球健康治理的能力。一方面,加强高校与研究所科研项目投入,完善医学人才培养机制。在人才基础方面培养大批全球健康人才,提供与全球健康治理相关的知识培训。另一方面,制定国家行动战略,有效部署相关医药产品的研发、生产与分配,为技术研发提供资金、人员及程序支持,特别是产品转化阶段;梳理可能的资源投入和

优势环节,预先确定总体战略方向和行动路径;加快国内相关应急立法,明确紧急情况下的资源调度。

第三,加强中国参与全球健康治理的多部门协同治理机制。一方面,以健全的科学原则为基础,分析在全球健康治理的标准制定和政策选择,建立学界、商界、社会各界代表的全球健康治理科学咨询体系,推进跨学科研究激发创新活力。加强科研投入及国际合作,为药物抗疫提供更多支撑与备选。对现有疫苗和药物有效性开展全面综合评估,积极推动新一代疫苗和药物研发,大幅度提高安全性、有效性和持久性。另一方面,需要制定发布全球健康安全国家战略,积极拓展多边合作的广度和深度。加强行动能力,确保对“自上而下”的领导支持。利益攸关方要遵守有关国际法和规则,在“同一健康”理念指引下有效协调合作,构建一个多样化和有弹性的治理综合体,继续探索知识网络的交叉点,包括政府、多边机构、国际法、全球商业监管,以及社会政策等。确保负责患者安全和质量改进的领导者,以及所有学科的其他卫生工作者,都能参与并支持政策倡导。支持社会力量参与全球健康治理,加强政府对非政府组织的支持,培养社会力量参与全球健康治理能力,形成政府、社会、个人协同发力、共建共享的健康治理发展格局。在共建“人类卫生健康共同体”的伟大进程中,为建设更美好、更健康的世界而不懈努力。

(三)研究展望

首先,未来研究可以将研究理论扩展到数字赋能全球健康治理情境中。在数字赋能背景下探究全球健康治理模式的政策类型匹配,意味着重新思考将公共卫生健康系统纳入全民健康一揽子计划,以更好地反映全球健康治理决定因素的作用。其次,用其他测算方法如社会网络分析、机器学习等方法进一步深入分析全球健康治理的实现路径。最后,未来研究可以收集不同年份的数据,进一步探索在不同时期中国参与全球健康治理路径的变迁,探索中国参与全球健康治理的动态演变路径。

参考文献:

- [1]石静霞.“一带一路”倡议与国际法:基于国际公共产品供给视角的分析[J].中国社会科学,2021(1):156-179.
- [2]OGUNBANJO M A, OYEDOKUN D M, OLADIPUPO A O. Global governance and sustainable development: a discussion from the socio-political and socio-ecological perspectives [J].

Global governance, 2022, 12(1): 24-36.

[3] 薛澜, 俞晗之. 迈向公共管理范式的全球治理: 基于“问题—主体—机制”框架的分析[J]. 中国社会科学, 2015(11): 76-91.

[4] 陈志敏. 国家治理、全球治理与世界秩序建构[J]. 中国社会科学, 2016(6): 14-21.

[5] MOON S. Power in global governance: an expanded typology from global health [J]. Globalization and health, 2019, 15(1): 1-9.

[6] ALLEGIANZI B, KILPATRICK C, STORR J, et al. Global infection prevention and control priorities 2018 – 2022: a call for action[J]. The lancet global health, 2017, 5(12): 1178-1180.

[7] KIM R E. Is global governance fragmented, polycentric, or complex? the state of the art of the network approach[J]. International studies review, 2020, 22(4): 903-931.

[8] 蔡拓, 陈志敏, 吴志成, 等. 人类命运共同体视角下的全球治理与国家治理[J]. 中国社会科学, 2016(6): 4.

[9] 庞珣, 王帅. 中美对外援助的国际政治意义: 以联合国大会投票为例[J]. 中国社会科学, 2017(3): 181-203.

[10] EBERLEIN B. Who fills the global governance gap? rethinking the roles of business and government in global governance [J]. Organization studies, 2019, 40 (8): 1125-1145.

[11] 唐钧, 李军. 健康社会学视角下的整体健康观和健康健康管理[J]. 中国社会科学, 2019(8): 130-148.

[12] FIORETOS O, TALLBERG J. Politics and theory of global governance [J]. International theory, 2021, 13 (1): 99-111.

[13] COEN D, PEGRAM T. Towards a third generation of global governance scholarship [J]. Global policy, 2018, 9 (1): 107-113.

[14] 黄杨森, 王义保. 全球风险社会: 治理观照与中国方案[J]. 中国软科学, 2020(8): 10-19.

[15] 巴里·艾肯格林, 王皓. 全球金融新风险与中国的应对[J]. 东北亚论坛, 2019, 28(5): 48-53.

[16] MATTHEW D. STEPHEN. Emerging powers and emerging trends in global governance [J]. Global governance, 2017, 23(3): 483-502.

[17] KINDLEBERGER C P. International public goods without international government [J]. American economic review, 1986, 76(1): 1-13.

[18] 马婷, 唐贤兴. 时空变迁与复合结构: 全球卫生健康治理中的中国角色[J]. 南京社会科学, 2022(2): 51-60.

[19] LAWRENCE F. What is global governance? [J]. Global governance, 1995(3): 367-372.

[20] 庄琦. 始终把人民健康放在优先发展的战略地位: 党

的十八大以来健康中国行动的成就与经验[J]. 管理世界, 2022, 38(7): 24-37.

[21] 范如国. “全球风险社会”治理: 复杂性范式与中国参与[J]. 中国社会科学, 2017(2): 65-83.

[22] 考尔. 全球化之道: 全球公共产品的提供与管理[M]. 张春波, 高静, 译. 北京: 人民出版社, 2006: 21-50.

[23] 高良敏, 景军, 程峰. 由援助到共融: 从抗击埃博拉看中国参与全球健康治理的变迁[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(1): 45-51.

[24] PUSHKARAN A, CHATTU V K, NARAYANAN P. A critical analysis of COVAX alliance and corresponding global health governance and policy issues: a scoping review [J]. BMJ global health, 2023, 8(10): e012168.

[25] 翟绍果, 王昭茜. 公共健康治理的历史逻辑、机制框架与实现策略[J]. 山东社会科学, 2018(7): 95-101.

[26] 刘继同. 健康中国制度建设与全球健康福利治理[J]. 人民论坛·学术前沿, 2023(13): 86-98.

[27] 张宇燕, 任琳. 全球治理: 一个理论分析框架[J]. 国际政治科学, 2015(3): 1-29.

[28] 徐秀军. 制度非中性与金砖国家合作[J]. 世界经济与政治, 2013(6): 77-96.

[29] 俞可平. 国家治理的中国特色和普遍趋势[J]. 公共管理评论, 2019(3): 25-32.

[30] 杜运周, 李佳馨, 刘秋辰, 等. 复杂动态视角下的组态理论与QCA方法: 研究进展与未来方向[J]. 管理世界, 2021, 37(3): 180-197.

[31] SCHNEIDER C Q, WAGEMANN C. Set-theoretic methods for the social sciences: a guide to qualitative comparative analysis [M]. Cambridge: Cambridge University Press, 2012: 10-35.

[32] RAGIN C C. Set relations in social research: evaluating their consistency and coverage [J]. Political analysis, 2006, 14(3): 291-310.

[33] DUL J. Necessary condition analysis (NCA) logic and methodology of “necessary but not sufficient” causality [J]. Organizational research methods, 2016, 19(1): 10-52.

[34] 杜运周, 刘秋辰, 程建青. 什么样的营商环境生态产生城市高创业活跃度? 基于制度组态的分析[J]. 管理世界, 2020, 36(9): 141-155.

[35] SCHNEIDER C Q, ROHLFING I. Combining QCA and process tracing in set-theoretic multi-method research [J]. Sociological methods & research, 2013, 42(4): 559-597.

[36] 张丽英. 人类卫生健康共同体视域下健康权法律问题的化解: 以疫苗研发为切入点[J]. 中国软科学, 2021(10): 65-72.

(本文责编: 润泽)