

全球卫生安全治理范式转型： 理论、制度与挑战

陈颖健*

内容摘要：全球卫生安全治理传统范式将大流行病视为对国家安全的外部威胁，呈现出重控制轻预防和过度关注国家利益的特征，无法有效应对全球卫生危机。全球卫生安全治理范式转型要以新全球卫生安全观作为理论基础，采用深预防的方式应对全球卫生威胁；彰显全球主义的特质，保护人类的共同健康利益。谈判中的《世卫组织大流行协定》采用了可持续安全范式和基于人类利益的合作范式，初步实现全球卫生安全治理范式转型。但是，其全球主义愿景受到了国际卫生领域占主导地位的国家主义决策的挑战，发达国家和发展中国家就一些关键性问题还存在较大分歧，已经达成初步协议和已有初步趋同意见的条款也存在不足。

关键词：全球卫生安全 国际卫生条例 世卫组织大流行协定 全球治理

新冠大流行是人类历史上最重大的公共卫生危机之一。2020年1月30日，世界卫生组织宣布新冠疫情为国际关注的突发公共卫生事件，新冠大流行持续了三年多时间，蔓延到全球，严重损害了人类生命健康和经济社会发展。2023年5月5日，世界卫生组织宣布新冠疫情不再构成国际关注的突发公共卫生事件。但是由病毒所造成的全球性危机仍然是高悬在全人类头顶之上的达摩克利斯之剑。有充分证据证明未来全球性卫生危机的发生会呈现更高频率和更大烈度。^①

国际社会一致认为需要认真总结新冠大流行的经验教训，应该共同努力达成关于预防、防范和应对大流行病的正式协定。为此在2021年11月召开的世界卫生大会特别会议上，194个会员国评估创设一个国际条约或者有法律约束力的制度的可能性，发起政府间起草和谈判程序。各国同意应对大流行病的法律机制采用“框架性公约+议定书模式”，即首先通过谈判框架性公约解决全球卫生领域的全局性、关键性问题，然后就公约某个议题的具体实施谈判相关议定书。其中框架性公约采用《世界卫

* 上海政法学院副教授，法学博士。

本文系国家社科基金重大项目“重大突发公共卫生事件的国际法问题研究”(20&ZD201)的阶段性成果之一。

① See Lawrence O. Gostin, *Living in An Age of Pandemics-From COVID-19 to Monkeypox, Polio, and Disease X*, <https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2796824>, visited on 5 May 2023.

生组织宪章》第19条所规定的公约或协定(conventions or agreements)形式,而不是第21条的规章(regulations)或第23条的建议(recommendations)形式。虽然从技术角度看,采用公约或协定形式最为复杂,因为需要世界卫生大会2/3的多数通过,在国家层面的执行也需要各会员国的批准。但是在这个选择的背后显然有着更为深刻的考虑:第23条建议缺乏必要的法律约束力,而第21条的规章范围较窄,仅限于五个传染病控制的领域,因此预防、防范和应对大流行病的法律机制如果采用第21条的规章形式或者第23条的建议形式都不能实现对大流行病的综合治理。这意味着国际社会普遍认为只有通过公约或者协定的制定,才能实现全球卫生安全治理范式的根本转型,从而有效应对未来的全球卫生危机。

经过两年多艰苦工作,政府间谈判机构起草并谈判了《世卫组织大流行协定》(以下称《大流行协定》)案文。2024年5月27日,世界卫生组织总干事向第77届世界卫生大会转交起草《大流行协定》政府间谈判机构的成果文件,提请世界卫生大会审议。2024年6月1日各国在第77届世界卫生大会最后一天共同采取了两个重要步骤:一是就《国际卫生条例(2005)》修正案达成了一致;二是作出了具体承诺,最迟在一年内,并有可能在2024年完成《大流行协定》的谈判。本文围绕世界卫生组织总干事向第77届世界卫生大会递交的《大流行协定(提案)》(以下称《协定提案》),对全球卫生安全治理范式转型的理论基础、转型路径、具体制度和面临挑战等问题展开研究。^①文章分为四个部分:第一部分审视全球卫生安全治理传统范式的特征及其局限性;第二部分阐述全球卫生安全治理范式转型的理论基础——新全球卫生安全观;第三部分论述全球卫生安全治理范式转型的路径以及《大流行协定》的相关制度构建。第四部分分析范式转型面临的挑战以及《协定提案》存在的分歧和不足。最后结语部分就我国政府在未来《大流行协定》谈判过程中的应对提出建议。

一、全球卫生安全治理传统范式的特征及局限性

《国际卫生条例》^②(以下称《条例》)是国际社会面对传染病这一国际公共问题进行合作的产物,塑造了全球卫生安全治理的传统范式。《条例》在产生之初,承袭了1850年由欧洲国家主导的《国际卫生公约》。该公约将传染病视为来源于落后国家的外源性威胁,因此其目的是从国家安全层面把起源于亚洲的病毒防御在欧洲之外。^③为了实现“在对世界通商构成最小干扰的前提下,防止疾病国际传播以确保最大安

^① 该提案反映截至2024年5月24日12:00(欧洲中部夏令时)为止的进展情况。See WHO, Intergovernmental Negotiating Body to Draft and Negotiate a WHO Convention, Agreement or Other International Instrument on Pandemic Prevention, Preparedness and Response (A77/10), https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_10-en.pdf?ref=factcheckcenter.jp, visited on 30 May 2024.

^② 1951年第四届世界卫生大会通过《国际卫生规章》。1969年《国际卫生规章》被修订为《国际卫生条例》。历经1969年、1973年、1981年、2005年、2024年四次修订,形成了现行的《国际卫生条例》。

^③ 参见陈一峰:《健康主义抑或安全主义?反思全球卫生法的理论基础》,《国外社会科学》2021年第4期,第79-92页。

全”的宗旨,《条例》规定缔约方承担两项基本义务:一是充分通报。缔约方在国内暴发鼠疫、霍乱和黄热病这三类疾病的情况下,应当及时向世界卫生组织进行充分的通报。^①二是国家按照《条例》所规定的方法对他国暴发的疾病采取反应措施。^②在21世纪初,全球化快速发展带来传染病国际公共问题的恶化。人员、商品的高速流动,提升了各国之间的关联度,导致传统国界在阻止传染病方面失效。世界卫生组织认识到传统的边境应急控制模式无法有效应对全球化所带来的全球卫生危机,于是在2001年启动了《条例》修订工作,历经5年最终完成了修订。《条例(2005)》扩大了世界卫生组织的权力,增加了会员国义务,其核心内容有以下两项:一是将国际关注的突发公共卫生事件(public health emergency of international concern)纳入通报对象。会员国须以最迅速的方式向世界卫生组织通报突发事件及其应对措施。^③二是强化国家在控制传染病方面的国际义务,《条例(2005)》给各国政府设立了构建传染病监测和预警防控体系的具体义务,要求各会员国在规定期限内具备或发展《条例(2005)》所要求的最低限度核心公共卫生能力,进而提升国际社会对传染病监测和防控的水平。^④以《条例(2005)》为基础所构建的全球卫生安全治理传统范式存在着极大的局限性,无法有效应对21世纪六次全球传染性疾。⑤

(一)控制范式及其局限性

《条例(2005)》完善了边境应急控制模式,其基本制度是协调各国在边境上的检疫措施,企图御病菌于国门之外,同时避免不符合传染病学原理的、针对交通工具和旅行者的过度措施;在此基础上补充了“前摄性风险管理”模式,即各国需要及时识别和应对疾病的暴发,将疾病控制在一国境内,不至于跨国传播。^⑥总体而言,其构建了全球卫生安全治理的控制范式,即将治理重点放在传染性疾病的发现、通知和应对,依赖在事件发生时再作出反应,偏好短期的、被动的灭火式政策和应对机制。这种方法可能会在短期内集中资源来消灭病毒,但是无法系统性地解决导致疾病的社会经济环境因素,可持续的问题很少被论及。^⑦

上述范式的局限性具体体现为:一是忽视导致大流行病暴发的环境因素。进入工业化社会后,人口增长推动人类向自然索取更多资源,不可持续的人类拓展活动导致生态系统退化,由此产生的污染和气候变化对人类健康产生严重影响;也使人类更

① 参见《条例(1969)》第I章。

② 参见《条例(1969)》第II、III、IV、V章。

③ 参见《条例(2005)》第12条。

④ 参见《条例(2005)》附件1。

⑤ 参见晋继勇:《全球公共卫生问题安全化——以世界卫生组织规范变迁为例》,《国际论坛》2008年第2期,第20-24页。

⑥ 参见龚向前:《传染病控制与当代国际法变革的新趋势——以〈国际卫生条例〉(2005)为例》,《法学评论》2011年第1期,第110-114页。

⑦ See Clare Wenham, *The Oversecuritization of Global Health: Changing the Terms of Debate*, 95 *International Affairs* 1093-1110 (2019).

容易与携带病毒的动物产生交集,使病毒发生变异,病原体从动物感染到人类的几率增长。病原体从动物外溢到人类被认为是新发传染病的主要原因。据估计,大概有170万种未发现的病毒存在哺乳动物和飞禽身上,其中有540,000~850,000种病毒有能力感染人类。^①虽然在环境和卫生问题上相关国际组织之间有一定的合作实践,但是由于《条例(2005)》对此着墨甚少,环境与卫生的国际合作法律制度极为薄弱。二是忽视导致大流行病暴发的社会经济因素。发展中国家和最不发达国家公共卫生系统投资不足,医疗基础设施落后,无法提供足够的医疗资源,缺乏发现和控制新病原体的能力。《条例(2005)》确立的前摄性风险管理模式试图改变这一现状,但是并没有发挥应有的作用。表面原因在于《条例(2005)》既没有规定激励机制,也没有规定强制执行的义务条款,缔约方没有完全遵守最低限度核心公共卫生能力要求。^②深层原因则在于全球卫生安全治理的控制范式体现了占据主导地位的发达国家的关注,而忽视了发展中国家的诉求。发达国家将控制源于发展中国家的疾病作为优先事项,其兴趣聚焦在边境控制、全国范围内的检测和数据共享等应对性措施,而发展中国家更加关注通过资金、技术等卫生资源援助增强医疗保健服务的基础设施。

(二)基于国家间共同利益的合作范式及其局限性

《条例(2005)》要求强化全球疫情监测和缔约方公共卫生能力建设,表明缔约方基于国家间共同利益同意让渡一部分国家主权,国际卫生合作进入了新的阶段。国家间共同利益建立在国家利益和相互依赖两个核心要素之上。相互依赖状态下国家利益存在共性和趋同的部分,是传染病防治国际合作的基础。^③但是国家利益与相互依赖两个核心要素之间存在着内在冲突和紧张,这使国家间共同利益处于不稳定状态,各国尤其是发达国家往往过度强调国家利益,导致国家间的合作无法有效开展。

这一范式的局限性具体体现为:一是尚未建立有效的大流行病全球预警系统。现有大流行病全球预警系统并未有效发挥作用,为此发达国家强调扩张世界卫生组织以及非政府组织获得更多卫生数据的权力,而无视发展中国家能力薄弱、缺乏必要资金和技术、无法建立完善的国内传染病监测和预警系统的现状。二是尚未建立病原体数

^① See IPBES, Workshop on Biodiversity and Pandemics, Workshop Report of 29 October 2020, <https://www.unep.org/resources/report/ipbes-workshop-report-biodiversity-and-pandemics>, visited on 2 April 2023.

^② 《条例》未赋予世界卫生组织有效监管缔约方完成自评年度报告的权力,也未要求世界卫生组织对缔约方的自评报告给予后续评估和反馈,由此导致缔约方拥有过多的自由裁量权,其自评工具欠缺独立性与可信度。《条例》第5条和第13条规定,各缔约方需要在规定期限内具备或发展《条例》所要求的最低限度核心公共卫生能力。第61届世界卫生大会要求缔约方和世界卫生组织秘书处对是否符合最低限度核心公共卫生能力进行自我评估,然而到2012年绝大多数缔约方都没有达到报告要求。世界卫生组织将所有81项请求延长到2016年,最后只有64个缔约方报告达到了要求,48个缔约方没有报告。See World Health Organization, 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 (27 March 2015), <https://iris.who.int/handle/10665/251717>, visited on 20 April 2023.

^③ 关于国家间共同利益的构成要素,参见刘笑阳:《国家间共同利益:概念与机理》,《世界经济与政治》2017年第6期,第102-121页。

据的全球共享法律机制。虽然目前国际社会形成了大流行性流感防范(pandemic influenza preparedness)框架,各成员同意为全球流感监测和响应实验室提供大流行性流感防范的生物材料。但是该框架仅限于流感领域,其规范也仅鼓励政府合作。更为严重的是发达国家和发展中国家之间的失衡问题。当发展中国家共享病原体数据后,拥有研究和生物技术能力的发达国家,能够迅速根据信息采取行动并将其用于制造产品。而发展中国家只能寄希望于发达国家基于善意采取慈善行动。以冠状病毒的奥密克戎变体为例,南非研究人员向世界通报了奥密克戎的出现,并迅速分享了其基因组序列。然而,该国在2021年的大部分时间里都无法获得美国和欧洲制药公司生产的新冠疫苗。三是缺乏疫苗、药物、诊断方法等卫生资源公平分配机制。《条例(2005)》对发展中国家公平分配卫生资源的诉求并未作出回应,由此导致了发达国家和发展中国家之间公平分摊权力和责任的问题。^①以疫苗为例,尽管各国声称致力于公平分配原则,但实际上并没有这样做。发达国家在疫苗的分配和供应中优先考虑本国人群。为推动新冠检测、治疗和疫苗的研发、生产和平等获得,世界卫生组织牵头建立了获取抗击新冠肺炎工具加速计划(access to COVID-19 tools accelerator),该计划包含了四个支柱,即诊断、治疗、卫生系统和疫苗。其中,新冠疫苗实施计划(COVID-19 vaccines global access)是由全球疫苗免疫联盟和流行病防范创新联盟(Coalition for Epidemic Preparedness Innovations)共同建立的新冠肺炎疫苗实施计划,试图解决市场机制所导致的免疫鸿沟,避免发展中国家因疫苗短缺而陷入困境。^②新冠疫苗实施计划意图建立一个可持续团结的框架,为解决比新冠大流行更加具有威胁的灾害提供了思路。^③但是令人遗憾的是,新冠疫苗实施计划并未发挥设想中的作用。新冠疫苗实施计划打算在2021年12月发放创纪录的3.09亿剂疫苗,但截至2021年底,其仍远未达到设定的全年目标。原因除了缺乏足够的资金和生产能力不足之外,更加重要的是由于贫困国家的融资能力尚未得到解决,无法采购足够的疫苗。^④四是未建立一个可持续的、给发达国家施加具体义务的融资机制。虽然《条例(2005)》第44条规定了合作和

^① See Simon Rushton, *Global Health Security: Security for Whom? Security from What?*, 59 *Political Studies* 779-796 (2011).

^② 其基本机制是建立新冠疫苗实施计划基金,基金来源于联合国官方发展援助资金、基金会、私人捐赠以及多边发展银行的资金等,该基金为疫苗生产商提供投资保障和激励措施,并且利用参与国的集体购买力与疫苗生产商协商,达成合理价格。各国参与新冠疫苗实施计划通过两个途径,以自筹资金的参与国身份加入,或者以受资助国身份加入。前者要首先向新冠疫苗实施计划基金付款订购本国所需疫苗剂量,后者所需剂量则由基金加以保障。

^③ See Armin von Bogdandy & Pedro Villarreal, *Critical Features of International Authority in Pandemic Response: The WHO in the COVID-19 Crisis, Human Rights and the Changing World Order*, Max Planck Institute for Comparative Public Law & International Law (MPIL) Research Paper No.2020-18, <https://ssrn.com/abstract=3600058>, visited on 15 April 2023.

^④ See Armin von Bogdandy & Pedro Villarreal, *The Role of International Law in Vaccinating Against COVID-19: Appraising the COVAX Initiative*, 81 *Heidelberg Journal of International Law* 89-116 (2021).

援助,但是发达国家对发展中国家的卫生援助采用捐赠的慈善形式,数量和目标由发达国家基于其国家利益所决定,并受到发达国家国内政治的约束,这导致卫生援助无法满足发展中国家的需求,同时也缺乏可持续性。

二、为实现治理范式转型的全球卫生安全观重塑

全球卫生安全观在20世纪90年代后全球健康问题安全化过程中产生。在此之前,在联合国系统中,卫生与安全属于两个不同领域的议题。虽然1948年《世界卫生组织宪章》就已经宣称所有人的健康是实现和平和安全的基础条件,但长期以来联合国的安全观主要是“传统安全”,即预防主权国家遭受外来的军事入侵。为此联合国设立了安全理事会,专门处理国际和平与安全领域的事务。而根据《世界卫生组织宪章》,卫生被认为是一个建立在实证主义和科学理性基础之上的技术领域问题,世界卫生问题由世界卫生组织这一专门机构来负责。20世纪90年代初冷战结束后,非传统安全问题引起国际社会关注。^①在这个背景下,从国家到国际组织都开始阐释卫生与安全的关系。由于安全是一个具有弹性和变动不居的概念,对该概念的理解取决于威胁的来源、保护的对象和价值等,因此出现了各种阐述卫生安全(health security)的版本。^②其中主流版本将卫生问题视为对国家安全的外部威胁。2001年世界卫生组织在世界卫生大会决议《全球卫生安全:对流行病的预警和反应》中提出的全球卫生安全观(global health security)是这个版本的典型代表。^③世界卫生组织认为“严重公共卫生事件不受国家疆域的限制,危及全世界人口的集体健康,从而冲击经济和政治稳定,危及贸易、旅游、货物和服务的获得,因此需要采取行动来降低全世界人口对新型的、严重的和快速传播的卫生风险(特别是跨境卫生风险)”。^④把卫生提升到国家安全高度,可以引起全球民众对传染病的重视,有利于形成全球共识;^⑤同时也有助于避开烦琐而无效的政治谈判,降低了民族国家基于自身利益和价值考虑作出对国际合作抗疫不利选项的可能性。

虽然世界卫生组织提出的全球卫生安全观具有一定的积极意义,但是根据这

① 1992年联合国安理会将经济、社会、人道主义、生态领域等不稳定来源视为对国际和平与安全的威胁。See UN, Doc S/PV.3046, 31 January 1992, p.143.

② See David A Baldwin, *The Concept of Security*, 23 *Review of International Studies* 10-14 (1997).

③ 联合国安理会和美国政府对健康安全理解也是这个版本。2000年1月10日,联合国安理会新千年第一次会议专门讨论艾滋病对非洲国家和平与安全的影响。20世纪90年代美国开始把公共卫生尤其是传染性疾病预防作为国家安全的一部分。See Kathryn E. Bouskill & Elta Smith, *Global Health and Security-Threats and Opportunities*, https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/perspectives/PE300/PE332/RAND_PE332.pdf, visited on 1 February 2023.

④ World Health Organization, *The World Health Report 2007: A Safer Future: Global Public Health Security in the 21st Century*, <https://apps.WHO.int/iris/handle/10665/69698>, visited on 6 March 2023.

⑤ 按照建构主义安全理论,是否存在真实的威胁并不重要,关键是其将安全概念化为一种通过言语行为方式对威胁进行社会建构的过程,并通过这一进程塑造某个安全问题的缘起、演变与消解。参见叶晓红:《哥本哈根学派安全化理论述评》,《社会主义研究》2015年第6期,第164-172页;储昭根:《安全的再定义及其边界》,《国际论坛》2015年第4期,第46-51页。

一安全观,传染病被认定为对成员政治、经济和外交等国家利益的“外源性威胁”,国家安全成为防范、管控传染病的中心议题与主导思维,导致了全球卫生安全治理范式呈现出重控制、轻预防和过度关注国家利益的特征。因此要实现全球卫生安全治理范式的转型,首先需要国际社会形成新全球卫生安全观。^①新全球卫生安全观要在“采用何种方式应对”以及“谁应该受到保护”这两个要素上有根本性的改变。

(一)采用深预防的方式应对全球卫生威胁

大流行病的传播来源并不能简单地归结为病原体对人类的袭击,在其背后有着更为深层次的根本性因素。有研究指出,世界人口的急剧增长和城市化水平的提升,导致了环境恶化、人与动物的相互作用和不堪重负的卫生系统,从而加剧了大流行病全球传播的风险。^②正因为大流行病的来源具有多种根本因素,灭火式政策无济于事,只有采用深预防(deep prevention)手段才可以系统性地解决导致大流行病的社会经济环境问题。^③深预防手段体现了源头治理的理念,将预防大流行病的视野拓展到生物保护、环境保护、普遍性的卫生覆盖等多种因素,具体而言是在大流行病治理中纳入“同一健康”方针(one health approach)和“全民健康覆盖”(health for all)策略。“同一健康”方针认识到人类、家畜和野生动物、植物以及更加广泛的环境健康之间存在着相互依赖的密切关系,要求通过跨领域的合作,获得人类、动物和环境的最佳健康。“全民健康覆盖”策略则要求所有人和所有社区都能使用他们所需的高质量和有效的卫生服务,同时也确保对这些服务的使用不会让使用者陷入经济困境。全覆盖的初级卫生保健系统是卫生安全的关键连接部分,通过免疫接种和维持基本卫生服务的方式来预防疫情,以此为卫生安全提供支持。在这个意义上,“全民健康覆盖”策略为实行突发公共卫生事件风险管理奠定了基础,与全球卫生安全是一枚硬币的两面。^④

(二)以团结性合作保护人类的共同健康利益

人类共同利益概念在20世纪后半叶伴随着人类共同问题而产生。全球化是世界历史经历的又一次转型,全球化首先是人类共同命运的意识崛起,世界所有国家和民族已经被纳入一个休戚与共、相互依存的风险共同体。^⑤人类在大流行病面前具备共

^① See William Aldis, Health Security as A Public Health Concept: A Critical Analysis, 23 Health Policy and Planning 369-375 (2008).

^② 参见[美]劳伦斯·O.戈斯廷:《全球卫生法》,翟宏丽等译,中国政法大学出版社2016年版,第34-38页。

^③ See Jorge Vinales, *et al.*, A Global Pandemic Treaty Should Aim for Deep Prevention, 397 the Lancet 1791-1792 (2021).

^④ See WHO, Building Health Systems Resilience for Universal Health Coverage and Health Security During the COVID-19 Pandemic and Beyond: WHO Position Paper, <https://www.WHO.int/publications-detail-redirect/WHO-UHL-PHC-SP-2021.01>, visited on 15 March 2023.

^⑤ 参见[德]乌尔·里希·贝克:《自由与资本主义——与著名社会学家乌尔·里希·贝克对话》,路国林译,浙江人民出版社2001年版,第104页。

同的脆弱性(common vulnerabilities),对此没有任何国家能独善其身,更不可能以一己之力妥善应对,人类具备了共同健康利益。^①人类共同利益是人类社会历史发展的必然结果和价值追求,人类有着生存、发展的共同利益诉求,但是在历史进程中,人类天然的共同利益诉求往往被国家或者个人的利益诉求所取代。^②传统的全球卫生安全理论将卫生问题视为对国家安全的的外部威胁,因此国家为了获取本国更大安全利益而忽视合作;而联合国开发计划署在《人类发展报告》提出的人类安全(human security)理论扩大和深化了安全概念,将安全视为免受疾病、饥饿、失业、犯罪、社会镇压和环境破坏等非传统安全威胁。^③但是其是世界主义的产物,强调的是个体的人的安全,人类只是呈现个人权利和利益诉求的大背景。^④与上述两种理论不同的是,新全球卫生安全观并不否认国家利益和个人利益的重要性,但是作为全球主义的产物,其认识到全球化背景下世界的整体性和人的“类本质”的共同性,因此超越国家利益和个人利益,强调基于人类共同利益的团结合作的重要性。^⑤基于人类共同利益的合作可以被称为团结性合作(solidaristic cooperation),团结一词来源于拉丁语,具有“整体”的意义。到了19世纪的法国,该词被用于显示在一国、一个社会团体或者人类整体中个人之间的纽带。随着全球化的发展,在一个相互依存的世界中,团结合作具有了更加重要的意义。^⑥各国负有维护人类共同利益、相互合作的国际义务,这改变了往昔国际关系中出现的“自利”国际行为模式。^⑦

三、全球卫生安全治理范式转型中的《大流行协定》谈判

要克服人类在大流行病面前具备的共同脆弱性,全球卫生安全治理的国际法需从合作国际法转向共同体国际法。合作国际法体现出当代国际法是国家本位的国

① See J. Frenk O. Gómez-Dantés & S. Moon, From Sovereignty to Solidarity: A Renewed Concept of Global Health for an Era of Complex Interdependence, 383 *The Lancet* 94-97 (2014).

② 参见刘同舫:《构建人类命运共同体:人类共同利益的生成逻辑与实践指向》,《南京社会科学》2022年第10期,第1-8页。

③ 关于人类安全理论的阐述,参见UNDP, Human Development Report 1994: New Dimensions of Human Security, <http://www.hdr.undp.org/en/content/human-development-report-1994>, visited on 2 March 2023. 关于人类安全理论的意义,参见Roland Paris, Human Security: Paradigm Shift or Hot air, 26 *International Security* 87-102 (2001)。

④ 世界主义是个体本位的,要求人类对待他人拥有同等的道德和政治义务,这种义务仅仅建立在他们的人性基础之上。参见蔡拓:《世界主义的理路与谱系》,《南开学报(哲学社会科学版)》2017年第6期,第144-156页。

⑤ 参见蔡拓:《世界主义的新视角——从个体主义走向全球主义》,《世界政治与经济》2017年第9期,第15-36页。

⑥ 参见《人权与国际团结问题独立专家穆罕默德·鲁迪·里兹克的报告》(A/HRC/15/32), <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G10/149/13/PDF/G1014913.pdf?OpenElement>, 2023年3月20日访问。

⑦ 参见龚柏华:《三共原则是构建人类命运共同体的国际法基石》,《东方法学》2018年第1期,第30-37页。

际法,各国间的合作主要是为了各自的利益。^①而共同体国际法是未来的国际法,不以相互分离的、处于竞争状态的各国在利益上的互惠为基础,而是超越国家利益而追求人类共同体利益。^②《条例》是20世纪后半叶推动合作的国际法运动的一部分,将国家视为传染病威胁的客体,以国家安全为中心,将国际合作视为实现国家利益最大化的手段,属于合作国际法。而《大流行协定》要以风险框架代替安全化框架,保证人类卫生健康共同体持续发展。^③从《协定提案》中已经达成初步协议和已有初步趋同意见的案文看,其实现了全球卫生安全治理范式的初步转型,是共同体国际法创新的重要实践。

(一)可持续安全范式下的制度构建

新全球卫生安全观要求采用深预防的方法推动全球卫生安全治理从控制范式转向可持续安全范式。该范式要求用更加广阔的视野来看待卫生安全,系统性地关注动物健康、环境、经济状况等与人类健康之间的复杂联结,避免控制范式的反应性弊端。^④可持续安全将预防作为解决大流行病的关键环节,通过发展的手段来解决大流行病暴发的潜在社会、经济和环境问题。^⑤

《协定提案》采纳了可持续安全范式:(1)引入“同一健康”方针。在谈判中缔约方就如何将“同一健康”方针纳入《大流行协定》进行了深入讨论。发达国家是这一做法的主要支持者,而一些发展中国家对“同一健康”条款可能带来的约束性监管负担和相关成本表示担忧。一些发展中国家还担心“同一健康”的严格规定可能会给它们的农业贸易带来障碍。^⑥尽管存在这些争议,但缔约方一致认为将“同一健康”方针纳入《大流行协定》非常重要。因此《协定提案》对此作了原则性的规定:“各缔约方认识到人类、动物、环境之间的相互联系,根据国内法律以及适用的国际法,考虑到本国情况,应酌情在所有相关组织、部门和行为者之间推广一致、全面、综合、协调和协作的‘同一健康’方针,预防、防范和应对大流行病。”为此缔约方承诺通过制定干预措施并将其纳入相关的大流行病预防、防范和应对计划;按照“同一健康”方针,制定、实施和审查国家相关政策和战略;根据“同一健康”方针,促进或建立相关人员的联合培训和

^① 参见[美]路易斯·亨金:《国际法:政治与价值》,张乃根等译,中国政法大学出版社2005年版,第159页。

^② 参见肖永平:《论迈向人类命运共同体的国际法律共同体建设》,《武汉大学学报(哲学社会科学版)》2019年第1期,第135-142页。

^③ 参见肖永平:《论推动构建人类卫生健康共同体的法治方法》,《东方法学》2022年第4期,第120-131页。

^④ 参见余娇:《论中国与联合国的可持续安全合作》,《社会主义研究》2021年第3期,第158-169页。

^⑤ See Antoine Flahault, *et al.*, From Global Health Security to Global Health Solidarity, Security and Sustainability, 94 Bulletin of the World Health Organization 863 (2016).

^⑥ See Daniela Morich, *et al.*, The Pandemic Agreement: Why What Has Been Achieved So Far Matters, <https://healthpolicy-watch.news/the-pandemic-agreement-why-what-has-been-achieved-so-far-matters/>, visited on 20 June 2024.

进修规划,以建立有关和互补的技能、能力和素养。^①但关于“同一健康”方针的方式、条款和条件以及运作,将在第77届世界卫生大会后进行进一步讨论。(2)采用了“全民健康覆盖”策略。《协定提案》规定:每一缔约方应在其拥有的手段和资源范围内,采取适当措施,发展、加强和维护有抵御能力的卫生系统,尤其是初级卫生保健服务,以预防、防范和应对大流行病,同时考虑到公平的必要性,根据第19条,实现全民健康覆盖。为此,缔约方需要发展或强化、维持和监测卫生系统职能和基础设施,从而及时提供公平获取适当规模的临床医疗以及优质常规卫生保健服务的机会;能够就大流行病相关卫生产品实行透明的、具有成本效益的采购方法和供应链管理;应用实验室生物风险管理方面的相关标准和规程;促进利用社会和行为科学、风险沟通和社区参与,预防、防范和应对大流行病。^②

(二)基于人类共同利益合作范式下的制度构建

国际法主要建立在主权观念之上,但是在全球化社会中团结应当构成国际法的基本原则。^③《协定提案》和修订后的《条例》明确了国际团结合作原则,特别强调了公平是大流行病预防、防范和应对的目标、原则和结果,全方位重构了全球大流行病预防、防范和应对机制,实现全球卫生合作在广度和深度上的突破。^④

第77届世界卫生大会通过的《条例》修正案完善了传染病国际合作机制。首先,纳入关于大流行突发情况(pandemic emergencies)的定义。大流行突发情况的定义是建立在《条例》现有机制,包括确定国际关注的突发公共卫生事件的机制基础上的更高级别警报。它是指一种传染病向多个国家和在多个国家内部发生或极有可能发生广泛的地理传播,超过或极有可能超过这些国家卫生系统的应对能力;且正在造成或极有可能造成重大的社会和(或)经济混乱,包括干扰国际交通和贸易;需要采取全政府和全社会参与方针,开展迅速、公平和更协调的国际行动。^⑤其次,新修正案致力于团结和公平,加强获得医疗产品和资金的机会。这包括在公共卫生应对中,增加了公平获取相关卫生产品的内容。^⑥建立一个融资协调机制,以支持确定和获取所需资金,公平地满足发展中国家的需要,包括发展、加强和维持核心能力。^⑦最后,新修正案设立缔约方委员会,促进和支持缔约方之间的合作,有效实施《条例》;^⑧建立《条例》国家主管当局,以改善国家内部和国家之间在实施《条例》方面的协调性。^⑨

① 参见《协定提案》第5条。

② 参见《协定提案》第6条。

③ See Paolo G. Carozza & Luigi Crema, On Solidarity in International Law (11 July 2014), Caritas in Veritate Foundation, <https://ssrn.com/abstract=2949960>, visited on 5 April 2023.

④ 参见《协定提案》第3条第4项和第5项、《条例》修正案第3条之一。

⑤ 参见《条例》修正案第1条。

⑥ 参见《条例》修正案第13条。

⑦ 参见《条例》修正案第44条和第44条之二。

⑧ 参见《条例》修正案第54条之二。

⑨ 参见《条例》修正案第4条。

《协定提案》中已经达成初步协议和已有初步趋同意见的重要制度有:(1)关于大流行病预防和监测能力建设。缔约方承诺采用双边、地区和多边合作,逐步加强大流行病预防和公共健康监测能力;制定、加强和实施符合《条例》的大流行病预防监测多部门综合计划、规划和其他行动。^①(2)关于卫生和照护工作者。缔约方承诺酌情采取必要措施,保障、保护、投资、保留和维持一支足够、熟练和训练有素的卫生和照护工作者队伍;确保其卫生和照护人员队伍的体面工作,保护其持续安全、精神健康和福祉,并增强其能力。^②(3)关于科学研究和开发。缔约方承诺开展合作建设、加强和维持地域多样性研发能力和机构,并促进研究合作和获得研究机会,以快速分享信息和成果。^③(4)关于可持续性的生产。各缔约方承诺采取措施,实现更公平的地域分配和迅速扩大卫生产品的全球生产规模,增加可持续、及时和公平获取此类产品的机会。^④(5)关于技术转让与专门技能。各缔约方承诺通过各种措施,促进并以其他方式便利或激励转让大流行病相关卫生产品的技术、技能,特别是为了发展中国家的利益。为提高此类产品对有需要人群的供应和可负担性,缔约方承诺对技术转让收取合理的使用费。《协定提案》重申了世界贸易组织的缔约方有权充分利用《与贸易有关的知识产权协定》和《关于〈与贸易有关的知识产权协定〉与公共卫生的多哈宣言》提供的灵活性。^⑤(6)关于病原体获取与惠益分享系统。缔约方初步同意建立病原体获取和惠益分享(pathogen access and benefit-sharing, PABS)多边系统。该系统的目的是确保迅速、系统和及时地获取具有大流行可能的病原体的生物材料和这些病原体的基因序列数据;在平等基础上根据公共卫生风险、需要和需求,公平、公正和迅速分享货币和非货币惠益。缔约方同意后续制定 PABS 文书,制定和商定关于 PABS 系统的规定。^⑥(7)关于供应链和物流。为了促进以公平、及时且负担得起的方式获取大流行病相关卫生产品,缔约方同意建立一个全球供应链和物流网络。该网络由世界卫生组织在缔约方会议的监督下与利益攸关方合作开发、协调和召集。在突发大流行期间,各缔约双方应酌情优先通过全球供应链和物流网络分享大流行病相关卫生产品,以便根据公共卫生风险和需求进行公平分配。^⑦

为了保障大流行病预防、防范和应对机制的有效运行,《协定提案》构建了一系列的保障机制:(1)要求缔约方加强国内监管系统的建设。为了确保相关产品的质量、安全性和效力,《协定提案》要求每一缔约方应加强国家监管机构和区域监管机构的建设与监管。^⑧(2)鼓励缔约方采取“全政府和全社会参与”的做法。“全政府”是指各

① 参见《协定提案》第4条。

② 参见《协定提案》第7条。

③ 参见《协定提案》第9条。

④ 参见《协定提案》第10条。

⑤ 参见《协定提案》第11条。

⑥ 参见《协定提案》第12条。

⑦ 参见《协定提案》第13条。

⑧ 参见《协定提案》第14条。

缔约方应设立或加强负责大流行病预防、防范和应对工作的国家多部门协调机构。“全社会”参与则是各缔约方促进社区和其他利益攸关方有效和实质性参与国家大流行病预防、防范和应对计划的制定、决策、实施、监测和评价工作，并且应提供有效的反馈机会。^①(3)要求缔约方开展风险沟通和促进有效的社区参与，向民众普及科学、公共卫生知识。^②(4)要求各缔约方直接或通过相关国际组织开展合作，以可持续的方式加强所有缔约方特别是发展中国家缔约方的大流行病预防、防范和应对能力。^③(5)建立可持续的筹资机制。《协定提案》要求缔约方维持或增加大流行病预防、防范和应对工作所需的国内资金，同时要求缔约方调动更多财政资源，包括通过赠款和优惠贷款等方式，支持发展中国家缔约方。《协定提案》设立了一个融资协调机制。该机制在缔约方会议的授权和指导下运作，并对缔约方会议负责，由缔约方会议选定的一个或多个国际实体支持机制运作。^④

四、范式转型面临的挑战与《协定提案》的分歧和不足

虽然《协定提案》体现了全球卫生安全治理范式的初步转型，但是并没有完全消弭以国家主义为中心的安全政策与对大流行病预防和应对采取全球主义方法之间的张力。^⑤国家主义伴随着1648年威斯特伐利亚体系形成而兴起，其以国家本位为基本原则，以追求国家利益为出发点，树立了国家在国内的最高权力和在国际的独立自主权利，增强国家认同感和民族自豪感。^⑥虽然全球化导致当代世界体系的结构发生了一定的变化，但其底层结构仍然是威斯特伐利亚体系，当前乃至可见的未来，国家对主权的坚持和国家利益的追求仍然是其行为最为重要的出发点。因此如何处理好国家主义和全球主义之间的关系是全球健康安全治理范式转型需要面对的重大挑战。一方面，在全球化世界中，国家仍然是最重要的政治权力主体，在国内和国际政治生活中仍处于核心地位，发挥着核心作用。但主权问题面临着全球化的挑战，《条例》修订过程中，卫生主权就成为发展中国家与发达国家争论的焦点。^⑦在《大流行协定》谈判过程中，卫生主权问题又成为谈判的焦点问题，发达国家一直试

① 参见《协定提案》第17条。

② 参见《协定提案》第18条。

③ 参见《协定提案》第19条。

④ 参见《协定提案》第20条。

⑤ See Clare Wenham, Mark Eccleston-Turner & Maike Voss, *The Futility of The Pandemic Treaty: Caught Between Globalism and Statism*, 98 *International Affairs* 837-852 (2022).

⑥ 参见张胜军：《国家主义的历史根源及其未来趋势》，《人民论坛》2020年第36期，第36-39页。

⑦ 发达国家引入先发制人概念，提出如果缔约方不能充分阻止传染病国际传播，不需要该缔约方邀请相关国际组织和国家就可以进入该国家开展传染病防治工作。这种限制他国卫生主权，赋予国际集体行为广泛权力的建议，被绝大多数缔约方拒绝。在是否赋予世界卫生组织的临时和长期建议法律约束力的议题上，各国也有不同的看法，最终规定国家在遵守相应标准和程序的前提下可以在总干事的建议之外采取额外卫生措施。参见冯洁菡：《额外卫生措施的国际法规制——以〈国际卫生条例〉和SPS协定为视角》，《武大国际法评论》2020年第3期，第15-31页。

图通过有法律约束力的机制来限制他国卫生主权。^①对此虽然《协定提案》重申了国家主权原则,将“各国根据《联合国宪章》和《世界卫生组织组织法》所载的国际法原则享有在其管辖区域内制定和实施法律的主权权利”作为公约的原则,但是缔约方对该原则尚无趋同意见。^②另一方面,虽然世界体系结构的变迁并不消除国家的自我利益,但却深刻影响了自我利益的维度和目的。各国应当普遍接受安危与共的共识,脱离完全根据本国利益进行决策的传统模式,更多地考虑国际社会的整体利益,从而推动国际法朝着国际社会本位的方向发展。^③在这个方面,虽然《协定提案》取得了较多的符合全球主义的制度成果,但是由于国际社会对人类相互联系、休戚与共的整体性认识不足,对国家主义节制不够,发达国家和发展中国家之间就一些关键性问题存在较大分歧,即使已经达成初步协议和已有初步趋同意见的条款也存在不足。

(一)没有引入共同但有区别的责任原则

针对流行病的全球卫生法缺乏确保关键领域分配和补偿正义的法律义务,这反映了传染病国际法的现状。^④改变这一现状,解决全球卫生安全治理中不平等、殖民主义和不公正问题,需要《大流行协定》引入共同但有区别的责任原则。该原则出现在气候变化的国际文件中,是人类应对环境与发展问题的重要原则。由于其具备内在的固有价值,该原则应当不仅适用于气候变化领域,也适用于国际公共卫生合作领域。首先,共同责任蕴含了同等情况下同等对待的同一性正义,各国理应团结一致,承担共同责任,通过世界卫生组织合作协调,采取快速有效的集体应对措施,减少疫情对人类健康以及社会经济的影响。区别责任则体现了特殊情况下特殊对待的差异性正义。在全球公共卫生领域中,存在着严重的结构问题。大量发展中国家的社会经济落后,物质条件匮乏,缺乏有效应对流行病的公共卫生能力,这是大流行病无法得到有效预防和应对的重要因素。虽然《协定提案》将公平列为原则,但是在是否引入共同但有区别的责任原则的议题上,发达国家和发展中国家之间存在极大分歧。发展中国家认为实现真正的公平需要明确承认共同但有区别的责任原则,该原则包

^① 美国在 2022 年 5 月召开的世界卫生大会上提出了修改《条例》的提案,该提案试图收缩国家的卫生主权,如赋予世界卫生组织独立调查权,从非官方渠道获得公共健康数据后并不需要发生国的验证。这意味着世界卫生组织即使没有取得据称在其领土内发生事件的缔约方的核实,也能基于非官方信息采取行动。对于是否构成国际关注的突发公共卫生事件,美国提案删除了要求世界卫生组织和在其领土内发生事件的缔约方之间达成一致的规定,意味着世界卫生组织可以单方面宣布国际关注的突发公共卫生事件。See Seventy-Fifth World Health Assembly, Proposal for Amendments to the International Health Regulations (2005), Provisional Agenda Item 16.2, A75/18, https://apps.WHO.int/gb/ebwaha/pdf_files/WHA75/A75_18-en.pdf, visited on 20 April 2023.

^② 参见《协定提案》第 3 条第 1 项。

^③ 参见车丕照:《人类命运共同体理念的国际法学思考》,《吉林大学社会科学学报》2018 年第 6 期,第 15-24 页。

^④ See Alexandra L. Phelan & Matiangai Sirleaf, Decolonization of Global Health Law: Lessons from International Environmental Law, 51 Journal of Law, Medicine & Ethics 450-453 (2023).

括采取措施,通过共享知识产权、向发展中国家转让技术以及分享货币利益,以提高大流行病的防范、监测和快速反应能力。而发达国家过多关注本国利益,反对将共同但有区别的责任原则列入协定。^①在发达国家的强烈反对下,《协定提案》没有明确引入共同但有区别的责任原则,仅仅在其第3条中提到“在突发公共卫生事件的情况下,团结所有人民和国家,本着包容、透明和问责的精神,追求共同利益,增进世界公平,并在预防和应对大流行病及之后恢复方面做好更充分的准备,同时认识到存在不同的能力水平”。没有明确引入共同但有区别的责任原则无法有效解决全球卫生领域的结构性不平等,从而导致一些关键性制度欠缺公平性。

(二)关于有约束力的知识产权豁免条款的分歧

知识产权对公共健康有正反两方面的作用:一方面其可以激励人们开发新的药品和治疗方法,另一方面其垄断性又可能在公共健康危机时限制人们获取此类产品。因此知识产权制度需要在推动创新和保护公共健康之间达成平衡。发展中国家适用世界贸易组织《与贸易有关的知识产权协定》(以下称《TRIPs协定》)中的强制许可制度来应对公共健康危机非常罕见,原因在于强制许可制度存在很多问题,难以适用;发达国家以及产业集团反对;发展中国家无法满足强制许可的资金和技术条件。^②2022年世界贸易组织第12届部长会议通过了新冠疫苗知识产权豁免决定,该决定的突出特点是基于新冠疫苗作为全球公共产品的可及性和可负担性要求,作出了比《TRIPs协定》第31条之二更加灵活的专利强制许可安排,提供给发展中成员更加灵活的新冠疫苗专利强制许可制度安排。^③但是新冠疫苗知识产权豁免决定实质上依然在《TRIPs协定》第31条的专利强制许可范畴内,并非真正的知识产权豁免;同时该强制许可的范围较窄,仅适用于新冠肺炎疫情。因而从这个意义上讲,国际社会并未在新冠疫情期间达成普遍的有意义的紧急卫生状况下的知识产权豁免。

在《大流行协定》谈判中,各国一直在争论是否要将知识产权纳入该协定。发展中国家以及联合国专家和卫生倡导者希望制定强有力的条款,以应对未来疫情带来的知识产权障碍,而发达国家以及制药行业则希望将知识产权义务完全排除在公约之外,或仅限于自愿行动的建议。《协定提案》删除了以前版本的提案中的“有时限的知识产权豁免”一词,表明发展中国家的愿望落空。但是对代表发达国家利益的“以自愿和相互商定的条件转让技术或专门技能”的表述,发展中国家和发达国家也尚无趋同意见。从更有利于应对全球大流行病的角度看,《大流行协定》应当包含有关在紧急情况下共享专利和技术转让的约束性规定,只有这样,世界各国才都有能力生产

^① See Third World Network, WHO: Developed Countries Oppose CBDR Inclusion in New Pandemic Instrument, <https://www.twn.my/title2/health.info/2022/hi220702.htm>, visited on 20 April 2023.

^② 参见万勇:《公共健康危机的知识产权应对》,《中国法学》2022年第5期,第49页。

^③ 参见张乃根:《试析新冠疫苗知识产权豁免决定及其重要性》,《知识产权》2022年第9期,第53-69页。

自己的疫苗和药物,而不用依赖其他国家的供应承诺。^①

(三)关于病原体获取和惠益分享系统条款的分歧

在病原体获取和惠益分享系统条款的谈判中,发达国家和发展中国家之间存在极大的分歧,发达国家优先考虑让政府和科学家充分获取科学数据,例如病原体样本和基因组测序;而发展中国家则担心共享用于开发疫苗和药物的科学信息,却无法获得这些救生资源作为回报。虽然在《协定提案》中,缔约方对公平、公正、迅速和及时地分享货币和非货币惠益取得了初步趋同意见,但是对世界卫生组织免费获取疫苗、治疗方法和诊断工具的比例未取得共识。(1)在发生了国际关注的突发公共卫生事件的情况下,制造商免费或以非营利价格向世界卫生组织提供在国际关注的突发公共卫生事件期间所需的安全、优质、有效疫苗、治疗方法和诊断工具的合理实时产量的[10%-15%]^②,以便通过全球供应链和物流网络分配和分发。(2)在突发大流行的情况下,制造商免费[或以非营利或负担得起的价格]向世界卫生组织提供在突发大流行期间所需的安全、优质、有效疫苗、治疗方法和诊断工具的合理实时产量的[至少 20%,其中免费提供的产量不低于 10%,以非营利价格提供的产量为 10%][最多 20%],以便通过全球供应链和物流网络分配和分发。(3)PABS 系统的有关商业使用者(包括疫苗、治疗方法和诊断工具的有关制造商)根据将在本条第 3 款下确定的方式、条款和条件每年向世界卫生组织缴款。按照该制度设计,发展中国家只能免费或者以非营利价格获取极少比例的疫苗、治疗和诊断工具。著名医学期刊柳叶刀用社论的方式对此提出了严厉的批评,认为这是可耻的、不公正的、不公平的,而且是无知的。创建并签署一套强有力且真正公平的获取和惠益分享条款并不是善意或慈善行为,而是一种科学行为、安全行为和利己行为。^③

(四)没有建立一个基于强制性义务的融资机制

国际团结合作原则要求国际社会承担对发展中国家健康援助的国际法义务,从现在慈善的方法转变到提供国际公共品的方法。^④在谈判中,发展中国家希望建立一个由世界卫生组织《大流行协定》管理、会员国强制缴纳费用的新融资机制。但是发达国家对此强烈反对,其更加倾向于现有的自愿性全球卫生融资机制。^⑤《协定提案》可持续融资条款仅要求发达国家调动更多财政资源,包括通过提供赠款和优惠贷款

^① See Cynthia M. Ho, Comments on Implications of Access and Benefit Sharing (ABS) Commitments/Regimes and Proposed Commitments/Regimes and Other Proposed Commitments in the WHO Pandemic Agreement (31 January 2024), <https://ssrn.com/abstract=4790210>, visited on 15 May 2024.

^② 方括号内的内容表明缔约方之间存在不同意见,下同。

^③ See the Lancet, The Pandemic Treaty: Shameful and Unjust, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00410-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00410-0/fulltext), visited on 20 May 2024.

^④ See Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, COVID-19: Make It the Last Pandemic, <https://theindependentpanel.org/mainreport/>, visited on 1 May 2023.

^⑤ See Strupat Christoph & Remco van de Pas, The Road to an Equitable Pandemic Agreement, <https://www.idos-research.de/en/the-current-column/article/the-road-to-an-equitable-pandemic-agreement/>, visited on 20 May 2024.

的方式,帮助发展中国家缔约方实施《大流行协定》。因此,《协定提案》可持续融资条款还是沿袭了长期以来发达国家对发展中国家的卫生援助的慈善形式,存在着内在的不平等关系,无法真正保障发展中国家获得长期稳定可持续的国际卫生援助。

(五)没有发展创新性的条约遵守机制

为了保障《大流行协定》全球主义的实现,需要发展创新性的条约遵守机制,形成一个超越国家权力的公共机制,对国家予以有效的制约。^①迄今为止,全球卫生安全治理机制未发挥有效作用,其中一个原因是《条例》缺乏有效的执行和制裁制度,由此产生严重的履约困境。^②但是《大流行协定》在发展创新性的条约遵守机制方面并没有获得突破性的进展。传统国际法的遵守机制存在着两个学派的争论:强制执行说主张强制执行措施如制裁、对等报复、声誉惩罚和争端解决机制是促进遵守国际法的关键;而管理说则认为促进国际法遵守的关键在于审查国家的不遵守问题并解决该问题的管理过程。有学者提出要将强制执行说和管理说两种机制互为补充,采用先管理后强制的方式来确保国际法得以被遵守。^③“先管理”要求建立报告机制,收集条约成员方履约的信息;“后强制”是指建立履约监督机制,设立专门的履约监督机构,对于国家违反条约规定的行为进行介入,采取包括问询、提醒、通报和调查等多种方法督促国家履约。^④《协定提案》建立了条约报告机制,要求各缔约方应通过秘书处定期向缔约方会议提交报告,介绍其实施《大流行协定》的情况。也赋予了缔约方会议每三年定期审查《大流行协定》的实施情况并为促进其有效实施作出必要决定的权力。这个条约遵守机制的问题是“后强制”方面过于薄弱,由缔约方会议进行监督属于自我监督。建立一个独立的履约监督机构,并赋予其充分的履约监督手段应该是更有效的制度设计。

结语:我国的应对之策

为了有效应对全球公共卫生危机,国际社会必须重塑全球卫生安全观,并以此为基础推动全球卫生安全治理范式的转型。《协定提案》采纳可持续安全范式和基于人类共同利益合作范式,前者强调了对大流行病的综合治理,采用深预防方式应对卫生危机,引入“同一健康”方针和“全民健康覆盖”策略;后者强调以人类共同健康利益为保护对象,重构了全球大流行病预防、防范和应对机制,实现全球卫生合作在广度和深度上的突破。因此《协定提案》体现了全球卫生安全治理范式的初步转型。

但是《协定提案》还存在较多的不足之处,在一些关键制度上发展中国家和发达

^① 参见何志鹏:《国际法的现代性:理论呈示》,《清华法学》2020年第5期,第153-181页。

^② See David P. Fidler, From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations, 4 Chinese Journal of International Law 389-390 (2005).

^③ 参见刘敬东、王璐璐:《中美经贸协议中的遵守机制研究》,《学术论坛》2021年第1期,第64-74页。

^④ 参见王勇:《构建人类卫生健康共同体的国际法合法性问题》,《世界经济与政治》2021年第5期,第4-26页。

国家之间也存在较大分歧,这体现了全球主义愿景与国际卫生领域占主导地位的国家主义决策之间的矛盾。全球卫生安全治理范式转型的道路并不是一帆风顺,而是面临着重大挑战。人类命运共同体理念为应对挑战提供了解决思路。^①一方面要以公认的国际关系基本准则为遵循,在谈判中,我国要坚持尊重各国卫生主权、发挥国家在全球卫生安全治理中核心作用的基本原则。另一方面,人类命运共同体理念要求国际社会在相互依存的历史大势下,为应对全球性挑战,从人类共同福祉出发,团结合作、开放共赢。面对大流行病这一关系到人类前途命运的重大问题,在谈判中我国要与其他发展中国家密切合作,将建立一个公平合理的全球卫生安全治理秩序作为目标,推动各国站在全球主义的制高点上,以长远的历史眼光看待国家利益,维护和增进全人类的共同健康利益和可持续利益,消弭分歧,弥补缺陷,早日完成《大流行协定》的谈判。

Theoretical Framework, Institutional Aspects, and Challenges in the Transformation of Global Health Security Governance Paradigm

Abstract: The traditional paradigm of global health security governance treats pandemics as external threats to national security, emphasizing control over prevention and focusing excessively on national interests, which fails to effectively address global public health crises. The transformation of global health security governance should be based on a new paradigm that embraces a theory of global health security, employing proactive measures to tackle global health threats. It should emphasize globalism to protect the shared health interests of humanity. The Proposal for the WHO Pandemic Agreement adopts sustainable security paradigms and cooperation based on human interests, aiming to initiate a transformation in global health security governance. However, its globalist vision faces challenges from nationalist decisions dominating the international health field. Developed and developing countries still have significant disagreements on critical issues, and the texts that initially achieved agreement and convergence still have some drawbacks.

Key words: global health security; International Health Regulations; Proposal for the WHO Pandemic Agreement; global governance

(责任编辑:彭苓萱)

^① 参见中华人民共和国国务院新闻办公室:《携手构建人类命运共同体:中国的倡议与行动》, http://www.scio.gov.cn/zfbps/zfbps_2279/202309/t20230926_771203.html, 2023年10月1日访问。