· 公共卫生论坛 ·

《国际卫生条例(2005)》修订后的全球公共卫生治理

梁瑜璠，徐靖仪，王岳

北京大学医学人文学院，北京 100191
通信作者：徐靖仪，E-mail：jingyi_xu@pku.edu.cn；王岳，E-mail：wangyues@pku.edu.cn

【摘　要】《国际卫生条例》作为全球公共卫生治理的核心规范，先后历经了数百年的历史积淀。2024 年通过的修正案既是对新近突发公共卫生事件暴露出《条例》内在缺陷的制度回应，亦深受全球化“传染效应”与“人类卫生健康共同体”理念的双重驱动而成。本文聚焦修正案中引入“大流行病突发事件”、强化世界卫生组织领导地位并设立国家主管当局、构建全球公卫治理信息共享、合作援助及资源公平获取机制、设立遵约委员会以敦促成员国履约等关键议题，并针对《条例》治理困局提出以“人类卫生健康共同体”为指导理念、推动非国家行为体参与治理、促进国内公共卫生法治与国际法规耦合衔接等“中国方案”，以期共同维护全人类生命健康及国际卫生安全、助推全球公共卫生资源实现公平可及。

【关键词】《国际卫生条例》；全球公共卫生治理；同一健康；人类卫生健康共同体

Global public health governance under the International Health Regulations (2005) Amendments

LIANG Yufan, XU Jingyi, WANG Yue (*School of Health Humanities*, *Peking University*, *Beijing* 100191, *China*)
Corresponding authors: XU Jingyi, E-mail: jingyi_xu@pku.edu.cn; WANG Yue, E-mail: wangyues@pku.edu.cn

【Abstract】 The International Health Regulations (IHR), serving as the core norm of global public health governance, have evolved over a long historical period. The amendments adopted in 2024 not only constitute an institutional response to recent public health emergencies that revealed inherent shortcomings in the IHR but are also profoundly shaped by the dual impact of globalization′s "contagion effect" and the vision of a "community of common health for mankind". This article examines key aspects of the amendments, including the introduction of a "Pandemic Emergency" framework, efforts to strengthen the World Health Organization′s leadership role, the establishment of Competent National Authorities, and the creation of mechanisms for global information sharing, collaborative assistance, and equitable resource allocation. Additionally, it analyzes the establishment of an Implementation Review Committee to enhance member states' compliance with their obligations. In addressing the IHR′s governance challenges, the article puts forward a "Chinese solution" guided by the concept of a community of common health for mankind. This solution emphasizes the participation of non-state actors in global health governance and advocates for the alignment and integration of domestic public health legal systems with international regulations. The ultimate goal is to safeguard human health and international health security while advancing equitable access to global public health resources.

【Keywords】 International Health Regulations; global public health governance; One Health; a community of common health for mankind

随着全球人口跨境流动规模的日益扩大及国际经贸往来的网络化发展，传染病传播也具有“风险传导放大器”特性。全球公共卫生安全作为人类社会面临的共同健康风险，其治理效能有赖于强制、统一且高效的国际法律框架。《国际卫生条例》(简称《条例》)自诞生以来，始终发挥着全球公共卫生治理“压舱石”的作用。它的每一次修订演进，均试图回应特定历史阶段的世界公共卫生危机，但其制度设计与治理实践效能之间的张力却从未消失。《条例》在应对新型冠状病毒感染(coronavirus disease 2019, COVID-19)等重大突发公共卫生事件时，国家主权优先与全球公共利益的冲突、地缘政治干预削弱世界卫生组织决策自主性、公共卫生资源“南北鸿沟”加剧治理失衡、非强制性遵约机制使违约行为缺乏实质惩戒等内在缺陷被充分暴露。这不仅延缓了疫情全球应对及治理的进程，更暴露出全球卫生治理体系“软法主导、政治干预、执行乏力”的深层困境。2024 年通过的《条例(2005)》修正案尽管作出某些规定调整，但其仍未突破关键性局限。种种迹象表明，仅靠修订《条例》本身难以完全实现全球公共卫生治理的公平与可持续，亟须世界各国以更具包容性、协同性的治理理念与路径共同参与。中国作为全球卫生治理的重要参与者与贡献者，坚

开放获取：CC BY-NC-ND 4.0　DOI：10.11847/zgggws1148561
基金项目：北京市法学会 2025 年市级法学研究课题(BLS(2025)C004)
第一作者：梁瑜璠(2000—)，博士在读，研究方向：卫生健康法学、医药政策史。
收稿日期：2025-07-30　修回日期：2025-09-23　录用日期：2025-10-31
利益冲突：不存在　伦理审查：不需要　出版授权：全体作者已与编辑部签署作者贡献声明及版权转让协议

持“人类卫生健康共同体”理念，提出全球公共卫生治理的“中国方案”，旨在推动全球公共卫生治理体系与治理能力的提质增效。

1 《国际卫生条例》的发轫及历史溯源

长期以来，疫情大流行既严重威胁着全球生命健康及国家安全稳定，也为世界公共卫生治理及国际合作带来极大挑战。《条例》前身是《国际卫生公约》，其发轫与演进深刻反映了全球应对传染病蔓延的历史轨迹。为遏制鼠疫大流行并限制国际旅行与经贸往来，1348 年意大利颁布了世界第一个检疫法规。19 世纪时期，随着交通运输、商品经济发展和国际交流密切，霍乱、天花等传染病的迅速传播，使得国际社会逐步改变单一依靠国内政策法规防控传染病的方式，进而寻求国际合作防疫途径。此后，国际社会相继召开多次国际卫生大会，持续围绕传染病防控展开讨论并逐渐积累全球卫生治理合作经验，为法律规则与制度形成奠定基础。1948 年，世界卫生组织的成立，标志着全球公共卫生治理迈入新发展阶段。同年，第一届世界卫生大会起草《国际公共卫生条例》，旨在最大限度防止传染病跨境传播并降低对国际交通的干扰；1951 年，世界卫生组织采用新《国际公共卫生条例》取代先前缔约国间各自为政的条约范式，成为传染病治理国际规则的初步框架。经多次修订后，于 1969 年得以正式更名。20 世纪中后期，流行疾病国际传播的风险急剧增加，加之国际疾病谱系发生巨大变化，艾滋病、埃博拉等新发传染病不断涌现，《条例(1969)》在传染病防控范围、防控方式与手段等方面的局限性愈加凸显，无法有效应对当时传染病的蔓延。1995 年世界卫生大会通过了实质性修订决议并开启修订工作。直至 2003 年 SARS 疫情暴发彻底加速修订进程，最终于 2005 年第 58 届世界卫生大会上审议通过《条例(2005)》，内容涵盖“66 条正文+9 个附件+附录”。

近年来，随着新发传染病强传播性、高致死率及防控难度大等特征，《条例(2005)》仅针对特定传染病的防控措施与应对机制存有其历史局限，难以有效应对复杂多变的新型公共卫生挑战。例如，在 COVID-19 全球公共卫生治理中，政治因素过度干预疫情防控、疫情监测及预警情况反应迟缓、全球防疫资源分配严重不均、惠益及信息共享机制存在漏洞、缔约国公然无视国际卫生遵约机制等现象频发，充分暴露出《条例(2005)》在应对大规模全球性公共卫生危机时的部分结构性缺陷(见图 1)。基于此，2022 年 WHO 根据 EB150(3)号、WHA75(9)号决定敦促对《条例(2005)》进行修订，并于 2024 年第 77 届世界卫生大会上通过了由缔约国提交的 300 余项拟议修正案，共涉及《条例(2005)》中 66 项条款中的 33 项条款、9 个附件中的 5 个附件，并新增 6 项新条款和 2 个新附件，最终形成修正案[1]，在缔约国协商一致通过后，基于“默示同意”生效原则继而产生法律拘束力，以此确保建立更为全面、稳定的国际公共卫生秩序，提高全球对大流行病等国际突发公共卫生事件的防范、监测和应对能力。

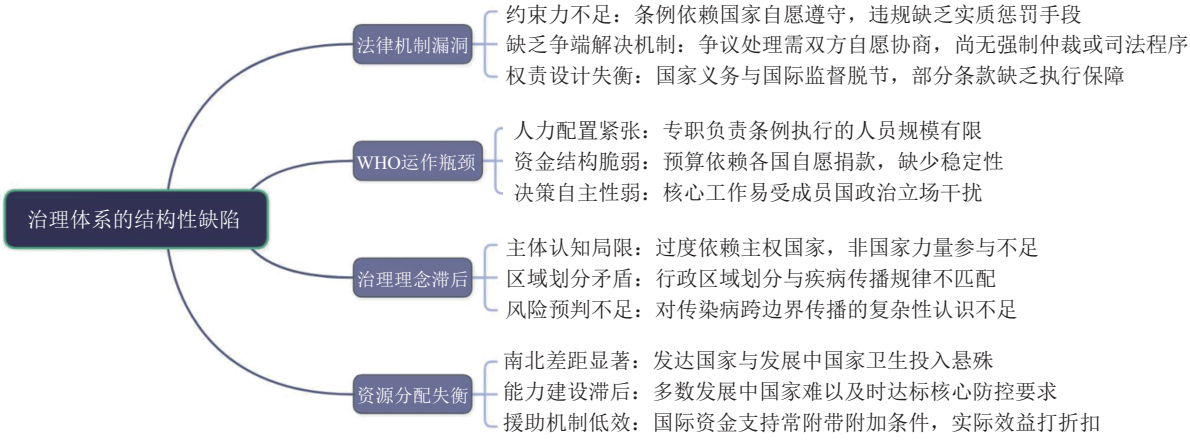


图 1 《条例(2005)》治理体系的结构性缺陷

Fig. 1 Structural deficiencies in the International Health Regulations (2005) governance system: loopholes in the rules, operational bottlenecks, outdated concepts, and imbalance in resource allocation

2 《国际卫生条例(2005)》修正案的修订动因

2.1 国际突发公共卫生事件频发暴露出《条例(2005)》的内在缺陷 《条例(2005)》在应对大流行疾病时虽能起到一定积极作用，但因其在应对国际传染病防治过程中依旧保持国家绝对主权概念，欠缺传染病防治国际责任的原则支撑，亦没有行之有效的国际义务执行机制，导致其在预防和应对新近国际突发公共卫生事件中收效甚微，并暴露其内部局限。

首先，《条例（2005）》在缔约国全球卫生治理国际责任的规制方面，尚有体系性阙如。一是大流行病防治的国际责任在缔约国之间的分配尚不妥适。《条例（2005）》仅为缔约国设定了应对疫情的原则性责任，却未明确各缔约国间合理分配防治全球大流行病的具体及最低国际责任[2]。此外，尽管其规定了“缔约国在发生突发公共卫生事件时应及时、准确通报并提供信息”的国家通报义务，但在实际运行中，仍存在部分缔约国为避免本国经济、政治生活受到损害，而选择拒绝或延迟信息共享，更有甚者存在故意隐瞒、拒不通报疫情信息等现象，加剧传染病的全球大流行。二是对各缔约国应对大流行病的预防性义务存在规范缺位。通常情况下，国际社会对于传染病的防治包括源头治理、上游治理、中游治理、末端治理等全流程，但《条例（2005）》的关注重点仅从过去单一的中游治理层面，扩展至上游治理环节，仍未将预防性源头治理与末端治理纳入防治范畴。三是对于非国家行为体的国际义务规定尚未形成针对性制度安排。由于传染病大流行是社会各行为体共同作用的结果，对于公共卫生问题的治理自然也需要基于共同体视角，最大可能将所有行为体都纳入公共卫生防治的参与主体范围。然而，《条例（2005）》仅为国家主体设定了公共卫生防治义务，而将非国家行为体排除在规制主体外，这极可能诱发国家主体通过非国家行为体采取行动来规避其应承担的国际义务行为，并可能为日后国际突发公共卫生事件的防治设置障碍。

其次，《条例（2005）》在缔约国间合作与遵约保障机制规范建构方面，尚存制度供给缺口。一方面，就国际合作与援助义务而言，《条例（2005）》的规范文本尚未完成从原则性宣示到具象化义务条款的转化落实。强化突发公共卫生事件下的国际合作与援助责任，不仅是对受疫情困扰国家的帮扶与利益维护，更符合全球人类及社会发展的共同利益期待。而《条例（2005）》仅要求世界卫生组织与缔约国间、各缔约国相互间应尽可能在技术合作、后勤支持及财政筹集等方面开展多方合作，而未对国际合作与援助的主体、方式、内容等加以展开阐释，使得本就模糊的规定更加无法得到落实。此外，《条例（2005）》还存在执行效能难以充分保障的困境。从规范构造来看，其核心条款多以原则性宣示为主要形态，对缔约国在监测预警、信息通报、应急响应等关键环节的国际合作与援助义务设定缺乏可操作性的条款规定，导致制度文本与实践落地之间形成显著的转化鸿沟；在公共卫生资源保障方面，其针对发展中国家履约能力建设的技术援助与资金支持缺乏刚性兑现机制，实际转化效率低下，最终导致执行的不均衡性与脆弱性；在执行监督机制上，《条例（2005）》依赖非强制性合规审查机制，既无独立第三方监督机构承担常态化评估职能，亦缺乏对违约行为的梯度化制裁条款，使得其约束力停留在“软法”层面的道义劝诫，难以形成实质性法律惩戒力。COVID-19 便充分暴露出世界各国在应对疫情时陷入地缘政治竞争状态，国际合作及援助条款也未能得到严格执行。另一方面，在缔约国遵约义务的规范中，尚未形成具有刚性约束力的规制框架。关于大流行病防治的遵约机制主要体现在《国际卫生条例》《共享流感病毒以及获得疫苗和其他利益的大流行性流感防范框架》等文件中，而《条例（2005）》的遵约条款呈现出强制性与激励性效能的双重缺失。囿于非强制性规制，多数缔约国在面对突发公共卫生事件时会优先基于本国政治、经济、社会利益等因素作出决策，甚至会直接无视《条例》规定和世界卫生组织建议，对暴发疫情的国家采取过度的额外限制措施[3]。

最后，《条例（2005）》在国际卫生争端化解机制方面，尚未形成强制争议解决制度形态。国际争端解决机制的“空转”问题是缔约国屡次违反规定的主要诱因。强制、有效的国际卫生争端解决机制在敦促各缔约国遵守国际义务及高效解决国际卫生争端方面会发挥重要作用。然而，《条例（2005）》设定的争端解决路径多依赖缔约国间的自愿磋商与非强制性调解，且缺乏独立的争端解决机构，使得争端解决机制的运行难以突破国家主权意志掣肘。即便在有限的程序性规定中，关于争端裁决的法律效力认定、不遵约行为的制裁措施及执行保障条款等均处于模糊、柔性化状态，未构建起从争端受理到结果执行的完整拘束力链条。这导致争议解决框架在实践中难以形成对缔约国行为的有效约束，当涉及跨境卫生措施的合法性判定、疫情信息通报义务履行等纠纷时，往往因缺乏刚性拘束力的制度支撑而陷入协商僵局或单边行动困境[4]。

2.2　新时代世界政治相互依赖下“传染效应”的影响　随着全球化进程的纵深推进，世界政治间的相互依赖日益紧密，促使世界形成深度互嵌与交互影响格局。这种强关联性不仅体现在人口跨境流动及经贸交易网络的交织，更凸显于公共卫生健康风险的跨国传导，使得病原体全球传播速度呈指数级攀升。科学行为主义学者理查德·库珀等提出，行为体与他者进行安全互动，会形成相互依赖关系，但并非完全互利、平等及“非零

和”[5]。世界政治中的相互依赖在促进国际合作共赢的同时，也加剧了“传染效应”的风险与挑战，即一国问题往往能够迅速波及他国，甚至引发全球性危机[6]。突发公共卫生事件的跨国蔓延态势，恰是“传染效应”的具象化投射，而《条例（2005）》的修订亦深受该效应的默性制导。全球化时代背景下，受政治传染效应影响，各国在应对气候变化、反恐、公共卫生等全球性挑战时需开展广泛的国际合作与政策协调，迫使其修订以强化公共卫生治理的国际合作责任[7]。

2.3 全球卫生安全秩序下“人类卫生健康共同体”的构建 国际关系中，有序互动往往都伴随着各行为体对规范的认同及遵守。若缺乏统一规范约束，则会导致战争、冲突、干涉、制裁、恐怖主义等无序状况的肆意蔓延；相反，若存在强有力的国际规范约束各国行为，将会促成安全有序的国际环境[8]。联合国开发计划署 1994 年在《人类发展报告》中提出“人类安全”，并具化为健康安全、人身安全、环境安全等外延[9]。面对日益严峻的全球卫生安全秩序挑战，国际社会逐渐达成“人类卫生健康共同体”共识，通过加强信息通报和共享、协调应急响应行动、共同研发疫苗和治疗药物等国际合作，以提高全球共同应对突发公共卫生事件的能力。人类卫生健康共同体是人类命运共同体理念的延伸，要求在全球卫生安全秩序下实现健康平等、维护卫生安全、促进卫生发展。中国一贯积极主张构建包括“人类卫生健康共同体”在内的“人类命运共同体”。“人类卫生健康共同体”概念于 2020 年首次提出[10]，2025 年第 78 届世界卫生大会上中国代表团再次强调“共同构建人类卫生健康共同体”倡议。其不仅可为《条例（2005）》修订提供理论遵循，亦可为全球卫生治理提供新的价值指引。世界各国共同负有维护人类卫生健康命运共同体的责任，也应达成从“国家中心主义”理念转向“全人类卫生健康共同体”的国际共识。国际实践证明，以邻为壑、零和博弈的主权局限思维只会阻碍全球公共卫生治理进程，继而引发更严重的人类健康危害后果，在“人类卫生健康共同体”理念下积极开展国际合作与援助，既是提升全球公共卫生治理能力之策，又是实现各国公共卫生协同治理的共赢之道。

3 《国际卫生条例（2005）》修正案的焦点议题

3.1 引入“大流行病突发事件”与完善全球公卫事件评估防范体系 《条例（2005）》适用的首要前提在于对突发公共卫生事件的界定及识别。其中，第一条“定义”部分明确“国际关注的突发公共卫生事件”（public health emergencies of international concern, PHEIC）的概念[11]并进一步指出，决定某个事件是否构成国际关注的突发公共卫生事件需结合事件的公共卫生影响是否严重、事件是否不寻常或意外、是否有国际传播的危险、是否有限制国际旅行或贸易的严重危险等标准综合判断[12]。2009 年 H1N1 流感病毒疫情是世界卫生组织宣布的第一例“国际关注的突发公共卫生事件”，随后野生型脊髓灰质炎病毒、西非埃博拉、塞卡病毒、刚果埃博拉、COVID-19、猴痘病毒等事件相继被纳入。而修正案的焦点议题之一则是在国际公共卫生紧急事件之上引入“大流行病突发事件”作为最高级流感病毒。其不仅涵盖新型传染病、已知传染病的重大暴发或流行，还涉及病原体变异或传播方式改变等可能导致疾病传播风险增加的因素，旨在代表更高级别的警报、促进更有效的国际合作来应对可能成为或已经成为大流行病的事件[13]。诸如，一种传染病向多个国家和在多个国家内部发生或极有可能发生广泛的地理传播，且超过或极有可能超过这些国家卫生系统的应对能力；正在造成或极有可能造成重大的社会和经济混乱，包括干扰国际交通和贸易；需要采取全政府和全社会参与方针，开展迅速、公平和协调的国际行动。需要注意的是，“大流行病突发事件”并非对“国际关注的突发公共卫生事件”的替代，而是针对更高层级公共卫生危机的专门规制，二者在定义、触发标准、应对逻辑等方面存在显著差异，需从多维度加以区分（见表 1）。

通过引入“大流行病突发事件”作为最高警报级别，既有助于提高国际社会对突发公共卫生事件的警惕性和重视程度，又能为国际社会提供明确和统一的评估标准，推动各国共同构建全球公共卫生安全防线[14]。在完善全球突发公共卫生事件评估防范体系方面，《条例（2005）》修正案还对审查、监测、通报等环节提出强制性细化要求。在能力审查方面，提出“普遍卫生与防范审查”的目的是在缔约国间就突发卫生事件防范能力建立定期性政府对话[15]；在疫情监测方面，修正案指出建立健全疾病监测网络和信息报告系统，确保及时、准确、全面收集和共享疫情信息；在事件通报方面，修正案要求按照规定程序予以及时、准确报告，以提高国际突发公共卫生事件的监测及报告效率。此外，还提出强制性时限要求，即缔约国发现符合“大流行病突发事件”预警信号的事件，需及时通过国家主管当局向世界卫生组织报告；若延迟通报，需书面说明理由，否则将触发遵约委员会调查程序。

表 1 “国际关注的突发公共卫生事件”与“大流行病突发事件”比较
Table 1 A comparison of severity, scale, administrative bodies, and alert levels: public health emergency of international concern vs. pandemic emergency

对比维度	国际关注的突发公共卫生事件	大流行病突发事件
事件界定	不同寻常的事件，通过疾病国际传播构成对他国的公共卫生风险，并可能需要采取协调一致的国际应对措施	一种新型流感病毒在全球传播，且绝大多数人群对此无免疫力
事件规模	区域级或跨区域级（如西非埃博拉）	全球级（如COVID-19）
应对主体	世界卫生组织协调、区域内国家主导	世界卫生组织领导、全球多边机制协同
警报级别	重要警报	最高级警报

3.2 *强化世界卫生组织领导地位并设立国家主管当局* 世界卫生组织作为全球卫生治理的中枢机构，其职责在于发起、协调、实施全球公共卫生规划和行动及日常国际卫生情报全球监测等，并在实现国际卫生资源优化配置、开展全球卫生国际合作、解决全球性突发公共卫生事件方面贡献卓著。然而，世界卫生组织在全球卫生治理中的核心领导地位正被日益削弱，甚至有个别成员国主动退出情况发生[16-17]。对此，《条例（2005）》修正案强调世界卫生组织在全球公共卫生治理中的领导地位，并赋予世界卫生组织额外义务，包括但不限于对“卫生产品”的可获得性和可负担性进行评估等。此外，修正案还进一步授权世界卫生组织建立“包括配料、成分、设计、专门技能、生产工艺方面的详细信息或便于生产卫生产品生产所需的任何其他信息”的数据库，以应对国际大流行病突发事件。

在应对全球公共卫生事件时，缔约国需设立专门机构负责统筹国内公共卫生行动并与国际卫生组织进行对接。尽管《条例（2005）》明确指出各缔约国应指定或建立国家归口单位及在各自管辖范围内负责实施卫生措施的当局，但实践中诸多缔约国的国家主管当局机构并不存在或形同虚设，导致在突发公共卫生事件紧急状态下难以迅速、有效采取行动[18]。针对该问题，修正案澄清了国家归口单位是一个实体，要求缔约国采取行动支持国家归口单位的平稳运作。此外，修正案提出缔约国有义务建立实体负责协调国内的公共卫生行动，包括制定和执行公共卫生政策、监测和评估公共卫生事件、提供公共卫生教育和培训等内容。通过设立国家主管当局便于将国际条例转化为国内行动，从国家层面保障《条例》的执行，进而提升缔约国的整体履约程度与国际责任承担。其权责设计相较于原“国家归口单位”实现了从“单一联络”到“统筹执行”的根本性升级（二者的权责对比如表 2 所示）。

表 2 “国家归口单位”与“国家主管当局”的权责对比
Table 2 A comparison of legal status, national coordination power, and the right to international coordination: national administrative department vs. competent national authority

权责维度	国家归口单位	国家主管当局
法律地位	世界卫生组织与缔约国的“单一联络点”（多为外交部或卫生健康管理部门的下设部门），多为行政委托	国内公共卫生应急的法定统筹执行机构，具备独立法人资格
国内协调权	无强制协调权，仅负责传递信息	有权统筹卫健、疾控、海关、交通等部门，制定全国应急方案
国际对接权	仅传递世界卫生组织通知，无独立谈判权	代表国家参与世界卫生组织应急磋商，签署双边/多边援助协议；提交本国履约报告

3.3 *构建缔约国公共卫生资源共享及合作援助机制* 《条例（2005）》修正案强调促进全球公共卫生产品和服务的公平获取以及国际合作援助，包括加强疫苗、治疗药物等公共卫生产品的研发和生产能力建设，提高其在全球范围内的可及性和可负担性及缔约国公共卫生服务能力。在公共卫生资源惠益共享方面，尽管《名古屋议定书》明确了包括流感病毒病原体在内的生物材料资源利益共享，但疫情大流行期间缔约国间在全球公共卫生资源“获取和惠益分享”机制上仍存在较大利益分歧。尤其是因高收入国家预购协议导致疫苗稀缺，加之高昂费用下的疫苗分配不公，致使大批垄断性疫苗存量尚未投入使用即面临失效风险。为改善缔约国在公共卫生产品及资源的获取不公，修正案指出，缔约国应在发现、评估及应对事件、提供或促进技术合作和后勤支持、筹集财政资源等方面加强国际合作。同时建议，应采取预先安排的公共卫生资源获取和惠益共享模式，保障缔约国充分获取病原体样本、基因序列数据等信息并参与惠益分享。通过加强国际援助与合作，可缩小缔约国在公共卫生治理方面的差距，实现全球公共卫生治理的均衡性和可持续性发

展。在公共卫生信息共享方面，修正案明确要求各缔约国必须按照国际标准评价公共卫生紧急事件的国际影响，并尽快通过负责单位向世界卫生组织通报有可能构成国际关注的突发公共卫生事件。在资源服务公平获取方面，修正案提出应构建“协调财政机制”，旨在加强对发展中国家的资金支持力度，确保发展中国家在应对公共卫生危机时，能够及时获得必要的财政支持。

3.4 设立遵约委员会并敦促缔约国积极承担履约责任 条约遵守机制是国际组织主导并由国际立法推动的产物，包括“实施”和“执行”两个方面。由于国际社会缺乏相对有效的执行机构（联合国安全理事会除外），围绕条约遵守的讨论本质上属于条约实施问题。然而，缔约国在国际公共卫生治理中不遵约的情况屡见不鲜，一是出于不遵约的违法成本较低，二是由于遵约激励机制的缺失。对此，修正案提出设立遵约委员会，建议委员会成员应由不同缔约国专家组成，且需具备丰富的公共卫生治理经验和专业知识，尽可能客观、公正地评估各缔约国履约情况。此外，遵约委员会应履行收集并审议信息、说明缔约国遵约情况、提出建议等职能，负责审议世卫组织和缔约国提供的与遵守《条例》规定义务相关信息，就遵约事项进行监测、提供咨询意见与便利援助，并就如何改善遵约情况提出建议及年度报告。其中，遵约委员会的首要职责是监督各缔约国对《条例》的遵守情况，包括评估各国在公共卫生监测、预警、应对等方面的具体表现及在信息共享、资源调配、国际合作等方面的完成情况，及时发现各国在履约过程中存在的问题和不足，并提出改进建议。对于违反规定的缔约国，遵约委员会通过发出警告、提出整改建议、暂停或取消该国的某些国际卫生合作权利等方式予以处理，以确保全球公共卫生治理的公平性[19]。在违约责任认定方面，建议借鉴国际环境法“共同但有区别”的责任原则，确立全球公共卫生治理中缔约国的国际法义务，为健全遵约和问责机制提供原则指引。

笔者认为，修正案设立的“遵约委员会”并非替代既有争端解决机制，而可与联合国国际审判法院等形成互补协同体系。实践中可表现为，若缔约国之间因履行《条例》义务产生争端（如 A 国拒绝向 B 国提供疫苗援助），建议可先交由遵约委员会调查，由委员会出具包含事实认定与解决方案的《争端解决建议书》；若争端方不接受作出的建议，可在规定时间内提请联合国国际审判法院审理。同时，联合国国际审判法院可援引遵约委员会的调查结果作为裁判依据，可大幅提高国际卫生争端审理的专业性与合理性。值得注意的是，尽管修正案对其“强制性不足”困境的破解已实现从“无监督”到“常态化监督”、从“无惩戒”到“梯度制裁”、从“单一依赖国家”到“多元主体参与”的进步，但实践适用中仍存有诸多局限。一是政治博弈削弱机制权威，缺乏真正的“强制制裁”。违约惩戒机制的强制性效能不济，极易导致因国际政治问题影响全球公共卫生治理秩序与治理效果，大国或以“主权豁免”为由抵制监督。二是缔约国履约能力差异大、资源分配公平性不足。尽管修正案要求发达国家应提供国际援助，但部分最不发达国家仍可能因“能力不足”而非“故意违约”被追责，形成“实质不公平”的风险。部分缔约国传染病监测和评估能力低下导致无法精确提供受感染地区与人数等关键信息，难以对疫情传播形成全局性认知，致使对疫情判断存在滞后性与不完整性，影响全球疫情态势的精准判断。此外，“大流行基金”的资金分配仍由发达国家主导，发展中国家获得的援助可能不足以覆盖其履约成本。三是决策权力的过度集中及决策程序的过度技术化，易引发对权力滥用的质疑和对不同缔约国国家利益冲突的遮蔽，进而影响决策公信力。

综上，除《条例》自身修订外，还需要各缔约国积极参与全球公共卫生治理，自觉遵约并提出创新治理方案，共同致力于维护全球公共卫生安全。

4 《国际卫生条例（2005）》修订后全球公共卫生治理的“中国方案”

4.1 铸牢“人类卫生健康共同体”意识并作为全球公共卫生治理指导理念 全球公共卫生治理包括卫生霸权主义、机会主义及多边主义模式。所谓卫生霸权主义，是强国或强势医疗体系凭借政治、经济、技术等优势，将自身卫生标准、医疗模式和价值观强加于他国，以维护其主导地位的观念与行为。卫生机会主义是指各类行为体利用公共卫生危机、治理机制漏洞或信息不对称，以“维护公共健康”为合法外衣，实则谋取政治权力、经济利益或战略优势的投机性观念与行为。在全球公共卫生治理中，不乏有国家坚持卫生霸权主义、机会主义立场，以国家利益为根本出发点，有目的地进行国际公共卫生治理合作。而卫生多边主义是指主权国家、国际组织、非政府组织等行为体，基于国际卫生法规定，通过多边机制、集体协商、规则共建等方式，协同应对全球公共卫生治理挑战，保障全人类卫生健康的观念与行为。实践证明，只有坚持“人类卫生健康共同体”理念的卫生多边主义模式才是行之有效的全球卫生治理模式。中国在参与国际卫生法律新秩

序的建立和发展进程时，始终以维护人类卫生健康共同体为行动的出发点与落脚点，更好地兼顾本国利益和国际社会共同利益。中国既是构建“人类命运共同体”的倡导者，更是践行者。截至目前，中国与世界卫生组织签署《关于“一带一路”卫生领域合作的谅解备忘录》积极推进“健康丝绸之路”建设，向百余个共建国提供抗疫援助，共同发起“一带一路”疫苗合作伙伴关系倡议，向共建国提供数十亿剂疫苗并开展疫苗生产合作，提高了疫苗在发展中国家的可及性和可负担性。

“病毒无国界”决定了国际卫生法需在超国家层面进行规制，全球卫生健康治理也亟需实现从以“疾病防治”为中心到以“人类共同健康利益”为中心的积极转化，而“人类卫生健康共同体”理念恰好提供认识论遵循。构建人类卫生健康共同体的核心要义是坚持卫生平等、安全及发展，基于共商共建共享原则，要求世界各国在履行各自公共卫生治理义务的基础上，共同协商治理、共同承担责任、共同分享收益，与国际环境法中的“共同但有区别责任”原则有异曲同工之意。既要求世界各国承担“共同的责任”，即各国均有义务保护国内和国际公共卫生环境，全力做好境内传染病治理的同时，协同履行全球卫生治理义务；又需要结合不同国家公共卫生特定情况承担区别责任，采用“有能力的国家”及“有困难的国家”标准划分差异化责任，以预防和控制公共卫生治理风险。全球公共卫生治理实现向全人类卫生健康治理的理念转变，才是修正案制定实施的应有之义。

4.2　探索非国家行为体主动参与全球公共卫生治理新模式　全球公共卫生治理是全球各行为体共同参与公共卫生安全维护的过程。全球公共卫生事件的频发，对全球卫生治理的主体性提出了考验。传统主权国家在国际公共卫生治理中会受制于国家利益、意识形态等因素，而非国家行为体可居中斡旋对话以促成国家间的利益协调和谈判，加之其非官方、非营利性属性与全球卫生公共产品供给具有天然契合[20]，这就使得非政府组织、慈善机构、专业机构、跨国公司等非国家行为体在缓解全球公共卫生问题与全球公共卫生治理失灵的矛盾上发挥不可替代的作用[21]。中国作为全球公共卫生治理的重要参与者，其非国家行为体在推动全球卫生治理方面也具有独特潜力。其中，中国红十字会、中国医药卫生事业发展基金会、中国癌症基金会等非政府组织在全球卫生治理方面发挥重要贡献；比尔及梅琳达·盖茨基金会中国办公室、中国扶贫基金会等慈善机构提供物资和技术支持，并参与全球公共卫生项目实施；高校科研机构与国际组织、外国同行开展科研合作，共同应对全球性公共卫生挑战；中国跨国公司通过提供医疗产品、技术和服务等积极履行社会责任，参与国际公共卫生应急响应和灾后重建工作。《中国社会组织走出去指导意见》《关于改革社会组织管理制度促进社会组织健康有序发展的意见》等政策文件中均有所体现，但这些规定立法层级较低、原则性较强，无法为非国家行为体参与全球公共卫生治理提供具体化依据。对此，建议在《条例》相关条款中增设非国家行为体参与全球卫生治理规范，围绕准入条件、权利义务、法律责任等方面为其提供法律保障。同时，积极构建跨境公共卫生合作项目平台，与有关国家在疫苗研制、卫生检测、卫生产品研究等方面积极开展科研项目合作。

4.3　推动国内公共卫生法治体系与国际卫生法规耦合衔接　全球规范与国家立法间受国家主权、国家利益、国际关系等条件影响势必会存在一定博弈[22]，国内立法要在坚持国家根本利益不动摇的基础上，与国际卫生法规进行有效对接，以实现国内外公共卫生治理的高效与协调。目前，中国在公共卫生领域颁布了《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国突发公共卫生事件应对法》《中华人民共和国国境卫生检疫法》《中华人民共和国疫苗管理法》《中华人民共和国外国人入境出境管理条例》等法律，但仍存在公共卫生治理法律体系不完善、法律执行力不强、国际合作受限等问题。笔者建议，一是通过立法技术手段及时更新并动态调整公共卫生事件的规制范围，以适应突发公共卫生事件变化新形势、新问题的需要，加强国内公共卫生法与《条例》等国际卫生法规定的协调适配；二是建立健全公共卫生跨境信息通报机制，确保能够及时、准确地向国际组织和其他国家通报疫情病原体类型、传播范围等信息，加强全球公共卫生治理合作交流，共同提高疫信息的准确性和可靠性，推动国内公共卫生治理体系与国际层面形成有效衔接。

综上，全球公共卫生治理“中国方案”的核心价值在于，以“人类卫生健康共同体”为理念指引，平衡“国家主权”与“全球公共利益”，通过项目实践等方式为其他国家参与全球公共卫生治理提供借鉴经验。未来，中国需进一步深化与世界卫生组织及他国公共卫生治理的协同合作，让“中国方案”成为全球公共卫生治理的重要组成部分，共同守护全人类的生命健康安全。

5 余　论

当前世界公共卫生治理的困境，既是国际立法缺位问题，也是狭隘国家利益的政治问题。修

正案明确将公平与团结纳入全球卫生安全治理，并填补了先前版本暴露的部分缺陷，在全球公共卫生治理领域具有深远意义，但不容忽视该版本也存在尚待优化的功能局限。对此，笔者仍提出《条例》完善及适用新思路：以“构建人类卫生健康共同体”为理念遵循，融合区域化公共卫生治理路径发挥区域合作机制的补充作用；以“同一健康”为行动指引，积极探求“人类—动物—环境”互嵌关系下的全球公共卫生治理新范式；平衡国家主权与国际责任，运用“比例原则”细化卫生措施的合法性标准，避免将公共卫生问题泛政治化，同时保障成员国的合理政策空间；参照世界贸易组织争端解决机制，设立国际公共卫生争端解决独立仲裁庭，并实施“一裁终局”强制解决机制；改革世界卫生组织筹资结构组成，减少成员国捐款比重以实现去政治化风险规避，通过引入国际金融交易税、碳排放税等渠道维持世界卫生组织运行的资金稳定；将柔性治理和刚性规制相结合。如此一来，方可最大程度发挥《条例》在全球公共卫生治理中的制度效能。

数据可用性声明 本文所涉及的所有数据均来自相关官方网站，数据真实性有来源依据，不涉及人类研究数据或其他敏感数据，也未生成新的数据。

参考文献

[1] 新华网. 世卫大会修订国际卫生条例 加强大流行病应对能力 [EB/OL]. (2024-06-02)[2025-03-20]. http://www.news.cn/20240602/0be5d69b2db84065afc0092c6d9aed8d/c.html.

[2] 魏庆坡.《国际卫生条例》遵守的内在逻辑、现实困境与改革路径 [J]. 环球法律评论, 2020, 42(6): 174-186.

[3] 郭中元, 邹立刚. 全球卫生治理视域下《国际卫生条例》中额外卫生措施之适用 [J]. 江淮论坛, 2020(5): 131-139, 156.

[4] 龚向前. 世界卫生组织《国际卫生条例》争端解决机制研究 [J]. 武大国际法评论, 2020, 4(3): 83-96.

[5] 布鲁斯·拉西特, 哈维·斯塔尔. 世界政治 [M]. 王玉珍, 译. 5 版. 北京: 华夏出版社, 2002: 361.

[6] 李少军, 李开盛. 国际安全新论 [M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2018: 42-43.

[7] 罗艳华, 朱思思. 全球公共卫生安全的大国合作: 动因与共同利益建构——基于对美苏和中美合作的案例分析 [J]. 国际政治研究, 2025, 46(2): 36-64.

[8] 赫德利·布尔. 无政府社会 [M]. 张小明, 译. 4 版. 上海: 上海人民出版社, 2015: 7.

[9] 李杰豪. “人类安全”析论 [J]. 湘潭大学学报 (哲学社会科学版), 2008(3): 31-34.

[10] 新华社. 习近平同法国总统马克龙通电话 [EB/OL]. (2020-03-22)[2025-03-20]. https://www.news.cn/politics/leaders/20250522/a9f9160e192d41a08904d822e2163431/c.html.

[11] 世界卫生组织.《国际卫生条例 (2005)》第三版 [EB/OL]. (2016-01-01)[2025-03-26]. https://www.who.int/zh/publications/i/item/9789241580496.

[12] 劳伦斯·戈斯汀, 丽贝卡·卡茨, 孙婵.《国际卫生条例》: 全球卫生安全的治理框架 [J]. 地方立法研究, 2020, 5(3): 1-29.

[13] 何田田. 多边条约修正程序的规范困境与完善路径——以《国际卫生条例》修正机制为例 [J]. 政法论坛, 2025, 43(3): 140-152.

[14] 陈龙, 任明辉.《国际卫生条例 (2005)》修正案在中国适用的挑战及展望 [J]. 北京大学学报 (医学版), 2025, 57(3): 411-416.

[15] 郭一达.《国际卫生条例 (2005)》修订中区域化治理提案的法律问题 [J]. 社会科学战线, 2024(2): 258-267.

[16] 新华网. 特朗普宣布美国退出世界卫生组织 [EB/OL]. (2025-01-21)[2025-04-01]. http://www.news.cn/20250121/f82f465943064a9e9303c6385d829af4/c.html.

[17] Hallas L. COVID-19′s new cosmopolitanism? Structural considerations for the proposed pandemic treaty[J]. The Yale Law Journal, 2023, 132(8): 2360-2657.

[18] 张娜, 王坤, 毛阿燕, 等. 我国疾病预防控制机构职责的历史演变及现实困境与发展方向 [J]. 中国公共卫生, 2024, 40(6): 765-769.

[19] 刘雁冰, 马林.《国际卫生条例》在新冠疫情应对中的困境与完善 [J]. 西北大学学报 (哲学社会科学版), 2021, 51(4): 117-124.

[20] 刘红春. 社会组织走出去参与人权治理的贡献、经验与风险防控 [J]. 人权, 2020(1): 75-87.

[21] 孙婵. 非政府组织参与全球卫生治理的国际范式与中国因应 [J]. 法治社会, 2024(6): 99-112.

[22] 殷峻, 郑薇, 陈云良.《美国政府全球卫生安全战略 (2024)》解析及其对中国的启示 [J]. 中国公共卫生, 2025, 41(4): 505-512.