

新修訂之國際衛生條例(2005IHR)對國家主權的影響

The Revised International Health Regulations and its Impact on State Sovereignty

江素慧 *Chiang, Su-hui*

國家衛生研究院衛生政策研究獎助學者

Health Policy Research Fellowship Award Scholar,

National Health Research Institute

楊哲銘 *Yang, Che-ming*

行政院衛生署國際合作處處長

Director-General of Bureau of International Cooperation,

Department of Health

摘要 / Abstract

在全球化的時代下，頻繁與無障礙的貨物及人員交流，使得單獨或區域性的公衛危機十分迅速地擴散蔚為國際性的重大事件。國際社會對於全球衛生健康議題愈來愈重視，國際衛生條例(IHR)作為重要的國際衛生法其地位與角色便在“疾病全球化”的趨勢之下，日益突顯。有鑒於此，國際上對於1951年適用至今的國際衛生條例逐漸出現修正與調整的呼聲。目前大多數對於近

期 IHR 修訂的探討多集中在全球衛生危機管理並且比對新舊條文內容的差異。然而任何一種國際法的修訂，除了其所標榜欲獲致各項的良善結果之外，對於各會員國必定會造成不同程度的影響，其原因即在於各會員國的政治體制、本身的能力以及利益考量皆有差異。而部份會員國便對於新修正之國際衛生條例可能對各該國主權的侵犯產生疑慮。關於這部份的討論似乎較受忽視。本文首先探討多邊主義與國家主權的關係；接著介紹多邊主義對全球健康領域的影響與衝擊並討論新舊 IHR 的差異以及新版 IHR 中的規定所引起部份會員國對主權議題的關切；最後，則簡要介紹我們的因應策略。

In the age of globalization, infectious diseases can easily cross national boundaries and regional epidemic can easily develop into an international crisis. Therefore, the international community is paying more attention to global health issues than before. Globalization of infectious diseases compels the international community to consider the reasonable and effective governance of public health, and the outdated International Health Regulations (IHR) in 1969 becomes the target of revision. The revised IHR has in many ways fulfilled the need of the international community to deal with the serious public health threats, but it also raised the sovereignty concern in some member states. This article first addresses the relationship between the multilateral agreement and the state sovereignty, and secondly, introduces the impacts of multilateral agreements on global public health and the concern of the member states when the revised IHR enters into force. Finally the paper presents the coping measures of the Taiwanese government.

關鍵詞：國際衛生條例、多邊主義、主權、國際衛生合作、傳染病、全球化

Keywords: International Health Regulations (IHR), Multilateral Agreements, State Sovereignty, International Public Health, Infectious Disease, Globalization

壹、前言

國際衛生條例(International Health Regulations, 以下簡稱 IHR)是由世界衛生組織(World Health Organization, 以下簡稱 WHO)支持所採納的一種具法律拘束力的規定,並且是最早針對傳染病做全球監測(globe surveillance)的多邊規範之一。WHO 屬於多邊主義(multilateralism)下的國際組織,則 IHR 既是一種多邊協定(multilateral agreement),也是一種國際法律(international law)。

在全球化的時代下,頻繁與幾乎無障礙的貨物與人員交流,使得單獨或區域性的公衛危機十分迅速地擴散蔚為國際性的重大事件。國際社會對於全球衛生健康議題愈來愈重視,IHR 作為重要的國際衛生法(或更精確一點說,國際傳染病防治法)其地位與角色便在「疾病全球化」的趨勢之下,日益突顯。有鑒於此,國際上對於 IHR 的修正與調整呼聲漸起。目前大多數對於近期 IHR 修訂的探討多集中在全球衛生危機管理(global health risk management)並且比對新舊 IHR 的差異。¹然而任何一種國際法的修訂,除了其所標榜的欲獲致各項良善結果之外,其實對於各會員國一定會造成不同程度的影響,其原因即在於各會員國的政治體制、本身的能力以及利益考量皆有差異。部份會員國便對於新修正之 IHR 可能對各該國主權的侵犯產生疑慮。關於這部份的討論似乎較受忽視,本文的目的即在於梳理與呈現相關的論點。

首先,本文探討多邊主義與國家主權的關係;介紹多邊主義對全球健康領域的影響與衝擊(因為傳染病的全球化發展,必須要多邊、全球性的協調與合作,另外許多與經貿相關的多邊組織及其協定也逐步侵入衛生健康領域中);接著,也是本文的重點,則是討論新舊 IHR 的差異以及新版 IHR 中的規定所引起部份會員國對主權議題的關切;最後,則分析新版 IHR 對台灣的意義為何。由於我國並非 WHO 之會員國,因

¹ 修正前的 IHR 以下簡稱 1969IHR,2005 年修正後的簡稱 2005IHR,合先敘明。

此我國對於新版 IHR 的回應自然與其他會員國的考量不同。

貳、多邊主義、多邊協定與國家主權

在國際關係中，何謂的多邊主義(或是多邊協定、多邊組織)意指多個國家對於某項議題的商議與協調行動。²在此意義之下，多數的國際組織都是多邊性的，例如二次大戰後成立的聯合國，還有接續成立地一連串多邊組織像是世界貿易組織(World Trade Organization，以下簡稱 WTO)、世界銀行(World Bank)、WHO 等等。而這些多邊組織或機構所協議制定與通過的條約或規範也屬國際法的範疇。冷戰結束之後，多邊體系遭遇許多的挑戰，其中最主要的問題在於強權國家，例如美國，對於多邊體系中的過程多所質疑，並經常不願配合。美國在後冷戰時代無論在軍事或經貿領域內都已經獨占鰲頭，也因此它對於多邊體系內的決策結果，在牽涉到或損及美國利益時，經常是杯葛或否定的。³儘管如此，國際關係中多邊主義的興起或是多邊組織的成立仍然前仆後繼，各國都不會等閒視之。如此興盛的現象必有其理由。國際間熱中於多邊協定的原因在於，國際事務的複雜化，無論全球經濟、政治、軍事、環境的變遷與發展所產生的問題都需要透過多邊體制或多國的參與及凝聚共識才能解決。多邊組織或協定一方面調和差異解決爭端，一方面建立國際共同之規範。另外，部分多邊協議揭櫫所有參與會員國皆平等、合議制等原則(例如 WTO 所明示的「非歧視原則」)，因此也有人認為這尊重了各個主權國家，⁴有助於

² John Gerard Ruggie, *Multilateralism Matters: the Theory and Praxis of an Institutional Form* (New York: Columbia University Press, 1993), p.6.

³ 例如 1999 年美國參議院拒絕批准全面禁止核武試驗條約(The Comprehensive Test Ban Treaty)，而在小布希總統任內，美國拒絕了下述的多邊協定，像是京都議定書(The Kyoto Protocol)，渥太華條約(禁止地雷條約 The Ottawa Treaty banning anti-personnel land mines)，生化武器公約(The Biological Weapons Convention)等等。另外，美國還退出早於 1972 年簽署加入的反彈道飛彈條約(The Anti-Ballistic Missile Treaty)。參見 <http://en.wikipedia.org/wiki/Multilateralism>

⁴ Kal Raustiala, "Sovereignty and Multilateralism," *Chicago Journal of International Law*, Vol.1,

加強國際社會中的「民主」潮流。另外，多數多邊組織或協定都會做出宣示或直接訂定法條，灌輸或要求基本的普世人權或民主價值予其會員國，直接或間接促進威權國家或第三世界國家的政治改革。⁵

二十一世紀的國際關係現實上是會有越來越多的多邊組織與多邊協定影響更多的國際與國內(domestic)政策領域，因此不可避免的在國家主權與全球治理兩端會出現衝突的狀況。亦即，儘管多邊主義或多邊協議有諸多上述之好處，但也並非全無爭議，且也不是所有的領域都雨露均霑，一個經常被提及而受到關注的議題便是主權的完整性受到損害。對於多邊主義(多邊協定、多邊組織)可能會侵犯主權的關切或討論所在多有。⁶

多邊組織挾其下的國際協定與國家主權之間的緊張關係由來已久。在此所謂的主權定義意指主權國家對於其領土內的法治有最終決定權。亦即在傳統國際法中，各國在其領土內享有最高權威，執行法律弭平紛爭並施行政策。⁷其實從歷史上來看，國家主權與(幾乎是任何)國際法的競爭一直存在著，兩邊在不同的時空下交手是互有勝負。而國際性或全球性的組織與協定卻使得上述的主權特性有了改變，特別是在全球化的時代，國家主權更是有了極大的退讓。以國際經貿領域為例，全球化的趨勢使得貿易與人員的交流數量與速度前所未見，在此情況下，便產生了對於這些新興情勢的規範/管理之需求。這包括了解決不同國家間的貿易爭端，並希望能夠協調各國不同的國內規範，例如世界貿易組織(WTO)便背負這樣的任務與期待，而各會員國政府的問題便在於平衡

No.2 (2000).

⁵ 例如南方共同市場(MERCOSUR，由南美洲國家所組成的區域貿易組織)在其所共同簽訂的亞松森協定(Treaty of Asunción)中便特地加入一條款明示參與之會員國必須是民主政體；而波羅的海三小國與俄國的關係亦因雙方皆在乎歐盟(EU)的態度而能和平的發展與演變。參見 Daniel W. Drezner, "On the Balance Between International Law and Democratic Sovereignty," *Chicago Journal of International Law*, Vol.2, No.2 (2001).

⁶ 除了本文所參考之 Drezner、Raustiala 以及 Krasner 之外(Stephan D. Krasner, *Sovereignty: Organized Hypocrisy* (Princeton:Princeton University Press, 1999)，許多討論全球化之下國家體系與政治治理的書籍皆有述及。

⁷ 試比較 Drezner 以及張洋培對主權的定義。Drezner, op. cit.; 張洋培,〈國家主權與歐洲統合〉,《新世紀智庫論壇季刊》,第13期。

本國的意志與符合國際之義務。很多案例顯示已經有許多國家爲了符合國際協議的規定而在國內引起反對聲浪。⁸

究竟多邊主義的發展與擴張是否真的改變了各國主宰國家政策之權力？如果就傳統的定義來看，認爲主權是當地(或國內)的權威施行與控制，則若將這些權威與控制移轉給外人(或國際組織)確實代表著主權的喪失。多數學者在認可了這一點之後，進一步爭論或探討的是：

(一) 主權的定義是否爲可變更的？有人便認爲對於主權概念的重整不僅與當前的國際現實有關，而且最主要的是「主權」，追根究底，其實一直以來在實踐過程中是具有可塑性的(a plastic norm in practice)。⁹

(二) 國家主權與多邊組織及其協定之間的關係是否爲零合的？亦即多邊協定勢力的增強必定減損主權的影響力。有學者認爲與此相反的，參與多邊合作或組織反而能伸張國家主權，證明自己是主權國家（這正是我國目前所努力的事，後述於本文第伍部分）。¹⁰

(三) 多邊主義對國家主權之威脅的真正來源爲何？多邊國際合作對於主權的威脅也許並不大，但確實存在。而此威脅並非源自於多邊主義或協定的本質，而是來自於這些條約或協定的制定過程及這些多邊組織之行政部門的恣意專斷。或者，也有學者認爲國際法則侵蝕國家主權的趨勢其實是歐美強權所主導的。¹¹

(四) 上述趨勢的規範性後果爲何？學界的看法是，短期而言，近期的國際法或多邊協定確實會對國家主權帶來麻煩，然而長期而言，這些國際法或多邊協定的強制性來源已經建立了一個持續性的法律基礎。儘管這種持續性仍是不確

⁸ 例如美國為了 WTO 的規定而修改該國的空氣清靜法(Clean Air Act)；南斯拉夫逮捕了前總統米洛塞維奇以回應聯合國戰爭犯罪法庭(War Crimes Tribunal)的要求；而日本也勉爲其難的禁止商業捕鯨以遵守國際捕鯨委員會(International Whaling Commission)的規定，參見 Drezner, *Ibid.*

⁹ 參見 Stephen D. Krasner, *op. cit.*

¹⁰ Raustiala, *op. cit.*

¹¹ Drezner, *op. cit.*

定的。¹²

其實對於「主權概念的改變代表著兩件事，一是各個國家面臨一些共同的問題必須靠多邊合作來解決(像是全球環境變遷或是國際衛生問題，詳見後述)；另一則是當代公民社會對於國家的要求更甚以往，民眾要求國家有所作為，國家或政府被迫去跟他國/多國作協商與合作」。¹³

參、多邊主義與全球公共衛生

對於公衛或健康領域而言，多邊主義或多邊合作確實做出了重要的貢獻(例如世界衛生組織在促進人類健康各層面所做的努力或是像世界銀行對貧窮國家在公衛發展上的貸款援助等)。不過，多邊組織及其協定也並非都帶來好的影響，例如世界貿易組織(WTO)下所通過的各項協定(像是 TRIPS、GATS、TBT、SPS 等)雖然是以規範經貿活動為目的，但已對於貧富國家間的健康領域與公衛政策產生不同程度的影響。¹⁴以與貿易相關的智慧財產權協定(TRIPS)為例，一些非政府組織(NGOs)更認為這些協定的本質根本就是在搶劫低收入國家，以符合富國的利益(特別是跨國大企業的利益)，而無視於低收入國家中民眾醫療的福利與藥品可近性的問題，並且摧毀或改變許多國家原有的健康照護體系。¹⁵

很明顯地，國際社會似乎已經接受主權(在某些條件下)受到限縮的現實，主要原因在於，在當前的國際現實下，國際體系內的成員是互賴的，因此主權不再代表著國家能依其利益自主地獨立行動，而是在國際社會中扮演積極合作

¹² Ibid.

¹³ Raustiala, op. cit.

¹⁴ 參見黃文鴻、江素慧編著，《全球化與公共衛生》(台北：巨流出版，2006年)，頁1-8。

¹⁵ 關於貿易全球化、多邊經貿或投資協定對於公共衛生或人類健康的影響已有許多的討論，一些知名的非政府組織像是 Oxfam(<http://www.oxfam.org>)、Doctors Without Borders (<http://www.doctorswithoutborders.org>)、Center for Policy Analysis on Trade and Health (<http://www.cpath.org>)、Public Citizen Global Trade Watch (<http://www.publiccitizen.org>)等等皆長期密切關注此議題，在其網站上有許多相關的訊息及文章。

的一份子。而多邊主義雖不一定是解決各項問題(例如全球人類健康)的唯一方法，卻是目前大家可接受的方法。不過即便有這樣的認知，當多邊組織挾其協定或規範侵犯到國家主權的時候，多數的國家還是會表示關切，例如最近的一個例子：新版國際衛生條例。

肆、新舊 IHR 之對比：主權議題之關切

一、IHR 出現之時代背景

國際衛生合作的起源可追溯至 1851 年在法國巴黎舉行的第一屆國際衛生會議(International Sanitary Conference)。由於十九世紀中葉歐洲爆發傳染病大流行，因此自第一次會議以來，又陸續舉辦了 10 次的會議，會議內容也大多與傳染病有關。在進入廿世紀之後，國際社會開始嘗試建立多邊機構來落實上述會議的結論，因此陸續出現各種組織(例如 ISB、PAHO、OIHP、HOLN 等等)。¹⁶然而這些機構的成立並不能代表國際上已經出現了有意義的，關於傳染病控制的全球規範。直到二次世界大戰之後，全球治理，包括全球衛生治理，才在聯合國成立之後展現了新的面貌。世界衛生組織是聯合國第一個成立的國際組織，1948 年 WHO 憲章正式生效，會員國緊接著在 1951 年採納國際公共衛生條例(International Sanitary Regulations)，1969 年更名為國際衛生條例(IHR)並曾在 1973 與 1981 年做過小幅的修正。為了控制國際間的傳染病擴散並且不影響國際經貿與交流，IHR 僅明定三種傳染病是會員國必須通報的，另外在特定的場所或地點必須採取衛生檢疫措施，會員國並可要求旅行者提供健康或預防接種證明，而這些措施是 IHR 所允許每個會員國為保護其國家安全所必須做的。不過隨著時間的推移逐漸地出現了一些問題，像是有些國家並沒有按規

¹⁶ 美洲國家在 1902 年設立國際衛生局(ISB)，這成為泛美衛生組織(PAHO)的前身，而泛美衛生組織在 1949 年又同意作為世界衛生組織(WHO)的區域分署。歐洲則在 1907 成立自己的多邊機構國際公共衛生局(OIHP)，另外兩次世界大戰之間國聯(League of Nations)也成立了衛生組織(HOLN)。

定通報，而隱匿疫情的原因可能是害怕造成經貿與觀光的損失；或是邊境及港埠的衛生檢疫措施沒有符合標準，而上述這些原因可能也與某些國家(像是第三世界國家)因為基礎建設及公衛資源不足而無力通報且無法在邊境設立合格的檢疫措施；或是有些國家甚至要求入境者提出非列名疾病之健康證明等等。¹⁷總而言之，部分會員會用種種不同的理由不遵守 WHO(IHR)的規定。另外加上國際大環境的變遷，像是經貿的全球化發展、環境與氣候的急遽變化、跨國恐怖主義的興起，¹⁸也使得 IHR 顯得左支右絀。

曾經 IHR 承諾要減輕全球傳染病蔓延的重擔，並且 IHR 原本也打算要依據科學的基礎來做彈性且持續地更新。然而事與願違。而其無法隨勢推移更新的主要原因一方面是如前述的全球大環境的改變，另一方面則是本來已幾近絕跡的傳染病再度爆發(像是霍亂在秘魯以及鼠疫在印度的流行)，還有就是新興傳染病的出現(像是在薩伊肆虐的伊波拉病毒以及 SARS 的跨國境流行)。此外，作為多邊組織或多邊體系，WHO 仍是採取尊重各主權國家的立場，並無法強制會員國遵守規範或要求各國提升與改善各國的衛生監測手段、衛生體系甚或衛生政策。以上種種狀況使得在 1951 年所通過的 IHR 已顯得窒礙難行，不敷使用，因而要求修正的呼聲未曾停歇。特別是 2003 年 SARS 疫情的全球蔓延更證明了國際社會需要採取果斷、協同的公衛防治行動，即使必須犧牲一點商業及貿易利益，甚至主權。

¹⁷ 參見 Lawrence O. Gostin, "International Infectious Disease Law. Revision of the World Health Organization's International Health Regulations," *Journal of American Medical Association*, Vol.291, No.21 (2007), p.2624 以及 Chang-Fa Lo, "Additional Elements to be Incorporated into the New IHR. Their Important Implications on the Operation of WHO and on International Law," <http://homepage.ntu.edu.tw/~wtocenter/IHRconference/P%20-%20Lo.pdf> (November 12, 2007)

¹⁸ 以傳染病菌做為生化武器在現代歷史上幾次的戰爭中幾乎沒有被拿來實際操作過，雖然多數強權國家都因戰略上的考量而生產及儲備了一些菌株。不過專家咸認其效果並不確定，因此在正式的戰爭中使用細菌戰不太可能。這項議題最主要關注的焦點是在於恐怖組織使用此類生化武器攻擊其敵人，美國在 2001 年 911 之後亦遭受炭疽菌攻擊(anthrax attack)。根據研究，對抗生化武器攻擊的方法包括制敵於先、及早偵測發現、抗生素的取得、產製疫苗的準備等等，這些防禦的手段其實與重大傳染病爆發時的因應作為相差無幾。參見 "Biological Warfare and Terrorism," <http://www.merck.com/mmpe/print/sec14/ch167/ch167h.html>

二、IHR 修正的過程

IHR 修正過程中的種種波折非本文之重點，因此不詳加介紹，僅製表說明重要的進展。

表一、大事記

年份	重要進展	備註
1995	世界衛生大會(WHA)決議要求 IHR 的修正	
2001	WHA 通過一項關於 Global health security 的決議	9 月 11 日美國遭受恐怖攻擊
2002	WHA 再度在其 Global health security 決議中重申修正 IHR 的必要性	
2003	WHA 要求秘書長成立跨政府工作小組 (Intergovernmental working group, 簡稱 IGWG) 來修正 IHR, 以求獲致國際上對修正提案的共識	SARS 的大爆發
2004.01	WHO 執委會決定召集跨政府工作小組在 2004 年 11 月來修正 IHR	
2004.11.01-12	IGWG 首次在日內瓦集會討論 IHR 之修正	
2005.02.21-26	IGWG 二次集會以完成其任務, 然而此會議曾暫時中止並在五月 12-13 日, 第 58 屆 WHA 召開之前重開會議	
2005.05.23	WHA 鼓掌通過新修正的 IHR(WHA58.3 決議案)	
2007.06.15	正式生效(entry into force)	會員國有 2 年的時間評估其能力並研議各國國內之施行計畫, 接著有 3 年的時間達成衛生條例中的各項監測措施與回應系統建置之要求。視特殊狀況得再延長兩年。

以上資料整理自 WHO 網站(http://www.who.int/topics/international_health_regulations/en/)

三、新舊 IHR 之比較

根據憲章，WHO 是領導與整合國際健康事務的權威當局。不過在舊版的

IHR 之下，WHO 只能在特別的協定之下，而非在清楚的法律結構下執行其任務。近期國際衛生條例的修正幅度甚大，某些國際衛生法專家認為新版的 IHR 是十九世紀中期以來，在國際公共衛生法律內容上最極端的改變，對國際衛生合作也將產生最深遠的影響。¹⁹如果詳細兩相對照，新版確實是與過去的舊版本有極大的差異。

表二、新舊 IHR 中主要的改變

	1969/1981 IHR	2005IHR	2005IHR 條文
適用範圍	侷限於三種傳染病 (cholera, plague, yellow fever)	所有被認為有關國際公共衛生的緊急事件，亦即任何透過國際傳播構成對其他國家公共衛生威脅的疾病或是可能需要採取協調一致國際應對措施的事件	Art. 12: Public health emergency of international concern
負責與 WHO 溝通的單位	除了概略地提及各國的衛生行政單位之外並沒有特別指明	規定各會員國指定單一的國家對口單位 (National IHR Focal Point) 以及在各自管轄行政範圍內負責按本條例實施衛生措施的當局	Art. 4: Responsible authorities
監控系統	僅針對國際航運及邊境的簡略健康與衛生要求	進口港及例行查驗及控制標準，加上無論當地與國家層次上都需在特殊的時限內符合詳細重點的公衛要求	Art. 5: Surveillance
取得資訊的來源	僅限正式的國家通報	所有相關的官方與非官方資訊，包括來自非政府組織、個別專家、媒體以及全球公共衛生情報網的訊息	Art. 9: Other Reports

¹⁹ David P. Fidler, "From International Sanitary Conventions to Global Health Security: the New International Health Regulations," *Chinese Journal of International Law*, Vol.4, No.2 (2005).

發佈警報·公告或建議	由秘書長以特別的方式為之並且只針對各國的相關當局	由列冊專家組成緊急委員會，根據正式的標準，加上受影響國家的聯合參與，一般而言下至國家當局上至國際當局，無論暫時性或常設性的，都須受到審查委員會的檢查	Art. 10: Verification
旅遊建議	沒有明示的發布權力，儘管 WHA54.14 決議案(2001)、55.16 決議案(2002)、56.28 決議案以及 56.29 決議案(2003)已經顯示了朝向這種擴張新權力的變動	由正式的緊急委員會建議當事國採取行動，從審查衛生措施(像是檢疫、隔離以及接觸追蹤)，到拒絕特定人士與貨品入出境至特定區域 (Art.15-18)。發布特殊旅遊建議的權力則沒有特別明示出來	Art. 15/16 WHO Recommendations
管理架構	封閉的過程，對於危機的推定與決策並沒有正式的公眾可近性	增設了負責監管衛生條例之功能運作的 IHR Advisory Panel 與 Permanent Review Committee 兩單位使得決策過程更慎重與透明	

本表參考 Lawrence O. Gostin, "International Infectious Disease Law. Revision of the World Health Organization's International Health Regulations," *Journal of American Medical Association*, Vol.291, No.21 (2007)以及 Kumanan Wilson, et. al., "The New International Health Regulations and the Federalism Dilemma," *PLoS Medicine*, Vol.3, No.1 (2006)整理而得。

大略觀之，新版的 IHR 標明了：一在國際公衛危機發生時 WHO 會員國的角色與義務；二是在面對危機時 WHO 的角色與責任之行動綱領。也可以說，新版的 IHR 明顯地提升了 WHO 的權威，並試著用與過去截然不同的方式來真正達成憲章中所揭櫫且賦予 WHO 的角色與職能。在此情況之下，部份會員國對於主權議題有所關切也是合理的，而主權國家擔心的便是接受

2005IHR 之後會不會降低各國在其疆域內因應傳染病事件的權限²⁰。

四、對主權的侵犯部分

在了解修正前後之差異後，可看出在以下幾個面向是有可能侵犯各會員國的主權管轄範圍的：

(一) 就各會員國成立所謂的國家對口單位(National IHR Focal Point)而言，這在採取聯邦制的國家(例如美國、澳洲、加拿大)內會產生問題。²¹以美國為例說明之，首先，國務院下的人類健康服務部(Department of Health and Human Services，以下簡稱 HHS)是主要保護美國民眾健康與安全的機構，而其下最重要的組織，疾病管制預防中心(Centers for Disease Control and Prevention，以下簡稱 CDC)，則負責研究與調查工作以預防和控制傳染病的散布。一旦 CDC 確認某項疾病威脅，如果事關國家安全，則 HHS 只有在與其他聯邦機構諮商過後才能公告周知，然而在新的 IHR 之下，美國國內的衛生健康監測體系的完整性可能會因為國家對口單位的建立而遭受干擾。因為 2005IHR 要求國家對口單位就任何潛在的風險直接通知 WHO(IHR Contact Point)，如此一來，CDC 就必須直接向其上級政府部門以及國家對口單位報告，而一旦 WHO 收到國家對口單位的資訊，WHO 就可以自行斟酌用發佈建議的方式讓消息公諸於世。這實際上干擾及侵奪了各國政府決定是否要將本國公衛訊息揭露公眾週知的決定權。因為考量國家安全與利益，政府可能不許也不願意立即知會公眾；²²其次，美國公共衛生事務的管轄權是分散在聯邦、各州與地方的法律中。聯邦機構雖可透過補助或其他的方式(例如跨州的事務屬聯邦管轄)影響公衛實務，但是大部分的公衛職權是在於州政府，亦即州政府具有執行的力量。美

²⁰ Ibid.

²¹ Kumanan Wilson, et. al., "The New International Health Regulations and the Federalism Dilemma," *PLoS Medicine*, Vol.3, No.1 (2006).

²² Eric Mack, "The World Health Organization's New International Health Regulations: Incursion on State Sovereignty and Ill-Fated Response to Global Health Issues," *Chicago Journal of International Law*, Vol.7, No.1 (2007).

國各州保護公共衛生的方法諸如施行安全與衛生法規、執行查察、命令通報特定疾病至州政府主管機關、強制檢疫隔離、發給健康工作者與器材執照。而地方政府通常對這些活動的某些部分負責，是代表州政府的主管當局來執行權力。由於州政府是負責大部分公衛事務的主要單位，因此傳統上各州與聯邦當局的關係自然是由各州來主導，而 CDC 則是透過募款、訓練、技術協助、先進的實驗室研究與資訊分析來提供支持。雖然聯邦的 HHS 在緊急危難時可以根據 *The Public Health Service Act* 來擴張其所需的權限，不過另一方面，儘管各州政府已經具有相當多的權限來回應公衛事件，他們還是可以發布緊急危難警告並且進一步的擴張其權限。由此觀之，聯邦政府必須依賴(或受制於)地方政府傳送傳染病的訊息與資料，然而地方政府並不一定會主動樂意的配合。而地方政府不願意合作的原因大多是：害怕揭露訊息會對地方經濟產生衝擊、厭惡聯邦政府的監督、擔憂污名化、以及最根深蒂固的觀念認為這些事務是屬於地方政府的管轄。²³

(二) 就監測系統而言，新修訂的 IHR 要求 WHO 的會員國在五年內增強其監測與通報的能力，²⁴這不但沒有考慮到各會員國家實力與資源之差異(因為這部份需要財務與人力資源，對於大多數的開發中國家是很難達成的目標)，也侵犯了各會員國本身決定如何控制國內問題之權利。²⁵

(三) 就通報的部份而言，新修正的 IHR 要求各國在 24 小時之內通報 WHO 所有可能威脅國際衛生的事件，但事實上很多國家的衛生當局通常並無能力了解新形態傳染病的嚴重性與衝擊，這自然影響這些國家之政府機關評估情勢的能力。而 WHO 公開地發布消息(儘管有一些條件上的限制)會使得會員國遭受嚴重的經濟與社會的損失。²⁶

(四) 新修正的 IHR 准許 WHO 考慮來自「國家對口單位」以外的報告或 NGO

²³ Wilson, et. al., op. cit., p.32.

²⁴ "About the IHR," <http://www.who.int/crs/ihr/prepare/en/index.html>

²⁵ Mack, op. cit.

²⁶ Wilson, et. al., op. cit., pp.31-32.

的資訊。而 WHO 也可依據此類報告來行動，不過必需事先諮詢相關國家。此外，爲了保護資料來源，WHO 必須爲其保密不得揭露。這種作法對不肯合作的國家會產生警示作用，因此在某種程度上會影響主權國家形塑其本國之公衛政策。而最令各個會員國擔憂的是，第三國可能因爲政治理由而提供錯誤的訊息或未經驗證之訊息，加上 WHO 的資訊來源保密原則，使得情勢更加惡化。²⁷

(五) 對於所謂國際公共衛生之緊急事件的確認，2005IHR 是規定 WHO 的秘書長應該決定是否某一事件已然構成國際公共衛生的緊急事件，而舊的 IHR 只表列三種傳染病，範圍雖小，但至少明確清楚；但 2005IHR 則沒有清楚列舉何種疾病，如此一來又冒著過度擴大疾病嚴重性的風險，變成一種症狀通報系統，大小事似乎都可能成爲造成國際危機的事件。如同前述幾點，會員國假如讓出太多決定國內衛生事務的權限給 WHO 或秘書長的話，可能會導致本身蒙受嚴重的經貿與觀光利益損失。另外一點跟一國主權受侵犯較無關但也不容忽視的是，根據新修訂 IHR 的附件，「評估和通報有可能構成有關國際公共衛生的緊急事件之決策文件」，這份類似自我檢查表的文件，是用「yes 是」或者「no 否」的除錯方式進行，在這種情況之下，有些政府可能會有有意或無意忽視某些傳染病，最終延遲國內與國際對於傳染病傳佈的回應而導致全球公衛危機。²⁸

(六) 另外查證的部份，新修訂之 IHR 規定 WHO 一收到可能構成國際公衛急難事件之資訊時，應提供與當事國合作的方式來評估其全球蔓延之可能性，干預國際運輸的作法，以及適當的控制手段。假如當事國不接受合作建議，而此公共衛生危害的規模被證實時，WHO 可將相關資訊傳佈給其他會員國。這個部份可說是最嚴重侵犯國家主權的條文。²⁹每個國家其實都有合理正當的理由不立即揭露具有國際公衛風險的資訊，但 2005IHR 的規定基本上要求會員國揭露資訊並且開放邊境讓 WHO 去視察。儘管 2005IHR 並沒有強制會員國服

²⁷ Mack, op. cit.

²⁸ Ibid.

²⁹ Ibid.

從，然而不服從的潛在後果，特別是在經濟層面上，如上點所述，是很嚴重的。這個部份實際上賦予 WHO 很大的權力，這是史無前例的。

(七) 根據新的 IHR，一旦 WHO 確認了重大的國際公衛事件可以發布臨時與長期建議。在 2003 年 SARS 爆發時，WHO 曾作出建議，然而此時新的 IHR 尚未通過，而根據 1969 年通過的舊版 IHR 則並沒有明確地賦予 WHO 權力去做建議或警告，但 2005 年新修訂的 IHR 則明確地賦予 WHO 權限發布建議與警告。這種作法具有極大之政治意涵，因為 WHO 可利用這項新獲得之權力作為強迫機制去控制會員國。許多國家認為 WHO 所發出的建議會限制當事國採取其他公衛措施的選擇，自然是侷限了會員國的主權。另外，WHO 所發出的建議是否優先於當事國的國內命令？而發出建議的過程中，秘書長雖然須參酌各方的意見、證據及資訊來決定建議的發布，然而全然繫於一人之念，難免令各會員國不安，甚而產生疑慮。³⁰

其實在聯合國大會第 58/3 決議文中就已經明白的揭示了「確認世界衛生組織根據其職權在全球疾病爆發預警和公共衛生事件應變具有重要意義」以及「強調國際衛生條例在防範疾病國際傳播是重要的關鍵」等原則，³¹而正式的 IHR 修訂已經使得 WHO 從全球公衛服務協調者轉變成全球公衛事務統御者，它所新增的權力將使得國際法架構下傳統的國家主權概念受到衝擊。至少在公共衛生領域內，各會員國或主權國家未來將不可避免必須讓出其管理權限。這種趨勢讓許多人有所質疑，已如上述。然而，亦有學者認為「傳染病無視於民族國家的地理疆界，國家主權對於微生物世界而言是毫不相干的概念」，³²在全球化的世界中，任何國家都不可能關門閉戶在邊境上阻止傳染病的侵入或擴

³⁰ Fidler, op. cit., p.57.

³¹ 〈國際衛生條例〉，http://www.cdc.gov.tw/file/38784_6561805556 國際衛生條例 2005-中英對照版.pdf

³² “because communicable diseases do not respect the geopolitical boundaries of nation states, and state sovereignty is an alien concept in the microbial world, all of humanity is now vulnerable to the emerging and re-emerging threats of communicable diseases” 摘自 Obijior Aginam, “International Law and Communicable Diseases,” *Bulletin of the World Health Organization*, Vol.80, No.12 (2002), p.946.

散，正因為如此，亦削弱了各主權國家單獨處理本國公共衛生事務的能力。如果要讓多邊國際組織發揮其解決全球重大公衛危機的功能，會員國勢必減少對主權的堅持。³³既然所有的人類在傳染病的威脅之前都是平等無助的，則主權優先性的退讓也似乎有其正當性。

伍、我國的回應

當各國政府及學者逐漸關注 IHR2005 的實施可能損及各國國內對於公共衛生事務處理權限之際，我國的因應與考量則迥然不同。以下首先介紹我國政府所做的因應措施，然後分析其緣由。

自從 WHO 正式決定要修訂 IHR 以來，我國便希望透過參與 IHR 的修訂過程來達成參與國際衛生事務，尋求管道接觸 WHO 之目標。由於 WHO 對於我國的要求並沒有明確的回應，因此政府所採取的方法是透過美國、日本與歐盟等國的協助，避免台灣民眾之健康利益再度因缺席此一重要的事件而受到損害。³⁴而出現漏洞的全球防疫網，亦無法發揮其最大的功效。儘管種種的努力，在各種國際政治因素阻撓之下，我國終未能如願。儘管如此，為表現我國有意願與決心作為國際社會中合作之一份子，政府於 2006 年 5 月 13 日宣佈自願提前實施 IHR2005，另於同年 6 月 15 日起與國際同步實施 IHR2005，推動新防疫措施，並正式通知 WHO 我國將配合執行 IHR2005 之規定，指定行政院衛生署疾病管制局為我國之國家對口單位。³⁵為因應國際衛生條例的修正施行以及因應流感的大流行，國內相關的法令——傳染病防治法——亦做了大幅的修正，簡要說明修改重點如下：³⁶

³³ Lo, op. cit., p.17.

³⁴ 〈衛生署：可透過 IHR 修訂參與國際衛生事務〉，
<http://www.taiwan-for-who.org.tw/chinese/news/content.asp?id=285>

³⁵ 〈外交部重申絕不接受世界衛生組織(WHO)將台灣實施國際衛生條例 2005(IHR2005)納入中國之下〉，<http://www.mofa.gov.tw/webapp/content.asp?culItem=26198&ctNode=1095&mp=1>

³⁶ 詳細之修正內容參見行政院衛生署疾病管制局網頁上之〈傳染病防治法修正總說明〉，

- 法定傳染病的分類由過去的三類改爲第一類至第五類。
- 增列中央主管機關辦理國際防疫交流合作事項並修正中央各相關主管機關之職權分工事項。
- 因現行傳染病防治醫療網各區指揮官指揮權並未明文規定，爲有效統籌防疫醫療資源，於新修正內容中明定其職責；另外醫療網中之專責醫院改由中央主管機關直接指定與補助。
- 規定中央流行疫情指揮中心同時審酌國內及國外的疫情狀況。
- 爲建立應變處理體系，明定防疫人員之防護裝備，提供明確之規範。
- 爲避免疫情蔓延，地方主管機關得禁止人民飼養、宰殺、販賣、贈與、棄置可能造成傳染病傳播之動物。
- 明定中央主管機關擔任規劃與監督傳染病檢驗體系之角色。
- 在檢疫措施的規定與實施上也做了十分詳盡與確切的修正。

針對我國爲表現善意而片面宣布遵守 2005IHR 對我國可能產生的影響，已有相關單位進行研析，³⁷而衛生署疾病管制局也委託學術機構針對我國傳染病防治規範如何因應 2005IHR 提出分析與建議。³⁸然而上述研究皆未探討主權議題。這主要的原因應該在於我國並非 WHO 之會員國，而 IHR 爲 WHO 此一多邊組織的內部決議，僅對其參與之會員國具拘束力。我國雖自願遵守 2005IHR 的規定，但對於 WHO 而言並不因此產生法律拘束力，再加上我國國內亦根據 2005IHR 修改與推動新的防疫措施與規範，將國際規範融入國內法律規範中；在此情況之下，似無所謂侵害本國管理衛生事務的權限的問題。

細究我國所面臨的處境之後便可瞭解，IHR2005 的實施縱使會對國家主權造成損傷，但這並非我國所優先考量的問題。因爲對我國而言，主權受損的問

<http://www.cdc.gov.tw/public/Data/85510462071.doc> (July 3, 2008)。

³⁷ 參見徐遵慈等，〈研析 WTO 規範與其他國際協定之關連性及相關之衝擊因應分析〉，<http://www.wtcenter.org.tw/SmartKMS/fileviewer?id=94731>

³⁸ 參見牛惠之，〈我國傳染病防治規範對國際衛生條例(IHR)因應之研究〉(新竹：清華大學科技法律研究所，2006 年)。

題並不出現在我國適應 2005IHR 的過程當中，而是在於國際政治之現實。承前述第二部分對於國際多邊協定與主權關係之討論，由於全球化的發展，各種議題日趨複雜棘手，國際社群中各成員互賴持續的加深，國際多邊協定的出現以及解決這些問題的種種作法勢必影響各國主權的行使。然而，這是能夠參與國際社群的主權國家會注意的問題，那對於某些被孤立於國際多邊體系運作之外的國家（例如台灣）呢？此時，對這些國家而言，主權傳統上所意謂的自主性、至高性固然重要，然而被接納成爲主權行爲者（易言之，成爲會員國）並得以參與遊戲（國際組織或國際協定）更是『在國際社交生活中具實際存在』³⁹的明證。在現今的國際政治體系下『部分國家得以實現與表達其主權的唯一方法便是透過參與各式各樣規範國際體系的組織』。⁴⁰因此對我國而言，縱使遵從 IHR2005 會有減損主權的可能，但是我們追求的是另一個層次的目標。因此，台灣的作法恰可作爲前述主權與多邊組織及協定的關係非絕對零和的例子。

遺憾的是，國際衛生體系的運作仍然充滿政治性：2007 年 WHO 秘書處將中國大陸有關實施 2005IHR 之聲明英譯文函轉各會員國駐日內瓦代表團，該聲明稱 2005IHR 適用於中華人民共和國全境，包含「台灣省」在內，絲毫無視於我國的意願。此一作爲既暴露出國際衛生條例的實行無法脫離主權爭議的本質，亦悖離其原先設立的初衷與承諾，因爲我國雖非 WHO 之會員國，然而 2005IHR 揭櫫「普世原則」(Art. 3.3: The implementation of these regulations shall be guided by the goal of their universal application for the protection of all people of the world from the international spread of disease)，爲了全球防疫網絡的完整，爲了真正追求「全世界人類」的健康，我們呼籲 WHO 正視台灣有能力對全球公衛健康事務做出貢獻，直接與台灣建立聯繫的管道才不致使全球防疫出現漏洞。

³⁹ Abram Chayes and Antonia Handler Chayes, *The New Sovereignty: Compliance With International Regulatory Agreement* (Cambridge: Harvard University Press, 1995), p.27.

⁴⁰ Ibid., p.27.

陸、結論

IHR2005 與多數的多邊協定相類似，其施行確實有可能會對各國之主管衛生事務權限產生衝擊，例如其可能干擾部分國家內部健康衛生監測體系之完整、剝奪各級政府機構的管轄權、倘若 WHO 對疾病與衛生資訊的處理不當，更可能造成當事國在經貿與觀光利益上的重大損失。然而即使有種種的疑慮，IHR2005 仍獲得通過，並於 2007 年正式生效，這似乎意味著在傳染病或與健康衛生相關的風險管理上，各國政府願意略有退讓（至少表面上是同意了協定的內容），與 WHO 配合，相互合作。不過由於 IHR2005 正式生效至今，時間尚短，未來的發展如何仍有待觀察。

反觀我國的應對則大異其趣。我們熱切地擁抱 IHR2005，希冀參與及獲得認可，這與其他國家斤斤計較於多邊協定會對各國衛生事務管轄權的減損程度之考量迥然不同。因為對我國而言，能夠成為國際政治體系中被正式接納的「玩家」（player）是更為重要的事。

最後，IHR 的修正其實代表著，在全球化的時代下對抗新興傳染病必須有新的思維，至少目前多數國家同意 WHO 除了傳統上扮演支持與輔助的角色之外，還應主動地領導統合性的合作。至於這種思維能存續多久，除了取決於 WHO 是否有決心達成其所標榜「全民皆健康」（health for all）的目標並據此建構完善的全球衛生監測體系之外，⁴¹最重要的可能還是要看各國對此國際規範與各國主權運作互動之結果的評估與忍耐程度。為了全球人類的健康與有效的預防傳染病的擴散，各國政府是否願意真的限縮主權並允許國際干預？且讓我們拭目以待。

參考書目

⁴¹ “Health for All” 是世界衛生大會於 1977 年所宣示的未來工作目標，參見 http://www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/hafdan_mahler_speech/en/

一、中文部份

牛惠之(2006)。《我國傳染病防治規範對國際衛生條例(IHR)因應之研究》。

新竹：清華大學科技法律研究所。

張洋培(2001)。〈國家主權與歐洲統合〉。《新世紀智庫論壇季刊》，第13期，
頁18-23。

黃文鴻、江素慧編著(2006)。《全球化與公共衛生》。台北：巨流圖書公司。

二、英文部份

Aginam, Obijior (2002). "International Law and Communicable Diseases."

Bulletin of the World Health Organization, Vol.80, No.12, pp.946-951.

Baker, Michael G. and David P. Fidler (2006). "Global Public Health Surveillance Under New International Health Regulations." *Emerging Infectious Disease*, Vol.12, No.7, pp.1058-1065.

Chayes, Abram and Antonia Handler Chayes (1995). *The New Sovereignty: Compliance With International Regulatory Agreement*. Cambridge: Harvard University Press.

Drezner, Daniel W. (2001). "On the Balance Between International Law and Democratic Sovereignty." *Chicago Journal of International Law*, Vol.2, No.2, pp.321-336.

Fidler, David P. (2003). "Emerging Trends in International Law and Their Implications for Domestic and Global Public Health Practice." *Emerging Infectious Diseases*, Vol.9, No.3, pp.285-290.

Fidler, David P. (2005). "From International Sanitary Conventions to Global Health Security: the New International Health Regulations." *Chinese Journal of International Law*, Vol.4, No.2, pp.325-392.

Fidler, David P. (2006). "Germs, Governance, and Global Public Health in the

Wake of SARS.” *The Journal of Clinical Investigation*, Vol.113, No.6, pp.799-804.

Gostin, Lawrence O. (2004). “International Infectious Disease Law. Revision of the World Health Organization’s International Health Regulations.” *Journal of American Medical Association*, Vol.291, No.21, pp.2623-2627.

Gostin, Lawrence O. (2004). “International Health Regulations and Beyond.” *The Lancet*, Vol.4, No.10, pp.606-607.

Lister, Sarah A. (2005). “An Overview of the U.S. Public Health System in the Context of Emergency Preparedness.” *CRS Report for Congress*, <http://www.ncseonline.org/nle/crsreports/05mar/RL31719.pdf>

Lo, Chang-Fa (2005). “Additional Elements to be Incorporated Into the New IHR. Their Important Implications on the Operation of WHO and on International Law.” <http://homepage.ntu.edu.tw/~wtocenter/IHRconference/P%20-%20Lo.pdf>

Mack, Eric (2006). “The World Health Organization’s New International Health Regulations: Incursion on State Sovereignty and Ill-Fated Response to Global Health Issues.” *Chicago Journal of International Law*, Vol.7, No.1, pp.365-377.

Raustiala, Kal (2000). “Sovereignty and Multilateralism.” *Chicago Journal of International Law*, Vol.1, No.2, pp.401-419.

Ruggie, John Gerard (1993). *Multilateralism Matters: the Theory and Praxis of an Institutional Form*. New York: Columbia University Press.

Wilson, Kumanan, Christopher McDougall, Ross Upshur, and the Joint Centre for Bioethics SARS Global Health Ethics Research Group (2006). “The New International Health Regulations and the Federalism Dilemma.” *PLoS Medicine*, Vol.3 No.1., pp.30-34.

三、網路資料

The Merck Manuals Medical Library. <http://www.merck.com/mmpe/index.html>

Wikipedia. <http://www.wikipedia.org>

World Health Organization. <http://www.who.int>

行政院衛生署疾病管制局。 <http://www.cdc.gov.tw>

中華民國外交部。 <http://www.mofa.gov.tw>

中華經濟研究院。 <http://taiwan.wtcenter.org.tw/www/news.asp>

台灣醫界聯盟基金會。 <http://www.taiwan-for-who.org.tw/>

