

2030 年可持续发展议程与 全球卫生治理的转型 *

汤 伟

【内容提要】 随着诸多新型流行病的蔓延，全球卫生治理日益被安全化。但这一努力效果并没不明显，既未消除南北垂直落差，也未改变部门化的主导路径，其核心原因在于：治理施动者即世界卫生组织和国家权威下降，治理主体多元化发展；诸多治理机制相互嵌入，复杂性提升；安全化所构建的科学主义，缺乏信息和数据支撑。因此有必要通过去安全化，搭建完整的全球政策框架和自下而上的多层治理结构。联合国 2030 年可持续发展议程涵盖了全球卫生治理议程，也明确了全球卫生治理必须在可持续发展范式下开展，既要关注发展中国家的经济社会发展，也要关注城市化和气候变化等问题。中国作为发展中大国，在发展问题和卫生治理方面有着丰富的经验，应发挥更大的作用。

【关键词】 全球卫生治理 安全化 可持续发展 2030 年议程

【作者简介】 汤伟，上海社会科学院国际关系研究所副研究员、复旦大学社会发展与公共政策学院博士后

【中图分类号】 D813.2/F114.44

【文献标识码】 A

【文章编号】 1006-1568-(2016)02-0094-19

【DOI 编号】 10.13851/j.cnki.gjzw.201602006

* 本文系国家社科基金重大项目“中国参与全球治理的三重体系构建研究”（12&ZD082）的阶段性成果。感谢《国际展望》匿名评审专家及编辑部的宝贵建议，文中错漏由笔者负责。

近年来,随着艾滋病(HIV/AIDS)、非典型肺炎(以下简称“非典”SARS)、禽流感、埃博拉病毒(Ebola virus)、中东呼吸综合征(MERS)等流行病的爆发,国际公共卫生领域面临的威胁日益上升,引起国际学术界的极大关注。学术界主要基于三种视角观察全球卫生治理:第一,社会发展议程,将公共卫生视为基本人权,如基本药物的获取;第二,安全议程,致死率极高的流行病引发的社会恐慌对国际政治产生影响,如联合国安理会将艾滋病列入讨论,而世界卫生组织(WHO)也获得了前所未有的权威;^①第三,经济议程,扰乱正常的社会秩序造成的经济损失。在这三种视角中,安全话语日益占据主导地位。^②2003年,美国兰德公司发布《新发与复发流行病的全球威胁——协调美国的国家安全和公共政策》报告,从六个方面确认国际卫生安全的内涵:(1)针对人类生命;(2)降低政府合法性;(3)削弱经济基础;(4)威胁社会心理;(5)地区不稳定;(6)生物恐怖主义。^③尽管世界卫生组织欢迎疾病或卫生的安全化,指出流行病一旦爆发,几个小时就可成为迫在眉睫的威胁。然而“安全”的治理逻辑并未成功防控2014年埃博拉病毒的蔓延,也未有效遏制中东呼吸综合征的扩散。过度的安全化操作反而引发广泛担忧,似乎公共卫生本身并非目的。发展中国家甚至还在追问“谁的安全?从哪里获取安全?”,认为安全化显示出“遏制而非预防”的特征,主要用来“保护西方”。

实际上,国家或主要国际组织主导的“安全”治理模式并未实质性地提升全球卫生治理的水平,也无法有效遏制各类传染病的爆发,更不能使发展中国家免遭严重损失,因此全球卫生治理机制的转型迫在眉睫。那么转型方向如何呢?显然自上而下的安全治理模式应朝着可持续发展的模式演进,将卫生治理和发展治理相融合,在此过程中必然涉及更多行为主体,由此转型

^① Tine Hanrieder and Charistian Kreuder-Sonnen, “WHO Decides on the Exception? Securitization and Emergency Governance in Global Health,” *Security Dialogue*, Vol. 45, Issue 4, 2014, pp. 331-348.

^② 关于传染病和安全关系的研究文献,参见涂晓艳:《传染病与安全研究的现状与思考》,载《国际政治研究》2013年第4期,第131-142页。

^③ Jennifer Brower and Peter Chalk, *The Global Threat of New and Reemerging Infectious Diseases: Reconciling U.S. National Security and Public Health Policy*, Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2003, http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1602.html.

也将呈现出异常丰富多彩的图景。

一、安全化效果不彰

流行病应对以及更广泛意义上的全球公共卫生与气候变化、互联网、核不扩散等议题相比，并不居于全球治理的核心地位；但公共卫生问题自古与生命直接相关，有着丰富的治理传统。工业革命之前尤其是抗生素未被发明之前，对抗流行病主要依靠港口隔离以及贸易和人口流动的限制。^① 人们逐渐发现，清洁的水对治理流行病至关重要。^② 公共卫生事业迅速发展，发展引导卫生成为历史性趋势。自第二次世界大战以来，科学技术进步以及一系列防控机制的出现，使天花、结核等流行病得以有效控制，一些政治家乐观地认为人类终可以战胜流行病。但自 20 世纪 80 年代尤其是进入 21 世纪以来，微生物和病毒惊人的适应能力不但使旧病以新特征出现，新流行病也层出不穷，^③ 其中最突出的便是艾滋病、非典、禽流感在全球的传播。在单纯的医疗技术越来越难以应对的前提下，国际社会、国际组织都倾向于将流行病界定为安全议题，由此卫生治理呈现出安全逻辑，却未取得令人期待的结果。

一方面，安全化并未消除南北国家的垂直落差。公共卫生革命既包括现代化的医疗技术（如医疗设备、疫苗）、公共服务设施（如洁净水和卫生设施），也包括对人群健康状况的定期干预和监测等体制机制变革。公共卫生革命成功推动疾病发生率、感染率和死亡率的大幅下降，人均寿命得以大幅延长，但公共卫生革命的全球分布并不均衡，主要集中于北方国家，因此南北之间造成显著的“垂直落差”。^④ 根据世界卫生组织 2014 年统计数据，

^① [加]马克·扎克、[加]塔尼亚·科菲：《因病相连：卫生治理与全球政治》，晋继勇译，浙江大学出版社 2011 年版，第 34 页。

^② [美]爱德华·格莱泽：《城市的胜利》，刘润泉译，上海社会科学院出版社 2012 年版，第 91-93 页。

^③ [美]劳里·加勒特：《逼近的瘟疫》，杨岐鸣、杨宁译，生活·读书·新知三联书店 2008 年版，作者自序。

^④ Alan Ingram, "The New Geopolitics of Disease: Between Global Health and Global Security," *Geopolitics*, Vol. 10, No. 3, 2005, pp. 522-545.

这种垂直落差将持续存在,2012年低收入国家儿童死亡率约为8%,超过高收入国家13倍;生殖健康服务覆盖率只有46%,不及99%的高收入国家的一半;艾滋病新发感染的70%的人口居住在撒哈拉以南非洲。世界卫生组织及联合国儿童基金会联合发布的《饮用水和卫生设施的进步:2014年最新情况》显示,全球仍有7亿人口得不到清洁饮用水,其中一半生活在撒哈拉以南非洲地区,还有25亿人口缺乏经过改良的卫生设施,他们多生活在贫困的农村。^①至于新发流行病,自20世纪70年代以来,95%的发病者源自发展中国家,^②东亚地区的禽流感案例说明,即使同种流行病,南北方国家的应对能力也异常悬殊。禽流感在日本和韩国工业化农场出现后很快就被发现,香港即使发现较晚也能有效防控,而泰国和越南发现时已呈流行之势,柬埔寨和老挝甚至没有足够资金建设监测系统,印度尼西亚更是忙于造成数万人死亡的登革热而无暇顾及。

南北国家的卫生治理垂直落差使卫生援助成为发达国家对外援助的主要内容之一,并在资金、药物研发和制度建设三方面都有所体现:一是资金,美国是国际卫生援助的最大国家,其通过总统防治艾滋病紧急救援计划(PEPFAR),提供了全球防治艾滋病资金的约一半。^③仅2014年美国就帮助60多个国家建立HIV病毒/艾滋病防治项目,770万人接受抗逆转录病毒治疗,5670多万人完成了HIV病毒检测和咨询。二是疫苗和药物研发,目前新发流行病药物主要来自欧美,如1981年艾滋病首先在美国洛杉矶被发现,药物主要由发达国家医药公司研发,抗埃博拉药物也主要来自美国,核心专利主要为强生公司、葛兰素史克等欧美公司所有。三是机制体制建设,美国帮助发展中国家逐步构建起监测系统和周期性干预机制,培养了大量专业人才,如湄公河疾病警戒网络就是在美国疾病控制和预防中心以及洛克菲

^① 《世卫组织/儿童基金会强调需要进一步缩小在获得经改善的饮用水和卫生设施方面的差距》,世界卫生组织,2014年5月8日,<http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2014/jmp-report/zh/>。

^② 姚粲璨、陆家海:《人兽共患病疫情防控新观念》,载《中国病毒病杂志》2014年第3期,第166-170页。

^③ Alan Ingram, "Global Leadership and Global Health: Contending Meta-narratives, Divergent Responses, Fatal Consequences," *International Relations*, Vol. 19, No. 4, 2005, pp. 381-402.

勒基金会资助下建立的。这实际说明发达国家仍是当前国际流行病治理的主要动力，然而这种动力并非源自利他主义，更多则基于自身需求，表现在三方面：一是多数资源投向特定流行病如艾滋病防治。1990 年用于艾滋病防治的国际卫生援助只有 3%，2015 年已超过 1/4。世界卫生组织列出 17 种被忽视的疾病，如蛔虫病、淋巴丝虫病、沙眼，这些疾病每年导致 50 万到 100 万人口死亡，远超艾滋病，但并未受到国际社会的关注。二是援助着眼于隔离而非常规治理，2014 年针对西非埃博拉的国际援助也是在国际社会受到严重威胁、美欧国家也出现了感染案例，才进入迅速应对状态。^① 而监测系统过分关注狭义的人员流动，譬如在航空站点和港口设置屏障而不是在那些已受到感染的地区。三是援助的监测系统和制度化干预等基础建设匮乏，有限的资金也源自多边组织如世界银行、亚洲开发银行等，发展中国家的治理能力未得到实质性提升。

另一方面，安全化未改变部门化的主导路径。全球化的深入发展使全球性卫生问题日益和贸易、移民及环境等相关政策领域融合，而这些领域的行为主体、治理机制和相关规范也会直接或间接影响全球卫生治理的绩效，因此全球卫生治理应采取综合协调路径。实际上，1978 年世界卫生组织就启动“为所有人的健康”的政策指导方针，1986 年《渥太华宪章》要求部门领域协调推进“所有政策中的健康卫生”，2008 年世界卫生组织要求所有政策领域都应包含减少卫生不平等的内容，联合国《变革我们的世界：2030 年可持续发展议程》还提出全民健康保险，让人们获得优质医疗服务，不遗漏任何人，也试图从更宽泛的范围考察卫生治理问题。然而全球卫生治理的总体路径并未改变，仍呈现“头痛医头、脚痛医脚”的部门化路径。

这种部门化的治理路径有以下几大特征：一是全球卫生治理目标并未内嵌到主要国家战略和全球核心治理机制，如美国推进的《跨太平洋伙伴关系协定》（TPP）、《跨大西洋贸易与投资伙伴关系协定》（TTIP），东盟十国发起的区域全面经济伙伴关系（RCEP），甚至中国发起的“一带一路”

^① Anna Roca, et al., “Ebola: A Holistic Approach is Required to Achieve Effective Management and Control,” *Journal of Allergy Clinical Immunology*, Vol. 135, April 2015, pp. 856-867.

都未包含基本的公共卫生和健康影响评估。联合国千年发展计划也只包含儿童死亡率、生殖服务覆盖率、艾滋病感染率等少数指标。尽管 2015 年通过的联合国 2030 可持续发展议程（以下简称“2030 年议程”）在联合国千年发展目标之外，增加了非传染性疾病、抗生素的耐药性、在发展中国家肆虐的疾病等，但仍未对发展中国家最急迫的需求做出有效回应，譬如如何确保基本药物和疫苗的可获得性。全球主要治理机制极少涉及卫生议题，如世界经济和政治的主要协调平台二十国集团（G20）、八国集团（G8）等基本不涉及卫生议题。

二是世界卫生组织缺乏跨领域协调的权威和能力。非典、禽流感、埃博拉、中东呼吸综合征等重大新兴流行病接连爆发，说明当前迫切需要跨领域卫生治理，然而这种治理涉及检疫防疫、监测协调、药品研发、人权保障、环境保护等诸多环节。而出于保护医药、粮食行业利益，发达国家有意强化知识产权体制，加剧了医药创新与获取基本药物的难度。^① 跨领域的卫生治理逐步精简为监测、遏制和治疗等技术环节，但技术环节也都属于不同的国际组织和机制，碎片化异常明显。即使是在技术环节，西方国家和中低收入国家也自觉不自觉地构造出“安全”与“人权”的对立。

三是非政府组织在推进全球卫生治理中发挥了积极作用。在全球卫生治理中，非政府组织拥有三大优势：获取信息、筹集资金和规范传播方面更加灵活；接触人群尤其前线病人方面异常成功，能为病人或普通群众提供及时有效的救助；能增加政府责任性和透明度。^② 但在全球卫生大会或其他的治理进程中，非政府组织仍处于政策外圈，话语权和影响力有限，难以搭建有效的协作机制。

二、安全化缘何失效

根据哥本哈根学派的安全化理论，若某个议题被安全化，那么该议题就

^① Wolfgang Hein and Lars Kohlmorgen, “Global Health Governance Conflicts on Global Social Rights,” *Global Social Policy*, Vol. 8, No. 1, 2005, pp. 80-108.

^② Hakan Seckinelgin, “A Global Disease and Its Governance: HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa and the Agency of NGOs,” *Global Governance*, Vol. 11, No. 3, 2005, pp. 351-368.

容易获得国际社会的普遍关注，进而提升自身在国际议程设置中的地位，获取更多的资源。然而流行病治理的垂直落差、治理路径的部门化说明安全化努力并未取得令人期待的结果，原因是多方位的。笔者认为，主因在于治理主体、治理机制正随着全球化的发展呈现出越来越复杂的局面，而数据和信息的不完备也使得科学主义的自上而下的集中化安全治理逻辑难以为继，必须从更为多元、宽领域的视角看待全球卫生治理转型。

第一，世界卫生组织权威下降，治理主体日益多元开放。安全化有着自身的逻辑过程，要求有核心权威的施动者，通过道德话语和科学知识将某个议题构建为“存在性威胁”，流行病最核心的权威施动者当属世界卫生组织。非典、禽流感、埃博拉、中东呼吸综合征等流行病爆发之初主要是技术和生物医药领域的活动，为尽快获取病毒基因及其传播模式、疫苗等专业知识，世界卫生组织经常扮演核心角色。世界卫生组织的确成功管控禽流感、猪流感等诸多流行病，积累了大量专业经验，但依然存在“过度反应”和“缺乏责任”等问题。2009年甲型H1N1禽流感爆发，世界卫生组织发布有史以来第一次“国际关切的公共卫生紧急状态”（PHEIC），总干事也积极督促相关国家储备疫苗，然而事态发展并没有想象的严重或造成重大经济社会损失，这引发媒体、国家代表和欧盟议会对该组织过度安全化以及决策程序是否透明的质疑。^①埃博拉事件则相反，世界卫生组织接获相关报告后，基于流行病毒学判定疫情将在2014年7月缓解，完全没有意识到感染高峰尚未到来，最终酿成更大危机，甚至一度出现“应对埃博拉是国家责任”的言论，^②也没有意识到非洲国家不可能独自应对重大危机。英国皇家国际事务研究所（Chatham House）发布的研究报告指出，“卫生治理安全化尽管强化了世界卫生组织的权威，然而复杂的融资机制、财政危机、对少数国家资金的过度依赖，以及1个总部、6个地区办公室、150个国家办公室网络的行政结构使其能力存在重大缺陷”。^③世界卫生组织权威、能力的不足使安全化的

^① Tine Hanrieder and Charistian Kreuder-Sonnen, “WHO Decides on the Exception? Securitization and Emergency Governance in Global Health,” pp. 331-348.

^② Colin Binns, et al., “Progress in Public Health in the Year of the Goat,” *Asia-Pacific Journal of Public Health*, Vol. 27, 2015, pp. 121-122.

^③ Colin McInnes, “WHO’s Next? Changing Authority in Global Health Governance after

施动者失去足够的机会和可能性，德国发展研究所（German Development Institute）的简报甚至认为，全球卫生治理的领导力已不在世界卫生组织，而在联合国安理会和秘书长。^①事实上，随着实践的推进，其他一些权威的国际组织获得了部分原本属于世界卫生组织的领导权。^②

在此背景下，联合国艾滋病联合规划署（UNAIDS）、国际疫苗联盟（GAVI）、疟疾药品联营公司（MMV）、被忽略疾病药物研发组织（DNDI）、比尔&梅琳达·盖茨基金会（BMGF）在上个世纪90年代先后成立，它们或进行药物研发，或扩大资金来源，或直接参与政治议程，或与国家和国际组织构建伙伴关系，对全球卫生治理进程发挥巨大影响力。实践证明，多种行为主体的参与可有效扩大市场机制和公私伙伴关系在卫生治理中的作用，不仅调动医药公司研发各类医药设备和药品的积极性，还能使普通民众获得更符合需求的医疗卫生援助。然而非政府行为体的角色也存在争议，如一些学者认为全球卫生治理结构呈现出世界卫生组织、世界银行居于核心圈，国际货币基金组织（IMF）和联合国其他组织处于外围，而非政府组织、跨国公司、认知共同体、个体处于最外围的局面。^③而另外一些学者却指出非政府行为体因其灵活性、创新性、成本收益的合理性、更大的民主责任正成为全球卫生治理的核心角色。^④

第二，治理机制相互嵌入，复杂性增加。安全化逻辑要求以简单清晰的方式推进治理，最简单的便是集中化的区域隔离，由此流行病治理常常呈现“水平”式，即聚焦于流行病“蔓延”对某些国家的威胁。政策目标也主要通过通过对贸易和旅行的最小干预实现对疾病传播的有效遏制，而国家如何改善自身卫生治理体系不是讨论的重点。20世纪70年代以后，人们逐渐发现，

Ebola,” *International Affairs*, Vol. 91, No. 6, 2015, pp. 1299-1316.

^① German Development Institute, “Making Global Health Governance Work: Recommendations for How to Respond to Ebola,” *Briefing Paper*, No. 14, 2014.

^② 晋继勇：《世界卫生组织评析》，载《外交评论》2013年第1期，第139-149页。

^③ Steven J. Hoffman, Clarke B. Cole, and Mark Pearcey, “Mapping Global Health Architecture to Inform the Future,” Chatham House Report, January 2015, https://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/field/field_document/20150120GlobalHealthArchitectureHoffmanColePearceyUpdate.pdf.

^④ Hélène Delisle, Janet Hatcher Roberts, Michelle Munro, Lori Jones, and Theresa W Gyorkos, “The Role of NGOs in Global Health Research for Development,” *Health Research Policy and Systems*, Vol. 3, No. 1, 2005, pp. 1-21.

水平治理旨在保护那些未受流行病影响的国家，并未对疾病爆发的源头国家予以援助，因此迫切需向垂直治理转型。垂直治理有三个基本特征：首先，从着眼于微生物和病毒横向地理传播向降低国家内部疾病爆发可能性的转变，这要求国家卫生体系的改善；其次，世界卫生组织的功能从“发现、遏制”疾病的爆发向疾病疫苗、药物研发和可获得性方面转变；再次，“人人享有卫生保健的权利”逐步成为基本治理规范，各个部门、各级决策都应考虑相关行动带来的卫生和健康效应。

进入 21 世纪后，人们发现，无论垂直治理还是水平治理都难以独自发挥作用，两者趋向相互渗透、融合。例如，在全球化条件下，仅倾向于水平遏制将失去意义；又如，水平的贸易知识产权机制经常对发展中国家药物获取权形成障碍。由此而来，水平治理和垂直治理日益趋于混合。混合治理具有三大特征：一是国家不再以主权名义垄断国内卫生治理信息，政策制定权限受到世界卫生组织、非政府组织、医药行业甚至个体的冲击；二是治理目标演化为全球卫生公共产品的提供，即不仅要提高国家在国际卫生体系中的安全程度，也要提高个体健康状况，个体健康和国家安全同样重要；三是卫生治理与其他领域机制的协调性需求日益提升。

世界银行已将改善卫生设施、免疫接种、防疫艾滋病等作为主要工作内容，自身还成为低收入国家改善公共卫生状况的最大外部资金支持者。世界贸易组织通过的服务贸易总协定（GATS）、卫生和植物卫生措施应用协议（SPS）及技术性贸易壁垒协议（TBT）则成为国际流行病防控最重要的法律条文。2005 年新版《国际卫生条例》明确规定应对流行病应“防止对全球贸易造成不必要的干扰”，“不能过多地限制国际交通，也不能过多地侵犯或打扰个人”，相关措施应以“科学原则”和“对人类健康构成风险的现有科学证据”为基础。尽管其他组织的一系列规定实质性改变了全球卫生安全规范结构和卫生主权观念，限制了国家采取额外的政策措施，却也使经贸、旅行和卫生措施之间有了更好的协调。^① 这种治理机制的相互嵌入、相互渗

^① Adam Kamradt-Scott and Simon Rushton, “The Revised International Health Regulations: Socialization, Compliance and Changing Norm of Global Health Security,” *Global Change, Peace & Security*, Vol. 24, No. 1, 2012, pp. 57-70.

透、交互感应使任何安全化的行为和潜在的其他机制形成了协同、合作、冲突三种关系，但目前更多的却是冲突。

第三，全球卫生治理信息和数据系统不足以支撑安全化努力。安全化的核心是其施动者，然而施动者在安全化某个议题时需要成功将“安全”标签贴上，这一贴标签的过程便是安全化进程中的“言语—行动”，“言语—行动”中最重要的是“遵循安全体制和文法规则，形成一个包含存在性威胁的秘密计划、极限点和一种摆脱困境的可能方法。无论是对具体事件存在性威胁的构建还是摆脱困境的方法，都需要科学主义和实证主义的数据和信息，数据和信息是用来说服安全化听众的，因此在安全化的逻辑构建中发挥着非常关键的作用。

事实上，流行病治理的历史也是关键的信息和数据处理的历史。1854年霍乱流行伦敦时，约翰·斯诺（John Snow）历时数月才发现应对霍乱的关键在于清洁水。如今，信息技术革命和系统化数据收集机制大大简化了斯诺的工作，然而随着新兴流行病的规范和认知框架从威胁（Threat）应对转向风险（Risk）管理，不确定性、全球性和可预期的流行病灾害却比以往更需要全面信息和历史数据的支撑。遗憾的是，当前卫生信息数据并不完整，且已对防疫和预防工作造成严重干扰。^① 目前，22 个高结核病发生率国家只有 4 个有良好的生命登记系统；联合国艾滋病规划署的监测数据也很不完整；世界卫生组织报告的 103 个疟疾流行国家，仅有 62 个国家提交了有质量的数据，因此必须就数据来源、方法和结果的透明度、数据质量和严谨程度进行全新的卫生调查。^② 监测系统是对信息的系统化收集，然而渠道的狭隘、技术的落后和分析手段的欠缺都使数据质量和分析后果难以保障。为确保卫生信息的充分、可靠，《国际卫生条例》将非政府组织、私营企业（尤其是医药行业的企业）甚至个体都纳入数据报告范围。在线报告系统技术也提高了信息和数据采集的效率；大数据技术等更可靠的数据分析技术也可从

^① Muriel Figuié, “Towards a Global Governance of Risks: International Health Organizations and the Surveillance of Emerging Infectious Diseases,” *Journal of Risk Research*, Vol. 17, No. 4, 2014, pp. 469-483.

^② Rifat Atun, “Time for a Revolution in Reporting of Global Health Data,” *Lancet*, Vol. 384, 2014, pp. 937-938.

海量信息、噪声信号中分离出真实信号，发现疾病传播的内在规律，进而预测流感、禽流感、甲型 H1N1 禽流感等流行病可能的传播轨迹。^①

需指出的是，当前卫生信息采集和处理仍以主权国家为基础，谁能掌握关键流行病的更多信息，谁就可能在具体的防疫防控甚至药物研发中获得主动，然而国际社会根深蒂固的对病毒信息和医药专利的非对称保护^②使得信息交换和共享存在各种政治困难。譬如，2007 年印度尼西亚政府拒绝将其境内的禽流感病毒标本交予国际社会，理由是本国国民难以承受西方医药公司开发的疫苗价格。有鉴于此，世界卫生组织发起了一系列强化卫生信息采集和病毒库建设的计划，世界卫生大会甚至要求各国“及时和持续地向世界卫生组织协作中心提交与高致病性禽流感和其他新型流感有关的信息和相关生物材料”，陈冯富珍女士更指出“不分享禽流感病毒的国家将违反《国际卫生条例》”，^③这就要求利益攸关方尽量强化问题解决意识而非政治导向。

三、去安全化的路径选择

新发流行病常常出乎意料，对生命造成直接威胁，有效疫苗和治疗手段的缺乏使封锁传染渠道成为关键，封锁传染渠道包括“发现疑似病例、隔离其接触者、适时为旅行者提供公共信息和警报”，为强化动员安全化是必需的。^④安全化的确在议程设置的前移、国际社会的普遍聚焦以及资源投入的持续加大方面取得一系列积极成果。更重要的是，安全化也带来规范变迁。

^① 当然这种大数据的分析仍可能出错，参见维克多·迈尔-舍恩伯格、肯尼斯·库克耶：《大数据时代：生活、工作和思维的大变革》，盛杨燕、周涛等译，浙江人民出版社 2013 年版，第 2-3 页。

^② 龚向前：《病毒共享的国际法思考》，载《政法论丛》2010 年第 10 期，第 56-63 页。

^③ Jussi Sane and Michael Edelstein, “Overcoming Barriers to Data Sharing in Public Health a Global Perspective,” Chatham House, April 2015, <https://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/field/document/20150417OvercomingBarriersDataSharingPublicHealthSaneEdelstein.pdf>.

^④ [美]斯科特·特布雷特：《新发传染病：我们做好应对准备了吗？》，载弗朗西斯·福山：《意外：如何预测全球政治中的突发事件与未知因素》，辛平译，中国社会科学出版社 2014 年版，第 118 页。

2003 年非典在广州、北京和香港相继爆发，世界卫生大会顿时意识到流行病种类繁多，任何疾病的突发、蔓延都将造成巨额经济损失、扰乱国际秩序，《国际卫生条例》需全面修改。2005 年《国际卫生条例》规定，所有公共卫生突发事件，只要威胁到人类健康，不管其来源如何，都应及时向世界卫生组织通报，由此流行病的报告越来越多来自非官方。据统计，当前国际流行病信息来源的 70% 源自非国家行为主体，而《国际卫生条例》从法律上确认了从非官方获取信息的合法性，监测规范发生革命性变迁。尽管如此，安全化依然存在存续时间短、过度聚焦监测环节等缺陷，难以在诸多利益攸关者之间达成共识，最终影响了全球卫生治理。笔者认为卫生“安全治理”需向“去安全化”转变，这一转换如何实现呢？大体应回归治理本身，这就需要承认多元化主体以及各种观点的合理性，及时有效吸纳全方位信息，这一过程的实现也是构建全球—地方多层次治理融合的过程。

第一，全球政策框架的构建。去安全化要求回归卫生治理本身，注重理性沟通，承认利益攸关方不同观点的合理性，将预防、准备、监测、报告、反应和疫后恢复等一系列环节连接起来，而每一环节都配有实施主体、合作机制和相应物质资源。在这一完整链条中，“预防”和“反应”是最关键的两个环节。预防的核心是疫苗，反应的核心是基本药物获取，但目前这两者都未形成全球政策框架。实际上，全球政策框架的构建绝非简单的技术问题，它不仅涉及生产能力和需求的匹配问题，还涉及知识产权、市场价格、贸易等不同机制的交叉、渗透和感应。以禽流感为例，目前疫苗需求量大约为 5 亿单位剂量，然而全球的生产能力却只有 3 亿，主要分布于澳大利亚、加拿大、法国、德国、意大利等 9 个发达国家，整个疫苗贸易额只相当于全球医药贸易的 2%，即疫苗需求和供给存在严重不匹配问题。而疫苗生产的商业化使问题变得更加严峻，有生产意愿的厂商从数十家下降到几家。这意味着，即使不考虑生产和需求的地理配给问题，在全球医药行业满负荷生产的情况下，发展中国家仍有超过 30% 的国家，将近 50% 的人口无法获得疫苗供应。世界卫生组织曾经多次与医药行业、政府管制机构、非政府组织等利益相关方讨论疫苗供应保障问题，但始终未找到有效的解决方案。又如，在 2014

年西非埃博拉病毒爆发之前，疫苗试验已获成功，但埃博拉的低发病率、地理分散特性使医药公司不愿投入巨额资金试验和量产。在基本药物的获取方面，发展中国家也面临类似困境，尽管世界贸易组织通过《TRIPS 协定与公共卫生多哈宣言》、《穷国购药决议》授权发展中国家通过强制许可等手段获得廉价医药品，但总体进展缓慢，难以满足发展中国家防控需求。

第二，注重多层次治理。安全化的核心是集中化的经济政策，然而全球卫生治理既存在于宏观社会空间，如地区、国家、省/州、市，也存在于微观方面，如城市、社区和个人居住环境，这种宏观—微观演变使全球卫生治理机制必须嵌入到全球和地方多个层面，这也决定不同层面的具体政策、实施方案有着显著差异，需要顶层设计和自下而上治理的融合。全球卫生大会是顶层设计的最佳平台，围绕监测和报告系统、基本药物获取、防疫防控等问题做出有力部署，制定《国际卫生条例》，相关国家再根据《国际卫生条例》制定一系列国家战略和应对方案。尽管如此，人们仍发现一些刚性、集中化的规划和战略经常招致失败，原因在于未能及时有效利用区域和地方提供的机会和可能性，或者忽视了区域和地方的特殊环境。事实上，国家、地区的自然生态条件与环境卫生状况迥异，仅依赖于顶层设计或者国际法规难以适应医学进展和地方社会的具体情形，政策也难以起到预期效果。许多病毒传播都是通过宿主亲密接触实现的，而人际接触模式和接触网络在不同地域文化有着不同的接触距离、接触频率，这必然造成不同的传播模式，因此构建防疫机制必须考虑当地的制度环境和生活习惯。^①正是考虑到地方情形的重要性，联合国粮农组织(FAO)、世界卫生组织和世界动物卫生组织(OIE)与一些利益攸关者全力推进“唯一健康”(One Health)路径，逐步强化全球、国家、地区各个层面的能力建设，充分利用技术创新推动基层群众实时动态报告病原和最新发病情况，及时找到疾病爆发、传播过程中的关键控制点。从地理角度看，疾病爆发传播的控制点无疑是人口最密集的城市区域，城市区域的高密度、高流动性既为疾病和病原高速传播提供可能，也为疾病的隔离和封锁提供机会，因此城市在应对流行病中的角色和作用需充分挖

^① Shweta Bansal, et al., "The Dynamic Nature of Contact Networks in Infectious Disease Epidemiology," *Journal of Biological Dynamic*, Vol. 4, No. 5, 2010, pp. 478-489.

掘。有学者指出城市网络是一种有效的应对流行病的方式，对欧洲“健康城市网络”案例进行研究，发现连接了不同国家、不同规模的 36 个城市的网络显著提升了各个城市卫生治理的绩效。^①

四、从安全化向可持续发展的转型

去安全化的路径转型明确了卫生治理转型需要采取的政策措施，然而随着国际社会政策框架的搭建、各种适宜的医疗卫生技术的提升、经济社会的发展，全球卫生治理水平和机制将持续变革。那么变革的目标是什么呢？联合国《变革我们的世界：2030 年可持续发展议程》给出了答案。尽管《可持续发展议程》17 项大类中与卫生、健康直接相关的指标只有“确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉”1 项，而 169 项小指标中也只有 6 项与卫生健康息息相关，主要为减少死亡率、性保健和生殖保健服务、传染疾病、抗生素耐药性、非传染性疾病，药物可获得性等具体内容。然而在 17 大类中，减贫、粮食、性别平等、水和环境、现代能源、经济和就业、基础设施、生产和消费、气候变化、森林、海洋等 11 类都与卫生健康直接或间接相关。小目标涉及的范围几乎涵盖了消除极端贫穷、基本药品和疫苗、污染、抵御灾害、水和环境卫生管理、粮食生产、水和土壤污染、信息和通信技术的应用、资源使用效率、抵御和适应气候变化、保护海洋和沿海生态系统、植树造林、生物多样性等人类生活的诸多方面。

卫生健康涵盖在 169 项具体目标中，充分说明可持续发展正日益成为全球卫生治理的主要模式。事实上，以往流行病治理主要以疾病发现、监测预警和药物研发为主，在 20 世纪 90 年代之后，人们普遍意识到技术防疫、药品治疗只是增强了国家的应对能力，但并不能有效提升一个国家的总体健康和卫生治理水平，因此应从技术视角向全方位经济社会发展转型，将疾病治理和消除贫困、环境保护等其他议程结合起来，最终成为真正的可持续发展模式。

^① Roberta Capello, “The City Network Paradigm: Measuring Urban Network Externalities,” *Urban Studies*, Vol. 37, No. 11, 2000, pp. 1925-1945.

第一，可持续发展模式更加注重发展对卫生治理的带动作用。历史案例证实，1912 年香港人口的 4% 死于瘟疫，但到 1948 年瘟疫近乎绝迹，这发生于抗生素发明之前；全球肺结核死亡率从 1851 年的每十万人 632 人下降到 1940 年的每十万人 61 人，这也发生在抗生素发明之前；这些说明经济社会发展、营养和住房条件改善显著提升了人群免疫力、减少感染率和死亡率。国际卫生法学家肖·哈蒙（Shawn H. E. Harmon）认为，公共卫生的确是发展不可缺少的组成部分，主要表现在：一是医疗服务，包括基本药物、医生的可获得、初级护理；二是公共服务，包括清洁空气、有营养的食物、疾病监测和控制、烟酒控制、伤害预防、病毒和微生物携带者数量的减少；三是经济社会因素，包括就业、减贫、教育等；尽管这些因素与卫生健康没有直接关系，却能更直接决定卫生治理的成效。^① 遗憾的是，发展中国家在上述各方面的发展都严重不足，无序的城市化、资金匮乏、自然资源破坏、环境灾害都增加了新发流行病的可能性和严重性。

国际社会可从以下几方面探索：首先，要有应对的“底线”。许多发展中国家尤其是撒哈拉以南国家物质贫乏、国家制度建设落后，自身缺乏有效应对流行病的能力，因此世界卫生组织和发达国家的外部援助成为它们的最后防线。这也意味着世界卫生组织和外部援助的预算调整常常产生难以估量的全球性影响，因此必须从资金、资源上确保那些基础设施最不完善而又经常爆发流行病的国家的最基本需要得到满足。其次，注重体制机制建设。对发展中国家来说，最需要的显然不是那些精确而又昂贵的医疗设备、药物和疫苗，而是简单有效的技术和周期性干预机制，包括设置简单的防疫站点、复杂医疗设备简便快捷化、社区参与、周期性的人口普查等。再次，将卫生思想观念和具体目标贯穿到所有政策领域，如经济发展规划、污染治理、劳工教育、国际贸易、农畜牧业、住房交通等诸多领域，这样可防止“极端最差”、无所依靠的情形出现。最后，卫生治理涉及诸多行为主体，既有最高层次的伙伴关系，也有慈善基金会和医药企业，因此需要充分有效的协调机制和平台。世界城市论坛引用 2008—2009 年巴格达应对麻疹，2009—2010

^① Shawn H. E. Harmon, “Imagining Global Health with Justice: Ebola, Impoverished People and Health System,” *Medical Law International*, No. 15, 2015, pp. 1-16.

年墨西哥城应对甲型 H1N1 禽流感的成功案例说明监测系统、卫生警报和应急体系的正常运行需要不同部门密切协作。^① 因此,联合国粮农组织提出“唯一健康”路径,积极构建跨部门工作组以便聚焦人类、动物和环境的共同议题,包括疾病监测警戒,生产、销售环节中的生物安全和相关防疫机制。^②

第二,可持续发展模式关注环境变化带来的不利后果。大量证据表明疾病的发生、兴起和传播与人类活动造成的环境变化之间关系密切,其中最核心的便是城市化和气候变化。城市在流行病传播中一直居于核心位置,14 世纪的人类瘟疫、18 世纪的天花、20 世纪的流感无不沿着商路和城市尤其是贸易港口城市向外扩散。^③

进入 21 世纪,流行病和城市、城市化的关系更为密切:首先,城市化改变自然景观,如森林面积减少、动植物组成异化、微生物环境变化,这一方面迫使人类与携带病毒的动物栖息地产生交集,另一方面也使病毒适应性增强产生变异,更易传播。^④

其次,城市化改变了社会互动模式使流行病传播模式发生变化。以前城乡严格分割使城市疾病很少向乡村传播,而乡村也维持着自身的生态平衡,病毒很少向城市传递。随着人口在乡村和城市的双向流动加快,使农村感染城市中的病毒,而乡村疾病也在城市大规模出现。^⑤ 国外学者对海地艾滋病传播调研发现,城市化使越来越多的农村妇女感染艾滋病病毒。西非埃博拉病毒最初也是来自农村,但城市内部空间结构和武装人员流窜、难民逃离使病毒迅速从农村向贫民窟转移,城市内部出现大量感染者。^⑥

再次,不同的城市化模式对卫生治理和流行病防控产生显著差异。城市

^① World Health Organization, “Global Forum on Urbanization and Health,” November 15-17, 2010, Kobe.

^② Wondwosen A. Gebreyes, et al., “The Global One Health Paradigm: Challenges and Opportunities for Tackling Infectious Diseases at the Human, Animal and Environment Interface in Low Resource Settings,” *Neglected Tropical Diseases*, Vol. 8, Issue 11, 2014, pp. 1-7.

^③ 曹树基:《历史时期的鼠疫流行模式与社会变迁》,载谢遐龄、于海、范丽珠主编:《SARS、全球化与中国》,上海人民出版社 2004 年版,第 134 页。

^④ 《五张图教你读懂埃博拉的来龙去脉》,福布斯中文网,2014 年 8 月 15 日, <http://www.forbeschina.com/review/201408/0035043.shtml>.

^⑤ Colin Binns, et al., “Progress in Public Health in the Year of the Goat,” pp. 121-122.

^⑥ San O. Okware, et al., “Managing Ebola from Rural to Urban Slum Settings: Experiences from Uganda,” *African Health Sciences*, Vol. 15, Issue 1, 2015, pp. 312-321.

学家乔尔·科特金 (Joel Kotkin) 认为高密度、短间距的城市建筑和城市化模式会产生严重健康后果, 如肥胖人数上升, 中风和心脏病患者增多, 而空气污染也在损害民众健康。^① 2010 年世界卫生组织和联合国人居署联合发布《隐藏的成本: 打开并克服城市环境中的卫生不平等》报告指出, 截至 2010 年, 全球 8.28 亿人口居住在非正式住房, 形成了城市内部的截然相反的卫生水平落差。贫穷居民总是生活在最差的房屋和社区, 且由于社会和物理障碍很难获得公共空间和公共卫生服务, 对流行病的产生、扩散起到推波助澜的作用。^②

除了城市化, 气候变化也对流行病的产生、蔓延存在类似影响。大量科学案例和实验确认, 气温升高会使任何介质流行病受到影响, 如虫媒的生态环境和地理分布发生改变, 增加虫媒疾病发病范围和发病率, 影响较大的有疟疾、血吸虫、登革热等, 而大气循环可改变水媒微生物种群, 影响霍乱、伤寒、菌痢等流行病。研究还发现, 气候变化还导致生物栖息地发生变化, 农作物、动物、人类开始接触此前从未接触但易受感染的病原体, 进而产生更多新的流行病。^③ 可以说, 气候变化已影响到流行病的发生、蔓延与变异的各个环节, 从病原体及其携带者、传播途径和人体免疫力等直接或间接的所有环节。^④ 一项国际独立委员会的调查甚至认为气候变化引发的健康效应可能会毁掉过去 50 年全球发展方面的全部进展。^⑤ 因此, 未来可持续发展框架下的卫生治理必须对气候变化和城市化给予更多关注, 有效增加知识供给, 进而制定有效对策。

^① 《香港及中国大都市面临的危机》, 福布斯中文网, 2014 年 10 月 22 日, http://www.forbeschina.com/review/201410/0038093_2.shtml。

^② World Health Organization, UN-Habitat, “Hidden Cities: Unmasking and Overcoming Health Inequities in Urban Settings,” 2010, Kobe.

^③ Eric Hoberg and Daniel Brooks, “Evolution in Action: Climate Change, Biodiversity Dynamics and Emerging Infectious Disease,” *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, February 16, 2015, DOI: 10.1098/rstb.2013.0553.

^④ 李国栋: 《气候变化对传染病爆发流行的影响研究进展》, 载《生态学报》2013 年第 21 期, 第 6762-6773 页。

^⑤ The Lancet Commissions, “Health and Climate Change: Policy Responses to Protect Public Health,” *Lancet*, Vol. 386, Issue 10006, 2015, <http://press.thelancet.com/Climate2Commission.pdf>.

结 束 语

西非埃博拉和中东呼吸综合症的爆发使全球卫生治理遭受前所未有的压力,而世界卫生组织的决策失误说明基于安全议程的治理机制迫切需要范式转型。也许有人认为当前的安全化不足才导致卫生治理绩效的低下,但大量案例证明,随着世界卫生组织权威的下降和治理主体的多元化,多种治理机制的相互嵌入造成的复杂性增加,以及安全化所依赖的科学主义数据信息的不足,安全化努力效果有限且频频遭遇失败,越来越局限于紧急隔离,因此必须实现从安全范式向其他范式的转型。

要实现有效治理,必须从安全化治理的弱点入手,回归到全球卫生治理本身,这就要求在预防、准备、监测、报告、反应和疫后恢复等一系列环节搭建适宜的全球政策框架;同时不再以集中化的方式进行应对,结合地方社情民意关注多层治理,自下而上的基层创新也就弥足珍贵。联合国《变革我们的世界:2030年可持续发展议程》旗帜鲜明地指出,未来全球卫生治理既不会是安全议程,也不会是人权议程,而是经济、社会和环境交互重叠下的可持续发展议程,只有将流行病防控与人自身、环境、经济等联系起来才能做到治理绩效的最大化。全球卫生治理可持续发展范式的构建,首先要关注发展中国家的经济社会发展对公共卫生的带动作用,其次要重视城市化和气候变化所引发的环境变化带来的可能影响,前者需要更多资金,后者需更多创新性的有效知识,遗憾的是当前这两者都异常匮乏。

在全球卫生治理转型进程中,中国是关键的一员。这不仅表现在全球卫生挑战的加剧,新发流行病以及非传播疾病的层出不穷,还表现在中国快速工业化、城市化进程中,处于环境和公共卫生风险的集中高发期。因此,无论从具体疾病的应对还是卫生环境的塑造来看,都需要包括中国在内的国际社会共同制定积极的政策并采取行动。从目前来看,中国在全球卫生治理转型进程中既是贡献者,又是接受者;既是规则的制定者,也是被规则规制的对象。这种双重身份决定了中国参与全球卫生治理的安全逻辑应该向可持续发展方向转变。这种转变主要表现在中国与世界的关系、中国与发展中国家

的南南合作、中国作为发展中国家成员与发达国家的南北合作。

中国与世界的关系主要体现在积极参与以世界卫生组织和其他国际组织为平台的全球多边行动、网络和机制，如《中国—世界卫生组织国家合作战略（2013-2015）》，这种合作既能够为国际社会提供治理经验，也可以体现中国独特的贡献，更有利于中国更积极地把握国际规则制定的新动向、新趋势。同时，通过参与也可以吸收国际通行的各类规范，将人与人、地区与地区的公平性以及各类基于证据的最佳实践吸收到国内卫生治理体系改革中。

围绕南北卫生治理垂直落差和部门路径问题，中国还应通过资金、项目和技术支持等多种手段强化南南合作。尽管目前南南合作依然侧重于双边合作，合作手段包括援建医院、派遣医疗队、捐赠药物等，但未来还可通过多边途径进行，如通过中非合作论坛、部长级会议等。尽管中国对非洲的医疗卫生援助取得大量实效，但是未来如何推进有利于发展中国家的卫生治理机制转型，帮助发展中国家以低成本提升公共卫生体系，推广质优价廉的卫生技术，推进更适合发展中国家国情的卫生治理改革仍值得思考。

在南北合作框架下推行发展—环境—卫生多部门协调合作体系，充分发挥国内政府、企业和民间友好团体等多种类型行为主体的作用，与国外非政府组织、基金会、私营部门、风险资本等构建各种类型的伙伴关系，即以宽领域的视角推进卫生公平和社会正义，使发达国家的对外卫生援助更多地符合发展中国家的实际需求而非其本身。

[收稿日期：2015-12-14]

[修回日期：2016-01-29]

[责任编辑：张 春]