全球COVID-19防治檢討：審視台灣經驗是否足當國際典範？

●邱亞文／高雄醫學大學教授兼全球衛生暨安全研究中心主任、亞太公共衛生學術聯盟副理事長兼台灣區域主席

●簡瑋廷／台北醫學大學全球衛生暨發展碩士、衛生福利部雙和醫院一般醫學科住院醫師

壹、前言

嚴重特殊傳染性肺炎（Coronavirus Disease 2019, COVID-19）自2019年12月31日疫情爆發至今，全球累計確診病例逾六億，累計死亡病例亦超過六百五十萬，無疑是自1980年代愛滋病（Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome, HIV/AIDS）以來最嚴重的全球傳染病。2021年初，隨著疫苗的陸續問世，肆虐全球的COVID-19疫情終於露出一線曙光；全球衛生社群也漸有餘裕開始檢視全球因應傳染病的國際協力機制、世界衛生組織（World Health Organization, WHO），乃至於各國的防疫表現。

WHO是當今全球最大且唯一的國際政府間衛生機構，領導全球衛生事務並協調一百九十四個會員國；儘管COVID-19疫情期間，WHO其幹事長譚德塞（Tedros Adhanom Ghebreyesus）的因應及發言多次引發爭議，但WHO在全球衛生治理，尤其是因應傳染病的國際協力機制中，其重要地位仍無可取代。本文試以下列WHO體制內或由WHO所召集的委員會、獨立小組，包括「WHO公共衛生緊急計畫（WHO Health Emergencies Programme, WHE）獨立監督諮詢委員會（Independent Oversight and Advisory Committee, IOAC）」、「大流行預防及因應獨立小組（Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, IPPPR）」、「全球預防監測委員會（Global Preparedness Monitoring Board, GPMB）」等，針對因應傳染病的國際協力機制、WHO的功能，乃至於各國的COVID-19防治檢討報告為本，其他相關資料為輔，彙整全球經驗並回頭以更客觀的角度審視台灣防疫，特別是早期因應作為，並期能一窺未來全球衛生安全（Global Health Security, GHS）改革趨勢。

貳、全球COVID-19防治檢討要點

一、全球衛生安全的系統性問題

相關檢討報告都提到各國政府、國際組織或非政府組織（Non-governmental Organization, NGO）對GHS的投資遠遠不足，儘管過去許多報告的演算、推估都提出了現在看來極為睿智的警告和建議；IPPPR甚至直接點名G7/8、G20在先前大聲疾呼GHS和大流行準備工作的重要，卻在COVID-19期間顯得相對被動；GPMB更進一步指出：「提供全球及各國進行大流行準備工作的資金，傳統上仰賴部分國家、組織或發展銀行發展援助的模式，已不足以因應COVID-19這樣造成全球經濟壓力的疾病大流行。」「投資數十億可以省下數兆」（Billions can save trillions）是許多報告一再重複的標語，像COVID-19這類衛生安全危機所帶來的全球經濟損失是數以兆計，但對GHS的投資可能僅需數十億，就能避免千倍以上的損失，這樣的投資報酬率是極其巨大的；因應未來定會再度出現的各種疫病，國際社會需一改過去的短視。

「國際衛生條例」（International Health Regulations, IHR）可視為「國際版傳染病防治法」，內容明確規範締約國應於24小時內通報可能構成「國際公共衛生緊急事件」（Public Health Emergency of International Concern, PHEIC）的事件，二十四小時內對WHO提供資訊的要求做出初步答覆或確認等；但對締約國缺乏實質約束力始終是其致命傷，WHO及國際社會對於未遵守IHR規範的締約國也無法制裁。根據WHO的COVID-19時間表及中國疾病預防控制中心2020年1月發表於國際知名醫學期刊《新英格蘭醫學雜誌》（New England Journal of Medicine, NEJM）的文章，早在2019年12月8日武漢已有病例出現，12月30日武漢市衛生健康委員會就已對其國內發出緊急通知，因而為WHO、台灣等單位所注意並通報，中國卻遲至2020年1月3日才在WHO的主動要求下提供相關資訊，並承認武漢發現「不明原因的病毒性肺炎」，可以確定中國並未遵照IHR規範，是故WHO幹事長於2020年初的發言卻仍對中國多溢美之詞，才引發諸多親中爭議。2003年SARS期間擔任WHO幹事長的布倫特蘭曾於2020年6月的訪問中直言：「2003年SARS疫情爆發時，中國毫無疑問想掩蓋疫情，當時WHO數周未自中方得到相關消息。譚德塞贊揚中國的意圖應是希望敦促中國加強合作。」相關報告針對這長久以來的問題，提出了IHR的修正案（Amendment）或仿聯合國人權理事會（Human Rights Council）的同儕審查（Peer-review）等建議，2021年1月第148屆WHO執行委員會（Executive Board, EB）上，由歐洲聯盟（European Union, EU）高峰會（European Council）所倡議的「大流行國際條約」（International Treaty on Pandemics）亦引起了熱烈討論；於2021年11月29日至12月1日所召開，WHO史上第二次的特別會議，通過將制定有關大流行防範與應對的新公約、協議或其他國際文書的決議。然而，從《菸草控制框架公約》（Framework Convention on Tobacco Control, FCTC）的前車之鑑來看，這些新的公約或協議是否真能解決長久以來的弊病仍有待觀察。

二、WHO的功能與效能

除了前述的系統性問題，根據IPPPR的統計，自2020年1月1日至11月14日，WHO及其各區署辦公室與附屬組織共發布近九百項建議或指引，包括科學、技術、政策、風險評估等各方面，備受爭議的包括COVID-19的傳播途徑、配戴口罩是否有效，以及各國是否應實施旅遊限制等。WHO在2020年1月30日宣告COVID-19為PHEIC的同時，卻仍建議各國勿實施旅遊或貿易限制；此建議最大的考量乃是降低受影響國家及其鄰近區域的經濟衝擊，並避免影響防疫相關人力、物力的移動，旅遊或貿易限制更可能增加各國隱匿其疫情的動機，反而成為防疫的漏洞。然而，IOAC報告指出，有一百餘國並未遵行WHO的建議，反而實施更為嚴格旅遊禁令；WHO的建議顯然受到普遍的質疑，IOAC甚至直言：「會員國宜重新評估WHO是否應扮演頒布旅遊限制建議的角色。」但客觀來看，WHO的單一建議本就無法一體適用於各國不同的醫衛實力、社經水平與地緣政治，亦有報告指出，儘管WHO近年來的改革朝著由區署辦公室向中央集權的方向前進，COVID-19疫情下部分區署辦公室（如西太平洋及非洲區署）仍針對其區域特性，適切的扮演了領導防疫的角色。從PHEIC的宣告到各項建議與指引的頒布，其時機、標準、證據等級、適用範圍等，皆有必要建立更明確、清晰、因地制宜的系統，增進各國對於相關資訊的理解、降低政策被遵行並實施的門檻，WHO也才能名副其實的扮演GHS的領導角色。

三、各國國內的疫情防治挑戰

使各國具備衛生安全基本核心能力，一直都是WHO乃至於「全球衛生安全綱領」（Global Health Security Agenda, GHSA）等組織的目標；WHO近年也逐步完善IHR「監測與評估框架」（Monitoring and Evaluation Framework），透過「締約國自評報告」（State Party Self-Assessment Annual Reporting, SPAR）及「外部評核」（Joint External Evaluation, JEE）等機制來追蹤並希望漸漸提升各國的衛生安全基本核心能力。但回顧2020年COVID-19疫情初期，包括SPAR、JEE，甚至是「全球衛生安全指數」（Global Health Security Index, GHSI）、「全民健康覆蓋指數」（Universal Health Coverage index, UHCI）等評估工具的結果皆未能成功預測各國防疫表現；IOAC直言：「各國的分數和該國實際的準備狀態、應對疫情的能力沒有任何明確的關聯性。」甚至有研究數據顯示各國GHSI與其防疫表現約略呈現反比的關係，換言之，COVID-19前GHSI評比較為傑出的國家，防治COVID-19的成效反而較差；全球GHSI整體分數最高的美國就是最明顯的例證。這樣的結果讓IOAC對於目前IHR的適切性與現行評估工具的效益提出質疑；GPMB則指出：「許多國家雖具備至少部分的IHR核心能力，卻未能成功在疫情來臨時實際操作這些能力。」重新審視核心能力及評估工具所遺漏的元素，並讓這些核心能力不僅是紙上談兵，能扎實的在疫情來臨時施展，是後COVID-19時代的當務之急。

如前所述，關於評估工具的失準，IPPPR認為可能源於這些指標並未將國家領導

人、政治等因素對疫情防治的影響納入考量，其報告提到：「許多具有相近技術水平及類似防治計劃的國家，卻得到截然不同的結果，足證並不存在一體適用的方法來確保防疫的成功。技術水平、政治和決策機制間存在複雜的交互作用。」由美國哈佛甘迺迪學院（Harvard Kennedy School）、康乃爾大學（Cornell University）、亞利桑那州立大學（Arizona State University）等校學者所領導，來自美國、英國、中國、日本、南韓及台灣等十六個國家學者組成的CompCoRe研究團隊，於2021年1月12日發表《COVID應對比較研究：危機、知識與政治—期中報告》（Comparative Covid Response: Crisis, Knowledge, Politics Interim Report）；相對於前述UN、WHO體系的全球性檢討，本研究聚焦於國家的防疫表現，以十六國學者所撰寫的個案報告為基礎，比較分析各國在公共衛生、經濟、政治等方面的措施、成效及其異同，破解了諸多關於國家防疫的迷思，振聾發聵。該報告直接的表示，疫情的應對沒有單一正確的劇本，政治、經濟、社會也不可能完全讓位給科學證據，即使是在COVID-19這樣席捲全球的疫情之下；動盪甚至可能加劇政治的不理性決策。

IPPPR的報告指出：「COVID-19的經驗顯示，維護人民、社會和環境的健康，是超越單一衛生部門的議題，需要整個政府（whole-of-government）和整個社會（whole-of-society）的因應；目前初步的證據顯示，政府高層的跨部會協調是決定防疫是否成功的關鍵因素。」CompCoRe研究報告則提到：「專家學者提供科學證據協助領導者制定最佳政策是種迷思，因為專家學者們從來就不只有一種聲音，同樣的科學證據更可能有不同的解讀。」對政府決策的信任可能才是成功與否的主因，CompCoRe研究報告還提到：「緊急情況加劇政治、經濟體系中既存的狀況。」使分化的社會更趨對立、使共識較為凝聚的社會更趨團結。醫學、公衛與政治、經濟，在COVID-19疫情防治決策中，似乎成為勢不兩立的兩股勢力，許多政府都在「封城救人命」與「解封救經濟」的二分法間反反覆覆、舉棋不定；然而，IPPPR的專家認為目前的證據似乎顯示這是一個錯誤的命題，有效執行嚴格公共衛生控制措施的經濟體，其經濟表現明顯較好，這些國家的疫情嚴重度亦較輕微；在傳染病控制和經濟活動之間存在重要的回饋機制，除非讓民眾感到安全，否則他們仍不會願意重新參與重要的經濟和社會活動（如：就學、購物、聚會等）。

另外，COVID-19暴露出全球物資供應鏈的脆弱，包括缺乏確保公平取得的制度、庫存不足、過度依賴單一來源等問題，2020年6月的估計，全球大約只有五分之一個人防護設備（Personal Protective Equipment，PPE）和篩檢試劑的需求被滿足；過去十年間，全球疫苗、治療藥物、診斷試劑的生產越來越趨向集中於少數國家，這增加了供應鏈斷裂的風險。近期疫苗的問世，富有國家爭先恐後搶訂疫苗，更造就出「疫苗民族主義」（Vaccine Nationalism）一辭；對於沒有能力加入物資競標戰爭的中低收入國家（Low- and Middle-Income Countries，LMICs），採購防疫物資變得極具挑戰，倘若這樣的情形持續，可預見未來全球將形成極端的「M型世界」，分為COVID-19受到控制的國家和

COVID-19導致整體疾病負擔大幅增加的國家。GPMB報告直言：「由於未能預先建立多邊協議或共享機制來分配防疫必要物資（包括PPE、疫苗、治療藥物、診斷試劑等），大流行的期程將被拉長。」WHO在2020年3月至4月也亡羊補牢的建立了「COVID-19供應鏈系統」（COVID-19 Supply Chain System），以及包括「COVID-19疫苗全球取得機制」（COVID-19 Vaccines Global Access, COVAX）在內的「獲取COVID-19工具加速計劃」（Access to COVID-19 Tools Accelerator, ACT-A）」；從現今證據來看，這些機制都稱不上成功。

2020年2月15日，WHO幹事長譚德塞於慕尼黑安全會議（Munich Security Conference）致詞時，針對COVID-19提出：「我們不僅正在對抗流行病，我們也正在對抗資訊流行病（Infodemic）。」的說法，「資訊流行病」一辭於是不脛而走，引發熱議。WHO後續的研討會及報告將「資訊流行病」定義為流行病期間的資訊過剩（不論其真實與否），使民眾難以尋找並辨識出真實可信、符合所需的資訊，如：高劑量氯奎（Chloroquine）用於治療COVID-19感染者、蒸煮並重複使用拋棄式口罩的方法、錯誤且危險的自製乾洗手液等，都是資訊流行病的實際案例。行動網路的普及率大幅成長，從2003年SARS疫情期間全球少於十億，到2019年的三十八億（佔全球人口的一半），當今資訊流行病透過行動網路和社群網站傳播，其規模和速度都是前所未見；在COVID-19疫情下，民眾對適切訊息的需求更勝以往，資訊流行病不僅影響民眾的行為，更使得壓力與焦慮加劇，也提高了WHO及各國政府推行政策的難度。

政府決策不一定合宜，但即使正確的政策要成功仍必須仰賴民眾的依從，而民眾的依從又取決於其認為該政策是否合宜、對政府的信任及過往經驗等因素。CompCoRe研究認為：「許多亞洲國家因先前傳染病爆發（如：2003年SARS疫情）的經驗使民眾配戴口罩的配合度提高（如：日本、韓國、台灣），對政府專業的信任程度亦相對較高（如：中國、新加坡）；德國也因應對2008年金融危機的經驗而在經濟上相對鄰國有較好的表現。」

參、疫情下的台灣

一、台灣在國際協力機制中的角色

1971年10月聯合國大會以七十六票贊成、三十五票反對、十七票棄權，壓倒性通過了從此改變台灣命運的2758號決議，WHO亦於1972年WHA通過25.1號決議：「恢復中華人民共和國的所有權利，並驅逐蔣介石的代表。」台灣從此被WHO排除在外，至1997年的二十五年間毫無往來。1997年，H5N1禽流感疫情相繼在中國及香港爆發，我國意識到被排拒於全球防疫網絡與衛生體系的危機，開始透過各種正式、非正式管道嘗試與WHO接觸，卻不得其門而入。2002年底，SARS疫情自中國廣東省爆發，迅速蔓延至全亞洲，台灣在2003年3月14日出現第一例SARS確診病例，立即主動多次向WHO通報，更同時向

時任WHO幹事長的布倫特蘭、WHO傳染疾病局負責人賀曼（David L. Heymann）及西太平洋區域幹事長尾身茂（Shigeru Omi）等表達我方尋求協助的迫切，我國政府向WHO連續發出五封求救電子郵件，遲至3月底才終於接獲WHO的回應，5月3日才有WHO專家抵台提供協助。最終SARS在我國共造成346人感染，其中73人死亡，全球僅次於中國和香港，也是最晚被WHO自疫區除名的地區之一；若WHO能更早對我伸出援手或即時提供疫情相關資訊，或能降低疫情的嚴重程度。即便如此，不具WHO會員甚至WHA觀察員（Observer）身分的台灣，仍積極主動關注GHS趨勢，努力與國際接軌。

2007年，香港籍的陳馮富珍在中國的推薦及支持下以一票之差險勝，當選WHO幹事長。2008年，代表中國國民黨的馬英九當選總統，台灣二度政黨輪替；同年年底，時任中國國家主席的胡錦濤提出「胡六點」，聲明只要在「一中原則」下，不干預台灣參與國際活動。2009年1月，台灣才終獲准以「台北聯絡點」（Contact Point in Taipei）的名義加入IHR，4月底，台灣更首次收到了來自陳馮富珍的邀請函，邀請馬英九政府以中華台北為名、觀察員的身分參與WHA，自2009至2016年共持續了八屆。2015年以前，IHR皆以SPAR作為各國核心能力的評估依據，2015年WHA通過納入結合自我評估、同儕檢視、國內外獨立專家的自願性JEE，在疾病管制局（現疾病管制署）的主導下，我國於2016年便主動邀請美國衛生安全領域知名研究單位「匹茲堡大學醫學中心衛生安全中心」（UPMC Center for Health Security）的團隊來台進行JEE評核。

2019年12月31日，台灣疾病管制署透過PTT電子布告欄注意到武漢市衛生健康委員會對其國內關於不明原因肺炎的緊急通知、相關檢驗報告等，立刻依IHR（2005）相關規定通報WHO，是全球最早向WHO通報COVID-19的單位。上述種種，足證台灣始終在國際協力機制中克盡義務，無論是否為WHO會員國、WHA觀察員或IHR締約國，更無關政黨輪替、兩岸關係或意識形態；IHR（2005）第3條第3項明訂：「本條例的執行應廣泛適用以保護全球所有人民不受疾病跨國傳播之害。」但實際上並非如此，IHR（2005）通過時，中國在條例中便加註其聲明：「中華人民共和國政府決定，國際衛生條例（2005）適用中華人民共和國全境，包括香港特別行政區、澳門特別行政區和台灣省。」即使台灣希望成為國家聯絡點（National Focal Point, NFP），實際上則被以非國家區域層級聯絡點（Contact Point）看待。台灣自2009年加入IHR至今，在所有申請參與的技術性會議中，亦只有三分之一被同意派員。

二、防治COVID-19的台灣經驗

2003年SARS疫情發生時，台灣尚未建立跨部會整合機制，疫情後有感於《傳染病防治法》不敷所需，特在2004年1月2日、2007年6月14日，為配合將於2007年6月15日正式實施的IHR（2005），兩度修訂。修訂後的《傳染病防治法》明定當疫情發生需統籌國內各項資源並整合人力時，衛生福利部可報請行政院同意成立「中央流行疫情指揮中心」，指揮中心指揮官統一指揮、督導及協調各級政府機關、公營事業及民間組織執行

防疫工作。在組織重整方面，陳建仁、郭旭崧赴美取經，學習美國「衛生部長指揮中心」（Secretary’s Command Center, SCC）成立了現在的「國家衛生指揮中心」（National Health Command Center, NHCC）；更仿照美國第七軍種：公共衛生服務軍官團（Public Health Service Commissioned Corps, PHSCC）成立防疫醫師團隊，羅一鈞便曾任首席防疫醫師。除此之外，台灣尚透過「加強全國傳染病防治計畫」、「後SARS重建防疫體系計畫」及「建構生物防護及SARS等新興傳染病防治網計畫」等，重新檢討國內防疫體系缺失，逐步修訂防疫策略。

2020年1月20日我衛生福利部報請行政院核准成立「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心（以下簡稱指揮中心）」並以三級開設，1月23日升為二級開設，2月27日由再升至最高等級一級開設。以「情報、作戰、後勤」三大範疇，下設十個執行分組進行各項防疫作為，由衛生福利部部長陳時中擔任指揮官，「整個政府（whole-of-government）」的跨部會領導於焉成形。正如CompCoRe（Jasanoff 2021）研究報告指出：略以「…專家學者們從來就不只有一種聲音，同樣的科學證據更可能有不同的解讀。」台灣在防疫過程中亦不乏專家學者對於指揮中心的決策產生各種質疑，是故有「專家諮詢會議」的設置，邀集專家學者研議醫療及防疫專業技術相關科學證據並提供建議，「專家諮詢會議」的張上淳召集人亦常親上火線，向民眾解釋政策制定的思維與考量，是whole-of-government策略的具體展現。

指揮中心同時設有研發組，有助防疫科技研發工作與一線防疫作為密切配合，使研發量能擴展至產業界，加速相關產品開發；由內政部次長陳宗彥擔任副指揮官，更發揮了調度PPE、疫苗、治療藥物、診斷試劑等物資、防疫旅館量能的重要功能。彙整防疫所需醫療器材之產品清單及許可證資訊，主動調查國內供需銷售情形，密切掌握國內藥用酒精每日生產配銷情形，並協調台酒、台糖生產防疫酒精供一般消費者防疫使用，以應醫用及民生需要。政府徵用口罩，並自2020年2月6日起實施「口罩實名制」，民眾可持健保卡至六千多家健保特約藥局及三百多家衛生所購買口罩。輔導醫用口罩、隔離衣、全身式防護衣、額／耳溫槍、COVID-19病毒檢測試劑等業者之專案製造或許可證申請，給予法規協助及加速審查，透過whole-of-society策略，便形成全國物資供應鏈。

指揮中心每日即時發布新聞稿或直播召開記者會（甚至納入手語翻譯員），盡可能透明、即時、專業與媒體及全民進行溝通說明；每日亦透過官方Line、Facebook等社群軟體，持續發送疫情相關資訊，包括最新政策與澄清不實資訊，針對不同族群，如移工、外籍人士等，亦提供多國語言版本文宣及影片，成功對抗資訊流行病。加上台灣社會憑藉SARS經驗，民眾已具備極高防疫素養與警覺心，亦多了解戴口罩與勤洗手等基本個人衛生的重要性，主動配合政府政策與措施，大幅提升政策效益。

肆、結論

從全球COVID-19防治檢討足證傳染性疾病是國家安全之一部分，更是全球衛生安全的重大挑戰，以國際衛生條例為發展基礎的國際協力機制亟待改革，除值得國際社會總體加重投資，也需提高全球衛生治理從區域到國家乃至社區的效能與透明度。特別是個別國家應記取教訓，如本文回頭審視台灣經驗，可以非常明顯的發現國際社會檢討缺失後所提出的對策，與台灣前期防疫成功的關鍵因素：包括跨部會整合機制、物資供應鏈、控制資訊流行病、過往經驗與民眾素養等如出一轍，不謀而合。台灣前期防疫成功絕非偶然，而是多年來重視基礎公衛系統發展、醫療與科技實力的總體展現，亟應將相關經驗做科學性、有系統的研究統整，公私協力產出台灣「最佳實務範例」並搬上國際舞台，進而提供國際衛生安全協力機制未來改革之方向與實證參考，都將是台灣防疫經驗對全球衛生治理的啟發與重要貢獻。◆