

内容提要：以 1851 年第一届国际卫生大会的召开为开端，国际社会通过颁行一系列国际卫生公约、协定或条例，创设防疫机制和平台，研发防治药物和疫苗，形成了现行的以跨国行动、全球治理为核心的疫情防控体系。其间，国际公共卫生办公室、国际联盟卫生组织、世界卫生组织相继担任了疫情防控工作的技术咨询者和跨国行动计划的倡导者、领导者、协调者、实施者，成功推动了卫生防疫体系从区域到国际再到全球的转向。当前，世界卫生组织领导下的全球卫生防疫合作，正在进入既相对尊重各国国家主权又要求参与运作的国家必须放弃部分主权的“跨国主义”模式。但这种理论模型面对实践的考验时还存在诸多不确定性。世界卫生组织既需要借助全球卫生实践活动重塑其治理结构，积极推动全球卫生治理的多元共治新模式，更需要各国政府赋权赋能积极配合，从而实现全球卫生防疫体系理论设计与实践行动的互洽，协同打好“全球抗疫”。

关键词：全球卫生防疫体系/疫病防治/国际组织/世界卫生组织

作者简介：张勇安，上海大学文学院院长、历史学系教授

在冠状病毒(COVID-19)“全球大流行”(global pandemic)的疫情防控中，各国政府从最初的无所适从转向积极主动地应对，方略虽不尽相同，但防控目标大体一致。然而，一些“不和谐的杂音”却成为掣肘“全球战疫”的阻力。事实上，无视病毒已经再次将整个世界联为一体，轻视世界卫生组织领导下的全球卫生防疫体系的功能，试图重回 19 世纪之前“以邻为壑”式的疫病治理“老路”，注定是行不通的。

全球卫生防疫体系是由世界卫生组织负责领导、协调和推进，其他政府间组织、非政府组织、国家共同参与，以《国际卫生条例》为执法依据，旨在利用现代的科学技术、公共卫生学和医学的措施和方法，来防治全球疫病暴发和流行的国际机制。现代世界新发和复发传染性疫病的跨国流行和无序传播造成的压力，全球化的加速推进，科学技术的日新月异，加之生物学、流行病学和公共卫生学的进步带来的推力，共同推动了国际社会应对传染性疫病模式的变革。欧洲国家 1851 年主导召开的第一届国际卫生大会(International Sanitary Conference)揭开了国际卫生防疫合作的序幕，而 1907 年国际公共卫生办公室(OIHP)的建立更成为全球卫生防疫制度化的重要一步。尔后，国际联盟国际卫生组织(LNHO)、世界卫生组织(WHO)先后成为疫病防治领域的技术咨询者和跨国行动计划的倡导者、领导者、协调者、实施者，推动开展全球卫生防疫工作。

围绕国际组织与全球卫生治理之关系，国际学术界多有研讨，但关注的重心多为公共政策的沿革。^①然而，正如美国学者查尔斯·罗森伯格(Charles Rosenberg)所指出，疫病的意义和价值要通过被感知同时就命名和响应达成共识之后才能够被建构起来，^②全球卫生防疫体系的建立同样存在一个被感知并就命名和响应形成共识的过程。医学科学、疫病防治技术、信息情报等重要知识如何同国际社会的政策制订发生关联，正如自然界的零星和散落的病原体形成流行疫病需要“中间宿主”，全球卫生防疫体系的建立则需要一个重要而特殊的国际组织。对此，国际学术界尚缺少系统而专题性的观照。立基于此，本文尝试借助跨国史/全球史的研究路径和方法，从国际组织与国际机制的关系入手，重新审视全球疫情防控和治理的历史，并借此观察疫病治理的理想模型与实际运行的互洽程度对于治理效能的影响。

国际卫生大会与区域卫生防疫合作的初步尝试

随着烈性传染性疾病的大规模流行，以民族国家为中心的以邻为壑、画地为牢式的传统治理模式，虽可能通过地理隔离方式来保护一国一域免受病原体的侵害，然因缺少信息共享机制与有效合作，致使不同国家间的检疫规则各异、管理漏洞百出，代价沉重自不待言。鼠疫、霍乱、黄热病、天花和斑疹伤寒的流行，带来的经济损失、政治动荡和社会恐慌令人闻之色变。

19 世纪特别是 1830 年和 1847 年欧洲霍乱的跨国大流行，个人卫生和政府防疫措施的力量有不逮，加之这一时期经济全球化进程加速、社会相互依存度加深，以及欧洲战争和革命

此起彼伏，上述因素使此前以划定隔离区、设立防疫所、拉起警戒线、建立疫病院为主的防疫方式日受质疑，出于政治目的而非医学需要滥用卫生法规的情况频繁发生。英国学者马克·哈里森(Mark Harrison)注意到，隔离区已被其反对者描绘成“一个不太开明的时代的遗迹”^③。而细菌理论的重大发现及各种新检疫手段的出现，让国际社会进一步意识到，可以通过更为科学的方法来解释疫病的病因学、生成机制和传播方式，以更加合理的标准化的防疫措施来应对疫病的跨国流行。

另一方面，随着拿破仑兵败，1814-1815年，欧洲主要国家的代表齐聚奥地利维也纳，维也纳会议让国际社会注意到，国家间的矛盾与分歧可以通过多边会议协商的形式来解决。受此启发，国际会议的数量迅猛增加，1815-1840年，25年间仅举办过6场国际会议，而1867年一年就达23场。^④国际会议逐步成为各方发表高见、进行辩论与谈判之所，知识与情报交换之地。这些因素的合力推动了第一次以欧洲国家为主的现代意义上的多边防疫行动。

1851年7月23日，来自奥地利、法国、英国、葡萄牙、俄罗斯、西班牙、撒丁王国、两西西里王国、教皇国、托斯卡纳、希腊、土耳其等12国的著名医生和外交家齐聚法国巴黎，召开第一届国际卫生大会，围绕各国的商业利益保护、传染性疾病国际传播的限制和预防、信息共享、国际检疫法规等开始了长达6个月的跨年度讨论。严格意义上，第一届国际卫生大会并非政府间会议，而更多是外交官与医生的磋商平台。每个国家可选派1名医生和1名外交官参会，投票时每个国家有2票，更有意思的地方在于，投票不是以国家而是以个人为单位。尽管这一制度仅持续到1866年第三届大会召开，但是，这种会议的组织模式，注定国际卫生大会不仅是欧洲列强政治与外交的新的竞技场，还将成为医学知识和流行病学信息情报的交换所，医生或医学科学将在国际卫生防疫体制和机制的建立过程中扮演特殊而重要的角色。

由此次会议开始，1859年在巴黎、1866年在君士坦丁堡、1874年在维也纳、1881年在华盛顿、1885年在罗马，前后举行了六届国际卫生大会。然而，因不同国家对所讨论的传染性疫病特别是数次肆虐欧洲的霍乱的病因学、传播方式和治理模式缺少共识，卫生健康与商业利益难以协调，这些会议成效不彰。尽管如此，国际卫生大会特别是第一届会议确立了一项原则，即检疫和卫生措施应通过国际协定加以确定，尽量减少因措施不一而造成的额外开销和不合理阻碍，因而被普遍认为是“国际卫生合作的里程碑”^⑤。

1884年，德国微生物学家罗伯特·科赫(Robert Koch)通过在埃及亚历山大和印度加尔各答的实地调查研究，率先成功分离出霍乱的致病菌并将其命名为“霍乱弧菌”。虽然科赫提出的霍乱病因学和流行机理为国际社会实施检疫制度特别是在苏伊士运河进行检疫提供了动力，^⑥但是，科赫的细菌学理论却遭到英国的坚决抵制。晚至1892年1月第七届国际卫生大会在威尼斯召开之时，德国和法国提出的霍乱“接触传染论”才最终战胜英国政府坚持的“非接触传染论”，与会各方代表达成共识，通过了第一部《国际卫生公约》(International Sanitary Convention)，规定国际社会须通过协同合作来应对霍乱的跨国流行。尔后，1893年德累斯顿会议和1894年巴黎会议又通过两部《国际卫生公约》，国际疫情通报制度正式被写入公约，同时进一步加强了针对陆路和海路霍乱传播的国际检疫合作。^⑦这一时期，香港暴发的鼠疫引起国际医学界和国际卫生大会的关注，1894年，日本细菌学家北里柴三郎和法国细菌学家亚历山大·耶尔森(Alexandre Yersin)相继分离出鼠疫致病病原体——鼠疫杆菌，这些新知识为新一届国际卫生大会转向讨论鼠疫提供了科学支持。1897年第十届国际卫生大会通过新的《国际卫生公约》，鼠疫被增列为重点关注对象，同时更加注重海港和船舶的检疫、消毒与隔离工作，以及疫病信息的通报制度。^⑧

随着疾病的细菌学说在19世纪末和20世纪初被越来越广泛地接受，国际社会更加意识到，建立实体的常设的国际卫生合作机构，负责公约执行和疫病情报信息的分享，是有效控

制“旅行”传染病的必然选择。但是，在一个充满政治、经济和社会分歧的世界里，这注定是一项缓慢而艰巨的任务。然而，1902年，美洲国家率先组建区域性的卫生机构——国际卫生局(ISB)，后更名为泛美卫生局(PASB)，迫使国际卫生大会不得不加快采取行动。1903年10月10日-12月3日，新一届国际卫生大会在巴黎举行，与会代表推出了两项更为宏大的计划：一是商定统合此前四部国际卫生公约为一部单一公约，二是建立一个常设的国际卫生办公室。两项计划均获得多数国家的支持而顺利通过。^⑨这次会议为区域性卫生防疫合作的制度化铺平道路。

1907年12月9日，比利时、巴西、埃及、法国、意大利、荷兰、葡萄牙、俄罗斯、西班牙、瑞士、英国和美国等12国代表共同签署《罗马协定》，正式批准组建“国际公共卫生办公室”，总部设在巴黎，这是世界上“第一个非区域性的国际卫生组织”^⑩，主要负责国际卫生公约的执行，采用流行病学监测、疾病报告和通信技术现代科技措施，向会员国传播对公众健康具有重要意义的信息，帮助国际社会完善检疫和隔离制度，以更好地适应现代交通方式的变化。⁽¹¹⁾而随着美洲国家越来越多地参与国际卫生大会的工作，1911-1912年国际卫生大会第12届年会，也是第一次世界大战前的最后一次会议，决定将黄热病与霍乱、鼠疫一道纳入须向成员国报告和检疫的传染性疾病之列。可以发现，经过半个多世纪的努力，全球传染性疫病的“三巨头”(three bigs)相继被纳入国际卫生公约重点关注和报告之列，这三种疫病均是同国际贸易和旅行密切相关的“应受隔离的疾病”(quarantinable diseases)，而为了应对这些疫病，正如德国柏林自由大学瓦雷斯卡·胡伯(Valeska Huber)所注意到的，国际卫生大会提出了一个“半透膜”(semipermeable membranes)新边界概念，借助具体的管理、技术和科学技能，将过境者分为危险和非危险群体，实行按需要开放边界的方式来隔离疫病。⁽¹²⁾这一理念主要源于19世纪国际卫生合作的“伟大原则”(great principle)：通过建立国际检疫规则，最大限度地减少霍乱、鼠疫和黄热病等疫病对欧洲和美洲主要国家的威胁，同时把疫情对国际自由商贸往来的影响降到最低。⁽¹³⁾

因此，第一次世界大战前的防疫合作虽多以国际公共卫生之名，实则是欧洲和美洲国家出于国家利益采取的区域性行动，是内容相对单一的防御性安排，而非改善世界范围的普遍卫生条件，更没有提出减少或消除疫病的合作措施。尽管如此，正如历史学家和前世卫生组织官员诺曼·霍华德-琼斯(Norman Howard-Jones)指出的，这一系列会议为来自不同国家和文化背景的医疗管理者和医学科学家的交流建立了独一无二的平台，为国际社会更加科学理性地认识疫病和采取更加合理的措施提供了可能。⁽¹⁴⁾的确，这种“医学与外交联姻”的会议组织形式，共同的疫病病因学分类，以及依托《国际卫生公约》建立起来的超越地方、国家和双边的疫病治理实践，为其后建立超越“欧洲中心主义”的国际卫生防疫合作奠定了基础。

“二龙治水”与国际卫生防疫工作的推进

如果说第一次世界大战前的国际防疫合作更多出于贸易自由和出行安全的经济和政治需求，建立国际卫生检疫制度更多服务于外交目的，而随着国际联盟的建立，国际卫生防疫合作的主导权成为西方列强在两次世界大战之间明争暗斗的新领域，同时也是不同卫生防疫理念和医学观念竞合的新平台。正因如此，国际卫生防疫工作出现了位于巴黎的国际公共卫生办公室和位于日内瓦的“国际联盟卫生组织”共治的局面。

战争所留下的政治纷争和社会混乱，成了传染性疾病滋生和跨国流行的催化剂。1918-1919年大流感席卷北美和欧陆，造成10亿人感染、5000万至1亿人丧生。⁽¹⁵⁾而战后发源于波兰和苏联的斑疹伤寒、回归热(relapsing fever)、霍乱等传染性疾病的流行更是引起国际社会的恐慌，这些疫病越过自然和政治疆界持续扩散，而因战乱导致的大量难民的跨境流动更是让卫生防疫工作雪上加霜。随着传染性疾病的重要影响再次凸显，无论是公共卫生人士还是外交官员，都意识到单纯的国家行动无法阻挡疫病跨国、跨洲的大流行，必须进一步加强国际卫生领域的有效合作。

1920年1月国际联盟正式成立，新建立的国联不仅要为战后各国实现政治和解提供多边磋商机制，利用集体安全机制来制止战争，而且非常重视采取切实可行的措施来加强卫生防疫工作。问题是，以何种方式来领导国际卫生治理，才能有效地防治疫病，这是国联必须面对的重要事项之一。国际社会最初的设想是，国联不必再另行设立新的负责卫生事务的机构，国际公共卫生办公室常务委员会可以代行该项职能，不言而喻，这既是由于彼时国际公共卫生办公室已有较好基础，又考虑到国际卫生组织的建立和运营费用将非常高昂，设立新机构无疑既会造成政出多门又存在资金募集的难题。通过调整和重组国际公共卫生办公室，将其纳入国联的行政框架内和领导下，似乎成了最为理想的选择。但这一提议遭到了法国代表、国际公共卫生办公室的“伟大保护者”卡米叶·巴莱赫(Camille Barrère)的坚决抵制，同时被彼时身为国际公共卫生办公室的会员国但却不是国联成员国的美国否决，他们不愿将其降格为国联下属的二级机构，这些不同的声音和反对意见构成了促进国际卫生合作的不可逾越的障碍。(16)事实上，机构政治(Institutional politics)的影响和更大的地缘政治关切，是影响国际卫生机构建置的深层次原因。法国希望保持国际卫生合作领域中的领导地位，英国和美国则想限制国际联盟的职能，同时也不排除国际公共卫生办公室的支持者担心失去国际卫生合作领域中的威望和内部官僚主义的小竞争。(17)正因如此，1920年、1921年、1923年和1936年，国联提出的理顺国际卫生体制的行动建议均遭国际公共卫生办公室拒绝，筹建单一的世界范围的国际卫生组织的设想最终化为泡影。

国际联盟不得以另起炉灶，于1921年组建独立的卫生组织，下设三个专门部门：一是卫生事务委员会(Health Committee)，二是隶属国联秘书处的医务部(Health Section)，三是国际公共卫生办公室常务委员会任命的咨询委员会(Advisory Council)。波兰细菌学家路德维克·拉西曼(Ludwig Rajchman)博士担任卫生事务委员会秘书兼医务总长，具体领导国联卫生组织的工作。(18)正是在拉西曼及其继任者的领导下，国联卫生组织调动全世界的医学、流行病学、公共卫生领域的众多专家学者，为国际卫生防疫工作的机制和体制建设提供专业知识和技术支持。1921-1946年，国联卫生组织开展了一系列工作，大体可概括为六个方面：(1)建立全球疫病信息交换所；(2)建立国际流行病学数据库，并借助现代通信设备推动疫情的即时播报；(3)抗毒素、血清、疫苗、激素和维生素等众多生物制剂的国际标准制订和研发；(4)推动同国家卫生部门技术交流合作；(5)相继设立日内瓦流行病学情报和公共卫生统计服务处、新加坡东方流行病学信息中心、哥本哈根国家血清研究所、伦敦国家医学研究所；(6)强化预防医学和社会医学发展。(19)

国际公共卫生办公室则继续关注传染性疾病的病因学和流行病学研究，推动流行病学数据的收集和信息共享。即使在第一次世界大战期间，它仍坚持动员和使用电报通信技术收集和报告战场上疫情的最新发病率、死亡率和流行病学数据。战争结束之后的1919年6月3日至13日，国际公共卫生办公室立即组织召开常务委员会，正式重启国际卫生防疫领域的合作。1926年5月10日至6月21日，第13届国际卫生大会召开，66个国家的代表汇集巴黎，会议的一项重要成果即国际社会第一次正式把斑疹伤寒和天花纳入“传染病”检疫清单，进一步加强了国际疫情通报制度。两次世界大战之间的二十年中，国际公共卫生办公室还帮助收集了有关全球腹泻病、寄生虫感染、结核病和疟疾发病率的重要数据，而且还针对新兴的航空业的卫生监管问题，起草并推动国际社会签署了1933年《国际航空卫生公约》(ISCAN)。(20)

不仅如此，国际公共卫生办公室与国联卫生组织还就“传染性疾病”报告的常规安排等问题进行合作。1926年4月1日，双方合作创办《世界流行病学周报》(WER)，国际公共卫生办公室负责提供报告内容，国联卫生组织负责编辑发行，联合向世界报告鼠疫、霍乱、黄热病、斑疹伤寒和天花5种疫病的流行病学数据，成为各国及时获取疫情信息的重要渠道，该合作一直持续到1942年，因战争形势恶化、国联卫生组织无法正常收到国际公共卫生办

公室的报告而被迫暂停。(21)

在两次世界大战之间的二十年中，两个行政上相对独立的国际卫生机构共存并行。对于这种双龙治水的局面不乏外来批评，特别是1923年后美国开始积极参与和支持国联卫生组织的工作，对国际公共卫生办公室的批评也随之增多，有的甚至指责国际公共卫生办公室没有完全履行其服务于流行病信息收发的职能。如时任美国公共卫生署署长的休斯·卡明(Hugh S.Cumming)在1926年5月参加国际卫生大会后就撰文指出，国际公共卫生办公室主编的《公共卫生周报》的内容，很大一部分是来自美国政府通过其医务和领事官员收集的情报。这既源于美国对国际公共卫生办公室领导层的质疑，也有各国政府捐款不足造成的运营困难等客观原因。(22)事实上，卡明欲言又止的另一层原因则是，美国与欧陆国家围绕国际卫生防疫主导权的争夺已悄然开始。

国联卫生组织和国际公共卫生办公室虽难免有分歧甚至纷争，但双方都尽量“保持着体面的妥协”，共同推动了流行病监测数据和网络、现代化信息共享机制、生物制剂标准化的建设，逐步形成了以微生物学、生物医学、公共卫生知识为中心的新的流行病学知识体系，“为现代国际公共卫生奠定了坚实的基础”。(23)正是基于这些国际性协同努力，国际卫生防疫工作逐步实现了从内容相对单一的区域防御性安排向满足世界范围内“预防疾病的普遍需求”转型，(24)同时还推动了国家层面卫生机构建设和防疫工作的开展。

但必须注意到，随着这一时期帝国主义殖民扩张与工业资本积累的加速推进，卫生防疫一定程度上成了帝国对殖民地、中心对边缘施加影响以及殖民帝国建构西方医学强势霸权的工具。(25)批评者甚至指出，尽管国际卫生大会的代表们口口声声强调制定诸如《国际卫生公约》等协定时客观技术决策的重要性，但代表们常常还是遵循其政府的通行政策，这意味着看似微不足道的关注往往掩盖了更大的哲学或政治动机。(26)国际卫生防疫工作注定难逃大国政治的阴影。

世界卫生组织与卫生防疫的全球转向

第二次世界大战胜利的曙光初现之时，国际社会已经在筹划战后世界秩序的总体规划，战时陷于停顿的国联卫生组织和国际公共卫生办公室工作的接续，加之对战后疾疫的担忧，对一战后流感、斑疹伤寒大流行的心有余悸，都迫使国际社会采取积极措施恢复和重建国际卫生防疫秩序。1945年4月中国和巴西代表首先提议，经过国际社会两年时间的认真研究、商议和筹备，1948年4月7日，《世界卫生组织组织法》正式生效，世界卫生组织宣告成立。

为更好地“促进卫生与控制疾病”，接续国联卫生组织和国际公共卫生办公室此前工作，1946年7月，筹建中的世界卫生组织成立了由18国政府代表组成的临时委员会，其既负责筹备世界卫生组织最高权力机构——世界卫生大会(WHA)的首届会议，又负责与联合国善后救济总署(UNRRA)合作，推进《国际卫生公约》的贯彻执行和《世界流行病学周报》的编撰等工作。1948年6月24日，作为世界卫生组织的主要政策制订机构，第一届世界卫生大会在日内瓦开幕，会议决定：同年9月1日开始，世界卫生组织正式接管国际卫生防疫工作。

与此前不同，世界卫生组织理论上是唯一有权制定和实施国际卫生规范与标准，并促进成员国之间就优先事项进行持续对话的机构，(27)“全球卫生”(global health)因此日益取代“国际卫生”(international health)成为国家间合作共处的“新旗帜”，以防治结合的方式服务于公众健康成为国际社会在全球卫生防疫领域的更广泛的共识。(28)《世界卫生组织组织法》开篇即指出：“健康不仅为疾病或羸弱之消除，而系体格、精神与社会之完全健康状态。”而且，全人类“共享最高而能获致之健康标准，为人人基本权利之一。不因种族、宗教、政治信仰、经济或社会情境各异，而分轩轻”。同时，国际社会更加意识到：“各国间对于促进卫生与控制疾病，进展程度参差，实为共同之危祸。而以控制传染病程度不一为害尤甚。”这些共识成为指导和推进新成立的世界卫生组织领导全球卫生防疫制度建设的圭臬。

实际上,如前所述,“管理控制国际疾病传播的全球制度”既是世界卫生组织的一项中心工作,又是“历史性的责任”。世界卫生组织加快推进制度建设重要且优先事项之一,即议定统一的国际卫生法律文书,为全球卫生防疫体系的建立奠定法理基础。由于历史原因,世界卫生组织接手国际卫生防疫工作时,该领域共有 12 项具备外交性质的公约和议定书,且相互各有侧重和分工,难以相融更无法统一,世界各国批准和加入的条约各不相同,承担的义务五花八门,为国际贸易往来带来诸多不便甚至混乱。(29)此外,国际卫生公约的批准程序复杂,不能使商定的文书在所有地方迅速同步适用,也难以快速更新以适应流行病学知识、实践经验和科学技术的进步。以此而论,世界卫生组织应采用单一的具有约束力的国际法律规则,取代拼凑的国际卫生公约,并能够根据科学或其他因素的变化而有效地修订和修正这些规则。(30)在世界卫生组织的积极推动下,1951 年 5 月 25 日,第四届世界卫生大会通过《国际公共卫生条例》(International Sanitary Regulations),取代所有现行的相关国际公约和协定,同时强制规定,如各国政府没有明确提出保留意见或予以反对,新条例将于 1952 年 10 月 1 日对世界卫生组织的所有会员国以及有意向的非会员国生效。(31)

与此同步,世界卫生组织以根除全球重大传染性疾病为目标,以防治新发和复发传染病为支撑,通过建立现代化预警、监测、报告平台和制度以及研发和推广新的药物和疫苗等措施,推出一系列有针对性的全球性卫生防疫合作计划和项目,如 1947 年“全球流感规划”(GIP)、1952 年“全球流感监测网络”(GISN)、1955 年“全球消灭疟疾计划”、1967 年“全球根除天花计划”等。这一系列的制度和机制建设,多冠以“全球”之名来推进。在世界卫生组织的领导和协调下,不乏冷战两大阵营经过 12 年共同努力消灭天花等成功个案。(32)但需要指出的是,多数项目因受冷战政治和意识形态冲突的影响,导致本应全球共同参与、共同受益的活动多局限于两大阵营内部,甚至沦为冷战双方争夺第三世界或中立国家的工具,成为意识形态斗争的牺牲品,(33)致使全球卫生防疫合作整体进展缓慢、治理效能难以充分发挥。

即使在 1969 年《国际卫生条例》(International Health Regulations)取代此前的 1951 年《国际公共卫生条例》、成为新的防范疾病国际传播的“全球性关键文书”之后,其管理的原则、范围和措施也更新不多,1973 年和 1981 年虽又进行了部分修正,但仍是在原有基础上的修补,没能适应全球化时代疫情变化的新特征。美国学者戴维·费德勒(David P.Fidler)就注意到,该体系存在以下缺陷:(1)受《国际卫生条例》约束的传染病数量有限;(2)缔约国未能履约向世界卫生组织通报应呈报的暴发的疾病;(3)缔约国未能对受《国际卫生条例》约束的疾病暴发国的贸易和旅行采取可适用的最大力度的措施。(34)结果,面对全球卫生危机时,部分规定显得“过时而脆弱”。(25)例如,全球流感规划和监控系统就没能成功防范 1957 年、1968 年等几次流感的全球大流行。这既是全球卫生防疫体系本身存在的漏洞使然,又是各国政府未能守约尽职的结果,两次大流感均导致超百万人死亡。同样,1961 年霍乱在印度尼西亚暴发,并迅速扩散到亚洲其他国家、欧洲和非洲,于 1991 年抵达拉丁美洲,横扫拉美 16 国,这是全球霍乱第 7 次大流行,持续影响长达 30 年,被感染者超过 40 万。(36)不言而喻,以“有国界”的卫生防疫模式来应对“无国界”的可见和不可见的病原体全球流动,国际行动往往捉襟见肘、效果不佳。

随着冷战结束和两极格局解体,国际政治、经济、社会、文化和生态急速融合,全球经济相互依存度进一步提高,人口急速增长、城市化进程加速,交通、通信技术的革新进一步缩短了物理流通的时间,国际旅行和迁徙呈指数级增长。与此同时,过度开发利用自然导致生态系统遭到严重破坏,为致命的细菌和病毒脱离自然宿主向人类扩散提供了更多可能。而且,世界范围内卫生不平等和不均衡的结构性矛盾,国家层面卫生治理的能力不足,让问题进一步恶化。(37)统计数据显示,2011-2018 年,世界卫生组织追踪到 172 个国家的 1483 次流行病事件。它们轻易跨越传统的地理、政治界限,快速抵达全球各地,让世界猝不及防。

(38)

不仅面对的问题更加多样,而且参加全球卫生防疫工作的行动者更加多元,需要协调的层级更趋复杂。(39)研究者注意到,缺乏清晰的治理结构越来越成为全球卫生治理的显著特征,世界卫生组织、其他联合国组织、民族国家、国际组织、非政府组织、社区、个体等多元的行动者之间,缺少明晰分工和行动边界,每个行动的参与者既可能是资金提供者,又可能是计划发起者,还可能是计划实施者,甚或监督者和评估者,治理边界日益模糊,导致分工混乱和追责难度加大,(40)如何重塑世界卫生组织作为全球卫生倡议的协调者、战略规划者和领导者的角色,从而适应国际政治经济秩序的变革与全球卫生防疫工作的新变化,是世界卫生组织必须面临的挑战。

一方面,世界卫生组织开始把防疫工作纳入全球卫生治理的总体框架加以谋划,推动项目和计划的更新换代。如1998年“全球消除致盲沙眼计划”、2011年“全球疫苗行动计划”、2012年“全球麻疹和风疹战略计划”、2017年“全球控制病媒计划”等,虽多为冷战时期全球卫生防疫项目和计划的升级版,但更加强调全球的覆盖面和以公众健康为中心,通过敦促多元的行为体共同参与,实现资源的最优化配置和治理效能的最大化,从而预防和化解面临的卫生风险和危机。

另一方面,考虑到国际旅行和贸易的增加,以及新的国际疾病威胁和其他公共卫生风险的出现和重现,1995年5月12日,第48届世界卫生大会通过决议启动《国际卫生条例》的修订工作。(41)这次修订工作历时10年,其间一系列的重大全球疫情特别是21世纪第一次国际公共卫生突发事件-2003年严重急性呼吸综合征(SARS)的出现,推动国际社会对《国际卫生条例》进行一系列重大改革。2005年5月16日,第58届世界卫生大会通过《国际卫生条例(2005)》,并于2007年6月15日生效,(42)是为现行全球卫生防疫体系新的国际法基础。《国际卫生条例(2005)》的一个重大变革即范围“不只限于任何特定疾病或传播方式”,而是涵盖“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”,同时新条例还拓展了疫病信息和情报的收集、上报渠道,而不再局限于各国上报数据。这些新变化既注意到了疫情的非典型性特征与新的变化趋势,又赋予世界卫生组织更大的权限和权力,特别是可以核查、确定、发布和结束“国际关注的突发公共卫生事件”,进一步确认了世界卫生组织在全球疫病暴发预警和公共卫生事件应对中的重要角色和作用。而且,随着卫生与外交之间不断强化的联系,全球卫生防疫工作正在尝试从以往绝对尊重各国主权的“政府间主义”(intergovernmentalism)模式,进入相对尊重国家主权、参与运作的国家必须放弃部分国家主权的“跨国主义”(transnationalism)模式。(43)

毋庸置疑,世界卫生组织被赋予更多权力,既是构建全球卫生防疫体系的必然要求,又顺应了疫病防治全球化和一体化的必然趋势。但是,这种突破国家主权界限的做法,能否在当今复杂的国际政治环境中得以实现,尚存在诸多不确定性。(44)新冠肺炎的全球大流行无疑是对构建中的世界卫生组织领导的全球卫生防疫体系的一次大考,世界卫生组织、各国政府、其他的行为体在公共卫生的全球政治方面正在经历一个转变,而且可能是全球卫生和外交关系领域的革命性转变。事实上,无论是新冠肺炎疫情还是全球卫生防疫体系,都应被视为“全球公共物品”(GPG),(45)必须通过公共权力来进行治理。以此而论,世界卫生组织的领导力和治理能力虽遭遇诸多困境,但它作为全球卫生防疫“公共物品”的提供者,如何更好地建立、监督和执行国际卫生规范和标准,更加合理地设置全球卫生议程,预警、监测和报告全球公共卫生危机事件,更加积极地协调多元参与者实现共同目标,就成为必须考虑的问题。世界卫生组织既需要借助全球卫生实践活动重塑其治理结构,积极推动全球卫生治理的多元共治新模式,更需要各国政府赋权赋能积极配合,支持世界卫生组织,防止不合作问题,协同推进打好新冠肺炎疫情的“全球阻击战”。而如果世界各国仍幻想通过地理隔绝的方式画地为牢以求自保,敷衍塞责甚至推诿扯皮,那只会回到19世纪前的“老路”,甚至

可能走上贻误战机的“邪路”，既无益于危机化解，又会扰乱全球正常的经贸秩序，甚至引发全球政治危机和社会动荡，当然，也无法用好用足 21 世纪网络时代的科学、信息、经贸、技术等互联互通的优势，推动疫病的全球联防联控。

无论是国际公共卫生办公室、国联卫生组织还是世界卫生组织，它们通过搭建医学科学、疫病信息情报、防疫技术的互动交流平台，推动了卫生防疫从区域防御性安排到国际卫生防疫合作、再到建立全球卫生防疫体系的转型发展，在全球疫病预警、防治和根除方面均取得了一系列成绩。然而必须注意到，国家间政治、国际贸易、医学认知的竞争和偏好，限制了全球卫生防疫的表达方式和实践模式，桎梏了全球卫生治理体系和治理能力的现代化。不仅如此，“公共政策新时代”的到来，内政与外交、多边和双边战略、国家和国际利益之间彼此交错重合，加之国家行动的跨国溢出效应和外部性，(46)导致全球卫生防疫工作将面临更多的结构性挑战。

全球卫生防疫既要关注全球性的科学技术和医学知识的进展，又要能够充分调用“地方性知识”的灵活性和能动性，里贾纳·杜阿尔特(Regina Duarte)就注意到，科学知识，甚至是“普遍的”科学知识，本来就是“混血儿的、杂糅的和跨国性的”，全球与地方关系的复杂性甚至非共融性注定了卫生防疫治理“全球转向”的多变和多歧，(47)尽管如此，当我们面临疫情的全球大流行时，如仍把“全球”视为遥远的背景，而没有加快推进全球与地方的良性互动，推动卫生防疫工作的“全球善治”，全球大考的成绩可想而知。与此同时，全球卫生防疫工作的前景还受制于全球化进程和全球生态环境变化的影响，取决于我们的“生命维持系统”，以及如何开明地管理我们的社会资源、经济关系和自然世界，以达到双赢局面。(48)

知易而行难，现实是不容乐观的。2019 年 9 月 18 日，全球防范工作监测委员会(GPMB)正式发布了其成立以来的第一份报告：《一个危机四伏的世界》(A World at Risk)。报告开篇写道：世界正面临着毁灭性的区域或全球性流行疾病或疾病大流行的严重风险，这些流行病不仅造成人员伤亡，而且颠覆经济并造成社会混乱。(49)更令人担忧的是，这种局面可能会日益恶化，高致命性呼吸道病原体大流行暴发和快速传播或将成为人类社会的最大威胁之一。流感、非典、中东呼吸系统综合征(MERS)、埃博拉病毒、寨卡病毒、新型冠状病毒和其他疾病的接踵而至，预示着人类社会正在步入一个以疾病易于流行、影响巨大、传播迅速、频繁暴发且难以防控为典型特征的时代。

面对危机，作为应战之需，国际社会必须把全球卫生治理特别是卫生防疫工作列为“全球高政治议题”给予重点关注，其治理模式必须从“救灾”转向“备灾”，从被动应战转向主动防治；同时积极优化治理结构，建立全球、区域、国家和利益关联体共同参与的全方位、立体式即时预警、分析、报告、研究平台和机制，建立以人类命运共同体为核心理念且能够应对“最坏情况”的紧急响应机制，建立分层分类的公共卫生危机紧急事件的全系统培训和模拟演习制度，真正贯彻和执行联合国提出的“全健康”的方针；(50)唯有如此，国际社会或能建立可持续发展的全球卫生防疫体系的新格局。

注释：

①关于世界卫生组织及其历史的综述可参见 Iris Borowy, James Mills, and Yong-an Zhang, "Introduction: International Health Organisation and their Histories," *Hygiea Internationalis: An Interdisciplinary Journal for the History of Public Health*, Vol.13, No.1(2016); 张勇安主编：《医疗社会史研究》第 1 辑，北京：中国社会科学出版社，2016 年。

② Charles E. Rosenberg, "Disease in History: Frames and Framers," *The Milbank Quarterly*, Vol.67, Supplement 1, Framing Disease: The Creation and Negotiation of Explanatory Schemes(1989); Charles Rosenberg, "Framing Disease: Illness, Society and History," in Charles Rosenberg and Janet Golden, eds., *Framing Disease: Studies in Cultural History*, New

Brunswick:Rutgers University Press,1992,p.xiii.

③ ⑤ Mark Harrison,"Disease,Diplomacy and International Commerce:The Origins of International Sanitary Regulation in the Nineteenth Century,"*Journal of Global History*,Vol.1,No.2(2006).

④ João Rangel de Almeida,"1851 International Sanitary Conference and the Construction of an International Sphere of Public Health,"PhD Dissertation in Science and Technology Studies,the University of Edinburgh,2012,p.14.

⑥ Norman Howard-Jones,"Robert Koch and the Cholera vibrio:A Centenary,"*British Medical Journal*,February 4,1984;Steve M.Blevins,Michael S.Bronze,"Robert Koch and the 'Golden Age'of Bacteriology,"*International Journal of Infectious Diseases*,Vol.14(2010); 普拉提克·查克拉巴提:《医疗与帝国:从全球史看现代医学的诞生》,李尚仁译,北京:社会科学文献出版社,2019年,第164-165页。

⑦ "The International Sanitary Conference at Venice,"*The British Medical Journal*,January 9th,1892;"The International Sanitary Conference,"*The British Medical Journal*,April 22th,1893;"A Further International Sanitary Conference,"*The British Medical Journal*,January.27th,1894.

⑧ "The Report of the International Sanitary Conference of Venice,"*The British Medical Journal*,April 24th,1897;Tom Solomon,"Hong Kong,1894:The Role of James A.Lows on in the Controversial Discovery of the Plague Bacillus,"*The Lancet*,Vol.350,Issue 9070(July 5,1997).

⑨ "The International Sanitary Conference,Paris,1903,"*The British Medical Journal*,December.12th,1903.

(10)(14)Norman Howard-Jones,*The Scientific Background of the International Sanitary Conferences,1851-1938*,Geneva:World Health Organization,1975,p.100,p.9.

(11)H.Markel,"Worldly Approaches to Global Health:1851 to the Present,"*Public Health*,Vol.128(2014);Hugh S.Cumming,"The International Sanitary Conference,"*American Journal of Public Health*,Vol.16,No.10(October 1926).

(12)Valeska Huber,"The Unification of the Globe by Disease?The International Sanitary Conferences on Cholera,1851-1894,"*The Historical Journal*,Vol.49,Issue 2(June 2006).

(13)(23)Norman Howard-Jones,*International Public Health between the Two World Wars:The Organizational Problems*,Geneva:World Health Organization,1978,p.22,p.73.

(15)David M.Morens,Jeffery K.Taubenberger,"The Mother of All Pandemics Is 100 Years Old(and Going Strong)! " *American Journal of Public Health*,Vol.108,No.11(November 2018).

(16)Hugh S.Cumming,"The International Sanitary Conference,"*American Journal of Public Health*,Vol.16,No.10(October 1926);Norman Howard-Jones,*International Public Health between the Two World Wars:The Organizational Problems*,pp.26-27.

(17)(26)Anne Sealey,"Globalizing the 1926 International Sanitary Convention,"*Journal of Global History*,Vol.6,No.3(November 2011).

(18)Iris Borowy,*Coming to Terms with World Health:The League of Nations Health Organisation,1921-1946*,Frankfurt am Main,Germany:Peter Lang,2009,pp.41-76.

(19)League of Nations,Health Organisation,Geneva:Information Section,1931;Martin David Dubin,"The League of Nations Health Organisation,"in Paul Weindling,ed.,*International Health Organisations and Movements,1918-1939*,Cambridge:Cambridge University Press,1995,pp.59-60.

(20)(29)(31)*International Sanitary Regulations Proceedings of the Special Committee and of the Fourth World Health Assembly on WHO Regulations No.2(Official Records of the World*

Health Organization No.37), Geneva: World Health Organization, 1952, p.1, p.366, p.2.

(21) Margaret Harris, "A Journey through 90 Years of the Weekly Epidemiological Record," *Weekly Epidemiological Record*, Vol.91, No.13 (2016).

(22) Hugh S. Cumming, "The International Sanitary Conference," *American Journal of Public Health*, Vol.16, No.10 (October 1926).

(24) Martin David Dubin, "The League of Nations Health Organisation," in Paul Weindling, ed., *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*, p.73.

(25) Anne-Emanuelle Birn, Gilberto Hochman, "Introduction: Communication, Control, and Co-operation: (Latin) American Interchanges in the History of International Health," *Canadian Bulletin of Medical History*, Vol.25, No.1 (Spring 2008); 普拉提克·查克拉巴提:《医疗与帝国:从全球史看现代医学的诞生》,第215-219页。

(27) Jennifer Prah Ruger, Derek Yach, "The Global Role of the World Health Organization," *Global Health Governance*, Vol.2, No.2 (April 2009).

(28) Theodore M. Brown, Marcos Cueto, and Elizabeth Fee, "The World Health Organization and the Transition From 'International' to 'Global' Public Health," *American Journal of Public Health*, Vol.96, No.1 (January 2006).

(30) International Sanitary Regulations Proceedings of the Special Committee and of the Fourth World Health Assembly on WHO Regulations No.2, pp.1-2; David P. Fidler, "From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations," *Chinese Journal of International Law*, Vol.4, No.2 (2005).

(32) Global Commission for the Certification of Smallpox Eradication & World Health Organization, *The Global Eradication of Smallpox: Final Report of the Global Commission for the Certification of Smallpox Eradication*, Geneva, December 1979, Geneva: World Health Organization, 1980; Sanjoy Bhattacharya, "The World Health Organization and Global Smallpox Eradication," *Journal Epidemiology and Community Health*, Vol.62, No.10 (October 2008).

(33) John Farley, Brock Chisholm, *The World Health Organization, and The Cold War*, Vancouver, B.C., Canada: The University of British Columbia Press, 2008; Marcos Cueto, *Cold War, Deadly Fevers: Malaria Eradication in Mexico, 1955-1975*, Washington, DC: Woodrow Wilson Center Press, 2007.

(34) David P. Fidler, "From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations," *Chinese Journal of International Law*, Vol.4, No.2 (2005).

(35) Lawrence O. Gostin, "International Infectious Disease Law: Revision of the World Health Organization's International Health Regulations," *Health Law and Ethics*, Vol.291, No.21 (2004).

(36) Kelley Lee, Richard Dodgson, "Globalization and Cholera: Implications for Global Governance," *Global Governance*, Vol.6, No.2 (2000).

(37)(46) Ilona Kickbusch, "The Development of International Health Policies-Accountability Intact?," *Social Science & Medicine*, Vol.51, No.6 (October 2000).

(38)(49)(50) Global Preparedness Monitoring Board, *A World at Risk: Annual Report on Global Preparedness for Health Emergencies*, Geneva: World Health Organization, 2019, p.2, p.1, pp.V-VIII.

(39) 对于冷战后世界卫生组织遭遇的挑战和面临的困境可参见 J. Lidén, "The World Health Organization and Global Health Governance: post-1990," *Public Health*, Vol.128, No.2 (2014).

(40) Nora Y. Ng, Jennifer Prah Ruger, "Global Health Governance at a Crossroads," *Global Health Governance*, Vol.3, No.2 (June 2011); Ilona Kickbusch, "The Development of International Health Policies-Accountability Intact?," *Social Science & Medicine*, Vol.51, No.6 (October 2000).

(41)WHA Resolution 48/7,Revision and Updating of the International Health Regulations,May.12th,1995.

(42)WHA Resolution 58/4,Revision of the International Health Regulations,May.16th,2005.

(43)David P.Fidler,"Influenza Virus Samples,international Law,and Global Health Diplomacy,"Emerging Infectious Diseases,Vol.14,No.1(2008).

(44)David P.Fidler,"Reflections on the Revolution in Health and Foreign Policy,"Bulletin of the World Health Organization,Vol.85,No.3(2007).

(45)相关论述可参见 Richard Smith et al.,"Communicable Disease Control:A 'Global Public Good'Perspective,"Health Policy and Planning,Vol.19,No.5(2004)。

(47)S.McCook,"Global Currents in National Histories of Science:the 'Global Turn'and the History of Science in Latin America,"Isis,Vol.104,No.4(Dec.2013).

(48)A.J.McMichael,R.Beaglehole,"The Changing Global Context of Public Health,"The Lancet,Vol.356(August 5,2000).