

组建意愿联盟，实现全球卫生去殖民化

——意愿联盟的可行性、影响及今后展望



睿纳新国际咨询公司报告

目录

第一章：绪论.....	5
第二章：本报告的目的和目标.....	7
本报告的方法：	7
资料综述：	7
匿名调查：	8
访谈和政策对话：	8
本报告的组织结构：	9
第三章：去殖民化实践指南.....	10
主题一：全球卫生知识生产	10
主题二：全球卫生金融力量	15
主题三：全球卫生治理	21
主题四：全球卫生采购	24
主题五：新冠疫情的影响	27
第四章：结论与建议.....	30
建议	31
针对流程我们提出了两点建议。	33
参考文献.....	34
附件一.....	37

致谢：

睿纳新国际咨询公司（Development Reimagined）感谢所有为本报告做出贡献的人员和组织：

感谢各位访谈专家为确定报告关键主题给予专业指导，感谢各位专家参与政策对话，献计献策。特别感谢 Alexis Moisand、Alex Martins、Caroline Kow、Camilla Knox-Peebles、Cate Oswald、Danny Sriskandarajah、Didier Mouliom、Elena Gillis、Emma Rhule、Hayley MacGregor、Harvy Liwanag、Karlee Silver、Marit Van Lenthe、Melissa Leach、Meghan Kumar、Pascale Allotey、Rosemary Mburu、Rostand Sagu、Solange Baptiste、Tian Johnson 和 Tammam Aloudat。

我们还要向参与调查的全球卫生组织的高级工作人员表示感谢；他们匿名为这份报告做出了贡献。

同时感谢所有全球卫生组织的工作人员，他们正在推动卫生部门的变革——**你们是我们的灵感来源！**

特别感谢 Alise Abadie、Geoffrey Atim 和开放社会基金会/东非开放社会倡议（OSIEA）为本报告的规划和准备提供大力支持。

最后，要特别感谢睿纳新国际咨询公司的团队成员：Hannah Ryder、Leah Lynch、Mohamed Ali、Osarumwense Omosigho、Jing Cai、Rose Wigmore 和 Jade Scarfe。

术语

本术语表列出了本报告中出现的关键术语，以供参考。尽管这些术语在其它地方有不同释义，但睿纳新国际咨询公司在探讨此主题时选择采用如下这些定义。

生物医学——起源于西方的全球标准医疗实践体系，包括各类以科学为依据的方法及治疗手段（手术、药物、人力资源分配和护理）。

重建美好未来——由英国绿色新政组织发起的一项数字运动，已得到来自各领域的非政府组织和民间社会组织的支持；该运动旨在应对新冠疫情，敦促各国政府严格遵照可持续发展目标，改进现有体系。

"黑人的命也是命"运动（BLM）——一项曝光全球范围内对黑人的系统性不平等和暴力行为的社会运动；2013年作为社交媒体标签受到关注。

殖民主义——个人或群体（国家）对其他个人或群体（国家）的领土和/或行为采取的一种统治/控制形式。

去殖民化——废除根植于殖民主义的非正义手段、偏见和制度，以确保所有相关组织、社区和个人的独立性和自主性。

捐助组织——在中低收入国家运作的较大的国际全球卫生组织，资金较充足，覆盖面较广；通常与负责执行的伙伴组织合作，或向其提供资金。

全球卫生组织——规模不一的各种组织，具体关注领域不同，但都聚焦全球卫生领域的发展或人道主义事务。

HIC——高收入国家。

横向干预措施——“通过公共资助的保健系统”实施的保健干预措施，”通常被称为综合初级保健”；包括针对多个相互关联的问题采取的广泛的干预措施。



执行伙伴/基层组织——在中低收入国家开展活动的，规模较小、以地方为基础的全球卫生组织。与大型国际组织相比，资金较少，覆盖面较小。

知识产权——智力劳动的创造性成果，如发明、文学艺术作品、设计、商业中使用的符号、名称和图像。¹在全球卫生领域，知识产权通常与药品和医疗设备的设计专利有关。

中低收入国家——低收入和中等收入国家。

新殖民主义——通过促进社会发展的政策、基础设施及媒介而间接延续殖民时期做法的一种阶级制度。

有色人种——白种人以外的所有人种。

白人凝视——这一文化心理将“白种人”假定为默认人种及先进文明的标杆，并认为有色人种是偏离正常状态的结果。

纵向干预措施——“在选定的干预目标地区实施”的卫生项目，不需要纳入当地卫生系统，可能涉及全球性采购或在该国非目标地区的另一管辖区采购物资，例如采购抗疟疾蚊帐和新冠疫苗。

¹见：<https://www.wipo.int/about-ip/en/>

第一章：绪论



新冠疫情和“黑人的命也是命”运动爆发之后，全球卫生体系中存在的偏见与权力问题愈发明显。一些世界大型卫生组织和人道主义援助组织的骚扰和歧视行为屡屡见诸各大媒体。²虽然低收入国家尤其是非洲国家的抗疫表现并未如预期般悲观，但种族主义带来的影响依然存在。³

新冠疫情暴露了诸多问题，但也提供了解析全球卫生权力架构以及改善运作流程的重要契机。人们再度强调全球卫生体系的利益攸关方应挑战权力上的不平等，消解“白人凝视”，并鼓励独立自主。这也与“重建美好未来”运动的宗旨一致。

“黑人的命也是命”运动、去殖民化与新冠疫情之间的联系

“黑人的命也是命”运动⁴始于 2013 年社交媒体平台上的同名标签，今天仍然是一项重要的社会运动。该运动在全球范围内抵制针对黑人的警方暴力行径与系统性种族主义，同时也突出了中低收入国家人民所面临的更广泛的系统性不平等。这些国家在获得独立前多为殖民地国家。

过去，西方列强在殖民地建立了一整套殖民体系，服务于自身利益，压榨剥削殖民地人民。殖民地独立建国后，大多沿用了原宗主国遗留的治理体系和法律传统，并加入了仍旧由老牌殖民列强主导的全球体系⁵，进一步延续了全球范围内的不平等。当这种不平等蔓延到卫生部门，可能造成致命的后果。例如，医生持有种族偏见，导致病人被误诊⁶；富裕的国家在新冠疫苗生产上占有优势，且能够选择更优惠的支付方式。⁷

²见公开提及各大组织的文章链接。提到的组织包括无国界医生（MSF）、国际发展部（DFID，现为外交、联邦和发展办公室，FCDO）、美国国际开发署；红十字国际委员会、世界卫生组织（WHO）、丹麦难民理事会、国际美慈组织等。<https://www.theguardian.com/global-development/2020/jul/10/medecins-sans-frontieres-institutionally-racist-medical-charity-colonialism-white-supremacy-msf>;
<https://www.telegraph.co.uk/politics/2020/08/26/racism-endemic-dfid-leaked-report-claims/>;
<https://www.nbcnews.com/politics/news/usaid-staff-demand-action-agency-leaders-over-systemic-racism-n1230316>;
<https://www.dw.com/en/un-health-organization-to-investigate-racism-misconduct-allegations/a-47130306>;
<https://www.reuters.com/article/us-global-racism-humanitarian-exclusive-idUSKCN24F0CB>.

³Powell, A (2020.11)。非洲通过“协调与合作”避免了新冠的大范围蔓延。美国之音。<https://www.voanews.com/covid-19-pandemic/africa-spared-worst-pandemic-coordinated-collaborative-approach>.

⁴胡塞尔图书馆：美国民权简史：“黑人的命也是命”运动（N.D.）。霍华德大学法律图书馆。<https://library.law.howard.edu/civilrightshistory/BLM>.

⁵BETTS, R.(2012)。去殖民化：世界简史。BOGAERTS E.&RABEN R.（编辑），《帝国和国家之外：非洲和亚洲社会的去殖民化，1930s-1970 年代》（第 23-38 页）Brill.2021 年 5 月 2 日获取自 <http://www.jstor.org/stable/10.1163/j.ctt1w8h2zm.5>.

⁶医学研究所（美国）理解和消除医疗保健中的种族和族裔差异委员会，Smedley,B.D.,Stith,A.Y.,和 Nelson,A.R.（编辑）。(2003).不平等待遇：医疗保健中的种族和族裔差异。美国国家科学院出版社。

⁷世卫组织称，全球新冠疫苗中分配不公平现象日益严重。（2021 年 3 月）法国 24。<https://www.france24.com/en/health/20210322-covid-19-who-slams-grotesque-global-vaccine-inequity>

回顾历史，全球卫生的发展与欧洲列强的殖民行为及殖民利益有着密不可分的联系。⁸诚然，如今在全球卫生部门中占据主导地位的一些机构，如伦敦卫生与热带医学学院（LSHTM），都可以追溯到殖民时代。⁹但是，全球卫生的使命已经从最初的保护殖民者免受疾病侵害，转为促进全世界范围内的健康公平。这说明，这一领域随着时代发展也已经发生了巨大的变化。尽管如此，在许多情况下，旧的权力结构仍然在发挥作用，依旧在操控中低收入国家卫生举措的议程设置、决策和优先次序的设定。

从过去到现在：本地化、多样性和包容性以及全球卫生去殖民化

在当下的全球公共卫生体系中，中低收入国家（LMIC）往往与一些高收入国家（HIC）缔结伙伴关系。中低收入国家是前殖民地国家，高收入国家是前殖民国家或是将奴隶和种族隔离制度合法化的国家。虽然此类伙伴关系聚焦的是公共卫生问题，但常常也被划归到“发展”和“人道主义”领域。发展领域以四项“发展实效”为主要原则，其中之一项即为发展中国家基于自身国情制定发展目标，伙伴国则提供相应支持。¹⁰本报告不会详尽阐述这一原则的细节或适用性，但值得注意的是，2019年，全球有效发展合作伙伴关系组织（GPEDC）秘书处的一份监测报告指出，“在发展合作项目中，越来越多的项目与发展中国家自身目标的一致性降低，且不再使用该国自身制定的结果指标、统计方法及监测体系。”¹¹

虽然由学者、活动家和卫生行业从业者发起的这类讨论已经持续多年，但全球公共卫生体系的去殖民化才刚刚开始。去殖民化旨在通过考察殖民时代的遗产和保留至今的结构体系，最大限度地消弭全球卫生领域中长期存在的权力不平衡。¹²例如，人们质疑某些国家在全球卫生机构中不受约束，质疑在知识产出方面某些国家决定了向中低收入国家输出哪些研究成果，也质疑某些国际组织在制定公共卫生计划的议程时操纵了权力杠杆。全球卫生组织开始重新强调多样性和包容性（也称为 D&I 议程）。然而，正如本报告将说明的那样，尽管这些行动至关重要、值得提倡且需要继续下去，但是缺乏进展监测指标，而且缺乏统一的组织协调。

迄今为止，还没有一个发展组织——无论是执业组织还是咨询组织——提出过一个简单可行的框架，以确保全球卫生组织能采取切实可行的应对策略，并确保在全球范围内跟踪其进展情况。因此，我们撰写了此份报告，希望能把握当下契机，解决这一迫在眉睫的问题。

⁸ Saha, S., Kavattur, P., & Goheer, A. (2019年4月26日) 如何解决殖民主义在全球卫生领域中的遗留问题全球卫生体系。

<https://healthsystemsglobal.org/news/the-c-word-tackling-the-enduring-legacy-of-colonialism-in-global-health/>

⁹ LSTMED. 全球卫生去殖民化：殖民历史和使劣势永久化的体制结构。 <https://www.lstmed.ac.uk/news-events/seminars-and-lectures/decolonising-global-health-colonial-history-institutional>

¹⁰ 见：<https://www.effectivecooperation.org/landing-page/effectivation-principles>

¹¹ 见第 21 页：[https://www.effectivecooperation.org/system/files/2019-](https://www.effectivecooperation.org/system/files/2019-09/Global%20Partnership%20Monitoring%20Progress%20Report%202019_Part%20II.pdf)

[09/Global%20Partnership%20Monitoring%20Progress%20Report%202019_Part%20II.pdf](https://www.effectivecooperation.org/system/files/2019-09/Global%20Partnership%20Monitoring%20Progress%20Report%202019_Part%20II.pdf)

¹² Leon-Himmelstine, C., & Pinet, M. (2020年6月3日) 新冠疫情如何成为去殖民化发展研究的催化剂？从贫穷到权力。 <https://oxfamblogs.org/fp2p/how-can-covid-19-be-the-catalyst-to-decolonise-development-research/>

第二章：本报告的目的和目标

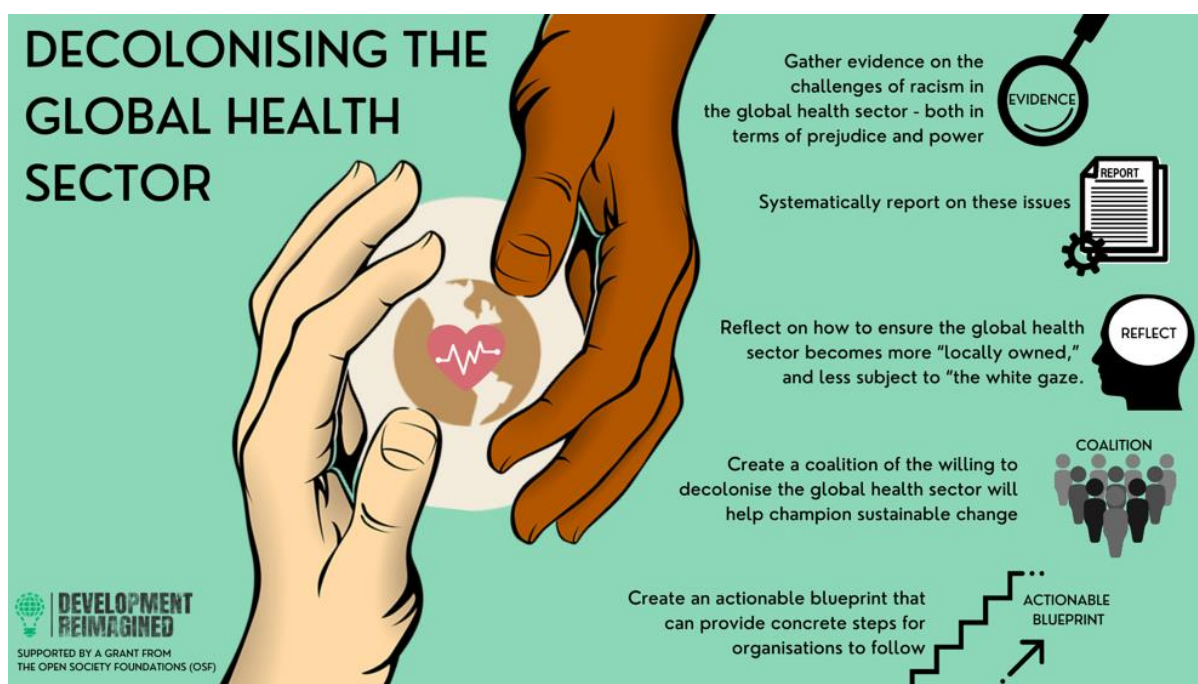
本报告及其所衍生的项目旨在通过考察现状，为在非洲以及其他中低收入国家开展工作的全球卫生组织提供一个整体框架，指导这些组织采取具体步骤实现去殖民化。该框架旨在供全球卫生组织的高级管理团队和董事会使用。在整理访谈、政策对话以及调查的基础上，及利益攸关方积极参与下文所述的各种咨询活动（包括自述调查和几轮对话）的推动下，制定了此次框架。

这一框架旨在制定解决方案及提供建议，以此指导利益攸关方在全球卫生项目中，审视全球性、国家级、地方级、人际间以及机构内部的权利架构，并对此作出改变。就这一方面而言，报告旨在为组建一个切实可行的，以解决方案为导向的“意愿联盟”提供基础框架，并将推动该联盟向前迈进，持续跟踪去殖民化进展，激励更多人加入，并形成长期有效的解决方案，积极应对全球卫生领域的去殖民化问题。

本报告的方法：

本报告主要采用了三种信息收集方法：文献综述、匿名调查和双人/多人对话（图 1）。

图 1：项目方法概述



资料来源：睿纳新国际咨询公司

资料综述：

这份报告分析了 2000 年至 2020 年期间的约 200 份文件，包括期刊文章、报纸摘录、会议纪要和各大全球卫生组织的新闻稿。睿纳新国际咨询公司团队将其认为最有用的约 60 个文档收入了这篇综述中，并引用到了整个报告中。

资料的多样性至关重要。只有阅读各类资料，才能对各类挑战有更深刻的理解。更重要的是，资料综述让我们有机会了解当下的挑战以及行动上的缺口，从而去探索一个可通过其他方法加以验证的新框架。

匿名调查：

我们设计了一项全面的在线调查，旨在了解全球卫生组织和执行/地方伙伴在偏见和权力方面面临的主要挑战。**附件一**所附的调查包括 46 个问题，主要侧重于收集当地执行伙伴的意见，重点是非洲伙伴的意见。我们以直接投递电子邮件和发布在社交媒体平台（包括 Twitter 和 LinkedIn）两种方式将调查问卷分发至 70 多个组织，并要求各组织的高级代表完成调查。这些组织既有基层执行伙伴，也有总部设在欧洲和北美的大型全球卫生组织。在收到的 32 份答复中，这些组织确认，它们参与了中低收入国家卫生项目的筹资、采购、研究与开发(R&D)、政策制定和项目实施过程。

从调查中收集的证据构成了对话讨论的基础，也为我们在撰写本报告的**建议**部分时提供了思路。

访谈和政策对话：

我们与全球主要卫生专家和全球卫生组织的高级人员进行了 10 次半结构化访谈，以确定本次研究的范围。这些访谈使我们能够将研究的重点放在此前未曾涉及的更突出的挑战上。

在本报告即将完成撰写时，我们举行了两次政策对话，再次确认了从研究、调查和访谈中提取的主题，并着重探讨了各组织在这一领域正在实施的具体解决方案。对话于 2021 年 3 月 25 日和 4 月 15 日在线上举行。对话遵循查塔姆宫守则¹³，每次仅限 8-10 个不同组织的代表参与，以确保参与者能够畅所欲言。根据划定的研究范围，我们邀请了利益攸关方参与谈话，其中包括捐助方、项目执行者、国内和国际民间社会组织以及在全球卫生部门工作的研究人员。除此之外，还有来自中低收入国家和高收入国家组织的代表。

政策对话旨在向利益攸关方介绍访谈和调查的初步结果，并探讨可行的建议和措施。我们试图通过对话，使各方反思组织内部是否面临综述、面谈和调查结果中发现的类似问题。借此机会，我们更好地了解了每一个组织内部的去殖民化进展，明白了哪些方法对组织而言最有效。我们开展政策对话的目的是制定出针对种族歧视以及偏见问题的解决方案，这比单纯的讨论更有价值。下文**图 2**罗列了政策对话中用到的引导性问题。

图 2：对话中的引导性问题

问题1：贵公司已经采取了什么措施，或者想要采取哪些措施，来克服调查中讨论的一些挑战？

Q2:哪些举措正在起效，哪些没有起效？
您的员工、管理层、捐赠者或合作伙伴是否支持您的举措？

Q3:贵组织的运营是否受到了新冠疫情的影响？
这一大流行病是促进还是阻碍了你们的去殖民化进程？

问题4：我们如何才能在全球卫生生态系统中以最佳方式共同努力推动去殖民化？
我们需要哪些机制？

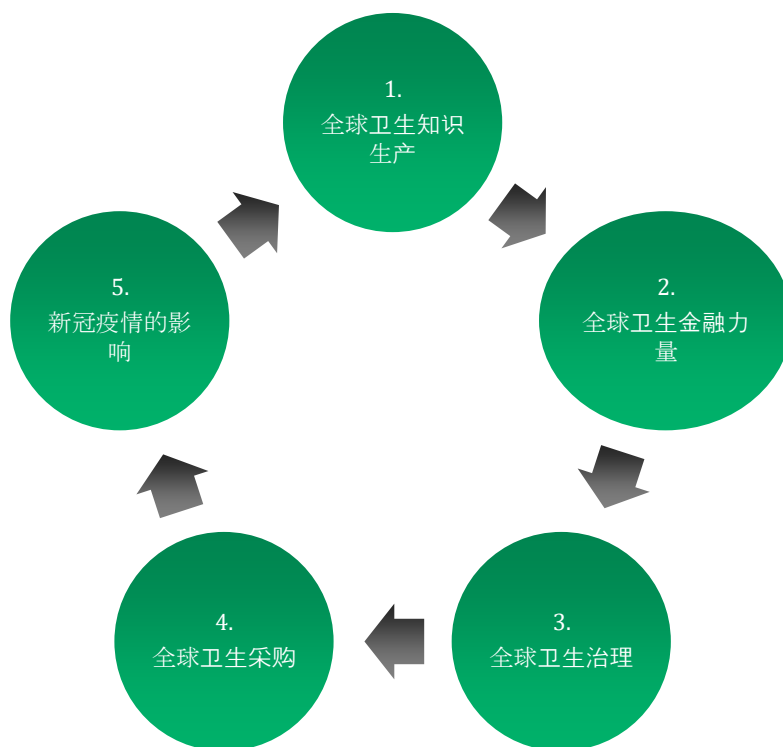
资料来源：睿纳新国际咨询公司

¹³根据查塔姆宫守则，与会者可以披露会议提到的要点和信息，但不得明示或暗示信息来源。本报告遵守这一守则。

本报告的组织结构：

在撰写资料综述的过程中，我们发现所有的挑战都可以归入五大领域，或者说是五大主题。这些主题在某种程度上相互关联，但又各不相同，它们的结合突出了全球卫生部门普遍存在的结构性不平衡和种族主义问题。因此，我们以图 3 中的列出这五个关键主题为提纲，撰写了本报告。

图 3：全球卫生去殖民化进程的五个关键主题



资料来源：睿纳新国际咨询公司

第三章：去殖民化实践指南

本章展开论述了第二章确定的五个关键主题，探讨了主要文献、对调查结果的反思和政策对话的相关内容。本章还涵盖了政策对话和范围界定研究期间收集的案例研究，启发组织预见需要做出的改变，并制定出可行的解决方案。

主题一：全球卫生知识生产

知识生产方式长期以来一直是全球卫生领域去殖民化的主题之一。目前构建全球卫生知识体系的战略，建立在高收入国家的研究人员与直接参与全球卫生项目的人员（通常是中低收入国家的人员）之间不对等的权力关系之上。



举例而言，西方的生物医学仍然被视作卫生领域最受认可的研究手段。¹⁴其他地区的医学以及文化疗法——不论是来自中国、印度、非洲国家、拉美国家还是加勒比海的岛屿国家——都无法与西方的生物医学相提并论。¹⁵要实现全球卫生去殖民化，就需要以批判性思维重新审视这些假设，解决在这一领域开展活动的机构利益攸关方内部存在的结构性不平等，并挑战长期存在的有意识和无意识的偏见。¹⁶

新冠疫情之下，我们更需要根据具体情况开展知识生产。有证据表明，当各方从始至终共享权力时，合作开展的研究能够带来积极的成果。例如，德国、香港、黎巴嫩和巴基斯坦为应对新冠肺炎危机开展了合作研究，取得了良好的成效。¹⁷

知识生产还与中低收入国家中的研究收集方式相关，主要涉及哪国开展研究，哪国最终获得认可，而署名问题是全球卫生领域的一大重要问题。越来越多的证据表明，中低等收入国家的研究人员在数据收集、定性分析或写作方面的研究贡献没有得到充分的认可¹⁸，这些荣誉往往只给高收入国家的研究人员。¹⁹这对来自中低等收入国家的研究人员的研究方向和未来的资助产生了巨大的负面影响。最近的一个例子是刚果医生让·雅克·穆耶姆贝。虽然他是 1976 年第一个调查埃博拉疫情的人，但他的贡献直到 2019 年才获得了国际社会的认可。²⁰而埃博拉病毒的发现仍主要归功于比利时病毒学家彼得·皮奥，当时他从穆耶姆贝寄送的样本中分离出了这种病毒。²¹

¹⁴Carrie, H., Mackey, T. K., & Laird, S. N. (2015) 将传统土著医学和西方生物医学纳入卫生系统：尼加拉瓜卫生政策和米斯基图卫生服务概述。国际健康公平杂志, 14, 129. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0260-1>

¹⁵Ibeneme, S., Eni, G., Ezuma, A., & Fortwengel, G. (2017). 发展中国家的健康之路：理解文化与治疗的交叉点。当前的治疗研究，临床和实验, 86, 13-18. <https://doi.org/10.1016/j.curtheres.2017.03.001>

¹⁶Büyüm, A. M., Kenney, C., Koris, A., Mkumba, L., & Raveendran, Y. (2020). 全球卫生去殖民化：现在不行动，更待何时？英国医学杂志，全球卫生, 5 (8), e003394. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003394>

¹⁷Marten, R., El-Jardali, F., Hafeez, A., Hanefeld, J., Leung, G. M., & Ghaffar, A. (2021). 德国、香港、黎巴嫩和巴基斯坦携手制定新冠肺炎应对方案。英国医学杂志, n243. <https://doi.org/10.1136/bmj.n243>

¹⁸Pai, M. (2019年11月21日) 公平性和多样性问题仍然困扰着全球卫生研究。对话网站 (The Conversation.) <https://theconversation.com/lack-of-equity-and-diversity-still-plague-global-health-research-127239>

¹⁹Abimbola, S. (2019年). 国外的目光：全球卫生学术界的署名问题。英国医学杂志，全球卫生, 4 (5), e002068. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002068>

²⁰Peralta, E. (2019年11月4日) 这位刚果医生发现了埃博拉病毒，但直到今天才被承认。美国国家公共广播电台

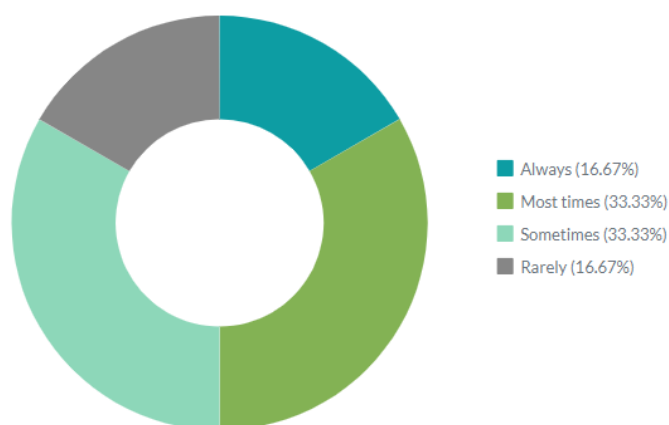
(NPR.) <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2019/11/04/774863495/this-congolese-doctor-discovered-ebola-but-never-got-credit-for-it-until-now>

²¹世界卫生组织. (2018). 让·雅克·穆耶姆贝·坦富姆：将毕生贡献给埃博拉研究, 96(12), 804-805. <https://doi.org/10.2471/blt.18.031218>

我们的调查亦清楚地反映出了这种不公，很多接受调查的基层组织也表示曾有类似的遭遇。调查分析显示，执行组织署名为第一作者的频率低于捐助组织。接受调查的组织中，41%的执行组织称“很少”或“有时”获得第一作者的署名权（图 4）。另一方面，所有捐助组织或未直接参与项目执行的组织都表示，他们“总是”或是“多数情况下”都能获得第一作者的署名权。最近的一份资料研究提取了 2014 年至 2016 年发表在 PubMed 上关于撒哈拉以南非洲“卫生状况”的论文，进一步证实了全球卫生研究中存在的这种权力差异。结果表明，在找到的 7100 篇文章中，仅有 50% 左右的第一作者是来自研究聚焦的国家。²²

图 4：获得第一作者署名权的频率

When publishing reports with partner organisations, how often are you credited with lead authorship?



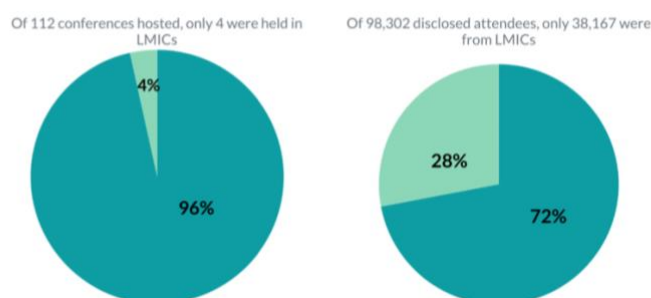
作者身份问题日益受到关注，而身份问题终究是全球卫生领域知识生产过程中存在的权力不对称的表象。我们必须注意到，署名问题不是凭空产生的，要解决这一问题，我们需要解构当今的权力体系，找到权力失衡的根源，因为正是权力失衡导致了某些作者更受青睐。

代表权的问题，不仅仅表现在署名和本地伙伴的领导问题上。在会议的选址与参会人员中同样有所反映。如图 5 所示，《英国医学杂志》的一项研究对全球卫生会议进行了分析²³，其中只有 4% 的会议在中低收入国家举行，而且不到一半的与会者来自中低收入国家。这是一个很严重的问题，因为那些最了解当地卫生挑战的人无法获得相应的权力和影响力。

²²Hedt-Gauthier, B. L., Jeufack, H. M., Neufeld, N. H., Alem, A., Sauer, S., Odhiambo, J., Boum, Y., Shuchman, M., & Volmink, J. (2019). 进退两难：2014-2016 年非洲合作卫生研究署名情况的系统回顾英国医学杂志, 全球卫生, 4 (5), e001853. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001853>

²³Velin, L., Lartigue, J.W., Johnson, S.A., Zorigtbaatar, A., Kanmounye, U.S., Truche, P., & Joseph, M.N. (2021). 全球卫生会议的公平性：影响中低收入国家人员出席全球卫生会议的因素的系统回顾。英国医学杂志, 全球卫生, 6 (1), e003455. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003455>

图 5：中低收入国家代出席在全球卫生会议上的情况 21



资料来源：《英国医学杂志》全球健康，2021 年

这说明在组织会议时，要充分考虑本地执行合作伙伴享有的权利及参与情况，为他们参加会议提供便利。我们的调查分析显示，在会议选址方面也存在类似的情况（图 6）。

图 6：出席会议的限制



然而，超过 83% 的接受调查的组织证实，它们经常被邀请参加全球卫生会议，且参会的捐助组织和执行组织数量相当。但是，尽管收到了邀请，仍有 40% 的组织由于缺乏财政支持和受到签证限制而无法参加会议。这两大障碍都与多数会议在北美和欧洲举行有关。

本地研究人员没有被赋予足够的权力，各方面都受到诸多限制，其主要后果就是缺乏因地制宜的实用型研究。同时也影响到了在中低收入国家开展的全球卫生项目时所使用的框架。学者和政策制定者主张，在使用标准化评估措施衡量全球卫生项目成功与否时，应考虑到当地的文化和语言背景。²⁴

需要强调的是，若无视当地实际情况和表达痛苦情绪的习语，盲目应用医疗模式，很可能导致无效的干预。

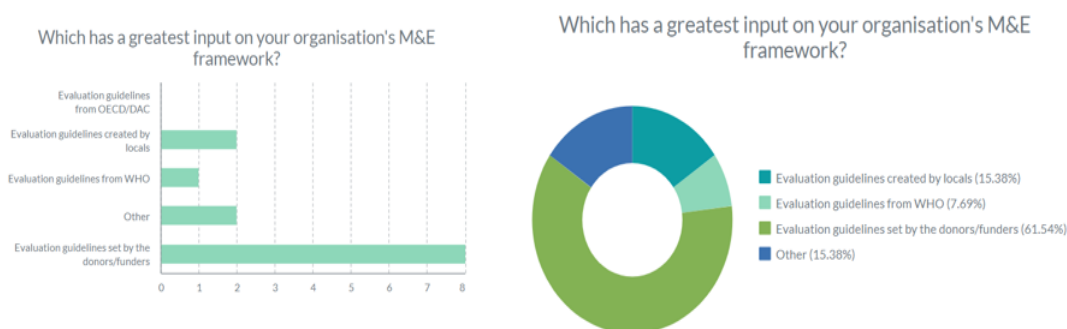
在与全球卫生专家的访谈中，知识产出议题同样备受关注。专家们一致认为，需要将这一领域的知识放在中低收入国家的实际环境中进行“本土化”。有些时候，在全球卫生体系中开展活动的组织，在选择研究及制定战略时，对个体的需求缺乏文化敏感性。例如，政策对话的一位参与者认为，收集数据的研究

²⁴Carrie, H., Mackey, T. K., & Laird, S. N. (2015) 将传统土著医学和西方生物医学纳入卫生系统：尼加拉瓜卫生政策和米斯基图卫生服务概述。《国际健康公平杂志》，14, 129. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0260-1>

受到培训和教育的影响，而我们所接受的培训和教育往往来自西方学术界。例如，在撰写近亲结婚的论文时，我们只会强调近亲结婚是一个问题，完全不会考虑其产生的背景。“我们很多人都不愿意质疑西方社会教给我们的东西”。

在进一步探讨中，专家们还强调有必要评估知识生产的方式，因为这会影响到全球卫生组织确定的优先项目类型。我们的调查也证实了这一点，因为在项目完成后，只有 15% 的全球卫生组织使用了国内/当地制定的评估准则，大多数使用了捐助方制定的评估准则（图 7）。

图 7：监测和评估



同时，在讨论中可以明显看出中低收入国家研究人员的地位。专家们重点提到了“西方在研究中占据领导地位”这一点带来的诸多问题，以及当项目被西方研究人员操纵时，缺乏应有的问责制度。专家表示，全球卫生部门不仅不愿利用非高收入国家产出的知识，而且即使在认识到这些关键问题后，也缺乏立即改变问题的紧迫感。然而，一个参与政策对话的组织提到，他们试图将工作重点转移到地方主导的调查和研究上。他们指出，他们的研究团队现在把重点放在本地研究人员身上，为大学生提供提升能力的机会，同时确保本地研究人员有更多机会成为第一作者。“我们也乐于和他们一起头脑风暴，并且会确保本地研究人员有机会展示他们的工作成果”。

启发性案例研究 1：西非埃博拉疫情中的埋葬习俗。

问题：缺乏因地制宜的政策——清洗/处理死者遗体的传统是西非地区的一项重要文化和宗教习俗，但这也增加了埃博拉病毒在人与人之间的传播。²⁵在控制疫情的同时，卫生组织没有考虑当地实际情况，仅提出了简单的指导性建议，强制停止此类行为。但研究发现当地居民抵制这一建议，且存在尸体下葬后感染病例增多的情况²⁶，因此有必要对这些僵化的建议再行考量。

“在几内亚，我们耽误了几个月的时间，因为我们不了解那里的文化。我们甚至不知道，在一些地区，穆斯林在埋葬前要清洗尸体。我们应该在第一次干预中就安全埋葬技术提出建议，但因为我们这些西方机构和领导人自以为是，使得我们在阻断埃博拉病毒传播的过程中遭遇了很多挑战。”——查塔姆研究所全球卫生安全中心副研究员恩戈齐·埃龙杜（Ngozi Erondu）²⁷

解决办法：卫生组织发布了新的指导方针，在具体说明如何科学地埋葬埃博拉感染者尸体的同时，也考虑到了当地的文化习俗，允许死者亲属举行传统仪式，但也要求当地人民考虑风险，做出适当调整。该指导方针由世卫组织的一个跨学科小组与红十字会与红新月会国际联合会（IFRC）以及世界基督教协进会、伊斯兰救助机构、国际明爱会和世界宣明会等信仰组织合作制定。²⁸“本土化”方案提升了当地人的卫生安全意识，从而减少了感染的发生。²⁹

反思：正如埃博拉案例中所体现的那样，重视因地制宜的研究，重视本地研究者和政策制定者的署名权（例如在卫生指导方面）是实现全球卫生去殖民化的一个重要步骤，并能够在实践中带来更好的结果。然而，仅仅做到这些是不够的，因为这并没有涉及到知识本身。全球卫生领域需要重新审视南北半球学生接受的教育和知识。

²⁵Manguvo, A. and Mafuvadze, B. (2015) 传统和宗教习俗对西非埃博拉传播的影响：是时候进行战略转变了。泛非医学杂志，22 增刊 1（增刊 1），9。
<https://doi.org/10.11694/pamj.suppl.2015.22.1.6190>

²⁶ Lee-Kwan, S. H., DeLuca, N., Bunnell, R., Clayton, H. B., Turay, A. S., & Mansaray, Y. (2017) 埃博拉疫情下社区接受安全、有尊严的患者遗体安葬的促进因素与阻碍，塞拉利昂，2014 健康传播学报，22(增刊 1)，24-30。
<https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1209601>

²⁷DEVEX 问答：“全球卫生筹资远未实现去殖民化”。（2021）
<https://www.devex.com/news/q-a-global-health-funding-is-far-from-being-decolonized-says-ngozi-erondu-99667>

²⁸ Relief Web (2014) 制定安全掩埋准则的背景 <https://reliefweb.int/report/world/field-situation-how-conduct-safe-and-dignified-burial-who-hospite-who-who-hospite-who-who>

²⁹世界卫生组织。（2017 年 10 月）如何安全且有尊严地安葬疑似或确诊埃博拉或马尔堡病毒患者的遗体
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EVD-Guidance-Burials-14.2>

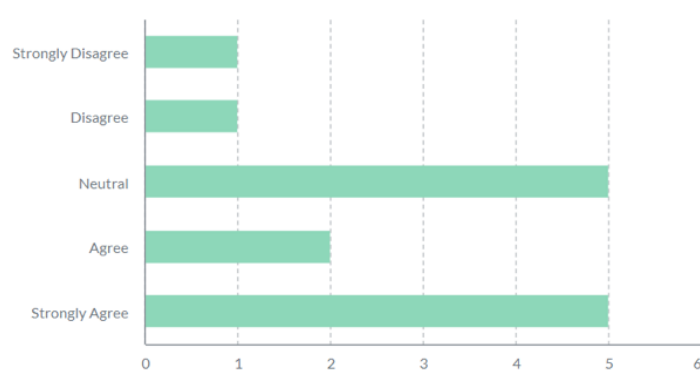
主题二：全球卫生金融力量

在探讨全球卫生体系的运作时，地方自主权不足，未能充分参与项目决策、优先级设定不合理、受资助项目与捐助方的利益捆绑³⁰，都是经常被提及的问题。在发展项目中，这些做法都违背了地方或国家的自主权。

在调查结果中，强有力的证据表明项目决策缺乏地方参与。仅 50% 的组织称，他们的项目符合当地社区的需求，且有当地人员参与其中。（图 8）

图 8：项目是否考虑到实际情境并满足了当地需求？

To what extent do you agree with the following statement “My organisation’s approach to global health initiatives are contextually sensitive?” A contextually sensitive project considers the needs and involvement of the local community

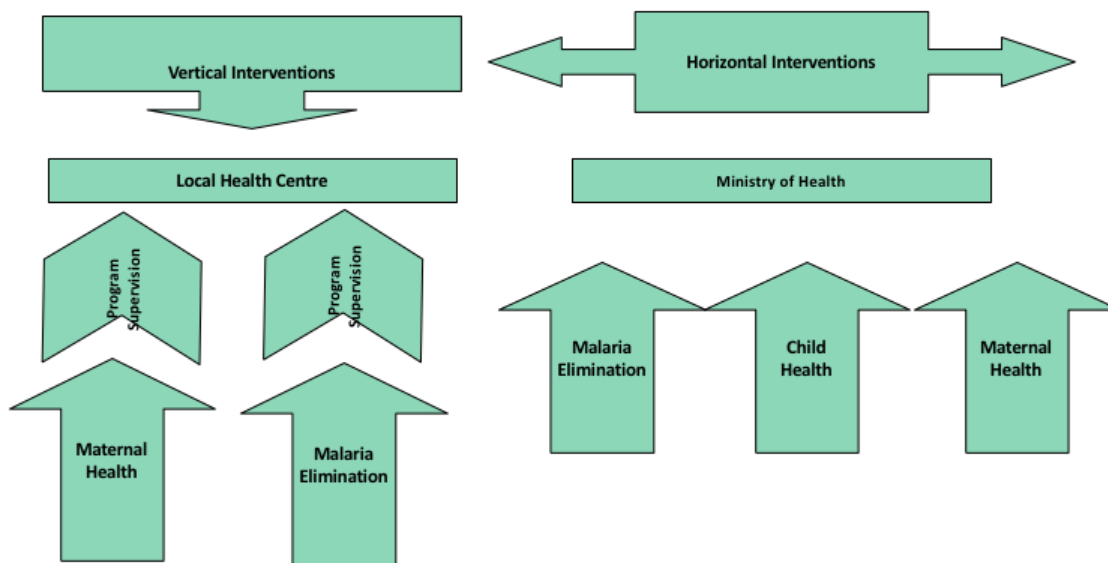


另外，当地人员缺乏决策权也是程序改进方面的一大挑战。所有回答上述问题的组织都表示，他们在项目中的决策权相当有限。再者，全球卫生项目的优先事项往往由捐助方决定。一些组织指出，因为资金有限，很难在地方优先事项和捐助者的利益之间找到平衡。

一些全球卫生组织的资金来源相当不稳定，且捐助方往往预先指定了资金的用途。例如，全球卫生组织往往将项目的优先次序与供资国的外交或商贸政策联系在一起，没有切实关注到受助群体的需求。³² 许多受到青睐的卫生措施都属于垂直干预措施，旨在应对某一疾病或是解决某一问题，例如消灭艾滋病或疟疾。图 9 简要地说明了为达成相同结果采取的横向干预措施和纵向干预措施之间存在哪些主要区别。

³⁰“援助捆绑”是指经费或贷款来源仅限于捐助国或少数国家的公司或组织。因此，援助捆绑常常妨碍受援国获得物有所值的产品、服务——参见 <https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/untied-aid.htm>。

图 9：纵向干预与横向干预的区别



资料来源：睿纳新国际咨询公司

纵向干预措施之所以受到捐助方的青睐，获得大量资金，是因为人们认为其评估指标非常容易量化，很容易说明项目取得了明显成效。相较之下，横向干预措施则需要动用整个卫生体系的力量，涉及诸多问题，需要与初级保健体系相互配合才能解决，成效难以评估。³¹在计划进行纵向干预措施时，组织可以与总部位于供资国的公司和组织（如制药公司）进行协商，请他们执行。这种做法更符合“国家的利益”，在让纳税人同意继续进行对外援助时也更具有说服力。文献还指出，世界卫生组织制定的“2000 全民健康”计划（Health for All by 2000）中充斥这类无效又昂贵的纵向干预措施，也使得这一类措施更加普遍。³²

另外，由于纵向干预措施并未完全融入当地医疗体系，这些措施会分散中低收入国家卫生体系中的关键资源。据世界卫生组织（世卫组织）称，这可能意味着保健工作者“人才外流”，从中低收入国家流向全球卫生机构或北半球国家。世界卫生组织表示，纵向干预措施的资助体系会降低当地卫生体系中的人员薪资。³³薪资差异会使更多医疗人员求职于当地待遇更好的非政府组织，或是直接移民国外，寻求更好的就业机会。³⁴纵向干预措施或许可以在中短期内有效应对某些疾病，但是近年来，此类措施对贫穷群体健康的总体影响受到了质疑。在千年发展目标（MDG）以及可持续发展目标（SDG）中，包括降低孕产妇及儿童死亡率在内的一些关键目标进展缓慢。实现这些目标都需要依托强大的医疗体系和初级保健体系，而进展缓慢的部分原因就是过度依赖纵向干预措施。³⁵

一个执行伙伴组织对调查的答复解释说：“在莫桑比克……卫生筹资中，大多数捐助方都指定将资金用于纵向干预措施。在选择项目时，这会影响到我们对轻重缓急的判断”。该组织表示，虽然政府和捐助者在决策中都发挥了重要作用，但由于资金都有指定用途，当地的重要人士很少有机会影响项目的决策。

³¹Msuya,J.（2003）横向与纵向的卫生服务：各有利弊（英文）。华盛顿特区：世界银行集团。
<http://documents.worldbank.org/curated/en/914491468761944686/Horizontal-and-vertical-delivery-of-health-services-what-are-the-trade-offs>

³²同上

³³Larsson, E. C., Atkins, S., Chopra, M., & Ekström, A. M.（2009）如何强化卫生体系，避免内部人才外流皇家热带医学与卫生学会学报，103(5)，533-534。 <https://doi.org/10.1016/j.trstmh.2008.12.015>

³⁴Saravia,N.G.,&Miranda,J.F.（2011年3月4日）世界卫生组织|减少人才外流。世界卫生组织。
<https://www.who.int/bulletin/volumes/82/8/saravia0804abstract/en/>

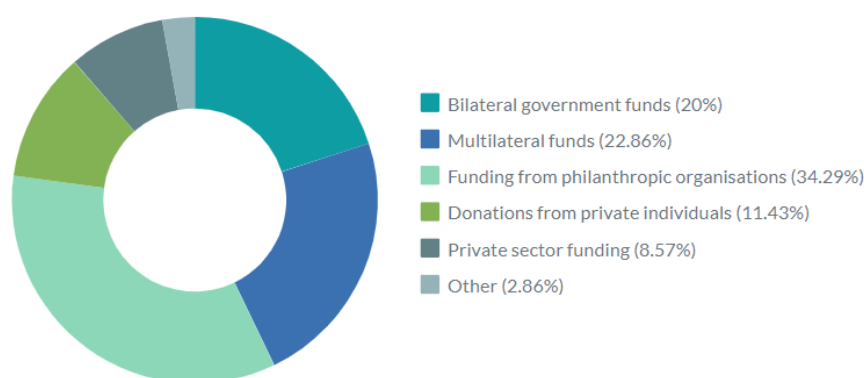
³⁵Fehling,M.,Nelson,B.D.,&Venkatapuram,S.(2013) 千年发展目标的局限性：文献综述全球公共卫生，8(10)，1109-1122.<https://doi.org/10.1080/17441692.2013.845676>

类似的基层组织也对此表示赞同；现有数据表明，尽管它们处在最有利的地位，能够实现持久的变革，但它们得到的直接资助不足 2%。³⁶

调查分析还反映出了全球卫生项目中存在的资金与优先级设定方面的问题，现有文献资料也支持这一分析。主要问题在于对捐助方的依赖：在接受调查的全球卫生组织中，约有 55% 主要依靠捐助者的资金支持（图 10）。举例而言，2016 年，在被忽略的疾病的产品的研发中，美国政府提供了全部资金的 47% 而同年中低收入国家在这方面的资金投入仅为 3%。³⁷

在对话中，不少组织都提到了筹资体系过度依赖供资方的问题。供资机构大多设在全球北方国家，这些国家尚未改进其捐助/供资战略。在这方面，由于捐助者提供的赠款有限，执行组织往往难以分配足够的人力和其他资源来开展必要的活动。

图 10：项目资金来源：资金从何而来？

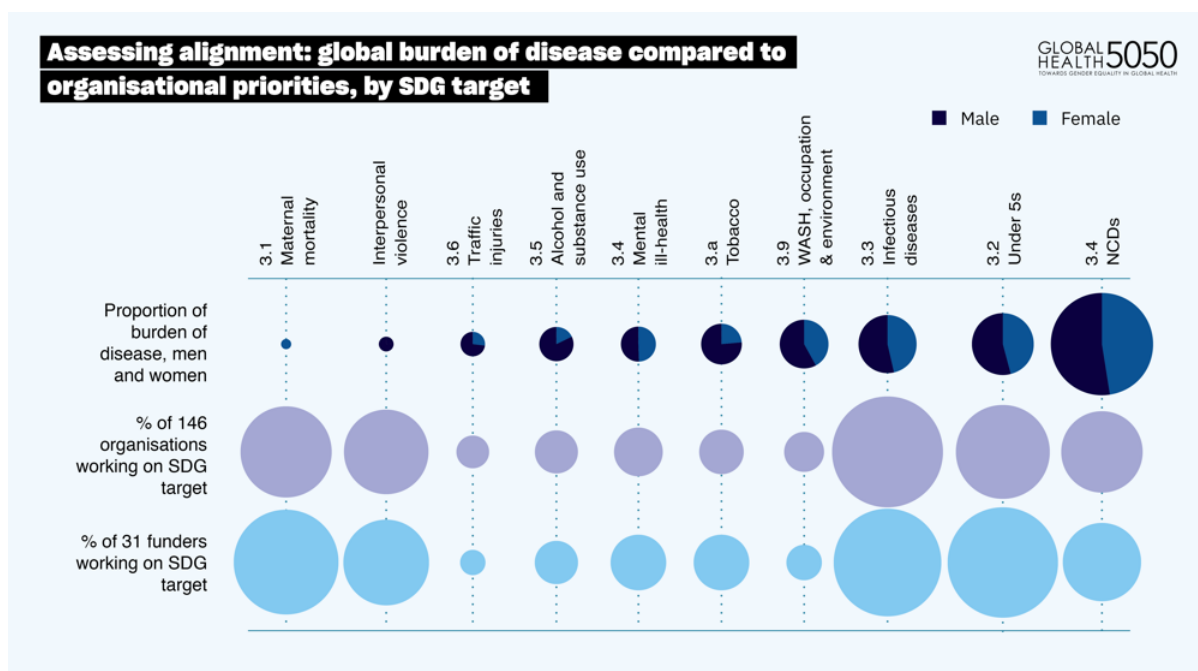


调查结果以及对话内容都表明，如果能够改变筹资机制，不设定资金用途，不受捐助方利益驱动，使其更具备可持续性，那么卫生组织能够选择开展那些更符合社区利益的项目。

³⁶红十字会与红新月会国际联合会。(2015).《2015 年世界灾害报告：关注地方参与者——人道主义实效的关键》红十字与红新月联合会。<http://ifrc-media.org/interactive/world-disasters-report-2015/>

³⁷Beyeler N, Leshner S, Yotebieng M. 改进全球卫生研发的资源调动机制：协调平台的作用？英国医学杂志，全球卫生，2019；4:e001209。<https://gh.bmj.com/content/4/1/e001209>

图 11：按可持续发展目标指标分列的全球疾病负担与各组织优先事项的对比 30



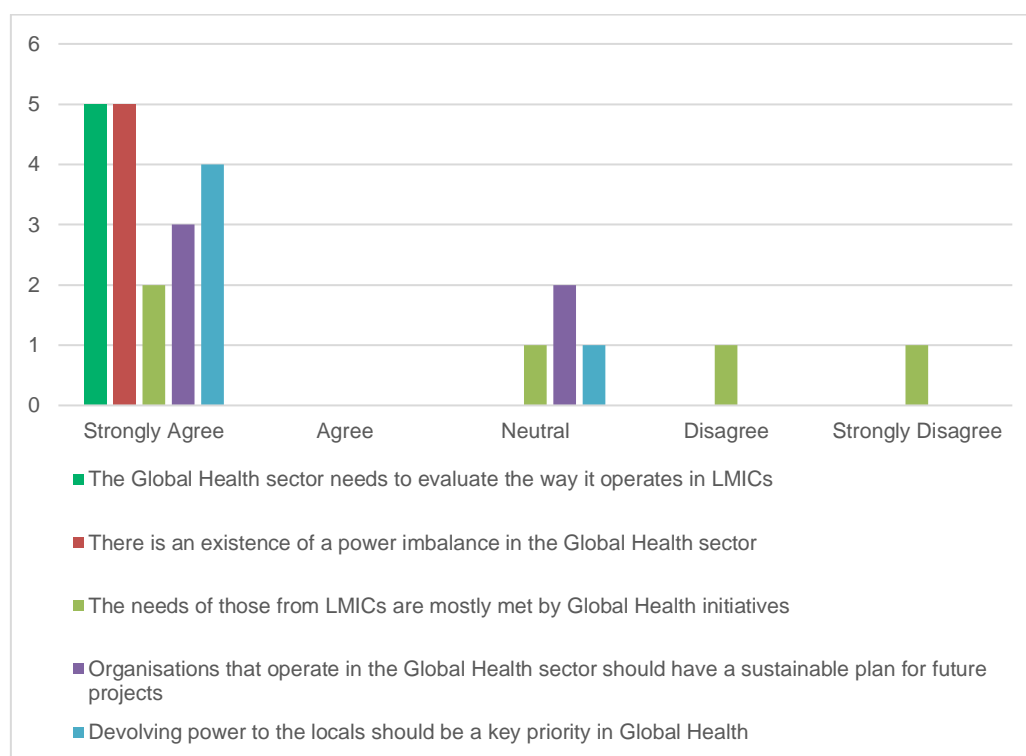
资料来源：全球卫生 5050，2020 年

在考察全球卫生组织的优先项目时，我们发现卫生组织的目标与中低收入国家的疾病负担之间，存在明显出入。如图 11 所示，早在千年发展目标时期，孕产妇及儿童死亡率问题就被列入了议事日程，如今，尽管这一问题带来的负担小于非传播性疾病（后者是当今世界人口过早死亡的主要原因），但依旧被列入在优先事项中。³⁸优先级的错位也与项目中的权力失衡有着密切关系。

图 12 所示的调查分析表明，接受调查者一致认为，全球卫生部门中存在权力不平衡现象，这一部门应该重新评估其在低收入和中低收入国家的运作方式。多数（75%）组织强烈赞同应该优先将权力转移到当地人士手中，所有组织都认为权力的重新分配“重要”或“非常重要”。

³⁸全球卫生 5050。（2020 年）权力、特权和优先权全球健康 5050，英国伦敦。https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/2020/03/Power-Privilege-and-Priorities-2020-Global-Health-5050-Report.pdf

图 12：是否需要重新评估全球卫生部门？



在讨论发展中国家项目的管理和决策问题时，许多参与谈话的人士都意识到了权力动态问题。不少组织认为当前的决策模式难以持续。这一模式虽然重视本地自主权，但是也强调遵从捐助方设定的目标。目前大多数全球卫生组织依赖于外部的自愿捐助，资金来源不稳定，导致这些组织的能力受到限制，仅能开展部分类型的项目。

在政策谈话中，有一个组织提到，他们已经开始从更多的渠道筹措资金，例如收取咨询费和使用费。这有助于他们积累更多资源，资助他们认为对其社区最重要的活动。然而，他们也指出，这一举措仰赖于主要资助方的支持，成功与否也没有任何保障。对许多组织而言，资金来源多样化是一项巨大的挑战，尤其是在资金窘迫时间紧张的情况下。

最后，学者们³⁹强调了协调平台的重要性。这类平台可以激励供资者和研究人员分享正在进行的项目、过去成功与失败的案例以及预期的投资组合。这样可以尽可能避免出现项目资金不足或重复投资的情况，能够帮助资助方做出收效更高的投资决策。信息共享机制可包括实时更新进程，以确保透明度以及资金与项目的及时对接。

³⁹同上

启发性案例研究 2：积极解绑全球卫生金融力量

问题：2002 年，盖茨基金会与科学界联手，资助了一项“大挑战”，旨在汇聚全球的最聪明的头脑，共同改善全球健康状况。然而，在盖茨大挑战项目最初的 44 位领导者中，只有一位来自发展中国家（中国）。项目的领导人很快意识到这会使得项目缺乏可持续性。他们不仅仅是要输出构想，也需要汇集创意。

解决方案：加拿大大挑战（Grand Challenges Canada）由此诞生，旨在填补投资领域的空白。“加拿大大挑战”计划主动从世界各国征集创意与创新方案，并主动为获奖方案提供资助。一些中低收入国家的革新者正在努力将科技、社会、和商业创新结合起来。大挑战计划为这些人提供了资金支持，以推动商业创新，使研究成果能够最终落地。到目前为止，已有 106 个国家的 1300 多项创新得到了“大挑战”的资助。⁴⁰

反思：大挑战这类主动扶持机制非常有价值，可以引入各大全球卫生组织。但是单纯的资金扶持是不够的，需要想方设法吸引更多创新方案。内部人员不仅要日复一日评估来自全国各地的构想，还要主动出击，寻觅创意。不能单纯地守株待兔，期待好的方案不请自来。

⁴⁰加拿大大挑战。 <https://www.grandchallenges.ca/what-we-do/>

主题三：全球卫生治理

为了实现全球卫生去殖民化，参与议程制定和决策的主要机构必须主动解决内部权力不平衡问题。在研究、调查和对话中被屡次提到的与全球卫生治理相关的问题包括：组织总部往往位于全球北部、特定发展部门之间存在固有薪酬差距，以及中低收入国家人员和专家担任全球卫生领导职务的比例较低。这就是我们需要制定多样性和包容性议程的原因。

大多数全球卫生组织都设在高收入国家，最近对 198 个全球卫生组织的调查显示，近 90% 的组织总部设在北美或欧洲。⁴¹开展去殖民化讨论的目的是将去殖民化的重心转移到增加中低收入国家卫生项目中组织结构的包容性和多样性上。总部设在高收入国家这一现状本身就限制了多样性和包容性。例如，这些组织要求职位申请者必须是这些国家的公民或在这些国家拥有工作许可。⁴²这样一来很难实现真正的多样性，因为移民政策本身可能就存在种族定性。此外，全球卫生体系的许多专家认为，如果没有当地伙伴的投入，全球卫生项目将继续延续以欧洲为中心的世界观，无法充分反应一些其他国家制定的成功的替代性政策，也不能满足当地社区的需要。

另一个治理方面的重点是组织内部人员的双重薪金制度。采用双重薪金制度是中低收入国家和高收入国家研究人员薪酬不平等的标志。在针对六个中低收入国家和新兴经济体的 1290 名卫生工作者开展的薪酬不平等调查表明，项目参与者对薪酬不平等普遍表示不满。⁴³许多组织开始探讨如何缩小“总部”工作人员和“实地”工作人员之间的薪金差距，重点通过统一薪级表来改善公平性。⁴⁴在这方面经常提及的问题包括在平衡工作人员福利时遇到的税收和货币兑换上的困难。

在《致无国界医生高级管理层和同事的公开信：从言语到行动反种族主义》⁴⁵这一覆盖范围广泛的文章中，也提到了要改变这一双重薪酬的现状。其中，来自无国界医生的 200 多名工作人员在信中强调，当地工作人员与“国际/外籍”工作人员之间差距正在日益拉大——这包括整个组织中始终存在的双重薪酬制度和机会不平等现象。无国界医生现已作出承诺，平等对待组织中的每位员工。

调查分析显示，本次调查中有一半的全球卫生组织没有实行双重薪酬制度。然而，直接实施项目的组织中有 80% 采用双重薪酬制度（图 13）。资料综述以及政策对话中也再次明确了这一点，即必须建立可持续的薪酬制度，使高收入国家和中低收入国家的雇员都能接受。在讨论双重薪酬制度时，一名对话参与者指出，这并不完全由执行组织来决定：“工薪标准存在差异，部分原因在于捐助者规定‘国际’和‘本国’工作人员不得享受相同的工薪标准。”

⁴¹Pai, M. (2019 年 11 月 21 日) 公平性和多样性问题仍然困扰着全球卫生研究。对话网站 (The Conversation) <https://theconversation.com/lack-of-equity-and-diversity-still-plague-global-health-research-127239>

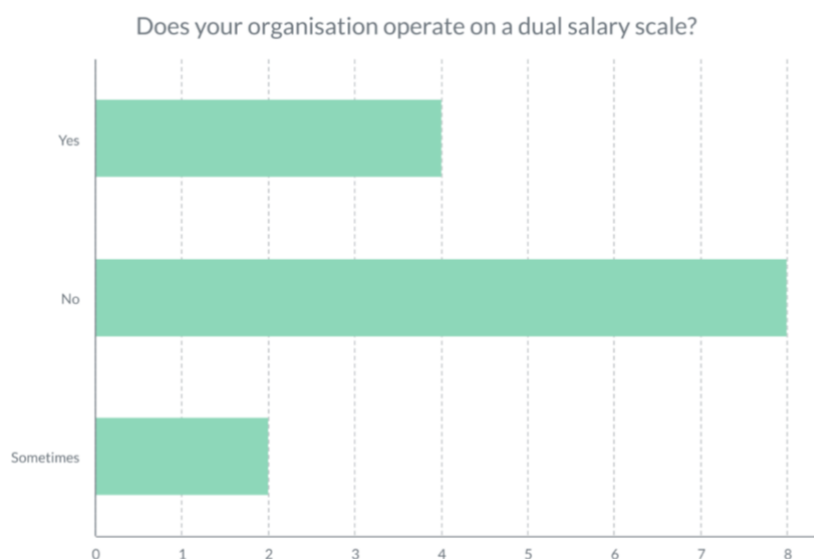
⁴²Matahari 全球解决方案和南部非洲艾滋病与权利联盟 (ARASA), 《开题报告：全球卫生中的种族多样性》(2021)

⁴³Carr, S. C., McWha, I., Maclachlan, M., & Furnham, A. (2010) 六个国家中国际与本地人员间的薪酬差异：是否不利于减贫？国际心理学杂志, 45 (5), 321-340. <https://doi.org/10.1080/00207594.2010.491990>

⁴⁴McWha-Hermann, L., Jandric, J., Wakefield, S., Carr, S. C., Grund, C. 和 Moutou, M. (2017) 公平项目：探索国际非政府组织实现奖励公平的可行方法英国爱丁堡：爱丁堡大学。 https://www.project-fair.business-school.ed.ac.uk/sites/project_fair/files/2020-09/project-fair-report-web.pdf

⁴⁵“致无国界医生高级管理层和同事的公开信：从言语到行动反种族主义” https://docs.google.com/document/d/1FKb0jPiR5G0gNMNz-vuWPVwBnYjdoverHhysCDh_P88/edit

图 13 薪酬结构差异



另一项重大挑战涉及员工的多样性，包括普通员工、高层员工以及咨询委员会或其他委员会中人员配置的多样性。⁴⁶一些全球卫生组织提供了关于种族或地理多样性的具体报告。例如，艾滋病规划署（UNAIDS）在其年度多样性报告中详细说明了按地域、性别和其他类别划分的人员比重。2019 年，一份向联合国会员国发布的汇总报告显示，联合国机构（包括儿童基金会、开发计划署、难民署和人口基金会）的近 15000 名工作人员中，有 26% 来自非洲国家⁴⁷；而联合国艾滋病规划署的定制报告显示，该组织有 29% 的工作人员来自撒哈拉以南非洲的一小部分国家，而大多数艾滋病病例恰恰是集中在这些国家。⁴⁸这种责任意识应当和性别平等意识一样，贯穿联合国体制内外。例如，联合国为促进性别平等实施了《2018-2022 年联合国全系统性别平等和增强妇女权能行动计划》（全系统行动计划），而艾滋病署也是该计划下表现最好的组织之一。⁴⁹开放社会基金会最近也开始提供基金会两个最大的中心办事处（美国和英国）的种族多样性及性别多样性报告（德国办事处也提供了性别多样性报告）。⁵⁰

其他一些全球卫生组织也已作出承诺，使董事会和高级管理层人员配置多样化，确保更好地指导和提拔有色人种的工作人员，并改进种族主义问题的报告机制。⁵¹

最后，扫清举报种族主义做法或骚扰行为时的一切阻碍，也是该部门去殖民化的一项关键措施。文献表明，在全球卫生部门内，举报种族主义行为非常困难。例如，据报告，2019 年，无国界医生收到了 7 起关于种族歧视的正式投诉，经调查后证实的不到 5 起。⁵²世界卫生组织于 2019 年启动了一项内部调查，其中包括于 2018 年提出的对非洲籍工作人员存在种族主义行为的指控。⁵³这份报告尚未公开。另一方面，采取强有力的措施，防止性剥削、性虐待和性骚扰的发生，对发展组织的正常运作至关重要。例如，英

⁴⁶<https://globaldiversitypractice.com/what-is-diversity-inclusion/>

⁴⁷<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N20/304/60/PDF/N2030460.pdf?OpenElement>

⁴⁸https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_PCB46_A-Fit-for-Purpose-Workforce.pdf

⁴⁹<https://www.unaids.org/en/taxonomy/term/772>

⁵⁰<https://www.opensocietyfoundations.org/employment/our-commitment-to-diversity>

⁵¹例如，参见英国无国界医生组织、国际美慈组织、机构间常设委员会（IASC）的承诺声明：<https://msf.org.uk/msf-uk-board-trustees-statement-institutional-racism>；<https://www.mercycorps.org/press-room/releases/black-lives-matter>；<https://interagencystandingcommittee.org/statement-principals-inter-agency-standing-committee-addressing-racism-and-racial-discrimination>。

⁵²<https://www.theguardian.com/global-development/2020/jul/10/medecins-sans-frontieres-institutionally-racist-medical-charity-colonialism-white-supremacy-msf>

⁵³<https://apnews.com/article/health-ap-top-news-international-news-world-health-organization-race-and-ethnicity-0309500d252b4d63aab359d4c4e1965f>

国外交、联邦和发展办公室（FCDO）为受援国家或地区建立了监测和报告机制。⁵⁴在种族主义问题上，全球卫生领域（或更广泛的发展领域）中似乎不存在类似的机制，这是一个亟待填补的空白。

启发性案例研究 3：改变结构以实现去殖民化——世界艾滋病运动国际（WACI）

问题：从 1997 年开始，世界艾滋病运动国际（World AIDS Campaign International）成立，总部设在欧洲，在欧洲、非洲、亚洲、中东和北非等地区开展工作，重点提高公众对全球艾滋病防治工作中一些具体问题的认识，支持并推动世界各地不同民间社会群体中的艾滋病宣传与防治活动。这一组织牵头创立了国际世界艾滋病日，2008 年甚至在非洲（南非）注册了第一个办事处。然而，多年来，这一组织发现，由于组织的结构问题，很难一丝不苟地落实各项责任，也很难简化流程、开拓创新。

解决方案：2016 年，该组织决定进行重组，重塑形象，成为一个总部设在南非的组织——WACI Health。该组织将总部员工人数削减了三分之二，但是实地团队仍然圆满履行了所承担的项目职责。WACI Health 还有一位非洲首席执行官和一个多元化的领导团队，它的一个捐助组织在全球开展工作人员薪酬公平审查。

反思：我们应该努力重构全球卫生领域的领导和治理体系，让更多有色人种加入组织及组织的高层。尽管单纯做到这些还不够，但这一点仍然至关重要。因为它有助于确保组织在内部及外部的各个方面都纳入去殖民化做法，而不仅仅局限于人员配置问题。

⁵⁴https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/916516/Safeguarding-Strategy-10092020.pdf

主题四：全球卫生采购

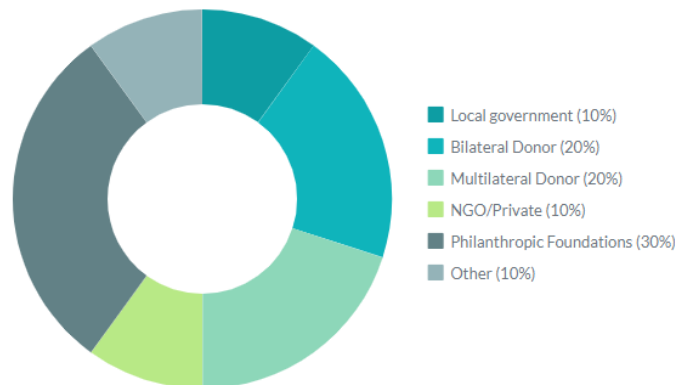
稳定地获得药品、设备、诊断和设备对于国家和全球卫生供应链都至关重要，也是一切卫生项目取得成功的基础。在这方面，研究、调查和对话提到的有关全球卫生去殖民化的问题包括：供应链过时、官僚机构拖延、关键商品和（或）服务本地供应不足等等。一些观念和体系的存在使得贫穷国家持续从事成本更高的低端制造业，从而造成了上述问题。

具体地说，尽管许多国家为实现可持续发展目标投入了大量资金并取得了一定进展，但发展中国家在获得基本药品和医疗物资方面的情况几乎没有改善，因为采购和供应链结构，特别是公共部门的采购和供应链结构，往往是 50 多年前发展起来的。⁵⁵此外，随着国家变得更加富裕，中低收入国家逐渐失去了获得资助的资格。例如，一旦国家的人均国民总收入超过 1165 美元，就不再有资格获得国际开发署（IDA）的优惠贷款。因此，许多中低收入国家必须通过由捐助者管理的集中机制，采购很大一部分的卫生产品，且往往以补贴价采购或是直接接受外界的捐赠。但在采购基本非专利药品时，仍需支付最低国际参考价的 20 至 30 倍。⁵⁶

在与参与采购的利益攸关方的访谈中，我们很明显地看到，卫生产品的采购仍然严重依赖捐助方。根据调查，大约 30% 的采购资金来自慈善基金会。双边捐助者和多边捐助者共占 40%（图 14）。

图 14：采购资金来源

Where does the majority of funds used to procure goods come from?



对话期间讨论了采购中的实际问题。全球卫生组织在中低收入国家卫生产品的采购中发挥着关键作用。联合国人口基金会（UNFPA）、儿童基金会供应司和国际药品采购机制等组织负责产品采购、市场准入和交付。其他全球卫生利益攸关方将重点放在提供卫生产品上。例如，全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金（全球基金）每年在采购全球卫生产品方面的支出估计为 20 亿美元，2017 年，这一支出几乎占到其年度支出总额的一半。⁵⁷在中低收入国家，购买力往往掌握在少数几个全球卫生捐助者手中。由于选择权掌握在这一小部分人手中，就无法对采购成本、数量、及产品性能进行比较，也无法进行严格的审查。

⁵⁵Magner, M., & Yadav, P. (2017) 为未来设计全球卫生供应链。美国密歇根大学威廉·戴维森研究所。 <https://wdi.umich.edu/knowledge/designing-global-health-supply-chains-for-the-future/>

⁵⁶Silverman, R., Keller, J.M., Glassman, A., & Chalkidou, K. (2019)。应对全球卫生采购的三重转变。全球发展中心。 <https://www.cgdev.org/better-health-procurement>

⁵⁷Lindstrom, A., & Coronado-Garcia, L. (2020 年 5 月)。卫生产品的可持续采购指南联合国开发计划署。 <https://www.undp.org/publications/guidelines-sustainable-procurement-healthcare-commodities-and-services>

还有一些情况可能会导致卫生产品延迟交付。对话中提到了试剂采购的案例。由于当地几乎不生产试剂，所以即便需求量很小，也必须通过国际采购，来获得这些需要超低温冷链运输的产品。订购试剂花了几个月的时间，走完了国际规定的各项流程，结果发现并不适用。

集中采购的另一个挑战是采购的货物难以满足地方的特殊需求。例如，在秘鲁工作的一个组织指出，秘鲁是世界上仅有的五个采用特定电流的国家之一。新冠疫情期间，秘鲁与许多其他国家一样，医用氧气和特定设备出现严重短缺。虽然制氧机可以拯救大量生命，但由于过去产品利润少，全球只有四家制造商生产可在秘鲁使用的呼吸机。该组织指出：“要解决这一问题并不容易。“必须采取激励政策……刺激某些产品/服务的需求……此外，捐助方的采购要求往往很苛刻，带有官僚主义色彩，还限制了商品的选择范围（如采购成本）。

因此，要实现去殖民化，全球卫生组织需要将采购方面的更多决策权下放给参与执行的组织。

但分析表明，去殖民化还需要更进一步，要充分激励当地制造业。尽管在全球范围内非洲的传染病和贫困负担最为沉重，但非洲人民却最难获得基本药物。⁵⁸1990年代初，在南非刚刚摆脱了艾滋病毒/艾滋病危机的时候，人们就中低收入国家本土制造（包括生产非专利药品）的重要性进行了大量讨论，认为本土制造能够减少对外部支助和知识产权的依赖。⁵⁹然而，随着纵向干预措施取得明显成效（见主题 2），这些问题被逐渐掩盖了。实际上，这些纵向干预措施反而会使得物资缺口更大，因为它们没有投资于卫生系统或改善基本物品的供应，而是将资金投入范围狭隘的项目。

2018年，联合国艾滋病规划署发布了一份旨在鼓励中国在非洲大陆投资药品生产的报告。该报告指出了本地生产的重要性，⁶⁰并总结道，在所述 21 个非洲国家中，有 18 个国家将药品生产列为国家优先事项，充分说明了接受调查的国家有这方面的需求，也在致力推进本土制造。报告还显示，21 个国家都从中国进口了卫生产品，包括部分中药产品。在这些国家中，中国出口的产品最多占到市场份额的 5%。南非、埃及和尼日利亚是中国医药产品的最大进口国，2017 年三国的进口额都超过 3 亿美元。

由于大部分发展中国家的采购制度已经过时，亟需不断改进采购做法及采购制度，以应对全球卫生领域中的变化。例如，中低收入国家在失去受助资格后面临转型；全球疾病负担从传染性疾疾病向非传染性疾疾病转移；为实现雄心勃勃的全民医保计划，越来越多的卫生部门正在采取各项改革举措；运用尖端技术正成为最佳的商业做法。改进采购做法意味着重点改革国际机构的贷款政策、提升供应链的可持续性并确保供应链由国家掌管。应重点关注发展中国家如何实现本地生产，从而通过本地供应商购买货物和（或）服务。这不仅有助于实现可持续性、提升当地市场参与者和机构的能力，也一直是美国国际开发署和全球疫苗和免疫联盟重点关注的方面。⁶¹从长远来看，这是至关重要的。即使中低收入国家经济实力增强，失去了接受捐助的资格，如果没有本土制造体系，它们可能很难弥补资金方面的损失。

在调查分析中，约有一半的组织提到了本地采购卫生产品的重要性。尽管如此，另外一些组织并不支持本地采购，因为它们认为中低收入国家既没有能力也没有现成的基础设施来开展本土制造。缺乏建立本地制造网络的激励措施，进一步导致了地方过度依赖总部设在全球北方的大型私营公司。如今，围绕着新冠疫苗的获取，人们重新开始了这方面的讨论，呼吁制造“人民的疫苗”。⁶²例如，非洲疾控中心在 2021

⁵⁸Arney, L.&Yadav, P.(2014) 改进发展中国家卫生项目中的采购方法美国密歇根大学威廉·戴维森研究所。https://wdi.umich.edu/wp-content/uploads/WDI_-_Improving-Procurement-Practice-in-Developing-Country-Health-Programs_Final-Report_2.pdf

⁵⁹Russo,G.,Banda,G.重新思考非洲的药品生产：对莫桑比克和津巴布韦本地制造业动态分析的见解。国际发展比较研究，50，258-281（2015年）https://doi.org/10.1007/s12116-015-9186-2

⁶⁰睿纳新国际咨询公司新报告旨在促进中国对非洲制药行业的投资（2018）https://developmentreimagined.com/portfolio-posts/portfolio-04-3-2/

⁶¹Yadav, P., Alphs, S., D'Souza, C., Comstock, G., & Barton, I. (2018). 全球卫生领域的本地采购和供应商开发：对四国供应链管理系统中本地采购情况的分析全球卫生、科学与实践，6（3），574-583。https://doi.org/10.9745/GHSP-D-18-00083

⁶²https://mg.co.za/coronavirus-essentials/2020-07-06-decolonising-the-coronavirus-vaccine/

年 4 月启动了一项高调的非洲本土疫苗制造计划。⁶³一名对话参与者提到：“非盟内部出现了一项运动……旨在提高当地生产新冠肺炎疫苗以及其他医疗设备、用品和消耗品的能力……”

在采访中，一位在马里和埃塞俄比亚经营两家制药厂的中国投资者反映，私人投资能够提高当地的生产能力，不仅可以让当地人获得更多能够挽救生命的日常药品，而且能够切实开展技术转让、提升本地管理技巧。

中低收入国家在失去受助资格之后正在努力转型，同时还需应对流行病学态势及疾病负担的转变，努力实现全民健康覆盖（UHC）。对这些国家而言，非殖民化的，可持续的卫生产品采购至关重要。

启发性案例研究 4：本土制造口罩，应对新冠疫情

问题：随着政府加强抗疫的卫生措施，中非共和国成为了非洲大陆首批规定必须佩戴口罩的国家之一。然而，与世界上许多国家一样，政府面临在国内外采购口罩的巨大挑战。⁶⁴在难以要求人们保持社交距离或自我隔离的国家，佩戴口罩是防疫的一项必要应对措施。

解决方案：中非共和国在短短两个月内就生产了 200 多万只口罩，正在通过世界银行 LONDO 项目向中非共和国公民免费发放。该项目不仅挽救了很多生命，还带来了 40 多万天的工作机会。⁶⁵

反思：贫困国家没有足够的“能力”生产医用品这一想法是殖民思维的遗毒。一些国家成功地在新冠疫情中扩大了当地医疗用品的生产规模。全球卫生组织应该看到这些案例，改变陈旧观念，并利用组织的采购能力来促进这种改变。例如，全球卫生组织在采购供中低收入国家使用的用品时，可以规定采购的物资至少有 10%是在当地生产的。这将大大有助于促进地方出台这方面的激励措施。

⁶³<https://africacdc.org/news-item/african-union-and-africa-cdc-launches-partnerships-for-african-vaccine-manufacturing-pavm-framework-to-achieve-it-and-signs-2-mous/>

⁶⁴世界银行博客。中非共和国的口罩制造（2020）<https://www.worldbank.org/en/news/feature/2020/08/03/a-lifesaver-in-times-of-covid-19-face-masks-made-in-post-conflict-central-african-republic>

⁶⁵同上

主题五：新冠疫情的影响

在前几节中，我们已经提到了新冠疫情对其他几项全球卫生挑战的影响。这是因为新冠疫情凸显了全球卫生部门本已持续存在的不平等现象，富裕国家和贫困国家中的问题都被曝光出来。

回溯到 2020 年新冠肺炎刚刚爆发时，曾出现过“非洲国家面临严重风险”、“比尔·盖茨警告新冠肺炎对非洲的打击可能比对中国更严重”等头条新闻。⁶⁶出现这类说法并不奇怪，因为 2019 年，约翰·霍普金斯大学彭博公共政策学院、核威胁倡议和经济学人智库联合发布的首份全球卫生安全(GHS)指数⁶⁷（旨在评估各国“预防、检测和快速应对流行病和大流行威胁的能力”）将赤道几内亚列为 195 个国家中应对能力最差的国家（满分为 100 分，几内亚得分仅为 16.5 份），而美国(83.5 分)、英国（77.9 分）和荷兰（75.6 分）位列前三。排名最靠前的非洲国家是南非，排在第 34 位，其次是肯尼亚，排在第 55 位。中国排在第 51 位。⁶⁸到了 2021 年，情况已经完全不同。这说明全球卫生去殖民化的一个关键是要避免全球卫生组织只应在较贫穷的国家开展项目这一假设。这样做也是在践行 2015 年可持续发展目标（SDGs）所体现的“普遍性”理念。⁶⁹

此外，新冠疫情下封锁和社会隔离措施造成的限制使得卫生部门的不平等现象更加凸显，这些措施没有充分考虑到地方资源的局限性，导致中低收入国家以及较富裕国家中的贫穷和边缘化社区面临相当大的经济压力。⁷⁰物流受阻导致货品和服务无法顺利交付——例如在新冠大流行初期，口罩和个人防护设备短缺，⁷¹最近在印度和其他地区出现医用氧气短缺。⁷²事实表明，全球卫生治理的既得利益的存在加剧了目前疫苗分配中持续存在的不公平现象。⁷³

总体而言，新冠疫情暴露了依然带有殖民色彩的全球卫生系统的弱点，以及阻碍各地发展却常常被忽略的问题。

新冠大流行之后，改善全球卫生状况需要推进去殖民化，对地方卫生系统、国际卫生体系整合、全球卫生研究以及卫生用品生产等各个方面进行广泛审查。⁷⁴

同时，新冠疫情也让我们认识到了一个更加“非殖民化”的全球卫生系统可能是什么样的。

例如，我们在采访中有一个值得一提的发现。由于新冠疫情的爆发，当地人不得不自己收集研究数据，因为旅行限制导致“真正的科学家/研究人员”无法前往当地收集数据。虽然新冠疫情破坏了正常运转，带来了许多麻烦，但也提供了一个难得的机会，促进地方/低收入国家的机构（包括学术机构和民间机构）自己寻找资源并开展必要的研究。由于国际出行受到限制，接受调查的一个执行组织聘用了社区卫生工作者。这些卫生工作者知道如何在大流行期间更好地满足项目中当地病人的需要。这一组织还参与了地方卫生系统和公共教育的能力建设，以应对这一大流行病。这些应对措施推动了组织的重大变革，说明本土化确实可能实现。

⁶⁶彭博社。比尔·盖茨警告称，非洲可能受到比中国更严重的打击。（2020）<https://www.businessinsider.co.za/coronavirus-africa-2020-2>

⁶⁷2019 年全球安全指数 <https://www.ghsindex.org>

⁶⁸非洲商业杂志。COVID-10 是否提供了一种看待非洲风险的新方法（2020）<https://african.business/2021/03/technology-information/does-covid-19-offer-a-new-way-of-looking-at-african-risk/>

⁶⁹<https://www.un.org/ecosoc/sites/www.un.org.ecosoc/files/files/en/qcpr/undg-discussion-note-on-universality-and-2030-agenda.pdf>

⁷⁰Lenhardt, A.(2020.12.17)。推向贫困深渊：新冠肺炎对中低收入国家的影响。ODI。<https://odi.org/en/insights/pushing-people-further-into-poverty-the-impact-of-covid-19-in-lower-and-middle-income-countries/>

⁷¹Park, C. Y., Kim, K., Roth, S., Beck, S., Kang, J. W., Tayag, M. C., & Griffin, M. (2020)。COVID-19 期间全球个人防护设备短缺：供应链、瓶颈和政策影响。亚洲开发银行简报。已出版。<https://doi.org/10.22617/brf200128-2>

⁷²英国广播公司。噩梦重演——印度医用氧气再度耗尽（2021）<https://www.bbc.com/news/uk-56841381>

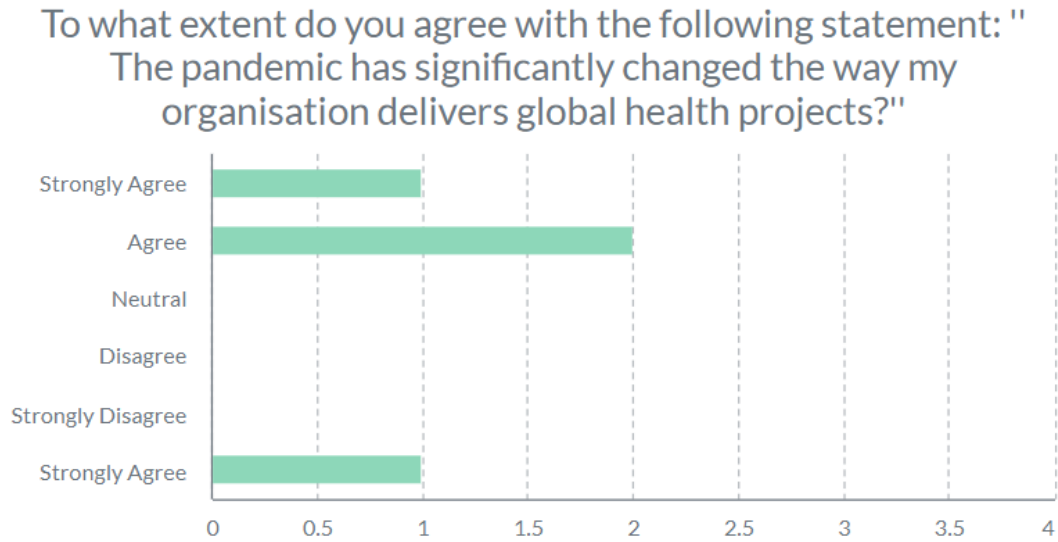
⁷³Eaton,L.(2021)。新冠：世卫组织发出警告，需警惕“疫苗民族主义”，否则将面临更多变异病毒。英国医学杂志，n292。

<https://doi.org/10.1136/bmj.n292>

⁷⁴Reid,M.,Abdool-Karim,Q.,Geng,E.,&Goosby,E. (2021)。新冠疫情将如何改变全球卫生？确定研究和投资的机会和优先事项。公共科学图书馆（医学），18(3)，e1003564。<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003564>

同样，调查显示，在项目实施方面，大约 75% 的全球卫生组织已经明显改变了交付全球卫生项目的方式，与此同时，地方社区在项目中扮演的角色也发生了相应变化（图 15）。在执行层面，后勤工作中也出现了一些变化，例如，保持社交距离和旅行限制的规定，意味着地方交付小组全面负责所有执行工作。

图 15：新冠疫情对项目交付的影响



在专家访谈中，参与者还承认，新冠肺炎对全球卫生举措的影响进一步促使各方着手解决权力失衡问题，并鼓励那些以社区赋权为中心的可持续做法。新冠疫情表明，高度重视医疗保健系统分层的国家应对大流行病的能力更强。相比之下，卫生保健系统不健全的国家不得不延迟重要疫苗的接种。例如，2020 年，为阻止冠状病毒的传播，大约 30 个中低收入国家不得不暂停麻疹疫苗接种，这可能会使得 9400 万人错过类似重要的疫苗接种。⁷⁵专家强调，需要动员社区成员，以减少对外部全球卫生组织的依赖。

调查还突出了大流行病带来的其他机会。在新冠肺炎疫情期间，越来越多的虚拟平台提供了跨站点学习和分享的服务，让许多当地工作人员有更多获取知识的渠道。更多组织参与了地方卫生系统和公共教育体系的能力建设，以应对这一大流行病。例如，2020 年 4 月，德国国际合作机构（GIZ）宣布与当地公司 Kasapreko 建立伙伴关系，在当地生产洗手液。⁷⁶一个月前，总部设在埃塞俄比亚的三生药业也启动了一条生产洗手液的新生产线。⁷⁷

访谈中提到的改善后疫情时代全球卫生状况的方案包括⁷⁸：拓宽供资渠道，促进卫生系统整合；将全民健康覆盖纳入全球卫生服务，确保无人掉队；提高决策过程中的性别包容性，并增加更多少数群体代表；以及回顾全球卫生的治理、政策和投资状况。

启发性案例研究五：借新冠疫情实现公平

问题：卫生合作伙伴组织（PIH）多年来一直从其美国总部向贫穷国家提供卫生支助。由于美国和那些较贫困国家一样受到了新冠疫情的影响，卫生合作伙伴组织的正常运作受到了新冠的限制措施的干扰，无法正常派遣熟练技术人员，供应链运作也受到阻碍。由于社交距离和旅行限制规定，地方护理小组全

⁷⁵麻疹和风疹倡议。（2020 年 4 月 17 日）随着新冠肺炎疫情激增，超过 1.17 亿儿童面临错过麻疹疫苗的风险。世界卫生组织。

https://www.who.int/immunization/diseases/measles/statement_missing_measles_vaccines_covid-19/en/

⁷⁶<https://newsghana.com.gh/giz-kasapreko-to-boost-affordable-hand-sanitizer-production-in-ghana/>

⁷⁷<https://www.ethiosports.com/2020/03/24/chinese-pharmaceutical-company-launches-hand-sanitizer-production-in-ethiopia/>

⁷⁸卫生合作伙伴组织启用了美国公共卫生附属单位（USPHAU）<https://www.pih.org/us-public-health-accompaniment-unit>

权负责开展所有工作，这也给总部小组带来了挑战。

解决方案：虽然较贫穷国家的执行团队面临较大的工作负担，但卫生合作伙伴组织也意识到，这些国家当地的社区卫生工作者所采取的解决方案也与美国息息相关。因此，卫生合作伙伴组织于 2020 年 5 月启用了美国公共卫生伴随单位（USPHAU），以协助各州、城市和社区采取更公平、更全面的公共卫生措施应对新冠疫情。⁷⁹其中包括加快制定接触者追踪方案，发展壮大社区卫生工作人员队伍并通过培训提升人员技能，以及与辖区和社区合作，建立公平的疫苗规划、沟通和分配制度。这种社区主导的做法有助于应对措施的协调统一，也为应对这一大流行病的其他国家提供了经验教训。

反思：新冠疫情为加强地方参与和能力建设提供了机会。疫情中，富裕国家吸取了贫穷国家的经验教训，并借鉴了他们的成功做法，使大家更客观地看待所有国家面临的卫生挑战。这是打破“贫穷国家应该始终是全球卫生体系中的受助方”这一殖民观念的关键所在。贫穷国家也可以是创新的一方。



⁷⁹Lal, A., Erond, N. A., Heymann, D. L., Gitahi, G., & Yates, R. (2021). 新冠卫生凸显医疗体系弊端：纠正全球卫生安全与全民医保之间的错位。柳叶刀, 397(10268), 61-67. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32228-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32228-5)

第四章：结论与建议

新冠疫情的爆发和“黑人的命也是命”的发展进一步凸显了种族主义、权力失衡和制度缺陷在全球引起的组织结构的混乱，尤其是全球卫生体系。但这也为解构、完善并重塑全球卫生体系带来了契机。

该报告表明，大量的“去殖民化”变化已经发生了。各机构正在反思，并致力于让这些问题更加透明，同时他们也认识到了需要对内部进行调整。本报告中提供的案例研究生动地说明了这一点，并为拟议的“去殖民化”框架的五个议题提供了重要启示。

然而，该报告也明确指出，由于以下五个具体原因，其进展相当有限。

- 首先，全球卫生领域的去殖民化讨论仍集中于指出问题和/或局限于学术领域。尽管这二者非常重要，值得深思和分析，但也必须采取实际行动，关注那些能在最具影响力的全球卫生组织中有效消除殖民结构的解决方案；
- 第二，还没有一个权威的全球卫生机构能够全面地消除殖民结构。一些人更加关注多样性和包容性，另一些人则把重点放在转变研究议程上。不幸的是，大部分人的关注点都局限于其内部，而非致力于长期的全球变化⁸⁰。这意味着存在差距。尤其值得一提的是，当地的制造业规划没有与去殖民化议程明确挂钩，这造成了一种风险，即大量投资和资金将流入低收入国家，而包括联合国在内的全球最大卫生机构的采购结构仍处于失衡状态，即偏向于高收入国家的制造业。



⁸⁰<https://criticallegalthinking.com/2020/03/12/decolonisation-is-not-about-ticking-a-box/>

- 第三，我们为参与调查和政策对话的全球卫生机构感到自豪，因为他们愿意成为某个意愿联盟的成员，致力于实现全球卫生的去殖民化。当然，也有许多极具影响力的机构尽管受到了入盟邀请，也没有采取行动加入意愿联盟。此外，在政策对话期间，一些与会者对去殖民化议程表示怀疑，这种怀疑显然也存在于其他方面。⁸¹
- 第四，正如一位与会者在采访中所说的那样，“全球卫生去殖民化议程”中的某些举措仍有很大风险是“再殖民化”。这种风险可能源于——例如，全球领先的卫生机构试图使用某套说辞来避免开展最易遭抵触但又必要的结构变革。这或许是因为他们没有意识到这种变化的深远意义，或许是考虑到全球卫生体系中更具挑战性的既得利益/利益冲突。明确是谁在引领这场去殖民化讨论至关重要。
- 第五，另一风险是，由新冠疫情引起的变化是暂时的——例如，当繁忙的国际旅行恢复时，高收入国家的研究顾问是否也会恢复行程？高收入国家可能会取消更具“包容性和开放性”的视频会议，回到面对面的线下会议中。

换言之，我们希望这份报告直接阐明，通过实施提议框架下的“去殖民化”，全球卫生机构能确保其运作符合联合国的可持续发展目标和发展实效原则，并最终取得更好的成果。事实上，各类机构参与访谈和政策谈话也有利于为制定建议献计献策，并及时发现无法在全球卫生项目中长期落实的方案。实施这些提议可能存在困难，但它们是由各个机构主动提出的，这种积极的做法将有利于带来变革。

建议

根据这些结论，我们的提议分为两类——“实质”和“流程”。我们从实质入手，因为五项议题都提供了具体的潜在目标和成果，可以在去殖民化进程中加以监测、评估并制定基准。这些做法归纳如下：

1. 解决知识生产中的“为什么”：

- a. **优先考虑当地作者。**这包括让当地作者成为主要作者/主要调查者和/或在资助机构内设立激励/奖励机制，让他们有条件来确定议题/议程，并为作者提供在当地和全球共享这些信息的平台，以确保所有人都能访问这些信息。
- b. **仔细审视知识生产中使用的语言，并对相关机构重新命名。**北方与南方或发达国家与发展中国家、“热带”医学等--对风格指南、分析类别甚至整个机构中使用的不断变化的语言和结构持开放态度，这些语言和结构是从殖民叙事中衍生出来的，或者是为殖民叙事提供素材的。
- c. **根据当地情况对选择对应的知识和指导。**对文献和分析做出改变，确保其与广泛的政治、经济和社会环境相关--例如，正式和非正式，城市和农村。此外，以多种非欧洲语言提供知识成果和研究。

2. 明确财力用于何处：

- a. **放开资金，削减专项拨款。**允许非国家、本地实体拥有全部所有权和交付权，例如至少 50%或更多的资金。此举将有助于因地制宜，并“填补经常被赞助者忽视的缺口”。
- b. **授权财务决策流程。**以灵活的方式使用一定比例的资金（例如至少 20%）。当地机构既清楚紧迫需求，也了解长期目标。为产生额外资源的机构创造空间。

⁸¹关于全球南方对去殖民化议程的批评，参见：<https://www.opendemocracy.net/en/decolonisation-comfortable-buzzword-aid-sector/>，关于医学教育中反去殖民化措施的讨论，参见：<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7880175/>

- c. **重新思考垂直资金的运作/取消垂直资金。** 虽然通过垂直资金带来短期成效具有一定的重要性，但为了取得更显著的长期影响，卫生部需要灵活地引导资金。
- d. **建立机制从而直接向当地主导的机构提供资金，** 包括公开、定期的提案征集。减少官僚作风，仅在必要时使用标准化的响应模板，以满足特定地区的创造性和复杂性。

3. 明确管理目标：

- a. **监管多样性、包容性和地方代表性。** 在整个机构内创建并监管种族或地域多样性目标，特别是针对决策职位和有偿/无偿咨询委员会内。确保总部之外“国际”工作人员不优先于“本国”工作人员。
- b. **促进多样性、包容性和地方代表性。** 在采购战略中创立直接激励措施，鼓励利益相关者和合作伙伴机构采取同样措施。
- c. **轮班总部/多元化总部。** 全球卫生机构可以迁往他们最关注的国家，以实现当地的自主权。
- d. **消除双重薪酬制度。** “本国”员工应根据工作经验而非地点/国籍获得报酬。为了分享想法、生产知识和实施项目，必须保障工作人员的权利和平等。
- e. **创立和加强关于种族主义的报道。** 建立报告性骚扰和性剥削的系统是避免种族主义事件/系统性种族主义的有效方式。
- f. **使会议地点多样化，** 不再局限于高收入国家，将种族/地理多样性目标纳入参与目标，并在“原要求”的基础上提供签证/旅行资金。

4. 明确采购方式：

- a. **走本地化路线。** 寻求当地制造业。改善当地制造业的伙伴关系，以遏制采购官僚作风。为垂直资金/援助组织制定当地采购目标(例如，随着时间的推移，最初增加 10%-20%)，以鼓励与当地生产商合作。
- b. **积极投资，扩大本地研发。** 这包括消除/避免知识产权壁垒。此举不但能够留住当地人才，也能为经常遭受全球性卫生问题冲击的地方提供支持。
- c. **积极投资提升本地制造能力和技术共享。** 自给自足是拥有灵活且强大的卫生系统的关键，但只有国家具备技术能力时方可实现-例如制造疫苗等。

5. 寻找方法并从新冠疫情中汲取教训

- a. **正式记录和跟踪卫生机构因新冠疫情而发生的变化。** 确定哪些已经奏效（哪些未奏效），询问当地员工、合作伙伴和利益相关者哪些应长期维持，并对这些问题做出回应。
- b. **削减旅行预算。** 必须限制乘坐航班进行实地考察或参加会议的天数。新冠疫情已经证明，当地或国家的工作人员/机构可以在没有国际工作人员在场的情况下应对危机并维持正在进行的项目。当局必须灵活决策并提供支持。

- c. **寻求真正的普遍性。** 质疑“只有较贫困国家才有必要进行全球卫生干预”这一假设，重组机构，进行干预并共享全球的经验，从而符合可持续发展目标。

虽然上述全部建议可能并不适用于所有的全球卫生机构，而且我们可能忽略了其他建议，但我们建议每个机构都应该从总揽全局的高度出发，同时根据自己的工作方式或做法定制具体的目标。此外，在此过程中要相互协调、分享和学习。

针对流程我们提出了两点建议。

首先，监督和问责至关重要。

想要扩大去殖民化的成果就必须重视问责以及监督和评估的必要性。按照上述实质性建议制定具体部门指标和成果管理框架⁸²，供全球卫生机构使用并逐年进行审查，将有助于评估去殖民化意识、机构和国家层面的政策变化，并找到取得良好效果的机构。

其次，正式建立一个以此为愿景的具备有效领导力的联盟尤为重要。

从结构上讲，“去殖民化”是实现所有全球卫生目标的基础--惠及世界各地的每一个人，不论他们的种族、社会或经济地位、性别、性取向或所在城市如何。

这份报告表明，成立一个意愿联盟是切实可行的。本报告中的机构可以继续推动对话，呼吁更多的人参与去殖民化，保持积极互动，促进解决方案、想法和结构化方案的交流。展望未来，各方还需促进讨论，并采用替代现行体系的可行方案。然而，这一联盟还需要领导。

鉴于**联合国大学全球卫生研究所**的影响力及其为该举措所做的努力，我们提议**联合国大学全球卫生研究所**作为意愿联盟的领导候选者，秉承公正、公平、合法原则。**去殖民化全球卫生行动**⁸³小组也应在制定这一议程方面发挥重要作用，尤其在项目正式实施后。

此外，必须将实质工作和基于流程的工作纳入联盟战略。该联盟应定期举办会议，例如每季度举办一次会议，并逐渐扩大会议规模--包括更广泛的全球卫生机构和赞助者--无论是那些已经承诺采取行动的，抑或是怀疑者或批评者。该联盟还应与致力于促进国家自主权的发展部门机构合作。例如，全球发展合作伙伴关系和经合组织将在促进国家自主权方面发挥重大作用。

去殖民化将是一条艰难曲折的道路，对当权者和那些努力摆脱殖民阴影的人而言都绝非易事。然而，这一目标的实现将有助于塑造一个全新、更公平的全球卫生体系。

⁸²联合国发展集团。(2011).成果管理手册：统一成果管理制的概念和方法以改善国家层面的发展成果。开发计划署。
<https://unsdg.un.org/sites/default/files/UNDG-RBM-Handbook-2012.pdf>

⁸³全球卫生学者、从业者和学生中的积极行动派聚集在一起，提出重建全球卫生系统的想法、论点和策略。该群体正在推动建立一个权力集中制度更为公平的体系，废除压榨政策，让人民和社区拥有更大的自主权。<https://decolonise.health/about>

参考文献

- Abimbola,S.(2019年)。国外的目光：全球卫生学术界的署名问题。《英国医学杂志》全球卫生，4(5)，e002068。https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002068
- Arney, L.&Yadav, P.(2014) 改进发展中国家卫生项目中的采购方法美国密歇根大学威廉·戴维森研究所。https://wdi.umich.edu/wp-content/uploads/WDI_-_Improving-Procurement-Practice-in-Developing-Country-Health-Programs_Final-Report_2.pdf
- 非洲商业杂志。COVID-10 是否提供了一种看待非洲风险的新方法(2020) https://african.business/2021/03/technology-information/does-covid-19-offer-a-new-way-of-looking-at-african-risk/
- 英国广播公司。噩梦重演——印度医用氧气再度耗尽(2021) https://www.bbc.com/news/uk-56841381
- BETTS, R.(2012)。去殖民化：世界简史。BOGAERTS E.&RABEN R.(编辑)，《帝国和国家之外：非洲和亚洲社会的去殖民化，1930s-1970年代》(第23-38页) Brill.2021年5月2日获取自 http://www.jstor.org/stable/10.1163/j.ctt1w8h2zm.5
- Beyeler N,Lesher S,Yotebieng M,等. 改进全球卫生研发的资源调动机制：协调平台的作用?《英国医学杂志》全球卫生 2019;4:e001209。https://gh.bmj.com/content/4/1/e001209
- 彭博社。比尔·盖茨警告称，非洲可能受到比中国更严重的打击。(2020) https://www.businessinsider.co.za/coronavirus-africa-2020-2
- Büyüm, A. M., Kenney, C., Koris, A., Mkumba, L., & Raveendran, Y. (2020)。全球卫生去殖民化：现在不行动，更待何时?《英国医学杂志》全球卫生，5(8)，e003394，https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003394
- Carr, S. C., McWha, I., Maclachlan, M., & Furnham, A (2010) 六个国家国际与本地人员间的薪酬差异：是否不利于减贫? 国际心理学杂志，45(5)，321-340。https://doi.org/10.1080/00207594.2010.491990
- Carrie, H., Mackey, T. K., & Laird, S. N. (2015) 将传统土著医学和西方生物医学纳入卫生系统：尼加拉瓜卫生政策和米斯基图卫生服务概述国际健康公平期刊，14，129。https://doi.org/10.1186/s12939-015-0260-1
- 睿纳新国际咨询公司新报告旨在促进中国对非洲制药行业的投资(2018) https://developmentreimagined.com/portfolio-posts/portfolio-04-3-2/
- DEVEX. 问答：“全球卫生筹资远未实现去殖民化”。(2021) https://www.devex.com/news/q-a-global-health-funding-is-far-from-being-decolonized-says-ngozi-erendu-99667
- Eaton,L.(2021)。新冠：世卫组织发出警告，需警惕“疫苗民族主义”，否则将面临更多变异病毒。《英国医学杂志》，n292。https://doi.org/10.1136/bmj.n292
- Fehling,M.,Nelson,B.D.,&Venkatapuram,S.(2013) 千年发展目标的局限性：文献综述全球公共卫生，8(10)，1109-1122。https://doi.org/10.1080/17441692.2013.845676
- 全球卫生 5050。(2020) 权力、特权和优先权。全球健康 5050，伦敦，英国。https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/2020/03/Power-Privilege-and-Priorities-2020-Global-Health-5050-Report.pdf
- 2019年全球安全指数 https://www.ghsindex.org
- 世卫组织称，全球新冠疫苗中分配不公平现象日益严重。(2021年3月) 法国 24。https://www.france24.com/en/health/20210322-covid-19-who-slams-grotesque-growing-global-vaccine-inequity
- Hedt-Gauthier, B. L., Jeufack, H. M., Neufeld, N. H., Alem, A., Sauer, S., Odhiambo, J., Boum, Y., Shuchman, M., & Volmink, J. (2019).进退两难：2014-2016年非洲合作卫生研究署名情况的系统回顾《英国医学杂志》全球卫生，4(5)，e001853。https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001853
- 胡塞尔图书馆：美国民权简史：“黑人的命也是命”运动(N.D.)。霍华德大学法律图书馆。https://library.law.howard.edu/civilrightshistory/BLM
- Ibeneme, S., Eni, G., Ezuma, A., & Fortwengel, G. (2017年) 发展中国家的健康之路：理解文化与治疗的交叉点当前的治疗性研究，临床与实验，86，13-18。https://doi.org/10.1016/j.curtheres.2017.03.001

医学研究所（美国）理解和消除医疗保健中的种族和族裔差异委员会，Smedley,B.D.,Stith,A.Y.,和 Nelson,A.R.（编辑）。(2003).不平等待遇：医疗保健中的种族和族裔差异。美国国家科学院出版社。

Lal, A., Erondu, N. A., Heymann, D. L., Gitahi, G., & Yates, R. (2021).新冠卫生凸显医疗体系弊端：纠正全球卫生安全与全民医保之间的错位。柳叶刀, 397(10268), 61–67. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32228-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32228-5)

Larsson, E. C., Atkins, S., Chopra, M., & Ekström, A. M. (2009) 如何强化卫生体系，避免内部人才外流皇家热带医学与卫生学会学报, 103(5), 533–534. <https://doi.org/10.1016/j.trstmh.2008.12.015>

Lenhardt, A.(2020.12.17) 推向贫困深渊：新冠肺炎对中低收入国家的影响。ODI.<https://odi.org/en/insights/pushing-people-further-into-poverty-the-impact-of-covid-19-in-lower-and-middle-income-countries/>

Leon-Himmelstine, C., & Pinet, M. (2020年6月3日)。新冠疫情如何成为去殖民化发展研究的催化剂？从贫穷到权力。 <https://oxfamblogs.org/fp2p/how-can-covid-19-be-the-catalyst-to-decolonise-development-research/>

Lindstrom, A., & Coronado-Garcia, L. (2020年5月)。卫生产品的可持续采购指南联合国开发计划署。 <https://www.undp.org/publications/guidelines-sustainable-procurement-healthcare-commodities-and-services>

LSTMED.全球卫生去殖民化：殖民历史和使劣势永久化的体制结构。 <https://www.lstmed.ac.uk/news-events/seminars-and-lectures/decolonising-global-health-colonial-history-institutional>

Magner,M.,&Yadav,P. (2017) 为未来设计全球卫生供应链。美国密歇根大学威廉·戴维森研究所。 <https://wdi.umich.edu/knowledge/designing-global-health-supply-chains-for-the-future/>

Matahari 全球解决方案和南部非洲艾滋病与权利联盟(ARASA)，《开题报告：全球卫生中的种族多样性》(2021)。 <https://www.matahari.global/racism-in-global-health-tackling-an-un-global-system>

Manguvo,A.和 Mafuvadze,B. (2015)。传统和宗教习俗对西非埃博拉病毒传播的影响：是时候进行战略转变了。泛非医学杂志, 22 增刊 1 (增刊 1) ,9. <https://doi.org/10.11694/pamj.suppl.2015.22.1.6190>

Marten, R., El-Jardali, F., Hafeez, A., Hanefeld, J., Leung, G. M., & Ghaffar, A. (2021)。德国、香港、黎巴嫩和巴基斯坦携手制定新冠肺炎应对方案《英国医学杂志》，n243。 <https://doi.org/10.1136/bmj.n243>

麻疹和风疹倡议。(2020年4月17日)随着新冠肺炎疫情激增，超过1.17亿儿童面临错过麻疹疫苗的风险。世界卫生组织。 https://www.who.int/immunization/diseases/measles/statement_missing_measles_vaccines_covid-19/en/

Msuya,J. (2003) 横向与纵向的卫生服务：各有利弊（英文）。华盛顿特区：世界银行集团。 <http://documents.worldbank.org/curated/en/914491468761944686/Horizontal-and-vertical-delivery-of-health-services-what-are-the-trade-offs>

Park, C. Y., Kim, K., Roth, S., Beck, S., Kang, J. W., Tayag, M. C., & Griffin, M. (2020)。COVID-19期间全球个人防护设备短缺：供应链、瓶颈和政策影响。亚洲开发银行简报。已发表。 <https://doi.org/10.22617/brf200128-2>

卫生伙伴组织启用了美国公共卫生附属单位（USPHAU） <https://www.pih.org/us-public-health-accompaniment-unit>

Pai, M.(2019年11月21日)公平性和多样性问题仍然困扰着全球卫生研究。对话网站（The Conversation.） <https://theconversation.com/lack-of-equity-and-diversity-still-plague-global-health-research-127239>

Peralta, E. (2019年11月4日)这位刚果医生发现了埃博拉病毒，但直到今天才被承认。美国国家公共广播电台（NPR.） <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2019/11/04/774863495/this-congolese-doctor-discovered-ebola-but-never-got-credit-for-it-until-now>

Powell, A. (2020年11月17日)非洲通过“协调与合作”避免了新冠的大范围蔓延。美国之音。 <https://www.voanews.com/covid-19-pandemic/africa-spared-worst-pandemic-coordinated-collaborative-approach>

Reid,M.,Abdool-Karim,Q.,Geng,E.,&Goosby,E. (2021)。新冠疫情将如何改变全球卫生？确定研究和投资的机会和优先事项。公共科学图书馆医学, 18(3), e1003564. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003564>

Saha,S.,Kavattur,P.,&Goheer,A. (2019年4月26日)如何解决殖民主义在全球卫生领域中的遗留问题全球卫生体系。 <https://healthsystemsglobal.org/news/the-c-word-tackling-the-enduring-legacy-of-colonialism-in-global-health/>

Saravia,N.G.,&Miranda,J.F. (2011年3月4日)世界卫生组织 | 减少人才外流。世界卫生组织。 <https://www.who.int/bulletin/volumes/82/8/saravia0804abstract/en/>

Silverman,R.,Keller,J.M.,Glassman,A.,&Chalkidou,K. (2019)。应对全球卫生采购的三重转变。全球发展中心。 <https://www.cgdev.org/better-health-procurement>

联合国发展集团。(2011).成果管理手册：统一成果管理制的概念和方法以改善国家层面的发展成果。联合国开发计划署。<https://unsdg.un.org/sites/default/files/UNDG-RBM-Handbook-2012.pdf>

Velin, L., Lartigue, J. W., Johnson, S. A., Zorigtbaatar, A., Kanmounye, U. S., Truche, P., & Joseph, M. N. (2021)。全球卫生会议的公平性：影响中低收入国家人员出席全球卫生会议的因素的系统回顾。英国医学杂志，全球卫生，6(1), e003455。<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003455>

世界银行博客。中非共和国的口罩制造（2020）<https://www.worldbank.org/en/news/feature/2020/08/03/a-lifesaver-in-times-of-covid-19-face-masks-made-in-post-conflict-central-african-republic>

世界卫生组织。(2017年10月)如何安全且有尊严地安葬疑似或确诊埃博拉或马尔堡病毒患者的遗体<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EVD-Guidance-Burials-14.2>

世界卫生组织。(2018).让·雅克·穆耶姆贝·坦富姆：将毕生贡献给埃博拉研究世界卫生组织公报，96(12)，804-805。<https://doi.org/10.2471/blt.18.031218>

Yadav,P.,Alphs,S.,D'Souza,C.,Comstock,G.,&Barton,I.(2018)。全球卫生领域的本地采购和供应商开发：对四国供应链管理系统中本地采购情况的分析全球卫生、科学与实践，6（3），574-583。<https://doi.org/10.9745/GHSP-D-18-00083>

附件一

调查问题

1. 贵组织的总部设在哪个地区？
 - 非洲
 - 亚洲
 - 欧洲
 - 海湾国家
 - 北美
 - 拉丁美洲/加勒比地区
 - 太平洋岛屿
 - 其他（请具体说明）

2. 贵组织的项目大多数在哪个地区实施？（请选择所有符合的选项）
 - 非洲
 - 亚洲
 - 欧洲
 - 海湾国家
 - 北美
 - 拉丁美洲/加勒比地区
 - 太平洋岛屿
 - 其他（请具体说明）

3. 贵组织的员工人数是多少？
 - 1-25
 - 25-50
 - 50-100
 - 100-150
 - 150-200
 - 250+

4. 贵组织的高层领导中本地招聘的人员占多大比例？
 - <10%
 - 20%
 - 30%
 - 40%
 - 50%以上

5. 贵组织专门研究全球卫生领域的哪一方面？
 - 生殖、孕产妇、儿童和青少年健康
 - 营养
 - 水、环境卫生和个人卫生（WASH）
 - 传染病
 - 心理卫生

- 非传染性疾病
 - 被忽视的热带病
 - 病媒传播的疾病：由带菌媒介传播的疾病
 - 艾滋病毒 / 艾滋病
 - 加强卫生系统
 - COVID-19
 - 全民医保（UHC）
 - 其他（请具体说明）
6. 贵组织在这些专业领域从事哪些方面的工作？（请选择所有符合的选项）
- 研究与开发（R&D）
 - 采购卫生产品（如药品/设备、药品制造设备）
 - 卫生系统运作（如开办诊所/医院）
 - 实施社区项目
 - 健康策略
 - 卫生筹资
 - 其他（请具体说明）
7. 贵公司是否对本地专家实行双重薪酬制度？
- 是
 - 否
 - 有时
8. 贵组织直接负责实施全球卫生项目吗？
- 是的，一直都是
 - 不，从来没有
 - 有时
9. 贵组织是否有其他实施全球卫生项目的方法？
- 是
 - 否
10. 贵组织还采用了哪些其他方法来实施全球卫生倡议？
- 与地方组织建立伙伴关系
 - 与全球组织建立伙伴关系
 - 与私营实体建立伙伴关系
 - 其他（请具体说明）
11. 您在多大程度上同意以下说法：(a)全球卫生部门需要评估其在中低收入国家的运作方式；(b)全球卫生部门中存在权力不平衡；(c)中低收入国家的需求大多由全球卫生项目满足；(d)在全球卫生部门中运作的组织应该有一个可持续的未来项目规划；(e)将权力下放给地方应是全球卫生领域的一个关键优先事项。
- 强烈支持
 - 同意
 - 一般
 - 反对
 - 强烈反对

12. 对您的组织而言，全球卫生部门的权力再分配有多重要？
 - 不重要
 - 有点重要
 - 一般重要
 - 重要
 - 非常重要

13. 贵组织有否曾尝试参与去殖民化的讨论？
 - 是的；本组织已经制定了去殖民化战略
 - 否；该组织尚未制定相关战略
 - 可能；有计划制定相关战略

14. 如果贵组织已经制定了推进全球卫生去殖民化的战略，能否提供更多这方面的信息？

15. 在推进全球卫生去殖民化的过程中，你们的组织面临哪些挑战？

16. 贵组织的运营资金和项目资金来自哪里？（请选择所有符合的选项）
 - 地方全额供资（捐款、政府支助）
 - 主要是地方资金
 - 地方和捐助者供资各占一半
 - 主要是捐助方供资
 - 捐助方全额供资
 - 其它

17. 贵组织获得哪种类型的资助？（请选择所有符合的选项）
 - 双边政府基金
 - 多边基金
 - 慈善组织提供的资金
 - 其它
 - 私人捐款（非慈善基金）
 - 私营部门提供的资金

18. 在决定资助项目时，贵组织如何确定优先次序？

19. 捐助方是否指定了资金的用途？（在参与的项目中，贵组织在决策方面是否有发言权？）
 - 否，我们完全掌控所有项目
 - 我们有一些限制，但在决策过程中有发言权。
 - 我们在决策过程中的发言权有限。
 - 完全受到限制。我们在决策过程中没有发言权。

20. 对贵组织而言，地方对全球卫生项目的掌控有多重要？
 - 不重要
 - 有点重要
 - 一般重要
 - 重要
 - 非常重要

21. 在项目完成后，您是否觉得贵组织所做的工作得到了认可？
 - 是
 - 否
22. 您能具体说明您受到了哪一类认可吗？
23. 您在多大程度上同意以下的说法：“我的组织在开展全球卫生项目时考虑到了当地的情境。”对情境敏感的项目考虑到当地社区的需要和参与。
 - 强烈反对
 - 反对
 - 强烈支持
 - 同意
 - 一般
24. 您的组织是否有一个监测和评估(M&E)框架来评估项目？
 - 是
 - 否
25. 您的组织是否自己执行监测和评估框架，还是由外部人员完成？
 - 所有监测和评估均由外部人员完成
 - 所有的监测和评估均由本组织完成
 - 部分监测和评估由本组织完成
 - 部分监测和评估由外部人员完成
26. 在检测和评估中，贵组织评估干预措施的哪些方面？
 - 执行情况
 - 成效的表现
 - 造成的影响
 - 其它
27. 贵组织是否熟悉发展援助委员会的发展援助评价原则？
 - 是
 - 否
28. 以下哪一项对贵组织组织的监测和评估框架的影响最大？
 - 经合组织/发展援助委员会的评估准则
 - 当地制定的评估准则
 - 世卫组织的评估准则
 - 其它
 - 捐助者/供资者制定的评估准则
29. 在与合作伙伴组织发布报告时，您经常署名为第一作者吗？
 - 始终
 - 大多数时候
 - 有时
 - 很少
 - 从不

30. 全球卫生会议是全球卫生研究的一个重要部分，您的组织收到过任何参会邀请吗？
- 是
 - 否
 - 有时
31. 贵组织多久被邀请参加一次全球卫生会议？
- 始终
 - 大多数时候
 - 有时
 - 很少
 - 从不
32. 贵机构成员出席会议时是否获得足够的资金支持？费用/签证豁免。等等。
- 是
 - 否
33. 在当地采购健康产品对贵组织有多重要？
- 不重要
 - 有点重要
 - 一般重要
 - 重要
 - 非常重要
34. 贵组织是否参与中低收入国家/发展中国家的卫生产品采购？
- 是
 - 否
35. 贵组织在采购起什么作用？
36. 如果贵组织在中低收入国家/发展中国家进行采购，采购的是哪类产品？（请选择所有符合的选项）
- 药品
 - 诊断设备
 - 病媒控制工具
 - 其它
37. 用于采购货物的大部分资金来自哪里？（请选择所有符合的选项）
- 地方政府
 - 双边捐助者
 - 多边捐助者
 - 非政府组织/私营机构
 - 其它
 - 慈善基金会
38. 贵组织在采购全球卫生商品方面是否面临任何挑战？
- 是
 - 否

39. 采购这些货物方面的主要挑战是什么？
40. 贵组织是否认为目前的采购做法对发展非洲本地制造业构成任何挑战？
- 是
 - 否
41. 您能解释一下这些挑战可能会带来什么吗？
42. 随着发展中国家变得更加富裕，卫生产品方面的资金捐助可能会减少，贵组织是否有任何长期计划来解决这一问题？
- 是
 - 否
43. 您在多大程度上同意以下说法：“新冠大流行显著改变了我的组织开展全球卫生项目的方式？”
- 强烈支持
 - 同意
 - 一般
 - 反对
 - 强烈反对
44. 新冠疫情对贵组织的运作方式有何影响？
45. 当地社区发挥的作用是否随着新冠疫情带来的改变发生了相应的变化？
- 是
 - 否
 - 在一定程度上符合
46. 您能具体描述一下变化发生的方式和变化的程度吗？

