

《国际卫生条例》遵守的内在逻辑、 现实困境与改革路径

魏庆坡

内容提要:传染病的全球化与防治传染病的国际合作凸显了全球公共卫生治理的必要性以及对《国际卫生条例》机制成效的倚重性。基于功能主义理论成立的世界卫生组织向来以专门化组织自居,在《国际卫生条例》中借助“安全化”框架逻辑理念从共同安全的集体角度推进国际公共卫生合作,但国家主权与国际卫生利益的内在张力、国际公共卫生紧急事件机制规范性和透明度缺失使得《国际卫生条例》遵守面临诸多现实困境与挑战,从而产生了结构性的机制失灵。在分析全球传染病监测与控制机制的复杂体系和内在张力的基础上,应当确立“风险化”框架以弥合体系建设的内在张力与矛盾;明确宣布国际公共卫生紧急事件的要素和要件,增强其透明度,确保《国际卫生条例》的规范性和权威性;以人类命运共同体理念整合《国际卫生条例》与世界贸易组织相关条约,加强在贸易措施方面的协调,进而不断增强全球应对突发公共卫生事件的体制和能力。

关键词:《国际卫生条例》 履约机制 国际公共卫生紧急事件 功能主义

魏庆坡,首都经济贸易大学法学院讲师。

从人类开始征服自然,之后的民族迁徙、战争胜败、社会荣枯、产业转型和文明发展等都伴有传染病防控的印记。^[1] 19世纪30年代至40年代爆发的“霍乱”并没有边境概念,但却促使欧洲各国强化了边境和主权概念,在边境设置隔离区、拉起警戒线、建立检疫区等限制感染者入境,严重影响了国际商贸和人员往来,但是,这种各自为战、难以协调甚至以邻为壑的隔离措施并未有效阻止霍乱的传播。如何在协调限制措施与维护公众健康之间取得平衡是国际法中的一个重要主题。1851年,欧洲各国为解决霍乱带来的疾病侵袭和贸易萎缩召开了第一届国际卫生大会,并于1892年第七届大会通过第一部《国际卫生公约》(*International Sanitary Convention*)。经过多次修订,这部公约在疫情预防、信息共

[1] 参见[美]威廉·麦克尼尔著:《瘟疫与人》,余新忠、毕会成译,中信出版社2018年版,第2-13页。

享、报告和商贸往来等方面不断完善,为各国间采取统一规范的措施来应对疫情奠定了法理基础,当前最新版本为世界卫生组织(WHO)于2005年修订的《国际卫生条例》(下称“《条例(2005)》”)。^[2]无论是2014至2016年爆发的西非埃博拉病毒,还是当前持续肆虐全球的新型冠状病毒肺炎疫情(下称“新冠肺炎疫情”)都超出了单个国家的治理能力,^[3]需要《条例(2005)》在防疫、贸易和旅行等方面提供规范、协调和指导。但是,发表在《柳叶刀》杂志的一篇文章里提到数十个国家在“新冠”期间对中国实施旅行限制,这不仅违反了《条例(2005)》的法律义务,同时也给《条例(2005)》的实施和人们对条例的信任带来挑战和困境,如何修订和完善《条例(2005)》成为当前国际社会面临的重要问题。

一 国际公共卫生治理机制嬗变

国家之间的联系与合作在经济全球化进程中进一步加强,对国家主权造成了一定程度的冲击。诚然,重大历史事件都会引发国家行为规范演变,^[4]进而推动国际法的研究和发展。长期以来,国际合作从根本上仍然难以脱离威斯特伐利亚模式的窠臼:国家主权至上原则、不干涉原则和同意受约束原则,国际公共卫生治理机制自不例外。

(一) 区域治理机制(1851-1945)

长久以来,国家在没有国际合作的情形下制定国内政策来防控传染病。^[5]1830年,始于印度的霍乱传入欧洲,随后波及了欧洲大多数国家。彼时的传染病主要是以自然发生为主,在规制理念上强调国家主权至上原则,^[6]将病源视为国家的“外源性威胁”(Exogenous Threats)。^[7]由于各国隔离实践不统一以及程序繁复阻碍了国际贸易和国际旅行,协调防控措施和降低由防疫措施引发的国际贸易延误和摩擦^[8]成为当时国际卫生会议的重要目标。在协调国家间隔离政策的同时,国际社会在早期也意识到超越个别国家的宏观统筹在传染病防控中的重要性,1892年《国际卫生公约》应运而生,^[9]提出了霍乱的防治措施。此时由欧洲国家主导的国际卫生大会具有明显的“欧洲中心主义”烙

[2] See David Fidler, *Global Health Governance: Overview of the Role of International Law in Protecting and Promoting Global Public Health*, Geneva: *World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine*, 2002, pp. 21-23.

[3] 参见郑琪:《美国多位公共卫生专家撰文反对政府旅行禁令》,《人民日报》2020年2月4日第03版。

[4] 参见薛澜、俞晗之:《迈向公共管理范式的全球治理——基于“问题—主体—机制”框架的分析》,《中国社会科学》2015年第11期,第81页。

[5] See Paul Slack, Introduction, In: Terence Ranger & Paul Slack (eds.), *Epidemics and Ideas: Essays on the Historical Perception of Pestilence*, Cambridge University Press, 1992, pp. 1-20.

[6] See David Fidler, *Germ, Norms and Power: Global Health's Political Revolution*, *Law, Social Justice & Global Development*, Vol. 1, 2004, pp. 9-13.

[7] See Joan Fitzpatrick & William McKay Bennett, *A Lion in the Path-The Influence of International Law on the Immigration Policy of the United States*, *Washington Law Review*, Vol. 70, 1995, pp. 610-615.

[8] See Norman Howard-Jones, *The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851-1938*, Geneva, World Health Organization, 1975, p. 11, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62873/14549_eng.pdf;sequence=1,最近访问时间[2020-02-16]。

[9] See Lawrence Gostin, Rebecca Katz, *The International Health Regulations: The Governing Framework for Global Health Security*, *The Milbank Quarterly*, Vol. 94, 2016, p. 266.

印,其并非通过建立统一的国际检验检疫标准以消灭传染病,而是将其阻挡在欧洲大陆之外。这种以防御性为主,构建和完善国际检疫规则,旨在减少疫情对欧洲主要国家的侵害,并降低疫情对商贸往来的干扰。在承认 19 世纪的公共卫生会议对现代卫生防疫积极意义的同时,也应看到主权至上原则和地域藩篱与偏见增加了传染疾病蔓延的空间和风险,致使其防疫效果毁誉参半。

(二) 国际治理机制(1945—2003)

第二次世界大战对很多国际法律体制的功效产生了颠覆性影响,尤其是天生带有深刻缺陷的传染病治理机制。为强化国家在卫生领域的合作,1946 年世界卫生组织世界卫生组织作为联合国的一个专门机构成立,并制定了《世界卫生组织宪章》(*The Charter of the World Health Organization*)。1951 年,第四届世界卫生大会通过了《国际卫生规章》(*International Sanitary Regulations*),取代了之前的《国际卫生公约》。1969 年,《国际卫生规章》被修订为《国际卫生条例》(*International Health Regulations*)。此时以追求个体最高可达成的身心健康水平的基本权为目标,强调个人、公众与国家的健康水平相互依存,并重视经济和健康水平落后国家的健康条件改善。除《世界卫生组织宪章》和《国际卫生条例》外,世界卫生组织还可以发布决议和建议,即使效力发挥依赖成员国主观上是否接受,但这些规则立足全球防疫以及统一适用,开启了传染病治理的新阶段。

虽然历经 1969 年、1973 年和 1981 年三次修订,^[10]但《国际卫生条例》在理念、机制和规则上却并未契合公共卫生改革发展的形势与趋势。首先体现在理念上陈旧,在遏制传染病爆发和扩散方面仍停留在风险被动防御,且对会员国国内公共卫生设施完善并无要求。其次体现为机制匮乏,世界卫生组织并无主动作为的权限,也没有关于世界卫生组织与会员国合作抗疫的具体规定。最后表现在通报对象有限,仅包括三类疾病。而且多数会员国在 20 世纪 80、90 年代通过卫生改革成功地降低了其领土内的传染病发病率,^[11]致使会员国对世界卫生组织和《条例(1981)》的依赖显著降低。^[12]

二 《国际卫生条例(2005)》履约的内在逻辑

20 世纪 80 年代艾滋病在国际上迅速传播引发了对世界卫生组织和《条例(1981)》的诟病与批评。^[13]第 48 届世界卫生大会于 1995 年通过了《修订和更新条例》等一系列的决议,^[14]并对《条例(1981)》修订提出了具体要求。2003 年“非典”(SARS)的爆发进一步

[10] 下文会依据《国际卫生条例》修订年份进行标注以区分不同版本,如 1981 年修订的《国际卫生条例》简称为《条例(1981)》,后续修订版本同理。

[11] See Charles O. Pannenberg, *A New International Health order: An Inquiry Into the International Relations of World Health and Medical Care*, Brill, 1979, p. 343.

[12] See David Fidler, *Global Health Governance: Overview of the Role of International Law in Protecting and Promoting Global Public Health*, in Geneva; *World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine*, 2002, p. 45.

[13] See F. Godlee, *WHO Reform and Global Health: Radical Restructuring is the Only Way Ahead*, *British Medical Journal*, Vol. 314, 1997, p. 1359.

[14] See Elizabeth Bell, Jordan W. Tappero, Kashef Ijaz, et al., *Joint External Evaluation—Development and Scale-Up of Global Multisectoral Health Capacity Evaluation Process*, *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 23, 2017, p. s33.

凸显了构建预警框架和创新国际抗疫范式的必要性和紧迫性。^[15] 2005 年生效的《条例(2005)》开启了国际公共卫生治理的新阶段。

(一) 以“安全化”框架协调会员国行动

芝加哥学派的代表奥利·韦弗尔(Ole Wæver)认为“安全性”仅仅是一种言语行为,特定事件的出现可以在社会上形成威胁,与威胁是否真实存在并无关系。^[16] 具体而言,这种言语行为需要遵循特定的修辞模式:特定对象受到生存威胁;需要采取措施应对此种威胁;说服其他人打破常规以应对威胁具有合理性。^[17] 某个事项被标记为“安全性”,将被提升为最高优先级的问題,从而为特定行为的合理性提供支持和背书。

在当前国际卫生治理体系中,世界卫生组织基于专业知识、流行病学方法和建模技术来分析公共卫生领域中的安全威胁。首先提出该某类传染病对个人、国家和国际社会构成了“存在性威胁”;其次借助既有规定的言语行为启动全球公共卫生问题“安全化”;最后号召国际社会主体之间遵守特定规范以应对国际大流行。如前所述,这种“安全化”框架避开了繁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做出对国际合作抗疫不利选项的可能性。^[18] 换言之,世界卫生组织和《条例(2005)》跳出了世俗社会的权利义务模式,利用所掌握的医学技术和对疾病传播的理解为各国提供专业化指导,以专业水平换取会员国对国家主权的让渡,从共同安全的集体角度提升了国际社会抗疫行动的一致性和有效性。

(二) 强化国家义务提升抗疫合作

在国家间协调合作基础上,《条例(2005)》全面加强国家在控制传染病方面的国际义务,如要求会员国构建完善的传染病监测和预警防控体系,进而提升国际社会在传染病监测和防控方面的水平。

首先,《条例(2005)》介入疫情防控的时间提前:包括疫情发生前、风险信息发生时和疫情发生时控制病原体国际传播,^[19] 改变了过往的单一事后应对机制。其次,为成员国增设了多个新义务:(1) 扩大了通报义务的范围,除了三类(霍乱、鼠疫和黄热病)传染病外,将国际关注的突发公共卫生事件(Public Health Emergency of International Concern, PHEIC)纳入通报对象。(2) 要求会员国严格采用“国际标准”认定传染病的“国际影响”,增强国际公共卫生控制机制的功效。(3) 会员国对世界卫生组织从非政府组织获取信息的核实必须予以回复。最后,依据突发事件委员会的意见,世界卫生组织总干事有权宣布

[15] See E. Thomas Novotny, *Global Governance and Public Health Security in the 21st Century*, *California Western International Law Journal*, Vol. 38, 2007, pp. 19–20.

[16] See Ole Wæver, *The EU as a Security Actor: Reflections from a Pessimistic Constructivist on Post Sovereign Security Orders*, In Morten Kelstrup & Michael C. Williams (eds.), *International Relations Theory and the Politics of European Integration*, London: Routledge, 2000, pp. 251–252.

[17] See J. Richard Kilroy, *Securitization*, In: Anthony J. Masys (eds.), *Handbook of Security Science*, Springer, Cham, 2018, pp. 1–19.

[18] 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21页。

[19] See Barbara Von Tigerstrom, *The Revised International Health Regulations and Restraint of National Health Measures*, *Health Law Journal*, Vol. 13, 2005, pp. 38–39.

国际关注的突发公共卫生事件,并有权发布直接面向会员国和非国家实体关于疫情防控措施的临时建议。^[20] 此外,对那些不符合《条例(2005)》关于疫情暴发、贸易和旅行禁令以及人权执行要求的会员国,世界卫生组织有权进行点名批评。对于作为会员国的主权国家,世界卫生组织拥有这样的权力已经体现了世界卫生组织独立处理决策与从突破传统国家主权介入会员国国内卫生治理的意图。

(三) 建立会员国履约保障机制

《条例(2005)》“安全化”框架的前提假设是会员国与国际卫生体系在安全利益上具有共同性,因此各会员国有动力向世界卫生组织秘书处通报信息。为了确保信息准确及时有效,《条例(2005)》第 4 条要求会员国制定或建立一个归口单位与《条例(2005)》的联络点保持联系,及时就条例实施的紧急情况进行沟通,并向会员国的相关部门报告传播信息。归口机制理顺了资料信息传递通道,保障了会员国及时、高效地履行义务,也为监督会员国履约提供了便捷。实践中,一些会员国担心通报信息后,若被确定为国际关注的突发公共卫生事件,其他国家会对其采取过激防控措施。《条例(2005)》第三编为会员国采取防范措施提供了指引,消除了会员国在通报信息后可能遭遇其他会员国无节制限制措施的顾虑,为信息通报提供了保障。而且《条例(2005)》也规定了世界卫生组织对会员国的义务,如有义务与会员国协商,发布指南以支持会员国发展公共卫生应对能力等。在缔约国的要求下,世界卫生组织应该通过技术指导、援助以及通过评估所采取措施的有效性,包括调动专家组开展援助进行合作以应对公共卫生风险。

《条例(2005)》内在逻辑上依然认可国家主权至上原则,但也认识到传染病对国家安全具有直接威胁,而重大传染病造成发展中国家或区域局势不安定也会影响发达国家的外交、政治和经济等国家利益。因此,从遏制传染病扩散发展到全球预防与控制机制构建,从国家间协调到注重各国能力建设,从国家在世界卫生组织下仅有义务到两者互担义务,全球治理机制下的《条例(2005)》意在全面强化会员国的义务,实现国家主权利益与国际卫生安全的平衡。^[21] 同时,条例之下个体利益与集体安全的内在张力也凸显了全球传染病监测和应对机制的复杂性与易变性。

三 《国际卫生条例(2005)》履约的现实困境

相对于其他已经成为全球治理主题的问题而言,同样与世界政治经济发展相关的传染病防控问题却并未被完全纳入全球治理,其现实原因与问题值得细究。

(一) 《条例(2005)》治理机制与治理环境不吻合

首先,国家中心主义之上构建的“安全化”框架并不牢靠。为克服国家主权至上带来的治理障碍,《条例(2005)》秉承集体安全逻辑,采取“安全化”框架以规避政治分歧。^[22]

[20] 参见边永民:《国际法视域下的新冠肺炎疫情应对》,《法学杂志》2020 年第 4 期,第 15 页。

[21] 参见汤蓓:《PHEIC 机制与世界卫生组织的角色演进》,《世界经济与政治》2020 年第 3 期,第 47 页。

[22] See Fidler David, From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations, *Chinese Journal of International Law*, Vol. 4, 2005, pp. 325 - 392.

但《条例(2005)》下的体系并未完全摒弃国家中心主义,也未能回避当前以同意作为守约基础的原则,其事实上是构建了一个“会员国+”的安全网,有助于处理某个会员国无法或不愿应对疫情的情形。这种内容扩充无法根本撼动民族国家在国家主权与国家安全利益上的固守,恰恰体现了“安全化”框架对会员国信息通报与措施配合的倚重。为取得个体与集体之间的平衡,《条例(2005)》仍将传染病视为会员国的“外源性威胁”,并从直接性(如生物武器)和间接性(重大传染病引发国家或局势不安进而影响本国政治、经济和外交等国家利益)两个层面阐述其对国家安全层面的威胁,从而“劝服”国家加入“安全网”。故就安全而言,《条例(2005)》和与之紧密相关的全球卫生安全框架仍然以国家为中心,这种体系合作在本质上仍属于单元层次合作,依然需要仰仗会员国的支持与配合,因此“政治化”是国际公共卫生合作的底色。

其次,《条例(2005)》侧重发达国家的烙印明显。从客体角度而言,《条例(2005)》在“瘟疫、霍乱和黄热病”之外增加了国际关注的突发公共卫生事件,但要求必须是根据规定所确定的不同寻常的事件:存在国际传播构成对其他国家的公共卫生风险,并且可能需要采取协调一致的国际应对措施。^[23] 这种标准明显排除了纯粹属于一国国内的公共卫生事件,但在全球经济社会高度一体化的当下,某一个国家国内公共卫生事件具有很强的传播性和危害性,这表明在应对更广泛的卫生安全威胁方面所取得的进展仍然非常有限。不容否认,西方发达国家仍是《条例(2005)》的主要保护对象,致使“安全化”框架在控制疾病国际扩散上的效力日益弱化。毕竟,扩大响应范围但不改变传染病类型,扩充机制内容但不触及实质性根基,使得一些会员国在面对“安全化”框架下采取非常规应对政策时多有消极、迟疑,甚至一定程度上的违反。

最后,各个会员国实际卫生需求存在差异。要求会员国建设国内监控体系有利于提升《条例(2005)》的防控水平,但对发展中国家而言,不仅意味着昂贵的经济投入,而且可能与其国内卫生的优先事项相背离。^[24] 2019年非洲非传染性疾病给国家造成极大损失,^[25]而这些显然不属于《条例(2005)》监控体系的建设范围。同时,国际权力分配体系从根本上影响全球卫生安全框架,因此围绕全球卫生安全成本和收益的分配有诸多争议。^[26] 新冠肺炎疫情下,美方一些政客利用病毒源头问题抹黑中国抗疫努力,并声称要向中国“追责”,^[27]这再次印证了在国家主导的全球卫生治理体系中,《条例(2005)》构建的安全框架难以有效实践和实施。

(二) 国际关注的突发公共卫生事件机制缺乏规范性和透明度影响其权威性

《条例(2005)》汲取了之前的经验,在监测、通报、核实和应对等方面为会员国增设了激励措施,鼓励会员国尽早与世界卫生组织和其他国家合作,避免疫情不断恶化。如若不

[23] See Harley Feldbaum & Kelley Lee, Public Health and Security, in A. Ingram (ed.), *Health, Foreign Policy and Security: Towards a Conceptual Framework for Research and Policy*, London: Nuffield Trust, 2004, pp. 19–28.

[24] 参见徐彤武:《埃博拉战争:危机、挑战与启示》,《国际政治研究》2015年第2期,第45–47页。

[25] 《世界卫生组织:非洲每年因疾病损失2.4万亿美元》,中国驻尼日利亚大使馆经济商务处官网, <http://nigeria.mofcom.gov.cn/article/jmxw/201904/20190402849701.shtml>,最近访问时间[2020-05-16]。

[26] See Adam Kamradt-Scott & Kelley Lee, The 2011 Pandemic Influenza Preparedness Framework: Global Health Secured or a Missed Opportunity?, *Political Studies*, Vol. 59, 2011, pp. 831–847.

[27] 《新冠疫情“中国责任论”纯属子虚乌有》,《北京青年报》2020年4月24日第A02版。

然,世界卫生组织将会行使《条例(2005)》的权限,包括宣布出现国际关注的突发公共卫生事件以减轻传染病在国际上的肆虐。由于《条例(2005)》融合了科学证据、公共卫生原则和国家政治利益,世界卫生组织总干事据此宣布出现国际关注的突发公共卫生事件具有合法性。《条例(2005)》第 1 条规定了国际关注的突发公共卫生事件的四要素:严重影响公共卫生安全;不同寻常或意外;具有国际传播的重大风险;可能需要采取协调一致的国际应对措施。但是《条例(2005)》并没有任何条款强制要求总干事在满足某些条件后必须宣布出现国际关注的突发公共卫生事件,这意味世界卫生组织总干事对是否宣布出现国际关注的突发公共卫生事件具有酌处权。

除了本次新冠肺炎疫情,世界卫生组织之前共宣布了五次国际关注的突发公共卫生事件,包括 2009 年甲型 H1N1 流感、2014 年 5 月小儿麻痹症、2014 年 8 月西非埃博拉、2016 年寨卡病毒和 2019 年 7 月刚果民主共和国埃博拉。^[28] 甲型 H1N1 流感当时最具争议的是获取疫苗并非《条例(2005)》中规定的“国际关注的突发公共卫生事件”应当解决的内容;小儿麻痹症则是总干事是否有必要宣布出现国际关注的突发公共卫生事件;西非埃博拉中总干事迟迟未宣布出现国际关注的突发公共卫生事件遭遇批评;受此影响,世界卫生组织总干事在宣布寨卡病毒为国际关注的突发公共卫生事件时非常小心;对于 2018 年 6 月刚果民主共和国爆发的埃博拉疫情,^[29] 世界卫生组织总干事根据突发事件委员会的建议,分别在 2018 年 10 月、2019 年 4 月和 2019 年 6 月拒绝将此疫情宣布为国际关注的突发公共卫生事件。^[30] 世界卫生组织总干事和突发事件委员会认为:(1)埃博拉疫情不符合《条例(2005)》对国际关注的突发公共卫生事件的定义中的所有标准,认为其并不满足“国际传播”标准;(2)宣布国际关注的突发公共卫生事件不会给疫情应对带来更多好处;(3)宣布出现国际关注的突发公共卫生事件会触发不必要的贸易和旅行措施,从而损害疫情防控。这种一再无视《条例(2005)》条款的具体规定,随意曲解国际关注的突发公共卫生事件标准以及对宣布国际关注的突发公共卫生事件成本和收益的悲观预测极其严重地损害了《条例(2005)》的合法性和权威性。当然,突发事件委员会和总干事对不宣布出现国际关注的突发公共卫生事件的解释以及认为宣布出现国际关注的突发公共卫生事件既无用又有害的观点引发了巨大争议,一些专家认为该疫情在 2019 年 4 月就已经符合国际关注的突发公共卫生事件要件,并且认为宣布出现国际关注的突发公共卫生事件有助于防控工作,^[31] 因为后续发布的临时建议能够为国际抗疫提供指引和协调。虽然该疫情最终被宣布为国际关注的突发公共卫生事件,但委员会滥用职权和越权行为是《国际卫生条例》权威性在这一事件中遭受广泛质疑的根本原因。

此外,突发事件委员会不披露讨论过程,仅发布最终结果的做法使得确定国际关注的

[28] 参见晋继勇:《新冠肺炎疫情防控与全球卫生治理——以世界卫生组织改革为主线》,《外交评论(外交学院学报)》2020 年第 3 期,第 26 页。

[29] 参见王蕾蕾:《刚果民主共和国暴发埃博拉疫情》,《中国感染与化疗杂志》2019 年第 2 期,第 223 页。

[30] See Ebola J. Zarocostas, Outbreak Declared a PHEIC, World Waits for Next Steps, *The Lancet*, Vol. 394, 2019, pp. 287 - 288.

[31] See David Fidler, To Declare or Not to Declare: The Controversy Over Declaring a Public Health Emergency of International Concern for the Ebola Outbreak in the Democratic Republic of the Congo, *Asian Journal of WTO & International Health Law and Policy*, Vol. 14, 2019, No. 2, pp. 297 - 298.

突发公共卫生事件所要考虑的因素以及《条例(2005)》的具体解释都变得飘忽不定,缺乏透明度的“黑匣子”决策削弱了会员国的积极性和世界卫生组织的权威性。

(三) 国际范围内民粹主义的兴起削弱了合作抗疫

“安全化”框架的假设前提是会员国与国际社会在面对共同威胁时选择策略一致,《条例(2005)》第44条规定的“合作与援助”,为会员国履行义务提供保障。但在面临突发性传染病引发的恐慌,会员国可能会选择采取武断或不必要的措施阻断国际合作。在新冠肺炎疫情全球传播的背景下,会员国陆续采取了不同程度的措施限制跨国货物和人员流动,不仅可能对疫情发生国的经济造成沉重打击,还将影响医疗和民生物资进出口,从而使本就低迷的全球经济雪上加霜。

为管控传染病,《条例(2005)》针对人员、行李、货物、集装箱、交通工具、物品和邮包等提出了建议,如第18条第1款允许会员国对国际旅行进行限制,此举对防控新冠肺炎疫情具有科学合理性,获得各国的采纳和世界卫生组织的支持,却忽视了第30条、第31条和第32条对旅行者保护的特别条款。第24条和第34条要求会员国确保交通工具经营者和集装箱托运人保持其交通工具和集装箱“无感染源或者污染者,包括无媒介和宿主”。很多会员国的海关为防控疫情,要求进港船员隔离观察14天,甚至限制或拒绝船员入境,却忽视了第33条和第34条对转口货物、集装箱的通关特别规定。同时,第43条赋予会员国采取贸易限制作为额外的卫生和检疫措施,但需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,包括符合其本国有关法律和国际法义务以及科学原则。遗憾的是,在新冠肺炎疫情被宣布为国际关注的突发公共卫生事件一周之后,超过三分之二的会员国没有正式向世界卫生组织通报其限制措施及依据。^[32]

由此可见,国际范围内民粹主义的兴起导致会员国在现实中多选择《条例(2005)》的特定条款维护本国利益,从而逃避国际义务。实际上,之前两次埃博拉疫情的爆发都与“人员、物资”在国际流动受阻有关。因此,《条例(2005)》并没有使各国团结起来,拧成一股绳来共同应对新冠肺炎疫情,各国反而转向了孤立主义、地缘政治竞争、歧视性攻击和政治博弈等。在当前国际合作抗疫的背景下,这种短视行为不仅表现为对世界卫生组织建议的忽视,还包括威胁停缴或暂停资助世界卫生组织,导致全球出现人道主义危机、经济动荡和健康危机。《条例(2005)》第5条“监测”赋予了世界卫生组织可以要求会员国境内卫生健康水平,会员国有义务汇报公共卫生风险事件。但即使延长了法定期限,各国均没有达到《条例(2005)》所要求的能力的建设水平。^[33]同时,由于缺乏独立核查和各国评估指标差异导致其本质上具有自利性和不可靠,即使此种情况下履约水平最高的欧盟,各项能力指标也仅为75%。^[34]在非政府组织缺席的情况下,仅有世界卫生组织与会

[32] See Roojin Habibi, Gian Luca Burci, Thana C. de Campos, et al., Do not violate the International Health Regulations during the COVID-19 outbreak, *The Lancet*, Vol. 395, 2020, pp. 664 - 666.

[33] Lawrence O. Gostin, Mary C. DeBartolo, Eric A. Friedman, The International Health Regulations 10 years on: the governing framework for global health security, *The Lancet*, Vol. 386, 2015, pp. 2222 - 2223.

[34] 有效实施《条例(2005)》,要求所有会员国具有或发展最低限度的公共卫生能力。详见 WHO 官网, <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-emergencies/GHO/health-emergencies>, 最近访问时间 [2020 - 05 - 15]。

员国官方沟通的评估难以做到真正的客观公正。会员国达到核心能力是备战国际传染病的前提,无论是受限于资金、资源还是意愿不足,世界卫生组织会员国预警和防控能力建设未达标严重损害了“安全化”框架的成效。

四 《国际卫生条例(2005)》遵守的改革出路

作为国际社会应对公共卫生安全的法律文件,《条例(2005)》创设的“安全化”框架机制在埃博拉和新冠肺炎疫情面前遭遇到了质疑、批评和诟病。当前,国际社会应积极解决《条例(2005)》在设计理念和实施机制方面存在的问题,修复和提升其作为全球公共卫生治理法律框架的完整性和有效性。

(一)以“风险”框架代替“安全化”框架

现代科学领域中,“风险”主要用来描述某个事件发生的概率与其产生后果的组合,涵盖事件发生概率与结果双重内容。从全球健康角度,“健康风险”主要指因各种因素导致全球出现致人疾病、伤残以及死亡等健康损失的可能性及后果。当然,使用“风险”,并非从统计角度描述全球健康问题,而是以特定的方式将其建构为一个政策问题,进行提示或启动特定的响应机制。世界卫生组织在 2009 年发布的《全球健康风险》报告,联合国 2015 年批准的《2015 - 2030 年仙台减少灾害风险框架》^[35] 都明确将传染病确定为全球健康风险。^[36] 由于全球化导致传染病可能在全球范围内爆发,具有灾难性但却无法预测或不可避免,因此对于这种潜在的灾难性风险,应采取促进健康的风险管理思路进行大流行规划,强调在风险发展为突发卫生事件之前就采取防控措施。

内涵而言,全球健康“风险”框架不仅结合了协调各国采取行动的道德要求和中立、包容的基调,而且修正了“安全化”框架在政治上“过度回避”,承认某些利益和价值之间的取舍。基于功能主义和自由主义成立的世界卫生组织构建了《条例(2005)》的“安全化”框架,以回避政治干扰和提升防疫成效。但是,国际制度就是行为者之间的“游戏规则”,世界卫生组织作为联合国政府间性质的专门机构很难避免政治化,同时全球化不断深入使得政治化不可或缺。^[37] 表面上,“安全化”框架在中立性、紧迫性和包容性表象下掩盖了全球健康治理的政治意义以促进集体行动,然而从长远来看,它也可能破坏合法性,从而损害全球卫生治理的有效性和权威性。为了有效与合法地进行全球卫生治理,需要在全局决策中体现国家或地区利益。同时,世界卫生组织与安理会以及《禁止细菌(生物)及毒素武器的发展、生产及储存以及销毁这类武器的公约》等不断加强在安全领域的合作,《条例(2005)》要求会员国通报疫情、建设国内卫生监控体系,这些政治化的倾向表明全球卫生不是政策孤岛,作为民族国家的会员国必将自己的利益、观念和价值观带入了

[35] See UN Office for Disaster Risk Reduction (UNISDR), Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015 - 2030, in United Nations, UN International Strategy for Disaster Reduction, 2015, pp. 14 - 18.

[36] Peter Sands, Carmen Mundaca-Shah, Victor J. Dzau, The Neglected Dimension of Global Security: a Framework to Counter Infectious Disease Crises, *The New England Journal of Medicine*, Vol. 374, 2016, pp. 1282 - 1283.

[37] 参见苏长和著:《全球公共问题与国际合作:一种制度的分析》,上海人民出版社 2000 年版,第 86 页。

有关全球卫生问题,^[38]此举不但不会妨碍世界卫生组织的工作效率,还会提升各国对世界卫生组织在全球卫生治理工作的支持。这就需要建立科学中立的“风险”框架以限制不同观念、利益和价值之间的博弈、竞争和妥协,为世界卫生组织提供所需的政治支持,避免会员国之间因政治争议而内耗世界卫生组织的资源。

一般而言,“框架”的价值和作用就是让发起者说服其他角色,以及让行动者的行动合法化。全球健康问题可以被转化为对某些事物或某些人的风险,因此风险可以被框定为与拥有影响力的特定群体利益产生共鸣以发起行动或使其合法化。依据传染病风险及威胁等级,全球健康主要分为三个风险框架机制。首先是最直接和最长期的生物学框架,集中在暴露于病原体 and 毒素对人体功能的风险,^[39]基于此框架为防控决策提供科学依据。其次,权利框架不仅涵盖《条例(2005)》第3条和第32条关于尊重人的尊严、人权和基本自由的,^[40]以及《世界人权宣言》中的健康标准,^[41]而且还包括不应对易感染人群和感染者歧视,避免引发法律和伦理风险。最后,经济框架,主要包括健康问题,可能对全球经济增长或国际经贸交往构成风险,^[42]如人员流动、物资生产、旅行与贸易限制等引发经济活动深度收缩的风险,其主要依据效率、可选项和竞争力等进行经济资源的合作部署。当然,这种划分并非旨在详尽无遗,而是尝试以不同方式将全球健康纳入不同类型的“风险”框架,从而提升国际社会防疫机制的针对性和有效性。同时,新冠疫情的全球肆虐也凸显了构建发展框架的必要性,其强调发达国家应关注和支持发展中国家的医疗条件改善和进步。此外,此类框架机制的引入不仅能够唤醒国际社会对传染病防控的注意力和科学认知,而且与各个框架相关的国际条约和国际习惯也可以纳入适用,进而有效防控全球大流行。

(二) 提升宣布国际关注的突发公共卫生事件的规范性和透明度

依据《条例(2005)》第1条关于国际关注的突发公共卫生事件的定义,“国际关注的突发公共卫生事件”系指按本条例规定所确定的不同寻常的事件:(1)通过疾病的国际传播构成对其它国家的公共卫生危害;以及(2)可能需要采取协调一致的国际应对措施。世界卫生组织突发事件委员会之所以前三次会议没有将埃博拉疫情宣布为国际关注的突发公共卫生事件主要是对“国际传播”含义产生分歧,如果在刚果民主共和国境外所有已知病例都是在刚果民主共和国感染但随后出国旅行的个人,则可以认为这并不构成国际传播,因为大多数被宣布为国际关注的突发公共卫生事件的传染病都是已经跨越国界,并在其他国家内进行了人与人之间的传播,此时才具有“对其他国家的公共卫生风险”。《条例(2005)》第9条明确提到了根据“既定的流行病学原理”评估,而是否存在国际传播

[38] 参见陶南颖:《论国际法治研究的西方中心主义视角与中国视角》,《法制与社会发展》2020年第3期,第189页。

[39] See Colin McInnes, Adam Kamradt-Scott, Kelley Lee, et al., Framing Global Health: The Governance Challenge, *Global Public Health*, Vol. 7, Suppl 2, 2012, S83 - S94.

[40] 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111页。

[41] See David Reubi, Making a Human Right to Tobacco Control: Expert and Advocacy Networks, Framing and the Right to Health, *Global Public Health*, Vol. 7, Suppl 2, 2012, S176 - S190.

[42] See Anne Mills, Leopard or Chameleon? The Changing Character of International Health Economics, *Tropical Medicine & International Health*, Vol. 2, 1997, pp. 963 - 977.

风险则是评估的要素之一,然而依据埃博拉疫情在全球蔓延的实际,定位成国际关注的突发公共卫生事件虽然具有国际性,但这并不意味着某种疾病一定已经跨越了国际边界,或者在其起源国以外的国家传播。只要其具有跨界传播的潜力,或必须存在跨界传播的风险,即使当前并未出现跨界传播,那也应该被宣布为国际关注的突发公共卫生事件,因此决定因素是存在国际传播的风险。当然,宣布国际关注的突发公共卫生事件的相应标准可能会因个案而异,因此所有标准和因素也不能全部穷尽,但可从程序上进行完善。梳理和明确考虑要素和条件有利于增进会员国对国际关注的突发公共卫生事件的信任和遵守,从而提升世界卫生组织和《条例(2005)》规范性权威。

同时,透明度被认为是善治良政的核心,既能捍卫流程及其最终决策的合法有效性,还可以在实施和执行过程中获得所有可能受到关注或影响国家的理解和支持。^[43] 为提升突发事件委员会决议的透明性和公正性,进而确保国际关注的突发公共卫生事件有效性,应强化决策程序的公共意志形成功能。^[44] 委员会会议可采用网络直播,应公开正式的文字讨论记录,并实时更新且方便公众查阅,从而提升委员会及其工作透明度与合法性。对于一些敏感信息或涉及委员会酌处权的事项,则可暂停直播并删除相关记录以确保各方就健康问题进行坦率和公开的讨论,同时确保整个决策过程保持透明和合法。因此,世界卫生组织要保证委员会成员基于独立的科学证据进而判断,要避免利益冲突和政治影响。这就需要委员会公布其成员名单,并披露其证据和决策依据来获得各方的信任和支持,进而提升国际关注的突发公共卫生事件机制的规范性和权威性。

(三) 以人类命运共同体理念推进合作抗疫

新冠肺炎疫情对健康、安全、人权和法治造成了前所未有的冲击,各个会员国“断章取义”利用和曲解《条例(2005)》相关条款,导致国际社会根本无法通过集体行动有效应对新冠肺炎疫情。当前应秉承人类命运共同体理念,构建责任共同体,^[45]既对本国人民生命安全和身体健康负责,也对全球公共卫生事业尽责。

从目标和宗旨角度全面准确运用《条例(2005)》对人员、行李、货物、集装箱、交通工具、物品和邮包等规定,在适度风险原则下实现对国际交通限制与对人员创伤或侵扰的平衡。对于成员国采取的额外卫生措施,^[46]应明确第 43 条第 1 款规定中的“根据本国有有关法律和国际法义务采取卫生措施”既包括会员国本国国内的法律法规,还包括其所签署国际条约,如世界贸易组织(WTO)协定、区域贸易协定或双边贸易协定,以及习惯国际法中的义务。同时,会员国要坚持科学原则,采用现有的关于人类健康危险的科学证据,包括世界贸易组织的建议和相关信息。具体而言,各国采取限制货物贸易措施应符合世界贸易组织中《关税及贸易总协定》(*General Agreement on Tariffs and Trade, GATT*)及《实施动植物卫生检疫措施的协议》(*Sanitary and Phytosanitary Measures, SPS*)。^[47]

[43] 参见余劲松:《公开透明制度建设与国家治理现代化》,《法制与社会发展》2014 年第 5 期,第 54 页。

[44] 参见王万华:《法治政府建设的程序主义进路》,《法学研究》2013 年第 4 期,第 103 页。

[45] 参见廖凡:《全球治理背景下人类命运共同体的阐释与构建》,《中国法学》2018 年第 5 期,第 54 页。

[46] 参见韩永红、梁佩豪:《突发公共卫生事件中过度限制性措施的国际法规制》,《国际经贸探索》2020 年第 7 期,第 86 页。

[47] 参见那力、刘若昕:《传染病控制与国际法》,《法学论坛》2004 年第 2 期,第 7 页。

其中,《关税及贸易总协定》第 20 条要求采取限制措施必须证明进口货物对人类或动植物健康造成危害,同时该措施也是保护人类和动植物健康所“必需的”措施,^[48]也就是对贸易限制程度最低的措施。《实施动植物卫生检疫措施的协议》协议第 2 条规定“各成员应保证任何卫生与植物卫生措施仅在为保护人类、动物或植物的生命或健康所必需的限度内实施,并根据科学原理,如无充分的科学证据则不再维持”,即使相关科学证据不充分的情况下,成员国可根据可获得的有关信息临时采用卫生与植物卫生措施。“在此种情况下,各成员应寻求获得更加客观地进行风险评估所必需的额外信息,并在合理期限内据此审议卫生与植物卫生措施。”同时,《实施动植物卫生检疫措施的协议》非常重视与其他国际检验或检疫措施标准之间的协调,如第 3 条第 2 款规定符合国际标准、指南或建议措施被视为符合《实施动植物卫生检疫措施的协议》协议和《关税及贸易总协定》(1994)的有关规定,主要包括国际食品法典委员会(Codex Alimentarius Commission, CAC)、世界动物卫生组织(英语:World Organization for Animal Health;法语:Office international des épizooties, OIE,也称“国际兽疫局”)、国际植物保护公约(International Plant Protection Convention, IPPC)等其他经《实施动植物卫生检疫措施的协议》委员会承认的准则和标准。依据 56 条第 4 款,《条例(2005)》并不限制会员国寻求其他争端解决机制,因此可将《条例(2005)》纳入《实施动植物卫生检疫措施的协议》承认的国际标准。一旦世界卫生组织系统检测到或收到某国传染病疫情的通报,接下来其他国家可依据《实施动植物卫生检疫措施的协议》启动贸易禁令等防范跨境传播的措施,由此引发的相关争议亦可借助 WTO 争端解决机制解决。

最后,在全球贸易和旅游深度发展的时代,《条例(2005)》不仅要关注会员国之间的协调合作,还应从源头上提升会员国内部公共卫生体系建设水平。在会员国自我评估的同时,世界卫生组织还应建立一套独立的评价系统,构建反馈机制持续提高会员国的核心能力建设,增进会员国之间的信任。外部评估指标应直接纳入《条例(2005)》附件 1,进一步细化可衡量的指标和标准。为解决会员国基于主权对外部评估的拒绝,评估小组可以由国内外专家组成,各国政府和民间社会应充分参与。此外,将独立评估与外部资金联系起来以促进合作,并能够调动资源来提升会员国的预警机制和应对能力。

五 结 语

传染病在早期被视为“外源性威胁”,具有较强的国内治理属性,以及国家主权至上原则使得国际公共卫生治理机制允许会员国将传染病隔离于国境之外,但不能干预会员国内部的公共卫生政策。基于功能主义制定的《条例(2005)》是全球公共卫生合作的唯一法律框架,依托“安全化”框架将传染病防治避开政治程序,强化会员国义务和扩展合作内容以实现抗疫行动的一致性和有效性。但在全球深度融合时代,新发的传染病能够快速穿透国家边界,威胁世界的集体安全。因此,国际公共卫生危机的负外部性导致基于功能主义的《条例(2005)》所确立的被动防御机制几乎完全失效。

[48] 参见左海聪:《GATT 环境保护例外条款判例法的发展》,《法学》2008 年第 3 期,第 127 页。

《条例(2005)》应在理念上确立“风险”框架,为不同观念、利益和价值之间的博弈、竞争和妥协提供平台和支持,让拥有影响力的特定群体利益产生共鸣以发起行动或使其合法化。明确和规范《条例(2005)》“国际关注的突发公共卫生事件”机制的要素和条件,提升其透明度,增强国际公共卫生治理的合规性和权威性。最后,秉持构建人类命运共同体理念,加强《条例(2005)》与国际贸易条约的协调。

当前,新冠肺炎疫情在全球肆虐使得当今人类面对的全球公共卫生治理问题、治理主体、治理机制及其相互关系都发生了变化,如传染病不仅是“外源性”威胁,国家内部治理与国际卫生治理的“界限”已被打破等。这表明固有治理观念和旧有治理范式必须被摒弃,积极构建全球公共卫生治理的新范式。因此,无论《条例(2005)》的改革究竟如何呈现,改革国际卫生法律体系、强化国际合作以应对未来大流行却是迫在眉睫。

[本文为作者参与的 2020 年度首都经济贸易大学北京市属高校基本科研业务费专项资金项目的研究成果。]

[**Abstract**] The globalization of infectious diseases and international cooperation in their prevention and treatment have highlighted the necessity of global public health governance and the importance of an effective International Health Regulations (IHR) mechanism. The World Health Organization, established on the basis of functionalist theory, has always regarded itself as a specialized organization. IHR employ the logical concept of “security” to promote international public health cooperation from the collective perspective of common security. However, the inherent tension between national sovereignty and international health interests and the lack of standardization and transparency of PHEIC have led to many practical difficulties in and posed many challenges to the compliance with the IHR, resulting in structural failure of the mechanism. Based on the analysis of the complex system and internal tension of the global infectious disease surveillance and control mechanism, this paper proposes to establish a “risk-based” framework to ease the internal tensions and contradictions in system construction, clarify the elements and requirements of PHEIC and enhance its transparency, and guarantee the normative and authoritative nature of IHR. Moreover, this article argues that the international community should, based on the concept of a community with shared future for mankind, integrate IHR with treaties under WTO regime, strengthen the coordination of trade measures, and continuously enhance the system and capacity for the global response to public health emergencies.

(责任编辑:贾元)