

 国家卫生和计划生育委员会“十三五”规划教材
全国高等学校教材
供全球健康学及相关专业用

主编·鲁新 方鹏骞 副主编·曾渝 周令 黄严忠

全球健康治理

Global Health Governance



GLOBAL HEALTH



 人民卫生出版社

国家卫生和计划生育委员会“十三五”规划教材
全国高等学校教材
供全球健康学及相关专业用

GLOBAL HEALTH

全球健康治理

Global Health Governance

主 编 鲁 新 方鹏骞

副主编 曾 渝 周 令 黄严忠

编 委 (按姓氏笔画排序)

王丽敏(哈尔滨医科大学)

王素珍(江西中医药大学)

方鹏骞(华中科技大学)

冯洁茵(武汉大学)

任 苒(大连医科大学)

刘向莉(重庆医科大学)

孙 静(北京协和医学院)

杨善发(安徽医科大学)

李文敏(湖北大学)

李跃平(福建医科大学)

李跃坚(海南省卫生和计划生育委员会)

张霄艳(湖北大学)

张彩霞(广州中医药大学)

罗 丹(中南大学)

季 煦(国家卫生计生委人才交流服务中心/北京大学全球卫生研究中心)

周 令(大连医科大学)

周晓媛(四川大学)

胡小璞(杭州师范大学)

晋继勇(上海外国语大学)

黄严忠(美国对外关系委员会)

董四平(国家卫生计生委医院管理研究所)

鲁 新(北京大学全球卫生研究中心)

曾 渝(海南医学院)

黎 浩(武汉大学)

秘 书 黎 浩

张霄艳

图书在版编目 (CIP) 数据

全球健康治理/鲁新,方鹏骞主编.—北京:人民卫生出版社,
2016

ISBN 978-7-117-22904-3

I. ①全… II. ①鲁…②方… III. ①健康-卫生管理学-高等学校-教材 IV. ①R19

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 154913 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有,侵权必究!

全球健康治理

主 编:鲁 新 方鹏骞

出版发行:人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址:北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编:100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线:010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷:北京汇林印务有限公司

经 销:新华书店

开 本:850×1168 1/16 印张:15

字 数:465 千字

版 次:2016 年 9 月第 1 版 2016 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-22904-3/R·22905

定 价:58.00 元

打击盗版举报电话:010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

前言

全球健康学正逐渐发展为一门新兴学科，作为该学科核心内容之一的全球健康治理，国际上的参考资料主要以专著、论文集、报告等为主，教材编写内容和安排还处于探索和争鸣阶段。在这种背景下，根据2014年4月全国高等学校全球健康学专业规划教材主编人会议精神，我们组织编写了第1版《全球健康治理》教材。

本教材力求结合实际，充分考虑全球健康治理跨国界、跨部门、跨学科的特点，从全球健康治理的关联因素、参与机构、治理工具等方面展开。开篇第一章为绪论，对全球健康治理的背景、相关概念及核心要素进行简要介绍，统领随后各章；第二章通过阐释安全、发展及社会文化等方面与全球健康治理的关系，帮助读者更好地理解全球健康治理的外延；第三章至第四章详细介绍国家行为体对全球健康治理的影响；第五章至第八章内容为非国家行为体对全球健康治理的影响；第九章至第十章介绍了全球健康治理的工具；第十一章详细介绍了中国参与全球健康治理的主要内容及与国际组织的合作现状；第十二章对全球健康治理的挑战和趋势进行总结，并进行了相关展望。

本教材的应用范围广泛，不仅可供全球健康专业本科生作为必修课使用，还可以供预防医学、卫生事业管理学、公共管理学、外交学等专业的本科生选修课使用。为了提高教学效果，教师可以根据授课对象和教学实际情况，自行进行相关教案准备。

参加本教材编写的老师具有不同的学科背景，既有资深教授的参与，又有青年新秀的加入，他们均为本教材的编写做出了巨大努力。编写过程中，分别在大连、海口召开了两次编委会，并在武汉召开了统稿会，对稿件进行了多次互审和互校，在此向所有编委表示衷心的感谢。由于编写时间紧张，加之编写水平有限，大部分内容可参考的资料较少，书中难免存在不足，请广大读者批评指正，以使本教材进一步完善。

鲁新
2016年2月

目 录

第一章 绪论	1
第一节 全球健康治理的背景	1
一、全球化的发展	1
二、全球化对人类健康的影响	2
第二节 全球健康治理的相关概念	3
一、治理	3
二、全球治理	4
三、全球健康	5
四、全球健康治理	6
第三节 全球健康治理的核心要素	12
一、全球健康治理的价值	12
二、全球健康治理的规制	13
三、全球健康治理的主体	14
四、全球健康治理的客体	15
五、全球健康治理的发展规划	16
第二章 全球健康治理的关联因素	19
第一节 安全与全球健康治理	19
一、国家安全与全球健康治理	19
二、人类安全与全球健康治理	21
三、环境安全与全球健康治理	22
第二节 发展与全球健康治理	24
一、和平与全球健康治理	24
二、贸易规则与全球健康治理	26
三、减贫与全球健康治理	28
第三节 社会文化与全球健康治理	31
一、社会差异与全球健康治理	31
二、文化差异与全球健康治理	32
三、宗教与全球健康治理	33
第三章 传统参与国与全球健康治理	35
第一节 美国与全球健康治理	35
一、美国健康状况与卫生系统特征	35
二、美国参与全球健康治理的历史	35
三、美国参与全球健康治理的方式	38
四、美国参与全球健康治理的特征	40
第二节 英国与全球健康治理	41

一、英国健康状况与卫生体系特征	41
二、英国全球健康治理的理论与原则	42
三、英国全球健康治理的方式	43
四、英国全球健康治理的特征	45
第三节 日本全球健康治理	48
一、日本卫生体系与健康状况基本特征	48
二、日本全球健康治理的发展	48
三、日本全球健康治理的方式	50
三、日本全球健康治理的特征	52
第四节 瑞士全球健康治理	54
一、瑞士卫生体系及其特征	54
二、瑞士全球健康治理的方式	54
三、瑞士全球健康治理的特征	57
第四章 新兴经济体国家与全球健康治理	61
第一节 巴西与全球健康治理	61
一、巴西参与全球健康治理的历史	61
二、巴西参与全球健康治理的模式	64
三、巴西参与全球健康治理的案例	65
第二节 印度与全球健康治理	65
一、印度参与全球健康治理的历史	65
二、印度参与全球健康治理的模式	67
三、印度参与全球健康治理的案例	68
第三节 南非与全球健康治理	69
一、南非参与全球健康治理的历史	69
二、南非参与全球健康治理的模式	71
第四节 印度尼西亚与全球健康治理	72
一、印度尼西亚参与全球健康治理的历史	72
二、印度尼西亚参与全球健康治理的模式	75
第五章 联合国健康相关机构与全球健康治理	79
第一节 健康4+	79
一、健康4+基本概念	79
二、健康4+的健康治理范围与内容	80
第二节 联合国人口基金会与全球健康治理	84
一、联合国人口基金会概述	84
二、联合国人口基金会参与全球健康治理的运作模式	85
三、案例分析	86
第三节 联合国儿童基金会与全球健康治理	87
一、联合国儿童基金会概述	87
二、联合国儿童基金会参与全球健康治理的运作模式	88
三、案例分析	89
第四节 世界卫生组织与全球健康治理	90
一、世界卫生组织概述	90

二、世界卫生组织参与全球健康治理的运作模式	91
三、案例分析	92
第五节 联合国艾滋病规划署与全球健康治理	93
一、联合国艾滋病规划署概述	93
二、联合国艾滋病规划署参与全球健康治理的运作模式	94
三、案例分析	95
第六节 世界银行与全球健康治理	96
一、世界银行概述	96
二、世界银行参与全球健康治理的运作模式	97
三、案例分析	97
第六章 慈善机构与全球健康治理	101
第一节 比尔及梅琳达·盖茨基金会与全球健康治理	101
一、比尔及梅琳达·盖茨基金会概述	101
二、比尔及梅琳达·盖茨基金会参与全球健康治理的特点与运作模式	102
三、案例分析:比尔·盖茨的“药方”	105
第二节 红十字国际委员会与全球健康治理	106
一、红十字国际委员会概述	106
二、红十字国际委员会参与全球健康治理的特点与运作模式	108
三、案例分析:加沙和以色列的紧急卫生援助	110
第三节 无国界医生组织与全球健康治理	111
一、无国界医生组织概述	111
二、无国界医生组织参与全球健康治理的特点与运作模式	113
三、案例分析:无国界医生组织在中国	116
第七章 公私伙伴关系与全球健康治理	119
第一节 公私伙伴关系概述	119
一、公私伙伴关系的概念	119
二、公私伙伴关系在全球健康领域的兴起	120
三、公私伙伴关系在全球健康治理中的作用	121
四、公私伙伴关系在全球健康治理中的应用及面临的挑战	122
第二节 企业行为与全球健康治理	125
一、企业行为概述	125
二、企业参与全球健康治理的特点	125
三、企业参与全球健康治理存在的问题	126
四、案例分析	126
第三节 全球基金	129
一、全球基金概述	129
二、全球基金的组织架构及运作模式	130
三、案例分析:在艾滋病防治领域中的公私伙伴关系项目	130
第四节 全球疫苗免疫联盟	131
一、全球疫苗免疫联盟概述	131
二、全球疫苗免疫联盟的组织架构及运作模式	131
三、案例分析:中国的全球疫苗免疫联盟项目	132

第八章 智库与全球健康治理	135
第一节 智库概述	135
一、智库的概念	135
二、智库的特点	135
三、智库的发展历程	136
四、智库对全球健康治理发展的推动作用	137
第二节 美国智库与全球健康治理	137
一、美国智库概述	138
二、美国智库影响美国引领全球健康治理的方式	139
三、案例分析:战略与国际研究中心	140
第三节 英国智库与全球健康治理	141
一、英国智库概述	141
二、英国智库影响英国引领全球健康治理的方式	142
三、案例分析:查塔姆学会	143
第四节 中国智库与全球健康治理	143
一、中国智库概述	144
二、中国智库影响中国引领全球健康治理的方式	145
三、案例分析:北京大学全球卫生研究中心	146
第九章 国际法与全球健康治理	149
第一节 概论	149
一、全球健康治理的跨国法律进程	149
二、全球健康治理的国际法律体系	152
第二节 世界卫生组织与国际卫生法	153
一、国际卫生法及其发展趋势	153
二、国际卫生法的基本原则	153
三、国际卫生法的法律渊源	154
四、世界卫生组织“硬法”规范	155
五、世界卫生组织“软法”规范	156
第三节 国际人权法与健康权	156
一、健康权的起源与发展	156
二、健康权的主要内容与衡量标准	157
三、缔约国的义务	158
四、健康权与其他人权的关系	159
第四节 世界贸易组织法与公共健康	159
一、WTO 法中的公共健康例外条款	159
二、GATT 1994 第 20 条第 2 款和 GATS 第 14 条第 2 款	160
三、TBT 协定和 SPS 协定	161
四、TRIPS 协定	164
第五节 国际环境法与公共健康	166
一、国际环境法概述	166
二、气候变化与公共健康	166
三、环境污染与公共健康	168

四、全球环境基金	171
第十章 外交战略与全球健康战略	173
第一节 概述	173
一、外交战略	173
二、全球健康战略	176
三、外交战略与全球健康战略的关系	178
第二节 全球健康战略的内容	179
第十一章 中国与全球健康治理	185
第一节 中国全球健康治理的参与者	185
一、国家行政部门	185
二、研究机构	186
三、非政府组织	187
第二节 中国对外卫生发展援助	189
一、中国对外卫生发展援助的历史沿革	189
二、中国对外卫生发展援助的形式	191
三、中国对外卫生发展援助的效果	192
第三节 中国与卫生领域相关的国际组织	193
一、中国参与国际组织的历史沿革	193
二、中国与卫生领域相关的国际组织	194
三、中国与卫生领域相关国际组织之间合作特点	197
第十二章 全球健康治理面临的挑战、趋势与展望	199
第一节 全球健康治理面临的挑战	200
一、全球治理面临的挑战	200
二、全球健康治理的特征与面临的挑战	201
第二节 全球健康治理发展趋势	204
一、2000—2010 年全球治理的变化趋势	204
二、2000—2010 年全球健康治理的行动成果	204
第三节 中国参与全球健康治理的展望	206
一、中国参与全球健康治理面临的挑战与战略机遇	206
二、中国的全球健康战略	207
三、中国参与全球健康治理的展望	208
四、中国参与全球健康治理的建议	210
中英文名词对照索引	215

学习目标

通过本章的学习,你应该能够:

掌握 全球健康治理的概念及核心要素。

熟悉 全球化对人类健康的影响及全球健康治理的发展历程。

了解 全球健康治理的背景及相关学科。

20 世纪后期以来,随着全球化在世界范围内的不断纵深发展以及人员、物资的流动日益频繁,传染性疾病的传播速度大大加快,影响也更为深远。信息流通也推动了与有害产品消费和不良生活方式相关的疾病在全球范围的扩散。健康问题日益全球化已成为必然,这一趋势使得原有的治理方式和体系难以应对,因此出现了对“全球健康治理”(global health governance)的倡导和推动。

第一节 全球健康治理的背景

一、全球化的发展

(一) 概念

全球化(globalization)是一种人类社会发展的现象过程,它指全球联系不断增强,人类生活在全球规模基础上的发展及全球意识的崛起。其基本特征就是在经济一体化的基础上,世界范围内产生一种内在的、不可分离的和日益加强的相互联系。

国与国之间在政治、经济贸易上互相依存,即视全球为一个整体。尤其是第二次世界大战后,随着世界经济的快速发展和技术的飞速进步,资源和生产要素需要在全世界范围内合理配置,资本和产品需要在全世界范围内流动,科技需要在全世界范围内扩张和传播,因此,全球化成为一种必然趋势。目前,全球化的浪潮席卷世界各个角落。世界经济全球化、生产力全球化已经普及到 93.7%。全球化作为一种客观存在,已经成为人类社会的发展趋势。

在卫生领域,国际卫生体系多侧重于传染病的应对,习惯以国境为界来处理卫生问题;主要依赖卫生部门的行动,非卫生部门参与较少;同时以民族国家为主体,非国家行为体在其中的作用较为有限。全球卫生是指穿越国家边界和政府的、需要采取行动影响那些对健康起决定作用的全球各种力量来解决的卫生问题。

(二) 全球化的历史演进

1. 早期国际化 古时人们就曾因为贸易交往而诞生早期的国际化概念。在中古世纪的中国就曾经有与西方通商贸易的概念,通过输出丝绸和茶叶来赚取大量外汇。18 世纪的德国学者因此将这条道路取名为“丝路”。后来奥斯曼土耳其帝国崛起,通商贸易受阻,为了能够不假于土耳其人之手,西欧国家纷纷海上探险寻找新“丝路”,史称地理大发现,尤其是从 1492 年哥伦布发现新大陆开始,通过哥伦布远航美洲,使东、西半球的居民互相知道彼此的存在。此后,人类各领域的交往越来越频繁,联系越来越密切,其中也包括激烈的冲突甚至战争,以及世界市场的逐步形成。可谓早期全球化的开始。

2. 加速发展的全球化 20 世纪 90 年代以来,全球化进程呈现出明显加速的发展势头。世界各国

在经济、政治、文化等层面的联系也更加紧密,国际经济、政治的格局发生急剧的变化。其中标志性的事件为前苏联的解体——市场经济最终在全球一统天下。世界各国按照市场经济原则行事,使得在单一逻辑之上运行的全球经济更加“完善”和协调,其经济关系在全球也迅速扩张,各类生产要素跨国流动达到了新的高度。无论以世界贸易量在世界总产值中的比重衡量,还是从资本在单位时间内国际流动的数额来看,都反映出经济全球化进程大大加速。贸易和资本把世界各国的经济更密切地联系起来,全球市场上的微小变化能立刻传播到更多的国家,进而影响各国的经济形势。全球化几乎在社会生活的所有领域都打上了烙印。

二、全球化对人类健康的影响

20 世纪末以来,经济全球化对人类健康的影响日益显著。首先,随着国际贸易规模的扩大和旅游业的繁荣,人员和货物在国家间的流转以前所未有的强度提高,传染性疾病在世界范围内的传播速度因而快得惊人,例如 2003 年发生的严重急性呼吸综合征(severe acute respiratory syndrome, SARS)和目前仍在蔓延的艾滋病(acquired immune deficiency syndrome, AIDS)。其次,在国际文化交流日趋频繁和信息传播日趋便捷的情况下,一些与生活方式和个人行为相关的非传染性慢性病也在世界范围内成为常见病和多发病,例如心脑血管疾病。再次,与生物技术、基因技术和高新技术革命相联系的健康产业创新层出不穷。

(一) 重大突发传染性疾病威胁全球健康

人类历史上曾出现天花、鼠疫、黑死病、霍乱等重大传染性疾病的暴发,导致世界范围内人口数量骤减,成为威胁人类生存和发展的重要死因。伴随着全球化的发展,人类社会的互动关系越来越密切,人口、商品、劳务在全球范围内的流动越来越普遍,使原来仅限于一地的疾病能够迅速传播与蔓延, Berlingue 将这一现象称为“微生物的世界一体化”。全球化为传染性疾病的流行提供了一定的社会条件。以艾滋病为例,1981 年美国发现首例艾滋病病例后,艾滋病疫情迅速蔓延至全球。2013 年联合国艾滋病规划署(Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNAIDS)发布的《全球艾滋病流行形势和数据》显示,截至 2012 年 12 月 31 日,全球共有 3530 万艾滋病病毒(human immunodeficiency virus, HIV)感染者及艾滋病病人,2012 年全世界新增感染者 230 万人,160 万人死于与艾滋病相关的疾病。2002—2003 年的严重急性呼吸综合征(SARS)从亚洲向北美的快速传播说明,当今联系紧密的世界在对付新型致命性疾病时显得脆弱不堪。2005 年,亚洲的禽流感传播至欧洲,一年内口蹄疫在欧洲的门户——土耳其致人死亡。这些都证明了全球性传染性疾病对全球健康的巨大威胁。各种新发、再发传染病等健康问题在全球范围内快速扩散不但会引起社会恐慌,而且会导致经济衰退、政治动荡。只有把传染病问题提升到全球问题的高度,才能构建有效的传染病防控体系,才能不断加强各国与国际组织间及各国间的合作。

(二) 慢性非传染病成为全球范围的常见病和多发病

癌症、肥胖、心血管疾病等慢性疾病占了全球疾病负担的主要份额,它们曾经被认为是“富贵病”,但随着全球范围内的经济发展以及国际文化交流日趋频繁、信息传播日趋便捷,发达国家流行的生活方式在发展中国家起到了广泛的示范作用。越来越多的证据表明高收入国家的饮食、生活方式等同样具有“传染性”。例如,与吸烟有关的疾病最初发生在北半球,如今南半球也呈现与北半球相似的发病情况。目前这些与老龄化人口一同增加的慢性非传染病,在世界范围内已成为常见病和多发病。例如,在中国 20% 的男性患有高血压;到 2030 年印度预计有 8000 万人患糖尿病。心脏病、脑卒中、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病等慢性病迄今已成为世界上最主要的死因,占有所有死亡的 63%。2005 年世界卫生组织(World Health Organization, WHO)发表了一个全球性报告,题为《预防慢性病:一项至关重要的投资》,报告指出,每年约有 1700 万人因慢性病的全球流行过早死亡。且慢性病的影响正在不断增大,受慢性病威胁的人数、家庭和社区在逐渐增多。以肥胖为例,全球目前约有 10 亿人超重或肥胖,如不立即采取行动,到 2015 年这一人数将上升至 15 亿以上。慢性病日益增长将进一步妨碍经济发展。

(三) 环境日益成为影响全人类健康的重要因素

人类在发展过程中,自身健康与自然环境之间形成了相互依赖、难以分割的因果关系网。目前

由大量人类活动引起的空前的全球环境变化正在威胁着全人类的健康。据 1997 年 WHO 报道,世界上的疾病负担约 25% 可以归因于生态环境因素。自然资源的退化和过度使用首先对妇女和儿童的基本健康产生重大影响。全球气候的变化将导致许多传染病在世界范围内流行。由于许多传染性疾病都属于温度敏感型,全球气候变暖能使传染性疾病的流行范围扩大,更严重的还会导致某些传染性疾病的传播和复苏。如气候变暖将引起昆虫传播媒介的地域分布扩大,增加了全球许多地方的昆虫传播性疾病的潜在危险;气候变暖与环境变化还可能导致传染病的病原体存活变异,危害期延长,传染病区扩大。瑞典由扁虱引发的脑炎、孟加拉国的霍乱、东部非洲部分高地的疟疾暴发等正是由于环境变化造成的。同时全球环境的改变还可能使水质恶化或引起洪水泛滥,进而引发一些疾病的发生与传播。水源原因的感染性疾病每年夺取 30 万生命,占全球年死亡总人数的 6%,损失达 7500 万美元。世界上许多地方极端天气事件引发的流行性疾病和精神损伤的增加也成为环境影响人类健康的证据。尤其在非洲大陆,环境与健康已处于一个恶性循环的状态中,环境恶化和疾病流行的因果关系变得更加突出。

第二节 全球健康治理的相关概念

一、治理

(一) 治理的内涵

“治理”一词源于 20 世纪 90 年代,自从 1989 年世界银行(World Bank, WB)首次使用“治理危机”(crisis governance)来概述非洲的发展问题后,治理(governance)开始被广泛用于公共事务领域相关的管理和经济活动之中。

关于治理的表述,治理理论的主要创始人之一詹姆斯·N·罗西瑙(James N. Rosenau)在其代表作《没有政府的治理》一书中,把治理定义为:一系列活动领域的管理机制,它们虽未得到正式授权,却能有效发挥作用。治理是由共同的目标所支持的,这个目标未必出自合法的以及正式规定的职责,而且它也不一定需要依靠强制力量克服挑战而使别人服从。治理既包括政府机制,同时也包含非正式、非政府的机制。治理是这样一种规则体系,它依赖主体间重要性的程度不亚于对正式颁布的宪法和宪章的依赖,而且它是只有被多数人接受(或者至少被它所影响的那些最有权势的人接受)才会生效的规则体系。

1995 年全球治理委员会发表的一份题为《我们的全球伙伴关系》(Our Global Neighbourhood)的研究报告为治理给出了较权威的界定:治理是各种公共的或私人的个人和机构管理其共同事务的诸多方式的总和。它是使相互冲突的或不同的利益得以调和并且采取联合行动的持续的过程。这既包括有权迫使人们服从的正式制度和规则,也包括各种人们同意或以为符合其利益的非正式的制度安排。该定义强调在市场机制和政府管理机制缺失或失灵的情况下,由非政府组织(non-governmental organization, NGO)、社会运动力量、各种专业性团体等公民社会性力量自发形成的管理模式。这一界定明确了治理内涵的基本特征,即治理是一个过程,而不是一套规则或活动;治理过程的基础是协调,而不是控制;治理不仅涉及公共部门也涉及私人部门;治理是持续的互动,而不是一种正式的制度。

治理理论打破了社会科学中长期存在的两分法传统思维方式,即市场与计划、公共部门与私人部门、政治国家与公民社会、民族国家与国际社会等。它把有效的管理看作是两者的合作过程;它力图发展起一套管理公共事务的全新技术;它强调管理就是合作;它认为政府不是合法权力的唯一源泉,公民社会也同样是合法权力的来源;它把治理看作是当代民主的一种新的现实形式等。

治理可以弥补国家和市场在调控和协调过程中的某些不足,但治理也不可能是万能的,它本身存在着许多局限,它不能代替国家而享有政治强制力,它也不可能代替市场而自发地对大多数资源进行有效的配置。事实上,有效的治理必须建立在国家和市场的基础之上,它是国家和市场手段的补充。在社会资源配置中不仅存在国家的失效和市场的失效的可能,也存在着治理失效的可能。由于存在着治理失

效的可能性,“健全的治理”“有效的治理”和“善治”等概念被提出,其中“善治”最有影响。

善治(good governance)是以提高社会治理总体性绩效为目标,通过政府与民众间互动和协商,借助公共部门与私人部门之间的合作管理和伙伴关系,达到公共利益最大化的社会管理过程。其本质特征在于善治是政府与公民对公共生活的合作管理,是政治国家与公民社会的一种新颖关系,是两者的最佳状态。善治实际上是国家权力向社会的回归,善治有赖于公民自愿的合作和对权威的自觉认同,公民社会是善治的现实基础。

善治的兴起发展,现实原因之一是公民社会或民间社会的日益壮大。公民社会是国家和市场之外所有民间组织和民间关系的总和,其组成要素是各种非国家或非政府所属的公民组织,包括非政府组织(NGO)、公民的志愿性社团、协会、社区组织、利益团体和公民自发组织起来的运动等,它们又被称做“第三部门”。没有一个健全和发达的民间社会,就不可能有真正的善治。善治是政府与公民之间的积极而有效的合作。这种合作成功与否的关键是参与政治管理的权利。公民必须具有足够的政治权利参与选举、决策、管理和监督,才能促使政府并与政府一道共同形成公共权威和公共秩序。显而易见,保证公民享有充分自由和平等的政治权利的现实机制只能是民主政治。

(二) 治理与统治和管理的概念辨析

治理、统治和管理都有控制的含义,都是为实现既定的目的开展的一系列活动。但三者之间的内涵又有区别。

统治(government)是在民族、国家层次上运作以维系公共秩序、便利集体行动的正式而制度化的过程。与统治不同,治理所偏重的统治机制并不依靠政府的权威和制裁。

科学管理之父泰勒指出,管理是“确切地知道你要别人去干什么,并使他用最好的方法去干。”管理的内涵强调自上而下的管理路径和上级的行政权威。与管理不同,治理强调自上而下的管理和自下而上的参与相结合;强调管理主体的多元化。全球健康治理意味着,政府不再只是治理的主体,而且也是被治理的对象;社会不再只是被治理的对象,也是治理的主体。全球健康治理要更重视发挥 NGO 的协调作用。

二、全球治理

(一) 概念内涵

全球治理(global governance)最初由社会党国际前主席、国际发展委员会主席勃兰特于1990年在德国提出。1992年,28位国际知名人士发起成立了“全球治理委员会”(Commission on Global Governance)。该委员会于1995年发表了《天涯成比邻》(Our Global Neighborhood)的研究报告,较为系统地阐述了全球治理的概念、价值以及全球治理同全球安全、经济全球化、改革联合国和加强全世界法治的关系。

全球治理是指通过具有约束力的国际规制(regimes)和有效的国际合作,解决全球性的政治、经济、生态和安全问题,以维持正常的国际政治经济秩序。全球治理是国家层面的治理在国际层面上的延伸和扩展,它主张各国政府、国际组织、各国公民为最大限度地增加共同利益而进行的民主协商与合作,其核心内容应当是健全和发展一整套维护全人类安全、和平、发展、福利、平等和人权的新的国际政治经济秩序,包括处理国际政治经济问题的全球规则和制度。全球治理是在缺乏全局状态的情况下为了管理相互依赖的状况而进行的有目的的行动。这意味着会有一套由规则、流程和组织所构成的系统,在全球层面上进行运作,并提供一个供参与者互动和决策的框架。

全球治理的兴起,既表明人类对自己在全球化时代所面临的共同问题和共同命运的觉醒,也表明人类为追求全球安全和普遍繁荣所做的努力。全球化将各民族国家的命运前所未有的地联结在一起,只有依靠全球治理,才能有效解决人类所面临的许多全球性问题,确立真正的全球秩序。

(二) 全球治理的核心要素

全球治理是顺应世界多极化趋势而提出的,旨在对全球政治事务进行共同管理。其核心要素包括五个方面:一是全球治理的价值,即在全球范围内所要达到的理想目标,应当是超越国家、种族、宗教、意

识形态、经济发展水平之上的全人类的普世价值。二是全球治理的规制,即维护国际社会正常秩序,实现人类普世价值的规则体系,包括用以调节国际关系和规范国际秩序的所有跨国性的原则、规范、标准、政策、协议、程序等。三是全球治理的主体,即制定和实施全球规制的组织机构,主要包括各国政府、政府部门及亚国家的政府当局;正式的国际组织,如联合国、世界银行、世界贸易组织、国际货币基金组织等;非正式的组织如全球公民社会组织。四是全球治理的客体,指已经影响或者将要影响全人类的、很难依靠单个国家得以解决的跨国性问题,主要包括全球安全、生态环境、国际经济、跨国犯罪、基本人权等。五是全球治理的效果,涉及对全球治理绩效的评估,集中体现为国际规制的有效性,具体包括国际规制的透明度、完善性、适应性、政府能力、权力分配、相互依存和知识基础等。

三、全球健康

(一) 全球健康概念的演进

1. 公共卫生(public health) 早在公元前400年,医学之父希波克拉底(Hippocrates)在《论空气、水和土地》中就提出了此理念。他认为公共卫生在很大程度上取决于环境是否健康。19世纪中期,具有现代意义的“公共卫生”在欧洲大陆和美国出现。此时期的“公共卫生”理念作为社会改革以及生物和医学知识的增长(尤其是传染性疾病的病因及管理)。法尔(Farr)、查德威克(Chadwick)、魏尔啸(Virchow)、科赫(Koch)、巴斯德(Pasteur)和沙特克(Shattuck)等人提出了公共卫生的原则,此原则基于以下四点:①决策要基于证据(如关键的统计、监管、调查研究、实验室研究);②关注群体而非个人;③以社会正义和公平为目标;④强调预防而非治疗。温斯洛(Winslow)在90年前给出了较被认可的有关“公共卫生”的定义,即公共卫生是预防疾病、延长生命、促进身体健康的一项科学和艺术。其目标的实现,需要动员全社会致力于改善环境,控制传染性疾病,加强个人卫生教育,建立早诊断、早预防的组织,发展能确保个体拥有维持健康的生活条件的社会机制。通过这些措施实现每个公民的生存权和健康权。

美国医学研究院(The US Institute of Medicine, IOM)在1988年“未来公共卫生报告”中描述了公共卫生的使命,即创造能维护人们健康的社会条件。2001年的《流行病学词典》中对“公共卫生”给出了最新的定义:保护、促进和恢复人的健康的各种措施。它是科学、技术和信仰的结合。

2. 国际卫生(international health) 数十年来,“国际卫生”一词被广泛用于关注发展中国家的卫生议题。这些议题包括感染性疾病和热带疾病、用水及卫生设施、营养不良、妇幼卫生等。许多研究机构和组织也使用该词,但涉及的范围更广,如慢性疾病、伤害以及卫生系统。全球卫生教育联盟将“国际卫生”划为二级学科,该专业涉及医疗实践、政策和卫生系统……更关注国家间的差异而非共同点。有一些研究组织将“国际卫生”用于专指发展中国家的疾病。但也有许多组织将其用于当今的全球化卫生实践。Merson等人定义“国际卫生”为运用公共卫生的原理运用于中、低收入国家所面临的各种问题和挑战以及全球或当地对其有影响的因素。

3. 全球健康(global health) 20世纪90年代开始,全球健康概念悄然兴起,并有逐步取代“国际健康”的趋势。1999年,美国加州大学旧金山分校设立了第一所以全球健康为名的教学机构——全球健康研究所(Institute for Global Health);10年之后,世界上以全球卫生为名的教学机构已逾50所。不仅如此,不少研究和教学机构还将原有的国际卫生更名为全球健康,如美国的乔治·华盛顿大学1992年即成立国际健康中心(Center for International Health),2002年将其改名为全球健康中心(Center for Global Health);同样,美国凯斯西储大学也将成立于1987年的国际健康中心改名为全球健康与疾病中心(Center for Global Health and Diseases)。

全球健康与公共卫生、国际卫生有相似之处:三者都优先关注基于人群的和预防的健康议题;都专注于贫困、易感和缺医少药人群;跨学科和多学科;强调卫生是公益事业以及卫生体系和结构的重要性;多方利益相关者参与;都认为健康不仅仅是没有疾病,而是包括身体、心理和社会的良好状态。但三者也有区别,三者比较见表1-1。尤其是“国际卫生”到“全球健康”的演变,更体现了当今卫生策略的改变。

表 1-1 全球健康与公共卫生、国际卫生的区别

区别	公共卫生	国际卫生	全球健康
地域范围	关注基于特定社区或国家人口的影响健康的问题	关注以国界为划分的国际健康问题,尤其是中、低收入国家(非自己国家)	关注直接或间接影响健康的跨国界的问题
活动主体	政府	政府	政府和非政府组织
关注范围	特定社区或国家	发展中国家	全球化问题
合作机制	通常不需要全球的合作	通常需要国与国之间的合作	通常需要全球各种力量的参与和合作
群体或个人	主要关注群体的预防	包括群体的预防和个人的治疗	包括群体的预防和个人的治疗
实现健康的途径	一个国家或社区内的健康公平是最主要的目标	寻求帮助他国人民的途径	国家间及全人类的健康公平是最主要的目标
学科范围	健康及社会学领域跨学科	包含多个学科	高度跨学科、多学科

对于从“国际卫生”到“全球健康”的演变,最根本原因是自由市场理念的全球化。早在 1998 年, Yach 等曾指出,全球化是一个随着资本、货物、人员、观念、思想和价值观念超国界传播,经济、政治和社会互相依存加深、全球一体化加速的进程。全球化的这些特征也影响到卫生领域。首先,全球化使得穿越国界的健康风险剧增,这些风险包括新发和重发的传染病、与有害产品消费和不良生活方式相关的疾病的全球扩散、环境污染、气候变化对人类健康的影响等。其次,很多健康的社会决定因素也越来越全球化,而处理这些决定因素,离不开非卫生部门的联合行动。在新的环境下,卫生已不再限于其本身,而是涉及外交政策、经济贸易、科技进步与社会发展等多个方面,需要多部门协同努力,国际卫生中主要依靠卫生部门的应对方式已不能适应形势需要。再者,冷战的结束和全球化的纵深发展,为非国家行为体参与全球卫生行动提供了更多的政治空间和物质条件,这包括大量的非政府组织、基金会以及公私合作伙伴型的机构等。但以民族国家为主体的国际卫生体系在对待这些新兴行为体上缺乏经验,且没有设置将其纳入进来的机制,因此在重要国际卫生事务的决策上,很少让新兴行为体参与其中。随着这些行为体在国际卫生上的作用日益重要,其加入国际卫生事务决策的渴求也更为强烈,改革现有体系势在必行。

(二) 各国参与全球健康的策略

随着各国对全球健康认识的不断加深,以及全球健康在国家事务中所发挥的日益重要的作用,一些国家开始着手制定全球健康国家策略,其中英国、瑞士等国起步较早,已经正式发布了相关文件。而美国、欧盟及以巴西为代表的发展中国家也加快了脚步,在继续加大对全球卫生投入的同时,也积极拓展各种新的途径,如构建区域性健康合作组织、参与全球卫生谈判等。

国家层面参与全球健康的方式包括如下几种方式:①援助,主要是一些经济较发达国家为中、低收入国家提供健康相关的发展援助,包括资金援助和技术援助。②参与国际卫生机构的管理,多为联合国下属机构,以世界卫生组织为主;目前世界卫生组织共拥有 193 个成员国,这些成员国通过世界卫生大会等机制参与管理,共同协商全球健康政策。此外,联合国儿童基金会(United Nations International Children’s Emergency Fund, UNICEF)、UNAIDS 等也是重要的平台。一些国家还通过世界银行、世界贸易组织等参与全球健康。③发展全球卫生外交,构建全球卫生伙伴关系。一些国家通过谈判与协商等与其他国家或组织机构建立双边或多边全球卫生策略,如挪威、法国等七国外交官员联合成立的外交政策与全球健康计划(Foreign Policy and Global Health, FPGH),南美的一些区域性卫生合作组织等。

四、全球健康治理

(一) 全球健康治理的发展历程

“人类的历史就是和疾病做斗争的历史。”迄今为止,人类为更有效地应对疾病的挑战经历了国家

卫生治理、国际卫生治理和全球健康治理三个发展阶段,现在正朝着为全人类健康服务的目标迈进。

1. 国家卫生治理 国家卫生治理阶段从人类农耕文明时代直至 18 世纪末。这一阶段中人类面对传染病的肆虐往往无能为力。历史上的第一次瘟疫几乎摧毁了整个雅典。1918 年席卷全球的流感在短短的几个月内造成了 2000 万~5000 万人死亡。随着人类对疾病认识的加深,不断积累应对传染病的成功经验,逐步建立起以实施海港检疫措施、设置国内公共卫生机构、建立公共卫生制度以及建设公共卫生设施来解决国内公共卫生问题的国家卫生治理机制。此期最值一提的是欧洲对抗黑死病和鼠疫流行的措施。14 世纪中期黑死病大流行给欧洲带来很大冲击,整个欧洲的社会、经济、农业和文化根基都遭到了摧毁性的破坏。为控制这一传染病,意大利的一些港口城市,以威尼斯为首,开始对外来船只进行长达 40 天的禁运,并于 1377 年建立了隔离检疫制度(quarantine,意大利语,意为 40 天)。该制度在一定程度上控制了疾病的传播,但却不利于当时以海运为主要贸易方式的欧洲经济的发展。同时,由于缺乏统一标准,容易造成禁运混乱。另一多次肆虐欧洲的烈性传染病为鼠疫。鼠疫大流行之后,欧洲人口锐减,社会结构发生改变,并导致了一场深刻的医学革命——现代医学实验开始萌芽。在与鼠疫的斗争中,欧洲各国当局运用行政手段,在历次抗击鼠疫的斗争中发挥了重大作用,积累了大量治理传染病的有益经验。这些经验具体包括建立隔离检疫制度、设立专门卫生机构、颁布公共卫生法规和进行第一次卫生革命等。19 世纪以前,尽管传染病已经给人类社会带来了严重的威胁和危害,但尚不存在国际合作机制来应对传染病,国家是在没有国际合作的前提下通过制定国内卫生政策来消减传染病的威胁。

2. 国际卫生治理 这一阶段从 19 世纪初至 20 世纪 80 年代。农耕时代,由于人员与货物流动有限,传染病的传播往往限制在狭闭范围内,故其防控多限于一定的区域,基本上在国内范围就能得到治理。而 19 世纪开始,国际贸易与国际航运日益发达,这为传染病的快速传播创造了可能。19 世纪 80 年代,医学知识革命使人们对传染病的了解越来越多,更清楚认识到单凭一国之力已不能有效控制各种传染病,必须通过加强国际间的合作来降低疾病暴发的可能性。这一时期又可细分为 3 个阶段:第一个阶段是 19 世纪前半期,主要在欧洲通过建立停船检疫监督体制开启了国际卫生合作的开端;第二阶段从 1851 年第一次国际卫生会议的召开到第二次世界大战结束,建立了以国际卫生会议和条例为主要形式的传统国际卫生治理体制;第三阶段是第二次世界大战后到 20 世纪 80 年代末,建立了以世界卫生组织为核心的多边健康合作体制。

(1) 国际卫生合作的开端:19 世纪初,国际贸易与国际航运日益发达。在货物与人员频繁流动的同时,霍乱等传染病被带到了世界的每一个角落。面对日益严重的传染病威胁,各国强化了检疫措施。但是,港口当局强加的各种检疫措施收效甚微;相反,互不一致的检疫制度给贸易和旅行带来极大不便,停船检疫措施的有效性被广泛质疑。此后各国开始了协调停船检疫规则的努力,主要目标是建立一个国际监督体制,确保各国适当、合理地运用停船检疫措施。遗憾的是,由于贸易利益的冲突和各国政府的消极态度,此方面的国际卫生合作并没有取得实质性的进展。尽管如此,该监督体制是国际社会为抗击传染病而进行国际卫生合作的初次尝试,为后来的传统国际传染病控制体制的建立奠定了基础。

(2) 早期国际卫生治理体制:由于停船检疫监督体制未能发挥重大作用,霍乱随着轮船、火车在全球范围内反复流行。这一阶段中,国家间为了达成控制疾病跨国传播的协议而频频召开国际会议并进行艰难谈判。1851 年,12 个欧洲国家在巴黎举行了第一届国际卫生大会(the International Sanitary Conference, ISC),这一事件成为国际卫生治理体制建立及制度化进程的起始点。本次大会最重要的一项成果即在 1903 年形成了被各国接受的《国际卫生条例》(International Sanitary Regulations, ISR)。第一次国际卫生会议在人类抗击传染病的历史上具有非常重大的意义。它意味着国际社会对传染病的治理第一次超越了主权国家,正式开始进入国际卫生治理阶段,传统的国际卫生治理体制初步形成。

从此以后直到第二次世界大战结束,主权国家频繁召开国际卫生会议,签署了大量的《国际卫生条例》(International Health Regulations, IHR, 这是《国际公共卫生条例》后来的名称),其内容集中体现在三个方面:协调各国的隔离立法与实践,创设国际性的监控体制和建立常设性国际卫生组织。国际卫生署(International Sanitary Bureau, ISB, 泛美卫生组织 PAHO 的前身)、国际公共卫生局(Office International

Hygiene Publique, OIHP) 和健康组织国际联盟 (Health Organization of the League of Nations, HOLN) 的常设卫生组织先后于 1902 年、1907 年和 1923 年设立。三大常设组织互不隶属, 主要履行四方面的职责: 检疫协调; 主持有关国际卫生条约的缔结、修订和实施; 充当非正式的有关国际卫生争端的调停者和监测者。后者进行了许多开拓性的公共卫生政策合作, 比如定期发布关于传染病病情的报告, 在成员国之间定期通过电报交流信息, 改善有关传染病的统计方法和数据搜集, 在各国开展对多种传染病的调查和人口统计等。

从 19 世纪中叶开始延续了将近一个世纪的以国际卫生会议和条例为主要形式, 以传染病控制为主要内容的国际卫生治理机制表现出以下几个特点: 其一, 参与国越来越多; 其二, 合作的步伐不断加快, 产生了大量关于传染病控制的国际条约; 其三, 国际社会越来越注重利用国际组织和国际法来强化国际公共卫生合作。但是早期的国际卫生合作机制并不完善。由于贸易利益的冲突和各国政府对于主权的考虑, 众多国际卫生公约频繁被签署, 亦频繁被更替, 经历了“缔约—失效—修订—失效—修订”的循环, 被人们称为“国际条约的飓风”, 制定出的国际卫生条例也未得到各国的遵守。而且这一时期成立的国际卫生组织之间 (如美洲的 ISB, 欧洲的 OIHP) 缺少合作和共享, 它们的主要任务是保护其所在地域国家的主权而非更广泛的全球合作以实施对传染病的控制。所以这一时期的国际谈判及卫生治理措施在防止传染病的全球传播上影响力比较微弱。

(3) 现代多边健康合作体制: 第二次世界大战以后到 20 世纪 80 年代, 国际卫生治理机制得到深化。这一阶段标志性事件是 WHO 的成立。1946 年联合国成立了 WHO, 1948 年原有的三大国际性卫生组织合并入 WHO。WHO 的成立结束了第二次世界大战前多个国际卫生组织并存的局面, 国际卫生合作开始出现统一的趋势。以 WHO 为核心, 1951 年制定了《国际卫生条例》, 从而在传染病控制的国际立法上迈出了最具决定性的一步。同时, 第二次世界大战后发起的一种控制疾病的多边财政援助项目是国际卫生合作的进一步创新。从此, 多边健康合作的现代国际卫生治理体制建立。在其后的 60 多年的行程中, WHO 关注的焦点从最初对传染病的控制扩大到公共健康领域, 并积极运用科技发展的最新成果, 不断在控制传染病、制定药物标准、安全饮用水和环境卫生、协助成员方建立卫生体系、消灭天花、扩大免疫规划、推动人人享有卫生保健战略实施以及提高人类生活质量等方面取得巨大的成就。

然而, 这一时期的多边健康合作体制也暴露出许多问题: WHO 的政策决策和基金积累基本有赖于发达国家的协调合作, 而非集体决策以及集体收集资金, 因此资金非常有限。这一时期的卫生治理工作虽已开始认识到公共健康的重要性, 但焦点仍集中在传染性疾病的控制上, 如 20 世纪 60 年代 WHO 所发起的消灭天花运动等。同时, 由于各成员国间存在巨大分歧, 各国均倾向于忽略 IHR, WHO 的疾病控制策略也难以实施。例如疾病监测的失败源于发展中国家惧怕报告疾病暴发带来的惩罚。对港口和机场疾病跨国传播的控制收效甚微是因为发达国家可以凭借自身力量对从国外受到传染的公民进行救治, 且盲目乐观地认为能够轻松遏制传染病的暴发。而发展中国家又想避免别国反对其自行制订的 IHR 附加措施。而且, 对 IHR 展开的国际讨论则主要集中于发达国家对各国自行制订附加措施的担心, 而对阻止疾病传播的措施却少有讨论。因此, 与同期的医疗科学的长足进步相比, 国际卫生合作明显不足。

国际卫生治理侧重于传染病的应对, 习惯以国境为界来处理卫生问题; 主要依赖卫生部门的行动, 非卫生部门参与较少; 同时以民族国家为主体, 非国家行为体在其中的作用较为有限。

国际卫生体系在其形成后的几十年间对世界范围内卫生问题的解决发挥了重要作用, 但在 20 世纪 90 年代后, 全球化进程的加速给这一体系带来极大挑战。首先, 全球化使得健康风险穿越国界的速度不断加快, 覆盖面大为增加, 模糊了国境的界限; 同时, 健康的决定因素也在全球化, 而处理这些决定因素, 越来越需要非卫生部门的参与, 模糊了卫生与非卫生的界限; 此外, 以非政府组织、基金会及公私伙伴关系为代表的非国家行为体大量增加, 模糊了国家和非国家行为体作用的界限。

3. 全球健康治理 这一阶段从 20 世纪 90 年代延续至今。前期的国际卫生合作体制所存在的深刻缺陷开始显示其越来越不适应疾病全球化的发展。主要表现为 WHO 疾病监测网络的范围很窄, 仅包括霍乱等三种疾病; 监测信息的来源有限, 主要依赖各国的官方通报; 缺乏遏制疾病国际传播的正式国