從戰後東亞經驗看全球健康治理的困境

劉士永

今日國際衛生與防疫的許多作為，源自十四世紀歐洲檢疫歷史，不僅奠定現代公共衛生的基礎，也為十九世紀以降的國際衛生合作留下重要遺產。然而，自十七世紀中葉起，威斯特伐利亞主權（Westphalian sovereignty）觀念限制了「疾病無國界」（diseases know no borders）的跨國防疫理想。二十世紀初，各國設置國際衛生架構的討論，仍多以外交與主權為核心，而非純粹醫學或公共衛生考量。即便1930年代科學實證成為醫學核心，社會與政治因素仍持續影響國際衛生實踐。第一次世界大戰後，美國拒絕加入1921年成立的國際聯盟衛生組織（The League of Nations Health Organization, LNHO），並於1923年另設泛美衛生局（Pan-American Sanitary Bureau, PASB），顯示政治干預的歷史延續。第二次世界大戰後至冷戰初期，美國主導世界衛生組織（WHO）規劃，創建以醫療援助為外貌的新式國際衛生架構，將結盟力量疊加於LNHO的國家主權模式之上，深刻改變戰後國家主權與跨國公共衛生協議間的權力格局。然而，1948年WHO成立以降的二十年間，國際衛生實踐雖理應憑依醫學科學與歐陸公共衛生經驗開展，卻頻受美國貿易利益與地緣政治制約，導致1990年代之前的國際衛生架構仍深受國家主權思維牽制。至於當前所言之「全球健康」（global health），只是冷戰初期一個未有精確定義的名詞；直到二十世紀末即全球化概念在美國提倡後，該名詞才逐步取代「國際衛生」（international health），並賦予清晰的定義與實踐方向①。對西方世界而言，國際衛生發展史不僅是多國聯手抗疫的故事，更是民眾健康與國家經濟的角力過程。

對冷戰時期醫學與國際衛生史的再認識，或許有助於闡明特朗普（Donald J. Trump）二次執政對國際衛生與全球健康的影響。舉例來看，根據馬內拉（Erez Manela）的研究，冷戰初期WHO「根除天花」（Smallpox Eradication Program）的全球型計劃，正是深度依靠美國資金和專業知識，並與蘇聯高效率之疫苗生產能力結合，才得以藉醫學之名跨越意識形態歧見，展現出難得的「一笑泯恩

仇」成功經驗②。是故，過去美蘇關係緊張甚至是今日美中脱鈎，在WHO主張之「人道高於一切」(humanity above all)國際衛生理念上，人道和科學中立仍可能有機會在政治夾縫中求全。懷抱着這般正向的態度，本文擬從再認識國際衛生發展的歷史與冷戰初期WHO在東亞的特殊經歷，反思國際衛生及全球健康面對當下政治角力的多種可能性。

一　從國境防疫到國際衛生的歷史軌迹

人類在健康風險控制方面的國際合作約莫始於十九世紀中葉。由於國際海運、移民活動隨着殖民勢力擴張，鼠疫和霍亂疫情從埃及和土耳其逐漸蔓延至整個歐洲，成為近代留有科學紀錄與奠立定義之重大疫情。面對疫情擴散迅速，第一次國際衛生大會(International Sanitary Conference)於1851年在巴黎舉行，旨在整合各國檢疫規範與程序，促成歐陸跨國合作檢疫，爾後陸續興辦了十四屆衛生大會，直到二十世紀中葉才被併入WHO③。由於對海港輸入傳染病的憂慮，早期數屆國際衛生大會致力於統一海港檢疫規範，確立了初步的國際防疫合作架構。然而，十九世紀中葉以後橫貫歐亞的鐵路交通系統相繼建成，歐陸隨之爆發多次疫病，疫情的威脅不再局限於海港。便利的火車與高速的蒸汽船，不僅促進了人員與貨物流通，也使各國檢疫體系面臨前所未有的壓力。

自十九世紀上半葉霍亂肆虐歐洲以來，各國政府愈發關注勞工與貨物在運輸過程中傳播疾病的問題，邊境防疫逐漸被納入外交與條約談判中。然則，早期封鎖邊境的防疫政策事實上收效有限，不但未能有效遏止傳染病的擴散，反而造成貨運延誤與商業停滯，引發廣泛不滿。商人階層首當其衝，承受了檢疫措施所帶來的經濟損失，於是轉而倡議透過國際協商機制，在維持公共衛生安全的同時保障貿易暢通。他們主張防疫規範應建立在多邊共識與透明原則之上，防止個別國家藉防疫之名，行貿易保護之實。此一訴求，實為十九至二十世紀之交國際衛生與經濟秩序互動的縮影，也揭示了全球化初期公共衛生治理中科學、防疫與商業利益之間的張力與調和④。進入二十世紀，受到細菌學檢驗進步與實證醫學的影響，控制傳染病的跨國防疫與公共衛生合作機制才逐漸成形。西方國家透過國際會議與條約，陸續建立多個國際衛生組織，推動疫情資訊交流與檢疫制度的跨國協調。二十世紀初醫學界進一步確認「疾病無國界」的傳播特性，為跨國合作提供了科學依據。各國遂強調跨國治理的重要性，並促進政府—民間夥伴關係，共同監測與遏止傳染病蔓延，成為現代國際公共衛生協作的基礎⑤。然而，地緣政治的思考仍無法完全抵銷，區域自保思想取代國家主權繼起。

基於1892年第七屆國際衛生大會通過的《國際衛生公約》(*International Sanitary Convention*)，PASB的前身國際衛生局(International Sanitary Bureau)於

1902年在美國華盛頓特區成立(即今天的泛美衛生組織[PAHO])。這是由美國主導的區域性跨國衛生組織，在其設計中，隱含着門羅主義(Monroe Doctrine)的許多貿易思考⑥。緊隨其後的是1907年成立、總部位於巴黎的國際公共衛生局(Office International d'Hygiène Publique, OIHP)，成為調解歐陸內部貿易與防疫矛盾的重要機構⑦。至於更大型的跨國協作以及政府—民間夥伴關係方面，僅有美國洛克菲勒基金會(Rockefeller Foundation)和紅十字國際聯合會(ICRC)等民間慈善組織，倡議具有國際框架的重要衛生項目⑧，多少算是對日後國際衛生影響較為深遠的組織。區域內之跨國合作雖可謂現代國際衛生之先聲，惟其背後仍充滿了政治、貿易角力的計算。

在早期各類國際防疫與衛生機構中，LNHO雖非最早成立，卻是兩次世界大戰間最具代表性的重要機構，致力推動國際衛生協作與制度建設，普遍被視為WHO的前身。LNHO肩負全球防疫與公共衛生推廣的任務，卻面臨經費拮据、辦公空間狹窄及人手不足等困境。其工作若欲推展，必須仰賴主權國家的支持與同意。其下負責擬定跨國衛生計劃的核心單位——衛生委員會(Health Committee)，成員多為各國的醫療專家與公共衛生官員，無固定薪資，僅在會議期間按日領取津貼。其所通過的決議交由LNHO轄下人力有限的衛生科(Health Section)執行，該單位常由國聯秘書處低階職員兼任，顯示其組織運作的脆弱與制度局限⑨。堅持威斯特伐利亞主權原則的結果，造成沒有國家願意放棄主權立場，促成真正的跨國衛生合作。

相較於西方的情況，東亞地區(時稱遠東地區，涵蓋今日之東北亞與東南亞)因為殖民地範圍廣闊，使得以主權概念為基調的LNHO發展尤顯困難，仰賴民間慈善組織介入協作。二戰爆發前，東亞地區有三個主要國際組織——LNHO、洛克菲勒基金會，以及遠東熱帶醫學會(Far Eastern Association of Tropical Medicine, FEATM)推動國際衛生工作。這三個組織雖互有關聯但各自肩負着不同的使命。首先，在威斯特伐利亞主權原則下，主權國家被認定是殖民地的國際場合代理人。由於主權問題難以調和，LNHO在東亞僅能依賴中國、日本與泰國等主權國家的支持，或經西方列強同意後在殖民地開展工作。1910至1911年中國東北鼠疫爆發與隨後之霍亂與流感疫情，使LNHO在東亞的防疫任務出現契機。為防止疫情波及歐洲，1914年，新加坡衛生局長布魯克(Gilbert Brooke)與澳洲聯邦檢疫局長坎普斯頓(John H. L. Cumpston)率先提出區域防疫構想，但因一戰爆發而被迫中止⑩。該提案推遲到1920年代才取得成果。1925年3月，LNHO終於在新加坡正式成立負責東亞疫情情報監控與檢疫協調匯報的「東方局」(Eastern Bureau)，統合區域各國與殖民地的防疫標準。

1922至1923年間，國聯衛生委員會成員懷特(Norman White)調查東亞地區的疫情與國際衛生網絡，認為新加坡為東亞通往全球貿易的重要樞紐，建議在此設立疫情監測中心，並促成LNHO與FEATM合作，以其為基礎推動區域性衛生治理⑪。由於FEATM以「熱帶醫學」名義運作，得以避開主權爭議並

發揮跨殖民地協作功能，懷特主張將其作為即將成立的東方局的科學諮詢機構。他建議在東方局內設立類似衛生委員會的醫學顧問會（即後來的諮詢委員會[Advisory Council]），由FEATM成員組成，資金來源包括LNHO撥款、洛克菲勒基金會資助及區域捐助。東方局成立後，其機構合作模式影響PASB與OIHP等區域性衛生組織的改革，促成1926年《國際衛生公約》修訂。1927年4月，OIHP與LNHO達成協議，共享東方局之疫情情報與技術資源⑫，預示二戰後兩者在WHO體系下的最終合併。

若說LNHO與其東方局代表跨國政府治理的體系，那麼洛克菲勒基金會與FEATM則象徵東亞地區政府與民間合作的典範。洛克菲勒基金會成立於1913年，由小約翰．洛克菲勒（John D. Rockefeller, Jr.）出任總裁，其宗旨乃「在全世界促進人類的福祉」⑬，基金會成立後一個月即設立國際衛生部（International Health Board，翌年改為International Health Division）。一戰結束後，美國拒絕加入國聯致使OIHP與LNHO合併計劃受挫⑭。然而，隨後LNHO仍得益於基金會在歐洲的捐助與技術援助，有成員坦言：「美國的影響對歐洲衛生實踐的滲透〔非常深入〕，中歐和東歐的小國〔幾乎〕實踐了美國的公共衛生理想。」⑮同時，基金會除長期資助FEATM外，亦對東方局提供穩定經費支持。例如，1937年東方局預算約10萬海峽元（約合11,750英鎊），其中國聯撥款5.2萬海峽元，基金會捐助1.6萬海峽元，區域內各國合計捐款3.2萬海峽元，成為東方局運作的重要財政支柱⑯。二戰前夕，基金會已在全球播下美式公共衛生理念，為戰後美國主導國際衛生事務奠下重要基礎。

出身洛克菲勒基金會的海斯勒（Victor G. Heiser）醫生，1905年任菲律賓殖民政府衛生總監，是1908年創建FEATM的關鍵人物。1915年起，他專任基金會國際衛生部遠東區總監，期間推動FEATM作為區域內主權國家與殖民地醫學、公共衛生專業的交流平台⑰。海斯勒任職國際衛生部後，向FEATM不斷捐助基金會的資金和人力，將美屬菲律賓的許多衛生項目推廣到周邊地區。海斯勒認為：「遠東地區沒有任何團體……能夠像我們的計劃那樣開展有效工作並達到我們的期望。」⑱而在國際衛生部的長期資助下，LNHO也以東方局為核心開展配合行動⑲。由於合作成效顯著，基金會副總裁兼國際衛生部總負責人岡恩（Selskar Gunn）於1930年建議擴大LNHO總監拉西曼（Ludwik Rajchman）在中國推行的農村衛生計劃，並將其作為東亞農村與社區衛生的示範模式，強調公共衛生不應僅限於防控傳染病，亦需關注社會與經濟問題⑳。拉西曼自1933年起以技術代表身份受中國政府聘用，協調LNHO在中國的防疫與農村衛生工作。但不久因遭日本駐國聯代表強烈指責其捲入政治而被迫離職㉑，農村衛生計劃由東方局接手繼續推進。

在諮詢委員會指導下，東方局持續標準化區域內疫情通報機制，進一步關注公共衛生建設，其中農村衛生是最受重視的項目之一。1930年代後，東方局建立的疫情系統成效顯著，日本委員建議擴大參與工作範圍，亟欲取得主導權，甚至日本因1931年「九一八事變」退出國聯的六年間仍繼續參與東

方局的工作㉒。1937年，日本外務省透過對東方局的資助，在荷屬印尼萬隆召開「遠東國家農村衛生會議」(Conference of Far-Eastern Countries on Rural Hygiene)。雖以「國家」名義計席，七成參與者實為殖民地官員或科學家，提案巧用農村公共衛生調查與醫學研究名義，避開地緣政治敏感的主權或殖民頭銜。東方局於1942年1月日本佔領新加坡時關閉，戰後由盟軍東南亞戰區指揮部重新開放，1947年轉交WHO臨時委員會㉓。

隨着聯合國的成立，國際社會迫切需要一個新的國際衛生組織以延續LNHO的使命。1945年在舊金山舉行的聯合國會議上，中國代表施思明與挪威及巴西代表積極游說，在聯合國架構下建立國際衛生組織的構想，最終通過一項宣言呼籲召開世界衛生大會(World Health Assembly)㉔。值得注意的是，這個新的國際衛生組織在命名上使用了「世界」(world)而非「國際」(international)，並強調其目標是真正的全球規模(world-wide scale)㉕。1946年7月22日，《世界衛生組織憲章》(*Constitution of the World Health Organization*)由聯合國五十一個會員國及其他十個國家簽署，明示其宗旨：「使全人類皆能達到可能的最高健康水平。」㉖1948年WHO成立後不久，召開了首屆世界衛生大會，通過WHO憲章並合併自十八世紀以來的多個西方國際衛生機構，包括OIHP、LNHO以及聯合國善後救濟總署(United Nations Relief and Rehabilitation Administration, UNRRA)，前洛克菲勒基金會國際衛生部官員索珀(Fred L. Soper)則被任命為WHO首任秘書長。

這似乎象徵着在長達一個世紀的國際公共衛生實驗中，國家主權的堅持與「疾病無國界」理念間的矛盾逐漸被克服，一個以醫學與公共衛生專業為核心的真正國際組織由此誕生。然而，現實並非如此理想。WHO成立後仍秉持戰前以國家主權為基礎的「國際主義」(internationalism)原則，其憲章需獲各主權國家批准，才能依據聯合國會員國原則參與WHO及世界衛生大會運作，可見政治干預衛生專業的空間依舊不變。隨着冷戰初期美蘇對立氛圍升高，蘇聯及其東歐盟國相繼宣布退出WHO。這些國家原為1948年創始會員，但因視WHO為西方主導機構而選擇離開；直到1956年，蘇聯與六個東歐國家才重新加入，顯示冷戰政治對國際公共衛生合作造成的長期干擾㉗。

二　東亞國際衛生架構重建與美國的地緣政治思考

二戰前主權原則的延續與美蘇對峙的冷戰格局，使WHO在推展國際衛生合作上困難重重。各會員國的政策與資源投入受政治陣營影響而受限，專業衛生計劃屢遭干擾，導致組織運作與制度建設進展遲緩，跨國合作難以發揮效能。儘管戰後局勢動盪，西方列強仍意圖恢復在亞洲的殖民影響力，以維持既有的勢力範圍與統治關係。類似態度造成了聯合國寧願擴大託管制度，也不願回應殖民地自決訴求。以東亞最大殖民帝國英國為例，1940年開始提出

的《殖民地發展與福利法案》(*Colonial Development and Welfare Act*)倡議「福利」(welfare)與「夥伴關係」(partnership)的理念，顯示英國試圖在維持殖民統治的同時，推動有限改革以安撫殖民地㉘。二戰後的歐洲列強基於戰前類似之殖民地衛生與福利觀念，僅試圖迅速地將歐洲政治與社會福利制度輸出殖民地，把母國的行政管理體系與殖民地衛生與福利聯繫起來，以便延續殖民體系㉙。然而，戰後的情勢卻不容殖民母國過度樂觀。如英國早在《殖民地發展與福利法案》中已承諾將大幅增加海峽殖民地(今馬來西亞和新加坡)的衛生和福利支出，但在二戰結束之初的1945至1947年間，相關費用幾乎佔據了殖民地預算的五分之一，總金額是戰後殘破的大英帝國無法承擔的。英國外交部為此警告說，如果英國未能讓緬甸和香港獲得UNRRA的援助，相對中國獲得大量美方與國際資助，西方強權將喪失在東亞地區內的威信，尤其是足以繼續維持殖民統治的高度權威㉚。由此可見，老牌殖民強權如英國已意識到其對區域殖民地的控制力，正逐漸被受美國影響的新興東亞地緣政治與國際秩序取代。

英國外交部的擔憂並非無的放矢，中國、巴西等國提出設立新的國際衛生組織並非憑空構想。戰前東亞的衛生合作，尤其是東方局與FEATM的合作模式，證明國際衛生體系有可能跨越主權與殖民界線，為WHO時期的國際衛生合作提供新架構。然而，殖民政治與既有醫學勢力不會自動退讓。例如，英國衛生部官員麥肯齊(Melville Mackenzie)強烈反對殖民地與衛生落後國家享有平等參與WHO的權利，並警告說：「無法想像〔醫學〕技術發達的國家，〔在國際衛生會議中〕被公共衛生和醫學觀念不那麼發達的國家投票否決。」㉛冷戰初期，殖民勢力的消長與美國出於自身利益的地緣策略交織，使西方列強將聯合國與WHO等多邊機構視為對殖民主權的潛在威脅。在WHO成立的前幾年，西方殖民強權強烈反對殖民地可以直接派代表參與WHO與相關組織，甚至預言如果放任殖民地代表出席，「將極難避免在憲章中納入一些〔失敗的〕東西，導致這個制度永久化」㉜。

面對舊思維反撲，WHO曾努力調整許多政策以符合受援國家的衛生需求，同時希望設計出可以與殖民母國及其殖民政治妥協的模式。但這些模式充滿了太多政治與經濟的計算，並未給公共衛生專家充分發揮的空間㉝。歐陸國家的反對使美國對支持WHO幾度猶豫不決，部分反對聲音與當初拒絕加入LNHO時極為相似。然而，鑒於戰前英國與法國常以檢疫與衛生為名實行貿易保護主義，壟斷與殖民地的貿易，導致美國及其菲律賓屬地發展受限，因此另有人士主張，美國作為戰後的主要強權，應趁勢推動貿易自由化以保障國家利益。在此論點引導下，美國決定參與並主導WHO的設計，使新的國際衛生架構得以透過縱向的疾病根除計劃與醫藥援助，突破各國檢疫制度造成的對人員與貨物流動的橫向貿易限制。美國統領WHO的衛生治理與秩序整合，奠定戰後全球衛生合作基礎㉞。WHO所建立的新國際衛生秩序降低了各國檢疫自主性，強化了衛生、防疫的一體化特性。這背後的動機不僅源於實

證醫學的科學價值觀，更深層反映了美國的經濟與貿易考量。與此同時，在缺乏西方國家制衡的情況下，美國獨霸的政治現實迅速削弱了WHO創建時的理想和宗旨。若依其憲章精神行事，殖民母國須承擔殖民地的衛生與福利責任，但戰後經濟凋敝，除美國外無一國能負擔。於是，國際衛生合作在西方呈現為協商模式，在東亞則明顯展現出美國主導的地緣政治特徵，其衛生行動與戰後權力結構緊密交織，凸顯全球衛生治理的不平衡。

二戰幾乎摧毀了LNHO、洛克菲勒基金會與FEATM所建立的東亞跨國衛生體系。僅戰時美國的醫藥援助得以延續，並在戰後主導中國與東亞地區的重建。抗戰期間，中國國民政府為爭取外援與維繫軍事同盟，積極採納美方建議的衛生方案，以換取援助與物資。戰後，隨着美國成為重建國際秩序的核心力量，這種依賴更形加深。為確保東亞盟友的穩定性，美國遂將該地區的衛生重建納入其冷戰外交與戰略布局之中。1946至1948年間，美國公共衛生局（United States Public Health Service）副局長克拉布特里（James A. Crabtree）在德國投降後，即提出建立新的國際衛生組織的構想，意在延續戰前LNHO的部分功能，並承擔戰後醫療與衛生重建的使命。這一構想既承接了戰前歐洲的跨國衛生合作經驗，也體現了美國利用公共衛生作為外交與地緣政治工具的策略思維，為後來WHO的成立奠定基礎㉟。但這個針對歐陸戰後重建而提出的建議，並不適用於戰火及政治紛擾的東亞地區。然而，前述中國與巴西等代表在舊金山會議上倡議成立新的國際衛生組織，一方面的考量是多數非西方國家的衛生現況，試圖修正克拉布特里以歐美為中心的國際衛生理念；另一方面也寄望延續東方局的功能與角色㊱。這導致美國政府在國內不同立場的爭論下，對是否支持WHO態度遲疑，使東亞的衛生重建步調遠遜於歐洲。相較之下，洛克菲勒基金會、美國醫學會（American Medical Association）、約翰．霍普金斯大學（Johns Hopkins University）等民間組織，則承襲戰前援華經驗，率先為戰後新的國際衛生組織的架構與運作提供藍圖㊲。可惜的是，隨着戰後經濟重建與冷戰格局的確立，這些民間醫療援助計劃逐漸被納入美國的地緣政治考量之中，善意的人道行動也難免染上政治與經濟戰略的色彩。

美國自1947年起逐漸對國民政府失去信任。隨着馬歇爾（George C. Marshall）調停失敗與1949年《中美關係白皮書》（*China White Paper*）的發布，美國全面撤回對華援助。洛克菲勒基金會亦於同年中止援助，並將人員撤往香港與澳門。1950年朝鮮戰爭爆發後，東亞局勢惡化，共產勢力迅速擴張，迫使以中國戰時衛生經驗為基礎的東亞衛生模式作出調整。在此期間，WHO將西太平洋區域辦事處設於馬尼拉。值得注意的是，中國曾於1948年提議將該辦事處設於上海，卻遭首屆世界衛生大會否決。1950年，第三屆世界衛生大會正式批准前國民政府衛生部官員、香港WHO西太平洋區域臨時辦事處主任方頤積的提案，將正式辦事處設於馬尼拉。WHO執行委員會於1951年6月1日確定具體地址，獨立後的菲律賓政府旋即和WHO簽署了《東道國協議》（*Host Agreement*）予以確認。8月15日，區域辦事處從香港遷至馬尼拉，最初

設在內城港區檢疫局(Bureau of Quarantine, Port Area, Intramuros)——這正是海斯勒在菲律賓建立第一個港口檢疫站的同一地點㊳。確定區域辦事處地點的過程，意外揭示了LNHO、FEATM和洛克菲勒基金會三者與WHO跨越戰爭的歷史連結。

東亞冷戰的新危機與結盟對峙的情勢，加上美國作為全球超級大國的崛起，深刻地影響了國家與民間基金會之間的關係。這種轉變更顯見於WHO成立、1950年國家科學基金會(National Science Foundation)成立，以及1951年國家衛生研究院(National Institutes of Health, NIH)成立後，美國宣布統合原本提供醫療衛生援助的民間部門。1951年，就在WHO成立三年後，洛克菲勒基金會關閉了著名的國際衛生部㊴，並將慈善醫療與衛生援外的權力移交給聯邦政府，併入各個經濟合作計劃或機構集中執行。在此新的政經結構下，1951年10月制定的《共同安全法》(*Mutual Security Act*)成為執行美國新東亞政策的法律基礎。以此法案設立之共同安全署(Mutual Security Agency，1961年後改組為美國國際開發署[United States Agency for International Development, USAID])，以軍事和經濟援助的方式，恢復對美國盟友的援助，其中也包括醫藥衛生方面。由於整個新架構立基於保護美國長期安全的原則上，相關工作在1951年後已成美國國際衛生外交活動的一部分㊵。該法案標誌着美國將冷戰初期對西歐的援助經驗擴展至全球反共前線國家或地區，援助性質也從以經濟為主轉向以軍事為核心。在蘇聯及其盟國退出WHO後，美國是否將某國認定為盟友，成為將其納入東亞國際衛生架構的重要考量。為確保對韓國的軍事後勤支持，美國於1951年審查該國醫療與公共衛生狀況，並由1953年成立的援外事務管理署(Foreign Operations Administration)提交報告。該報告後來成為制定「美國國際開發署東亞健康計劃」(USAID Program, Health in East Asia)的重要藍圖，其中明確指出，計劃核心目的在於維持東亞盟國的經濟穩定與軍事力量。此一模式顯示，美國在冷戰初期的國際衛生行動，已不僅限於公共衛生或疾病控制，而是緊密結合地緣政治與軍事戰略，利用衛生援助作為穩固盟友、保障區域安全及延伸影響力的工具，使東亞國際衛生架構深受美國政治利益導向影響㊶。

在1950年代WHO的新架構下，美國成為主要資金、人力與設備的來源，其主導的國際衛生計劃多帶有反共政治目的。此時WHO在東亞的工作常附屬於美援及其技術援助計劃之下。有學者因而指出，戰後WHO與洛克菲勒基金會推動全球瘧疾根除的行動，實為美國冷戰外交策略的一環，目的是使受助國家在醫療、教育等領域依賴美國㊷。總的來說，雖然WHO以人道援助為宗旨，但隨着冷戰成為美國外交核心原則，洛克菲勒基金會等民間基金會對公共衛生、衛生教育及醫學科學的參與被重新定位為全球反共行動的一部分，顯示經濟安全才是美國支持東亞盟友的核心考量。美國眾議員沃里斯(John M. Vorys)甚至宣稱，對那些「將與我們並肩作戰的國家」施以軍事援助才是「健全的經濟」㊸。誠如學者貝茨(Richard K. Betts)指出，經濟上的現實

主義(realism)和自由主義(liberalism),一直是美國東亞冷戰外交裏主導性的關鍵意識形態;兩者都令美國可以透過援助手段,影響或箝制東亞盟友,使之符合美國的價值,以便融入美國在該地區的冷戰安全網絡㊹。美國作為WHO重要的推手,認為自由貿易才是支持重建跨國衛生合作的經濟理由,而軍事安全則保障其利益,兩者均反映在WHO西太平洋區域辦事處推動的東亞國際衛生事務上。

三 當前國際衛生工作的挑戰與局限

儘管過去近八十年間,WHO依靠其科學、醫學與公共衛生專業能力,確立了在全球健康治理領域的領導地位,但它仍面臨嚴峻困境。根據論者定義:「全球健康治理指的是『國家和/或非國家行為者之間,旨在控制公共衛生和傳染病以及保護人們免受健康風險或威脅的跨國界協議或倡議』;它涉及多邊和雙邊機構、科學和公共衛生知識群體、私人慈善家、私營部門和公私倡議,以及一系列社區和國際非政府組織。」㊺隨着冷戰結束,1990年代後WHO倡議之全球健康治理誠屬之前國際衛生治理的進階版本,因此在跨國協議與政府—民間夥伴關係上的功能假設亦相當接近。由於WHO沿襲由上而下的治理模式,加上冷戰以來美國透過經濟援助與承擔大量經費,主導了WHO的政策與計劃方向,反而導致各個會員國在長期依賴的情況下失去了衛生自治的動力。菲德勒(David P. Fidler)在2019年指出,在先前國際社會推崇的自由主義體制面臨困境的情況下,全球健康治理的外部條件已不復存在㊻。WHO在建立全球領導力時依賴的是專業能力,而非政治權威,當全球合作環境瓦解,這種優勢遂變得脆弱。新冠病毒(COVID-19)的快速政治化,更將公共衛生議題轉化為可被操控的政治話語。對WHO在大流行中的效能評估,必須考量病毒如何被外部力量,尤其是美國特朗普政府用於達成政治目的。這凸顯了全球健康治理在當前國際秩序下的挑戰與局限。

特朗普政府是這場大規模「信息疫情」(Infodemic)的主要來源之一。自他首次入主白宮(2017-2021)以來,美國與WHO的關係就出現前所未有的緊張與對立。2020年初新冠疫情爆發後,特朗普多次指責WHO「偏袒中國」並「隱瞞疫情」,認為其未有履行全球公共衛生監督責任。同年4月,他宣布暫停美國對WHO的資金支持,稱需對其表現進行全面審查。隨後的5月29日,特朗普於白宮玫瑰園公開記者會上宣布美國將與WHO「斷絕關係」,並明確指出:「我們將於今天終止與世界衛生組織的關係,並將這些資金轉用於其他全球性、緊急的公共衛生需求。」㊼此舉標誌着美國與WHO的外交與公共衛生合作關係進入空前的對立階段,也對全球健康治理造成深遠影響。特朗普政府的策略性操作,直接損害了WHO數十年來艱辛建立的科學領導地位㊽。他將新冠病毒種族化,稱為「中國病毒」(China virus),將公共衛生危機政治化,

助長各國民粹主義者與極右翼人士對個人自由的極端立場，違背「疾病無國界」理念。其內閣與政府還散布關於病毒起源、感染、死亡率及防控的錯誤信息與陰謀論，錯誤信息造成巨大損害，削弱了國際社會對WHO依照科學和醫學建議提出指導方針的信任。在全球公共衛生迫切需要國際合作時，這種政治化與信息操作引發美國及全球關於憲政權利的爭議，將公共衛生問題轉化為國內政治工具，直接否定WHO長期以來的科學合作模式，從根本上削弱全球健康理想與共同應對機制的效力，顯示近百年來奠定的科學共識與國際衛生合作機制，仍然有其非常根本的脆弱性㊾。

2025年1月20日，特朗普二度入主白宮時，廢除了拜登（Joe Biden）政府的政策，簽署行政命令，正式宣布美國「將啟動撤出世界衛生組織之程序」，「暫停未來任何美國政府資金、支持或資源向世界衛生組織轉移」，「召回並重新分配」與WHO合作的美國人員和承包商，並要求相關部門評估及重新分配原由WHO主導之職能㊿。該命令發出後，WHO與多個國家和美國觀察家公開呼籲美國政府重新考量，並警告撤出可能造成的全球健康治理影響與財政缺口(51)。要言之，特朗普政府的政策顯示出一種去多邊化與政治化的公共衛生觀，將全球健康議題納入包括對華政策在內的戰略思考中。

儘管有不少政治評論者認為斷絕與WHO的關係是特朗普政府獨斷之特殊行為，但哈曼（Sophie Harman）和戴維斯（Sara E. Davies）卻認為這是一個契機，可以趁機正視原本隱晦卻早已普遍存在的全球健康治理問題(52)。舉例來看，1994年開羅舉辦之國際人口與發展會議上，WHO會員國共同通過確保婦女生育健康之內容，即包括了合法墮胎與愛滋病毒（HIV）防治。但2017年特朗普就任後，重啟了1984至1993年「墨西哥城政策」（Mexico City Policy）的限制，禁止向任何提供、諮詢或宣導墮胎服務的外國非政府組織（NGO）提供資金，即使這些活動主要使用非美國資金，其中包括疾病控制與預防中心（Centers for Disease Control and Prevention, CDC）、食品藥物管理局（Food and Drug Administration）等聯邦機構。該禁令在特朗普首個任期未引發重大風暴，並非因WHO會員國抵制或恢復衛生自治，而是美國國務院與USAID駐地辦事處人員長期不足，聯邦政府亦未對該政策提供明確解釋；結果各地反而自作主張地發起因地制宜的公共衛生行動，雖造成執行上的混亂，卻意外地使WHO在南非及部分東南亞地區的安全墮胎與愛滋病毒防治計劃得以勉力維持以至推動(53)。顯然，WHO雖提倡全球健康以突破主權與國界限制，但冷戰下依賴美國的運作模式，使其「疾病無國界」、「人道高於一切」理念難以落實。

特朗普政府奉行「美國優先」（America First）的國家主義和激進的政治保守思維，對後疫情時代的全球健康布局構成了比大流行本身更具深遠影響的結構性風險，這種思維模式直接衝擊了全球健康體系賴以維繫的資源與合作基礎。在全球健康理想中，應對傳染病的核心是以全球安全為中心，旨在平衡防控和社會需求與避免人權及政經困境。然而，特朗普政府對此缺乏

興趣，反而將公共衛生視為可犧牲的項目，進行危險的撤資與退出WHO行動。2017年特朗普首次提出的精簡預算案《美國優先：讓美國再次偉大的預算藍圖》(*America First: A Budget Blueprint to Make America Great Again*)，建議大規模削減國內外公共衛生機構，將540億美元重新分配給軍事和國防開支，體現了將公共衛生治理置於軍事安全之下的國家主義偏好。在其要求下，NIH面臨約20%的擬議經費削減，使其預算降至1999年以來最低水平；CDC和USAID等全球衛生機構同樣面臨資金削減，前者以近二十年來的最低預算運作[54]。

特朗普政府的第二任期仍在「美國優先」框架基礎上，大幅削減、集中與重訂美國援助全球公共衛生項目。整體全球衛生援助由約100億美元降至38億美元，同時迄今未對抗擊愛滋病、結核病和瘧疾全球基金(The Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria)提出固定出資額度。截至2025年10月，美國對於WHO等多邊國際衛生機構，幾乎完全取消資金支持。同樣地，美國國內科研與防疫體系亦受波及，如NIH減少180億美元，CDC則縮減35億美元[55]。前CDC主任弗里登(Tom Frieden)就警告，這種削減是一種「危險的撤資」，將「增加疾病、死亡、美國人的風險和醫療保健成本」[56]。尤有甚之，特朗普未曾清楚地定義他對國際衛生的看法，但從過去言論可以輕易看出，他認為更應保護的對象是國家，而不是個人健康。他曾利用伊波拉和寨卡病毒疫情爆發，主張對WHO派駐之衛生工作者實施更嚴格的移民與邊境管制，甚至宣稱「把他們趕出去！」並威脅國際非政府組織等「如果提供幫助，就必須承擔後果」[57]。這暗示其策略是用國家主權來挑戰跨國衛生，損害了全球健康理想中不分國界、以人道和科學為本的合作精神。

特朗普政府的政策植根於美國保守思維的不加掩飾的單極主義，對二戰後建立的全球健康治理體系造成了根本性的破壞，可被視為從基於普世合作原則的WHO時期，倒退回以國家利益和碎片化合作為特徵的LNHO時期。這種單極主義還可視為冷戰以來貿易自由主義與以美國利益為中心之扶助政策的激進鬥爭加速，只是過去或因美國霸權實力仍在，或因國內經濟還保有一定優勢，以至於公共衛生等領域的問題尚且局限在國內。但特朗普政府的「美國〔經濟〕優先」思維，將這些長期積累的國內問題，透過政治行動擴大至全球體系。如前所述，他在2025年上任後不久簽署行政命令，立即暫停向WHO轉交任何美國政府款項、支援或資源，同時指示撤回在WHO任職或協力的美方人員。此舉顯示其不信任多邊主義和國際機構，強調其援外政策的高度政治化與利益取向，且不願受制於長期的盟友關係[58]。美國退出不僅導致WHO預算大幅縮減，也切斷了WHO獲取美國專業資源(如CDC)的渠道。這標誌着全球健康治理模式的倒退：從原本強調普遍健康和科學領導，如今又回到依賴各國政治意願、缺乏穩定資金與專業資源的狀態，使WHO在推行跨國公共衛生計劃時受限，全球健康合作的有效性與可持續性均受到影響，凸顯了國際衛生工作在高度政治化背景下備受掣肘。

這種單邊主義透過凍結與重新評估外國發展援助，對全球健康核心項目造成嚴重衝擊。特朗普在1月20日簽署的另一份行政命令，也要求暫停美國對外發展援助九十天，以決定是否「繼續、修改或終止」援助[59]，導致多個美國支持的WHO全球健康計劃陷入不確定。特朗普凍結USAID對外援助的行動，使全球既有合作夥伴關係無法挽回，削弱既有服務網絡之穩定及效率，其後更於7月關閉USAID，使得局勢持續惡化[60]。更具災難性的是，特朗普任命小羅伯特·甘迺迪(Robert F. Kennedy, Jr.)為衛生部長，他公開持反疫苗立場，使政府對疫苗和科學研究的敵意升高，對全球應對未來大流行能力造成嚴重威脅。一方面，政府支持錯誤信息並拒絕澄清，削弱了WHO在衛生信息方面的權威；另一方面，政府的反疫苗立場可能助長國際反疫苗運動，降低疫苗接種率，破壞全球疫苗推廣計劃的信心與成效。此舉不僅危及美國國內公共健康，也對全球公共衛生合作策略造成長遠負面影響[61]。綜合來看，如論者所言，「很難想像這個政府能有效地應對新的衛生緊急情況」[62]。科研投資下降進一步影響藥物開發能力，使全球面臨單極瓦解帶來的巨大醫療風險。其政策不僅加劇了美國國內已惡化的公共衛生問題，也因全球健康體系長期依賴美國，使特朗普政府能透過議題政治化、散播錯誤信息、凍結國際援助等手段，對全球健康治理造成災難性、系統性的全面威脅。這種政策削弱國際合作與科學領導，破壞公共衛生計劃的全球效力，並凸顯了高度依賴單一國家對全球衛生安全的風險。

四　結論

從約兩百年前現代歐洲檢疫制度濫觴至今，國際衛生的發展歷程清楚揭示了一個核心矛盾；醫學科學倡導的「疾病無國界」理念，始終與近代主權原則下的國家利益角力，糾纏不清。本文透過歷史爬梳闡明，當代國際衛生體系並非單純基於人道關懷與科學理性而建立，而是在政治計算、經濟利益與地緣戰略的多重作用下逐步形成。這種認識對於理解當前特朗普政府衝擊下的東亞以至全球健康危機至關重要。

十九世紀中葉以降，國際衛生合作源自歐洲國家對霍亂、鼠疫等跨國疫情的恐懼，以及商業群體因檢疫妨礙貿易而施加的壓力。早期國際衛生大會雖在協調檢疫制度上取得若干進展，但始終受制於主權優先與利益衝突。二十世紀初，細菌學與實證醫學的成熟為跨國合作提供科學基礎，促成多個區域性衛生機構出現。然而，美國的門羅主義與歐陸殖民勢力的競逐，使這些合作架構深受政治與商業考量所牽動，國際衛生工作仍多被區域霸權所劫持。東方局的運作顯示，透過LNHO、洛克菲勒基金會與FEATM等網絡的協作，政府—民間夥伴模式得以暫時突破主權局限，為二戰後WHO制度奠下先例。然而，WHO成立後並未完全實現全球健康治理的普世理想。冷戰初期美

國在國際衛生領域展現強勢主導，既挑戰英法殖民國家的檢疫秩序，也將疾病根除計劃與醫療援助納入其地緣政治架構，使東亞國際衛生活動呈現明顯的美國中心化。在此歷史背景下，近年特朗普政府對WHO的敵視、去多邊化與「美國優先」政策並非全然出於個人政治偏好，而是國際衛生體系長期結構性矛盾的集中爆發。新冠疫情期間，他以「中國病毒」等種族化論述激化地緣政治衝突，同時削減公共衛生預算，並最終宣布退出WHO，重啟國家利益優先的LNHO模式。美國撤出使WHO面臨財政與專業能力缺口，也凸顯全球健康治理在制度上的脆弱性。

歷史經驗告訴我們，無論是LNHO依賴洛克菲勒基金會等民間組織的資助、FEATM等科學群體的橫向協作，還是東方局在殖民地與主權國家間的巧妙折衷，都曾為國際衛生工作開創過突破主權障礙的可能性。真正有韌性的全球健康治理不能建立在單一霸權的支持上，必須重建多元參與、權力分散、科學中立、人道優先的合作機制。面對當前全球健康治理的困局，各國或須強化自身公共衛生能量與衛生自治能力，民間組織與基金會需要重新發揮彌補政治鴻溝的作用，科學群體則應堅守專業本位與中立立場，拒絕淪為政治工具。唯有透過多層次、多中心的治理架構，才能在政治風暴與霸權更迭中守護「疾病無國界」、「人道高於一切」的理想，讓全球健康治理落實其保障全人類健康福祉的根本理念。特朗普政府對國際衛生工作的衝擊或許是一場危機，但也可能是促使全球健康體系進行根本性改革、使其更具韌性與公平性的契機。

註釋

① 關於從「國際」到「全球」的表述變化，參見Steve Smith and John Baylis, introduction to *The Globalization of World Politics: An Introduction to International Relations*, ed. Steve Smith and John Baylis (Oxford: Oxford University Press, 1997), 1-11。

② Erez Manela, "Smallpox Eradication and the Rise of Global Governance", in *The Shock of the Global: The 1970s in Perspective*, ed. Niall Ferguson et al. (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2010), 251-62.

③ Norman Howard-Jones, *The Scientific Background of the Sanitary Conferences, 1851-1938* (Geneva: World Health Organization, 1975).

④ David P. Fidler, "The Globalization of Public Health: The First 100 Years of International Health Diplomacy", *Bulletin of World Health Organization* 79, no. 9 (2001): 843.

⑤ Kelley Lee and Richard Dodgson, "Globalization and Cholera: Implications for Global Governance", *Global Governance* 6, no. 2 (2000): 213-36.

⑥ Norman Howard-Jones, *The Pan American Health Organization: Origins and Evolution* (Geneva: World Health Organization, 1981), 5-10; Marcos Cueto, *The Value of Health: A History of the Pan American Health Organization* (Washington, DC: Pan American Health Organization, 2007).

⑦ Neville M. Goodman, *International Health Organizations and Their Work*, 2d ed. (Edinburgh: Churchill Livingstone, 1971), 84-106.

⑧ John F. Hutchinson, "'Custodians of the Sacred Fire': The ICRC and the Postwar Reorganisation of the International Red Cross"; Bridget Towers, "Red Cross Organisational Politics, 1918-1922: Relations of Dominance and the Influence of the United States", in *International Health Organization and Movements, 1928-1939*, ed. Paul Weindling (Cambridge: Cambridge University Press, 1995), 17-35, 36-55.

⑨ Iris Borowy, *Coming to Terms with World Health: The League of Nations Health Organisation 1921-1946* (Frankfurt am Main: Peter Lang, 2009), 66-68.

⑩⑫⑭㉒ Neville M. Goodman, *International Health Organizations and Their Work* (Philadelphia, PA: Blakiston Company, 1952), 127; 128-29; 20; 19.

⑪ Norman White et al., *The Prevalence of Epidemic Disease and Port Health Organization and Procedure in the Far East: Report Presented to the Health Committee of the League of Nations* (Geneva: League of Nations, 1923), 5-10.

⑬ *The Rockefeller Foundation Annual Report 1913-14*, www.rockefellerfoundation.org/wp-content/uploads/Annual-Report-1913-1914-1.pdf, 7.

⑮ F. G. Boudreau, "The European Conference on Rural Hygiene, Memorandum Transmitted by Arthur Sweetser to Raymond Blair Fosdick" (24 February 1931), Rockefeller Foundation, Series 1.1, RG 100, Box 21, Folder 176, Rockefeller Archive Center (RAC), NY.

⑯ *Report on the Prevalence of Epidemic Disease and Port Health Organization and Procedure in the Far East* (Geneva: League of Nation Publish, 1938), 41-45.

⑰ Preface to *Transactions of the Fifth Biennial Congress Held at Singapore, 1923*, ed. A. L. Hoops and J.W. Scharff (London: John Bale, Sons & Danielsson, Ltd., 1924), ix.

⑱ "Victor G. Heiser to Edward L. Munson" (21 August 1923), Rockefeller Foundation, Series 1.2, RG 5, Box 155, Folder 2038, RAC.

⑲ J. Gillespie, "The Rockefeller Foundation and Colonial Medicine in the Pacific, 1911-1929", in *New Countries and Old Medicine: Proceedings of an International Conference on the History of Medicine and Health, Auckland, New Zealand, 1994*, ed. Linda Bryder and Derek A. Dow (Auckland: Pyramid Press, 1995), 382.

⑳ Socrates Litsios, "Selskar Gunn and China: The Rockefeller Foundation's 'Other' Approach to Public Health", *Bulletin of the History of Medicine* 79, no. 2 (2005): 295-318.

㉑ Theodore M. Brown and Elizabeth Fee, "Ludwik Rajchman (1881-1965): World Leader in Social Medicine and Director of the League of Nations Health Organization", *American Journal of Public Health* 104, no. 9 (2014): 1639.

㉓ *The First Ten Years of the World Health Organization* (Geneva: World Health Organization, 1958), 69.

㉔ "Sze Szeming Papers, 1945-2014", UA.90.F14.1, University Archives, Archives Service Center, University of Pittsburgh, PA.

㉕ "World Health Organization", *The British Medical Journal* 2, issue 4570 (1948): 302-303.

㉖ *Constitution of the World Health Organization* (22 July 1946), https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch_IX_01p.pdf, 3.

㉗ Marcos Cueto, Theodore M. Brown, and Elizabeth Fee, *The World Health Organization: A History* (Cambridge: Cambridge University Press, 2019), 62, 66.

㉘ Frederick Cooper, *Decolonization and African Society: The Labor Question in French and British Africa* (Cambridge: Cambridge University Press, 1996),

204-205; Michael Havinden and David Meredith, *Colonialism and Development: Britain and Its Tropical Colonies* (London: Routledge, 1993), 218, 229.

㉙ Frederick Cooper, *Decolonization and African Society*, 177-82; Martin Shipway, "Reformism and the 'Official Mind': The 1944 Brazzaville Conference and the Legacy of the Popular Front", in *The French Colonial Empire and the Popular Front: Hope and Disillusion*, ed. Tony Chafer and Amanda Sackur (London: Palgrave Macmillan, 1999), 145-47.

㉚ "Minute, P. J. N. Stent" (22 January 1945), Public Record Office (PRO), FO371/5135412706, The National Archives, UK.

㉛ "Minute, M. Mackenzie" (21 September 1943), PRO, CO859/66/114 XC3668.

㉜ "Minute, A. H. Poynton" (13 March 1946), PRO, CO859/110/2.

㉝ Sunil Amrith, "Development and Disease: Public Health and the United Nations, c.1945-55", in *Worlds of Political Economy: Knowledge and Power in the Nineteenth and Twentieth Centuries*, ed. Martin Daunton and Frank Trentmann (Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan, 2004), 217-40.

㉞ James A. Gillespie, "Europe, America, and the Space of International Health", in *Shifting Boundaries of Public Health: Europe in the Twentieth Century*, ed. Susan G. Solomon, Lion Murard, and Patrick Zylberman (Rochester, NY: Rochester University Press, 2008), 114-37.

㉟ Ralph C. Williams, *The United States Public Health Service, 1798-1950* (Washington, DC: Commissioned Officers Association of the United States Public Health Service, 1951), 487.

㊱ Louis L. Williams, Jr., "The World Health Organization", *Southern Medicine Journal* 40, no. 1 (1947): 68; *The First Ten Years of the World Health Organization*, 38-39.

㊲ William L. Laurence, "World Health Organization Today Waging Successful War on Many Diseases", *The New York Times*, 1 June 1958, 9.

㊳ "Marshall C. Balfour to Sterling Strode" (25 February 1949), Rockefeller Foundation, Series 601, RG 1, Box 44, Folder 361, RAC; "Philippine Islands: Manila—Quarantine against Chinese Ports—Vaccination of Crews", *Public Health Reports* 27, no. 23 (1912): 925-27.

㊴ Dwight Macdonald, *The Ford Foundation: The Men and the Millions* (New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1989), 48.

㊵ Aurelius Morgner, "The American Foreign Aid Program: Costs, Accomplishments, Alternatives?", *Review of Politics* 29, no. 1 (1967): 65-75.

㊶ 〈致內政部台灣省政府函稿〉(1954年9月16日)，中央研究院近代史研究所檔案館，CIECD36-11-003-001。

㊷ Donald Fisher, "American Philanthropy and the Social Sciences: The Reproduction of a Conservative Ideology"; Edward H. Berman, "The Foundations' Role in American Foreign Policy: The Case of Africa, Post 1945", in *Philanthropy and Cultural Imperialism: The Foundations at Home and Abroad*, ed. Robert F. Arnove (Bloomington, IN: Indiana University Press, 1980), 256, 222-25.

㊸ *Congressional Quarterly Almanac*, vol. VII (Washington, DC: Congressional Quarterly News Features, 1951), 206.

㊹ Richard K. Betts, "Wealth, Power, and Instability: East Asia and the United States after the Cold War", *International Security* 18, no. 3 (1993-1994): 34-77.

㊺ Sophie Harman, *Global Health Governance* (Abingdon, England: Routledge, 2012), 2.

㊻ David P. Fidler, "The Once and Future World of Global Health Governance: To Meet Twenty-First Century Geopolitical, National Security, and Climate

Challenges, Global Health Policies Must Evolve”(8 December 2019), www.thinkglobalhealth.org/article/once-and-future-world-global-health-governance.

㊼ “Trump Announces US to Sever All Ties with WHO”, *The Guardian*, 29 May 2020, www.theguardian.com/us-news/2020/may/29/trump-who-china-white-house-us.

㊽ Tedros A. Ghebreyesus, “Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19”(15 April 2020), www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---15-april-2020.

㊾ Michael A. Peters et al., “The Who, The Global Governance of Health and Pandemic Politics”, *Educational Philosophy and Theory* 54, no. 6 (2022): 714, 709.

㊿ “Withdrawing the United States from the World Health Organization”(20 January 2025), www.presidency.ucsb.edu/documents/executive-order-14155-withdrawing-the-united-states-from-the-world-health-organization.

51 “Who Chief Asks Countries to Push Washington to Reconsider Its Withdrawal”(3 February 2025), https://apnews.com/article/who-trump-tedros-global-health-a2eafc341cd2200e8800a2421d30bdfc.

52 56 Sophie Harman and Sara E. Davies, “President Donald Trump as Global Health’s Displacement Activity”, *Review of International Studies* 45, no. 3 (2019): 493; 498.

53 Anne Gullard, “Trump Expands Antiabortion Rule to Include All Global Health Funding”, *The British Medical Journal*, vol. 356 (January 2017): 1; Jerome A. Singh and Salim S. Abdool Karim, “Trump’s ‘Global Gag Rule’: Implications for Human Rights and Global Health”, *The Lancet Global Health* 5, no. 4 (2017): e387-89.

54 “A Hundred Days: What Is to Show for It?”, *The Lancet*, vol. 389 (April 2017): 1669.

55 White House, Office of Management and Budget, “Fiscal Year 2026 Discretionary Budget Request”(2 May 2025), www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2025/05/Fiscal-Year-2026-Discretionary-Budget-Request.pdf.

57 Ed Yong, “How an Epidemic May Play out under Trump”, *The Atlantic*, 20 December 2016, www.theatlantic.com/science/archive/2016/12/outbreaks-trump-disease-epidemic-ebola/511127.

58 62 Scott L. Greer et al., “The Second Trump Administration: A Policy Analysis of Challenges and Opportunities for European Health Policy Makers”, *Health Policy*, vol. 158 (August 2025): 5; 4.

59 “Reevaluating and Realigning United States Foreign Aid”(20 January 2025), www.presidency.ucsb.edu/documents/executive-order-14169-reevaluating-and-realigning-united-states-foreign-aid.

60 Scott L. Greer and Rachel Kulikoff, “The Future of Global Health, without the United States”, *Bulletin of the Atomic Scientists* 81, no. 3 (2025): 188-94.

61 Scott L. Greer et al., *Vaccination Politics: The Comparative Politics of Covid-19 Vaccinations* (Ann Arbor, MI: University of Michigan Press, 2025).

劉士永 上海交通大學人文學院歷史系特聘教授，美國匹茲堡大學亞洲研究中心歷史學教授。