

全球衛生治理的類型

許良因

慈濟大學公共衛生學系副教授

摘要

針對全球衛生治理討論，本文提出了一個二乘二的架構，用此梳理當前全球衛生治理上的既有秩序，本文指出了目前的全球衛生治理同時存在二種模式，一個是「去中心化」的衛生治理，另一個是「中心化」的全球衛生安全治理，並在此分類中，再依「議題緊急程度」與否各分為二種，將目前的全球衛生治理分成了四個型態。透過該架構，本文以多個衛生相關的例子分別進行說明，呈現該架構的適用性，此架構的提出，為探討全球衛生治理的多樣化發展提供了一個有用的分析工具。

關鍵詞：全球衛生治理，世界衛生組織，全球衛生安全

壹、前言

2020 年初中國武漢市發生不明肺炎，此種之後被稱為 Covid-19 的病毒很快經由人與人接觸向外擴散。面對這全球性的突發緊急公共衛生危機，引發許多相關課題的思考，其中一個重要的問題是，在人類面對 Covid-19 疫情之際，衛生事務在全球的層次是如何被治理的？若從全球衛生的角度，該如何理解此一全球衛生治理的危機。為此，本文希望能梳理全球衛生治理的情況，本文提出了一個二乘二的架構來說明此全球治理秩序與類型，首先，利用「去中心化」與「中心化」這二種不同的治理模式將其分類，又因著衛生議題的緊急與否，將其分成四種類型。本文將這個架構作為分析全球衛生治理的簡易框架，對理解全球衛生政策的動態分析提供了基礎。

本文除前言外，以下將分為幾個部份：第一，本文提出了全球衛生治理的架構；第二、說明本文提出的第四類型--目前非緊急衛生事務上的全球衛生治理，呈現此結構的演變過程與特性；第三、說明本文提出的第一類型-討論衛生安全的全球治理的情況，這部份說明世界衛生組織過去在使用『國際衛生條例』（*International Health Regulations, IHR, 2005*）進行全球衛生治理的經驗；第四、將呈現本文所提架構的第二類型，即對於不緊急的公共衛生議題中，曾使用中心化治理方式的例子。第五、說明本文所提架構的第三類型-以去中心化的治理，來處理緊急的衛生狀況。第六、本文的討論與結論。

貳、全球衛生治理

一、過去關於全球衛生治理的討論

許多學者試圖透過不同研究取徑和理論視角釐清該議題中的核心問題與挑戰（Kickbusch & Szabo, 2014; Lee & Kamradt-Scott, 2014）。整體而言，全球衛生治理所關注的不僅是傳統國際衛生（International Health）中，各國間單純的疾病防治合作或援助關係，而是超越國界以及反映全球化脈絡

下衛生議題交織而成的治理結構。過去學界對全球衛生治理的討論方向包括概念界定、制度設計、行為者分析、治理成效、政經脈絡等。此外，又由於全球衛生包含的內容越來越多，如新興傳染病、氣候變遷的健康威脅、非傳染性疾病、以及衛生資源分配不均所帶來的健康不平等問題，面對不同性質的課題，全球衛生治理也有衍生不同的作法。

在概念探討上，有些學者特別著力於區分「國際衛生」與「全球衛生」（global health）兩者的範疇。傳統國際衛生通常基於國家層面的政策交流與援助計畫，強調由國家間合作。然而，隨著全球化，衛生議題不再僅止於國境管控，而是高度依賴與跨國互動的全球性網絡。於是，部分學者如 Labonté (2018) 便強調，應將「國際衛生」拓展為「全球衛生」以適切回應現實情境的改變。在此觀點下，全球衛生治理呈現為一個跨領域的議題場域，不僅含括傳統政府間組織與外交衛生政策，也涉及非政府組織、企業、私人基金會、全球倡議平台、國際專業網絡以及不同領域的組合。

然而，也有一些研究者採取其他取徑，特定疾病為單位來分析全球衛生治理的樣貌 (Hein, 2007)，此類研究路徑有助於深入探討單一健康問題的跨國治理機制與效能，並評估各方行為者在此特定領域的角色與影響。然而，過度聚焦單一疾病或議題可能導致見樹不見林，也無法充分掌握不同衛生議題之間相互影響、政策協調與制度整合的需求與差異。

另外，有學者將研究焦點放在全球衛生治理與國家治理層面之間的界面上，試圖釐清全球與在地 (global-local) 之間的治理落差與協調機制 (Calcagnotto, 2007)。此類研究嘗試解答的問題包括：全球衛議題如何在不同政治經濟體制的國家中執行，各國在面對全球性衛生問題時，如何調整自身政策、制度與資源配置？此類議題在近年來尤為受到重視，特別是 COVID-19 疫情以來，國際社會注意到全球衛生治理須能有效轉化至國家與地方衛生體系的改革與應用，強調全球衛生的規畫與實際成果之間的嚴重落差。

以全球共同問題的分析框架來看當代全球衛生治理，我們便可發現，今日的全球衛生治理同時呈現出兩種並存的結構形式。一方面，全球衛生治理已是一個相當「去中心化」的狀態：行為者並立、議題治理零散、各種倡

議交錯。這種結構具有高度動態性和彈性，反映出全球衛生治理日趨複雜的本質。另一方面，我們仍可觀察到以世界衛生組織為核心的中心化治理架構依然存在，且作為各國間政策協調的正式平台依然扮演重要角色。這兩種趨勢同時存在，使得全球衛生治理呈現雙軌並行：一方面有自下而上的行為者網路，另一方面則有自上而下、以國際組織為核心的制度設計與規範制定。

台灣過去也有一些針對全球衛生治理的討論，例如黃芳誼（2016）曾分析過全球衛生治理的運作與發展，以整合型照護方案，普及性健保做為例子來介紹全衛生治理的困境。全球衛生治理的討論在 COVID-19 疫情之後也再度受到重視，以陳嘉新（2020）為例，他以 2020 年疫情初期為出發點，檢視全球衛生治理的既有現況與不足之處，並透過三種研究取徑——歷史性分析、國際政治經濟學觀察、以及全球化脈絡下的比較，指出世界衛生組織在面對突發疫情時的反應遲緩與協調困難，顯示現行全球衛生治理機制有待改革與強化。譚偉恩（2020）的研究同樣聚焦於 COVID-19 期間的國際合作困境，作者明確指出 WHO 在該次疫情中面臨的決策困難與政治壓力，並強調國際合作及多邊機制在面對緊急衛生事件時所顯露的種種侷限性。這些研究都指出了 COVID-19 疫情讓全球衛生治理的脆弱性與不完善之處現形，同時也喚起了國際社會對於強化全球衛生治理體系的反思。

綜合上述，全球衛生治理的學術討論已從早期以國家為單位的國際衛生約定、政策與援助研究，轉向關注多元行為者的跨國網絡互動，以及治理模式的多層次變遷。此中不僅有概念上的區分，如國際衛生與全球衛生的對照，也存在治理實務運作上的差異。當前學界不僅在探討全球衛生治理的理論與機制，同時也在實踐面上關切可行的改革方案與路徑，包括對世界衛生組織等既有組織的改革期許，以期提升其在面對全球衛生挑戰時的回應能力和協調效率。整體來看，學者們在嘗試綜合各種理論與實證研究已有一定的成果，然而，在全球衛生治理上還需要建立一個更有系統與脈絡化的分析框架，用以協助後續研究者更有效地理解全球衛生治理的狀態。

一、全球衛生治理—二乘二的架構

鑒於既有全球衛生治理的眾多討論中，研究取徑往往較為片段——或者聚焦於單一疾病（如 COVID-19、愛滋病），或者僅針對某一層級的組織（如世衛組織），抑或純粹分析政府與非政府行為者之間的互動。這些研究在各自領域都有所貢獻，但同時也顯示出一種概念整合上的不足：缺乏兼顧多元治理模式與議題性質的交錯現況。為了回應上述缺點，本文提出一個二乘二分析架構，從「中心化程度」（中心化／去中心化）與「衛生議題性質」（緊急／非緊急）兩個變項，歸納出四種類型，以更加系統性地探討全球衛生治理的複雜性與多元樣貌。

緊急程度 全球衛生治理	緊急：全球突發的健康安全（global health security）	不緊急：公共衛生議題（public health issues）
中心化的治理	第一類型 例如：發生急性傳染病時，『國際衛生條例』的規範	第二類型 例如：針對菸草議題的「菸草控制框架公約」
去中心化的治理	第三類型 例如：天災人禍出現時的急難需求。多由各式人道救援組織介入。	第四類型 例如：愛滋病，肺結核，瘧疾、肥胖、醫療體系改革等等問題，或伴隨其他發展議題，各式各樣的組織參與

圖 1：全球衛生治理的分析架構

在圖一的架構中，「第一類型」是指有中心化的全球治理規範，並處理緊急的衛生安全事務，像是以世界衛生組織為中心修訂『國際衛生條例』即為一例，利用制度性的規範、由已訂定的國際條約/協議來處理對人類可能

構成危害的任何病症或醫療狀況，最明顯的例子即於 2023 年 5 月 5 日宣布 COVID-19 作為國際關注的突發公共衛生事件已經結束的世界衛生組織的衛生治理過程。

第二類型則是指有中心化的全球治理規範，但在非突發性的衛生議題上。例如世界衛生組織為主導所制定的『菸草控制框架公約』（*WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2005, FCTC*）。菸害帶來了人類健康的危害，其影響已非單獨國家可以控制與應對，因此由世界衛生組織主導強化全球合作，並利用締結框架公約來規範各國的菸害防治政策。

第三類型是指在去中心化的治理上，處理突發性的、對全球衛生安全具威脅的情況。此時的治理的行為者與參與者非常多樣，像是人道救援組織等各式組織的介入，也有許多非政府組織彼此間相互串聯合作，例如有國際上有環球計畫（*Sphere Project, 1997-*）提供人道救援的自律與標準，不過其特徵是規範鬆散，尚未能產生具中心化與強制性、或普遍性的協調機制。

第四類型則是指去中心化的治理，所處理的是非突發性治理的衛生事務。相關的例子像是常見的全球公共衛生事務，例如愛滋病，肺結核，瘧疾、肥胖、醫療體系改革等等公衛議題。此類型的特徵包括了行為者多元且數量眾多，參與的形式相當複雜也多樣，且其治理並無特定規則或制度化，特徵是資源多半從已開發國家流向開發中國家。

第三類型與第四類型同為去中心化，差別在於處理的是否為突發性事件，這二種的行為者雖常常有所不同，但也會有重疊的情況。有一些專業的人道救援組織，例如無國界醫師，做為專業的協助者，經常出現在疫情爆發的地方，但是平時也在非緊急的衛生議題上有很高的能見度；又如前述，緊急與非緊急也不是一刀切的，有時一開始是緊急，但也正是因為這些救援組織的介入，很快地緩解後就變成了一般的公衛事件。

本架構有以下幾個優點：首先，它能提供一個較為系統化且可比較的分析角度。過去的研究或政策討論常以單一議題作焦點，缺乏區分不同治理機制的框架。此二乘二分類讓我們能對各種類型的重要特質進行梳理，也便於跨案例的對照研究。第二、此二乘二架構強調同時考量「中心化程度」與「議題緊急程度」，有助於脈絡化理解全球衛生治理。透過同時關照兩個

變項，能更精準地分析在不同緊急情況下中心化指揮的重要性，或日常議題中去中心化協調的彈性，從而為後續研究提供更具體的方向。第三、此架構有助在時間軸線上找到定位。在全球衛生治理的實際情況中，議題緊急度或治理模式並非靜態：同一事件在不同階段、不同地區可能呈現不同的情況。研究者與政策制訂者可透過此架構隨時確認治理特性與模式。這個架構可以協助未來的研究透過比較案例、比較地區等分析持續修正，進一步豐富我們對全球衛生治理之多樣性及面臨挑戰的認識。簡單地介紹了本文提出的框架之後，以下就不同的全球衛生治理類型，再多做說明。

參、去中心化的全球衛生治理

本文提出的「第四類型」——去中心化、日常性的全球衛生治理——是目前全球衛生實務中最常見的型態。為了理解這類型的成形脈絡，本段回顧歷史背景與組織角色的轉變，同時說明為何從二戰後的國際衛生合作到 21 世紀初，全球衛生治理逐漸走向碎裂、鬆散的多元格局。此回顧清楚顯示「日常性的去中心化治理」在四種類型框架中的位置與意義：它既對應世界衛生組織從主導地位逐步流失的過程，也反映已開發國家在國際衛生治理中透過多種機制繼續發揮影響力的事實。

回溯二戰後，世界衛生組織在技術層面主導了早期的國際衛生合作。世界衛生組織當時主要以疾病為單位，對開發中國家提供技術支援（Godlee, 1994a）。這種介入盡力迴避政治與文化爭議，讓世界衛生組織在最初以提供技術援助的角色取得正當性。在總幹事 Halfdan T. Mahler（1973-88）任內，世界衛生組織推動初級醫療保健與全民健康等帶有社會正義色彩的策略（Godlee, 1994a）。雖與美國主導的意識形態或有分歧，但世界衛生組織於 1960-70 年代在國際層次的衛生治理仍扮演一定的角色，且當時衛生領域的行為者並不算多，「國際合作」的基本框架為主要的治理模式。

然而，在 1988 年中島宏（Hiroshi Nakajima, 1988-98）出任世界衛生組織總幹事後，世界衛生組織的領導與財務困境相繼浮現。《英國醫學期刊》（*British Medical Journal*）曾在 1994 至 1995 年間刊出多篇文章，批評世界

衛生組織在區域辦公室與總部協調薄弱、作事無優先順序、缺乏整體方向感等（Godlee, 1994b, 1994c, 1994d, 1995）。當時的總編輯甚至以「改變或滅亡（change or die）」形容世界衛生組織的狀況，認為改革已無望（Smith, 1995）。世界衛生組織於國際衛生治理的缺位，很快地被世界銀行所取代。世界銀行自 1980 年代起以貸款與援助推動新自由主義改革，並在 1990 年代成為中低收入國家最大的衛生資金外部提供者（de Beyer, et al., 2000）。1993 年的世界發展報告《投資在健康上》昭示世界銀行踏足的企圖心，也顯示出國際衛生治理架構已從「世界衛生組織為核心」轉為更複雜的多邊組織介入。

值得注意的是，也就是在同時期，非政府組織與民間社會的力量也快速崛起（Salamon, 1994）。世界衛生組織與非政府組織在正式與非正式的交互關係下，世界衛生組織的角色逐漸被稀釋（Grigorescu, 2020）。此階段許多非政府組織以志工與慈善方式投入衛生議程，讓全球衛生合作從以往多邊參與中外溢到更廣泛、鬆散的國家與非國家行為者網絡。

進入 21 世紀之後，也可觀察到 G8 高峰會直接將衛生納入議程。鑒於全球疾病可能對已開發國家造成的威脅，另一方面也對世界衛生組織效率不彰感到失望，重要的已發展國家選擇直接介入（Kirton & Mannell, 2007）。在此背景下，G8/G7 成為衛生治理議程中的重要的行為者。例如 COVID-19 期間，2021 年英國舉辦的 G7 再次顯示了已開發國家主導全球衛生議程的現實。該會議強調預防、監測與財務承諾，也呼籲加強對其他國家脆弱衛生體系加以援助，再度證明已開發國家在資源與議程設定上的治理地位（European Council, 2021）。

在眾多行為者加入全球衛生治理之際，多元的公私部門合作愈發緊密。全球基金（Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria）於 2001 年成立，即刻意繞開世界衛生組織與聯合國體系，以新的方式處理三個重大衛生議題：愛滋病，結核病，以及瘧疾。而其他領域例如疫苗，2000 年成立的疫苗聯盟（Global Alliance for Vaccines and Immunization, GAVI）亦是透過公私整合模式來試圖解決製藥公司對低收入國家缺乏研發意願的問題。2020 年初面臨 COVID-19 時，GAVI 與世界衛生組織和其他組織共同推出 COVID-19 疫苗取得機制平台（COVID-19 Vaccines Global Access, COVAX）

平台，主張提升全球疫苗取得的公平性，也更顯示公私部門合作正成為全球衛生治理的新常態。

在全球衛生治理中，私部門的出現也不容忽視，私部門在全球衛生中的介入可分為基金會與跨國藥廠。以蓋茲基金會（Bill and Melinda Gates Foundation）為例，它不只將資金捐助於各式部門例如世界衛生組織，全球基金，它也資助研究單位、公私部門合作、藥廠、投入各國的衛生計畫，已模糊了公與私的界線（Harman, 2016; McCoy, et al., 2009）。不只如此，代表跨國企業利益的藥廠，也因背後牽動的國家產業政策與安全考量，藉由與公部門的合作，深度參與或鑲入全球衛生治理結構，使這個領域的合作與對抗更加複雜。

以上歷程顯示，全球衛生治理已經從傳統的「世界衛生組織主導」演變成多層次、多行為者交互影響的生態。對照去中心化的日常治理型態可見，世界衛生組織仍在，但在某些議題上僅退化成眾多行為者之一。從財務面觀察更可看到，世界衛生組織在 2016-17 年對會員國會費的依賴僅約 21%，其餘約 79% 資金來自捐助（Reddy, et al., 2018），大大弱化了它的影響力。在此背景下，越來越多的公私部門合作計畫與新組織相繼出現，促成了多方同時參與、彼此競合的碎片化秩序。

同時，早期國際衛生合作的歷史痕跡仍在，如已開發國家對開發中國家的衛生援助與資源輸出還在。這意味著在總體結構中，已開發國家仍握有技術、資金與話語權，其霸權色彩在多元行為者並存的表象背後依然存在。開發中國家礙於資源與體制不足，必須仰賴外部支援，也因此強化了「北方主導、南方接受」的長期格局。雖各捐助國努力降低對開發中國家施給的姿態，但資金與技術輸送始終保持不對稱關係。

這些脈絡顯示，當前全球衛生治理已經不再是傳統的雙邊或多邊，而本文提出，這樣的去中心化，是一種用融合磚（hybrid tiles）進行拼貼（mosaic）的治理結構。此結構並不完全等同於 McInnes 等人（2014）所稱的拼裝式（patchwork）的治理，因為拼裝並不足以描繪在全球治理結構中，你泥中有我，我泥中有你的混雜糾結。也就是說，這種從「傳統多邊」走向「融合磚拼貼」（hybrid mosaic tiles），並在權力佈局與財務結構之下，生成一個去

中心化又相互交織的複雜體系。去中心化不僅為自然生成的鬆散網絡，它還來自多重行為者的競爭和重組，並且延續傳統援助體系所留下的北強南弱結構。從此可見，去中心化日常治理不只是簡單的「無統一機制」狀態，而是生成於已開發國家主導、資金流動格局相對穩定、眾多公私行為者拼貼組合的結構。

這段發展的脈絡之所以在本文所強調的四類型分析框架中不可或缺，是因為透過回顧世界衛生組織的角色演變與多元行為者的出現，我們才能理解去中心化成為常態的政治與經濟邏輯，也才能看清「第四類型」在當前全球衛生治理全局中的特殊地位與侷限性。

肆、中心化的全球衛生安全治理

在本文所提出的四種類型架構中，「第一類型」是指因應全球突發公共衛生事件時所採取的「中心化治理模式」。這與前述「第四類型」——去中心化且日常性的全球衛生治理——有著顯著的差異：前者強調在面對重大且急迫的衛生威脅時，需要一個能迅速整理資訊、協調行動並領導各國合作的機制。就此而言，『國際衛生條例』之下的世界衛生組織角色，最能展現中心化治理的制度運作方式。本段利用回顧『國際衛生條例』的背景與實例來說明並強調四種類型在理論與實務上的差別，透過具體制度及治理爭議的探討，更能理解「第一類型」之所以被定位為中心化治理模式的原因，以及它在過去的重大疫情中所發揮的作用。

現行『國際衛生條例』的前身，最早可追溯至 1951 年的『國際公共衛生條例』，當時重心是避免疾病傳播影響國際交通與貿易。『國際衛生條例』在 1973 年和 1981 年曾做過小幅調整，但直到 2005 年，為因應全球化時代的新興傳染病威脅，才進行大規模修訂。2005 年的修訂被視為 19 世紀中葉以來衛生國際法範疇的重大改變（江素惠 & 楊哲銘，2008）。『國際衛生條例』的修正除延續原有的疾病監測與防範設計，更賦予締約國在監測、通報、應對、合作等層面的義務，正如依照『國際衛生條例』所揭櫫的，其目的與範圍是「以針對公共衛生風險，同時又避免對國際交和貿易產生不必

要干擾的適當方式，預防、抵禦和控制疾病的國際傳播，並提供公共衛生應對措施（World Health Organization, 2008）。世界衛生組織在形式上有了「中心」的地位：一旦有疫情在任一國家出現並可能威脅全球，人們期待世界衛生組織能透過『國際衛生條例』架構，整合國際資源、發布警示、協調行動，以快速抑制疫情擴散。從這個角度看，「第一類型」在設計上確能突顯權威集中、決策迅速以及跨國協同的特性，和長期、日常問題採取的「第四類型」形成鮮明對比。

2005 年的『國際衛生條例』修訂中，設置了「國際關注的突發公共衛生事件」（Public Health Emergency of International Concern, PHEIC）的機制。這套制度設計賦予世界衛生組織很大的權限：在個別國家未能（或不願）主動通報疫情的情況下，世界衛生組織理論上可依據其他管道取得證據，並在透過「突發事件委員會」（Emergency Committee）的評估後，由總幹事直接宣佈 PHEIC。這意味著世界衛生組織得以在國家主權之外主動發出警示，希望激發快速的國際合作與資金挹注。若僅從條文本身來看，這種中心化治理模式顯然相當激進，甚至被質疑可能影響傳統的國家主權。各國同意這種安排，部分原因在於相較於維持單打獨鬥的防疫模式，透過『國際衛生條例』向世界衛生組織移轉部分權力，期能換取在突發狀況下即時的協助。換句話說，這種中心化的治理藍圖，就是在面對重大疫情，由世界衛生組織統籌，及早且明確地發布訊息，並在各國聯手合作下減少疫情對貿易與交通往來的不必要干擾。然而，實際操作中的種種爭議卻面臨困境。

2009 年的 H1N1 流感疫情是 PHEIC 上路後的第一場考驗。世界衛生組織於首例出現後僅一個月便宣佈 PHEIC，初衷在於迅速喚起國際警戒，但事後卻被許多學者與媒體批評為引發無謂恐慌，且指稱世界衛生組織在宣佈 PHEIC 與歐美國家疫苗預購計畫之間存在利益衝突（Lakoff, 2017）。此舉使世界衛生組織公信力大受打擊，也顯示理想中的中心化治理在面臨高度政治與商業脈絡時，可能面對外界質疑的壓力。

2014 年西非伊波拉疫情則呈現另一面向：世界衛生組織被批評反應過慢，延誤了疫情遏制的黃金時機。雖然『國際衛生條例』理論上給予世界衛生組織宣佈 PHEIC 的權力，但實際決策過程卻可能因世界衛生組織本身的

行政層級、各方利益掣肘以及資源匱乏等因素而顯得遲疑，後續的檢討報告更直接質疑世界衛生組織在技術與政治領導面的雙重失能（Moon, et al., 2015）。

2019 年剛果伊波拉疫情再度讓世界衛生組織的權威面臨挑戰，Fidler（2019）即認為突發事件委員會在這過程中的反覆動搖已損及『國際衛生條例』的專業性與正當性。至於 COVID-19 在 2020 年初全球蔓延，世界衛生組織第一次召開突發事件委員會時並未宣佈 PHEIC（世界衛生組織，2020a），僅相隔幾天後的第二次會議才改口，其過程亦遭外界強烈批判，認為世界衛生組織不但錯失最佳反應的時機，在聲明中也對中國表達讚揚（世界衛生組織，2020b），令許多人質疑其行動與政治考量以致於影響決策。可見中心化治理雖擁有制度優勢，但在多邊政治、利益分配與資訊正確性等變數的干預下，難以順利運作。

如果把這些案例對照到「第四類型」（非緊急、去中心化治理）就能看出明顯區別。去中心化治理傾向行為者眾多，議程分散；反觀第一類型強調的是由一個具中心化的組織來擔任權威核心，寄望快速決策與高效動員。若先不論治理的成效，本架構將治理做適當的分類，即可顯示四種類型之間的對比：「第四類型」的治理方式，主要以日常、碎片化方式，在急迫的全球衛生危機下可能效率不足，而「第一類型」的中心化模式則具有理論上的行動力與權威性，但是在實務上還有各式的包括可行性的挑戰，包括非洲國家疾病監測和應對的能力（Talisuna, et al., 2019）。本文將這些歷史過程納入討論用以說明：第一類型不僅是抽象的分類，更在實務上可以總結經驗。透過檢視『國際衛生條例』及 PHEIC 的設計初衷、演變和衝擊，更能具體呈現「中心化治理」的要義、以及它如何衍生爭議、又如何補足其他類型無法及時因應全球緊急事件的可能缺失。

而這一小節中，以『國際衛生條例』、PHEIC、世界衛生組織的經驗做為案例，其歷史脈絡可以彰顯「第一類型」的核心特色：制度化、相對集中、強調統整資源。這個分類有助於將抽象概念與實際困境做更清楚的呈現，中心化的治理雖然理想，但困境也不少，包括權威發布時機的拿捏、科學判斷的準備性，以及政治力干預的拉扯、利益衝突的醞釀以及各締約國是否

基於主權原則而不退讓。從這個分類即可看出，中心化治理並非萬靈丹，它經常在危急時刻面臨信任度、資源調度，還有各國配合意願與能力等種種難題。對照「第四類型」所描述的去中心化、眾多行為者並存的日常治理形式，我們能更明白看到在突發與非突發場域中，各自所需、所擅長及所缺乏的政策工具與實際動員方式。這正是四種類型分析框架的優點：它讓我們在眾多不同行為者、複雜結構與動態治理現象中，能依據不同的緊急情況與組織配置，進行較有系統的比較與分析。

伍、中心化的非緊急公共衛生議題

菸害防治是全球衛生治理中一項非緊急、卻對公共衛生長期造成重大影響的議題。與傳染病爆發的急迫性不同，菸害屬於慢性且影響疾病負擔甚鉅的公共衛生問題。在全球化時代，各國雖意識到菸草造成的危害，但有些國家因經濟利益、政策優先順序、跨國菸草公司的產業遊說、甚至文化因素等，往往難以單靠個別國家的努力取得成效。許多國家在菸草控制上各自為政，導致防治措施不一致，弱化了整體效果。

面對這種長期而非緊急的衛生挑戰，全球衛生治理在菸害防治上出現了本文分析架構中第二種類型——「中心化的非緊急」公共衛生議題治理模式。這與前述以傳染病為例的突發事件治理形成對比。在此型態下，一個具法律約束力的國際條約作為整合的平台，使各國分散的努力得以集中與強化。世界衛生組織於 2003 年推動通過『世界衛生組織菸草控制框架公約』（*WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC*），並於 2005 年正式生效，標誌著全球在非緊急議題上朝向中心化治理邁進的里程碑。截至 2023 年，已有 182 個國家加入 FCTC（WHO, 2023），顯示該公約已取得相當廣泛的正當性與接受度。

FCTC 成為全球衛生治理史上第一個具有法律約束力的公共衛生條約，透過此中心化的治理機制，各國在菸害防治政策上的「最低標準」得以建立，像是要求締約方實施價格與稅收政策提高菸品價格、全面性禁菸、嚴格廣告與促銷限制、以及警示標示規定等。這些政策並非僅是建議性意見，而

是締約國在法律義務上的承諾，使得全球衛生治理從鬆散的多邊合作轉向更具強制力和整合性的模式。FCTC 的成功之處，也在於賦予公約秘書處統籌、協調和監測的權力，並透過定期召開締約方會議（Conference of the Parties, COP）提供決策平台。各締約方透過此平台制定具體指導方針、補充議定書（如『消除菸草製品非法貿易議定書』*Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products, 2012*）與技術支援計畫，進而強化全球範圍內的一致性行動。

這種中心化架構有幾個值得注意的特點，首先，FCTC 透過法律層次的介入，使得國家在面對跨國菸草產業遊說與貿易壓力時，擁有更強的政策正當性與國際非政府組織的支持（Mamudu & Glantz, 2009）。此外，由於有明確的制度化治理平台，公約締約方在公共衛生領域的溝通、知識交換與執行監測皆更為順暢。這不僅提升了全球衛生治理的協調能力，也減少了政策實施的變異性和不確定性，而且，在國家層次的立法也有非常大的影響（Lee, 2017）。

相較於其他非緊急的全球衛生治理案例，例如愛滋病的全球防治雖有 UNAIDS 作為協調機構，但在法制化程度、約束力上遠不及 FCTC。UNAIDS 的模式多仰賴倡議、指導原則與資金援助來影響各國政策，欠缺 FCTC 所提供的法律架構與國際條約地位。FCTC 可透過明確的條文與原則，讓各國調整政策成為可能，同時並提供評估、監測與比較的標準，實現中心化治理的精神。

在本文提出的分析架構下，FCTC 做為一個例子，呈現出中心化治理在非緊急議題上的制度優勢，透過本文提出的分類（中心化/去中心化、緊急/非緊急），研究者與政策制定者得以從制度設計（法律約束力、公約秘書處的角色）、行為者配置（締約國的政策協調、公私部門的互動）、以及治理成效（政策落實度、菸害防治成果）等多重面向進行分析。利用本架構的協助，我們更容易辨識 FCTC 所代表的治理模式，了解其優缺點，這個架構讓我們得以將菸害防治的成功與不足，置於整個全球衛生治理現況中。而透過此架構，我們能將菸害防治與同屬中心化體系下的其他非緊急性議題相互比較，從而獲取經驗。例如，我們還可以探討：FCTC 的條約性質、秘書處

角色與締約方會議頻率，是否有助於維持政策一致性並減少各國間標準的差異？又或是，是否可以從 FCTC 的經驗中，複製一些成功要素到其他相對分散、缺乏約束力的非緊急衛生議題治理中？也就是說，本文提出的架構並不僅是理論上的分類工具，也能在實務中幫助我們理解、評估並改進全球衛生治理策略的有力分析架構。

陸、緊急的去中心化治理機制

本文提出的第三類型為「緊急的、去中心化」的全球衛生治理機制，此一類型與前述的中心化治理（無論是突發性事件還是非突發性的議題）形成鮮明對比。當面臨天災或人為災害引起的急難衛生需求時，全球治理並無一套具強制力、全面性且單一權威的中心機制加以整合，反而有各式各樣的行為者在動態情境中參與。這些行為者包括各國政府單位、國際組織（如聯合國難民署、世界糧食計劃署）、大量的非政府組織、基金會，以及專門從事人道救援的團體（如無國界醫生、紅十字會）。在這樣的治理場域中，參與者進出頻繁、角色多元，且缺乏單一的制約機制，該治理模式的特色具有高度的去中心化特徵。

在這種情境下，緊急援助的性質使各行為者必須立即回應緊急需求，迅速部署人力、物資與技術支援。但由於參與者立場、組織文化與資源條件各不相同，往往難以形成一個穩定且具有強制力的全球性治理框架。相較於第一類型（如『國際衛生條例』）與第二類型（如 FCTC）所展現的法律規範與中心化管理機制，此處的合作顯得較為零散的、自發性的，且依賴行為者間的默契與臨時調度。

然而，即使在如此鬆散的架構下，長期的人道救援經驗使行為者逐漸嘗試建立若干初步的規範與準則。環球計畫便是此類嘗試的典型例證。自 1998 年起，以『人道救援憲章』（*Humanitarian Charter*）為起點，環球計畫在水資源、營養、糧食援助、居住與衛生服務等幾個關鍵領域提出一系列最低標準，並透過培訓、手冊修訂以及跨組織合作，來提升人道行動的品質與倫理基準（Sphere Association, 2018）。Deloffre（2022）認為，環球計畫不僅是

技術性標準的制定過程，更是一種反思性問責機制的表現，其核心特徵包括集體參與、改變權力關係和促進長期社會變革。環球計畫在 2004 年推出第二版手冊後，又在 2015 年與多個人道救援機構深化合作，2016 年轉型為以會員為基礎的獨立非政府組織，試圖進一步鞏固其準則的國際接受度。其後也持續更新其手冊，使其更加完善。

儘管環球計畫代表了這種去中心化治理嘗試自我規範化的一步，但還是出現了不少的局限性。首先，緊急援助行動的異質性極高，不同的災害（如地震、颱風、人為災害）所需的援助要點迥異，使得統一標準很難精確適用於各種情況。第二，行為者組成高度動態，國際非政府組織、政府機構與私部門進出不斷，合作網絡自然隨事件發展而改變，很難像『國際衛生條例』或 FCTC 一樣，透過條約或定期會議形成穩定的國際法制架構。

然而，正是在此不穩定與分散的治理模式，更顯出本文所提出的分類架構所提供的分析價值。透過「中心化/去中心化」及「突發/非突發」兩個變項，我們得以將「緊急的、去中心化」的全球衛生治理機制區隔出來，並據此探討其特有的問題與特徵。在本架構中有助我們理解為何治理成果呈現高度的不確定性與彈性。一方面，突發事件的急迫性要求迅速回應，無法等待複雜的多邊談判或正式法律架構的生效；另一方面，去中心化的特性意味著行為者多元、權力分散，難以透過單一統領機構實施一致性的政策和標準。這個架構優點在於易於做類型比較，例如，將第三類型與其他類型相比，可明確看出其挑戰所在，相較於 FCTC 等中心化的非緊急議題，環球計畫這類去中心化倡議的執行力較弱，但彈性更高、適應性更強。此外，若將研究焦點放在去中心化的體系裡，可討論如何藉由更健全的資訊共享平台、加強後勤與資金流動機制，以及提升受災國家本地組織的能力，來提高合作，使學者與實務者更系統地觀察各行為者在治理網絡中的角色，避免陷入碎片化狀態。利用此架構也可協助組織決策，例如若希望強化環球計畫手冊的影響力，必須同時考量此類型組織的特質及國際行為者的多元化，在不違反彈性的前提下，以適當的協商來增進準則的被接受度與適用性（Hoffman & Silverberg, 2018）。

總體而言，第三類型的「緊急、去中心化治理」展現出全球衛生治理體

系的另一面向，即在非制度化、行為者眾多、標準碎片化的背景下，仍存在自發性的標準與規範。本文所提出的分析架構，協助我們在錯綜複雜的國際衛生行動中辨識特定類型的特質、挑戰與改善空間，得以更具條理地對此一類型進行分析。藉此，我們更能看清全球衛生治理的多元全貌，並在有條理的認知基礎上尋求進步的機會。

柒、討論與結論

針對全球衛生治理的多元與混雜狀態，本文提出了一個「二乘二」的分析架構。此架構以「中心化／去中心化」以及「緊急／非緊急」作為兩條主要軸線，將全球衛生治理現狀類型化為四種類型。此舉有助於從多樣而零散的治理議題中找出脈絡清晰的分類，使研究者與政策制定者得以在同一理論視野下整合、比較不同類型的治理模式，並更全面地理解全球衛生治理的整體結構。本文的貢獻在於跳脫過去只聚焦單一面向或特定議題的研究取徑，嘗試在總體層面構建一張「地圖」，將當前複雜的全球衛生治理情境分門別類，並同時關照制度規範的強弱、行為者的多元程度以及議題的迫切性。

透過此「2x2」框架，我們可將既有研究中的標的對號入座。例如，『國際衛生條例』，代表著在面對突發健康安全威脅（緊急）的中心化治理實例；菸草控制框架公約則展現一種非緊急但中心化的全球治理模式；人道救援工作則屬於緊急且去中心化的治理情境；而針對非傳染性疾病或衛生體系改革等議題的策略，則多半落在非緊急、去中心化的領域。透過將這些不同的治理狀況放入同一框架，研究者可以更有條理地比較、分析、以及理解全球衛生治理的運作邏輯。

換言之，本文所提出的架構不只是描述性的工具，更是解釋和評估的分析基礎。從解釋的角度來看，過往的研究常聚焦於個別事件或議題，難以在同一視野下比較各式理策略之間的差異與共通點。透過這個框架，學者得以進行跨類型的比較研究。例如，在第一類型（緊急、中心化）的情境中，可探討面對新興傳染病時，中心化體系所產生的決策延誤和其結構性因素

為何；在第二類型（非緊急、中心化）中，可分析 FCTC 之類的條約在國家政策制定和執行上的成效與挑戰；第三類型（緊急、去中心化）則讓我們能思考在人道救援情況下，行為者如何建立自我規範，透過合作與標準化提升治理品質；而第四類型（非緊急、去中心化）則能檢視非傳染性疾病與衛生改革議題中，行為者如何在缺乏單一權威的分散網絡中協商形成長期共識。透過這些實例可見，本架構為未來研究提供方向，研究者可透過案例歸納規律，進而補強既有理論，或評估國際政治經濟理論對合作成效的預測。

此外，本文的框架也對政策與實務提供啟示。對政策制定者而言，分類清晰的架構能協助更精準地定位本國在全球衛生治理體系中的角色，並為參與策略與優先事項的訂定提供方向。以台灣為例，面對屬於緊急且中心化（第一類型）的國際健康安全威脅（如新興傳染病），若無法直接納入『國際衛生條例』框架中，台灣有必要繞道取得所需資訊，同時強化國內公共衛生能力，以適時應變。在此情境下，理解中心化機制下的國際治理結構與運作，可以讓台灣更靈活地在外交和實務行動中有所準備。

再如面對非緊急但中心化的議題（第二類型）如 FCTC，台灣可藉由預先理解國際法制架構，在國內建立相應標準與政策，以在此法制化且具穩定結構的領域中尋求發揮影響的空間。至於緊急、去中心化的第三類型（如人道救援），由於缺乏單一權威與明確規範，台灣可加強與國際非政府組織及救援行動者的合作，藉由提出標準、培訓技能或資源共享，形成典範，提昇本身在此鬆散網絡中的話語權。最後，在非緊急、去中心化的第四類型（如非傳染性疾病或衛生體系改革），台灣身為一個資源豐富且具改革經驗的行為者，可以透過建立國際研究合作網絡，融入多元利害關係人的協商平台，推廣成功案例與知識，進而在全球衛生治理脈絡中累積影響力。

綜上所述，本架構可作為政策擬定的參考工具。當國家或行為者瞭解所處全球衛生治理類型的特質，便能有效分配外交資源與衛生能力，加強自身國際合作的優勢與策略，並在需要時具備應對治理脈絡。對於政府部門而言，面對中心化體系，加強正式外交溝通與制度銜接能力；面對去中心化體系，則強化合作關係與網絡交流，以靈活彈性置身於多元行為者之列。換言之，本架構在實務上有助於制定相對應的全球衛生參與策略。

本文的二乘二架構之貢獻有二：其一是提供一分析空間，使研究者可在理論上進行比較、評估和整合，以利找出隱含的規則；其二是在實務層面，為決策者提供判斷全球衛生治理脈絡的工具，有助於在資源有限情況下有效分配，並找到最適合的參與模式。未來的研究與實務應用可在此架構下分析特定案例，隨著時間和國際格局變遷，研究者可透過不斷比較、修正和補充，使此架構更臻成熟，並在面對未來全球衛生挑戰時，有助於提供清晰的洞察。

參考文獻

- 世界衛生組織，2020a。〈關於新型冠狀病毒（2019-nCoV）疫情的《國際衛生條例（2005）》突發事件委員會會議的聲明 2020 年 1 月 23 日〉
（[https://www.who.int/zh/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/zh/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))）（2024/7/7）
- 世界衛生組織，2020b。〈關於 2019 新型冠狀病毒疫情的《國際衛生條例（2005）》突發事件委員會第二次會議的聲明 2020 年 1 月 30 日〉
（[https://www.who.int/zh/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/zh/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))）（2024/7/7）
- 江素慧、楊哲銘，2008。〈新修訂之國際衛生條例（2005IHR）對國家主權的影響〉《全球政治評論》24 卷，頁 23-46。
- 陳嘉新，2020。〈由 COVID-19 看全球衛生治理〉《科技醫療與社會》30 期，頁 257-65。
- 黃芳誼，2016。〈全球衛生治理的運作與發展〉《新社會政策》46 期，頁 90-102。
- 譚偉恩，2020。〈病毒跨境傳染下的全球衛生治理：以 2020 年 COVID-19 之疫情擴散為例〉《全球政治評論》70 期，頁 55-86。
- Calcagnotto, Gilberto. 2007. "Consensus-Building on Brazilian HIV/AIDS Policy: National and Global Interfaces in Health Governance," in Wolfgang Hein, Sonja Bartsch, and Lars Kohlmorgen, eds. *Global Health Governance and the fight against HIV/AIDS*. pp. 172-201. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- de Beyer, Joy A., Alexander S. Prekeret, and Richard G.A. Feachem. 2000. "The Role of the World Bank in International Health: Renewed Commitment and Partnership." *Social Science and Medicine*, Vol. 50, No. 2, pp. 169-76.
- European Council. 2021. "G7 Leaders' Communiqué: Our Shared Agenda for Global Action to Build Back Better." (<https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2021/06/13/2021-g7-leaders-communiqué/>) (2024/07/07)
- Fidler, David. P. 2019. "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 and International Health Law and Policy*, Vol. 14, pp. 287-330.

- Gates Foundation (<https://www.gatesfoundation.org/Who-We-Are/General-Information/Foundation-Factsheet>) (2024/7/7)
- Godlee, Fiona. 1994a. "WHO in Retreat: Is It Losing Its Influence?" *British Medical Journal*, Vol. 309, No. 6967, pp. 1491-95.
- Godlee, Fiona. 1994b. "WHO in Crisis." *British Medical Journal*, Vol. 309, No. 6966, pp. 1424-28.
- Godlee, Fiona. 1994c. "The World Health Organization. The Regions--Too Much Power, Too Little Effect." *British Medical Journal*, Vol. 309, No. 6968, pp. 1566-70.
- Godlee, Fiona. 1994d. "WHO at Country Level: A Little Impact, No Strategy." *British Medical Journal*, Vol. 309, No. 6969, pp. 1636-39.
- Godlee, Fiona. 1995. "WHO's Special Programmes: Undermining from above." *British Medical Journal*, Vol. 310, No. 6973, pp. 178-82.
- Grigorescu, Alexandru. 2020. *The Ebb and Flow of Global Governance: Intergovernmentalism versus Nongovernmentalism in World Politics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Deloffre, Maryam. 2022. "The Sphere Project: Imagining Better Humanitarian Action through Reflective Accountability Institutions and Practices," in Katja Freistein, Bettina Mahlert, Sigrid Quack, and Christine Unrau, eds. *Imagining Pathways for Global Cooperation*, pp. 147-69. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited.
- Harman, Sophie. 2016. "The Bill and Melinda Gates Foundation and Legitimacy in Global Health Governance." *Global Governance*, Vol. 22, pp. 349-68.
- Hein, Wolfgang, Sonja Bartsch, and Lars Kohlmorgen. 2007. *Global Health Governance and the fight against HIV/AIDS*. New York: Palgrave Macmillan.
- Kickbusch, Ilona, and Martina Marianna Cassar Szabo. 2014. "A New Governance Space for Health." *Global Health Action*, Vol. 7, 23507 (DOI: 10.3402/gha.v7.23507).
- Kirton, John J., and Jenevieve Mannell. 2007. "The G8 and Global Health Governance," in Andrew Cooper, John Kirton, and Ted Schrecker, eds. *Governing Global Health: Challenge Response, Innovation*, pp. 115-46. Aldershot: Ashgate Publishing.
- Labonté Ronald. 2018. "Reprising the Globalization Dimensions of International Health." *Global Health*, Vol. 14, 1, 49 (DOI: 10.1186/s12992-018-0368-3).
- Lakoff, Andrew. 2017. *Unprepared: Global Health in a Time of Emergency*.

- Berkeley: University of California Press.
- Lee, Sun Goo. 2017. "Assessing Impacts of the WHO FCTC on National Legislations: A Case Study of the Republic of Korea." *Health Policy*, Vol. 121, No. 6, pp. 604-12.
- Lee, Kelley, and Adam Kamradt-Scott. 2014. "The Multiple Meanings of Global Health Governance: A Call for Conceptual Clarity." *Global Health*, Vol. 10, 28 (DOI: 10.1186/1744-8603-10-28).
- Mamudu, H. M., and S. A. Glantz. 2009. "Civil Society and the Negotiation of the Framework Convention on Tobacco Control." *Global Public Health*, Vol. 4, No. 2, pp. 150-68.
- McCoy David, Gayatri Kembhavi, Jinesh Patel, and Akish Luintel. 2009. "The Bill and Melinda Gates Foundation's Grant-making Programme for Global Health." *Lancet*, Vol. 373 No. 9675, pp. 1645-53.
- McInnes, Colin, Adam Kamradt-Scott, Kelley Lee, Anne Roemer-Mahler, Simon Rushton, and Owain David Williams. 2014. *The Transformation of Global Health Governance*. London: Palgrave Macmillan.
- Moon, Suerie, Devi Sridhar, Muhammad A Pate, Ashish K Jha, Chelsea Clinton, Sophie Delaunay, Valnora Edwin, Mosoka Fallah, David P Fidler, Laurie Garrett, Eric Goosby, Lawrence O Gostin, David L Heymann, Kelley Lee, Gabriel M Leung, J Stephen Morrison, Jorge Saavedra, Marcel Tanner, Jennifer A Leigh, Benjamin Hawkins, Liana R Woskie, and Peter Piot. 2015. "Will Ebola Change the Game? Ten Essential Reforms before the Next Pandemic. The Report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola." *Lancet*, Vol. 386, No. 10009, pp. 2204- 21.
- Reddy, Srikanth K., Sumaira Mazhar, and Raphael Lencucha. 2018. "The Financial Sustainability of the World Health Organization and the Political Economy of Global Health Governance: a Review of Funding Proposals." *Global Health*, Vol. 14, 119 (DOI: 10.1186/s12992-018-0436-8).
- Salamon, Lester M. 1994. "The Rise of the Nonprofit Sector." *Foreign Affairs*, Vol. 73, No. 4, pp. 109-22.
- Sphere Association. 2018. *The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*, 4th edition. Geneva: Sphere Association.

Smith, Richard. 1995. "The WHO: Change or Die." *British Medical Journal*, Vol. 310, No. 6979, pp. 543-44.

Talisuna, Ambrose, Ali Ahmed Yahaya, Soatiana Cathycia Rajatonirina, Mary Stephen, Antonio Oke, Allan Mpairwe, Amadou Bailo Diallo, Emmanuel Onuche Musa, Daniel Yota, Freddy Mutoka Banza, Roland Kimbi Wango, Nathalie Amy Roberts, Rajesh Sreedharan, Nirmal Kandel, Adrienne May Rashford, Linda Lucy Boulanger, Qudsia Huda, Stella Chungong, Zabulon Yoti, and Ibrahima Soce Fall. 2019. "Joint External Evaluation of the International Health Regulation (2005) Capacities: Current Status and Lessons Learnt in the WHO African Region." *BMJ Global Health*, Vol. 4, e001312 (DOI: 10.1136/bmjgh-2018-001312).

World Health Organization. 2008. *International Health Regulations (2005)*, 3rd ed. Geneva: World Health Organization.

A Typology of Global Health Governance

Liang-Yin Hsu

Department of Public Health, Tzu Chi University, Hualien, TAIWAN

Abstract

This article presents a two-by-two analytical framework to discuss global health governance, aiming to organize the existing order of current global health governance. The article points out that there are currently two prevailing modes of governance: “decentralized” health governance and “centralized” global health security governance. These modes can further be divided based on the urgency of the issue, resulting in four distinct types of global health governance. Using this framework, the paper illustrates its applicability and explanatory power through various health-related examples. The proposed framework provides a practical analytical tool for exploring the diverse developments in global health governance.

Keywords: global health governance, World Health Organization, global health security.