

【国际公法】

《国际卫生条例》：全球卫生安全的治理框架

(美)劳伦斯·戈斯汀 丽贝卡·卡茨/著 孙 婵/译

【摘要】《国际卫生条例》是全球卫生安全的治理框架,但在相似倡议层出不穷的情形下,为了维持有效性,该条例仍需要文本上和实施上的改革。世界卫生组织负责监督《国际卫生条例》的实施,其领导地位和有效运转是该条例有效实施的前提。本文回顾了该条例的产生和过去10年的实施,分析了现有的改革,以提供一系列政治上可行的改革建议。本文为《国际卫生条例》及其运行、实施、世界卫生组织的监管,以及缔约国的遵守提供根本性改革的建议。

【关键词】国际卫生条例;全球卫生安全;世界卫生组织改革;危机管理;突发事件回应

【作者简介】劳伦斯·戈斯汀(Lawrence Gostin),美国乔治城大学法学院教授;丽贝卡·卡茨(Rebecca Katz),现任美国乔治城大学全球健康科学与安全中心教授兼主任。

【译者简介】孙婵,大连海事大学法学院讲师。

【原文出处】《地方立法研究》(广州),2020.3.1~29

【基金项目】本文获中央高校基本科研业务费专项(项目编号:3132020247)资金资助。

背景:过去10年来,《国际卫生条例》一直是全球卫生安全的治理框架,拥有196个缔约国,是全世界普遍认可的条约。随着埃博拉疫情的暴发,主要的国际主体开始对《国际卫生条例》的有效性和世界卫生组织的领导产生质疑。

方法:我们对《国际卫生条例》的起源以及10年来的实施进行了历史性回顾,分析了正在进行的改革,以及提供一系列政治上可行的改革建议。

发现:我们提出了一系列具有可行性的改革建议。这些建议主要集中在以下几个方面:发展和加强《国际卫生条例》规定的核心能力,独立的评估标准,新的筹资机制,与全球卫生安全议程、兽医体系效能、大流行型流感的防范框架和“同一健康”策略的协调,公共卫生和医疗人力的发展,突发事件委员会的透明度和治理,“国际关注的突发公共卫生事件”的分级管理,以及民间社会角色的加强。

结论:加强世界卫生组织的权威、发掘《国际卫

生条例》的潜力将会保障全球卫生安全,同时也会减轻下一次全球突发公共卫生事件将带来的巨大经济影响。

2005年,世界卫生大会(World Health Assembly, WHA)对《国际卫生条例》做了根本上的修订,^①预示着国际卫生安全合作新篇章的开启。然而,在西非埃博拉疫情的余波未平时,《国际卫生条例》受到了严格的审视——世界卫生组织^②、哈佛伦敦卫生和热带医学院(Harvard and the London School of Hygiene and Tropical Medicine)^③、美国国家医学院(National Academy of Medicine)^④、联合国^⑤都呼吁进行重大改革。

《国际卫生条例》的实施成效甚微,导致缔约国纷纷开始建立类似的独立机制。美国与其他大约50个国家一起建立了全球卫生安全议程(Global Health Security Agenda, GHSA),旨在加速增强全球对生物安全威胁的预防、监测及回应的能力。^⑥美国承诺支持30个国家发展这些能力^⑦,2015年G7峰会宣称将

这一数字翻倍^⑧。随着《国际卫生条例》面临严格审视以及平行机制的建立,我们回顾了这些机制的起源、运行,并对未来予以展望。

一、简要历史

《国际卫生条例》的起源可被追溯到1851年,为了防止传染病(一开始是霍乱,后来又有鼠疫和黄热病)从亚洲(尤其是印度和黎凡特^⑨)进入欧洲,国际社会召开一系列卫生会议希望促成一项国际协议。那时,全球卫生安全的概念意味着保护欧洲免受过度贸易阻碍的影响。1892年,这些卫生大会最终形成了一项有约束力的协议——《国际卫生公约》,公约着重于对霍乱的隔离措施。欧洲国家随后接受了一些附加条约,这些条约随后都被纳入《国际卫生公约》。至1926年,《国际卫生公约》主要涵盖了霍乱、黄热病和鼠疫三大传染病。早期的这些条约之所以能产生,主要是由于强权国家认识到卫生安全的必要性,这种卫生安全并不是为了保护世界上所有地区的公共卫生,而更多的是为了保护本国不受到外界威胁。

1907年,《罗马公约》建立了国际公共卫生办公室(the Office International d'Hygiene Publique, OIHP),并委托这一新机构对一系列国际卫生协议的实施进行监督。^⑩1948年世界卫生组织成立时,国际公共卫生办公室的职能得到确认。世界卫生组织宪章赋予这一机构继受实施防止传染病传播的法律的职能(第21、22条)。这一职权的影响广泛——除非缔约国明确表示保留,否则对缔约国均具有约束力。^⑪1951年,世界卫生大会行使其职权,使《国际卫生公约》涵盖了6种疾病。1969年,世界卫生大会修订了《国际卫生公约》,将其改名为《国际卫生条例》,并移除了斑疹伤寒和回归热两种疾病。天花在全球范围内被消灭后,于1981年被世界卫生大会从《国际卫生条例》中移除。在1995年世界卫生大会宣布对《国际卫生条例》做根本修订之时,这一条例针对的3种疾病与原本的《国际卫生公约》一致——霍乱、鼠疫和黄热病。

二、《国际卫生条例》(2005):世界卫生组织和缔约国的国际责任

随着艾滋病的出现和成为大流行的趋势、流行

病的国际传播,以及病毒性出血热的暴发,《国际卫生条例》无力灵活应对新型传染病的威胁已成为明显的事实。1995年,世界卫生大会呼吁对《国际卫生条例》进行修订,2001年和2002年的后续决议都引发了对公共卫生危机早期监测和快速应对的高度重视,但世界卫生大会并未采取任何行动弥补《国际卫生条例》中的明显弱点。^⑫

2003年,严重急性呼吸道综合征危机的出现使得全球卫生治理变得势在必行。^⑬世界卫生组织总干事格罗·哈莱姆·布伦特兰(Gro Harlem Brundtland)与相关国家的互动^⑭也催化了全球卫生治理迈向透明和及时通报的重大政治性转变,并随之推动了《国际卫生条例》的修订。^⑮《国际卫生条例》修订版于2005年世界卫生大会上通过,并于2007年生效。当前,《国际卫生条例》共有196个缔约国——所有的世界卫生组织成员国以及列支敦士登公国和梵蒂冈。^⑯

(一)范围

修订后的《国际卫生条例》旨在“预防、抵御和控制疾病的国际传播,并提供公共卫生应对措施”(第2条)。《国际卫生条例》突破了原有的仅适用于特定疾病的限制,而是采用“全面风险”(All-hazards)策略。《国际卫生条例》将“疾病”定义为“对人类构成或可能构成严重危害的任何病症或医疗状况,无论其病因或来源如何”(第1条)。起草者意图将生物、化学、放射物质引发的公共卫生风险以及动物源性疾病、食品安全威胁都纳入《国际卫生条例》的管辖范围。

《国际卫生条例》认识到旅行和贸易的重要性,因而融入了公共卫生、贸易和人权等因素的考量,以保持《国际卫生条件》动态平衡(见表1)。缔约国可以对出入境的旅行者采取公共卫生措施(例如医学检查、疫苗接种和观察),可以对船舶和航空器采取措施以使其免受污染和疾病传播。然而,缔约国采取的措施如果对交通、贸易造成限制或对人员有创伤性或侵扰性时,应当提供采取此类措施的公共卫生依据和有关科学信息。《国际卫生条例》要求缔约国在采取公共卫生措施时认真考虑世界卫生组织的建议。

《国际卫生条例》要求缔约国发展核心能力(Na-

tional Core Capacities)以监测、评估、通报和回应潜在的“国际关注的突发公共卫生事件”(Public Health Emergency of International Concern, PHEIC)。《国际卫生条例》附件1规定了监测和应对的核心能力要求,以及指定机场、港口和陆路口岸的核心能力要求。《国际卫生条例》规定了缔约国当地社区层面和基层公共卫生应对层面的能力要求、中层公共卫生应对能力要求,以及国家层面评估和通报的能力要求,包括发现意外的疾病和死亡的事件、报告重要信息、确认和评估所报告事件、通报世界卫生组织,以及迅速决定为防止国内和国际传播需采取的控制措施。

为了指导缔约国发展《国际卫生条例》规定的核心能力,世界卫生组织于2010年发布了《国际卫生条例核心能力监测框架》(the IHR Core Capacity Monitoring Framework)(后来加以更新)。⑩《国际卫生条例》监测框架和随之产生的监测工具确定了8种特定的核心能力,以及针对入境口岸和具体风险的5种其他能力(见表2)。

核心能力的定义符合了将公共卫生“向上游溯源”(upstream)的政策,以在源头上防止和遏制公共卫生危机的暴发。根据《国际卫生条例》第44条,缔约

国同意尽可能在发展、加强和保持《国际卫生条例》所要求的公共卫生能力方面的相互合作。根据世界卫生大会决定,缔约国需要在2012年之前发展和保持核心能力,并可以申请延期到2014年、2016年完成。2015年,第68届世界卫生大会批准了81个缔约国延期到2016年完成核心能力建设的申请。世界卫生大会同时决定支持60个优先国家在2019年7月前完成核心能力建设,其中包括非洲中西部国家(见下页图1)。⑪可见,世界卫生组织仍对缔约国遵守《国际卫生条例》的一贯拖延作风保持宽容。

表2 《国际卫生条例》监测框架:核心能力

发现、评估、报告和应对的核心能力	其他风险
实验室	动物源性疾病
人员	食品安全
监管	放射性危害
防范	化学事件
应对	
风险沟通	入境口岸
《国际卫生条例》国家归口单位(NFPs)	
国家立法、政策和财政支持	

表1 《国际卫生条例》动态平衡:商务、公共卫生与人权

商务:贸易和旅行	公共卫生:科学方法	人权
<p>在决定某个事件是否构成国际关注的突发公共卫生事件时,总干事应当考虑对国际交通干扰危险度的评估(第12条)</p> <p>除非入境口岸不具备执行卫生措施的能力,否则不应当因公共卫生原因而阻止任何船舶或航空器在任何入境口岸停靠(第28条)</p> <p>除非经授权,否则除活动物外,无须转运的转口货物不应该接受本条例规定的卫生措施或出于公共卫生目的而被扣留(第33条)</p> <p>额外卫生措施对国际交通造成的限制不应超过能适度保护健康的其他合理的可行措施(第43条)</p> <p>缔约国执行对国际交通造成明显干扰的额外卫生措施时,应当向世界卫生组织提供采取此类措施的公共卫生依据和有关科学信息(第43条)</p>	<p>在决定某个事件是否构成国际关注的突发公共卫生事件时,总干事应当考虑科学原则以及现有的科学依据和其他有关信息(第12条)</p> <p>在决定是否执行卫生措施时,缔约国的决定应当基于科学原则和现有的关于人类健康危险的科学证据(第43条)</p> <p>受所采取措施影响的任何缔约国,可要求采取此类措施的缔约国与之协商,其目的是为了明确该措施的科学信息和公共卫生依据并找到共同接受的解决方案(第43条)</p>	<p>本条例的执行应充分尊重人的尊严、人权和基本自由(第3条)</p> <p>未经旅行者本人或其父母(或监护人)事先知情同意,不得对其采取本条例所规定的医学检查、疫苗接种、预防或卫生措施,除非另有规定(第23条)</p> <p>在实施本条例规定的卫生措施时,缔约国应以尊重其尊严、人权和基本自由的态度对待旅行者,并尽量减少此类措施引起的任何不适或痛苦,包括尊重所有旅行者,考虑旅行者的性别、社会文化、种族或宗教等(第32条)</p> <p>根据本条例采取的卫生措施应当无延误地开始和完成,以透明和无歧视的方式实施(第42条)</p> <p>缔约国对于根据本条例从另一缔约国或从世界卫生组织所收集或收到的、涉及身份明确或可查明身份的个人的健康信息,应根据国家法律要求予以保密并匿名处理(第45条)</p>

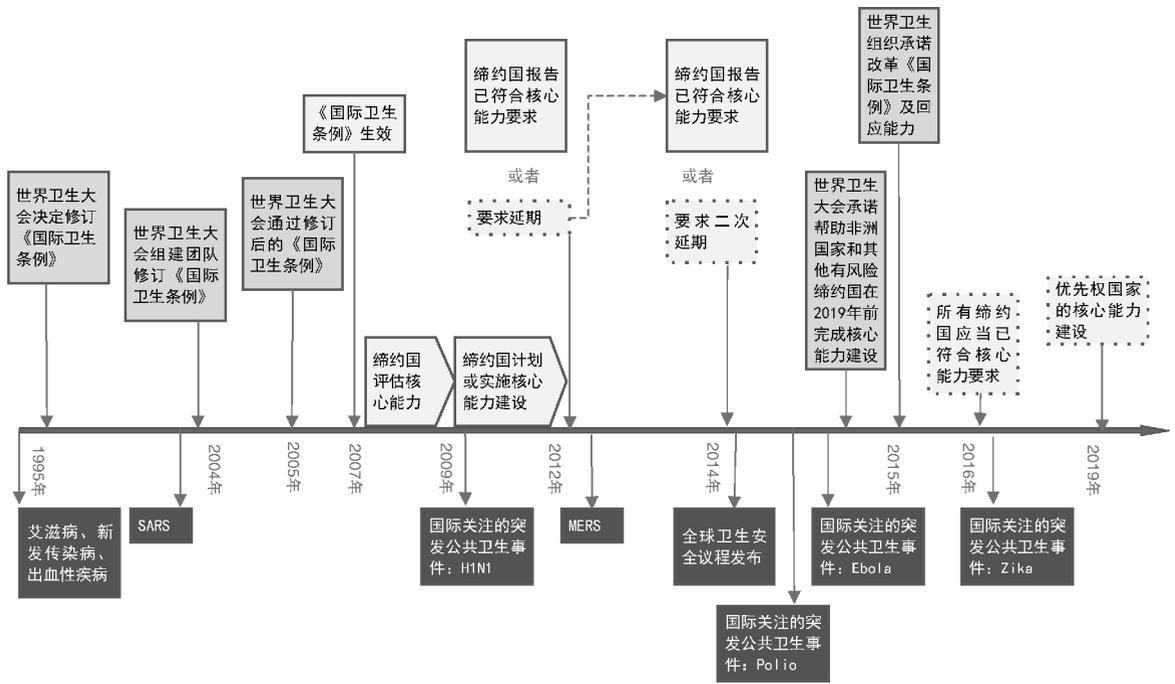


图1 《国际卫生条例》时间线

根据其历史渊源,《国际卫生条例》载有关于机场、港口和陆路入境口岸的规定,以及针对行李、货物、集装箱、交通工具和旅行者的公共卫生措施。此外,缔约国采取的公共卫生措施应当以非歧视和透明的方式实施。缔约国在采取额外卫生措施时,应向世界卫生组织提供相应的公共卫生依据和有关的科学信息。缔约国应当向世界卫生组织汇报对《国际卫生条例》的实施状况并遵守争端解决条款。更重要的是,《国际卫生条例》建立了缔约国与世界卫生组织的双向沟通与信息共享机制。《国际卫生条例》强制缔约国指定或设立国家归口单位(National IHR Focal Point, NFP)以随时与世界卫生组织保持联系。虽然《国际卫生条例》规定所有国家都应指定或设立国家归口单位,但在实践中,许多国家的归口单位要么在实施《国际卫生条例》方面未受过良好培训,要么没有按规定与世界卫生组织保持日常沟通。

(二)“国际关注的突发公共卫生事件”的通报与认定

《国际卫生条例》要求缔约国将可能构成“国际关注的突发公共卫生事件”的所有事件迅速通知世界卫生组织(见图2),以建立全球疾病暴发预警机制

和公共卫生国际合作机制。《国际卫生条例》附件2包含了评估和通报可能构成“国际关注的突发公共卫生事件”的指导标准。对于天花、由野毒株引起的脊髓灰质炎、新亚型病毒引起的人流感和严重急性呼吸道综合征(SARS)这四种特定疾病应当予以通报。对于涉及霍乱、肺鼠疫、黄热病、病毒性出血热、西尼罗热等疾病的事件,应当无例外地进行通报。此外,对于任何可能引起国际关注的公共卫生事件,包括原因或起源不明的事件,也应当进行及时通报。附件2同时规定了可能构成“国际关注的突发公共卫生事件”的四个标准:事件的公共卫生影响是否严重、事件是否不寻常或意外、是否有国际传播的危险、是否有限制国际旅行或贸易的严重危险。与之前的国际规范不同,《国际卫生条例》授权世界卫生组织可考虑来自非官方来源的报告,例如,科学家、非政府组织、印刷品和社交媒体等平台。在收到非官方来源报告后,世界卫生组织将会寻求相应缔约国的验证。

总干事拥有宣布“国际关注的突发公共卫生事件”的绝对权力。在决定某个事件是否构成“国际关注的突发公共卫生事件”时,总干事应当考虑:①缔

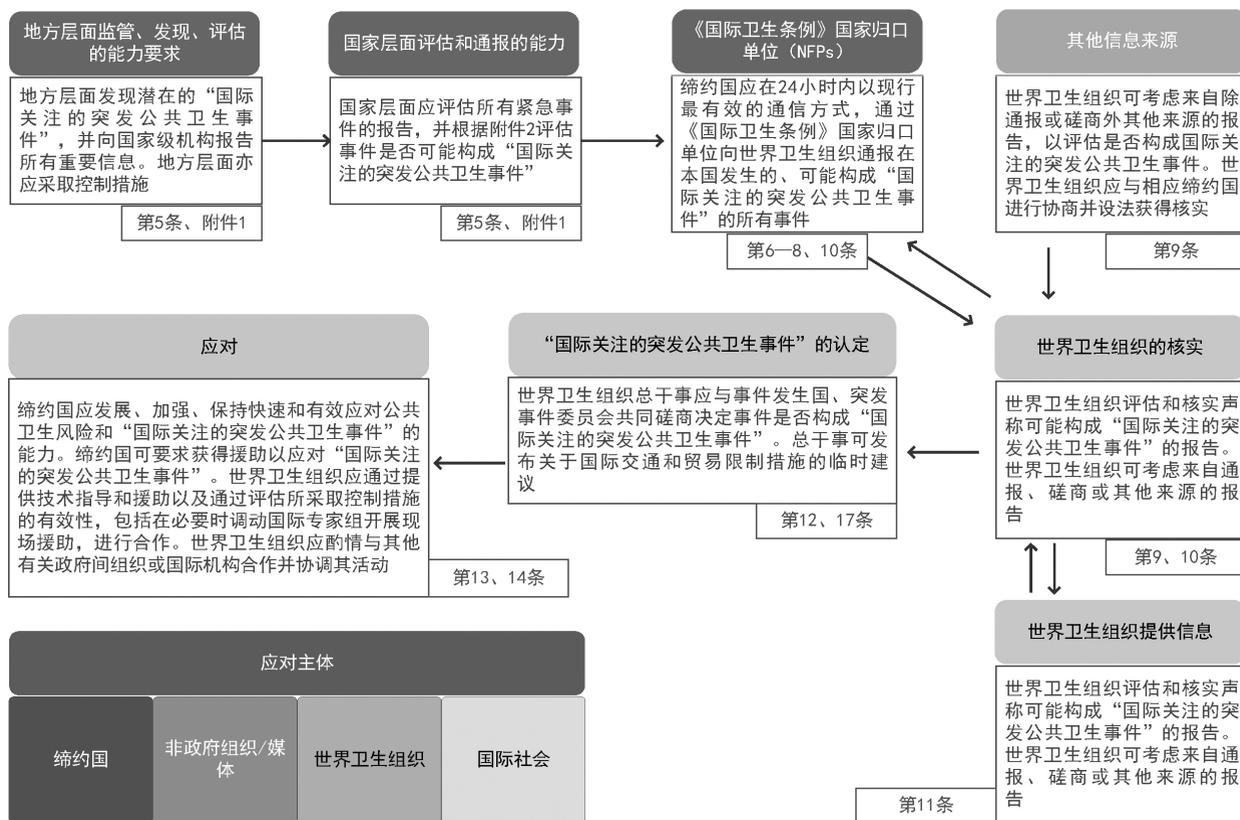


图2 《国际卫生条例》中规定的疾病的全球治理程序

约国提供的信息；②《国际卫生条例》附件2提供的决策文件；③突发事件委员会的建议；④科学原则以及现有的科学依据和其他有关信息；⑤对人类健康危险度、疾病国际传播风险和对国际交通干扰危险度的评估。如果认定“国际关注的突发公共卫生事件”正在发生，总干事应当发布临时建议，包括缔约国应当采取的卫生措施。临时建议不具有法律约束力，在公布3个月后自动失效。总干事可延长、修改、撤销临时建议。

1. 已宣布的“国际关注的突发公共卫生事件”

2009年H1N1流感大流行是世界卫生组织宣布的第一例“国际关注的突发公共卫生事件”。^⑩但随着科学研究发现病毒的致病性并不高，却引发了公众恐慌，世界卫生组织受到诸多批评(即便疫情引发了全世界超过20万人死亡)。批评主要是针对世界卫生组织对流感大流行阶段的定义超出了《国际卫生条例》的规范框架。许多缔约国置世界卫生组织的临时建议于不顾，仍然采取了旅行和贸易限制措

施。一些国家禁止了猪肉的进口，还有国家发布了旅行禁令和限制。^⑪2011年，世界卫生组织审查委员会回顾了H1N1暴发期间《国际卫生条例》的运用，并指出“世界并没有为应对严重的流感大流行做好准备……几千万人有死亡的危险”^⑫。

2014年，总干事宣布了两次“国际关注的突发公共卫生事件”：脊髓灰质炎和埃博拉。由于脊髓灰质炎的病例数并不多，表面上看来将其认定为“国际关注的突发公共卫生事件”似乎不够合理。然而，在阿富汗、巴基斯坦和尼日利亚，脊髓灰质炎仍在流行。2015年，考虑到这些疫情暴发地区的政治不稳定性，世界卫生大会批准了脊髓灰质炎这一“国际关注的突发公共卫生事件”的延期。^⑬这一事件是非传统的，更多表现出对当地的政治支持，而不是向世界做出的疾病大规模暴发的预警。

就埃博拉病毒而言，总干事在2014年4月就宣布疾病“前所未见”，但直到4个月后，才在2014年8月8日宣布疫情为“国际关注的突发公共卫生事

件”。^④之后遭到泄露的世界卫生组织文件显示出世界卫生组织的决定充满了政治性,并缺乏透明度。^⑤2015年7月,世界卫生组织埃博拉疫情临时评估小组(the WHO's Ebola Interim Assessment Panel)称先前的紧急警报没有送达世界卫生组织的高层领导,或者高层领导并没有意识到危机的严重性。^⑥哈佛-伦敦卫生与热带医学院全球应对埃博拉独立小组(the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola)写道:“对世界卫生组织领导能力的信心空前低落。”^⑦世界卫生组织的临时建议也存在严重不足,在没有足够国际援助的情形下仍要求卫生系统薄弱的缔约国拥有公共卫生核心能力。^⑧

将埃博拉疫情认定为“国际关注的突发公共卫生事件”,最终使国际社会团结起来成功控制了疫情,但在此之前,疫情仍夺走了11300人的生命。^⑨值得注意的是,时任美国总统奥巴马派遣军事力量前往疫情国帮助建设治疗设备、提供后勤支持。联合国安理会通过了一项历史性决议,称埃博拉为“对国际和平与稳定的威胁”。联合国秘书长创建了联合国埃博拉疫情应对委员会(UN Mission for Ebola Emergency Response, UNMEER)。虽然总干事在2015年12月18日宣布延长埃博拉为“国际关注的突发公共卫生事件”的期限,在3个疫情最严重的国家,病毒的传播已经结束。这次针对疫情的回应虽然有所延迟,但仍然有效表明政治支持和充足资金可以将看似难以控制的公共卫生危机成功控制住。

2016年2月1日,总干事宣布了第四起“国际关注的突发公共卫生事件”,即寨卡病毒疫情(Zika)。^⑩自巴西在2015年5月报告了寨卡病毒以来,美洲地区25个国家中大约有100万人感染。美洲的《国际卫生条例》国家归口单位一直在向泛美卫生组织(Pan American Health Organization, PAHO)报告实验室确诊病例。^⑪令人担忧的是,在寨卡病毒与神经系统疾病(如格林巴利综合征或胎儿异常)之间可能存在某种关联。遏制寨卡病毒疫情需要有效的媒介控制、对蚊子和人群的监控、对有效诊疗手段和疫苗的研究。美国疾病控制和预防中心(the US Centers for Disease Control and Prevention)建议孕妇推迟前往受寨卡病毒影响的国家的旅行,正在考虑怀孕的女性

应当咨询医生。^⑫

这是总干事第一次将蚊子传播的疾病宣布为“国际关注的突发公共卫生事件”,但这一宣布比其他“国际关注的突发公共卫生事件”范围更小。陈冯富珍博士说:“我宣布继2014年法属波利尼西亚发生类似聚集性病例之后,巴西近期报告的小头症和其他神经疾患聚集性病例,构成国际关注的突发公共卫生事件。”^⑬换言之,这次“国际关注的突发公共卫生事件”不仅针对寨卡病毒,还包括小头症和其他神经疾患聚集性病例。从法律的角度来说,“国际关注的突发公共卫生事件”这一措辞可能引起混淆,因为小头症和其他神经疾患都不属于传染病。这些神经性疾病和先天性疾病本身并不会造成国际传播,也不符合《国际卫生条例》附件2中对“国际关注的突发公共卫生事件”的认定标准。仅寨卡病毒本身和蚊子媒介会造成潜在的国际传播。

2. 未被认定的潜在“国际关注的突发公共卫生事件”

世界正密切关注中东呼吸综合征(MERS)的暴发。MERS于2012年在沙特阿拉伯开始流行。到2015年12月,MERS已经在20多个国家和地区传播,并引起了1621个实验室确诊病例和584例死亡病例。^⑭截至2015年9月,总干事共召集了10次突发事件委员会会议,^⑮其中两次会议是在病毒从沙特阿拉伯传播到韩国并引发大规模暴发的期间。^⑯突发事件委员会建议认真监测、加强疫情传播的预防和控制。大多数MERS病例都与医院环境有关,并且不存在可持续的社区传播,因此,委员会认为尚未符合“国际关注的突发公共卫生事件”的认定标准。^⑰

对于许多全球卫生危机,总干事甚至没有召集突发事件委员会商议,包括海地的霍乱、日本的福岛核辐射、叙利亚的化学武器使用。根据《国际卫生条例》附件2,这些事件都应引起注意,其他还有数百例潜在的“国际关注的突发公共卫生事件”上报给世界卫生组织。什么样的事件值得突发事件委员会考虑,并有可能构成“国际关注的突发公共卫生事件”,至今仍不明确。世界卫生组织可以且应当采取什么措施以确保及时通报和信息共享?总干事如何保证宣布“国际关注的突发公共卫生事件”的透明度和科

学依据?

三、《国际卫生条例》的实施:广泛存在不遵守的情况

《国际卫生条例》为限制疾病的国际传播提供了一个重要的治理框架。然而,10年的经验暴露了《国际卫生条例》在实施中面临的挑战以及规范的疏漏。这些挑战和疏漏在政治上显得尤为突出,体现了对《国际卫生条例》和世界卫生组织未能完成其治理和领导力承诺的担忧。过去10年间,虽然对《国际卫生条例》进行修订的需要变得越来越迫切,但未能有效实施其规则也是不可忽视的失败因素。缔约国不愿充分履行《国际卫生条例》规定的义务,削弱了其效力。下文中我们将解释各国对《国际卫生条例》未尽义务之处。

(一)国家核心能力

监测、发现和回应突发公共卫生事件的国家核心能力是全球卫生安全的基石。^③然而,大多数缔约

国尚未充分完成核心能力建设。2014年,仅64个缔约国报告已完成核心能力要求,48个缔约国甚至没有向世界卫生组织做出回应^④(见图3)。各国政府没有投入充足的资金,没有完成核心能力建设,国际援助也受到限制。^⑤完成《国际卫生条例》规定的国家核心能力建设仍是全球卫生安全的无可争议的基础。对突发公共卫生事件发现得越晚,回应速度越慢,也意味着损失越多的生命。世界卫生组织《国际卫生条例》审查委员会和主要相关团体(见表3)都要求缔约国建立和加强公共卫生核心能力——但几乎无济于事。^⑥

寻求卫生系统能力建设资源的过程充满挑战。虽然缔约国承诺为核心能力建设提供国家资源,但国家在财政支出上常常忽视这一承诺。许多国家资源不足,已经难以应对人口的日常卫生需求——从初级保健和基本药物到安全分娩和母婴保健——所以在构建卫生系统时,无法将未知风险的应对摆在

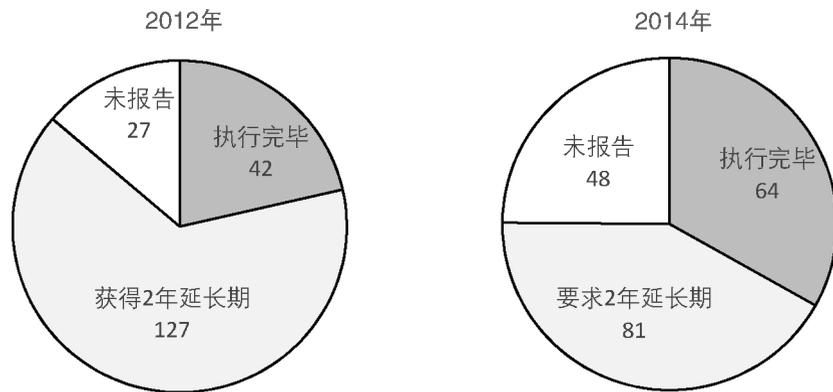


图3 《国际卫生条例》在2012年和2014年的实施情况

表3 全球卫生安全与《国际卫生条例》改革的相关团体

与《国际卫生条例》改革相关的专家组、委员会和报告	组织
埃博拉临时评估小组	世界卫生组织
关于《国际卫生条例》在埃博拉疫情中作用的审查委员会	世界卫生组织
埃博拉行动路线图	世界卫生组织
世卫组织在突发事件和紧急情况下的工作改革咨询小组	世界卫生组织
关于《国际卫生条例》在H1N1疫情中作用的审查委员会	世界卫生组织
联合国秘书长有关公共卫生危机全球响应的高级别小组	联合国
未来全球健康风险框架委员会	美国国家医学院
哈佛-伦敦卫生和热带医学院全球应对埃博拉独立小组	学术组织

优先级地位。同样,世界卫生组织和高收入国家应当为有需要的国家提供援助(《国际卫生条例》第44条),但是除了少数例外,^⑩几乎没有援助项目是针对中低收入国家的核心能力建设。国际财政援助通常直接针对某种疾病,例如,艾滋病、肺结核和疟疾。总而言之,针对国家核心能力建设的资金既不来自国家政府,也无法从援助者处获得。

(二)有意义的指标

世界卫生组织希望缔约国可以通过监测工具对执行《国际卫生条例》的情况进行年度自我评估,主要是针对13种核心能力的建设情况。缔约国应当在2012年发布正式报告(如果缔约国申请延期,则应在2014年和2016年发布额外报告)来宣布是否已完成核心能力建设。如果没有完成,各国应当提交一份详细的实施计划。

即使所有缔约国都及时准确地进行报告,但由于是国家进行自我评估,因此无法保证缔约国都高质量且一致地完成了核心能力建设。缔约国无法收集足够数据对定性问题进行定量评估。政府也不会使用一致的基于证据的标准来衡量自身的作为。更重要的是,自我评估本来就是维护自我利益且不可靠的,缺乏严格的独立性。这些缺陷破坏了自我评估的统一性和有效性。^⑪

除了政治意愿的失败之外,国家评估并没有与强大的技术和财政援助直接相关。低收入国家表示在没有外部援助的情形下,不愿意进行核心能力建设,这也是可以理解的。因此,核心能力建设需要国际社会承担共同责任,需要国家财政预算、国际援助和世界卫生组织的领导。如若没有这些针对国家核

心能力建设的政治上和经济上的承诺,世界的安全性将大大降低。

(三)及时充分的通报

尽管《国际卫生条例》呼吁通过对潜在的“国际关注的突发公共卫生事件”进行强有力的信息和数据共享,缔约国仍然存在延迟通报和(或)提供不完全信息的行为。延迟通报和(或)缺乏透明度与合作的现象就出现在埃博拉疫情期间的西非,以及MERS疫情期间的沙特阿拉伯。此外,尽管《国际卫生条例》第45条有明确规定,不少国家仍然拒绝分享国际旅行者的相关信息,或者是出于对其国际义务的不履行,或者是出于对患者隐私权的考量。

现有治理框架显示出内在的张力,不利于透明度和信息共享。除非政府对新兴传染病进行快速通报,否则《国际卫生条例》无法实现对全球卫生安全的有效治理,这遵循了简单的流行病学曲线的变化:卫生部门越快发现一个新事件,就可以越快提供有效回应,从而导致越少的病例出现(见图4)。但政府有经济上的理由保留或延迟进行信息共享。政府担心一旦揭露一种新兴传染病的爆发,别国政府将会采取旅行和贸易限制措施,这将会对经济产生严重的负面影响。譬如,一旦揭露了新兴传染病的暴发,《国际卫生条例》突发事件委员会可能建议实施旅行和贸易限制,或者更可能的是,政府或私营部门将不顾世界卫生组织的建议而擅自采取旅行和贸易限制行动。早期报告对经济的负面影响会导致缔约国不愿保持完全透明。

在以前的模式下,国家关于早期报告对经济形势影响的担忧似乎是完全合理的。例如,由于埃博

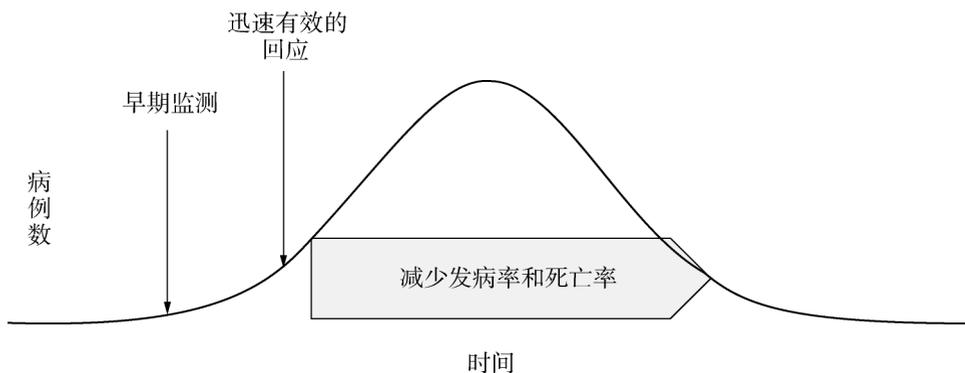


图4 理论框架:早期监测→迅速回应→减少发病率和死亡率

拉疫情,几内亚、塞拉利昂和利比里亚都经历了严重的经济损失,导致GDP下降超过10%。^④“非典”期间的加拿大,以及H1N1期间美国和墨西哥的旅游业和贸易都遭受了重创。然而,未能引起全球预警将会对人类生命和国家经济产生更严重的冲击。未来全球健康风险框架委员会(The Commission on a Global Health Risk Framework for the Future)总结称:“国际社会大大低估了流行病给人类带来的风险。很少有其他风险像流行病这样,对生命造成如此大的威胁,对经济造成如此灾难性的损害。”委员会预估21世纪的一次大流行将会导致超过6万亿美元的经济损失。^⑤

尽管非必要旅行和贸易限制将会对健康和经济造成严重影响,世界卫生组织尚不具有强制缔约国遵守其建议的政治权威和能力。世界卫生组织并不是一个具有强制力的机构,《国际卫生条例》没能提供足够的诱因来保证缔约国的遵守。缔约国在平衡《国际卫生条例》下的通报义务与经济制裁风险后,可能要等很久才开始分享重要信息。

(四)世界卫生组织治理框架

埃博拉疫情明显表明了国际社会对突发公共卫生事件进行大规模、协调一致行动的不足。《国际卫生条例》提供了全球卫生安全的框架,但是这一框架有效运转的前提是世界卫生组织是有效的领导者,而且各国都建立了有力的卫生系统。世界卫生组织在埃博拉疫情期间曾犯了不少错误。总干事在疾病发生跨国传播5个月之后才宣布事件为“国际关注的突发公共卫生事件”。世界卫生组织非洲区域办事处和国家办事处阻碍了国际援助工作的部署。更为重要的是,世界卫生组织没能调动足够的财政和人力资源,直至疫情无法控制。世界卫生组织最终纠正了这些错误,但这些错误已经导致数千人丧生。公平地说,错误不仅在于世界卫生组织秘书处,还在于会员国多年来未向世界卫生组织提供足够支持。

世界卫生组织失败的原因众所周知,但仍然难以解决。2011年,世界卫生组织由于严重的财政赤字,不得不削减了将近6亿美元的预算。^⑥其区域结构由于地区之间差异大,也是长期存在的问题,总干事曾呼吁政府和捐助者支援国家核心能力建设,也

曾要求缔约国遵守《国际卫生条例》,但并不具有强制力。^⑦所有埃博拉相关的委员会都暗示不信任世界卫生组织的改革,但每个小组都提议建立一个资金充足且负责任的世界卫生组织危机防范与响应中心。哈佛-伦敦卫生与热带医学院全球应对埃博拉独立小组坚持认为应建立一个半独立的新的中心,并拥有单独理事会(见下页表4)。

作为《国际卫生条例》的监管机构,如果世界卫生组织不具备有效的领导能力,《国际卫生条例》建立的安全框架就会面临崩溃。这也意味着,如果没有充足的资金和有利的响应,仅凭强有力的条约文本是不够的。

四、《国际卫生条例》的主要不足

在就《国际卫生条例》的修订进行谈判时,缔约国希望尽可能涵盖所有可能的公共卫生威胁。然而,在文本中仍有主要的疏漏,尤其是关于样本共享与动物源性疾病的威胁。

(一)样本共享与利益分配不均

2006年12月,印度尼西亚卫生部长Siti Fadilah Supari拒绝向世界卫生组织分享甲型H5N1流感病毒的样本。印度尼西亚的做法揭露了国际社会的裂痕。支持印度尼西亚的发展中国家声称,如果没有制造疫苗和可负担药物的互惠条款,仅要求共享病毒是不公平的。

世界卫生组织领导了长达五年的谈判,最终形成了2011年流行性流感防范框架(PIP Framework)。^⑧但这一框架仅适用于流感大流行,对其他新型病原体如“非典”、MERS和寨卡病毒并不适用。PIP Framework完全独立于《国际卫生条例》之外。其内容也不涉及生物物质和基因序列数据共享,以及医疗对策的平等可及。《国际卫生条例》第6条第二款提供了关于信息共享的指导,包括缔约国应当及时向世界卫生组织报告它得到的关于所通报事件的确切和充分详细的公共卫生信息,在可能时包括病例定义、实验室检测结果、风险的来源和类型、病例数和死亡数、影响疾病传播的情况及所采取的卫生措施。其中并没有直接提到生物物质或基因序列数据的共享,即使我们可以更广泛地将第6条第二款解释为涵盖这些数据。当然,生物物质和基因序列数据

表 4

四组全球卫生安全专家组的建议

	世界卫生组织	哈佛-伦敦卫生与热带医学院	美国国家医学院	联合国秘书长
建议	埃博拉临时评估小组	全球应对埃博拉独立小组	未来全球健康风险框架委员会	有关公共卫生危机全球响应的高级别小组
核心能力建设中的筹资和独立评估	独立评估体系应有资金支持 and 具体计划,并在资金方面与世界银行密切合作	应建立公开透明的追踪和监测体系 政府应同意进行定期的、独立的、外部的评估	应建立独立评估的明确标准,政府应同意参加外部评估 世界银行及其他援助者应明确指出在独立评估的前提下提供资金	所有国家都应在 2020 年前完成核心能力建设。世界卫生组织应每四年开展国家核心能力建设的评估 世界卫生组织秘书处应为每个国家提供行动计划 独立评估应当具有资金和技术援助保障
对通报的激励机制与对不通报、不当措施的抑制机制	应当建立激励机制,促使各国向世界卫生组织及时通报公共卫生风险 应当对采取额外旅行和贸易措施的国家制定一定制裁措施	世界卫生组织应当鼓励和称赞迅速和公开分享信息的国家,并公开延迟通报和违反临时建议的国家的名单。对早期通报应当有经济激励	世界卫生大会应当在避免延迟和遏制信息共享、避免对旅行和贸易的非必要限制上达成协议	《国际卫生条例》审查委员会应当建立惩罚机制,以对违反世界卫生组织旅行和贸易建议的国家进行限制行动
“国际关注的突发公共卫生事件”的分级响应	世界卫生组织应当建立一个中间级别的“国际关注的突发公共卫生事件”	世界卫生组织应当建立预警的分级体系	世界卫生组织应当创建一个每日观察列表,汇总潜在的“国际关注的突发公共卫生事件”的信息,鼓励必要的防范措施	
世界卫生组织应急基金	成员国应当资助建立世界卫生组织应急基金,目标是 1 亿美元的自愿捐助额	世界卫生组织执行委员会应当强制进行治理改革,政府应当对世界卫生组织的大多数预算进行资助	世界卫生组织应当创建 1 亿美元的可持续的应急基金,资金应来自各成员国	突发公共卫生事件防范与回应中心应当负责管理应急基金 成员国应当资助建立应急基金,并在 2016 年年底之前至少完成 3 亿美元的资助
世界卫生组织危机防范与回应中心	世界卫生组织应当建立突发事件防范与回应中心	世界卫生组织应当有一个危机防范与回应的专门中心	世界卫生组织应当建立一个突发公共卫生事件防范与回应中心	世界卫生组织应当利用其所获全部资助金额的 10% 建立一个突发事件防范与回应的新的中心
联合国	联合国应当建立将卫生议题提交安理会的程序 联合国安理会应当建立全球卫生安全的奖惩机制 联合国应当任命一位特别代表或特使专门负责主要的公共卫生事件	联合国安理会应当建立一个全球卫生委员会 应当建立一个独立的联合国问责委员会,对重大疫情的响应进行系统评估	联合国和世界卫生组织应当建立公共卫生危机的协调机制	应当在联合国大会的框架下建立一个全球公共卫生危机的高级别委员会。联合国应当在 2018 年举办全球公共卫生危机峰会 秘书长应当发起健康与人道主义的综合性倡议

(续表 4)

	世界卫生组织	哈佛-伦敦卫生与热带医学学院	美国国家医学院	联合国秘书长
《国际卫生条例》突发事件委员会		世界卫生组织应当建立一个透明和受政治保护的长期存在的突发事件委员会		
科学研究	世界卫生组织应协调资源,支持诊断、疫苗、治疗和信息技术的发展	必须建立框架性的规范和规则加速科学研究进程、规范科学研究行为 必须建立一套全球范围内的突发疫情相关的科研资助机制,包括对疾病的治疗、非药物干预措施、个人防护设备等	世界卫生组织应建立流行病生产发展委员会(a Pandemic Product Development Committee),以协调和优化资源配置 世界卫生组织应与全球的科研利益相关者共同达成每年 10 亿美元的承诺,将之用于药物、疫苗、诊疗方法等生产项目	世界卫生组织应监督和管理每年 10 亿美元用于药物、疫苗、诊疗方法研究的资金 世界卫生组织应为被忽视的疾病协调资源
筹资机制,包括国际货币基金组织(IMF)和世界银行	核心能力建设的筹资应当与世界银行密切合作	世界银行和其他区域银行应当为早期通报建立经济激励机制,比如承诺迅速发放应急资金。此外,区域银行还应直接参与核心能力建设的投资 应建立一套针对科学研究的资助机制	国际货币基金组织应根据《国际卫生条例》核心能力外部评估的结果,将大流行病防备纳入其国家经济和政策评价体系 世界银行和区域伙伴应当为低收入国家提供资金支持和方案策划 世界银行应当建立大流行病应急筹资机制	世界卫生组织应当与世界银行、区域开发银行和其他伙伴共同协调资源,以加强国家核心能力建设 世界卫生组织会员国应当将会费提高至少 10% 世界银行应当迅速实施大流行病应急筹资机制
对脆弱国家的援助			联合国秘书长应当与世界卫生组织及联合国其他机制合作,帮助脆弱国家和战乱地区维持卫生系统能力和基础设施建设	

都是与疾病传播密切相关的公共卫生信息。

此外,《国际卫生条例》和 PIP Framework 都没有强调生物安全风险。在不久的将来,科学家将能够对病原体的基因成分进行测序,从而可以重新创建新型病毒并操纵其基因结构。例如,尽管天花已被根除,但科学家可以重组其基因组,合成另一种真正的天花病毒,并可增强该病毒的传播能力。这些能力可能造成重大的生物安全威胁,而《国际卫生条例》和 PIP Framework 对此并未提及。协调《国际卫

生条例》和 PIP Framework 并填补二者覆盖范围的空白,将会明显改善全球卫生安全。

(二)动物源性疾病的威胁

所有新兴传染病中约有 70% 具有动物性来源,然而《国际卫生条例》的谈判者刻意没有将动物源性疾病纳入《国际卫生条例》的适用范围。起草者也许对现存体制过于恭敬,例如世界动物卫生组织(OIE)和联合国粮农组织(FAO)。尽管《国际卫生条例》对“疾病”做了广泛的定义,其目前实现的范围十分狭

窄,且并没有涵盖整合了人类与动物健康系统的“同一健康”倡议。对这一倡议的缺失可能会导致对动物源性疾病(例如寨卡病毒)存在明显疏漏。

《国际卫生条例》监测框架试图将动物源性疾病纳入“其他危害”的范畴,但是该法规未能规范动物源性疾病的多部门参与和协调,以及监测动物疾病的实验室和监管能力。由于当前世界面临新型动物源性疾病、人和动物过度使用抗生素的风险,《国际卫生条例》没有提供针对人和动物健康研究和实践的途径和指导是不恰当的。

五、《国际卫生条例》的未来:改革建议

《国际卫生条例》是全球卫生安全的治理框架,但现在需要文字上和执行上的改革。世界卫生组织秘书处正致力于内部改革,包括世界卫生组织埃博拉行动路线图(the WHO Roadmap for Action on Ebola)^⑤和世卫组织在突发事件和紧急情况下的工作改革咨询小组(the Advisory Group on Reform of WHO's

Work in Outbreaks and Emergencies with Health and Humanitarian Consequences)^⑤。除了埃博拉临时评估小组(the Ebola Interim Assessment Panel)^⑤,世界卫生组织还建立了关于《国际卫生条例》在埃博拉疫情中作用的审查委员会(the WHO Review Committee on the Role of the IHR in the Ebola Outbreak and Response)^⑤。2016年1月30日,总干事宣布了内部改革,包括一项独立计划和用于管理所有突发公共卫生事件的事件管理政策。总干事再次强调,这一项目需要来自成员国的持续的资金供应。^⑤

内部和外部改革进程可能是变革性的。这是“全球健康的决定性时刻”。^⑤然而,迷宫般的建议也可能导致软弱和混乱的改革。在以下内容中,我们提供了《国际卫生条例》基础性改革、世界卫生组织监督能力、缔约国义务履行的建议(见表5)。我们提出政治上可行的改革途径,以避免官僚主义。因此,我们的建议在理想与政治可行性之间提供了

表5

《国际卫生条例》改革和实施建议

	改革建议	主体和原因	政治机制
国家核心能力建设	保障建立、加强和保持公共卫生核心能力的国家和全球承诺	主体:国家政府、国际组织、双边援助者、基金组织 原因:全球卫生安全依赖于所有国家都具有监测、评估、通报和回应突发公共卫生事件的能力	无须对《国际卫生条例》中国家核心能力建设的承诺进行文本上的修改 世界卫生组织和其他筹资主体(如世界银行和区域开发银行)应做出政治和筹资承诺
独立评估标准	运用严格、独立的评估标准,发现核心能力不足,提出行动计划	主体:国内和外部的独立评估团队,且有世界卫生组织、区域和国家办事处、民间社会的参与 原因:独立严格的评估标准会为国家核心能力建设提供准确分析	修订《国际卫生条例》附件1,增加可衡量的指标 世界卫生组织应与筹资主体合作设立严格的标准并组织评估
一致性	将独立评估体系与全球卫生安全议程和兽医体系效能评估标准协调一致	主体:世界卫生组织与全球卫生安全议程、世界动物卫生组织 原因:一致性可以体现“同一健康”理念、减少政府多次评估的冗余工作量	将一致性原则纳入附件1的修订中 世界卫生组织、全球卫生安全议程、世界动物卫生组织各主体之间加强交流与合作
新筹资机制	建立强大的筹资机制以促进国家核心能力建设、加强世界卫生组织能力、建设卫生人力资源	主体:世界卫生组织成员国、世界银行“大流行病应急筹资机制”、全球卫生安全议程、世界卫生组织应急基金、世界卫生组织全球疫情预警与响应系统 原因:如果没有可靠的资金,核心能力建设就不可能完成	《国际卫生条例》第44条,世界卫生组织成员国国会费提高,全球卫生安全议程关于《国际卫生条例》实施的一揽子行动、世界银行“大流行病应急筹资机制”等

(续表5)

	改革建议	主体和原因	政治机制
人力建设	为建立一支强有力的医疗卫生队伍拟定国家评估体系和职业计划;建造一支国际危机应对队伍,为国家卫生队伍无力支撑时做准备	主体:拥有国际援助的国家政府,以及世界卫生组织的协调 原因:核心能力建设和全民健康覆盖需要一支训练有素、装备精良的卫生队伍;在危机发生时,如若国家卫生队伍无法应对,国际社会必须提供帮助	国内人力建设应有国家承诺的支持,以及世界卫生组织、世界银行、其他筹资主体的资金支持 世界卫生组织应对全球卫生储备人力、外国医疗队的建设作出承诺,包括主要的民间社会组织,比如MSF
突发事件委员会透明度	保证突发事件委员会决定的独立性和透明度,辅以民间社会的“影子”报告	主体:世界卫生组织与民间社会 原因:独立和透明的突发事件委员会可以建立公众信任	世界卫生组织的行政行动
“国际关注的突发公共卫生事件”分级体系	为“国际关注的突发公共卫生事件”建立分级体系;将不同的世界卫生组织全球预警机制与《国际卫生条例》相协调	主体:世界卫生组织 原因:一个分级的“国际关注的突发公共卫生事件”预警机制使国际社会在认定事件前就开始采取措施,同时还推动更明确的执行和筹资机制构建	无需对《国际卫生条例》全文开放谈判,只需通过签订备忘录或在世界卫生大会上通过新的附件即可
促使缔约国履行义务	通过一系列软硬兼施的机制加强《国际卫生条例》效力,鼓励各国发展核心能力,确保各国不违反突发事件委员会关于旅行和贸易的建议	主体:世界卫生组织与其他仲裁主体,如世界贸易组织、联合国粮农组织、国际法院 原因:缔约国不遵守旅行和贸易建议的行为,以及不充分建设核心能力的行为,都会削弱《国际卫生条例》的效力,并且破坏全球卫生安全	缔约国在采取突发事件委员会提出的建议之外的额外卫生措施时应具有合理性 缔约国可根据第56条的内容进行争端解决以及提出仲裁 世界卫生大会应修订《国际卫生条例》,将临时建议上升为有约束力的强制性条款
民间社会组织的角色	加强民间社会在《国际卫生条例》实施中的作用,包括“影子”报告、突发事件委员会的组成、参与核心能力评估体系等	主体:民间社会组织、学术界、其他利益相关者 原因:民间社会已经在帮助社区、监督政府、问责利益相关者等方面进行了广泛参与,还应继续发挥作用	世界卫生组织行政行动
将《国际卫生条例》与PIP Framework相联系	将《国际卫生条例》与PIP-Framework相协调,加强对样本共享的管理,应对与基因序列有关的生物安全挑战	主体:世界卫生大会成员国 原因:《国际卫生条例》没有强调样本共享,PIP并不适用于新型流感之外的病原体,二者都未对基因序列做出规定。这为全球疾病管理留下极大的缺口	签订世界卫生大会备忘录,或增加《国际卫生条例》附件
“同一健康”策略	将“同一健康”理念融入《国际卫生条例》,以应对全球卫生安全挑战	主体:世界卫生组织、世界卫生大会成员国,以及联合国粮农组织、世界动物卫生组织 原因:许多新兴传染病风险都来自于动物,想要有效应对,必须建立一个整合动物与人类健康系统的“同一健康”策略	世界卫生大会备忘录,以及世界卫生组织、世界动物卫生组织、联合国粮农组织的行动指导

平衡。

(一)建立强大的国家核心能力

《国际卫生条例》核心能力建设要求建立共同的义务和问责制。首先,国家应当致力于建立和维持本国的卫生系统。每个缔约国都应当使用下述的可衡量的指标和标准,严格评估和审查自身的核心能力建设是否达到《国际卫生条例》的要求。其次,共同的责任还要求国际上的技术和财政援助以填补核心能力的空白。只有完成这些共同的义务,才能确保集体安全和卫生系统的建设与维持(见图5)。

可持续的核心能力建设需要援助者和受助国都改变其思维方式。很多时候,严重依赖外部援助的国家都会遵循援助者的优先选择,例如以特定疾病的防治为主。然而,达到《国际卫生条例》规定的核心能力要求需要开发一些最基本的项目,例如,可以对病原体进行诊断和分析的实验室、适用于所有样本的运输系统、针对意外或不寻常突发公共卫生事件的监管体系等。核心能力建设还需要将这些项目统一纳入国家卫生系统的年度财政预算之中。

(二)标准制定和严格评估

为了使《国际卫生条例》核心能力标准更有实践性、有价值并且可操作,必须要接受外部评估。世界卫生组织应当建立一套独立的评估体系,并且使用基于证据的标准和指标。只有评估标准是清楚、透明和有效的时候,才会被公众信任。这套独立评估体系应当被直接纳入《国际卫生条例》附件1之中。可以通过修订附件1或者对其进行细化,以纳入更详

细的标准。

全球卫生安全议程(GHSA)和世界动物卫生组织兽医体系效能评估途径(PVS)的规定应当与《国际卫生条例》保持一致。《国际卫生条例》是唯一具有国际法律上和政治上合法性的确立全球安全标准的条约。在《国际卫生条例》中协调现存多重标准将会使其更为全面、更体现“同一健康”理念,同时也减少政府在多重标准面前的冗余工作量。

出于主权因素的考量,国家经常抵制外部评估,应在新的体系中促进国际合作。对某一缔约国核心能力的评估团队应当包括该国国内和国外专家,保证缔约国可以充分参与到评估过程之中。世界卫生组织、区域和国家办事处都应当在此过程中发挥战略作用。民间社会也应充分参与,就像联合国艾滋病规划署(UNAIDS)的监测机制一样。专家组应进行建设性和协作性工作,以发现问题、提出行动建议并确定可靠的资金来源。

世界银行“大流行病应急筹资机制”(Pandemic Emergency Facility, PEF)应当为《国际卫生条例》下的国家合作提供资金。另外,国际援助者如区域开发银行、全球基金(the Global Fund)和慈善基金会等可以为国家核心能力建设提供资金。所有这些措施都将加强国家对建设卫生系统的承诺,这也与联合国可持续发展目标中的全民健康覆盖目标(Universal Health Coverage, UHC)相一致。⁵⁵

“能衡量,始能执行。”但来自加纳的全球卫生安全议程研究者Laud Boateng将这一话语转变为更好

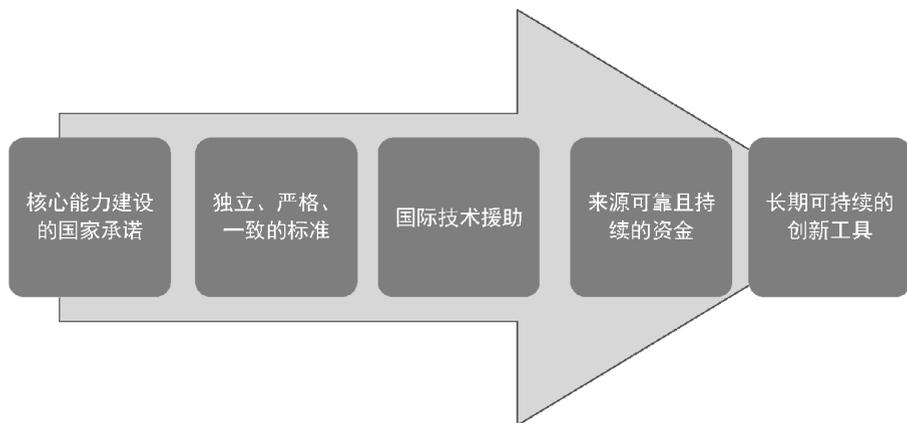


图5 《国际卫生条例》核心能力建设路径

反映国家经验的论述：“能衡量，始能执行。但只有得到政治支持的才能被衡量，只有拥有资金的才能得到政治支持。”⁵⁴因而，将评估体系与外部资金相联系才能促进合作并协调资源，以实现核心能力建设。

(三)建立可靠、持续的筹资机制

强大的资金支持不仅可以帮助国家进行核心能力建设，还能支持世界卫生组织自身能力建设，并确保应对突发公共卫生事件的资源充足。几种筹资模式可以单独或合作运转。最合理的筹资机制应当是世界卫生组织会员国之间分摊会费。强制性缴费更具可预测性和可持续性。此外，作为《国际卫生条例》的监管机构，世界卫生组织负有实施该条约的法律义务，其中就包括保障充足的资金。

然而分摊会费在政治上充满压力。一些高收入成员国对世界卫生组织并不抱有足够的信心，因此会拒绝会费的增加。这些国家还希望自己决定援助资金的流向。因而，建立替代性资金来源机制十分必要。全球卫生安全议程行动计划和世界银行“大流行病应急筹资机制”就是现实的资金来源，但它们的行动应与《国际卫生条例》保持一致。全球基金提供另外一种模式，世界卫生组织和世界银行可以举办援助者会议来促进国际合作与援助。⁵⁵不管筹资机制如何，确保核心能力建设拥有可持续的资金来源都将使所有国家的卫生安全受益。

(四)对人力的投资

埃博拉疫情表明，一支训练有素、装备精良的卫生队伍对突发公共卫生事件的有效应对至关重要，这支队伍包括医生、护士、社区卫生人员、实验室技术人员、传染病控制学者、公共卫生专家。如果卫生人员不足或因感染疾病而缩减，卫生系统就无法控制疾病。教育、培训、支持和保护卫生人员是全球卫生安全的关键性议题。

有时，即使准备充分的卫生队伍也可能无法应对突发公共卫生事件。在这种情况下，世界卫生组织必须为保障人力制定相应机制，例如，通过全球疫情警报和响应网络(the Global Outbreak Alert and Response Network, GOARN)。2015年世界卫生大会通过了全球卫生储备人员计划(Global Health Reserve Workforce)，但是没能保证资金支持。

(五)发挥民间社会的作用

艾滋病防治倡导者展示了追求全球卫生正义的社会力量。⁵⁶民间社会组织关心社区、监督政府，并要求利益相关者承担责任。与国际法其他领域(例如人权和气候变化)一样，民间社会可以提供“影子”报告、倡导为国家核心能力建设提供资金，促使政府履行《国际卫生条例》和人权义务。充分利用民间社会的力量要做的不只是将它们纳入《国际卫生条例》的现有或新的框架。借用《烟草控制框架公约》(the Framework Convention on Tobacco Control)的经验来说，世界卫生组织可以定期举办成员国会议，使民间社会可以与政府一同探讨《国际卫生条例》的实施。国际控烟组织框架公约联盟(the Framework Convention Alliance)就有力推动了烟草控制改革的进程。类似的民间社会组织网络也可在《国际卫生条例》的实施中发挥变革性作用。

(六)透明、独立的突发事件委员会

在H1N1流感大流行结束之后，世界卫生组织才公布了突发事件委员会的成员名单，这一行为遭受了批评。之后，世界卫生组织为获取公众信任，决定提前公布突发事件委员会和审查委员会的名单。⁵⁷世界卫生组织还承诺在委员会成员的利益冲突上保持公开。⁵⁸然而，对于突发事件委员会的决定更多受政治影响而非基于科学证据的担忧仍然存在。例如，总干事和突发事件委员会未公开其针对H1N1流感大流行做出的决定依据⁵⁹，对针对埃博拉疫情的第一次突发事件委员会会议内容只公开了非常少的信息⁶⁰，对MERS的最初会议也没有公开信息。⁶¹针对后来的脊髓灰质炎疫情⁶²、最近的MERS和寨卡病毒疫情⁶³，他们确实提供了更透明的解释。总干事和突发事件委员会应当定期公开其做决定的依据和程序。突发事件委员会会议应当全程保持公开透明，并公开相关的文件，还可通过社交媒体平台进行直播。

独立透明的突发事件委员会决策机制将会建立公众的信心，但是如果总干事并不召集突发事件委员会的话，这些机制也毫无价值。在世界卫生组织的管理机制之外，还应当建立一个独立的专家委员会，来自学术界和民间社会的专家可以联合起来定

期审查有关疾病暴发的数据,并提出行动建议,包括建议总干事召集突发事件委员会。

(七)建立可靠和及时的“国际关注的突发公共卫生事件”认定程序

“国际关注的突发公共卫生事件”的认定是世界卫生组织对疫情暴发的公开响应,但是世界卫生组织应该在疫情暴发之前就有所回应。除《国际卫生条例》之外,世界卫生组织还拥有多个支持早期行动的机制。例如,世界卫生组织可以利用突发事件应急框架(the Emergency Response Framework, ERF)来衡量风险等级,并向国际社会通报疫情的严重程度。^⑥埃博拉疫情表明,使用两种不同的管理机制(突发事件应急框架和《国际卫生条例》)会混淆早期响应者和大众。H1N1流感大流行期间就出现了类似的混乱,世界卫生组织没能协调流感大流行防范框架(PIP Framework)^⑦下的6个大流行阶段与“国际关注的突发公共卫生事件”。鉴于“国际关注的突发公共卫生事件”的公开象征意义,其他突发公共卫生事件响应机制应当与《国际卫生条例》一致。

世界卫生组织埃博拉临时评估小组建议引入中间级别的突发事件,在保留“国际关注的突发公共卫生事件”机制的情况下允许分级别响应。^⑧这样一个分级的系统不需要对《国际卫生条例》进行文本上的修订。世界卫生组织可以通过第11条制定非正式的准则,允许按照事件的严重程序通报和应对潜在的突发公共卫生事件。或者,世界卫生大会可制定一个新的《国际卫生条例》附件来规定风险梯度,就只需对新的附件进行谈判。为了保持可操作性,不同的级别应当引发明确的执行和筹资方式。例如,在一个中间级别的突发公共卫生事件中,世界卫生组织可以从应急基金获得资源。同样地,世界银行也可以基于世界卫生组织不同的级别认定,来启动“大流行病应急筹资机制”。^⑨这种情况下,国际援助对充足资金的承诺将会为各国政府及早通报潜在的“国际关注的突发公共卫生事件”提供激励机制。然而,在一定情况下,仍然需要对“国际关注的突发公共卫生事件”的充分认定以提高全球预警、加强政治决心。

(八)软硬兼施地促进遵守

主权国家无视《国际卫生条例》第43条“额外卫

生措施”规定和突发事件委员会临时建议(例如旅行和贸易限制、有害检疫)的行为严重违反了《国际卫生条例》。例如,在H1N1流感大流行和埃博拉期间,缔约国无视世界卫生组织临时建议,采取额外卫生措施,阻碍了关键医疗物资和卫生人员的部署。区域和国际承运人暂停航班、缔约国禁止与受染国家间的贸易和旅行、对来自受染地区的卫生人员进行隔离等措施,都削弱了国际合作与援助。

世界卫生组织并不具有强制力,无法对违反《国际卫生条例》的国家采取制裁措施。但是,它确有促使各国遵守《国际卫生条例》的方法,只是未能有效适用。总干事应当公开要求采取额外卫生措施的国家重新考虑并摒弃有害措施。总干事应当鼓励缔约国根据第56条的内容进行争端解决以及提出仲裁。世界卫生组织和世界贸易组织(WTO)可以同样鼓励因额外卫生措施受到损害的缔约国使用WTO争端解决机制。尽管世界贸易组织主要裁定其自身条约,但在缔约国行为同时影响了公共卫生和国家贸易的情况下,可以对其进行干预,例如,一些国家在H5N1暴发期间对家禽进口的禁止措施。

除世界贸易组织外,其他机构也可以鼓励遵守《国际卫生条例》。例如,在H1N1流感大流行期间,联合国粮农组织、世界动物卫生组织、世界贸易组织和世界卫生组织发表联合声明,反对针对猪肉和猪的贸易限制。^⑩如果一国对《国际卫生条例》的违反导致了别国人口或经济的特定损害,也可向国际法院(International Court of Justice)寻求救济。

为激起主权国家遵守《国际卫生条例》的政治意愿,世界卫生组织可以做的还有很多。例如,世界卫生大会可以修订第48条,将突发事件委员会的临时建议改为具有约束力的条款。即使缔约国仍然可以无视这一国际义务,但更具约束力的条约语言可能会对缔约国造成压力,使其不得不遵守。

六、权力政治:提高《国际卫生条例》改革的政治可行性

文本修订比执行上的改革更难实现。重新开放对《国际卫生条例》全文的修订将会导致长达数年的谈判过程,耗费大量资源,并且可能削弱《国际卫生条例》规范,弱化人权保障。因此,我们建议应当尽

可能通过文本解释、签订备忘录、增补特定附件来进行改革,而非对正文的修订。

在不重新开放全文谈判的情况下对《国际卫生条例》附件进行修订是有先例的(有关附件7和黄热病的2014年决议)。^①缔约国可仅针对特定附件达成共识。通过文本解释或签订备忘录的方式进行正式的修订,更具有政治上的可行性。例如,在军备控制条约中,缔约国就利用审查会议的机制达成了执行条约和遵守义务的一系列备忘录。《国际卫生条例》缔约国可以采用类似的政治策略,并且完全符合国际法。“智慧”的全球卫生外交可以排除官僚主义的阻碍,促进《国际卫生条例》的改革。

七、展望

《国际卫生条例》修订通过后已有10年,是时候兑现承诺了。西非埃博拉疫情的暴发为《国际卫生条例》和世界卫生组织的基础性改革提供了机会。但是这个机会稍纵即逝。疲劳的援助者、短暂的记忆、激烈的竞争(如气候变化、巴黎爆炸案等议题)都会转移政治注意力,也将进一步削弱全球公共卫生治理的政治决心。赋予世界卫生组织权力,并践行《国际卫生条例》的目标会实现全球卫生安全,这无论对保护人类和动物健康,还是对减少下一次全球卫生危机的巨大经济影响来说,都是一项关键投资。

注释:

① World Health Organization(WHO), International Health Regulations, 2005; WHO, International Health Regulations(2nd edition), 2008.

② WHO, Report of the Ebola Interim Assessment Panel, 2015.

③ Suerie Moon, Devi Sridhar, Muhammad A Pate, et al., “Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola”, 386 Lancet 2204(2015), pp. 2204-2221.

④ Commission on a Global Health Risk Framework for the Future, The Neglected Dimension of Global Security: A Framework to Counter Infectious Disease Crises, Washington, DC: National Academy of Medicine, 2016.

⑤ UN Secretary-General, Press release: Secretary-General appoints high-level panel on global response to health crises, 2015.

⑥ Global Health Security Agenda: toward a world safe and secure from infectious disease threats, White House: <http://www.globalhealth.gov/global-health-topics/global-GHS%20Agenda.pdf>.

⑦ Fact sheet: the U. S. commitment to the Global Health Security Agenda, White House: <https://www.whitehouse.gov/the-press-office/2015/11/16/fact-sheet-us-commitment-global-health-security-agenda>.

⑧ G7 Leaders' Declaration, G7: <http://www.interaction.org/document/2015-g7-leaders-declaration>.

⑨ The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851-1938, Norman Howard-Jones: http://whqlibdoc.who.int/publications/1975/14549_eng.pdf.

⑩ Lawrence O. Gostin, Global Health Law, Harvard University Press, 2014.

⑪ WHO Constitution, 1946.

⑫ WHO, Revision and updating of the International Health Regulations, 1995. WHO, Global health security: epidemic alert and response, 2001. WHO, Global public health response to natural occurrence, accidental release or deliberate use of biological and chemical agents or radionuclear material that affect health, 2002.

⑬ David L. Heymann, “The international response to the outbreak of SARS in 2003”, 359 Phil Trans R Soc Lond B1127 (2004), pp. 1127-1129.

⑭ Fiona Fleck, “How SARS changed the world in less than six months”, 81 Bull World Health Organ 625(2013), pp. 625-626.

⑮ David L. Heymann, John S. Mackenzie, Malik Peiris, “SARS legacy: outbreak reporting is expected and respected”, 381 Lancet 779(2013), pp. 779-781.

⑯ States Parties to the International Health Regulations (2005), WHO: http://www.who.int/ihr/legal_issues/states_parties/en/.

⑰ IHR Core Capacity Monitoring Framework: Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties, WHO: <http://www.who.int/ihr/checklist/en/>.

⑱ WHO, 2014 Ebola virus disease outbreak and follow-up to the Special Session of the Executive Board on Ebola, 2015.

⑲ Rebecca L. Katz, “Use of revised International Health Regulations during influenza A(H1N1) epidemic”, 15 Emerg Infect

Dis 1165(2009), pp. 1165–1170.

⑳ McNeil DG Jr, “W. H. O. estimate of swine flu deaths in 2009 rises sharply”, *New York Times*, November 27, 2013.

㉑ Swine influenza: statement by WHO Director-General, Margaret Chan: http://www.who.int/media centre/news/statements/2009/hlnl_20090427/en/.

WHO, Implementation of the International Health Regulations(2005): responding to public health emergencies: report by the Director-General, 2015, para. 10.

㉒ WHO, Implementation of the International Health Regulations(2005): report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations(2005)in Relation to Pandemic(H1 N1)2009, 2011.

㉓ WHO, Statement on the 5th IHR Emergency Committee meeting regarding the international spread of wild poliovirus, 2015.

㉔ Horton R., “A plan to protect the world and save WHO”, 386 *Lancet* 103(2015), p. 103.

㉕ Associated Press, “Emails: UN health agency resisted declaring Ebola emergency”, *New York Times*, March 20, 2015.

㉖ WHO, Report of the Ebola Interim Assessment Panel, 2015.

㉗ Suerie Moon, Devi Sridhar, Muhammad A Pate, et al., “Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola”, 386 *Lancet* 2204(2015), pp. 2204–2221.

㉘ WHO, Statement on the meeting of the International Health Regulations Emergency Committee regarding the 2014 Ebola outbreak in West Africa, 2014.

㉙ Ebola virus disease outbreak, WHO: www.who.int/csr/disease/ebola/en/, 最后访问时间: 2015年12月10日。

㉚ Anthony S. Fauci and David M. Morens, “Zika virus in the Americas: yet another arbovirus threat”, 374 *N Engl J Med* 601(2016), pp. 601–604. Daniel R. Lucey and Lawrence O. Gostin, “The emerging Zika pandemic: enhancing preparedness”, 315 *JAMA* 865(2016), pp. 865–866.

㉛ WHO and PAHO, Epidemiological alert: neurological syndrome, congenital malformations, and Zika virus infection: implications for public health in the Americas, 2015.

㉜ Emily E. Petersen, J. Erin Staples, Dana Meaney-Delman, et al., “Interim guide lines for pregnant women during a Zika virus outbreak—United States”, 65 *Morb Mortal Wkly Rep* 30(2016), pp. 30–33.

㉝ WHO, Director-General summarizes the outcome of the

Emergency Committee regarding clusters of microcephaly and Guillain-Barre? syndrome, 2016.

WHO, Statement on the first meeting of the International Health Regulations(2005)(IHR2005)Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations, 2016.

㉞ Daniel R. Lucey, “MERS in Korea: why this outbreak can be stopped soon”, *Center for Strategic and International Studies*, 2015.

WHO, Middle East respiratory syndrome—Saudi Arabia, 2015.

㉟ WHO, Emergency Committee—9th meeting summary: briefing notes on MERS-CoV, 2015.

㊱ Daniel R. Lucey and Lawrence O. Gostin, “The emerging Zika pandemic: enhancing preparedness”, 315 *JAMA* 865(2016), pp. 865–866.

㊲ WHO, Statement on the eighth meeting of the IHR Emergency Committee regarding MERS-CoV, 2015.

㊳ Lawrence O Gostin, Eric A Friedman, “A retrospective and prospective analysis of the West African Ebola virus disease epidemic: robust nation health systems at the foundation and an empowered WHO at apex”, 385 *Lancet* 1902(2015), pp. 1902–1909.

㊴ WHO, Implementation of the International Health Regulations(2005): report of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation: report by the Director-General, 2015, para. 17.

㊵ WHO, Implementation of the International Health Regulations(2005): report of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation: report by the Director-General, 2015, para. 17.

㊶ WHO, Implementation of the International Health Regulations(2005): report of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation: report by the Director-General, 2015, para. 17.

㊷ Tran Dac Phu, Vu Ngoc Long, Nguyen Tran Hien, et al., “Strengthening global health security capacity—Vietnam demonstration project”, 63 *Morb Mortal Wkly Rep* 77(2014)pp. 77–80. Andres G. Lescano, Gabriela Salmon-Mulanovich, Elena Pedroni, David L. Blazes, “Outbreak investigation and response training”, 318 *Science* 574(2007), pp. 574–575.

㊸ WHO, Implementation of the International Health Regula-

tions(2005): report of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation: report by the Director-General, 2015, para. 17.

④④ United Nations Development Group(UNDG) —Western and Central Africa, Socio-Economic Impact of Ebola Virus Disease in West African Countries. Addis Ababa, Ethiopia: UNDG, 2015.

④⑤ Commission on a Global Health Risk Framework for the Future, The Neglected Dimension of Global Security: A Framework to Counter Infectious Disease Crises, National Academies Press, 2016.

④⑥ Lawrence O Gostin and Eric A Friedman, “Ebola: a crisis in global health leadership”, 384 Lancet 1323(2014), pp. 1323-1325.

④⑦ WHO, Report by the Director-General to the Executive Board at its 138th session, 2016.

④⑧ Lawrence Gostin and David P Fidler, “The WHO Pandemic Influenza Preparedness Framework: a milestone in global governance for health”, 306 JAMA200(2011), pp. 200-201.

④⑨ WHO, 2014 Ebola virus disease outbreak and follow-up to the Special Session of the Executive Board on Ebola, 2015.

④⑩ WHO, Advisory Group on Reform of WHO’s Work in Outbreaks and Emergencies with Health and Humanitarian Consequences.

④⑪ WHO, Report of the Ebola Interim Assessment Panel, 2015.

④⑫ WHO, Review Committee on the Role of the International Health Regulations(2005)in the Ebola Outbreak and Response.

④⑬ WHO, Global Policy Group statement on reforms of WHO work in outbreaks and emergencies, 2016.

④⑭ WHO, Report of the Ebola Interim Assessment Panel, 2015.

④⑮ Ashish K Jha, Ilona Kickbusch, Peter Taylor and Kamran Abbasi, “Accelerating achievement of the sustainable development goals: a game changer in global health”, 352 BMJ(2016).

④⑯ Boateng L, “Perspectives in global health security: effective prevention, detection and response to global pandemics”, CRDF Global Sponsored Briefing, 2015.

④⑰ The Lancet, “Ebola: what lessons for the International

Health Regulations?”, 384 Lancet 1321(2014), p. 1321.

④⑱ Lawrence O Gostin, Eric A Friedman and Kent Buse, “Pathways towards a framework convention on global health: political mobilization for the human right to health”, in Freeman M, Hawkes S, Bennett B(eds), Law and Global Health-Current Legal Issues(vol. 16), Oxford University Press, 2014.

④⑲ WHO, Implementation of the International Health Regulations(2005): report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations(2005)in Relation to Pandemic(H1 N1)2009, 2011.

④⑳ WHO, Frequently asked questions on IHR Emergency Committee.

④㉑ WHO, Implementation of the International Health Regulations(2005): report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations(2005)in Relation to Pandemic(H1 N1)2009, 2011.

④㉒ WHO, Statement on the meeting of the International Health Regulations Emergency Committee regarding the 2014 Ebola outbreak in West Africa, 2014.

④㉓ WHO, Statement on the second meeting of the IHR Emergency Committee concerning MERS-CoV, 2013.

④㉔ WHO, Statement on the meeting of the International Health Regulations Emergency Committee regarding the 2014 Ebola outbreak in West Africa, 2014.

④㉕ WHO, Statement on the second meeting of the IHR Emergency Committee concerning MERS-CoV, 2013.

④㉖ WHO, Emergency Response Framework, 2013.

④㉗ WHO, Current WHO phases of pandemic alert for Pandemic(H1 N1), 2009.

④㉘ WHO, Report of the Ebola Interim Assessment Panel, 2015.

④㉙ Standley CJ, Sorrell EM, Kornblet S, Vaught A, Fischer JE, Katz R, “New framework for global public health emergency reporting and response”, 348 Science 762(2015), pp. 762-763.

④㉚ FAO, WHO, OIE and WTO, Joint FAO/WHO/OIE/WTO statement on influenza A(H1 N1)and the safety of pork, 2009.

FAO, WHO and OIE, Joint FAO/WHO/OIE statement on influenza A(H1 N1)and the safety of pork, 2009.

④㉛ WHO, Implementation of the International Health Regulations(2005), 2014.