

# 國際衛生發展的全球性挑戰

紀駿輝

CHUNHUEI CHI

美國奧瑞岡州立大學公共衛生系

Department of Public Health, Oregon State University, Waldo Hall 317, Corvallis, OR 97331-6406, U.S.A.

\*通訊作者Correspondence author. E-mail: chunhuei.chi@oregonstate.edu

過去十年來，國際衛生的實務與學術研究逐漸受到國內的重視。本文目的在介紹國際衛生界目前及未來所面臨的全球性挑戰及因應的策略。本文開始先簡介國際衛生之範疇，然後探討國際衛生在學術研究與實務上最新的發展。接下來則將國際衛生所面臨的全球性挑戰歸納為六項：多科技整合、跨部門及同部門協調、方法論之挑戰、全球化之影響及不平等的衛生發展、傳染病及新興疾病、以及自然和人為災難，並逐一深入討論。針對這些挑戰，本文介紹並探討目前國際衛生界回應的策略，並將之歸納為五項：(1)因應經濟全球化及貧富差距擴大的策略、(2)多層面發展策略、(3)以受援助國為核心的協調方案、(4)和平策略、以及(5)多科際合作策略。最後一節則討論這些挑戰及因應策略對我國參與國際衛生學術及實務發展之意義，並提出政策建議。(台灣衛誌2004；23(1)：18-31)

關鍵詞：國際衛生、衛生發展、全球化、公正性

## Global challenges of international health development

In the past decade, international health practice and research have gradually gained recognition in Taiwan. The purpose of this article is to introduce global challenges of international health and strategies to meet these challenges. This article is divided into five sections. The first section introduces the nature and scope of international health. This is followed by a discussion of new developments in the research and practices of international health. In the third section, the author categorizes global challenges to international health into six groups. These challenges are: multi-disciplinary integration; inter-sector and sector-wide coordination; methodological challenges; the impacts of globalization and inequality in health development; old and newly emerged communicable diseases; and natural and human-made disasters. The fourth section discusses five strategies for addressing these global challenges. These strategies include: (1) strategies to address economic globalization and the widening inequality in wealth; (2) multiple approaches to development; (3) Sector-Wide Approaches (SWAp); (4) peace movements; and (5) multi-disciplinary collaboration. Finally, the last section presents policy recommendations for Taiwan's development of its international health programs. (*Taiwan J Public Health. 2004;23(1):18-31*)

**Key Words:** international health, health development, globalization, equity



## 前 言

國際衛生作為一個研究學門，正面臨許多新的挑戰。這些挑戰一方面來至國際衛生相關學術領域及知識的新發展，一方面則肇因於世界組織與結構之變遷與互動，以及影響人類健康因素的變化。這些新的演變，正衝擊著國際衛生學界與實務界，迫使其必須經常對傳統學理與方法重新評估，並發展新的理論及方法以使國際衛生更能反映及因應現狀。雖然其他學科也經常面對類似的挑戰，但是國際衛生所面臨的來至世界變遷的挑戰則更頻繁、更龐大。

台灣在最近幾年來正積極的發展國際衛生的參與，從加入世界衛生組織（World Health Organization，以下簡稱WHO），官方與民間國際衛生實務的主動參與，到建立國際衛生研究學程等，國際衛生在國內所受到的重視之程度，可以說是過去所未見。為了使我國的國際衛生實務與研究能對國際衛生界有貢獻，更值得國內學界、衛生行政界、及實務界審慎的來檢驗國際衛生所面臨的新挑戰。

本文的旨在由學術與實務並重的觀點檢驗國際衛生在當前全球性結構下所面臨的主要挑戰。藉由系統性的檢驗全球衛生發展趨勢，並評估目前的一些理論假設與方法，一方面提出學術性的方法論問題與研究發展方向，同時也嘗試為國內國際衛生學界及實務界提出未來發展之策略。

本文所謂的「國際衛生」，作者綜合了幾本國際衛生學教科書[1,2,3]，嘗試為其簡單的定義為：

「對影響不同人類族群及國家衛生發展的因素之研究，其重點特別著重在對造成衛生發展不平等的因素之檢視，及改善此不平等的方法之研發。」

國際衛生的範疇，則包括了影響衛生發展的：

1. 生物性因素；
2. 物理環境因素；

3. 歷史因素；
4. 各國或族群的政治經濟社會文化結構；
5. 全球性的政治經濟社會結構；以及
6. 個人及團體之行動者(actors)。

在前言之後，第二節將先討論國際衛生研究及實務的本質及一些規範性假設，以及國際衛生最近之發展。第三節將討論界定「全球性挑戰」的方式，接著探討國際衛生所面臨的全球性挑戰。第四節將探討國際衛生學界如何因應此全球性挑戰。第五節結論中將提出台灣學術界及實務界未來國際衛生發展的策略，以及未來研究方向。

## 國際衛生學術與實務之新發展

### 國際衛生的學術本質

國際衛生作為一專業研究的主題已超過半個世紀了，但是至今學術界仍對國際衛生之學術角色沒有定論。也許學術界唯一的共識，是國際衛生並非一學科(discipline)，因其不具備獨特的理論與分析架構。因為國際衛生沒有其專屬的理論與分析架構，因此國際衛生的學術研究均依賴其他學科的理論及分析架構(這點與公共衛生相似)。這當中較常用或影響力較大的，包括醫學及生物科學、公共衛生相關科學、經濟學、社會學、政治學、人口學、人類學、及環境科學等。但是，當我們僅依賴某一學科之理論與分析架構來研究國際衛生時，有如管中窺豹，無法獲得完整的瞭解。因此，在國際衛生學者之培養過程中，一方面必須選擇一專精的學科，同時也需對大部分用來研究國際衛生的常用學科有基本的瞭解，也就是知道這些學科有那些理論與分析工具可用來研究國際衛生問題，以避免「再發明輪子」之問題。唯有如此，一方面在從事小規模國際衛生研究時，才能獨當一面；同時，在從事大規模的國際衛生研究時，才知道該如何和來至不同學科學者合作。

國際衛生學術研究的另一特質，為與實務的密切關係。作為純應用學門，國際衛生學有其明顯的功能，也就是改善及促進世界各族群的健康。因此，國際衛生的研究均以

投稿日期：92年8月4日

接受日期：93年1月15日



促進健康為目標。另一方面，國際衛生研究雖然往往面對與公共衛生相似的衛生問題，但是國際衛生所要研究或改善的問題，通常需在不同的社會政治經濟制度下來進行。在一個國家實施很有效的政策或方法，不一定能在其他國家產生相同的效果。

### 國際衛生的規範性假設

多數國際衛生的學者及實務專家均有一普遍性的共同價值觀，也就是對國際間衛生發展及健康狀況的不平等(inequality)認為是不正義的，必須要改正(所謂「正義」的標準有許多種，其討論超出本文範疇)。但是，因國際衛生界對衛生發展的不均所持的共識卻使得所謂「國際衛生」之內涵往往和「低所得國家之衛生發展」有如同義詞。理論上，國際衛生應涵蓋對所有國家的衛生發展之研究及活動；實際上，絕大多數的國際衛生研究及實務工作均集中在低收入國家的問題。

這種普遍的共識，一方面影響到學者對國際衛生研究及政策議題的選擇，同時也深深影響其政策建議與辯論。國際衛生學界及實務界在對研究與實務議題的認知與選擇上，往往高度重視國際上的弱勢國家及族群；例如低所得國家的飲水衛生問題、跨國企業在低所得國家的有害於健康之行為、低所得國家流行的各種傳染病、低所得國家的醫療制度與財源籌措等等。當國際衛生學界及實務界參與政策辯論或提出政策建議時，也往往傾向站在弱勢國家及族群的立場。

對弱勢國家及族群的關懷共識，並不表示所有參與國際衛生工作與研究的人均有相同的價值觀或規範性假設。例如，影響國際衛生發展頗巨的國際貨幣基金會(International Monetary Fund, 以下簡稱IMF)及世界銀行(World Bank, 以下簡稱世銀)中負責國際衛生相關事務的人員，其所持之規範性假設，特別是新古典經濟學派(neoclassic economics, 在非經濟學領域又稱為新自由主義neoliberalism)中強調放任的自由市場至上之觀點，往往迥異於多數國際衛生學者及實務

專家。同理，另一群深深影響國際衛生發展的團體—跨國大藥廠，其價值與目的更是完全的利潤導向。也因此，這些機構已逐漸成為國際衛生學界最主要研究與批判的對象，甚且被認為是妨礙國際衛生發展的主要障礙。

### 國際衛生之新發展

經過接近一個世紀的發展，國際衛生的範疇，不論是學術或實務，均不斷在演變及擴大中。由早期單純的集中於熱帶傳染病，逐步擴大到包含人口及家庭計畫、婦幼衛生、社區營養、飲水衛生、基本醫療保健、環境衛生、衛生教育等多面向。就國際衛生參與的動機來看，也由早期以殖民帝國的利益導向或以傳教為導向，發展為利己或利他的多元動機。

國際衛生學的弱點，在沒有其特有之理論與分析架構因而並非一學科，但也因此使得國際衛生學沒有其他傳統學科之包袱，不必遵循某一特定但侷限的理論與分析架構，而得以非常開放的態度接受並融合運用來自各學科的理論與分析架構。這個特質，加上國際衛生學界傳統關懷弱勢的本質，使得國際衛生學在近十年來有更更新的发展。

這些新發展可以大略分為兩類：一為由過去的學門或議題演變過來，一為新衍生的議題。生殖衛生(reproductive health)是由舊學門演變的新議題之一典型例子。這個議題是由舊的「婦幼衛生」及「家庭計畫」學門，將「生殖」相關的健康及人權問題分離出來[4]。理論上生殖衛生所關注的對象包括男女性，因受到對提倡男女平權之影響，加上為數眾多的低收入國家愛滋病患者為女性等因素，使得生殖衛生研究重心多放在婦女身上，包括婦女對性行為與生殖的自主權、性病防治的自主權、以及與生殖密切相關的女性社會地位問題等之研究[5]。與此相關的，是另一由婦幼衛生演變的新議題——女性衛生(women's health)。其有別於婦幼衛生或生殖衛生，在於對女性健康的認知而將「婦」由「婦幼衛生」中分離出來。女性衛生學對傳統婦幼



衛生的批判，在於婦幼衛生之所以關懷「婦」，全在於其所擔負之生殖功能。也就是說，在許多國家中女性社會地位遠低於男性，從出生開始所能獲取的衛生資源就遠低於男性；唯獨在生育時，為了確保「幼」的健康，才特別重視對「婦」的健康照護。另一方面，女性衛生和生殖衛生之差別，在於前者強調對女性健康的重視與提升，應是全面性的，而非侷限在與生殖相關之衛生問題。基於對男女平權的認知，以及提升婦女社會地位的使命，女性衛生特別重視如何由制度面及文化面去改善對女性歧視或虐待的問題[6, 7]。例如在許多中低所得社會存在的女性生殖器官切割習俗(female genital modification, FMG)，是女性衛生學界極欲處理的問題之一。

基於對影響衛生發展的多重因素與環球結構之認知[1]，近十年來國際衛生新衍生的議題之一為全球化與國際衛生，及與此相關的議題如自由貿易與國際衛生、世界金融組織(特別是IMF及世銀)與國際衛生、智慧財產權及專利制度與衛生發展等。由於財源短缺已成為低所得國家衛生發展的共同主要障礙之一，因此經濟發展與國際貿易，以及掌管世界經濟及貿易政策與制度的超國家組織(supra-national organization) 如IMF、世界銀行、及世界貿易組織(World Trade Organization, 以下簡稱WTO)等，也就成為與國際衛生息息相關的議題。

非政府組織(Non-Government Organization, 簡稱NGO)及草根性團體(grass root groups)在國際衛生發展的功能為另一新議題。基於部分國際衛生學者及實務界人士對超國家組織及傳統國家組織的功能之不滿(或認為其腐敗，或認為其被大國及大企業所掌控)，因而轉向非政府組織或推動草根性團體來從事國際衛生發展的工作。這些非政府組織及草根性團體的活動及其影響，逐成為國際衛生研究及實務的新議題。

另一新衍生議題為災難防制與應變。自然災難為老的議題，就國際衛生的新觀點來

看，重心在於如何以國際合作的方式，一方面在平時以預防性措施來防止或減低災難發生時的生命與健康之損失；另一方面則是在災難發生當時及以後，如何採取迅速有效的措施來減低生命及健康之損失。在最近十多年來，這樣的發展研究，不只用在自然災難，也用在人為災難，如核子及放射性災難、生物性災難、及化學災難等方面。

以經濟學研究國際衛生相關議題雖已進行數十年了，但是最近十年來，隨著大量的經濟學家直接或間接參與國際衛生的研究或政策制訂，使得經濟學在國際衛生學界及實務界的影響力大增。影響所及，也促進許多與經濟學相關的國際衛生議題之發展。例如，疾病在各國及族群的經濟負擔、低收入國家的醫療財源籌措、總體經濟政策對衛生發展之影響、健康促進對經濟發展之影響、以及各種傳染病防制和衛生服務的成本效益分析(cost-effectiveness analysis)等[8]。

國際衛生在方法學上近十多年來的新發展，除了大量引進經濟學分析方法外，另一新發展為著重在制度與結構。其實，早在1974年當世界衛生組織提出基本衛生照護(Primary Health Care, 簡稱PHC)的原則及工作方針時[9]，國際衛生界就已經體認到衛生發展與政治經濟社會結構及制度的密切關係。但是，整個公共衛生界在作研究分析時，遲遲未能依此概念來改變研究方向。例如流行病學過去長期著重在分析個人的疾病危險因子(risk factors)，影響所及，也使得公共衛生的研究長期均著重在分析及發覺危險因子。這樣的分析架構，較容易偏倚著重個人在健康上之責任，甚至於導致對受害者之怪罪(blaming the victims)[10]。在1980年代中期開始，流行病學開始有學者挑戰傳統的危險因子概念，例如Rose在1985年發表的關於個人疾病變異的危險因子與群體疾病變異的結構性因素比較分析，已被視為這方面的經典論文之一[11]。與此重新受重視的方法論相結合的，是對衛生發展的不平等之分析與關懷，已成為國際衛生界的重心[12]。

## 全球性挑戰

### 對「挑戰」之定義

在本文中所欲討論的國際衛生之「挑戰」，指的是任何對全球或區域衛生發展有負面影響的結構(structure)、行為者或團體(actor)、環境、以及事件(event，如流行病的發生)。在為數眾多的國際衛生之全球性挑戰及有限的篇幅中，本文優先選取這些有限數量的「挑戰」之標準，乃基於下列原則：

1. 對人類衛生發展長期的影響力之大小；
2. 對縮短國際間衛生發展不平等的影響力之大小；
3. 對當前國際衛生學界及實務界研究發展的影響力之大小；
4. 對人類生存及健康影響的人數之多寡。

這些標準包含了作者的價值觀，因此是規範性的(normative)，並沒有客觀的標準；重要的是將之公開表明。因為國際衛生的學術研究是無法與實務分離的，所以在接下來所討論的「挑戰」，將包含對學術研究及對實務的挑戰。

### (一) 多科際整合

隨著各個學科在近十年來的快速發展與累積的新知識，使得國際衛生學者要跟得上每一學科或應用學門的最新理論與知識變得捉襟見肘。雖然國際衛生所欲研究及解決的問題，並不依循傳統學科的界線；但是多數的國際衛生學者之養成過程多集中於某一學科，因而在發掘或分析國際衛生問題時，往往會由該學科的架構出發。如此往往會忽略單一學科所未能發掘的問題，而影響到實務或研究成果。

例如，當前頗熱門的非洲愛滋病問題，生物醫藥學者往往將重點放在藥物治療及其可近性；衛生促進與教育學者則重視安全的性行為之教育及保險套的提供；人類學者會去重視傳統性行為觀念的分析；社會學者會把焦點放在婚姻與家庭制度、及都市化之影響；經濟學者則著重分析各種防治措施的成本效益分析等等。在這個例子中，每一學科的重點，均為有效的愛滋病防治所不可或

缺。若未能由多重學科來對愛滋病防治作整體的分析，而單由任一學科的角度來做研究時，往往僅能得到片面的瞭解。據此而做的政策建議或規劃，也難以有效達成防治的目的。多科技整合的挑戰主要是針對國際衛生學術研究，和此有關的國際衛生實務之挑戰，是跨部門整合之挑戰。

### (二) 跨部門及同部門協調

在從事國際衛生實務時，影響工作目標達成的因素往往非衛生部門所能單獨掌握。其他部門的工作，例如農業發展、經濟發展、基礎教育、國際貿易、交通發展等等，往往也影響到衛生部門的發展。所謂跨部門協調(multi-sector coordination)指的是從事國際衛生發展計畫時，能和相關部門協調以達事半功倍之效。例如，在從事低收入國家的婦幼衛生改善計畫時，衛生部門所欲改善的事項往往包括孕產婦的營養改善及衛生教育、孕產婦愛滋病防治及垂直感染之預防、嬰幼兒預防接種及營養改善、痢疾防治、以及飲水衛生等等。當這些婦幼衛生工作正進行時，我們往往可發現有其他的衛生改善計畫(如愛滋病防治、家庭計畫等)及非衛生部門的工作計畫(如鄉村教育、社區發展、農業發展、交通發展、水資源發展等等)同時在進行中。這些其他的衛生改善計畫和非衛生部門的工作計畫常常會有部分的工作與婦幼衛生改善工作重疊或相關。若能事先協調，可以節省許多可貴的資源，同時也可增進各部門工作的效益。

問題是，到目前為止，各部門的工作計畫仍缺乏協調，以致未能將低收入國家有限的資源做更有效率的使用。與此相類似的同部門協調(sector-wide approach)則是指當有多數的國際或國外發展機構對同一個國家的同一個衛生問題從事發展合作時彼此的協調[13]。當這些機構的衛生發展工作未協調時，往往導致工作的重複與資源的浪費，甚至發展計畫相互衝突或競爭。但是，同部門的協調看起來很合邏輯，實施起來卻頗不易。因長期以來，不論是政府組織、國際組織或非政府組織，在從事國際衛生發展時，



常常有其主觀意願，或其他政治經濟考量。想要求這些機構互相協調，或尊重受協助國的意願，並非易事。

### (三) 方法論之挑戰

國際衛生本質上為社會科學與自然科學之融合，在研究分析上難免會面臨不同學科所採的不同方法論(methodology)、認識論(epistemology)及研究典範(paradigm)間之爭議。就認識論來看，目前較大的爭端在於還元論(reductionism)與整體論(holism)之兩極。傳統生物醫學背景出身的國際衛生學者較容易傾向於還元論，也就是對一切事物的認知，應從可分析的最微小分子著手，由微知著。這方面最極端的觀點，認為一切的科學的知識均可由物理學對最微小分子的研究而得[14]。應用到國際衛生之研究，則以分子生物學為主要研究工具，認為對分子與遺傳的研究可以解釋及解決大部分國際衛生的問題。與還元論不可分離的是實證實驗方法。持還元論者認為真正的「知識」僅能由實證的實驗研究獲得；其他研究方法所得的結果，均非真正的知識。除了多數的自然科學之學科外，在社會科學的學科中，經濟學家較傾向還元論。

與此相對的整體論者，多來自其他社會科學，特別是社會學及人類學界，以及部分的公共衛生學界。持整體論者，認為對一切事物的完整認知，必須建立在對和該事物相關的各體系的認知上。也就是對一切事物的研究，應包含對與該事物相關的所有體系之研究。應用到國際衛生之研究，則對任何國際衛生問題的研究，必須包含該國的社會制度、政治經濟體系、文化、物理環境、以及該國在全球體系中所佔位置與扮演角色等等[15]。

以非洲愛滋病的防治研究為例，較極端的還元論者，認為有效控制愛滋病的方法，在於遺傳及分子生物科技之研究發展；當發展出最有效的疫苗或藥品時，愛滋病的傳染就得以有效控制。較溫和的還元論者，則會去找影響愛滋病傳染的危險因子(如性行為、輸血安全等等)，然後由對此危險因子的阻斷或控制來著手。相對的，持整體論者，會由

影響愛滋病傳播的社會、文化、政治、經濟、及全球經濟體制來著手[10]。

值得注意的是，不同的認識論與研究典範，不只是影響到國際衛生的學術研究，更深深的影響到國際衛生的政策與實務。例如由新古典經濟學派所主宰的IMF，其環球財經政策對國際衛生發展的影響(通常是負面的)，絕不下於WHO或任何其他組織[16]。

與此相關的挑戰，則是「下游國際衛生學」(downstream international health)與「上游國際衛生學」(upstream international health)之爭。所謂上、下游國際衛生學，是將「上游公共衛生學」(upstream public health)的概念延伸到國際衛生[17]。下游國際衛生學指的是從事國際衛生實務與研究時，僅針對該議題，而不去考慮其他相關政治經濟社會制度。相對的，上游國際衛生學在從事實務與研究時，會將重點放在影響該衛生問題背後的政治經濟社會制度上。例如在菸害防治上，下游國際衛生學會從衛生教育來教導吸菸者及青少年不抽菸著手；上游國際衛生學會從國際貿易談判、挑戰WTO的規定及判例、大眾媒體的運用與限制、立法公共場所禁菸等著手。通常還元論者較傾向於從事下游國際衛生學，而整體論者較傾向於從事上游國際衛生學。這項挑戰，在於下游國際衛生學往往淪於治標不治本；上游國際衛生學則容易陷入無限擴大國際衛生範疇之危機。

### (四) 全球化之影響及不平等的衛生發展

在1990年代快速發展的多層面全球化，從經濟、政治、環境、到社會文化的全球化，已對國際衛生發展產生重大影響。全球化之所以成為國際衛生關注的重點，在於其對國際間及國內間衛生發展原已不平等的人群，所帶來的不均等的影響。這當中，又以經濟全球化的影響最大、最直接。

所謂經濟全球化，指的是主權國家經由參與國際超政府組織(supra-government，如WTO、IMF、及世界銀行等)或經由雙邊或多邊協議(如北美自由貿易協議North America Free-Trade Agreement，簡稱NAFTA)而開放其經濟國界，讓外國與本國的商品與資金得以自由進出其國界。經由這樣的程序，讓一

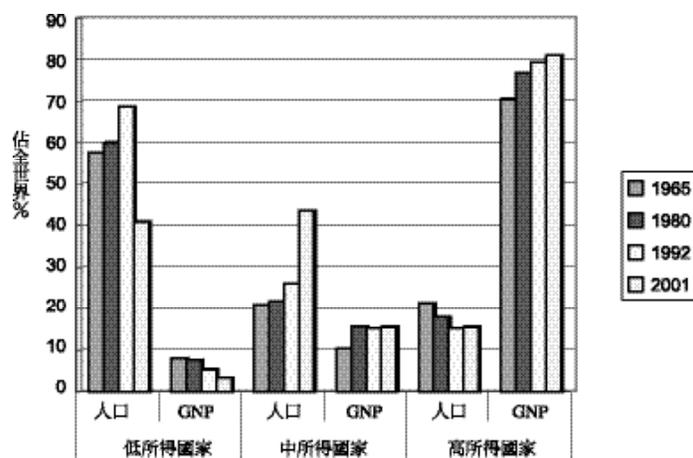


個國家的經濟制度與全球資本主義體系相結合，而變為全球市場的一部份。這樣的全球化結構大約肇始於17世紀。當時歐洲殖民帝國開始將其佔領的殖民地經濟轉化為其產業與市場服務的下層結構，就開始了全球產業分工(global division of labor)的結構。在這樣的結構下，殖民地的角色是下層生產者，負責提供自然資源及廉價勞力。這些由前殖民地獨立的新興國家，其工業化及現代化的腳步不只是較工業國家慢了許多，而且在工業化的過程中，必須受限於工業國家已經建構的世界性政治經濟體制[18]。這種結構在20世紀中期當這些殖民地獨立後，不但沒有改變，更藉著超政府組織及跨國企業的運作而強化，例如IMF強加於中低所得國家之「經濟結構調整方案」(Structural Adjustment Program, 以下簡稱SAP)，其對中低所得國家經濟及公共服務如衛生與教育的負面影響，是國際衛生界經常批判的[16,19]。這種體制，隨著WTO的關稅與貿易協定，以及各種對高所得國家產業的保護條款，如智慧財產權的相關協定「貿易相關智慧財產權」(Trade-Related Intellectual Property Rights, 以下簡稱TRIPS)，以確保高所得國家繼續佔據著全球

產業分工中附加價值最高的上層生產者及投資者之角色[20]。

在經濟全球化的過程中，雖然有部分中、低所得國家獲益，但大多數的中、低所得國家，其和高所得國家間財富的差距正擴大中。(本文中用之「高、中、低所得國家」係依照世界銀行之分類)由圖一可以看出，中、低所得國家人口佔全世界人口比率逐漸增高，同時其所得佔全世界的比率卻在下降[21]。表一顯示在2001年時，高所得國家(含53個國家或獨立經濟體)之人口佔全世界15.6%，但其國家所得卻佔全世界的81.0%。

經濟全球化不只影響國際間的財富分配，也影響到中、低所得國家的財政。根據聯合國開發總署(United Nation Development Program, 以下簡稱UNDP) 2003年的報告，在1990年到2000年之間，全世界有54個國家(全部是中低所得國家)其平均國民所得減少了[22]。低所得國家在1990年時其償債負擔佔其GDP的4.7%，到2001年時雖降為4.0%GDP，但是這些國家所獲得之國際發展援助(Official Development Aid, 簡稱ODA)，卻也由1990年的3.5%GDP，降到2001年的2.2%GDP。在這兩個時期，低所得國家之償



資料來源：World Bank: World Development Report 2003; UNDP Human Development Report 2003.

圖一 世界人口和所得之分佈1965-2001

表一 2001年全世界的國民所得在高中低所得國家間之分佈

	低所得國家	中所得國家	高所得國家	全世界
人口數佔全世界百分比%	40.9	43.5	15.6	100
國家所得(Gross National Income, GNI) 佔全世界百分比	3.4	15.6	81.0	100
平均每人所得(GNI per Capita, 美元)	\$430	\$1,850	\$26,710	\$5,140
購買力調整國家所得(PPP Gross National Income, GNI) 佔全世界百分比	11.1	32.8	57.0	100
購買力調整平均每人所得 (PPP GNI per Capita, 美元)	\$2,040	\$5,710	\$27,680	\$7,570

資料來源：World Bank, World Development Report 2003.

債負擔均高於其所獲之援助。在中所得國家改變更大，其償債負擔由1990年的3.8%之GDP提高到2001年的6.9% GDP；其所獲國際發展援助卻由1990年的1.0%GDP降到2001年的0.3%GDP。如果把中低所得國家的國際發展援助加上外資投資，其所佔的GDP百分比仍低於這些國家的償債負擔 [22]。也就是說，在最近十多年來，全世界每年由中低所得國家轉移到高所得國家的資金，要高於由高所得國家投資及援助中低所得國家的總和。這是全球性的「劫貧濟富」之經濟現象，當然國際間的貧富差距會擴大。

全球性的所得差距擴大，對國際衛生發展有很大的負面影響。對中低所得國家而

言，當其所得逐漸落後於高所得國家時，由高所得國家所發展並掌控的新醫藥科技就非其所能負擔得起了。最明顯的例子，是愛滋病的治療與控制，其所需費用是絕大多數中低所得國家負擔不起的。同時，中低所得國家受愛滋病的影響，也遠大於高所得國家。由表二我們可以看出，不只是愛滋病，其他的健康指標及醫療衛生服務指標，高低所得國家間均有明顯的差距。

如何來縮小高低所得國家間衛生發展的差距，已成為國際衛生界在目前及可見的未來之重要挑戰。同時，國際衛生學界及實務界也瞭解，衛生發展的差距，是和經濟發展及經濟全球化有密切關係的[23]。

表二 高中低所得國家間疾病和醫療衛生服務之比較

	低所得國家	中所得國家	高所得國家	全世界
出生時之平均餘命LE <sub>0</sub>	59.1	69.8	78.1	66.7
嬰兒死亡率(每1,000活產)	80	31	5	56
5歲以下幼童死亡率(每1,000活產)	119	38	7	81
15-49歲人口中感染愛滋病的百分比	2.1%	0.6%	0.3%	1.2%
每100,000人口罹患肺結核的個案數	197	85	9	119
營養不足的人佔總人口百分比	25	10		
滿1歲時麻疹疫苗注射比率	60%	86%	89%	72%
生育時由受過醫療專業訓練的人員 接生之百分比 <sup>(1)</sup>	40%	84%	99%	60%

資料來源：UNDP, Human Development Report 2003.

註：所有統計除(1)以外，均為2001年。

(1)：為1995年至2001年間之統計，因各國資料的收集年度不一。

### (五) 傳染病及新興疾病

儘管醫療科技已經有長足的進步，許多舊的傳染病，如瘧疾、肺結核、痢疾、上呼吸道感染、以及血吸蟲病等寄生蟲疾病，仍舊每年奪取許多人的生命或健康。特別是在低所得國家，多數人仍為這些傳染病所苦[2]。低所得國家不只是繼續深受這些傳染病危害，同時也最沒有能力來控制這些傳染病。這種舊傳染病仍然普遍危害世界上多數人口的現象，深深困擾著國際衛生界，因為大多數這些傳染病都已經有相當有效的治療和預防的方法。問題的癥結，在於低所得國家缺乏資源，而國際間的貧富差距在擴大中，且高所得國家對低所得國家的協助仍嫌不足。

除了「舊」傳染病以外，新興傳染病也是對國際衛生的一大挑戰。在新興傳染病中危害最大的，首推愛滋病。由表二可看出，在低所得國家的15歲到49歲青壯年人口群中，每100人就有2.1人罹患愛滋病。如同其他舊傳染病一樣，這些低所得國家也最沒有經濟能力來防治愛滋病的蔓延。如果把舊的和新興傳染病合併來看，對人類生命健康危害最巨的傳染病要屬愛滋病、肺結核病、和瘧疾。這三者加起來，每年有3億人受感染，並造成每年5百萬人死亡[24]。

隨著人與人及人與自然和其他生物間的互動之增加，新興的傳染病將不斷增加。這些新興傳染病有的僅造成短暫及少部分人口的感染，有的則帶來長久及多數人的影響。最近的例子則是2003年在亞洲及北美洲流行的SARS。這些傳染病的發生及流行，大大考驗國際衛生學界對傳染病控制的能力。像這些新興傳染病的發生，不只是發源地受影響，因人類頻繁且迅速的互動，使得全球都可能受到波及。

### (六) 自然和人為災難

最後一項探討的國際衛生發展的世界性挑戰是災難(disasters)，包含自然的和人為的。就自然的災難來看，對人類生命健康影響較大的有地震、水災、旱災以及颱風和颶風等。自有人類以來，人類就已經常面對這

些自然災害。其影響力增加，主要在於現代化及都市化，使得人口更密集，且往往因都市及住宅區之發展，使更多的人居住或工作在自然災害的高風險區。因此一旦災害發生，往往造成很大的生命與健康之損失。

相對的，人為災難則是較新的挑戰。較普遍的人為災難，可以分類為核子放射線災難、生物災難、及化學災難。這些人為災難又可分為意外的和蓄意的。人為災難之發生，是伴隨著科技和工業化的副產品，而且隨著科技進步，其對人類生命與健康危害益烈。在1980年以來較著名的意外人為災難有兩個，一個是1984年12月發生於印度波帕(Bhopal)的美國Union Carbide公司所屬農藥工廠的異氰酸甲酯氣體(methyl isocyanides)中毒事件，造成超過8000人在短時間內死亡；因該事件死亡的人數隨著時間而繼續增加，到2001年已累計超過20,000人，同時超過12萬人因相關暴露而罹病[25]。另一屬於核子放射意外災害是發生於1986年4月26日烏克蘭的車諾比(Chernobyl)之核能電廠的反應爐爆炸及連鎖反應導致爐心部分融解，因而釋放大量的放射線，造成31人立即死亡及140多人的放射性傷害。但是事件發生後，每年仍有許多人繼續因暴露於該事件釋放的放射線而死亡或罹病，其長期對生命與健康的影響仍未知[26]。同時，放射線的影響不限於烏克蘭，許多歐洲國家都受影響。這兩個代表性人為意外災害，均是可以避免的；同時給我們的教訓是，沒有「絕對安全」的工業設施。

另一方面，蓄意的人為災難則往往肇因於國家間、種族間、或宗教間的衝突。這當中最有名的是發生於2001年9月11日在美國的「911攻擊事件」，造成2,795人的死亡。人為災難對國際衛生界的挑戰不只在這類的攻擊事件，也包含許多長期的暴力攻擊事件，或所謂的「低密度戰爭」(low-intensity warfare)，如發生在巴勒斯坦和以色列間、哥倫比亞反抗軍和政府軍之間、以及許多非洲國家的長期內戰等。這些長期的低密度戰爭或衝突，不只造成傷亡，且影響到衛生基礎建設的發展，連帶造成多方面且長期的衛生發展受阻。



### 國際衛生界對挑戰之因應策略

針對上一節探討的國際衛生之全球性挑戰，國際衛生界所發展的因應策略可以歸納為下列五項。值得注意的是，這些策略都有一個共同目標，也就是一方面縮小國際間衛生發展的差距，同時提升人類的健康及衛生發展。

#### (一) 因應經濟全球化及貧富差距擴大的策略

由前面的討論可以知道，經濟全球化，以及其所包含的全球性政治經濟體制，對於中低所得國家往往弊多於利。連帶影響的，是對這些國家衛生發展的阻礙。針對這樣的挑戰，國際衛生界的因應策略是採經濟面及政治面的。在經濟面的策略，是去改變不合理的經濟及貿易體制。例如，藉著對國際貨幣基金會的SAP所帶來對衛生及社會的負面效果作徹底且頻繁的評估和批判，讓其SAP逐漸失去信譽[16,19,27,28]。

同時，在政治面的策略為因應世貿組織對國際衛生發展日益增強的影響力及其非民主決策體制，國際衛生界也積極的檢驗並批判其所定違反衛生發展的條款和判例或制裁[29,30]。這當中和國際衛生發展最密切相關的有TRIPS及於2003年談判部分完成的「服務業貿易綜合協議」(General Agreement on Trade in Services, 簡稱GATS)。前者關係到眾多中、低所得國家購買或製造用來治療愛滋病、肺結核、瘧疾等傳染病所需用藥的問題。當2001年初南非政府違反智慧財產權而打算在國內製造愛滋病用藥時，引起了多數的跨國大藥廠控告其違反WTO保護智慧財產權的規範。這些藥廠的行動引起全世界國際衛生界對南非的聲援，最終撤回告訴。這一事件更聚集了國際衛生界(特別是參與愛滋病防治者)積極參與並影響WTO關於TRIPS之規定的修改[31]。在2001年的Doha宣言中，WTO會員國同意將公共衛生所關切的問題提出關於「國家緊急狀況」(national emergency)時得以迴避TRIPS的彈性措施[32]。由這個例子可以讓我們知道，在TRIPS架構下，其對國際衛生影響之大是國際衛生界不能輕忽的；同時，也讓我們瞭解到國際衛生界對WTO政

策制訂的參與之重要性。與此相關的議題，是發展「全球公共財」(global public goods)的策略，也就是藉由高所得國家出資，進行研究衛生發展所需的醫療科技，並將這些科技公共化(非專利)讓全球共享。這個策略，也是國際衛生界合作來共同防治舊的及新興傳染病的方法之一。

至於GATS，則潛在影響力更大。其對國際衛生的直接影響，在於關係到一個主權國家的衛生醫療制度(包括全民健保制度)之改變。其對國際衛生的間接影響，包括教育制度、財經制度、社會福利以及各種公共服務的規範[33]。由於這兩個WTO相關的公約對國際衛生影響之深且廣，已引起國際衛生界對WTO持更審慎及批判態度，並隨時監視其發展[34]。

這當中另一個新興的策略，是由草根性的群眾運動，一方面喚起多數群眾對這些體制影響力的認知；同時也對這些超國家組織施加壓力。1999年在西雅圖約三十萬群眾對WTO的示威遊行是一個重要的發展。

#### (二) 多層面發展策略

為改變經濟全球化所帶來的制度性所造成的國際間及國內貧富差距之擴大，國際衛生界充分應用了各學科學者所發展的新觀念、理論、及分析架構。例如Amartya Sen所發展的「不自由」(unfreedoms)，以及John Galtung所發展的「結構性暴力」(structural violence)等觀念。在討論發展理論時，Sen將「發展」(development)定義為「消除各種造成『不自由』的因素」，這些因素包括貧窮、暴政、經濟機會的匱乏、社會剝奪(social deprivation)、公共服務與設施的疏失、對異己缺乏容忍、以及壓迫性的政府對人民生活的過份介入等[35,36]。這些因素均直接、間接的影響到衛生發展。

在「結構性暴力」中所探討的問題，和Sen的「不自由」觀念很類似。所謂「結構性暴力」指的是絕對及相對的貧窮、各種社會不平等(如種族、性別等)、以及對人權的侵犯[37,38]。值得注意的是，在這裡所談的「人權」指的是在聯合國人權公約(Universal Declaration

of Human Rights)中所涵蓋的廣義人權，包括政治人權、經濟人權、及社會人權。如同消除「不自由」的因素，對「結構性暴力」的解除，也直接或間接的會促進國際衛生的發展。

這些概念提供了「多層面發展策略」(multi-sector development strategies)理論基礎。在國際組織中，UNDP是這方面的領導者。該組織訂出了公元2015年的發展7大目標：(1)消除貧窮、(2)消除飢餓、(3)普遍的基礎教育、(4)性別平等、(5)減低兒童死亡率、(6)改善家庭用水的可近性、以及(7)改善衛生設施的可近性等 [22]。這些目標中的每一項，均為目前國際衛生界所重視並努力改善的議題。為了衛生發展，國際衛生界已體認單由衛生部門著手是不夠的，必須採用多管齊下的策略，同時促進其他相關部門及因素的發展或改善。

### (三) 以受援助國為核心的協調方案

在1997年WHO最先提出「以受援助國為核心的協調方案」(Sector-Wide Approach, 以下簡稱SWAp)。這個方案，是為了改善過去數十年來高所得國家對中、低所得國家在進行國際衛生發展合作時，因缺乏協調與規劃，往往導致合作的結果事倍功半。同時，多數的合作發展是由高所得國家居主導地位，受援助國很少能參與重要決策 [39]。所謂SWAp，指的是「所有對相同部門的援助發展經費均在受援助國政府的領導下，支持單一的部門政策及預算計畫，採取共同的方案，並走向所有援助經費之運用均透過政府步驟進行。」[40]

這個策略一方面就國際衛生發展合作而言，是非常合乎邏輯的；同時，也是建立在崇高的道德標準上。出經費的援助國對受援助國除了利他的人道動機外，沒有其他自私的動機。唯有如此，才有可能願意將發展合作的決策主導權讓與被援助國。但基於國際衛生的現實，熱衷於此策略的國家，多集中在那些素以仁道參與國際合作的國家或機構。在2003年的一項對非洲國際衛生發展合作之SWAp評估中發現，各國或國際機構衛

生援助計劃中提倡或參與SWAp方案佔其所有合作方案100%的有：英國(Department for International Development, 簡稱DFID)、丹麥(Danish Agency for Development Assistance, 簡稱DANIDA)、挪威(Norwegian Agency for Development Cooperation, 簡稱NORAD)、瑞士(Swiss Agency for Development and Cooperation, 簡稱SDC)、德國(The German Development Bank, 簡稱KfW)、愛爾蘭(Ireland Aid)、UNICEF、WHO、歐盟(European Union, 簡稱EU)、聯合國人口基金(United Nations Population Fund, 簡稱UNFPA)、亞洲開發銀行(Asian Development Bank, 簡稱AsDB)、及非洲開發銀行(African Development Bank, 簡稱AfDB)；超過70%的國家或機構則有荷蘭、日本(Japan International Cooperation Agency, 簡稱JICA)、瑞典(The Swedish International Development Cooperation Agency, 簡稱SIDA)、世界銀行等[13]。由這項評估可以發現，SWAp雖然進展慢，但已成為西歐、北歐及多數聯合國所屬機構的主流。可以預期的是未來將有更多的國家、國際機構、及非政府組織加入此行列。

### (四) 和平策略

針對武力衝突所帶來的各種對生命健康的挑戰，國際衛生界所採取的因應策略為積極參與和平的促進運動。這些運動及方案，包括和平談判、對發生內戰的國家採武器禁運、國際法庭的設立、提倡小型武器的國際貿易限制等等。同時，國際衛生界也極力反對以武力解決爭端。這也是「上游國際衛生學」的策略，與其救助因戰爭而受傷病飢餓的人口，不如積極防止戰爭的發生。

### (五) 多科際合作策略

最後這個策略建立在對國際衛生實務及研究本質上的瞭解，也就是國際衛生的問題，不是任何單一學科領域所能夠充分瞭解。因此，越來越多的國際衛生實務及研究計畫，均依賴包含各學科專家的團隊。從事國際衛生的學者，不論其原來的教育專業背景是什麼，也多能持開放的態度去接受並運用其他學科所發展出來的理論架構以及實證



結果。這當中少數的例外，但影響頗巨的，是由新古典經濟學派經濟學家所主導的國際貨幣基金會仍堅持只有該學派的經濟理論才能解決國際發展的問題[16]。

## 結 論

本文中所探討的國際衛生之全球性挑戰，每一項議題及其解決或回應的策略，均值得更進一步做深入的研究。我國在最近十年來，不論是政府、學術界、非政府組織(NGO)、或民間，皆積極從事國際衛生的實務參與，一方面是為了加入世界衛生組織，一方面則因我國的經濟與衛生之發展已經到了有能力協助其他國家的地步。本文在討論過國際衛生所面臨的挑戰後，最後也嘗試探討這些挑戰對台灣參與國際衛生意義，並提出一些以台灣如何在國際衛生的實務及學術研究上發展為目標之建議。

首先，從事國際衛生發展工作是在「做好事」(do the right thing)。就利他的價值觀而言，是值得我們投入資源努力去實施。過去我們在經濟及衛生發展上還是弱小時，也曾接受許多國家及國際組織的協助；現在是我們回饋的時候了。但是並非所有國際衛生的工作均是在「做好事」。當一個政府、民間組織、企業團體、學術機構、或個人，其從事國際衛生的目的並非單純的利他，而是包含有政治、經濟、外交、軍事、宗教 等等其他目的時，或甚至於是以其他目的為主衛生發展為輔時，就已經不是在「做好事」了。理想上，從事國際衛生實務或研究，應該以「做好事」為主。但是在現實的世界裡，我們難免會遇到從事國際衛生時也參雜著其他目的(例如外交)。此時，應避免讓其他目的掩蓋「做好事」的目的。在「做好事」的發展上，學術機構及非政府組織應可多嘗試從事「不求回報」的純人道關懷之援助及合作計畫。

但是，在國際衛生實務及研究上，光是「做好事」還不夠。即使是以利他為目的之國際衛生工作，都可能產生弊多於利的結果。因此，在「做好事」時，還需要「把事做好」(do things right)。所謂「把事做好」，是指在從事

國際衛生工作時，必須謹慎評估各種可行的方案，及各種可能的影響，而選擇對受協助國之衛生發展最有利，負面影響最少的方案。在這方面，可以多多借鏡其他國家多年累積的經驗。前述的國際衛生界因應全球性挑戰的許多策略，就值得我國政府、非政府組織、及學術機構加以學習及研究。要使國際衛生發展工作發揮對受援助國的最大效益，「做好事」和「把事做好」均不可或缺。沒有「做好事」的動機，許多較有效的策略(如SWAp)就無法採行。

基於WTO對國際衛生發展影響之大，而且我國已是WTO的會員國，未來在參與WTO的經常性事物及談判時，行政院有必要設立一國內諮商機制，讓衛生署、教育部、交通部、農委會、環保署、內政部、工委會、文委會、及公共工程委員會等可能受WTO影響的部門提供協商的機制；同時也應多方徵詢國際衛生、公共衛生、教育、農業、交通電信、勞工、文化等學者專家的意見。另一方面，國際衛生及公共衛生學者也應多注意WTO的相關法規及發展，並對其與衛生發展之關係進行研究評估。

為了使相關的國際合作發展方案能互相協調，以達相輔相成效果，行政院應成立一國際合作的跨部會統籌機構(類似日本的JICA)。機構的成員由各相關部會的人員共同來組成，如此才能發揮多部門協調整合的功能。同樣的，在學術機構發展國際衛生研究中心時，也應能廣邀醫藥衛生以外的學者來參與。我國參與國際衛生的實務及學術研究，除了現階段要迎頭趕上外，下一階段的目標應能發展出台灣對國際衛生界在實務及學術上的獨特貢獻，建立台灣為國際上一個「人道關懷者」的角色。

## 參考文獻

1. Basch PF. Textbook of International Health. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1999;8-9.
2. Herson MH, Black RE, Mills AJ, eds. International Public Health. Gaithersburg: American Public Health Association, 1998.



- pen Publishers Inc., 2001.
3. Buckingham RW ed. *A Primer on International Health*. Boston: Allyn and Bacon, 2001.
  4. McIntosh CA, Finkle JL. The Cairo Conference on Population and Development: A new paradigm? *Pop Devel Rev* 1995;**21**: 223-60.
  5. Tsui AO, Wasserheit JN, Haaga JG, eds. *Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions*. Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. Washington DC: National Academy Press, 1997;13-9.
  6. Bennett T. Women's health in maternal and child health: Time for a new tradition? *Maternal Child Health J* 1997;**1**:253-65.
  7. WHO. *WHO Gender Policy*. Geneva: World Health Organization, 2002;1-6.
  8. Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD, eds. *Summary Measures of Population Health*. Geneva: World Health Organization, 2002.
  9. WHO. *Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization, 1978.
  10. Niehoff JU, Schneider F. Epidemiology and the criticism of the risk-factor approach. In: Lafaille R, Fulder S eds. *Towards A New Science of Health*. London: Routledge, 1993; 118-28.
  11. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 1985;**14**:32-8.
  12. Evans RG. *Interpreting and Addressing Inequalities in Health: From Black to Acheson to Blair to....?* London: Office of Health Economics, 2002.
  13. The Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA). *Mapping of Sector Wide Approaches in Health*. London: Institute for Health Sector Development, 2003.
  14. Elster J. *Nuts and Bolts for The Social Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989;71-81.
  15. Ratcliffe JW. Integrative, transdisciplinary research methodology: Principles and application strategies. In: Lafaille R, Fulder S eds. *Towards A New Science of Health*. London: Routledge, 1993;169-82.
  16. Stiglitz JE. *Globalization and Its Discontents*. New York: W.W. Norton & Co., 2002.
  17. McKinlay JB. Paradigmatic obstacles to improving the health of populations – Implications for health policy. *Salud Publica Mex* 1998;**40**:369-79.
  18. Cardoso FH, Faletto E. *Dependency and Development in Latin America* (translated by Urquidi MM). Berkeley: University of California Press, 1979.
  19. Stiglitz JE. How to reform the global financial system. *Harvard International Rev* 2003;**25**:54-9.
  20. Hirst P, Thompson G. *Globalization in Question*. 2nd ed. Cambridge: Polity Press, 1979.
  21. World Bank. *World Development Report 2003: Sustainable Development in a Dynamic World*. Washington DC: World Bank, 2003.
  22. United Nation Development Program. *Human Development Report 2003*. New York: UNDP, 2003.
  23. Wagstaff A. *Poverty and Health*. Commission on Macroeconomics and Health Working Paper Series No. WG1:5. Geneva: World Health Organization, 2001.
  24. WHO. *Backgrounder No 1, 2000/07*. Geneva: World Health Organization, 2000.
  25. Mathew B. In memory of Bhopal. *Z Magazine*, 2002;15-6.
  26. Nuclear Energy Agency. *Chernobyl: Assessment of Radiological and Health Impacts*. Paris: Nuclear Energy Agency, OECD, 2002.



27. Galbraith J. A perfect crime: Global inequality. *Daedalus* 2002; **131**:11-25.
28. Soros G. The new global financial architecture. In: Will H, Anthony G eds. *Global Capitalism*. New York: The New Press, 2000; 86-92.
29. Ostry A, Cardiff K eds. *Trading Away Health? Globalization and Health Policy Research Unit Research Reports HPRU 02: 10D*. Vancouver, BC: University of British Columbia, 2002.
30. WHO. *WTO Agreement and Public Health*. Geneva: World Health Organization, 2002.
31. Singer P. *One World: the Ethics of Globalization*. New Heaven: Yale University Press, 2002; 58-75.
32. WTO. *Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*. Ministerial Conference, 4th Session, Doha, 9-14 2001/11, WT/MIN (01)/DEC/2. Geneva: World Trade Organization, 2001.
33. WTO. *General Agreement on Trade in Services*. Geneva: World Trade Organization, 2003.
34. AFTINET. *WTO GATS negotiations: trading away essential service*. Australian Fair Trade & Investment Network Website. (Accessed 2003/07/23) Available from: URL: <http://www.aftinet.org.au/campaigns/gatsleaflet1.html>
35. Sen A. *Development as Freedom*. New York: Knopf, 1999.
36. Sen A. Why health equity. *Health Econ* 2002; **11**:659-66 .
37. Galtung J. Violence, peace, and peace research. *J Peace Res* 1969; **6**:167-91.
38. Farmer P. *Pathologies of Power*. Berkeley: University of California Press, 2003.
39. Cassels A. *A Guide to Sector-Wide Approaches for Health Development: Concept issues and working arrangements*. Geneva: World Health Organization, 1997.
40. Foster M. *Experience with implementing Sector-Wide Approaches*. Geneva: Oversea Development Institute, 2000.