

新冠肺炎疫情对全球公共卫生治理体系的冲击与变革

王可欣

山东大学马克思主义学院(威海), 山东 威海
Email: wkx45195@163.com

收稿日期: 2020年11月22日; 录用日期: 2021年1月14日; 发布日期: 2021年1月21日

摘要

新冠肺炎以其长潜伏期、高传染率、长治疗周期和轻症自愈等特征,冲击了现有的全球公共卫生治理体系。全球医疗资源的绝对不足与抗疫隔离和经济停摆之间的张力,使国际援助让位于各国自助,国际合作让位于相互指责,甚至逆全球化的声音不绝于耳。其实,全球化过程中出现的公共卫生问题并不能通过逆全球化的方式来加以解决,如何变革现有的全球公共卫生治理体系,继续提升它的治理能力才是破解之道。首先,需要提升信任在治理中的地位,反思新自由主义,建立各国之间的信任。其次,需要将信任在治理制度层面具体落地,通过统一标准,建立监督和评估体系,增进信任。只有各国相互信任,才能认同人类卫生健康共同体并担负起守望相助的责任。

关键词

新冠肺炎, 全球治理, 信任, 人类命运共同体

The Impact and Transformation of COVID-19 on Global Public Health Governance System

Kexin Wang

School of Marxism, Shandong University (Weihai), Weihai Shandong
Email: wkx45195@163.com

Received: Nov. 22nd, 2020; accepted: Jan. 14th, 2021; published: Jan. 21st, 2021

Abstract

COVID-19 has hit existing global public health governance systems with its long incubation period, high infection rate, long treatment cycle and self-healing of mild cases. The absolute shortage of

global medical resources and the tension between isolation and economic shutdown have made international assistance give way to national self-help, international cooperation give way to mutual recrimination and even anti-globalization voices are constantly heard. In fact, the public health problems in the process of globalization cannot be solved by means of anti-globalization. How to reform the existing global public health governance system and continue to improve its governance capacity is the solution. First, we need to improve the status of trust in governance, reflect on neoliberalism, and build trust among countries, especially political trust. Second, trust needs to be concretely implemented at the level of governance system, and a monitoring and evaluation system should be established through unified standards to enhance trust. Only when countries trust each other can they recognize the community with a shared future for mankind and shoulder the responsibility of mutual assistance.

Keywords

COVID-19, Global Governance, Trust, Community with a Shared Future for Mankind

Copyright © 2021 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

随着全球化浪潮的不断推进，疾病特别是传染病的影响开始超越国界成为全球性公共卫生问题，建立和完善全球公共卫生治理体系的必要性凸显。当前的全球公共卫生治理体系已经有一百五十多年的发展历史，形成了以世界卫生组织为平台、以《国际卫生条例》为准则的多种国际行为体广泛参与的机制。然而，在新冠肺炎这种新型疫情的冲击下，已有的全球公共卫生治理体系暴露出诸多不足，似乎无法再为全球化保驾护航，甚至迫使全球化按下暂停键。诚然，全球化过程中出现的公共卫生问题并不能通过逆全球化的方式来加以解决，如何根据新型疫情的新特点改革现有全球公共卫生治理体系，继续提升它的治理能力才是破解之道。正如习近平总书记所言：“国际社会必须树立人类命运共同体意识，守望相助，携手应对风险挑战，共建美好地球家园” [1]。

2. 全球公共卫生治理体系的现实图景

全球化的不断推进是全球公共卫生治理体系不断完善的根本动力。最初的全球化即是欧洲化，1851年以欧洲国家为中心在巴黎召开第一届国际卫生会议，尝试防治在欧洲流行的传染病。随后，美国逐渐加入了全球化的主导行列，1881年第五届国际卫生会议在华盛顿召开，1892年通过了《国际卫生公约》，这是全球公共卫生治理体系的雏形。为了执行《国际卫生公约》，1907年国际公共卫生办公室在巴黎成立。一战后，中断的全球公共卫生治理体系被重拾并升级，一方面1921年国际联盟在日内瓦设立国际联盟卫生组织，另一方面1926年第十三届国际卫生大会在巴黎召开，设立国际公共卫生办公室，造成了二元并立的局面。

二战后，美国成为全球化的主导力量，1948年世界卫生组织成立并召开第一届世界卫生大会，1951年通过《国际公共卫生条例》，开启了战后全球公共卫生治理新时代。21世纪，全球化向纵深发展，非典的爆发使世界卫生组织开始关注呼吸道传染病，2005年通过《国际卫生条例》，力图“在避免对国际交通和贸易造成不必要干扰的情况下，预防、抵御和控制疾病的国际传播” [2]。目前，世界卫生组织已经将治理理念从“联合国新千年目标”转到“联合国可持续发展目标”上来，从医疗和发展两个方面来

改善全球公共卫生状况；在治理实践上，不仅形成一个涵盖预防、预警、应对和恢复各环节的系统，而且形成一个鼓励多元行为体参与的国内外联动模式。

2.1. 医疗与发展并重的治理理念

世界卫生组织在成立之初就将为全人类谋取尽可能高水平的医疗健康服务作为终极目标，随后提出“人人享有卫生保健”的口号，并认识到全球经济的持续均衡发展与此密切相关。至今为止，围绕这一目标，世界卫生组织走过了三个历史阶段。第一阶段是1984~2000年，目标是让全世界所有人享有最低水平的健康医疗服务，工作重心放在最不发达国家的医疗卫生建设上，致力保护和促进生活条件最差的人群的卫生和福利问题，包括创建非洲卫生保健技术同盟、发起公共卫生培训、出版《非洲经济共同体：卫生组织行动框架》等等。第二阶段是2001~2015年，目标是实现“联合国千年发展目标”的卫生保健要求，致力消除与贫困相关或危害贫困人群的主要疾病，工作重点是在妇幼保健、防治艾滋病、肺结核和疟疾，困难最大的国家在撒哈拉以南的非洲国家，面临的巨大挑战是医护人员绝对的短缺和初级医疗保健与重点疾病规划之间的矛盾。第三阶段是2016年至今，目标是在卫生保健层面实现“可持续发展”，不仅继续监测贫穷对健康的危害，而且开始关注气候变化和环境污染等因素对全球公共卫生的影响，生化武器的研究也被纳入其中。纵观这三个阶段，世界卫生组织始终奉行医疗和发展两种手段对解决全球公共卫生问题同等重要的理念，认为全球公共卫生面临的重大问题是不平衡和不可持续。

第一，全球公共卫生水平显著提高，两级分化却日益明显。经过二战后七十多年的努力，全球的预期寿命、产妇死亡的终身风险、产妇死亡率、新生儿死亡率和传染病风险都显著改善。但是，高收入国家和低收入国家之间的健康差距却越来越大。根据《2019年全球卫生统计：为可持续发展目标而监测健康》，高收入国家的预期寿命是80.8岁，低收入国家是62.7岁，相差20.1岁；产妇死亡的终身风险，高收入国家是0.03%，低收入国家是2.44%，相差81倍；产妇死亡率，高收入国家是0.017%，低收入国家是0.495%，相差29倍；新生儿死亡率低收入国家比高收入国家高13倍，传染病对低收入国家的影响远高于高收入国家，在低收入国家，呼吸道感染使预期寿命减少2.09岁，腹泻病减少1.97岁，艾滋病减少1.45岁，结核病减少1.35岁，疟疾减少0.96岁[3]。另外，一方面，1981年全球首例艾滋病发现以来，随着药物研发和治疗方案的改进已经变为一种可以控制的慢性病，但是在非洲特别是撒哈拉沙漠以南的国家，艾滋病的高发病率还没有得到控制；另一方面，高血压、糖尿病、乳腺癌、结肠癌等与快餐、酗酒、熬夜等高收入国家生活方式相关的疾病也开始在低收入国家蔓延；这些都使低收入国家遭遇双重挑战。如果全球经济发展不平衡的局面无法改变，公共卫生水平的两级分化程度也难以逆转。

第二，全球医疗资源总量丰富，欠发达地区却绝对匮乏。根据世界卫生组织的测算，建立起低水平的全民医疗覆盖体系仅需人均60多美元的投入，远低于美国每年的18万亿美元的医疗费用，但是全球至少有一半人口没有得到基本保健服务，美国和挪威每年人均医疗费用超过7000美元，经济合作和发展组织(OECD)国家的人均水平也在3600美元，相反还有31个国家人均不到35美元，甚至4个国家在10美元以下[4]。2015年，高收入国家的普遍医疗覆盖指数是80分，低收入国家只有40分，低收入国家缺乏具有接生技术的保健人员，缺乏儿童疾病预防疫苗，缺乏常备药品，缺乏基础的医疗设施[5]。虽然低收入国家可以通过获得国际援助以满足医疗所需，但是即便获得国际援助最多的国家，援助所占的比例也是低于25%的，而且部分援助只是承诺并未到位，部分援助是以技术支出的方式体现，2008年经济危机后一些援助国家已经降低援助规模，受援国只能依靠国内卫生资源投入的增加[6]。然而，一般来讲，国家越贫穷，医疗卫生支出在政府总支出中所占比例越低，制定预算时医疗卫生的重要性越往后排，私人医疗保险参与的意愿也越低，这进一步恶化了欠发达地区医疗资源的匮乏状况。如果没有建立起有效的国际医疗卫生援助体系，欠发达地区的医疗资源匮乏状况也就难以改变。

第三,传统疾病危险逐渐下降,新型疾病却层出不穷。国际卫生组织成立之初只关注传染病和非传染病,在传染病方面,霍乱、鼠疫、回归热、天花、斑疹伤寒和黄热病一直是监测的主要对象;在非传染病方面,癌症、慢性病、职业病和遗传病的预防和治疗干预一直是评估的重点对象。70年代以后,这种传统的疾病认知版图被不断修正。除了将精神疾病列入关注范围以外,由人类生活方式和自然环境变化引发的新型疾病开始引起广泛重视。发展中国家城市化的推进与相关配套卫生设施的不健全带来城市疾病的蔓延,在中低收入国家只有一半的人口能使用清洁能源,城市细颗粒物的平均浓度是高收入国家的3倍,使用安全引用水的比例只有23%,享受不到安全卫生管理服务[7]。平均每年都会新增1种以上的新型传染病,滥用抗生素和化学药剂、环境污染、核泄漏和气候变化导致的新型非传染病的危害程度也在增加,禽流感、埃博拉、马尔堡热、西尼罗热、裂谷热、非典、耐药性疾病、辐射病、疯牛病都在成为威胁全球公共卫生的新因素。一些已经被消灭的疾病,比如疟疾、天花和肺结核又在一些地区重现,还有被用作生化武器的危险。2001年的炭疽邮件事件、2003年的非典疾病、2006年的科特迪瓦化学废物事件、2008年的禽流感、2013年的中东呼吸症等都使全球公共卫生变得更加脆弱。目前,全球抗击新型疾病的能力严重不足,更不必说低收入国家。

2.2. 系统与多元并行的治理实践

针对全球公共卫生发展的不平衡和不可持续,世界卫生组织秉承医疗和发展并重的理念,既通过对医疗资源的加大投入和国际援助达到医疗保障全球普遍覆盖的目的,又通过推进均衡和可持续发展达到低收入国家的医疗自立和对新兴疾病源头的控制。为此,世界卫生组织逐步建立起一套系统多元的治理机制,系统是指它涉及到国内和国际、预防治疗和恢复等横纵向多个方面,多元是指它将政府、企业、民间团体、媒体和个人等各种行为体都纳入其中。

第一,建立国内外联动的全球医疗保障覆盖提升机制。针对生命健康权的全球保护的不公正,1998年世界卫生组织提出《阿拉木图宣言》,要求从初级卫生保健入手改变国家之间和国家内部的严重卫生不平等现象,为世界各国特别是低收入国家建立可持续的全覆盖的医疗保障系统而努力。首先,提高全球对医疗健康预算优先性的认识,使各国政府加大对医疗卫生的财政投入,增加社会捐助和个人参与商业医疗保险的积极性。世界卫生组织始终将政府投入看作是医疗卫生资金的主体来源,鼓励各国将医疗保障全面覆盖问题与消除贫困和帮助社会弱势群体联系在一起考虑,根据年龄结构和疾病类型制定预算,将医疗卫生投入增加至15%以上。除了财政投入以外,世界卫生组织还鼓励各国寻求多元化的筹资渠道,通过捐赠免税、增加烟酒等危害健康的产品的消费税、推行医疗保险制度等措施,培育富人帮助穷人、健康人帮助不健康人的互助医疗价值观,充足医疗卫生资金。其次,提高全球医疗卫生系统的效率,克服医疗卫生的常见缺陷。阻碍国家、社会团体和个人加大医疗卫生投资意愿的主要原因是现行医疗卫生体系的低效率。医疗系统的低效率使政府加大投入却看不到改善,民众参加保险却享受不到期待的服务,富人的过度医疗和普通人的因病返贫,都会降低进一步筹资的意愿。对此,世界卫生组织不仅探索中低收入国家的医疗筹款模式,而且探索高收入国家的医疗创新模式。最后,促进高收入国家不断提高向低收入国家提供卫生援助的意愿。世界卫生组织认识到高收入国家在本国投入和国际援助之间的选择困境,单纯的慈善并不能保证国际援助资金的增长。因此,世界卫生组织不再将国际医疗援助视为简单的慈善,而是将其看作一个相互联系的责任共同体,使得更多的、可预测的国际援助资金流向需要人群[8]。

第二,建立全球合作的公共卫生安全的监控和反应机制。面对各种新型疾病,特别是新型传染病,任何一个国家都不可能单独有效应对,需要国际范围内政府、企业、学者、国际组织、民间团体的多元参与。对此,世界卫生组织提出了四个方面的行动策略:一是加强全球合作,强调国际组织和各个国家和相关部门的通力合作;二是加强国家的能力,包括加强国家的疾病监测、预防、控制和反应系统,加

强旅行和交通运输方面的公共卫生安全；三是防止国际突发公共卫生事件的发生并对其作出反应，包括加强全球预警和反应系统，加强特殊危害和疾病的全球控制；四是加强法律和监督，包括明确各自的权利、义务和程序，开展研究和监控实施过程[9]。1996年，世界卫生组织提出建立全球疫情警报和反应网络(GOARN)，2000年正式成立，迄今为止已有250多个技术合作伙伴加入，是一个基于软染病的快速识别、诊断和应对技术，对全球疾病爆发作出预警和及时反应的技术合作网络，先后共进行了135次行动，部署了2900多名专家协助90多个国家应对各种健康威胁[10]。它将全球公共卫生事件分为九个阶段，第一阶段是未发现可能感染人的动物病毒，第二阶段是发现可能感染人的动物病毒，第三阶段是已经发现人被感染但没有人传人，第四阶段是出现人传人，第五阶段是疾病已经传播到两个国家以上，第六阶段是两个国家以上出现社区传播，第七阶段是疫情出现拐点，第八阶段是发生二次流行，第九阶段是大流行之后。此外，世界卫生组织还组建了流感网(FIUNET)、全球抗菌素的耐药性检测网(WHONET)和应对化学品事件网络(CHEMINET)等全球伙伴合作网络，将流感病毒流行株的基因信息和流感疫情趋势、各种细菌对抗生素的耐药性和环境健康突发事件等信息进行相互交换，是“为尽可能减少对一个国家的不同人群、不同团体、不同区域以及跨国性的群体健康的紧急公共事件发生的可能性而采取的预见性和反应性行动”[11]。

3. 全球公共卫生治理体系的疫情冲击

当前的全球公共卫生治理体系之所以既能阻止疾病传播又不妨碍全球化进程，是因为它所管控的疾病和疾病问题并不与全球化冲突，相反还需要通过更加开放、包容、普惠和均衡的全球化来加以解决。然而，新冠疫情却是一种暂时与全球化相冲突的疾病，各国不得不采取限制出入境的办法来抗疫，按下了全球化的暂停键。现有的世界卫生组织主导的全球公共卫生治理体系受到巨大冲击，一方面传染病和贫穷之间的固有联系被切断，高收入国家的医疗优势被削弱，另一方面传染病和国家交往之间的联系被强化，合作抗疫让位于孤立抗疫。

3.1. 治理理念的冲击

世界卫生组织虽然也注意到新型疾病的出现和危害，但还是乐观地认为全球医疗卫生水平已经大幅提高且资源丰富，短板在低收入国家，通过医疗援助和均衡发展可以解决问题。然而，新冠肺炎的长潜伏期、高传染率、长治疗周期和轻症自愈等特征，切断了低收入国家与传染病之间的固有联系，发达国家也无法避免成为重灾区。

首先，新冠肺炎的长潜伏期使传统的边境检疫手段形同虚设。传统的传染病具有高度的辨识度，传染期与发病期同步，发病期跨境移动困难，边境检疫通过申报、询问、测量体温等方法即可切断大部分传染病的全球蔓延。然而，新冠肺炎长达两周的潜伏期使现有的边境检疫方式形同虚设，而核酸检验方式的成本、容量和时长又无法满足出入境密集人流的需要。这迫使各国不得不采取限量的措施，提高出入境门槛来阻止境外输入病例。我国采取分流入境点、减少航班、限制外国人入境、全员检测和集中隔离十四天的措施来应对全球疫情的升级。韩国一方面暂停部分签证和免签的效力，另一方面分类管理入境者，将入境者分为有症状者和无症状者两类，无症状者又按照国籍和出发地分为若干小类，分别采取机场检测、隔离检测、集中隔离、居家隔离等不同管理方式。美国在出入境方面采取了前所未有的严厉措施，禁止外国人从中国、伊朗和欧洲26个国家入境，允许美国人入境但要接受14天的健康监测和检疫，支持并动员受新冠影响的海外美国人迅速回国。

其次，新冠肺炎的高传染率使发达国家的中心城市成为震中。传统的传染病都集中在卫生条件不高的低收入国家，发达国家即便有输入病例也很少蔓延，即便是非典和中东呼吸症这些新型的呼吸道传

病也未在发达国家形成社区传播。然而，新冠肺炎在无防护的状态下近距离接触 15 秒即有可能被传染的特征，使发达国家人口密集的中心城市成为疫情传播最快的地区，停工停学和居家隔离成为不得已的方法。武汉市封城 76 天才控制住疫情。德国为了避免聚集传播，取消千人以上的活动，推迟大学的开学时间，暂时关闭幼儿园和学校，避免节日聚会。美国发布总统新冠指南，强调用 30 天来减缓传播速度，要求病人、病人家属、老人和有病史的人待在家里不外出，另外，除了从事医疗保健和药品食品供应的人，其他人尽量在家工作或上学，避免 10 人以上的聚会，避免堂食，不要访问疗养院和养老院，不要旅行。

再次，新冠肺炎的长治疗周期使现有医疗系统不堪重负。目前防治新冠肺炎所需的检测试剂、防护设备和抗病毒药物的储备在任何一个国家都是不充分的，更不要说低收入国家。中国发挥社会主义制度集中力量办大事的优势，组织全国人力物力支持湖北抗疫，国家卫生健康委员会牵头成立疫情联防联控工作机制，统筹协调工作应急管理部通过视频调度会的方式，确保防疫用品安全生产和消防救援应急出动，国家粮食和物资储备局组织调运抗疫物资，各地医疗系统派出医疗援助队驰援湖北。德国总理默克尔多次发表电视讲话，强调对付新冠病毒最有效的补救措施是放慢其传播速度并延长其传播时间，呼吁德国人民团结一致，以减缓冠状病毒的传播，避免卫生系统超载，保护老年人和具有基础疾病的人。具体还出台相关措施，例如，医疗系统集中应对新冠，其他疾病的治疗尽可能推迟，联邦政府通过立法措施，补偿医院因此而产生的损失，奖励医院增加新冠床位，通过多种方式招募更多的医护人员和医疗物资。美国政府成立应对新型冠状病毒白宫工作组，疾病预防与控制中心启动应急行动中心，联邦应急管理局、卫生和公共服务部以及地方机构合作启动“全美响应”，“联邦-州-地方”分区施政，以抗击新冠流行。

最后，新冠肺炎的轻症自愈现象催生放任自流和群体免疫的观点。传统的传染病如不进行医学干预致死率极高，新冠肺炎的感染者却 80%是轻症且大部分轻症可以自愈，这样就使一些国家开始在阻止疫情和恢复经济之间左右摇摆。如果采取严格的社会隔离制度，必然会造成巨大的经济损失，当个人和企业无法承担经济损失时隔离就变得不可持续。对此，各国都出台了经济援助措施。德国为了减轻企业和个人的经济负担，陆续颁布救助中小企业的“KfW 快速信贷 2020”的信贷政策、“简化临时工作程序”的就业政策、“延长津贴时间”的儿童福利政策、“临时保护免责”的租金政策和“援助文化产业和创意媒体”的文化产业政策。美国政府颁布抗疫经济救助法案，不仅向年收入低于 7.5 万美元的成人和所有未成年人分别提供每人 1200 美元和 500 美元的救济金，而且为企业和地方政府提供补贴和贷款。然而，如果长期不能复工复产，国家财政也无法持续救助。因此，一些国家出现放任自流和群体免疫的观点。

3.2. 治理实践的冲击

加强团结和合作是世界卫生组织应对各类公共卫生突发事件的行动指南，新冠疫情却让团结和合作只囿于国内。疫情之初，各国纷纷限制医疗防护用品出口，极端民族主义在政治和舆论场域强势抬头。

首先，各国限制医疗防护用品出口，国际医疗援助式微。国际卫生组织认为高收入国家医疗资源相对丰富甚至存在滥用和浪费的现象，在全球公共卫生治理中应该扮演捐赠和援助的角色。然而，新冠肺炎的大量物资需求使发达国家也不堪重负，没有精力参与国际援助，全球公共卫生治理体系从一个互助模式变为自助模式。虽然世界卫生组织要求各国提高医疗用品的生产量并放松出口限制，但是各国却对生产能力和出口限制同时提高。不仅越南、印度、俄罗斯等中低收入国家对口罩实行出口限制，而且韩国、意大利、德国、美国等高收入国家也加入出口限制行列。美国是呼吸机和 N95 口罩的生产大国，一方面启动《国防生产法》要求有能力的大企业生产卫生防护用品，另一方面却由国家统一控制产品的销售渠道，限制医疗和防护用品出口。不仅本国生产的医疗防护用品被限制出口，第三国产品的运输也受到限制。德国拦截意大利和瑞士等国从第三国进口的防护用品，美国拦截德国从 3M 中国工厂购买的防

护用品。与此相对，中国践行人类命运共同体的理念，截止2020年4月10日已经向全球127个国家和4个国际组织提供医疗物资援助，累计向11个国家派出13批医疗专家组，同150多个国家和国际组织举行70多场专家视频会，地方政府、企业和民间团体也积极向100多个国家和国际组织捐赠医疗物资，与58个国家和地区以及4个国际组织签署医疗物资商业采购合同，公布监管部门认证的医疗物资生产企业名录，为合规物资的清关提供了便利[12]。但是，一些西方政治人物和媒体却指责中国的对外援助是别有用心，是“寻求抗疫领导权”“操纵他国民意”“搞慷慨政治”，破坏全球合作抗疫。一时之间，国际社会重回现实主义的霍布斯状态。

其次，极端民族主义在政治和舆论场域强势抬头，国际信任岌岌可危。人类应对公共卫生事件的实践经历了一个从神学到科学的过程。最初，人类认为瘟疫的来源是未知的神秘力量，以宗教式的方法来应对；后来，认为是空气和水中的毒素，试图通过改善公共卫生条件来解决；现在，认为是细菌或病毒，主要采取新药研发和疫苗实验的方式来加以阻止。本来新冠疫情也是全人类共同面对的一种新型冠状病毒，但是因为西方发达国家的偏见和傲慢，政治因素开始干预全球抗疫。美国总统特朗普多次用“武汉病毒”来称谓新冠病毒，将抗疫不利的责任推给中国。西方媒体对中国疫情相关数据各种质疑，认为中国存在大量的病例瞒报，没有给全球传递出疫情的严重性。疫情中，媒体的作用至关重要，大量传递疫情信息虽会加重大众的焦虑心情，但也可提高大众的全力应对心理，因此，如何平衡有效地传递信息至关重要。面对疫情防治和国家利益相互冲突的复杂目标时，媒体如何去衡量和传播是对其责任心的挑战。然而，许多媒体在新冠疫情中用意识形态压倒病毒科学，要不要戴口罩都成为一个讨论的话题，还有媒体要求中国赔偿疫情损失，华裔甚至亚裔在海外遭遇言论甚至种族歧视。世界卫生组织倡导的全球公共卫生治理体系并不是凭一己之力，现有的全球疫情警报和反应网络、流感网、全球抗菌素的耐药性检测网、应对化学品事件网络等合作机制都离不开各国的参与。极端民族主义的抬头必然损伤国际信任，离开国际信任，全球公共卫生治理也就无从谈起。

4. 全球公共卫生治理体系的变革方向

全球化的纵深发展加速了新型疾病的增长速度和传播速度，人类在高唱征服自然的凯歌中收获环境恶化和滥用药物的恶果，发达的商贸网络和交通网络使一种疾病仅仅需要几小时就传遍全球，实时的电子信息传播又在不断制造真实疫情和媒体疫情之间的张力。新冠肺炎疫情在宣告现有全球公共卫生治理体系的脆弱性后推倒了多米诺骨牌，在健康牌倒下之后，经贸牌、互助牌、信任牌相继倒下。如何在各个层面建立信任，以信任推动互助，以互助推动责任，似乎是全球公共卫生治理体系的未来变革方向。

4.1. 强化信任在治理理念中的重要性

虽然原有的治理理念也有信任的因素，但与疾病治疗和均衡可持续发展相比，仍属于边缘概念。新冠肺炎病毒的特征打破了传统的抗疫观念。即便断航，病毒也会传播到世界各地，只不过会晚几周而已；发展中国家不具备单独应对的能力，发达国家也能力不足，世界范围内的经济社会动荡不可避免；全球抗疫时间周期漫长，长达数月甚至一年以上，仅靠单个国家的应急体系无法支撑；已经抗疫胜利的国家也不能保证不会出现二次流行，在病毒自行消亡或特效药和疫苗研制成功之前，全球抗疫看短板。对此，全球信任的重要性无论如何强调都不为过。

首先，全球需要信任。世界卫生组织通过信息监测网络可以发现新病毒的流行株和基因信息，可以掌握病例的数量和分布情况，可以搜集各种治疗方案和预防策略，可以进行风险评估和风险管理，可以追踪和证实各类疫病谣言，但是不能破除各国对他国收集来的信息的不信任。同样，世界卫生组织通过沟通和协调机制，可以呼吁非疫区提高医疗物资生产能力，可以协调各国放松相关物资的出口限制，可

以组织国际募捐和医疗队跨国援助,但是不能阻止各国对他国援助目的的曲解。因此,只有建立互信,才能共同规避谣言、责任共担、协同抗疫。正如习近平总书记在二十国集团领导人应对新冠肺炎疫情特别峰会上的讲话所言,“当前,国际社会最需要的是坚定信心、齐心协力、团结应对,全面加强国际合作,凝聚起战胜疫情强大合力,携手赢得这场人类同重大传染性疾病的斗争”[13]。

其次,全球需要反思。信任建立在反思的基础之上,现有的新自由主义公共卫生治理模式是全球信任的障碍。新自由主义反对政府以公共卫生危机为借口扩大权力范围,认为社会和企业的力量能够更有效地应对危机。他们认为,政府权力的扩大只会产生臃肿的官僚体制反而降低应对效率,只有遵循市场规律和民间力量才能迅速应对危机并完善预防体系。这种观点来自从经济效率来理解治理的思想,认为治理是多种行为体自由竞争的结果,政府职能越少市场的活力就越大,效率也就越高,在公共卫生领域亦是如此。大卫·哈维(David Harvey)对此进行抨击:“在许多被认为是‘文明’世界的地方,国家和地方政府虽然在此类公共卫生和安全紧急情况下充当前线,但是由于旨在为企业和富人减税和补贴提供资金的紧缩政策而一直缺乏资金。大型制药公司对传染病的非报酬性研究兴趣不大或根本不感兴趣,很少投资预防,很少投资防范公共卫生危机。他们喜欢设计治疗方法。我们病得越重,他们挣的就越多”[14]。

4.2. 细化信任在治理实践中的可行性

全球公共卫生治理是一个国内外联动多元参与的综合系统工程,各国都在立法的基础上,从教育、行政、社会动员等多个方面立体应对,涵盖范围包括预防、干预、应对和恢复多个阶段,世界卫生组织制定了《国际卫生条例》,号召各国加强公共卫生能力建设并通过通力合作来提升全球公共卫生治理效果。信任只有体现在全球公共卫生治理各个层面的制度设计中,才能落地。

首先,通过统一标准,建立监督和评估体系,增进信任。目前许多国家已经制定了公共卫生相关法律法规,建立了应急指挥中心,成为全球公共卫生治理体系的支撑点。2003年非典之后,我国出台先后《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》《突发公共卫生事件应急条例》《国家救灾防病与突发公共卫生事件信息报告管理规范》《中华人民共和国传染病防治法》《医院感染管理办法》《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范(试行)》《国家救灾防病与公共卫生事件信息报告管理规范》《国家突发公共卫生事件应急预案》《国家突发公共事件总体应急预案》《疾病预防控制工作绩效评估标准》《全国医疗机构卫生应急工作规范(试行)》和《全国疾病预防控制中心卫生应急工作规范(试行)》,将突发公共卫生事件分为四个等级,明确了疫情信息公开应包括应急预案、预警信息及应对情况等内容,规定了国家统筹、分类管理、上下联动的应急管理体制。9·11之后的炭疽事件是美国强化公共卫生突发事件应对能力的契机,在《斯塔福德灾难与紧急援助法》的基础上,先后制定或修订《公共卫生安全和生物恐怖主义防范和应对法案》《生物恐怖防疫计划法案》《大流行与全风险防范法案》《大流行与全风险防范再授权法案》《21世纪治愈法案》《大流行与全风险防范与推进创新法案》。根据法律规定,突发灾难情况下国土安全部下设的联邦应急管理局担负救灾管理总责,当灾难属于公共卫生领域时,卫生与公共服务部承担救灾总责,其他相关部门从旁提供协助。卫生与公共服务部下设的疾病控制和预防中心是传染病危机发生时的核心应对机构,根据传染病的危害程度,将其分为“0~6”共七个风险等级,分别触发不同级别的应对措施,措施涵盖预防、应对和恢复各个阶段。针对各国的不同的防疫机制,世界卫生组织可以引导各国在《国际卫生条例》和全球疫情防控机构规则的基础上进行沟通,达成共识,调整或解释法律条款,确保在技术和规范上可以相互对接。为此,世界卫生组织可以向各国提供专门的法律和技术培训。另外,监督和评估体系的建立对于国际信任的增进至关重要。通过监督和评估,各国的疾病控制中心可以同频共振,使病例迅速和公开地在全球传播;各国的边境检疫机构可以相互承认,机场和港口的重复筛检将被避免;各国的医学专家可以远程互助,形成科学防疫的合力。

其次,努力消除各国公共卫生治理模式中的不平等现象,增进各类人群之间的信任。马克思指出:“资本主义生产方式使我们的工人每夜都被圈在里边的这些传染病发源地、极恶劣的洞穴和地窟,并不是在被消灭,而只是在……被迁移!同一个经济必然性在一个地方产生了这些东西,在另一个地方也会再产生它们。当资本主义生产方式还存在的时候,企图单独解决住宅问题或其他任何同工人命运有关的社会问题都是愚蠢的。解决办法在于消灭资本主义生产方式,由工人阶级占有全部生活资料和劳动资料” [15]。在此基础上,列宁在党的纲领中提到“人民保健”的任务,“无产阶级专政已经提供了条件,可以实行一系列在资产阶级社会范围内不能实现的保健和医疗措施,如:使制药业、大的私营医疗机构、疗养地国有化,实行医务人员的劳动义务制,等等”,具体的措施应该坚持有利于劳动者的原则,“保证人人都享受免费的、合格的医疗和药物” [16]。同样,毛泽东提出七年消灭血吸虫病、血丝虫病、鼠疫、脑炎、牛瘟、猪瘟等传染病的,也是因为它们是“危害人民和牲畜最严重的疾病” [17]。对抗“非典”时,胡锦涛也指出“把防治非典工作作为关系人民群众身体健康和生命安全、关系改革发展稳定大局的一件大事,切实抓紧抓好” [18]。当前,习近平亲自指挥抗击“新冠”的战役,反复强调“要把人民群众生命安全和身体健康放在第一位” [19]。事实上,新冠疫情中出现的各种社会撕裂从本质上来讲都是社会不平等而致,消除不平等的任何努力都将增进全球公共卫生治理的信任。

5. 结论

尽管新冠肺炎疫情对现有的全球公共卫生治理体系造成了巨大冲击,但是并没有改变全球必须联合应对公共卫生威胁的基本认知。任何一个国家,无论多发达都无法独善其身,即便关起国门独自应对疫情也无法避免产业链断链和外国疫情带来的负面影响。新冠肺炎疫情只是按下了全球化的暂停键,引发我们对未来全球化走向的沉思,而不是开启了逆全球化的大门。世界卫生组织的成立初衷是为全人类谋取高水平的健康服务,制定《国际卫生条例》也是为了降低公共卫生问题对全球的影响,提高应对中的国际合作与协调。新冠肺炎疫情的冲击为世界卫生组织主导下的全球公共卫生治理体系提供了变革的方向。

增进信任,落实责任,应是未来全球公共卫生治理体系变革的双重指针。一方面,信任在全球公共卫生治理体系中弥足珍贵。面对新型疾病,预防和治疗手段的不足,救治中的物资不足,都可以通过加快研发和非疫区扩大生产来进行弥补,不同国家、不同人种、不同阶级之间的撕裂却无法快速修复。在一个全球多元参与的立体抗疫体系中,信任的缺失对体系的有效性是致命打击。另一方面,信任需要在具体制度中落实为可以执行的责任。如果说信任是形而上层面的,那么责任就是形而下层面的。相互信任有助于构建人类卫生健康共同体,落实责任则在于人类健康卫生责任共同体的夯实。在综合分析全球公共卫生治理中各类行为体的能力后,建立统一或可以互换的标准,完善监督评价体系,将责任压在肩上,才能保证治理的具体效果,并进一步增进信任。

总之,变革是为了进步而不是后退,是为了团结而不是分裂。各自为政和相互指责不仅无法解决问题,而且会将世界推向更危险的明天。孤立主义无法改变当今世界高度相互依存现实,共同的威胁无法避免,相互的利益无法斩断。利益共同体、责任共同体和命运共同体既是理念又是现实,全球公共卫生治理体系也应在此频度上发力。

参考文献

- [1] 习近平. 团结合作是国际社会战胜疫情最有力武器[J]. 求是, 2020(8): 4.
- [2] 世界卫生组织. 国际卫生条例(2005) [M]. 第二版. 日内瓦: 世界卫生组织, 2008: 10.
- [3] WHO (2019) World Health Statistics 2019. Monitoring Health for the Sustainable Development Goals, 3-23.
- [4] WHO. Global Health Expenditure Database. <https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>

-
- [5] WHO (2019) World Health Statistics 2019. Monitoring Health for the Sustainable Development Goals, 6.
 - [6] Durairaj, V. and Evans, D. (2010) Fiscal Space for Health in Resource-poor Countries. World Health Report, Background Paper No. 41, 6.
 - [7] WHO (2019) World Health Statistics 2019. Monitoring Health for the Sustainable Development Goals, 41-42.
 - [8] 世界卫生组织. 卫生系统筹资: 实现全民覆盖的道路[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 34.
 - [9] 世界卫生组织. 构建安全未来: 21 世纪全球公共卫生安全[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 66.
 - [10] WHO (2020) What Is GOARN?
 - [11] 世界卫生组织. 构建安全未来: 21 世纪全球公共卫生安全[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: ix.
 - [12] 外交部: 中国政府已经或正在向 127 个国家和 4 个国际组织提供物资援助[N/OL]. 新华社. http://www.gov.cn/xinwen/2020-04/10/content_5501195.htm, 2020-04-10.
 - [13] 习近平. 携手抗疫共克时艰[N]. 人民日报, 2020-3-27(02).
 - [14] Harvey, D. (2020) Anti-Capitalist Politics in the Time of COVID-19. <http://davidharvey.org/2020/03/anti-capitalist-politics-in-the-time-of-covid-19>
 - [15] 中共中央编译局. 《马克思恩格斯文集》(第 10 卷) [M]. 北京: 人民出版社, 2009: 307.
 - [16] 中共中央马克思恩格斯列宁斯大林著作编译局. 《列宁全集》(第 36 卷) [M]. 北京: 人民出版社, 1985: 423-424.
 - [17] 毛泽东, 著, 中共中央文献研究室, 编. 《毛泽东文集》(第 6 卷) [M]. 北京: 人民出版社, 1999: 509.
 - [18] 胡锦涛. 《胡锦涛文选》(第 2 卷) [M]. 北京: 人民出版社, 2016: 22.
 - [19] 新华社. 习近平对新型冠状病毒感染的肺炎疫情作出重要指示强调要把人民群众生命安全和身体健康放在第一位坚决遏制疫情蔓延势头李克强作出批示始终把人民群众生命安全和身体健康放在第一位[N]. 人民日报, 2020-01-21(01).