

《臺灣社會學刊》第 67 期  
2020 年 6 月·頁 213-223 【論壇】  
10.6786/TJS.202006\_(67).0006

# 誰在治理什麼？新冠肺炎、全球健康和臺灣的多重定位

李柏翰

213

誰在治理什麼？新冠肺炎、全球健康和臺灣的多重定位

---

李柏翰(✉)

國立臺灣大學公衛學院全球衛生學程  
通訊地址：100025臺北市中正區徐州路17號713室  
Email: pohanlee@ntu.edu.tw



## Who Governs What? COVID-19, Global Health, and Taiwan's Multiple Positionings.

**Po-Han Lee**

Global Health Program, National Taiwan University

新冠肺炎 (COVID-19) 首例於中國確診後已擴散超過 210 個國家和地區。寫作時全球已超過 270 萬人確診、近 19 萬人死亡。依緊急委員會建議，世界衛生組織 (WHO) 總幹事於 1 月 30 日將其定義為「國際關注公衛緊急事件」並在 3 月 11 日宣布為全球大流行。疫情不斷更新，關於全球健康治理的討論也更熱切。

須先強調，爭議不斷的 WHO 並非全球健康治理全貌。二戰後成立該組織是為改善全世界人口健康，在中華民國（未佔據臺灣前）等發展中國家堅持下，在憲章中將健康廣泛定義為「生理、心理和社會完全安適狀態」。儘管主責協調全球衛生工作，WHO 畢竟是國際組織，主權至上仍是最高原則，亦成為其最大的限制。

另外，在各國或不同區域應對疾病的效率與防疫能力的差異上，各種分析已討論過國家政體（威權 vs. 民主）、歷史經驗（有無經歷過 SARS、伊波拉）、醫保制度、文化差異、公民社會動能等變數。<sup>1</sup> 在這些解釋之外，本文希望從全球健康治理的整個系統（及其內建的西方中心主義）來看預警制度為何失靈。

## 一、鑲嵌在主權空隙的全球健康治理

20 世紀末起，國家與非國家行為者（如跨國生醫公司、金融機構）間逐漸出現權力移轉。在處置跨國健康問題上，干預實踐也發生典範移轉——從仰賴國界檢疫制度的「國際」衛生，到以全人類為主體的「全球」健康——其規範基礎歷經了國家安全、人類安全、人權、公共財等多元發散、重新定義的過程。

---

1 Chao, En-Chieh. 2020, "Deaths without the Virus." *Discover Society*, 6 April 2020. Retrieved from: <https://discoversociety.org/2020/04/06/deaths-without-the-virus/>.

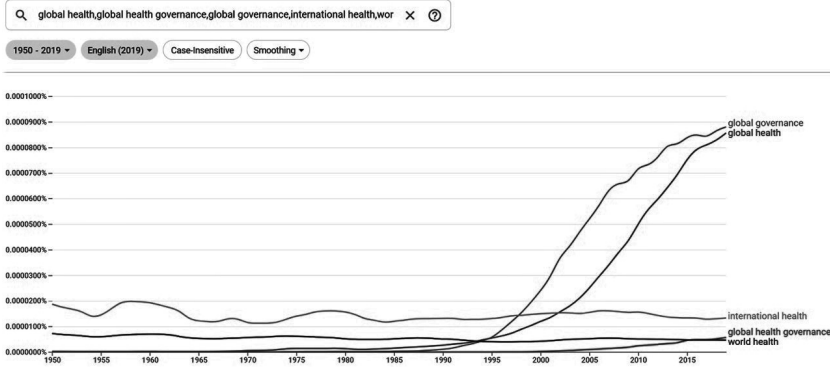


圖 1：Google Ngram 上以全球健康、全球健康治理、全球治理、健康治理、國際健康之搜尋結果

搭上千禧年前後全球治理倡議之風潮，全球健康治理可視為不滿傳統上國家衛生合作中權力失衡、效率不彰之批判回應。不過，儘管倡議者都批判以國家為本位的管理技術已不合時宜，但根據 Lee 及 Kamradt-Scott 的文獻整理，針對「全球健康治理」的學術與政策論述，大概至少仍可歸納出三種不同想像：<sup>2</sup>

1. 最初係各國政府與公衛決策者，為因應全球化造成傳染病傳播無遠弗屆、難以控管，倡議者追求各國公共衛生政策一致化，以降低溝通與執行成本的「全球化與健康治理」（globalisation and health governance）。
2. 再來是追求將聯合國正在發展的全球治理應用於健康事務決策上——強調民主、代表性等程序原則——更廣泛接納非國家行為者意見（如非政府組織、藥廠）的「全球治理與健康」（global governance and health）。

2 Lee, Kelley and Adam Kamradt-Scott, 2014, “The Multiple Meanings of Global Health Governance: A Call for Conceptual Clarity.” *Globalization and Health* 10: 28-38.

3. 第三種版本則倡議建立超越國家利益的全球性健康系統，因此納入人權、共同體、社會連帶性、全球公共財等規範價值，強調治理不應僅考慮效率跟安全——「對全球健康之治理」(governance for global health)。

## 二、以醫療援助交換安全之全球健康

所謂「治理」是透過制度化與集體措施，實現所有利害關係人的「共同」目標，而該目標是為了賦予全球健康決策與行動之一致性、規範性及可問責性。從介入者與被介入者的關係切入，Andrew Lakoff 觀察到，二戰後有兩種全球健康制度 (global health regimes) 交疊發展，兩者皆旨在超越國家治理之限制。<sup>3</sup>

一為「全球健康安全」(global health security)。透過國家既有公衛基礎建設，為自我保護 (self-protection)，針對潛在或新興傳染病 (如 SARS) 建立早期發現、偵測、通報等機制。此制度關切的是潛在疾病，仰賴多種防堵傳染的技術及各國政府自願合作，以盡早避免疫情全球化——或避免病毒離開一國國境。

另一是「人道生物醫學」(humanitarian biomedicine)，關注的是實際存在且明知可避免卻無法遏止的疾病 (如愛滋)，仰賴非國家行為者行動發揮「人溺己溺」的精神，其幫助的並非特定國家之公民，而是不分國界遭受苦難的個人。類似傳統公衛的基礎在社會團結，人道主義則是普遍人性 (common humanity)。

兩者看似分別運作，實際上卻相互補充。人道生物醫學脈絡中的工作者，為缺乏基礎建設的社會提供支援，代價是使當地國

---

3 Lakoff, Andrew, 2017, *Unprepared: Global Health in a Time of Emergency*. Oakland: University of California Press.

「自願」接受相關國際組織（如 WHO、聯合國兒童基金會、聯合國愛滋病規劃署）監測其人口與發展，使其在獲得資助、技術或服務時，同時監控並抑制潛在威脅已開發國家的疾病。

### 三、西方中心主義導致預警成效不彰

「以人道醫療交換健康安全」的制度，在發展快速的 COVID-19 疫情中失衡了。儘管 WHO 及東亞各國依《國際衛生條例》通報並發出預警，但疫情仍迅速擴散到歐美而不可遏，因此究責聲浪四起。事實上，每次大規模傳染病發生，WHO 從未倖免於「反應太慢」、「準備不足」、「過於保護當事國」等批評。

然而，這些批評經常忽略一件事：防範大規模急性傳染病的典範，仰賴動態且有彈性的準備機制，取決於「全球與否」的空間感及「緊急與否」的時間感。準備機制是病毒生物性、感染者、社會文化、生醫技術、資訊流通性、決策者對風險之理解等眾多成分拼湊而成的集合體，任何成分之變動皆牽一髮動全身。

這次歐美不僅未免疫於「南方」的新興傳染病，甚至還透過旅行者再傳到各地，原因包括：一來歐美各國「時空感」延宕，太晚啟動邊界安全機制；二來許久未遭逢新興傳染病的歐美社會，暴露其相關醫療資源與預防措施不足。相較之下，位處東亞的發展中國家呈現韌性，難得成為「保護」西方的介入者。

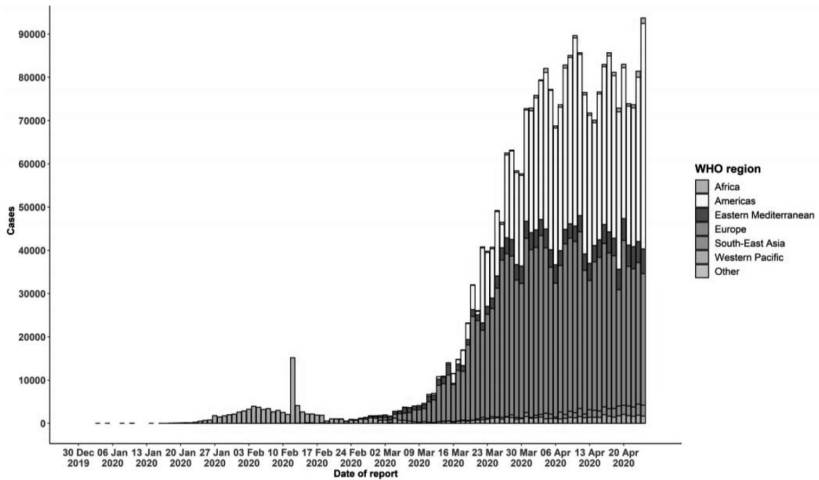


圖 2：截至 4 月 25 日 COVID-19 在六大區域確診流行曲線（WHO Situation Report-96），條圖由上至下即右側各區域之文字順序

Ipek Demir (2020) 認為：人們是否認真看待風險，與預警發出者（東亞）與接收者（西方）間的權力關係密切相關。<sup>4</sup> 本文進一步主張，全球健康治理作為一個知識密集生產且資本交錯流動的場域，其中隱含的國際階序成了防疫盲點；相關疫情訊息被輕忽，其實是權力運作的產物，卻鮮少被提及或被刻意忽略。

#### 四、臺灣：重要卻難以定位的行動者

全球健康治理是主權空隙中各成分鏈結而成的網絡，與國家機器相互磨合，因此卡在國家與非國家行為者之間的 WHO 成了談判與究責的主要場域。臺灣則以不同形式被代表而擁有多重定位——既是創始會員的「中華民國」，也是連年受邀世衛大會又

4 Demir, Ipek, 2020, "Corona, East and West: Has Western-centrism mitigated against our wellbeing in the UK." *Discover Society*, 2 April 2020. Retrieved from: <https://reurl.cc/2gZbnX>.



遭中斷的「中華台北」觀察員。此次，臺灣問題再度被突顯。<sup>5</sup>

COVID-19 讓臺灣人深刻感受到「全球健康即政治」。自 1949 年臺灣長年被中華民國佔治，日本投降後，其領域及住民之法律地位即一直備受爭議。後冷戰格局中，夾在中國領土擴張與美國戰略部署間，民主化且發展中的臺灣在第一／第三世界、西方／其他等粗暴二分法中常難以自我定位或被它人定位。

因無法參與 WHO 惟恐淪為防疫漏洞，因有餘力支援西方成為防疫模範生；這幾個月 WHO 總幹事更不時直呼臺灣名諱，如 3 月 29 日《關於 COVID-19 資訊共用》(Information Sharing on COVID-19) 聲明提到 WHO 與「臺灣衛生專家」等衛生當局密切合作，也不忘強調「臺灣加入 WHO 的問題應由會員國決定」。

若以“Taiwan”為關鍵字在 WHO News 上搜尋，僅有 7 筆資料：除上述聲明，其餘包括 3 筆與 SARS 有關（皆於 2003 年）、1 筆關於嚼食檳榔（2003 年 8 月 7 日）、1 筆關於烏腳病（2018 年 2 月 15 日），皆以「中國臺灣」或「中國臺灣省」指稱臺灣的流行病狀況（若以“Taipei”為關鍵字，則多 1 筆關於 D 型肝炎的資料）。

---

5 Lee, Po-Han, 2020, “A state-based World Health Organisation: The Taiwan paradox for global pandemic governance.” *Taiwan Insight*, 10 March 2020. Retrieved from: <https://reurl.cc/e839R7>.

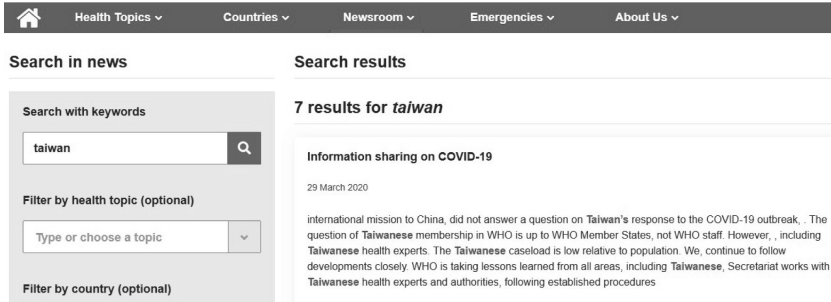


圖 3：WHO News 上以「臺灣」作為關鍵字之搜尋結果

## 五、結論：局外人如何超越國家政治

疫情仍在發展，各方都在檢討 WHO 領導能力。從全球健康雙軌制來看，「崛起」而不受控的中國給國際社會帶來更多不確定性，惟西方中心主義所造成的惰性也暴露了全球預警系統的侷限性。當下，關於究責的討論被操作成中美對抗，臺灣也因此從局外人，被意外捲入 WHO 的政治角力中。

中國配合「全球健康安全」遊戲規則意願不高，美國揚言中斷資助「人道生物醫學」。非盟陸續釋出「堅定支持」WHO 總幹事的訊息，受創嚴重的歐盟各國則預計在今年世衛大會提出《應對 COVID-19》(COVID-19 Response) 決議草案，欲加強各界團結（包括非政府組織與公民社會）以支持 WHO。

疫情風暴中的 WHO 顯然在最保守的版本「全球化與健康治理」與最理想的版本「對全球健康之治理」之間掙扎著。此時，也是適合臺灣——身為動輒得咎的局外人——重新想像全球健康治理，探索自我定位的時候，而如何在追求國家利益與超越國際關係之間取得平衡，或許可以是我們共同思考的起點。

## 作者簡介

### 李柏翰

跨領域研究者，企圖在人權研究中納入酷兒與解殖觀點。2016 與 2017 年的期刊論文（“LGBT rights versus Asian values”及“Queer activism in Taiwan”）和 2019 與 2020 年的專書論文（“Queer Asia’s body without Organs”及“Queer Activism in East Asia”）為相關研究成果。此外，我亦對全球衛生治理與批判公衛研究很感興趣，本文則探索 COVID-19 與國際政治之間的關係。