

# 制度化水平、参与深度与 跨国公私伙伴关系的有效性\*

丁梦丽 刘宏松

**【内容提要】** 20世纪90年代以来,以联合国为中心的跨国公私伙伴关系迅速兴起,成为全球治理中一支不可忽视的力量。与传统的国家中心主义治理模式相比,跨国公私伙伴关系之新,表现为联合国等公有部门与跨国公司等私有部门之间的合作治理。随着公私伙伴关系模式在全球治理实践中得到广泛运用,其解决问题的实际效用受到一些学者的关注。这种新型治理模式的有效性由何种因素决定,既有研究尚未给出令人满意的解答。作者在合理评估公私伙伴关系有效性的基础上,对公私伙伴关系之间的有效性差异做出了一个包含因果机制的解释,并提出了以下假设:公私伙伴关系的制度化水平越高,参与者的背叛行为越少,机构的支持能力越强,伙伴关系的有效性越高;私有部门的参与深度越高,决策质量与决策接受度越高,公私伙伴关系的有效性越高。通过对药品服务领域的全球疫苗免疫联盟和遏制疟疾伙伴关系两个案例的比较和过程追踪以及对第二个案例的案例内比较,上述理论假设及其内含的机制得到了实证分析结果的支持。

**【关键词】** 跨国公私伙伴关系;全球治理;有效性;制度化水平;私有部门参与深度

**【作者简介】** 丁梦丽,复旦大学国际关系与公共事务学院博士研究生(上海 邮编:200433);刘宏松,上海外国语大学国际关系与公共事务学院教授,上海外国语大学欧盟研究中心研究员,博士生导师。(上海 邮编:200083)

**【中图分类号】** 【文献标识码】 A **【文章编号】** 1006-9550(2018)

11-0000-39

\* 感谢《世界经济与政治》杂志匿名审稿人的意见和建议,文中疏漏由笔者承担。

## 一 导言

公私伙伴关系(public private partnership)常被用于描述公有部门与私有部门之间的合作关系,这种合作模式最初缘自发达工业国家内部。<sup>①</sup>早在撒切尔夫人与里根总统执政时期,为了减少政府开支,提高经济效率,英美等国的政府部门与私有企业开展合作,试图以伙伴关系的形式促进城市建设与经济振兴。<sup>②</sup>随着人类社会面临的全球性挑战日益增多,公私伙伴关系开始突破国家界限,成为不同于传统国家中心主义治理模式的新型全球治理模式。<sup>③</sup>

在全球治理研究中,公私伙伴关系还被称为“公私伙伴机制(institution)”“公私政策网络(policy network)”或“多方利益攸关者(multi-stakeholder)进程”。不同的术语强调公私伙伴关系的不同维度。本文认为,从机制视角界定伙伴关系不仅彰显出伙伴关系的治理功能,<sup>④</sup>还为考察公私伙伴关系提供了理论分析工具。基于机制视角,可以将公私伙伴关系界定为:为了提供全球公共物品或实现全球公共政策目标,公有部门与盈利性部门或社会部门之间自愿达成的基于一系列规范、原则、规则和执行程序的持续性机制安排。其中,“公有部门”即“国家行为体”,包括国家和政府间国际组织。<sup>⑤</sup>“私有部门”即“非国家行为体”,既包括私营公司、商会等盈利性部门,又涵盖了非政府组织、学术机构、工会等社会部门。<sup>⑥</sup>

20世纪90年代以来,在联合国第七任秘书长科菲·安南(Kofi Annan)的推动下,公私伙伴关系在全球治理实践中迅速兴起(如图1所示),并一度被视为实现“联

---

① Clyde Weaver, “Public-Private Partnership in Third World Development,” Presented at 19th Norma Wilkinson Memorial Lecture, Scotland, May 1990.

② Clyde Weaver, “Public-Private Partnership in Third World Development,” May 1990.

③ Rebecca Homkes, *Analysing the Role of Public-Private Partnerships in Global Governance: Institutional Dynamics, Variation and Effects*, PhD thesis, The London School of Economics and Political Science (LSE), 2011, p.60.

④ Tanja A. Börzel and Thomas Risse, “Public-Private Partnership: Effective and Legitimate Tools of Transnational Governance?” in Louis W. Pauly and Edgar Grande, eds., *Complex Sovereignty Reconstituting Political Authority in the Twenty-First Century*, Toronto: University of Toronto Press, 2005, p.197.

⑤ Benedicte Bull and Desmond McNeill, *Development Issues in Global Governance*, Abingdon: Routledge, 2007, p.7.

⑥ Peter Utting and Ann Zammit, “Beyond Pragmatism: Appraising UN-Business Partnerships,” Markets, Business and Regulation Programme Paper, No.1, October 2006, p.1.

联合国千禧年目标(Millennium Development Goals)的唯一机会”。<sup>①</sup> 2002年约翰内斯堡世界可持续发展峰会之后,公私伙伴关系实现了跨越式发展,共计348个公私伙伴关系在联合国可持续发展委员会(CSD)登记注册。2012年,在里约伙伴关系论坛上,联合国秘书长称伙伴关系为“实现联合国核心目标的主要途径”。<sup>②</sup>

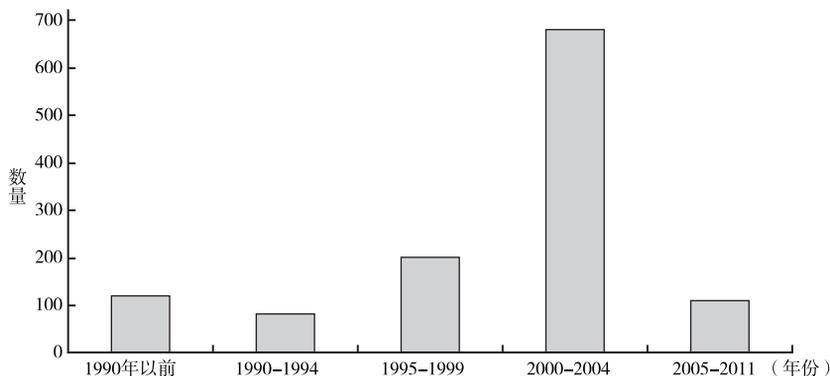


图1 公私伙伴关系建立时间

资料来源:跨国伙伴关系数据库(TPD), <https://globalppps.org>, 访问时间:2017年10月1日。

随着公私伙伴关系在全球治理领域的蓬勃兴起,其解决问题的实际效用成为一项新的研究议程。既有文献对部分公私伙伴关系的有效性做出了评估,发现了不同公私伙伴关系的有效性存在差异的现象,但对引致这一现象的原因缺乏深入研究。具体而言,既有研究遵循两大路径:其一,选取大规模或中等规模的样本量,描述这些伙伴关系的属性特征和有效性水平,观察其有效性与影响有效性的可能因素之间是否存在关联。<sup>③</sup> 由于不同领域的公私伙伴关系有效性难以采用统一的量化标准,这些文献停留

① Marianne Beisheim, “Partnerships for Sustainable Development,” SWP Research Paper, Berlin, 2012, p.10.

② Nikhil Chandavarkar and Patricia Chaves, *Rio+20 Partnerships Forum Advocates for Concrete and Practical Actions to Implement the Mandates of Rio*, 2012, <http://business.un.org/en/documents/10582>, 访问时间:2017年10月10日。

③ Philipp Pattberg, et al., eds., *Public-Private Partnerships for Sustainable Development Emergence, Influence and Legitimacy*, Cheltenham: Edward Elgar, 2012; Rebecca Homkes, *Analysing the Role of Public-Private Partnerships in Global Governance: Institutional Dynamics, Variation and Effects*, p.160.

在描述性统计阶段。其二,考察单个或少量公私伙伴关系的表现,对其有效性做出评估。<sup>①</sup>少数学者在做出评估后进一步探讨了影响有效性的关键因素。<sup>②</sup>他们给出的解释可分为两类:第一种解释将有效性的差异归因为公私伙伴关系所要解决的问题属性、治理对象所在的环境等非机制性因素;第二种解释则聚焦于伙伴关系的制度化水平等制度特征与有效性之间的关联。总的来看,既有文献大多停留在有效性的测量和评估阶段,仅有少量文献对有效性的影响因素开展了探索性工作。依循第二种解释路径,本文在关注制度化水平的基础上引入私有部门参与深度这一关键变量,为不同公私伙伴关系的有效性差异提供解释。

文章内容安排如下:首先,阐明公私伙伴关系有效性的定义与衡量标准,并揭示公私伙伴关系之间存在有效性差异这一事实。其次,以制度化水平和私有部门的参与深度为核心自变量,构建一个解释有效性差异的理论框架。再次,以全球疫苗免疫联盟(GAVI)和遏制疟疾伙伴关系(RBM)为案例,验证本文的核心假设。最后在结论部分对研究发现进行总结。

## 二 公私伙伴关系有效性的衡量标准及其差异

### (一) 公私伙伴关系有效性的衡量标准

在展开评估与解释工作之前,需要界定有效性的概念和衡量标准。目前,研究者对有效性概念的使用较为混乱。部分文献使用了有效性的替代概念,诸如遵守、绩效、影响以及成效等。然而,这些概念或表述模糊不清,或只捕捉到有效性的某一个维度。以成效为例,在相关文献中,对“成效”概念的使用比“有效性”更普遍,但这一概念本

---

<sup>①</sup> 参见 McKinsey & Company, *Independent Evaluation of the Stop TB Partnership: Final Report*, 2008; Ann Zammit, *Development at Risk: Rethinking UN-Business Partnerships*, Geneva: South Centre and the United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), 2003; Georg Kell and John Gerard Ruggie, “Global Markets and Social Legitimacy: The Case of the ‘Global Compact’,” *Transnational Corporation*, Vol.8, No.3, 1999, pp.1-26; Judith Richter, “*We the Peoples*” or “*We the Corporations*”? *Critical Reflections on UN-Business “Partnerships*”, Geneva: Geneva Infant Feeding Association, 2003; Regien Biesma, et al., “The Effect of Global Health Initiatives on Country Health Systems: A Review of the Evidence from HIV/AIDS Control,” *Health Policy and Planning*, Vol.24, No.4, 2009, pp.239-252; Joanna Chataway and James Smith, “The International AIDS Vaccine Initiative (IAVI): Is It Getting New Science and Technology to the World’s Neglected Majority?” *World Development*, Vol.34, No.1, 2006, pp.16-30.

<sup>②</sup> 参见 Karen Caines and Louisiana Lush, *Impact of Public-Private Partnerships Addressing Access to Pharmaceutical in Selected Low and Middle Income Countries*, Geneva: The Initiative on Public-Private Partnerships for Health, 2004; Marianne Beisheim and Andrea Liese, eds., *Transnational Partnerships: Effectively Providing for Sustainable Development?* Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014.

身指代模糊,缺乏具体的衡量标准。<sup>①</sup>

由于有效性的内涵丰富,相对合理的做法是将它划分为不同维度。基于有效性的多重维度,本文采用一种更加系统的评估方法,即依据有效性的逻辑模型(logic model)来衡量机制的有效性。<sup>②</sup>如图2所示,逻辑模型是指沿着一定的逻辑顺序,依次参照机制的输出(output)、结果(outcome)和影响(impact)三个维度来综合评估机制的有效性。<sup>③</sup>具体来说,输出是指伙伴关系开展的实际活动,譬如召开会议、设立规则、发布政策文件等。结果是指目标对象行为的实际改变,诸如行为体对伙伴关系规则的遵守、议题意识的建立、观念的转变或其他行为后果。影响是指长远来看,相关问题能否得到彻底解决。

之所以选择这一模型来衡量伙伴关系的有效性,是因为该模型具有两大优势:<sup>④</sup>其一,这一模型指明了具体的衡量对象。与简单的数据收集不同,逻辑模型要求研究者始终遵循明晰的因果链条,明确测量对象与方式。衡量工作基于逻辑,而非出于便利的考虑。其二,这一模型区分了机制以及机制产生的后果或影响,呈现出从机制到影响的完整链条。

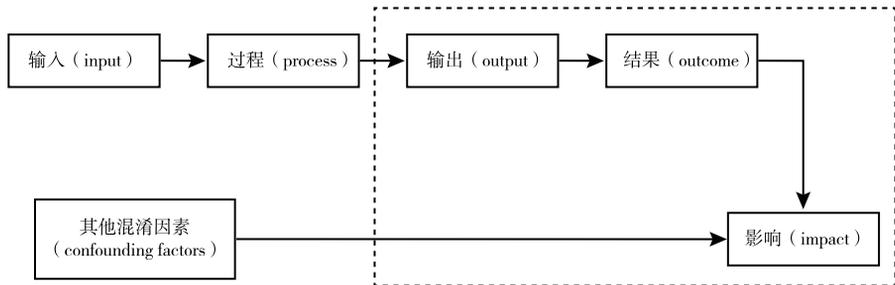


图2 有效性的逻辑模型

资料来源:Harry Hatry, *Performance Measurement: Getting Results*, Washington, D.C.: Urban Institute, 2006。

① 譬如,一些文献将“成效”界定为“未造成有害影响”或“有助于全球伙伴关系的发展”,参见 Kate Bayliss and Tim Kessler, “Can Privatization and Commercialisation of Public Services Help Achieve the MDGs?” International Poverty Centre Working Paper, No.26, 2006, p.1, [http://www.ipc-undp.org/pub/IPC\\_WorkingPaper22.pdf](http://www.ipc-undp.org/pub/IPC_WorkingPaper22.pdf), 访问时间:2018年5月5日。

② Harry Hatry, *Performance Measurement: Getting Results*, Washington, D.C.: Urban Institute, 2006。

③ Arild Underdal, “Determining the Causal Significance of Institutions: Accomplishments and Challenges,” in Oran R. Young, Leslie A. King and Heike Schroeder, eds., *Institutions and Environmental Change: Principal Findings, Applications, and Research Frontiers*, 2007, p.73。

④ Craig W. Thomas and Tom Koontz, “Research Designs for Evaluating the Impact of Community-Based Management on Natural Resource Conservation,” *Journal of Natural Resources Policy Research*, Vol.3, No.2, 2011, p.99。

这一逻辑模型说明了输出、结果和影响之间以及三者与有效性之间的逻辑联系。有效的输出活动是改变目标对象行为的前提。只有行为体改变行为,才有可能彻底解决相关问题。换言之,良好的输出和结果是解决某一类问题的必要条件,任何一环出错,都会削弱机制的有效性。例如,一项针对艾滋病的伙伴倡议虽在输出层面表现较好,但因在结果层面表现不佳,<sup>①</sup>防治或根除艾滋病的整体效果(影响)就会大打折扣。

同时,输出、结果和影响之间并不存在从低到高、上一层级决定下一层级的关系。首先,输出是结果的必要但不充分条件。即使机制设立了严苛的规则和程序,施动者的不遵守或灵活调整(adjustment)行为会降低规则的效用。<sup>②</sup>其次,结果同样是影响的必要但不充分条件。其一,即使行为体严格遵守机制规则,仍会因机制本身的合作深度较低而无助于问题的解决。<sup>③</sup>其二,行为的改变对于目标问题的影响是无法预知的,机制在结果层面可能会产生显著的行为效果,但同时也会导致意料之外的副效用(side effect)。<sup>④</sup>例如,一些卫生领域的公私伙伴关系在改善卫生治理状况的同时,可能会破坏国家或国际组织建立集中性卫生治理机制的努力,造成全球卫生治理的碎片化,从而为卫生领域的治理带来副效用。其三,某一类问题的解决还取决于其他混淆因素(confounding factor),<sup>⑤</sup>如该问题本身的难易程度、治理对象所处的物理环境(physical environment)以及社会条件等。这些因素外生于机制的逻辑模型(logic model),并不属于机制研究的对象,但它们会对问题的最终解决产生影响。例如,对于防治热带病的伙伴关系而言,气候、地理位置等物理环境以及对象国当地的医疗基础设施等社会因素都会对热带病的最终根除产生影响。因此,机制仅仅是影响问题解决的因素之一,机制的输出以及相应的结果并不是解决问题的充分条件。

由于有效性任一维度的强弱不能完全决定另一维度的强弱,因此我们无法从单一维度来判断有效性,只有对三个维度进行综合评估,才能准确衡量公私伙伴关系的有效性。以药品服务型伙伴关系为例,如表1所示,我们可以根据上述三个维度,建立起衡量药品领域伙伴关系的具体指标。

① 例如,受援地区的居民仍没有学会使用正确的防护手段来防止艾滋病的传播。

② Arild Underdal, "One Question, Two Answers," in Steinar Andresen, et al., eds., *Environmental Regime Effectiveness: Confronting Theory with Evidence*, Cambridge: The MIT Press, 2002, p.6.

③ George W. Downs, David M. Rocke and Peter N. Barsboom, "Is the Good News About Compliance Good News About Cooperation?" *International Organization*, Vol.50, No.3, 1996, p.387.

④ Arild Underdal, "One Question, Two Answers," p.6.

⑤ Craig W. Thomas and Tom Koontz, "Research Designs for Evaluating the Impact of Community-Based Management on Natural Resource Conservation," p.99.

表1 药品服务领域的公私伙伴关系有效性衡量指标

输出(output)	实际活动	是否建立了评估指标;是否定期发布报告;是否有充足而持续的资金来源;药品覆盖率;治疗的病人数量等
结果(outcome)	行为的改变	是否改变了当地人的健康习惯;是否增强了目标国的医疗能力;是否塑造了对象国的药品市场等
影响(impact)	问题的解决	是否减少了目标国某种疾病的发病率;是否最终消除了受援国的某种疾病;

资料来源:笔者整理制作。

## (二) 公私伙伴关系有效性的差异

根据现有的实证研究结果,整体上看,公私伙伴关系的表现并不令人满意。菲利普·帕特贝格(Philipp Pattberg)等人在对剑桥结构数据库(CSD)中348个伙伴关系做了统计分析之后指出,在这些伙伴关系中,37%的伙伴关系没有产生任何输出,80%的伙伴关系没有发挥应有功能,42%的伙伴关系尚未开展实践活动。<sup>①</sup>同样,在对757个公私伙伴关系的输出情况进行考察之后,丽贝卡·霍姆科斯(Rebecca Homkes)指出,截至2011年,仅47%的伙伴关系在实际运作,25%的伙伴关系已经终止运营,还有一部分伙伴关系虽然设立了官方网站,却因长期没有输出活动而停止更新。<sup>②</sup>在进一步考察伙伴关系的组织输出和绩效输出之后,霍姆科斯认为没有切实证据表明,较之传统的国家间治理模式,公私伙伴关系是更有效的治理工具。作为数量不多的大样本研究,这两份文献表明,尚不能得出公私伙伴关系是更加有效的全球治理模式这一结论。

然而,公私伙伴关系在全球治理领域并非毫无建树。通过分类比较和个案间比较,研究者发现了不同公私伙伴关系的有效性存在差异的现象。例如,同是药品服务领域的伙伴关系,全球基金(Global Fund)被视为相对有效的伙伴关系,儿童疫苗倡议(Children's Vaccine Initiative)却被认定为“失败”案例。

作为全球卫生伙伴关系的成功案例,全球基金被誉为“深刻改变了全球健康政策的制定环境”。全球基金成立于2002年,旨在为艾滋病、肺结核和疟疾等疾病的防治融资,并确保这些资金得到高效利用。从成立至今,全球基金在输出、结果和影响三大维度都取得了显著成效。<sup>③</sup>在输出层面,截至2015年,全球基金共为810万人提供了

① Philipp Pattberg, et al., eds., *Public-Private Partnerships for Sustainable Development Emergence, Influence and Legitimacy*, 2012.

② Rebecca Homkes, *Analysing the Role of Public-Private Partnerships in Global Governance: Institutional Dynamics, Variation and Effects*, pp.120-121.

③ 参见 <http://www.theglobalfund.org/en/>, 访问时间:2018年4月14日。

抗艾滋病治疗,为1320万人提供了肺结核治疗。凭借高效的采购机制,全球基金管理下的药品准时交货率从2013年的36%提升至2015年的81%。在结果层面,为防止疟疾的传播,全球基金共计派发5.48亿顶蚊帐,使大量居民养成在蚊帐内入睡的习惯。全球基金还敦促受援国在医疗领域加大投资,截至2015年9月,受援国政府的医疗投资共计增长52%。在影响层面,2014年之前,全球基金支持的健康项目共计挽救1700万人,在受援国家或地区,艾滋病、肺结核和疟疾的致死率减少了1/3,已从2002年的420万人减少至2014年的270万人。从有效性的任一维度来看,全球基金都属于药品服务领域相对成功的伙伴关系。<sup>①</sup>

与之相反,儿童疫苗倡议却是医疗领域失败案例的代表。<sup>②</sup> 儿童疫苗倡议成立于1990年,旨在通过推广新型疫苗挽救对象国儿童的生命。总体而言,倡议并未实现所宣称的目标,<sup>③</sup>非但未能改善同时期受援国较低的免疫率状况,还因合作伙伴之间的纷争与矛盾,于1998年宣布解散。

这些研究说明,不同伙伴关系的有效性存在差异。进一步的工作是探寻导致这种差异的原因。

### 三 解释公私伙伴关系有效性的差异

如前文所述,现有研究对有效性差异的解释有两类:一类解释将差异归因于外生于公私伙伴关系的问题属性、所在地区的国家能力、医疗基础设施状况、当地的传统与医疗需求等混杂因素;<sup>④</sup>另一类解释聚焦于公私伙伴关系本身的制度属性。<sup>⑤</sup> 由于问

① 需要注意的是,“有效”和“无效”只是相对意义上的描述,被界定为“有效的”伙伴关系依然受到批判。例如,就全球基金而言,在输出层面,有学者对其资金来源的持久性提出质疑;在影响层面,有学者认为它在改善现状的同时也产生了副作用,即全球基金仅从狭隘的生物医疗和经济角度看待健康问题,使健康领域的国际合作日益碎片化,致使全球健康问题的整体协调难度加大。尽管存在这些问题,全球基金的批评者也无法否认,在全球性医疗合作机制尚未建立之前,全球基金在其目标领域做出了实质性贡献。与其他健康领域的公私伙伴关系相比,全球基金是相对成功的公私伙伴关系。

② William Muraskin, *The Politics of International Health: The Children's Vaccine Initiative and the Struggle to Develop Vaccines for the Third World*, New York: State University of New York Press, 1998.

③ William Muraskin, “The Last Years of the CVI and the Birth of the GAVI,” in Michael R. Reich, ed., *Public-Private Partnerships for Public Health*, Cambridge: Harvard University Press, 2002, p.153.

④ 参见 Karen Caines and Louisiana Lush, *Impact of Public-Private Partnerships Addressing Access to Pharmaceutical in Selected Low and Middle Income Countries*, 2004; Marianne Beisheim and Andrea Liese, eds., *Transnational Partnerships: Effectively Providing for Sustainable Development?* 2014.

⑤ 参见 Rebecca Homkes, *Analysing the Role of Public-Private Partnerships in Global Governance: Institutional Dynamics, Variation and Effects*, 2011; Marianne Beisheim and Andrea Liese, eds., *Transnational Partnerships: Effectively Providing for Sustainable Development?* 2014.

题属性、物理环境和社会条件等混杂因素短期内难以改变,本文将着重探究机制本身对有效性的影响。

### (一) 制度化水平与公私伙伴关系的有效性

如上文所述,公私伙伴关系可以理解为满足某领域治理需要的国际机制。探讨国际机制有效性差异的文献可大致分为强制学派和管理学派。强制学派假定行为体是理性的,具有“混合型动机(mixed motive)”<sup>①</sup>。即使在合作行为能够带来共同收益的情况下,个体依然倾向于选择背叛战略,尤其是在合作者众多且信息不对称的情况下,个体的机会主义倾向更强。<sup>②</sup>个体理性与集体理性之间往往存在冲突。据此,强制学派主张,只有采用强制手段,设计并实施完善的监督和惩罚机制,才能及时察觉合作者的背叛行为并予以惩罚,从而增加行为体的违约成本,促成合作;并且合作深度越高,即行为改变程度越大,合作者需要付出的成本越高,合作者的机会主义倾向越强,行为体选择背叛的可能性越大。<sup>③</sup>因此,要实现深度合作或有效改变合作者的行为(有效性的结果维度),强制不可或缺。由于制度化水平决定了机制的强制力度,根据强制学派理论可以推知,制度化水平越高,伙伴关系的有效性水平越高。

参照肯尼思·阿博特(Kenneth Abbott)等学者提出的法律化(legalization)衡量指标,<sup>④</sup>玛丽安娜·拜斯海姆(Marianne Beisheim)和安德利亚·莉泽(Andrea Liese)用义务、精确、授权三个维度来衡量伙伴关系的制度化水平。<sup>⑤</sup>对于伙伴关系而言,义务是指各行为体遵守公私伙伴关系规则的义务状态,即是否签署了具有法律拘束力的协议。精确是指伙伴关系规则的精确程度。授权是指伙伴关系是否授权第三方实施严格的外部监督。

然而,这一衡量标准过于强调强制力度,忽略了管理水平。管理学派认为,合作者未能履约并不是因为他们主观上不愿遵守,而是出于一些“无奈的”原因。这些原因包括:国家缺乏履行义务或承诺的能力(capacity);条款本身模糊不清、存在争议;不可规避的时滞(time lag)问题。因此,提高国际机制有效性的关键不在于增大强制力度,

① George W. Downs, David M. Rocke and Peter N. Barsboom, “Is the Good News About Compliance Good News About Cooperation?” p.387.

② 罗伯特·基欧汉著,苏长和等译:《霸权之后:世界政治经济中的合作与纷争》,上海:上海人民出版社2012年版,第94页。

③ George W. Downs, David M. Rocke and Peter N. Barsboom, “Is the Good News About Compliance Good News About Cooperation?” pp.387-388.

④ Kenneth Abbott, et al., “The Concept of Legalization,” *International Organization*, Vol.54, No.3, 2000, p.403.

⑤ Marianne Beisheim and Andrea Liese, eds., *Transnational Partnerships: Effectively Providing for Sustainable Development?* p.26.

而在于过程管理(process management)与能力构建。国际机制需要通过减少规则的模糊性,构建透明的信息系统,<sup>①</sup>提供充足准确的信息,为国家提供技术、人员或财政支持<sup>②</sup>等方式来帮助国家提高履行承诺的能力。

管理学派的洞见表明,管理水平或“支持能力”也是制度化水平的一个重要维度。<sup>③</sup>在跨国公私伙伴关系中,机构的管理水平主要表现为实体结构和组织程序的完善程度,<sup>④</sup>例如,是否设有独立的秘书处、是否拥有全职的专业员工,决策程序是否科学以及融资程序是否专业等。要更加合理地衡量制度化水平,需要在原有指标基础上加入管理能力指标。基于已有研究,<sup>⑤</sup>本文根据实体身份、法律身份、规则精确度、授权程度、机制形式、机制结构、组织结构、组织特征等八个维度将伙伴关系的制度化水平依次划分为低、中、高三个等级(参见表2)。

表2 公私伙伴关系制度化水平衡量指标

机制化因素	低	中	高
实体状态	时间限制	无时间限制	永久性
法律身份	无独立的法律身份	拥有法律身份	拥有一份有法律拘束力的协议; 拥有法律身份
规则精确度	宽泛的规则	拥有自由裁量的区域	严苛详细的规则
授权程度	无监督机制	内部或外部的监督	外部监督、集中执行
机构形式	没有中央联络处 (centre point)	有联络处; 位于主办机构内部, 但拥有自己独立的办公机构	建立了总部; 拥有协调不同部门的整体规划
机构结构	无正式或独立的管理机构	正式的决策程序; 部分预算权	正式的决策程序; 拥有完全的预算权; 正式的理事会
组织结构	无会员身份标准	明确了会员身份; 尚未制定相关标准	界定了会员身份及相关标准或原则

① Bernard I. Finel and Kristin M. Lord, “The Surprising Logic of Transparency,” *International Studies Quarterly*, Vol.43, No.2,1999, p.315.

② 这包括技术、财政、行政等各方面的能力。参见 Abram Chayes and Antonia Handler Chayes, “On Compliance,” *International Organization*, Vol.47, No.2,1993, p.194.

③ “支持能力”主要指公私伙伴关系为参与伙伴或目标援助国提供技术、人员与财政支持的效率与能力。

④ Marianne Beisheim and Andrea Liese, eds., *Transnational Partnerships: Effectively Providing for Sustainable Development?* p.28.

⑤ Rebecca Homkes, *Analysing the Role of Public-Private Partnerships in Global Governance: Institutional Dynamics, Variation and Effects*, p.160.

续表 2

机制化因素	低	中	高
组织特征		集中的决策	详尽的商业计划; 拥有战略决策及执行机构
	少量全职员工	全职员工	全职员工; 健全的员工管理体系

资料来源:笔者自制。

基于以上论述,本文提出第一个假设(H1):

在其他条件给定的情况下,制度化水平越高,公私伙伴关系的有效性水平越高。

## (二) 私有部门的参与深度与公私伙伴关系的有效性

建构主义国际机制理论认为,社会学习能够塑造行为体偏好,改变行为体行为,从而提高机制的有效性。然而,建构主义的理论假设较少得到实证结果的支持。以参与为例,一些建构主义学者认为,参与范围越广,机制的包容性越强,有效性就越强。对此,拜斯海姆和莉泽通过实证检验发现,这一点只在创立标准型(standard setting)的伙伴关系上体现得较为明显。<sup>①</sup> 例如,作为旨在规范跨国公司行为的伙伴关系,全球契约(Global Compact)只有吸引大批跨国公司参与,才有机会通过社会学习和良性互动塑造公司偏好和行为。但私有伙伴的广泛参与往往会带来低效率和执行困境,从而损害机制的有效性。因此,对于需要较高执行力度的伙伴关系而言,吸收过多的参与伙伴反而不利于机制有效性。

合作伙伴的数量不一定是影响有效性的重要因素,但其参与深度却有重要影响。私有部门的参与深度取决于公私伙伴关系的决策程序。其决策程序可分为三类:公私部门联合决策、咨询决策和公有部门专断决策。<sup>②</sup> 联合决策是指私有部门有权参与决策进程,与公有部门讨论决策问题,并联合做出决策。咨询决策是指公有部门询问私有参与者的观点,在慎重考虑私有伙伴的建议后独自做出决策。专断决策则是指公有部门独自做出决策,不询问私有部门建议。如图3所示,在联合决策程序下,私有部门的参与程度最高;在专断决策程序下,私有部门的参与程度最低;咨询决策形式下的私有部门参与度介于两者之间。

<sup>①</sup> Marianne Beisheim and Andrea Liese, eds., *Transnational Partnerships: Effectively Providing for Sustainable Development?* p.83.

<sup>②</sup> Victor Vroom and Philip Yetton, *Leadership and Decision-Making*, Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1973, p.13.

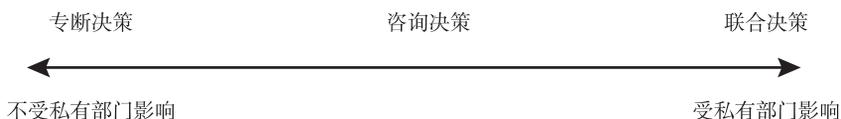


图3 决策程序分类

资料来源:笔者自制。

依据组织领导学的相关理论,在一定条件下,反映私有部门参与程度的决策程序会直接影响决策质量和决策接受度。首先,就决策质量而言,由于决策质量反映决策结果的客观效用,高质量的决策有利于提高机构绩效。<sup>①</sup> 决策程序与决策质量之间的关系取决于以下两个条件:其一,新的参与者能否提供高质量信息,或弥补原有决策部门所缺乏的知识或技能。其二,原有决策部门对决策问题是否缺乏认知,或是否需要创造性地解决问题。<sup>②</sup> 倘若参与者能够提供高质量信息或创新性思维,则参与深度越高,决策质量越高。倘若参与者缺乏提供所需信息的能力和创新能力,吸收参与者不仅无助于提高决策质量,还会引发与原有决策部门的分歧,导致决策质量和效率的下降。

在跨国公私伙伴关系中,私有部门的内在属性决定了公私联合决策比公有部门专断决策的质量更高。与公有部门相比,私有部门往往具备“商业智慧”和专业特长,它们有能力为决策提供不同维度的信息,也了解如何利用市场规律和专业知识发掘创新性渠道,从而能够弥补公有部门的知识 and 技能短板,改善政府间合作(公有部门)治理模式信息不对称和创新不足的局面,有助于做出更高质量的决策。因此,对于公私伙伴关系而言,公私联合决策比公有部门专断决策或咨询决策更加有效。换言之,私有部门参与深度越高,决策质量越高。

其次,决策程序还会影响决策接受度。<sup>③</sup> 一般而言,私有部门越是深度参与决策,就越倾向于支持决策结果。原因在于,在深度参与决策过程中,私有部门会认为自己的立场得到重视,会感受到自己对决策进程的影响力,从而逐渐形成一种“主人翁(ownership)”意识。<sup>④</sup> 主人翁意识意指处于主人翁地位的行为体所具有的当家作主的

① 管理学的“绩效”概念基本涵盖有效性的“输出(output)”层面,部分涵盖有效性的“结果(outcome)”维度。

② Victor Vroom and Arthur G. Jago, “Managing Participation; A Critical Dimension of Leadership,” *Journal of Management Development*, Vol.7, No.5, 1988, pp.32-42.

③ 加里·尤克尔著,丰俊功译:《组织领导学》,北京:中国人民大学出版社2015年版,第81页。

④ Organization for Economic Cooperation and Development(OECD), *Paris Declaration on Aid Effectiveness*, Paris, 2005, <http://www.oecd.org/dac/effectiveness/parisdeclarationandacraagendaforaction.htm>, 访问时间:2018年4月14日。

情感倾向、认知倾向与行为倾向。<sup>①</sup>拥有“主人翁”意识的参与者会认为自己是机构决策和发展进程的“主人”。这种“主人翁”或“所有者”的认同感可以增强私有部门接受和执行决策的动机。

此外,对程序正义的研究发现,参与过程本身有助于决策参与者接受决议内容,无论他们是否得到理想的结果。<sup>②</sup>就公私伙伴关系而言,一方面,通过参与重大决策,私有部门会认为他们得到了“体面的”对待和尊重;<sup>③</sup>另一方面,私有部门更加认同透明的结果和程序正义。<sup>④</sup>具体而言,在商议(deliberation)过程中,私有部门可以与其他参与者交换意见,有权为自身利益辩护,有机会学习决策的目标、面临的障碍和替代方案,从而降低私有部门对决策结果不确定的焦虑和担忧。<sup>⑤</sup>只有在参与讨论后,私有部门才能了解各方立场和决策依据,从而更易于接受决策的执行成本。因此,私有部门参与越深,对决策的接受度就越高。

决策接受度与有效性之间并非简单的正相关关系。只有在决策必须被参与者执行,或参与者是重要的执行者之一时,决策接受度才会对机制有效性产生重要影响。<sup>⑥</sup>对于公私伙伴关系而言,私有部门恰恰是决策的主要执行者。伙伴关系往往需要私有部门提供大量的人力、财政和技术支持。因此,作为决策的重要执行者与实施者,私有部门对决策的接受程度越高,执行程度就越高,伙伴关系就越有效。

综上所述,由于私有部门的特有优势,其参与深度越高,决策质量和决策接受度就越高,机制的有效性水平(输出层面与结果层面)就越高。据此,本文提出第二个假设(H2):

在其他条件给定的情况下,私有部门的参与深度越高,公私伙伴关系的有效性水平越高。

---

① Marianne Beisheim and Klaus Dingwerth, “Procedural Legitimacy and Private Transnational Governance: Are the Good Ones Doing Better?” in Thomas Risse and Ursula Lehmkuhl, eds., *Governance in Areas of Limited Statehood: New Modes of Governance?* Berlin: DGF Research Center (SFB) 700, 2008, p.13.

② Simone Chambers, “Deliberative Democratic Theory,” *Annual Review of Political Science*, Vol.18, No.6, 2003, pp.307-326.

③ Marianne Beisheim and Klaus Dingwerth, “Procedural Legitimacy and Private Transnational Governance: Are the Good Ones Doing Better?” p.14.

④ Marleen van de Kerkhof, “Making a Difference: On the Constraints of Consensus Building and the Relevance of Deliberation in Stakeholder Dialogues,” *Policy Sciences*, Vol.39, No.3, 2006, pp.282-284.

⑤ Simone Chambers, “Deliberative Democratic Theory,” *Annual Review of Political Science*, Vol.18, No.6, 2003, pp.308-309.

⑥ 加里·尤克尔:《组织领导学》,第86页。

### (三) 公私伙伴关系有效性的解释框架

就制度属性而言,制度化水平和私有部门的参与深度构成了伙伴关系有效性的核心解释变量。依据理性主义的解释路径,伙伴关系的制度化水平越高,规则的强制力度与机构的管理水平越高,参与者的背叛行为越少,机构的支持能力越强,伙伴关系的有效性水平越高。依循建构主义的解释路径,私有部门的参与程度越深,私有部门的“商业智慧”与创新能力越能得到有效利用,私有部门越易于接受决策结果,决策质量与决策接受度越高,伙伴关系的有效性水平越高。

值得注意的是,当推动制度化水平的制度改革由私有部门发起时,私有部门的参与深度与制度化水平将彼此影响,相互强化。原因在于,私有部门往往需要正式的制度将其享有的决策权固定下来,需要完善的制度框架约束公有部门,需要高效的管理保证投资回报率。<sup>①</sup>同时,正式化的制度又会反过来巩固私有部门的决策权力,保障私有部门的实质参与。但是,私有部门并不是制度改革的唯一推动者,面临强大的外部压力时,享有传统权力优势的公有部门也会放弃部分控制权,提高伙伴关系的制度化水平。

为了进一步考察两大因素与有效性的关系,根据有效性的逻辑模型,需要控制输入环节的私有部门所能提供的人力、财政与技术资源(资源量)对有效性的影响。同时,还需控制问题属性、治理对象所处环境等非制度性因素对有效性的影响。如图4所示,在可用资源量与其他混杂因素得到控制的情况下,伙伴关系的有效性将随着制度化水平和私有部门参与深度的变化而变化。公私伙伴关系的制度化水平越高,私有部门的参与深度越高,伙伴关系的有效性就越高;反之,公私伙伴关系有效性越低。

为了验证上述假设,本文在第四部分将以全球疫苗免疫联盟和遏制疟疾伙伴关系为案例,对制度特征与有效性之间的因果机制展开过程追踪。之所以选择这两个案例,有以下四点原因:其一,两个案例的选择不仅符合覆盖正面和负面案例的要求,还有助于控制输入环节的可用资源量对有效性的影响。遏制疟疾伙伴关系拥有比全球疫苗免疫联盟更多的合作伙伴,这意味着前者的可用资源量胜于后者。即便如此,前者的有效性水平仍然不如后者。如果二者的可用资源量相同,就更有理由预期前者的有效性水平低于后者。因此,对这两个案例的比较,起到了控制输入环节的可用资源量的作用。其二,二者同在药品服务领域开展治理行动,全球疫苗免疫联盟提供疫苗药品服务,遏制疟疾伙伴关系提供抗疟药品服务,与抗艾滋病等药物相比,以上两类药品的研发相对成熟且较易获得,问题本身的难易程度相当。其三,二者的主要治理对

<sup>①</sup> 如前文所述,在公私伙伴关系中,私有部门往往是资金、人力的主要供给方。

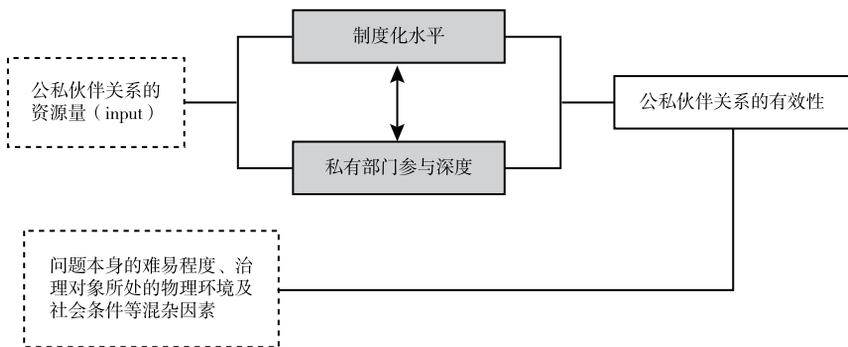


图4 公私伙伴关系有效性的解释框架

资料来源:笔者自制。

象国均在非洲地区,面对同等的物理环境与社会条件。非洲国家的医疗水平普遍欠缺,儿童疫苗覆盖率较低,是全球疫苗免疫联盟的重点服务区域。同时,非洲地区的疟疾发病率占全球范围的90%,<sup>①</sup>也是遏制疟疾伙伴关系的主要治理对象。除少数亚洲与拉美国家外,全球疫苗免疫联盟与遏制疟疾伙伴关系的治理重点均在非洲,尤其在西非与南非地区,二者的治理对象国近乎重叠,<sup>②</sup>面临基本相同的物理环境与社会条件。其四,由于2006年之后遏制疟疾伙伴关系的有效性水平发生了变化,选择以上两个案例可以同时展开案例间和案例内比较,在实现过程追踪的同时,凸显定性研究的“比较”精神。<sup>③</sup>

## 四 全球疫苗免疫联盟与遏制疟疾伙伴关系的有效性

### (一) 全球疫苗免疫联盟:盖茨夫妇基金会的深度参与及其推动的制度建设

2000年1月,以盖茨夫妇儿童疫苗项目、世界卫生组织、联合国儿童基金会、世界银行、洛克菲勒基金会和国际制药协会联盟为主要参与者的全球疫苗免疫联盟正式成立。全球疫苗免疫联盟的主要职责在于通过提供疫苗服务、促进新型疫苗的发展来降低可预防疾病的发病率。

① 参见 <https://endmalaria.org/our-work/where-we-work/africa>, 访问时间:2018年9月8日。

② 参见 <https://endmalaria.org/our-work/where-we-work/africa>, 访问时间:2018年9月8日; <https://www.gavi.org/country/>, 访问时间:2018年9月8日。

③ 参见 Giovanni Sartori, “Comparing and Miscomparing,” *Journal of Theoretical Politics*, Vol.3, No.3, 1991, pp.243-257; Barbara Geddes, “How the Cases You Choose Affect the Answers You Get: Selection Bias in Comparative Politics,” *Political Analysis*, Vol.2, No.1, 1990, pp.131-150。

## 1. 全球疫苗免疫联盟的创立背景与盖茨夫妇基金会的加入

1999年,作为全球疫苗免疫联盟的前身,儿童疫苗倡议因运营不当宣告解散。此后,以世界卫生组织为代表的公有部门与制药公司之间就建立新的疫苗伙伴关系展开了多次谈判。在谈判过程中,公有部门与私有部门之间存在严重分歧。世界卫生组织和联合国儿童基金会更加注重本机构对伙伴关系的影响力和控制力,公有部门希望在世界卫生组织的框架下成立一个附属的、仅具备协调功能的小型秘书处。然而,制药公司却将世界卫生组织等公有部门视为臃肿的、缺乏绩效考核的官僚机构,他们并不相信世界卫生组织框架下的疫苗项目能使他们获得最大化的投资回报率。加上资金匮乏问题,谈判越发陷入困局。

在此背景下,盖茨夫妇基金会携 7.5 亿美元加入,首先解决了疫苗项目的资金短缺问题。基金会接下来意识到,作为疫苗服务的主要提供者,私有部门的参与对全球疫苗免疫联盟能否获得成功至关重要,但公有部门对于公共物品完全“私有化”的担忧也值得尊重。盖茨夫妇基金会从中协调,最终促成双方达成一致。一方面,基金会成功说服世界卫生组织,使之同意建立一个独立于世界卫生组织框架之外的正式机制;另一方面,盖茨夫妇基金会也代表私有部门主动做出让步,<sup>①</sup>支持世界卫生组织与联合国儿童基金会获得永久理事会席位,全球疫苗免疫联盟秘书处也暂由联合国儿童基金会托管。

2001年1月,全球疫苗免疫联盟正式成立,随后组建了理事会。作为核心决策机构,全球疫苗免疫联盟理事会由盖茨夫妇基金会、世界卫生组织、联合国儿童基金会和世界银行共同组成。全球疫苗免疫联盟还成立了负责日常决策的执行委员会。在执行委员会中,盖茨夫妇基金会同样拥有一票表决权(如图5所示)。作为创始会员,盖茨夫妇基金会享有与公有部门联合决策的权力,成为决定全球疫苗免疫联盟未来方向的重要力量。全球疫苗免疫联盟的内部人员在受访中表示,在理事会四大永久会员中,盖茨夫妇基金会对全球疫苗免疫联盟的发展影响最大。<sup>②</sup>

## 2. 盖茨夫妇基金会推动的制度建设

正式化的制度有助于保障私有部门的决策权力,高水平的过程管理有助于确保私有部门的投资回报率,因此,盖茨夫妇基金会坚信,只有组建完善的机制架构,疫苗项目才能获得成功。<sup>③</sup> 纵观全球疫苗免疫联盟的制度发展过程,盖茨夫妇基金会是其框

① William Muraskin, “The Last Years of the CVI and the Birth of the GAVI,” p.154.

② Grace Chee, et al., *Evaluation of GAVI Phase 1 Performance*, Bethesda: Abt Associates, 2008.

③ Grace Chee, et al., *Evaluation of GAVI Phase 1 Performance*, 2008.

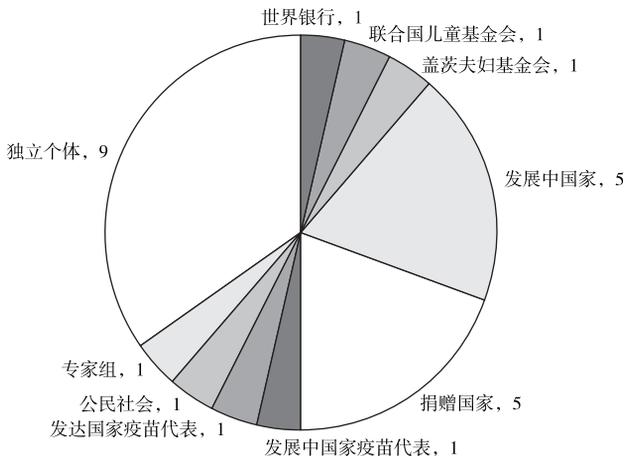


图5 全球疫苗免疫联盟执行委员会会决席位

资料来源:全球疫苗免疫联盟官方网站, <http://www.gavialliance.org/>, 访问时间:2017年12月1日。

架内制度建设的重要推动力量。

全球疫苗免疫联盟创立之初,在讨论执行委员会席位分配制度时,盖茨夫妇基金会坚持认为,制药公司是全球疫苗免疫联盟的平等参与伙伴,理应获得决策席位。<sup>①</sup>面对公有部门的阻挠,盖茨夫妇基金会依然为制药公司争取到两个席位。同时,为了减少权力的滥用与腐败现象,盖茨夫妇基金会还为独立个体(第三方)争取到九个席位,使全球疫苗免疫联盟受到第三方监督。<sup>②</sup>

在盖茨夫妇基金会的敦促下,2000年,全球疫苗免疫联盟理事会发布了首份阶段性战略计划。自2000年至今,全球疫苗免疫联盟共确立了四个阶段的战略目标。2000—2006年为第一阶段,2007—2010年为第二阶段,2011—2015年为第三阶段,2016—2020年为第四阶段。以2016—2020年为例,这一阶段的战略计划为全球疫苗免疫联盟确立了四大目标:<sup>③</sup>(1)疫苗目标,即加速疫苗的公平分配与覆盖;(2)系统目标,即提高疫苗配送系统的效率;(3)可持续目标,即增强受援国免疫项目的可持续性;(4)市场塑造目标,即有效塑造疫苗和其他免疫药品的市场。该战略框架还为全球疫苗免疫联盟设定了八大运作原则:国家领导、团队合作、全球参与、促进与持续、互

① Marianne Beisheim and Andrea Liese, eds., *Transnational Partnerships: Effectively Providing for Sustainable Development?* p.117.

② 除内部监督外,全球疫苗免疫联盟还受到瑞士基金会监察委员会的外部监督和制约。

③ 参见 <http://www.gavi.org/about/strategy/>, 访问时间:2018年6月8日。

相协调、鼓励创新、合作与责任。此外,战略计划书还指出机制发展的四大促进因素:国家的领导力、管理与协调、倡导能力、资源动员与监督评估。在上述目标和原则的指导下,计划书又明确了具体实施步骤和注意事项。作为全球疫苗免疫联盟的路线图,四份详尽的战略计划使伙伴关系能够及时回应疫苗市场变化,为未来发展指明方向。

为实现上述战略目标,在成立理事会与执行委员会的基础上,全球疫苗免疫联盟开始陆续组建常设董事委员会、秘书处、审计处、咨询委员会等机构部门。各部门分工明确,雇有正式员工。作为核心决策部门,理事会享有对一切重大事务的决策权,在决策过程中,理事会应努力实现协商一致,若无法达成一致,决策需 2/3 多数成员同意方可通过。理事会有权批准年度预算,任命全球疫苗免疫联盟的管理人员,包括首席执行官、秘书长以及财务主管等。执行委员会享有理事会授权,有权处理日常事务,进行紧急决策。常设董事委员会包括管理(提名)委员会、审计与财政委员会、项目与政策委员会、投资委员会与发展委员会。除执行委员会拥有理事会赋予的委托权力,其他常设委员会皆以顾问的身份服务于理事会和执行委员会。秘书处负责管理关系事务,包括敦促机构的利益攸关者参与机构事务,协助维护全球疫苗免疫联盟的伙伴关系。审计处负责日常财务工作。咨询委员会由技术专家组成,提供日常咨询服务。这些职能划分均在 2008 年颁布的《全球疫苗免疫联盟章程》中得到正式确认。

2008 年 10 月,盖茨夫妇基金会与其他理事会成员共同颁布了《全球疫苗免疫联盟章程》。作为一份具有法律拘束力的伙伴关系协议,该章程包含总则、融资途径、机构设置、修正案与协议的解除等部分,除进一步明确各机构的组成和职能外,还详细规定了全球疫苗免疫联盟的性质、名称与存续等内容。<sup>①</sup> 其中,总则第 5 条规定全球疫苗免疫联盟的存续并无时间限制。

除正式章程外,全球疫苗免疫联盟还在同一时间颁布了机构的具体规章。规章进一步详细划定全球疫苗免疫联盟的机构原则、部门职能、决策程序与员工的选拔与任命。<sup>②</sup> 依据机构章程第二条第二款的相关内容,理事会组成提名委员会,提名委员会有权依据法律协议提名具备任职资格的候选人为理事会成员,其他管理人员一律由理事会任命。该条款还具体规定了成员的提名、任命、辞职与离职等程序。

若分别赋予制度化水平的高中低三个层次以 3、2、1 分,参照上文确立的指标,全球疫苗免疫联盟制度化水平得分如下(见表 3)。

<sup>①</sup> *Gavi Alliance Statutes*, October 29–30, 2008, <http://www.whale.to/vaccine/gavi.html>, 访问时间:2017 年 6 月 8 日。

<sup>②</sup> *Gavi Alliance By-Laws*, October 29–30, 2008, <http://www.whale.to/vaccine/gavi.html>, 访问时间:2017 年 6 月 8 日。

表3 全球疫苗免疫联盟制度化水平得分

机制化水平指标	实体状态	法律身份	规则的精确度	授权程度	机构形式	机构结构	组织结构	组织特征
表现	无时间限制	拥有一份有法律拘束力的协议	详细的规则	受到内部监督与第三方监督	建立了总部; 拥有协调不同部门的整体规划	正式的决策程序; 拥有预算权; 正式的理事会	界定了会员身份及标准或原则	详尽的商业计划; 全职工工
分值	2	3	3	2	3	3	3	3

资料来源:笔者自制。

### 3. 盖茨夫妇基金会与决策质量及决策接受度

在推动制度化建设的同时,盖茨夫妇基金会的深度参与还有助于提高伙伴关系的决策质量与决策接受度。

与公有部门相比,盖茨夫妇基金会拥有丰富的“商业智慧”与绩效导向的商业思维,基金会在决策过程中,能够充分发挥自身的认知与资源优势,利用“商业途径”改变官僚机构资金匮乏且低效冗杂的局面。一些参与者在受访时表示,盖茨夫妇基金会一直积极倡导创新的和高效的融资与发展途径,全球疫苗免疫联盟的创新理念与举措大多是在盖茨夫妇基金会的推动下实现的。<sup>①</sup>

在全球疫苗免疫联盟成立之前,国际援助皆基于短期的具体项目,并常由外部代理机构或捐赠国为发展中国家设置议程。这种传统疫苗项目的缺陷之一是缺乏资金:捐赠国无法长期稳定地提供资金,所提供的资金数量又极为有限。传统项目还常常忽视受援国的意愿和实际情况,忽视援助项目的绩效,致使实际的疫苗援助工作不符合发展中国家的需要。

针对传统机制存在的资金匮乏这一缺陷,在盖茨夫妇基金会倡导下,全球疫苗免疫联盟创造性地采用三种市场融资机制<sup>②</sup>以获取稳定充裕的资金。

第一种是全球疫苗免疫联盟配比基金。这一基金旨在利用社会力量融资。在该项目框架下,盖茨夫妇基金会与英国国际发展部(DFID)承诺联合出资1.3亿美元,而社会各界人士,包括企业、基金会、消费者、雇员等也按照相应比例出资。截至2015年,通过这种方式,全球疫苗免疫联盟共筹集到2.6亿美元。这种鼓励社会力量多方参与的融资计划不仅缓解了基金短缺的困难,而且使疫苗问题赢得广泛的社会关注。

① Grace Chee, et al., *Evaluation of GAVI Phase 1 Performance*, p.137.

② 参见 <http://www.whale.to/vaccine/gavi.html>, 访问时间:2018年4月14日。

第二种是国际免疫融资机构(IFFI)。2006年,全球疫苗免疫联盟成立国际免疫融资机构,旨在增强免疫项目基金的可用性与持续性。基于捐赠国政府做出的63亿美元的长期出资承诺,国际免疫融资机构通过在资本市场销售“疫苗债券”为全球疫苗免疫联盟项目筹措资金。这是史上首个让捐赠方做出长达20年出资承诺的融资机制,有利于发展中国家在免疫项目上做好长期预算与计划。

第三种是先进市场推动疫苗计划(AMC)。这是全球疫苗免疫联盟的另一项财政革新计划。先进市场推动疫苗计划旨在促进疫苗的研发和生产,以适应发展中国家的需要。2009年6月,盖茨夫妇基金会与意大利、英国、加拿大、俄罗斯和挪威等五个捐赠国共同出资15亿美元启动先进市场推动疫苗计划试点项目。先进市场推动疫苗计划的运作逻辑在于,制药公司只有获得稳定的收入来源,才有投资生产疫苗的动机。作为稳定收益的交换,制药公司需要签订法律协议,承诺长期提供不超过3.5美元一剂的低价疫苗。这一计划使受援国政府能够为国内疫苗项目做好预算,而无须担忧疫苗短缺或突然涨价。

这些市场融资手段不仅为疫苗项目筹得了大量资金,还保证了资金来源的持续性。无论是作为融资机制的创立者或推动者,还是作为市场手段的资金提供方与技术支持方,盖茨夫妇基金会在推动全球疫苗免疫联盟利用市场规律革新融资手段的过程中都起到了举足轻重的作用。

此外,由于传统机制常忽视援助项目的绩效和受援国的意愿,往往造成资金利用效率低或机构人员与受援国政府沟通不畅的困境。为解决这一难题,盖茨夫妇基金会在全全球疫苗免疫联盟框架下大力推动援助项目理念从“按需要分配”向“基于绩效分配”的转变。后者意味着全球疫苗免疫联盟允许国家拥有自由选择申请何种项目、何时申请以及灵活使用援助资金的权利。在全全球疫苗免疫联盟框架下,供受援国政府选择的申请项目种类多样,包括新型疫苗项目、免疫服务项目以及完善医疗体系项目等。若要申请上述项目,政府需向全球疫苗免疫联盟独立审查委员会提交融资申请,之后经由秘书处审查,最后交由理事会复审。受援国能否通过审查或能否继续获得资金主要依据数据质量稽查(DQA)的绩效结果。<sup>①</sup>

在参与并影响决策的过程中,盖茨夫妇基金会逐渐孕育出一种“主人翁(owner-ship)”意识。自全球疫苗免疫联盟成立以来,盖茨夫妇基金会积极参与其各项事务,并在多个场合以“主人”自居,呼吁各界人士承担起对儿童疫苗的责任。2001年4月6日,全球疫苗免疫联盟首次在莫桑比克投放疫苗。盖茨夫妇基金会行政长官威廉·

<sup>①</sup> Grace Chee, et al., *Evaluation of GAVI Phase 1 Performance*, p.41.

盖茨(William Gates)与联合国儿童基金会执行理事以及莫桑比克总统阿金·希萨诺(Joaquim Chissano)一道观摩了数名儿童在莫桑比克博阿内健康中心注射疫苗。威廉·盖茨表示:“经过一年的努力,很高兴看到‘我们的’行动有了丰硕的成果。‘我们(GAVI)’必须将疫苗尽快投放到世界其他地区,拯救成千上万的生命。”<sup>①</sup>2011年5月,针对全球疫苗免疫联盟宣布发展中国家疫苗生产厂商愿意压低报价这一事件,盖茨夫妇基金会给予了高度赞赏。盖茨夫妇表示:“基金会的‘优先事项’之一是为世界上贫穷国家的孩子接种疫苗。发展中国家疫苗生产厂家降低报价将使‘我们’的联盟离目标更进一步。”<sup>②</sup>2015年1月,在全球疫苗免疫联盟认捐会议上,比尔·盖茨(Bill Gates)承诺2016—2020年将继续向全球疫苗免疫联盟投入15.5亿美元资金,用于“为孩子们缔造美好的世界”。盖茨在演讲中表示:“疫苗是儿童健康福利的最好投资,这也是为何全球疫苗免疫联盟成为基金会最重要投资项目的原因为,基金会认捐的这些资金将给予世界各地的儿童一个健康的开始……‘我们’锻造了一个前所未有的联盟,这一联盟成功地加快了疫苗的投入和使用……‘我们每个人’都应承担起相应的责任,扩大疫苗覆盖率,使每一个孩子都拥有注射疫苗的权利。”<sup>③</sup>

在基金会的“主人翁”意识不断增强之际,其他私有部门对全球疫苗免疫联盟的认同感也因“程序正义”而得到强化。如上文所述,在全球疫苗免疫联盟的决策程序下,盖茨夫妇基金会与制药公司等私有部门在理事会或执行委员会中均享有商议权和表决权。这种程序上的正义赋予了决策结果以合法性,使私有部门能够通晓各方立场与决策根据,从而更愿意接受决策结果。2002年及2008年发布的报告中皆指出,在对参与伙伴进行访谈时,大部分私有部门的受访者表示享受互相争辩、互相驳斥、接受新观点并最终达成共识的决策过程。一些受访者还表示,在全球疫苗免疫联盟的决策框架下,私有部门可以抛却顾虑,公开表达自身观点。<sup>④</sup>几乎所有的受访者都认为,在这样的决策框架和文化氛围下,全球疫苗免疫联盟具有很强的凝聚力,合作伙伴皆为实现同一目标而努力,没有发生过某部门拒绝执行决策结果的状况。<sup>⑤</sup>

① 参见 <https://www.gatesfoundation.org/Media-Center/Press-Releases/2001/04/GAVIGlobal-Fund-Begin-Vaccine-Delivery>, 访问时间:2018年4月14日。

② 参见 <https://www.gatesfoundation.org/Media-Center/Press-Releases/2011/06/Statement-by-Bill-and-Melinda-Gates-on-the-GAVI-Alliances-Announcement-of-Vaccine-Industry-Offers-for-LowerPriced-LifeSaving-Vaccines>, 访问时间:2018年4月14日。

③ 参见 <https://www.gatesfoundation.org/Media-Center/Speeches/2015/01/Gavi-Pledging-Conference>, 访问时间:2018年4月14日。

④ Grace Chee, et al., *Evaluation of GAVI Phase 1 Performance*, p.94.

⑤ William Muraskin, “The Last Years of the CVI and the Birth of the GAVI,” p.154.

#### 4. 全球疫苗免疫联盟的有效性水平

在盖茨夫妇基金会的推动下,完善的制度建设、高质量的决策以及广泛的决策接受度使全球疫苗免疫联盟在输出、结果与影响层面表现良好。

在输出层面,得益于严苛的监督机制,全球疫苗免疫联盟成员需定期发布进展报告和评估指标,以保障内部与外部监督工作有据可依。全球疫苗免疫联盟早已建立起完整的评估指标,包括任务指标、疫苗目标指标、医疗体系目标指标、金融目标指标以及市场塑造目标指标。自2006年起,全球疫苗免疫联盟定期发布年度进展报告,迄今为止共发布了九份年度报告,<sup>①</sup>还发布了2000—2009年和2010—2015年两个阶段的评估报告。<sup>②</sup>此外,针对特殊项目,例如先进市场推动疫苗计划项目,全球疫苗免疫联盟也会对其结果和影响进行评估,并发布相关报告。<sup>③</sup>

作为输出维度的另一重要衡量指标,充裕的资金是疫苗项目的基石。盖茨夫妇基金会的深度参与则是全球疫苗免疫联盟的资金保障。盖茨夫妇基金会支持下的三种创新市场融资机制保证了资金来源的多元化。如图6所示,通过全球疫苗免疫联盟配比基金国际免疫融资机构、先进市场推动疫苗计划等创新型市场融资机制所获资金占总资金的20%—30%。

作为重要投资方,自视为伙伴关系“主人”的盖茨夫妇基金会更愿承担投资风险。<sup>④</sup>1999—2009年,盖茨夫妇基金会出资额占全球疫苗免疫联盟总融资额的26%;2010—2015年,盖茨夫妇基金会出资总额高达3.75亿美元。同时,得益于基金会的雄厚财力与社会影响力,盖茨夫妇基金深度参与全球疫苗免疫联盟这一事实本身也推动了其他捐赠者对全球疫苗免疫联盟的投资。由于私有部门的资金投入,许多受访者认为全球疫苗免疫联盟的突出优势之一是拥有充裕资金,这些资金保障了疫苗的持续供应,使全球疫苗免疫联盟不必做出困难的投资选择。如图7所示,2000—2014年,全球疫苗免疫联盟为75个国家提供了总额约85亿美元的专项基金。

就疫苗覆盖率而言,全球疫苗免疫联盟援助的疫苗种类分为乙肝疫苗、流感嗜血杆菌疫苗、黄热病疫苗和白喉—破伤风—百日疫苗(DTP3)。遵照《全球疫苗免疫联盟章程》与相关规章制度,全球疫苗免疫联盟各部门分工明确,各司其职,疫苗从采购到投放皆有全职的专业人员完成,接受全球疫苗免疫联盟疫苗服务的儿童人数逐年提升。如图8所示,2000—2008年,受援国接种乙肝疫苗的儿童人数共计2.86亿,68%

① 参见 <http://www.gavi.org/results/>, 访问时间:2018年4月14日。

② 参见 <http://www.gavi.org/results/>, 访问时间:2018年4月14日。

③ 参见 <http://www.gavi.org/results/>, 访问时间:2018年4月14日。

④ Grace Chee, et al., *Evaluation of GAVI Phase 1 Performance*, p.97.

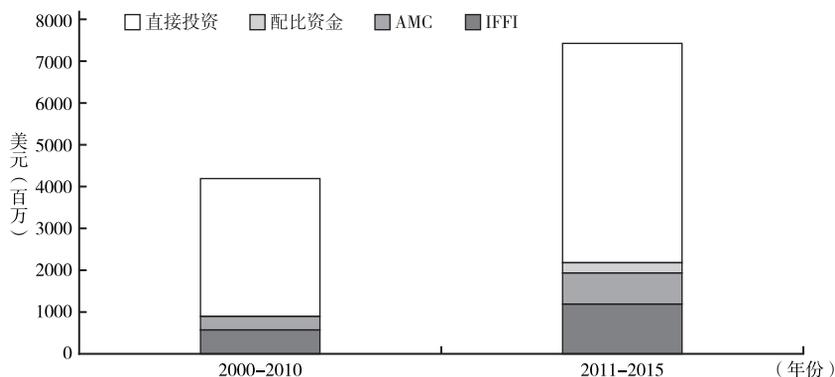


图6 全球疫苗免疫联盟融资方式

资料来源:全球疫苗免疫联盟官方网站, <http://www.gavi.org>, 访问时间: 2017年12月12日。

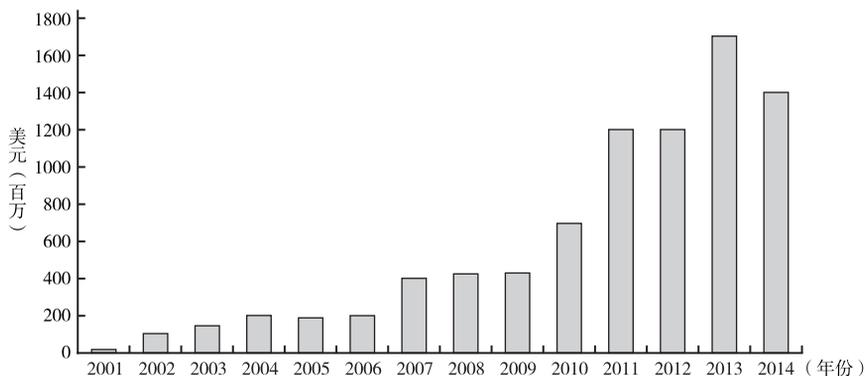


图7 全球疫苗免疫联盟的资金投入

资料来源:GAVI, *Second GAVI Evaluation*, 2010, <http://www.gavi.org/results/>, 访问时间:2017年12月12日;GAVI, *The Vaccine Alliance 2014 Annual Financial Report*, 2014, <http://www.gavi.org/results/>, 访问时间:2017年12月12日。

的疫苗服务由全球疫苗免疫联盟提供;受援国接种流感嗜血杆菌疫苗的儿童人数总计4200万,92%(3900万)的疫苗由全球疫苗免疫联盟提供;受援国接种黄热病疫苗的儿童人数总计3400万,99%的疫苗服务由全球疫苗免疫联盟提供。此外,全球疫苗免疫联盟还为受援国5400万名儿童接种了白喉—破伤风—百日疫苗。

受益于盖茨夫妇基金会的“商业智慧”,全球疫苗免疫联盟“基于绩效分配”的援助理念给予受援国充分的选择空间。在选择申请援助之后,受援国需要接受全球疫苗

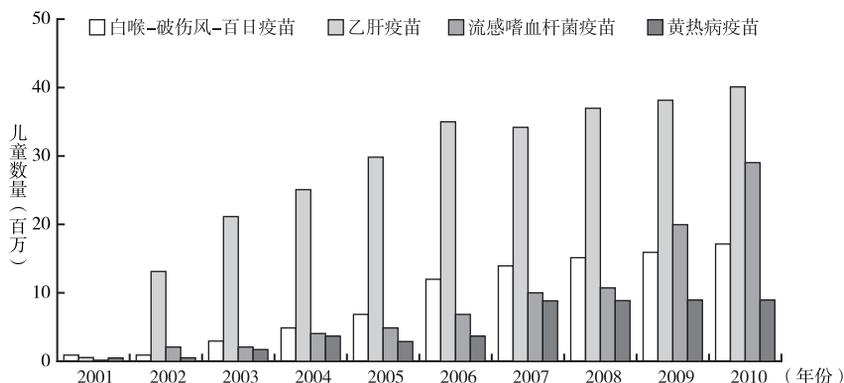


图8 接受全球疫苗免疫联盟疫苗服务的儿童数量

资料来源:GAVI, *Second GAVI Evaluation*, 2010, <http://www.gavi.org/results/>, 访问时间:2017年12月12日。

免疫联盟的实时监督金和绩效评估。倘若受援国政府的绩效不达标,接下来的资金申请将很难成功。在这种激励机制下,全球疫苗免疫联盟的目标受援国有更充足的动力提高本国的疫苗覆盖率,完善医疗体系。如图9所示,在结果层面,受援国儿童的疫苗覆盖率稳步增加,其中,乙肝疫苗覆盖率的增长最为迅速。

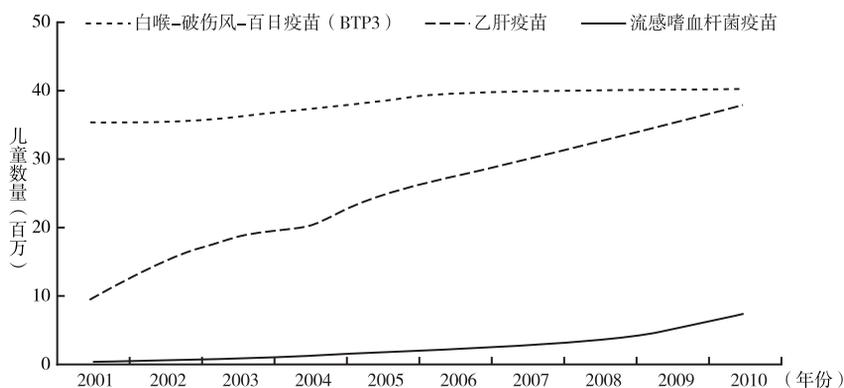


图9 全球疫苗免疫联盟援助国疫苗覆盖率

资料来源:GAVI, *Second GAVI Evaluation*, 2010, <http://www.gavi.org/results/>, 访问时间:2017年12月12日。

作为结果维度的另一衡量指标,全球疫苗免疫联盟对疫苗市场的塑造能力则取决于制药公司是否同意以低价持续供应疫苗。凭借盖茨夫妇基金会与制药公司的特殊联系以及制药公司对全球疫苗免疫联盟“程序正义”的认同,制药公司始终履行着低

价供应疫苗的承诺。如图 10 所示,受援国儿童注射全套疫苗的价格逐年降低,2013 年和 2014 年均保持了 22 美元的低价。

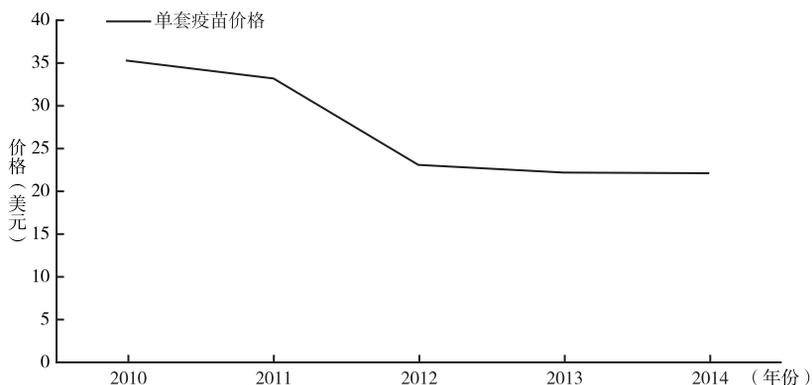


图 10 全球疫苗免疫联盟援助国单套疫苗价格

资料来源:GAVI, *The Vaccine Alliance Progress Report 2014, 2015*, <http://www.gavi.org/results/>, 访问时间:2018年5月12日。

全球疫苗免疫联盟在输出和结果层面的良好表现,为最终消除疫苗可预防性疾病奠定了重要基础。在影响层面,据世界卫生组织评估,截至 2009 年,全球疫苗免疫联盟支持的疫苗项目共阻止了 398 万儿童因患百日咳、B 型流感嗜血杆菌性肺炎或乙肝而丧生。如表 4 所示,这一数据还在逐年增加。

表 4 全球疫苗免疫联盟疫苗项目挽救的人数

时间	百日咳	流感嗜血杆菌肺炎	乙肝	总计人数	累积人数
2000	—	—	—	—	—
2001	4000	—	6000	10000	10000
2002	9000	20000	278000	307000	317000
2003	24000	22000	349000	394000	711000
2004	41000	29000	390000	460000	1171000
2005	73000	33000	435000	541000	1712000
2006	87000	42000	468000	597000	2310000
2007	70000	72000	360000	502000	2812000
2008	68000	82000	401000	559000	3370000
2009	101000	130000	381000	612000	3982000

资料来源:GAVI, *Second GAVI Evaluation*, 2010, <http://www.gavi.org/results/>, 访问时间:2017年12月12日。

## (二) 遏制疟疾伙伴关系:世界卫生组织的严格控制与外部压力下的制度改革

1998年,世界卫生组织总干事格罗·哈莱姆·布伦特兰(Gro Harlem Brundtland)发起了遏制疟疾伙伴关系,其创始伙伴包括世界卫生组织、世界银行、联合国开发计划署、联合国儿童基金会以及众多跨国公司和公民社会组织。作为药品服务型伙伴关系,遏制疟疾伙伴关系的目的在于通过提供相关药物减少疟疾的发病率和死亡率。

### 1. 遏制疟疾伙伴关系的成立与世界卫生组织的严格控制

作为公私伙伴关系模式的积极拥护者,世界卫生组织总干事格罗·布伦特兰(Gro Harlem Brundtland)发起了遏制疟疾伙伴关系。布伦特兰虽是遏制疟疾伙伴关系的推动者,但她并未预料到,这种新型治理模式的尝试有悖于世界卫生组织的传统利益和规范。

首先,与布伦特兰的理念相左,世界卫生组织的大部分人员认为,如果遏制疟疾伙伴关系的秘书处和工作组为发展中国家提供技术支持,世界卫生组织在疟疾控制领域的影响力就会遭受挑战。并且,世界卫生组织担心以往属于它的有限资金将流入遏制疟疾伙伴关系下属项目。<sup>①</sup>其次,在布伦特兰担任总干事之前,世界卫生组织一直严格秉持“公利(public good)”理念,而与私有部门(尤其是制药公司)的合作会损害组织的公利原则,<sup>②</sup>这一传统观念不会在短期内改变。因此,在遏制疟疾伙伴关系发起之后,受限于内部保守势力与传统“公利”理念,世界卫生组织既不愿将遏制疟疾伙伴关系转变为具有独立法律地位、不受控制的援助机构,也不愿与制药公司展开深度合作。

遏制疟疾伙伴关系成立之后,凭借对其秘书处的托管权,世界卫生组织控制着遏制疟疾伙伴关系的各项事宜。在世界卫生组织的人事任命规则下,遏制疟疾伙伴关系秘书处的工作人员对世界卫生组织直接负责,秘书处无权自主做出任何人事任免决定。<sup>③</sup>世界卫生组织对遏制疟疾伙伴关系秘书处实施直接控制的权力优势是任何私有部门无法比拟的。如表5所示,与同时期的全球疫苗免疫联盟相比,遏制疟疾伙伴关系的资金筹措、决策制定、行政管理、技术支持均由世界卫生组织托管下的秘书处负责,而负责国家层面具体事务的委员会也由世界卫生组织国家办事处直接指派。

<sup>①</sup> Marianne Beisheim and Andrea Liese, eds., *Transnational Partnerships: Effectively Providing for Sustainable Development?* p.57.

<sup>②</sup> 参见 Marianne Beisheim and Andrea Liese, eds., *Transnational Partnerships: Effectively Providing for Sustainable Development?* p.59;关于公有部门“公利”原则的表述,参见 Judith Richter, “We the Peoples” or “We the Corporations”? *Critical Reflections on UN-Business “Partnerships”*, pp.9-10.

<sup>③</sup> Jonathon Simon, et al., *External Evaluation of the Roll Back Malaria (RBM) Partnership 2009-2013*, Boston: Center for Global Health and Development at Boston University, 2013, p.25.

因此,与相对独立的全球疫苗免疫联盟相比,虽然遏制疟疾伙伴关系吸纳了近百个公司或基金会,却没有任何私有部门在遏制疟疾伙伴关系中拥有较大影响力。遏制疟疾伙伴关系被许多参与伙伴视为世界卫生组织统筹下的“另一个项目”,<sup>①</sup>而非正式的平等伙伴关系。

表5 全球疫苗免疫联盟与遏制疟疾伙伴关系的权责划分对比

	资金筹集/ 发起倡议	政策制定	行政管理	技术支持/ 信息共享	国家层面 事务协调
全球疫苗免疫联盟	理事会	理事会	秘书处	工作组 (Task Forces)	跨部门协调委员会 (Inter-Agency Coordinating Committees)
遏制疟疾伙伴关系	秘书处	秘书处	秘书处	秘书处/ 地区办事处	由世界卫生组织国家办事处指派的 国家疟疾项目办事处 (National Malaria Programme Officers)

资料来源: Malaria Consortium, *Final Report of the External Evaluation of Roll Back Malaria*, 2002, <http://www.malariaconsortium.org>, 访问时间: 2018年4月14日。

## 2. 外部压力下的制度改革

1998—2006年,遏制疟疾伙伴关系仅拥有世界卫生组织管理下的小型秘书处,没有设立任何决策程序或规则来指导参与伙伴的行为。对于遏制疟疾伙伴关系的多数参与者而言,它们甚至不清楚有哪些合作伙伴,伙伴之间的权责如何划分,伙伴关系究竟意味着什么。<sup>②</sup> 遏制疟疾伙伴关系每年召开一次伙伴会议,会议上的讨论内容较为空泛,对决策的达成毫无助益。这一时期,几乎所有的参与伙伴都对遏制疟疾伙伴关系表达出不同程度的失望和不满。

若将制度化水平的高中低三个层次分别赋以3、2、1分,该时期遏制疟疾伙伴关系制度化水平得分参见表6。

在松散的伙伴关系架构下,遏制疟疾伙伴关系在这一阶段仅停留在概念层面,基本没有开展治理行动。2002年,英国国际发展部针对遏制疟疾伙伴关系做了一项独立的外部评估。这份评估报告指出,遏制疟疾伙伴关系的机制架构需要做出调整,才

<sup>①</sup> Malaria Consortium, *Final Report of the External Evaluation of Roll Back Malaria*, 2002, p.17, <http://www.malariaconsortium.org>, 访问时间: 2018年4月14日。

<sup>②</sup> Malaria Consortium, *Final Report of the External Evaluation of Roll Back Malaria*, p.3.

能在全球层面有所作为。<sup>①</sup> 该报告建议,遏制疟疾伙伴关系需要明确界定参与伙伴的角色,提高它们的责任意识,敦促各方履行自己的义务。同时期的多份评估报告也指出,遏制疟疾伙伴关系没能实现其大部分目标。<sup>②</sup> 加文·雅米(Gavin Yamey)直接称遏制疟疾伙伴关系是“失败的健康倡议(failing health initiative)”。<sup>③</sup>

表 6 遏制疟疾伙伴关系制度化水平得分(1998—2006年)

机制化水平指标	实体状态	法律身份	规则的精确度	授权程度	机构形式	机构结构	组织结构	组织特征
表现	无时间限制	无独立的法律身份	宽泛的规则	无监督机制	有小型秘书处	无正式的或独立的管理机构	无会员身份标准	少量全职员工,受世界卫生组织领导
分值	2	1	1	1	1	1	1	1

资料来源:笔者自制。

2005年年底,参与伙伴也开始质疑遏制疟疾伙伴关系的存在理由。面对强大的外部舆论压力与内部解散风险,世界卫生组织不得不做出让步,交出部分控制权。经过激烈讨论,世界卫生组织与其他理事会成员共同发起了“改变倡议(Change Initiative)”。2006年,遏制疟疾伙伴关系开始改善治理结构,加强制度化建设。在“改变倡议”的推动下,遏制疟疾伙伴关系制定了正式的决策程序、财政计划与战略计划,发布了详细的伙伴关系章程,虽然有些规定依旧措辞模糊。

在机制构成方面,<sup>④</sup>遏制疟疾伙伴关系建立了管理、咨询以及行政机构,包括伙伴关系论坛、理事会、执行委员会、理事会次级委员会、工作小组、任务小组、次区域网络和秘书处。理事会拥有八大席位,其中一个席位为世界卫生组织所有,其余七个席位来自七个“选民阵营(constituency)”。只有达到法定人数,即在每个选民阵营至少派出一名代

① 参见 Malaria Consortium, *Final Report of the External Evaluation of Roll Back Malaria*, <http://www.malariaconsortium.org>, 访问时间:2018年5月14日。

② 参见 Amir Attaran, “Malaria Where Did It All Go Wrong?” *Nature*, Vol.430, 2004, pp.932-933; World Bank, *Rolling Back Malaria: The World Bank Global Strategy and Booster Program*, 2005, <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-0-8213-6199-3>, 访问时间:2018年5月14日; Malaria Consortium, *Final Report of the External Evaluation of Roll Back Malaria*, <http://www.malariaconsortium.org>, 访问时间:2018年5月14日。

③ Gavin Yamey, “Roll Back Malaria: A Failing Global Health Campaign,” *Baltic Journal of Management*, Vol.328, 2004, pp.1086-1087.

④ 参见 <http://www.rollbackmalaria.org/architecture>, 访问时间:2018年4月14日。

表的情况下,理事会做出的决策才可生效。章程规定,理事会主席应尽力促使世界卫生组织和各选区代表达成共识,但并未详细阐明最终决策是按照一致通过原则还是多数票原则通过。与全球疫苗免疫联盟不同,执行委员会不享有理事会的授权,而是仅仅负责设置会议议程、起草决议以及监管秘书处的执行情况等事务。秘书处是遏制疟疾伙伴关系最重要的执行机构,它由一批专业职员组成,负责执行工作计划,完成各项指标,处理日常事务。秘书处人员的招募和辞退不仅由理事会决定,在很大程度上还受世界卫生组织影响。2006年,世界卫生组织与遏制疟疾伙伴关系签订了谅解备忘录,遏制疟疾伙伴关系将秘书处交由世界卫生组织托管,世界卫生组织为遏制疟疾伙伴关系提供行政和技术支持。

2013年,遏制疟疾伙伴关系开始规划未来发展的路线图,在总结过去工作经验的基础上,路线图列出了遏制疟疾伙伴关系的年度目标、计划活动、药品需求和缺口、财政需求、技术援助需求以及如何应对威胁等多方面内容,使遏制疟疾伙伴关系的行动更具针对性。<sup>①</sup>

总的来看,2006年之后,“改变倡议”的发起使遏制疟疾伙伴关系的制度化水平有了一定提升,2006年至今,遏制疟疾伙伴关系的制度化水平得分参见表7。

表7 遏制疟疾伙伴关系制度化水平得分(2006年之后)

机制化水平指标	实体状态	法律身份	规则的精确度	授权程度	机构形式	机构结构	组织结构	组织特征
表现	无时间限制	无独立的法律身份	拥有自由裁量的区域	内部监督机制	有联络处;无总部	受世界卫生组织托管;拥有完善的办公机构	界定了会员身份及标准;拥有清晰的路线图	全职工工
分值	2	1	2	2	2	2	2	2

资料来源:笔者自制。

遏制疟疾伙伴关系虽然进行了机构调整,但进一步的改革却遭遇瓶颈,最大的阻碍来自世界卫生组织。<sup>②</sup> 不仅如此,在遏制疟疾伙伴关系拥有专断权力的世界卫生组织还降低了遏制疟疾伙伴关系的决策质量与决策接受度。

### 3. 遏制疟疾伙伴关系的决策质量与决策接受度

2006年的制度改革并未从根本上动摇世界卫生组织的专断决策权。世界卫生组织

① 参见 <http://www.rollbackmalaria.org/countries/rbm-roadmaps>, 访问时间:2018年4月14日。

② Marco Schafchhoff, “Organization Dysfunctions and the Effectiveness of Transnational Public-Private Partnership,” Presented at 49th Annual Convention of the International Studies Association (ISA), March 2008, San Francisco.

织在保留对遏制疟疾伙伴关系秘书处托管权的同时,凭借理事会的“轮换制度”维持了专断权力。在遏制疟疾伙伴关系理事会创立之初,私有部门虽然占有席位,但理事会并不是严格意义上的决策机构,遏制疟疾伙伴关系对理事会成员的权力界定模糊,尤其是早期召开的理事会会议,被喻为“清谈馆(talk show)”。

尽管理事会的决策职能随着遏制疟疾伙伴关系制度化水平的提高逐渐凸显,但私有部门依然无法通过理事会实际参与决策过程。原因在于理事会采取的“轮换制度”。作为八大“选区阵营”之一,私有部门只需从近百个跨国公司或基金会中推选出数名代表轮流参与理事会会议即可(如图 11 所示)。理事会席位的流动性意味着每次会议的参与方都不相同,某个私有部门几乎不可能保持对决策的长久影响力。席位的频繁更换甚至使参会代表完全不清楚会议所讨论内容。<sup>①</sup> 换言之,“轮换制”看似增加了伙伴关系的代表性,扩大了私有部门的参与范围,但也随之削弱了每一个合作伙伴的实质性参与。

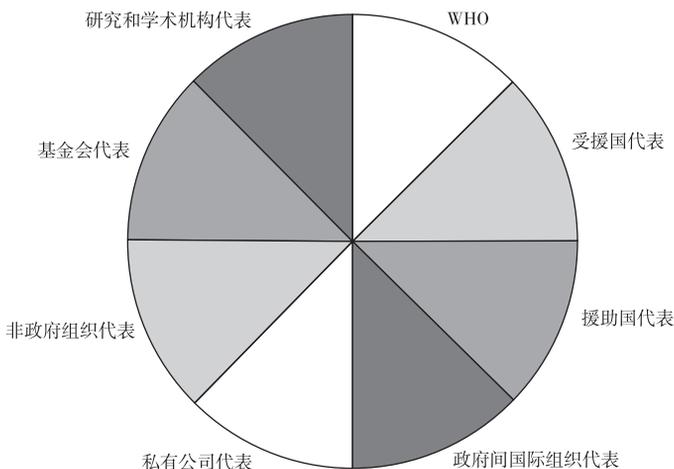


图 11 遏制疟疾伙伴关系理事会席位分配

资料来源:遏制疟疾伙伴关系官方网站, <http://www.roll-backmalaria.org/architecture>, 访问时间:2017 年 12 月 1 日。

在这样的制度安排下,处于轮换状态的私有部门存在信息劣势。在对决策背景与遏制疟疾伙伴关系运作模式缺乏了解的情况下,参会的私有部门很难促成高质量的决策。与之相对,世界卫生组织却在遏制疟疾伙伴关系的决策进程中占据权力与信息优

<sup>①</sup> Jonathon Simon, et al., *External Evaluation of the Roll Back Malaria (RBM) Partnership 2009-2013*, p.21.

势。因此,遏制疟疾伙伴关系的决策结果在大多数情况下会反映世界卫生组织的偏好,致使私有部门的“市场智慧”与资金优势难以彰显。一项2013年发布的外部评估报告指出,遏制疟疾伙伴关系在国家层面的行动依然沿袭了公有部门的传统援助风格,在项目实施上过于因循守旧。<sup>①</sup>例如,在一些非洲国家,超过50%的医疗花费都由家庭自付,而不是依赖政府的公共医疗系统。在此情况下,有效的援助方式是与当地私有诊所或药店展开合作,提高这些私有医疗提供者的服务范围与水平。然而,遏制疟疾伙伴关系却不愿突破原有的援助方式,与当地私有部门开展医疗合作。此外,在公有部门负责的大型医疗项目缺乏人手时,遏制疟疾伙伴关系决策层拒绝采用将部分项目外包(contract-out)等“市场方式”解决问题。对遏制疟疾伙伴关系而言,不突破传统援助模式的桎梏,就无法克服传统疫苗援助的缺陷。<sup>②</sup>

在公有部门专断决策模式下,世界卫生组织一直将自己视为遏制疟疾伙伴关系的领导者,而非参与伙伴之一,<sup>③</sup>常常在不咨询其他合作者的情形下私自做出决定。这种专断决策模式使私有部门在遏制疟疾伙伴关系框架下很难培养出“主人翁”意识。在情感和认知上,私有部门并不认为自己是遏制疟疾伙伴关系的“主人(owner)”。<sup>④</sup>一项2015年发布的独立评估报告指出,遏制疟疾伙伴关系的一些参与伙伴只是借助其平台“宣传”自己的组织议程或公司“品牌”,缺乏对遏制疟疾伙伴关系的信心和忠诚。大部分私有部门在借助遏制疟疾伙伴关系的知名度和“品牌效应”,牟取组织或公司私利。“越来越多的参与伙伴将遏制疟疾伙伴关系当成实现私利的公有图章(seal to stamp)。”<sup>⑤</sup>作为理事会成员,私有部门在会议中的发言仅代表组织或公司利益,而非遏制疟疾伙伴关系或“选区”立场。在行为选择上,私有部门不愿在疟疾防治领域投放过多资金。与全球疫苗免疫联盟的7.5亿美元创始资金相比,遏制疟疾伙伴关系仅拥有英国国际发展部提供的6000万美元创始基金。如图12所示,疟疾防治领域仅有2.5%的资金来自私有部门。

因资金有限,为了争夺资金,世界卫生组织不断与遏制疟疾伙伴关系展开竞争,试图为遏制疟疾行动取得的进步贴上世界卫生组织的标签。由于资金匮乏和内部争斗,遏制疟疾伙伴关系的许多工作计划难有实质性进展,理事会派遣的任务常常出现执行

① Malaria Consortium, *Final Report of the External Evaluation of Roll Back Malaria*, p.22.

② Vasant Narasimhan and Amir Attaran, “Roll Back Malaria? The Scarcity of International Aid for Malaria Control,” *Malaria Journal*, Vol.2, No.8, 2003, pp.1-8.

③ Jonathon Simon, et al., *External Evaluation of the Roll Back Malaria (RBM) Partnership 2009-2013*, 2013.

④ Jonathon Simon, et al., *External Evaluation of the Roll Back Malaria (RBM) Partnership 2009-2013*, p.19.

⑤ Jonathon Simon, et al., *External Evaluation of the Roll Back Malaria (RBM) Partnership 2009-2013*, p.19.

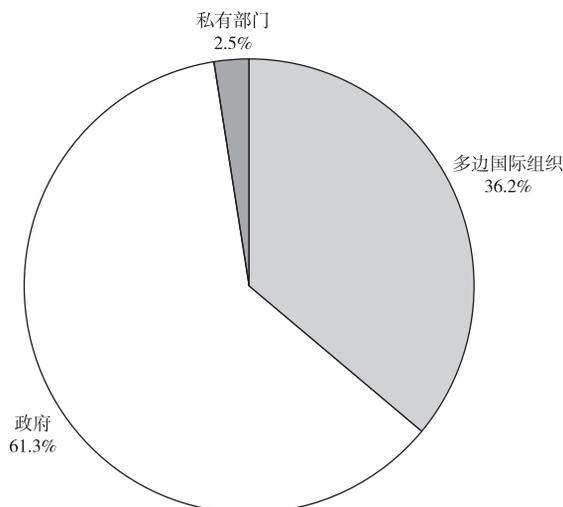


图 12 2002 年疟疾防治领域的资金来源

资料来源:World Health Organization(WHO), *The Africa Malaria Report 2003*, <http://www.rollbackmalaria.org>, 访问时间:2018 年 1 月 2 日。

困境,大量半途而废的项目还在很大程度上消磨了工作人员的斗志与积极性。<sup>①</sup>

#### 4. 遏制疟疾伙伴关系的有效性水平评估:以 2006 年为分界

2006 年制度改革之前,遏制疟疾伙伴关系缺乏独立的制度框架与组织架构,不具备独立行动的能力。在输出层面,遏制疟疾伙伴关系尚未建立起完整的评估指标,也未曾公开发布全球层面的内部评估报告或财政报告。直至 2005 年,遏制疟疾伙伴关系才正式发布第一份战略计划。

在结果层面,遏制疟疾伙伴关系虽广泛倡导采用经杀虫剂处理的蚊帐(ITNs)或高效抗疟药品(青蒿素)等方式遏制疟疾传播,却未能采取有力措施保障蚊帐或药品的广泛供应。如图 13 和图 14 所示,1998—2002 年,在绝大多数疟疾横行的非洲国家,经杀虫剂处理的蚊帐与抗疟药品的覆盖率均不足 10%。

因私有部门的参与度较低,对遏制疟疾伙伴关系缺乏认同感,制药公司并不愿满足提供低价抗疟药品的援助需要。因此,遏制疟疾伙伴关系未能有效塑造药品价格市场。如图 15 所示,1998—2004 年,抗疟药成本不降反升,从 1998 年每疗程 0.5 美元升

<sup>①</sup> Jonathon Simon, et al., *External Evaluation of the Roll Back Malaria (RBM) Partnership 2009–2013*, p.25.

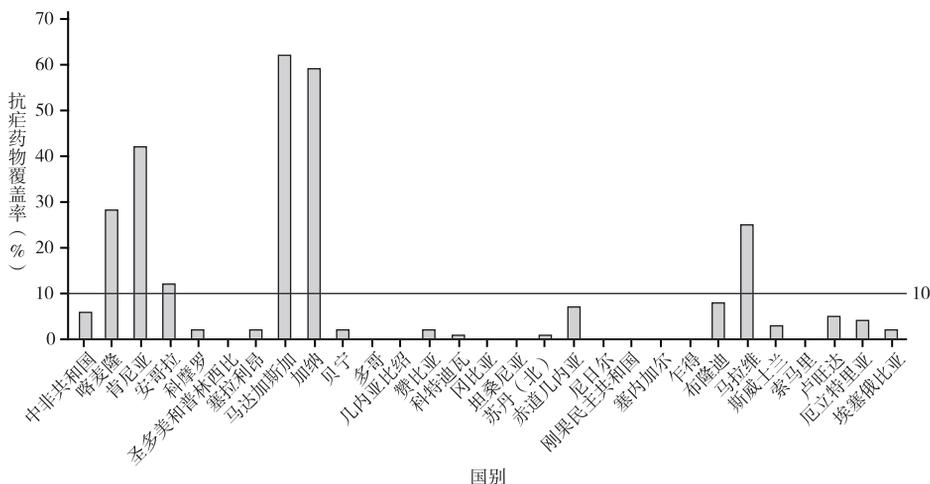


图 13 1998—2001 年非洲地区抗疟药物总覆盖率

资料来源:World Health Organization(WHO), *The Africa Malaria Report 2003*, <http://www.rollbackmalaria.org>, 访问时间:2018年1月2日。

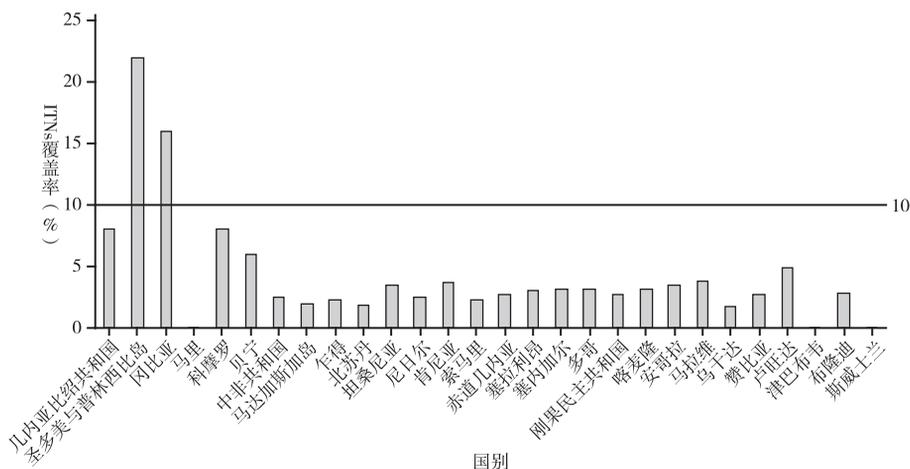


图 14 1998—2002 年非洲地区杀虫剂处理的蚊帐总覆盖率

资料来源:World Health Organization(WHO), *The Africa Malaria Report 2003*, <http://www.rollbackmalaria.org>, 访问时间:2018年1月2日。

至每疗程 2 美元。<sup>①</sup> 同时,疟疾的预防成本也大幅提升,主要体现为杀虫剂与蚊帐成本的上升。

<sup>①</sup> 药物成本的上升虽然与抗疟药物从氯喹到青蒿素的转换相关,但也反映出遏制疟疾伙伴关系未能有效塑造受援国抗疟药市场。

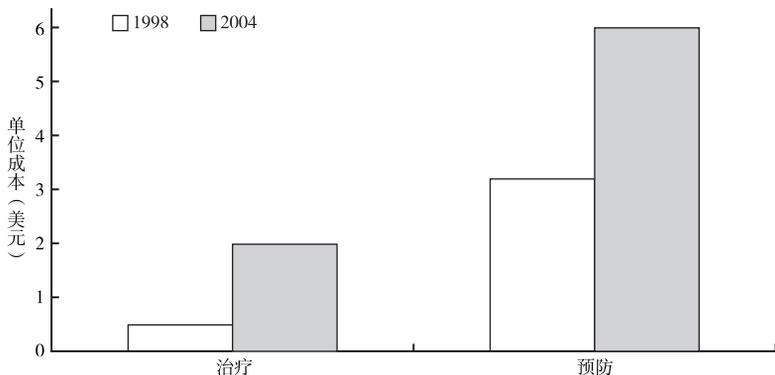


图 15 1998 年与 2004 年疟疾治疗和预防成本对比

资料来源:RBM, *Sources and Prices of Selected Products for the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Malaria*, 2004, <http://www.rollbackmalaria.org>, 访问时间:2018 年 1 月 2 日。

遏制疟疾伙伴关系系统筹全球抗疟行动的数年间,由于经杀虫剂处理的蚊帐与青蒿素覆盖率较低,疟疾的治疗和预防行动收效甚微。如图 16 所示,在影响层面,该时期的疟疾致死率并无明显下降,在某些国家和地区,尤其是南部非洲,疟疾致死率甚至呈现上升趋势。以遏制疟疾伙伴关系重点援助国加纳为例,该国于 2000—2004 年疟疾患病率显著上升。<sup>①</sup> 部分媒体或外部评估报告据此得出悲观结论,遏制疟疾伙伴关系基本无望实现 1998 年确立的目标,即 2010 年之前将疟疾致死率减少一半。<sup>②</sup>

2006 年制度改革之后,遏制疟疾伙伴关系的有效性水平发生了显著变化。在“改变倡议”的推动下,遏制疟疾伙伴关系虽受世界卫生组织托管,但拥有了独立的办公机构,各部门之间的职能划分也更为清楚。有了各个部门的通力合作以及专职员工的人力保障,遏制疟疾伙伴关系开始采取一些具体举措,为受援国提供支持。例如,2006 年前后,遏制疟疾伙伴关系开始为受援国申请全球基金资金提供技术支持,超过 95% 的援助申请由遏制疟疾伙伴关系下属的技术评估小组 (TRP) 协助审查,遏制疟疾伙伴关系每年平均帮助 50 余个受援国成功申请全球基金的项目资助。此外,自 2005 年起,遏制疟疾伙伴关系开始定期发布战略计划与伙伴关系路线图。2010 年起,遏制疟疾伙伴关系开始发布进度与影响评估系列报告,截至 2014 年,共发布了 18 份内部评

① 参见 World Health Organization (WHO), *The Africa Malaria Report 2003*, <http://www.rollbackmalaria.org>, 访问时间:2018 年 1 月 2 日。

② 参见 Gavin Yamey, “Roll Back Malaria: A Failing Global Health Campaign,” p.1086; Amir Attaran, “Malaria Where Did It All Go Wrong?” pp.932-933。

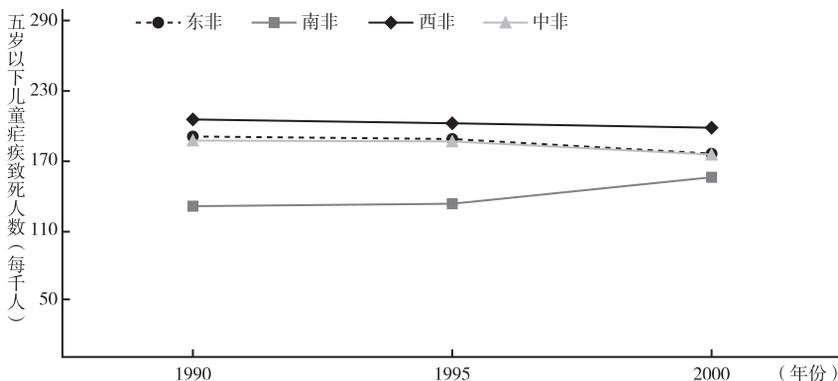


图 16 非洲地区五岁以下儿童疟疾致死率

资料来源: World Health Organization (WHO), *The Africa Malaria Report 2003*, <http://www.rollbackmalaria.org>, 访问时间: 2018年1月2日。

估报告。

伴随着制度改革,参与伙伴对遏制疟疾伙伴关系的信心有所提升,相应增加了资金投入。如图 17 所示,1998—2004 年,遏制疟疾伙伴关系参与伙伴在疟疾防治领域的资金投入增长缓慢,期间甚至出现轻微下降。2005 年之后,遏制疟疾伙伴关系参与伙伴在疟疾防治领域投入的资金总额呈现出稳定增长态势。遏制疟疾伙伴关系不断提升的管理水平又确保了这些资金的高效利用。在战略计划与路线图的指导下,遏制疟疾伙伴关系提供的药品服务针对性更强,抗疟药品的采购与投放体系取得了更好的效果。如图 18 所示,青蒿素的采购量也于 2005 年前后实现了跨越式增长。陡然增长的时间点与制度改革的时间基本吻合。

受援国的抗疟药品的覆盖率随着遏制疟疾伙伴关系抗疟药品投放量的增加而提高。在结果层面,如图 19 所示,抗疟药物与杀虫剂处理过的蚊帐的总覆盖率在 2000—2005 年经历缓慢增长之后,从 2006 年开始迅速增加。

得益于经杀虫剂处理的蚊帐与青蒿素覆盖率的提高,在影响层面,2000—2010 年间,非洲地区约 90.8 万居民免于患疟死亡。如图 20 所示,在 2005 年前后,遏制疟疾行动对受援国的影响才真正彰显。2006—2010 年,免于疟疾死亡人数占 2001—2010 年间总人数的 3/4。<sup>①</sup>

综合来看,2006—2010 年,随着制度化水平的提高,与 1998—2005 年相比,遏制

<sup>①</sup> RBM, *World Malaria Day 2010: Africa Update*, 2010, <https://rollbackmalaria.com/>, 访问时间: 2018年5月2日。

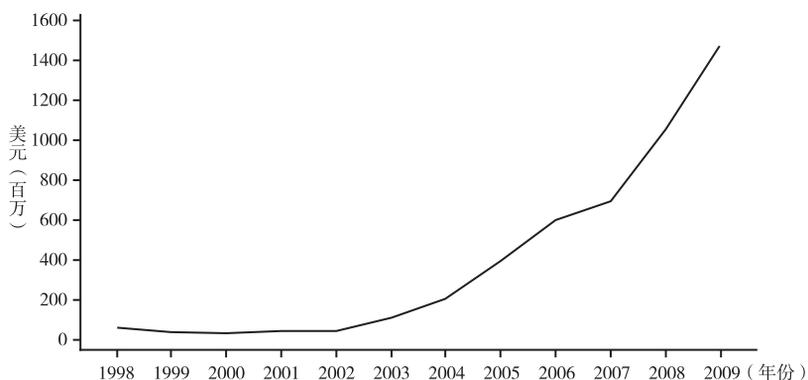


图 17 遏制疟疾伙伴关系参与者在疟疾防治领域的资金投入

资料来源:RBM, *Malaria Funding and Resource Utilization: The First Decade of Roll Back Malaria*, 2010, <http://www.rollbackmalaria.org>, 访问时间:2018年1月2日。

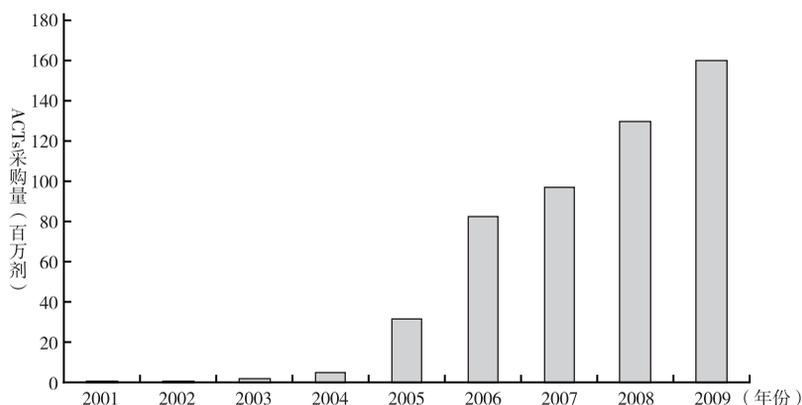


图 18 青蒿素年度采购剂量

资料来源:RBM, *World Malaria Day 2010: Africa Update*, 2010, <https://rollbackmalaria.com/>, 访问时间:2018年4月2日。

疟疾伙伴关系的有效性水平得到提升。然而,缺少私有部门参与的遏制疟疾伙伴关系在世界卫生组织的控制下却难以实现进一步发展。由于缺乏创新性融资渠道,私有部门的资源也没有得到充分挖掘,资金匮乏成为阻碍遏制疟疾伙伴关系工作取得更大成效的重要因素。如图 21 所示,在所需资金变化不大的情况下,非洲地区遏制疟疾所需资金缺口却有逐渐拉大的趋势。此外,缺乏私有部门的广泛支持,各部门之间的意见分歧也势必成为遏制疟疾伙伴关系未来发展的主要限制。对此,数名理事会成员在接

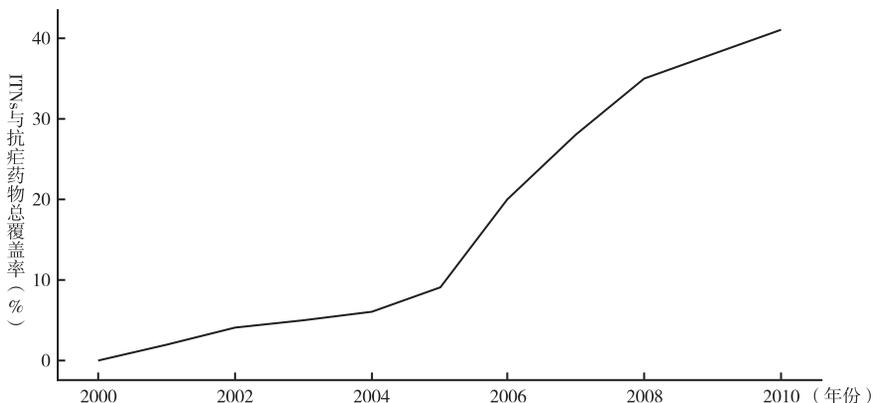


图 19 非洲地区杀虫剂处理的蚊帐和抗疟药物总覆盖率

资料来源:RBM, *World Malaria Day 2010: Africa Update*, 2010, <https://rollbackmalaria.com/>, 访问时间:2018年4月2日。

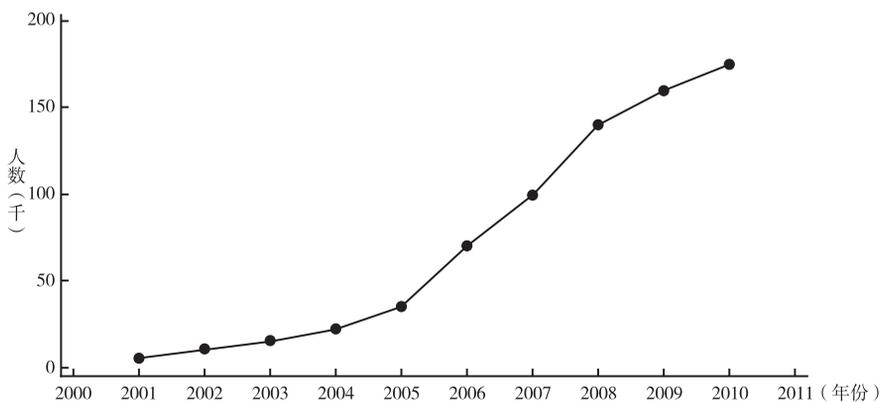


图 20 非洲地区免于疟疾死亡人数

资料来源:RBM, *Saving Lives with Malaria Control: Counting Down to the Millennium Development Goals*, 2010, <https://rollbackmalaria.com/>, 访问时间:2018年1月2日。

受访谈时表示:“世界卫生组织与遏制疟疾伙伴关系其他部门的内部争斗将会是伙伴关系未来难有进展的关键原因。”<sup>①</sup>

### (三) 小结

本文的理论框架预期,全球疫苗免疫联盟的有效性整体高于遏制疟疾伙伴关系的有效性;与机制改革前的遏制疟疾伙伴关系相比,经历2006年改革后的遏制疟疾伙伴

<sup>①</sup> Jonathon Simon, et al., *External Evaluation of the Roll Back Malaria (RBM) Partnership 2009-2013*, p.26.

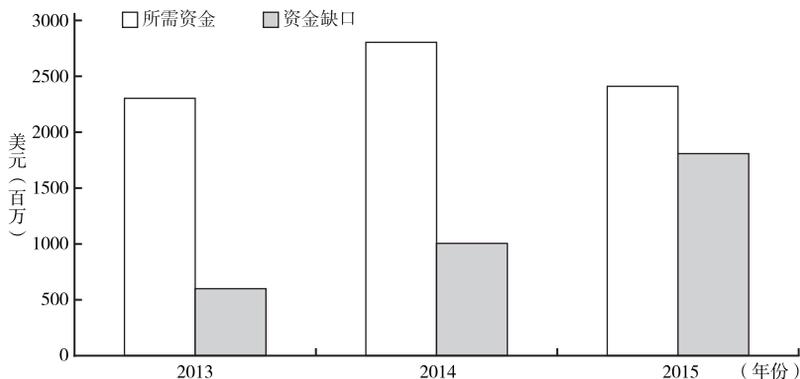


图 21 非洲地区疟疾防治所需资金与资金缺口

资料来源:World Health Organization, *World Malaria Report 2015, 2016*, <http://www.who.int/malaria/publications/>, 访问时间:2018年4月14日。

关系更加有效。实证分析结果表明,全球疫苗免疫联盟在有效性的输出、结果和影响三个维度表现良好,而遏制疟疾伙伴关系在 2006 年之前展开的具体行动较少,有效性水平较低。2006 年之后,遏制疟疾伙伴关系致力于采取一些具体的援助措施,有效性水平有所提升。理论预期与实证分析是吻合的。同时,对两个案例的过程追踪显示,制度化水平与私有部门的参与深度对全球疫苗免疫联盟和遏制疟疾伙伴关系的有效性产生了实质性影响,实际影响路径与理论因果机制基本一致,验证了本文提出的因果机制假设。

## 五 结论

本文对跨国公私伙伴关系有效性的差异做出了解释,提出了以下核心假设:制度化水平与私有部门的参与深度是影响公私伙伴关系有效性的关键变量。在其他条件不变的情况下,制度水平越高,公私伙伴关系的有效性越高,私有部门的参与度越深,公私伙伴关系的有效性越高。基于这两个关键变量,本文构建了解释公私伙伴关系有效性的理论框架。根据理论假设的预期,全球疫苗免疫联盟的有效性在整体上高于遏制疟疾伙伴关系的有效性;由于后者于 2006 年前后实施了制度改革,其在 2006 年之后的有效性应高于 2006 年之前的有效性。实证分析结果符合上述预期。

本文的研究弥补了既有文献的不足。本文构建的理论框架展示了制度化水平和私有部门参与深度影响跨国公私伙伴关系有效性的因果机制。通过比较案例分析和

过程追踪,本文为这一包含因果机制的理论框架提供了有力的实证支持。

尽管如此,本文的实证工作还有些许不足。在案例分析中,全球疫苗免疫联盟与2006年之后<sup>①</sup>遏制疟疾伙伴关系的相关资料大多来源于官方网站的内部评估报告。这些报告可能存在自我夸大之嫌。例如,遏制疟疾伙伴关系在发布年度报告时,通常将所有参与伙伴在疟疾防治领域的行动成果都归于伙伴关系框架下,即使这些行动可能在很大程度上不受遏制疟疾伙伴关系控制。换言之,全球疫苗免疫联盟和2006年之后遏制疟疾伙伴关系的有效性存在高估风险,这一不足需要在未来研究工作中通过更多地参考第三方评估报告以及在治理对象国开展田野调查来弥补。

(截稿:2018年 月 责任编辑:主父笑飞)

<sup>①</sup> 遏制疟疾伙伴关系在2006年之前几乎没有发布过内部评估报告。