

# 世界卫生组织的区域化治理 结构改革缘何困难<sup>\*</sup>

晋继勇 郑鑫

**【内容提要】** 分权化的区域治理结构已成为世界卫生组织(世卫组织)发挥其全球卫生治理功能的制度障碍。世卫组织针对分权化的区域治理结构发起了多次改革,但均无果而终。通过历史制度主义的视角,可以解释世卫组织区域化治理结构改革难以实现的原因并展望谭德赛发起的世卫组织 DNA 改革的前景。历史制度主义认为,国际组织创设时刻的制度选择深受业已存在的制度形式影响。制度确立之后,出于维护既得利益的考量,制度受益者会抵制根本性的制度变革,造成制度发展的路径依赖。由于世卫组织成立之初已存在泛美卫生组织等区域性卫生治理机构,其选择了分权化的区域治理模式,并赋予区域办公室在人事任命和预算制定方面的高度自主权。随着区域办公室在财政和人事两方面的权力不断加强,区域从中获得了“递增收益”,强化了世卫组织变革中的区域分权化路径依赖,导致世卫组织历次有关区域治理结构的改革难以成功,这也决定了谭德赛发起的世卫组织 DNA 改革不具有现实性。

**【关键词】** 历史制度主义;世界卫生组织;区域化;递增收益;全球卫生治理

**【作者简介】** 晋继勇,上海外国语大学国际关系与公共事务学院副院长、教授;郑鑫,上海外国语大学国际关系与公共事务学院硕士研究生(上海 邮编:200083)。

**【中图分类号】** D813 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1006-9550(2021)10-0029-23

<sup>\*</sup> 本文系教育部重大课题攻关项目“积极参与全球治理体系改革和建设研究”(项目批准号:20JZD057)的阶段性成果。感谢《世界经济与政治》匿名审稿人的意见与建议,文中错漏由笔者负责。

2019年3月,世界卫生组织(世卫组织)总干事谭德赛(Tedros Adhanom Ghebreyesus)发表了题为《锐意变革,发挥积极影响》的改革宣言,发起了该组织“历史上最广泛的改革”,表示“我们今天公布的变革计划远不止建立新的结构,而是改变全组织的基因(DNA)”。<sup>①</sup>区域分权化(decentralized)的治理制度安排是世卫组织最显性的基因。<sup>②</sup>可以说,谭德赛发起此轮改革的重点就是改变世卫组织的区域化治理结构。世卫组织区域分权化结构安排造成了总部和区域办公室之间的政策折冲和功能重叠,被认为是一种病态的碎片化(fragmentation)<sup>③</sup>和造成世卫组织全球卫生治理效率低下的重要原因。世卫组织创立以来,有关该组织区域治理结构的分权化与集权化之争一直存在。2014年非洲暴发的埃博拉疫情充分暴露出世卫组织在紧急状态下无法统一指挥的弊端,也体现出该组织区域化治理结构对其治理效率的拖累。区域化治理结构改革问题由此再次上升为该组织治理改革的重要议程。2016年,时任世卫组织总干事陈冯富珍开展了一系列改革,试图建立起总部在紧急情况下的最高权威,但权力的集中仅限于突发事件发生时。<sup>④</sup>2017年继任的谭德赛希望进一步加强总部与区域协调,但迄今为止改革没有取得任何实质性进展。在谭德赛第一届任期即将结束的背景下,他所宣称的改革仍未显现成功的曙光。事实上他也并非区域化治理结构改革的首倡者,世卫组织经历过多次治理结构改革,但这些改革非但没有加强总部的集权,反而不断固化分权化的治理结构。世卫组织为何会形成区域分权化的治理结构?哪些因素导致这种治理结构不但

① “WHO Unveils Sweeping Reforms in Drive Towards Triple Billion Targets,” <https://www.who.int/news-room/detail/06-03-2019-who-unveils-sweeping-reforms-in-drive-towards-triple-billion-targets>, 访问时间:2020年12月25日。

② 世卫组织包括日内瓦总部和六个区域办公室。194个成员国分属美洲区(35个)、欧洲区(53个)、东地中海区(21个)、东南亚区(11个)、西太平洋区(27个)和非洲区(47个)。各个区域相互独立,拥有高度自治权。

③ Erin R. Graham “International Organizations as Collective Agents: Fragmentation and the Limits of Principal Control at the World Health Organization,” *European Journal of International Relations*, Vol.20, No.2, 2014, pp.366-390.

④ 陈冯富珍开展的有关突发公共卫生事件(PHEIC)的管理权改革主要内容包括:区域主任只负责一级和二级突发事件的管理,三级突发事件和国际关切的突发公共卫生事件的管理权全部收归总干事所有,参见WHO, “Executive Board 138th Session Provisional Agenda Item 9.1, EB139/55,” [https://apps.who.int/gb/eb-wha/pdf\\_files/EB138/B138\\_55-en.pdf](https://apps.who.int/gb/eb-wha/pdf_files/EB138/B138_55-en.pdf), 访问时间:2021年4月16日。一级突发事件是指单个国家出现紧急情况,只需要世卫组织做出有限反应,其国内资源可以满足世卫组织的大部分应对所需;二级突发事件是指单个或数个国家出现紧急情况,要求世卫组织做出适度反应,国家办事处需要适度的外部援助;三级突发事件则为单个或多个国家出现紧急状况,世卫组织有必要做出最大程度的反应,国家办事处迫切需要外部援助。参见“WHO Grading of Public Health Events and Emergencies,” <https://www.who.int/emergencies/grading>, 访问时间:2021年8月22日。

没有弱化,反而不断加强?从历史制度主义的理论视角分析这些问题,有助于增进对于世卫组织区域制度发展机理以及国际组织制度形成和发展的影响因素的理解。

## 一 区域化治理结构与世卫组织的治理困境

组织行为理论认为组织结构会影响组织结果。<sup>①</sup> 国际组织之所以出现功能失调,一个重要原因就是该组织自身治理结构出现了问题。<sup>②</sup> 作为第二次世界大战后成立的以功能主义为导向的联合国专门机构,世卫组织治理结构的突出特色是其分权化的区域治理结构。世卫组织在全球卫生治理中发挥了重要作用,如通过制定《烟草控制框架公约》以及修改并实施《国际卫生条例(2005)》等国际卫生规范促进了全球卫生治理。世卫组织在20世纪80年代初成功地在全世界范围内根除了天花病毒,见证了自成立以来的高光时刻。但自此以后世卫组织的声誉开始下滑。进入20世纪90年代,要求世卫组织改革的声音愈发强烈。有关世卫组织改革的讨论有三个高峰期:第一个高峰期出现在20世纪90年代初,彼时世卫组织管理混乱,全球卫生治理领导力不足,各方呼吁世卫组织改革;第二个高峰期在20世纪90年代末21世纪初,有关世卫组织改革的讨论主要集中于格罗·布伦特兰(Gro Harlem Brundtland)的“一个世卫组织(One WHO)”改革措施及其成效;第三个高峰期则为2014年埃博拉疫情之后,世卫组织应急能力方面的缺陷成为关注的重点。在每一阶段关于世卫组织改革问题的讨论中,其分权化的区域治理结构一直是一个无法回避的话题。

<sup>①</sup> Thomas Hammond “Agenda Control, Organizational Structure and Bureaucratic Politics,” *American Journal of Political Science*, Vol.30, No.2, 1986, p.382.

<sup>②</sup> 当然造成国际组织功能失调的原因还包括财政危机以及机制间竞争等。关于国际组织财政危机导致的国际组织功能失调,参见 Michael Barnett and Martha Finnemore, “The Politics, Power, and Pathologies of International Organizations,” *International Organizations*, Vol.53, No.4, 1999, p.716; Guy Peters, *The Politics of Bureaucracy: An Introduction to Comparative Public Administration*, Abingdon: Routledge, 2010; 汤蓓《财政危机下的国际组织变革路径》,载《世界经济与政治》,2019年第9期,第132—153页。关于机制间竞争而导致的国际组织功能失调,参见 Kathleen Thelen, “Historical Institutionalism in Comparative Politics,” *Annual Review of Political Science*, No.2, 1999, pp.369-404; Eric Schickler, *Disjointed Pluralism: Institutional Innovation and the Development of the U.S. Congress*, Princeton: Princeton University Press, 2001; Daniel Drezner, “The Power and Peril of International Regime Complexity,” *Perspectives on Politics*, Vol.7, No.1, 2009, pp.65-70.

尽管第二次世界大战后成立的世卫组织、联合国教科文组织以及国际劳工组织等国际组织都采用了总部、区域办公室和国家办公室三级治理结构,但世卫组织在总部和区域办公室之间关系方面有别于其他国际组织,呈现出独特的分权化治理结构。同其他联合国专门机构相比,世卫组织的区域办公室在区域人事任命以及预算分配与制定方面享有高度自治权。在人事任命上,世卫组织总部在区域办公室主任和国家办公室负责人的任命方面没有发言权,而联合国粮农组织的区域办公室主任和国家代表则由该组织的总干事来任命;国际劳工组织也采用了集权化的治理结构,总干事能够对各个区域办公室进行管理 with 协调,掌控区域办公室的人事权,总部在整个治理架构中处于核心地位。在预算制定与监督上,<sup>①</sup>世卫组织采取自下而上的预算规划过程,从国家一级开始确定重点领域,随后由区域委员会对本地区预算进行磋商与协调,并提交执委会决定。世卫组织总部在预算制定中仅扮演执行者角色,总部在区域预算执行方面也并无监督权。而国际劳工局作为国际劳工组织的总部,在规划预算的制定方面享有较大的话语权,采取自上而下的预算规划过程。国际劳工组织的预算过程首先由总干事发布“规划指导信(program guidance letter)”,从而掌握了组织预算的主导权,并监督区域办公室的预算执行情况。总之,在人事任命、预算制定以及区域预算监督等方面,世卫组织都展示出相较于其他联合国专门机构的独特性(见表1)。

表1 世卫组织相较于其他联合国专门机构的独特性

领域	世卫组织	联合国教科文组织	国际劳工组织	联合国粮农组织
区域层面人事任命权	区域	总部		
预算制定模式	自下而上	自上而下		
区域预算监督权	区域	总部		

资料来源:笔者自制。

<sup>①</sup> 在总部与区域办公室的预算分配上,世卫组织同其他联合国专门机构也有显著差别。世卫组织六个区域办公室获得的支配预算份额占组织总预算的70%,而联合国粮农组织五个区域办公室获得的支配预算份额仅占该组织总预算的27%。参见 Charles Clift, “What’s the World Health Organization For? Final Report from the Centre on Global Health Security Working Group on Health Governance,” Chatham House Report, London: Chatham House, 2014, p.30; *FAO Decentralized Offices: Where Knowledge Becomes Actions*, Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2011, p.9.

世卫组织各区域享有的自主权曾被认为是该组织的灵活性优势,但后来渐渐成了世卫组织充分发挥其全球卫生治理功能的制度障碍。世卫组织独特的区域化治理结构为其带来诸多治理困境,主要体现在三个方面。

第一,区域在人事安排方面的完全自主性损害了世卫组织的一致性,降低了行政效率。所谓分权化,是指“将功能和活动置于体系的区域机构而非全球机构的过程”。<sup>①</sup>世卫组织区域分权化的人事制度安排导致该组织治理结构中权力高度分散,各区域办公室在其自身的人事和优先事项制定上拥有高度自治权。这种官僚结构造成组织难以统一规划优先事项和功能重叠,妨碍政策实施。世卫组织的区域主任由区域选举产生,对区域主任而言,赢得区域国家的好感远比执行总部决定重要得多。世卫组织的区域自治结构成为一项重要的结构性缺陷,导致了世卫组织内部的政治操纵和权力滥用。区域主任的任命是各区域内国家间政治博弈的结果。这种政治博弈使得世卫组织的活动难以聚焦于其科学技术使命,造成世卫组织应对公共卫生危机时技术能力严重不足。

以世卫组织非洲区为例,非洲面临严峻的公共卫生挑战,从技术上说,非洲区域办公室本应是世卫组织最强大的区域,现实情况却完全相反,最重要的原因就是非洲区域办公室充斥着政治任命。在2014年西部非洲埃博拉疫情暴发时,世卫组织非洲区没有全力抗疫,区域内各国忙于选举新的区域主任,这是导致此次埃博拉疫情失控的重要原因。鉴于世卫组织六个区域主任具有高度的自主权,世卫组织在全球层面难以采取集体行动,总部和区域办公室间分歧不断。例如,1970年几内亚暴发霍乱疫情,在几内亚政府正式通报世卫组织该事件之前,时任世卫组织总干事马戈林诺·坎道(Marcolino Candau)就决定向国际社会通报几内亚的霍乱疫情。尽管坎道坚称他采取行动是“为了履行世卫组织《组织法》第2款所规定的义务”,但是非洲区域办公室还是快速做出反应,谴责坎道违背了《国际卫生条例(1969)》中公开发布警示之前要有当事国政府通报的规定。<sup>②</sup>世卫组织总部和区域办公室之间在传染病通报方面的龃龉从侧面反映出世卫组织的碎片化。哈佛大学公共卫生学院教授巴里·布鲁姆(Barry Bloom)甚至认为“世卫组织并非只有一个,而是七个。”<sup>③</sup>这种碎片化自然导致其行政沟通效率大打折扣,妨碍了疫情控制。

① Sahak Ghazarbekian, “Decentralization Within the United Nations System,” *Public Administration and Development*, Vol.8, No.2, 1988, p.135.

② Lorna Weir and Wric Mykhalovskiy, *Global Public Health Vigilance: Creating a World on Alert*, New York: Routledge, 2010, p.75.

③ Declan Butler, “Revamp for WHO,” *Nature*, Vol.473, Issue 7348, 2011, p.430.

第二,区域办公室在预算方面的自主性使得世卫组织难以统筹全球卫生预算。世卫组织成立之初,各区域办公室就掌握了预算制定权,由各区域主任负责起草本区域的项目预算。各区域的项目预算草案成为世卫组织总预算的基础。因此,各区域内的成员国特别是预算分配的主要接受国会通过利用区域层面的预算权力,寻求从世卫组织的总预算分配中获得更大的预算份额。区域办公室对预算最大化的追求受到区域内成员国的支持。世卫组织《组织法》规定“如本组织总预算内拨交该区域之款项不敷应用,为该区域内会员国政府增加拨款之建议。”<sup>①</sup>区域委员会的委员一般都是由代表区域内各国的卫生部部长来担任,因此区域主任、区域委员会乃至区域内的国家办公室都有追求本区域预算最大化的政治动机。换言之,各区域所得到的预算规模大小不一定取决于该区域的实际需求。世卫组织执委会在2014年发布的报告承认,“世卫组织在各区域的国家办公室在规模和能力方面差别很大,但这与所在国的实际需求却很少相关”。<sup>②</sup>也就是说,各区域获得的实际分配预算与该区域的实际公共卫生需求并不匹配,整体预算规划与操作层面存在脱节。如非洲区的疾病负担占全球总量的25%,然而该区域所获得的常规预算分配仅占世卫组织常规预算总额的18%左右。<sup>③</sup>尽管布伦特兰在担任总干事时期利用她在欧洲的政治影响力,说服欧洲区同意将该区2000—2001年双年度预算的一部分划拨给非洲区,但这毕竟并非一个机制化或常态化安排。鉴于世卫组织无法根据各区域的疾病负担或全球优先卫生事项在预算方面统筹安排,自然无法将有限的预算发挥最大化作用。新冠肺炎疫情暴发后,世卫组织在援助非洲方面捉襟见肘也同其无法统筹安排预算息息相关。

第三,世卫组织分权化的治理结构导致的组织内耗严重影响了世卫组织信息资源的获取,也削弱了世卫组织的权威性。仍以2014年的埃博拉疫情为例,世卫组织总部和非洲区域办公室之间在应对疫情方面的沟通杂乱无章。在此次埃博拉疫情暴发初期,世卫组织非洲区域办公室在2014年3月24日就召开了一次紧急电话会议,对几

<sup>①</sup> 世界卫生组织《组织法》,第五十条, <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/CH/constitution-ch.pdf?ua=1>, 访问时间:2020年10月15日。

<sup>②</sup> Executive Board, *Evaluation: Second Stage Evaluation on WHO Reform, EB134/39*, Geneva: World Health Organization, 2014, p.42.

<sup>③</sup> Dominique Kerouedan, “Health in Africa: What Can France and Europe Do About It?” *Field Actions Science Reports*, No.4, 2012, p.50; WHO, “Regular Budget Allocations to Regions,” [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173734/EB\\_Constitution-4-2\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173734/EB_Constitution-4-2_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y), 访问时间:2021年8月11日

内亚出现的疑似病例和死亡病例数量激增与“跨边界传播的高度可能性”表示关切。<sup>①</sup>为了应对疫情,非洲区域办公室秘书要求区域主任宣布该疫情为“二级突发事件”,并成立一个区域突发事件支持小组来协调技术和行动支持。虽然该项行动计划在当天就得到批准,然而直到2014年5月4日,世卫组织总部才在几内亚部署90名员工,而派往利比里亚的员工仅有20名,派往塞拉利昂的员工仅有1位,4位员工被派往非洲区域办公室。<sup>②</sup>这表明在区域层面的信息和决定并没有被充分及时地传递到世卫组织总部,或者说双方虽然进行了沟通,但相关决议没有得到很好的执行。鉴于彼时埃博拉疫情已经开始在该区域跨国传播且上述三国的监测能力都非常弱,将绝大部分人员被派遣到几内亚的做法表明世卫组织的总部关于埃博拉疫情扩散如何影响周边国家缺乏充分了解。

总之,全球卫生治理实践充分证明,世卫组织的区域化治理结构对其全球卫生治理效率造成了负面影响,彰显了世卫组织治理结构改革的必要性。恰如全球卫生治理专家戴维·赫尔德(David Held)等学者所言,世卫组织区域化制度安排导致的碎片化造成了机制生态系统内有效协调机制的缺位,交易成本日益增加,各区域之间资源竞争越来越激烈,使得世卫组织的治理效率持续弱化。<sup>③</sup>英国卫生经济学家理查德·史密斯(Richard Smith)甚至发出“世卫组织要么改变要么消亡”的警告。<sup>④</sup>鉴于世卫组织区域化治理结构安排对其治理效果产生如此深远影响,有必要从历史制度主义的视角对这种区域分权化治理制度的发展进程及相关改革努力进行理论分析。

## 二 世卫组织创设时刻的制度选择

历史制度主义认为,制度创设时刻的制度选择深受已有制度安排的影响,具有权力优势地位的集团会将业已存在制度安排带入新制度。“任何社会场景都可以被解

① Maria Cheng and Raphael Satter: “Emails: UN Health Agency Resisted Declaring Ebola Emergency,” <https://www.nbcnews.com/storyline/ebola-virus-outbreak/emails-un-health-agency-resisted-declaring-ebola-emergency-n326956>, 访问时间: 2021年7月18日。

② Adam Kamradt-Scott: “WHO’s to Blame? The World Health Organization and the 2014 Ebola Outbreak in West Africa,” *Third World Quarterly*, Vol.37, No.3, 2016, pp.401-418.

③ David Held, et al.: “Gridlock, Innovation and Resilience in Global Health Governance,” *Global Policy*, Vol.10, No.2, 2019, p.164.

④ Richard Smith: “The WHO: Change or Die,” *British Medical Journal*, Vol.310, No.6979, 1995, pp.543-544.

读为被短暂地置于过去和现在间的历史文件本身,不管现在的社会秩序如何,我们应该知道它是因为过去才变成现在的样子”。<sup>①</sup> 也就是说,要想理解当下的世卫组织,必须了解其成立之初的状况。在世卫组织的创立过程中,彼时业已存在泛美卫生局(Pan-American Sanitary Bureau)对世卫组织分权化的区域治理结构的形成产生了重大影响。世卫组织之所以在全球设立六个高度自治的区域卫生办公室,是历史的偶然而非人为设计。这种偶然即当时的全球卫生治理格局。

第二次世界大战后,国际社会开始酝酿世卫组织的制度设计。在1945年召开的旧金山国际组织会议上,与会代表一致同意创建一个单一的联合国卫生机构。世卫组织的治理制度融合了第二次世界大战前业已存在的诸多卫生组织的遗产,其中包括两个区域性的公共卫生机构:一个是位于美国华盛顿的泛美卫生局,亦即泛美卫生组织(Pan American Health Organization)的前身;另一个是位于埃及亚历山大的卫生海事和检疫局(Conseil Sanitaire Maritime et Quarantenaire)。

1946年3月,联合国经济及社会理事会成立了世卫组织技术筹备委员会。技术筹备委员会成员很快就世卫组织的多数制度安排达成共识,但在区域治理结构问题上却各执一词。当时,英国、法国和挪威等大多数欧洲国家以及苏联主张建立一个集权化的世卫组织,认为各成员国应当作为个体加入世卫组织,采用类似于国际联盟卫生组织(League of Nations Health Organization)模式。<sup>②</sup> 然而长期以来,泛美卫生组织一直是美国在拉丁美洲的重要外交政策工具,因此以美国为首的多数泛美卫生组织成员国坚持主张维持泛美卫生组织的高度自治性。在1945年酝酿成立世卫组织之时,泛美组织成员国就明确表达了对泛美卫生组织独立性的支持,反对将该组织并入世卫组织。1945年,美洲国家在墨西哥城召开的泛美会议(the Pan America Conference)上发布声明指出,“任何世界性的卫生组织都应当充分承认泛美卫生组织的‘泛美本质(the Americas-wide nature)’ ,应根据《泛美卫生准则》的规定,充分支持它来履行其责任”。<sup>③</sup> 中东大国埃及最初也希望保留其地区性的卫生理事会作为“泛阿拉伯卫生局(Pan Arab Regional Health Bureau)”,因此大力支持区域化的

① Stephen Barley, “Images of Imaging: Notes on Doing Longitudinal Field Work,” *Organization Science*, Vol.1, No.3, 1990, p.222.

② Elizabeth Fee, Marcu Cueto and Theodore Brown, “At the Roots of the World Health Organization’s Challenges: Politics and Regionalization,” *American Journal of Public Health*, Vol.106, No.11, 2016, pp.1912-1917.

③ Marcos Cueto, *The Value of Health: A History of the Pan American Health Organization*, Washington, D.C.: Pan-American Health Organization World Health Organization, 2007, p.77.

制度安排。<sup>①</sup>区域化和分权化制度的支持者还认为,世界各国所面临的卫生问题差异很大,可按照经济状况、气候条件因素等将地理上接近的国家划分到特定的区域,这些国家往往具有相似的流行病学特征,区域化的卫生治理方式可以使应对行动更具针对性。<sup>②</sup>鉴于参加1946年国际卫生大会的51国中有20国是泛美卫生局成员国,根据一国一票原则,该组织的成员国“从理论上讲控制了与会的41%的代表团”。<sup>③</sup>因此,区域分权制度的支持者能够协调立场并形成同盟,从而有效地否决任何试图解散泛美卫生局并将其并入世卫组织的动议。参与此次国际卫生大会的巴西代表甚至声称“巴西致力于世界卫生发展,但同时致力于维护美洲的团结,上述考虑在区域办公室的有关问题中不应当被忘记,一个业已存在和发展良好的泛美卫生局已经为卫生工作的区域化铺平了道路。”<sup>④</sup>

由于当时各方分歧巨大,这一问题并未在技术筹备委员会上得到解决,与会专家将该问题提交到1946年6月举行的国际卫生会议上。泛美卫生局的成员国仍然坚持保留该组织的独立地位。美国在泛美卫生局的地位问题上提出了“双重效忠(dual allegiance)”的原则,即泛美卫生局既要执行地区卫生项目,也要保持与世卫组织基本政策的协调,发挥其世卫组织区域办公室的职能。<sup>⑤</sup>涉及其他地区时,美国提出了区别对待的方案,即除了泛美区域之外,其他区域办公室应当完全整合进世卫组织。<sup>⑥</sup>美国之所以在此时要求其他区域办公室完全并入世卫组织,主要是出于地缘政治利益考量,担心东欧社会主义国家形成区域集团。

为了向世卫组织施加压力,泛美卫生局要求其成员国在该组织与世卫组织达成最终协定之前,不要批准世卫组织《组织法》,美国同时加大了对泛美卫生局的支持。1947年,第12届泛美卫生会议在委内瑞拉加拉加斯举行,会议决定将泛美卫生局改

① Norman Howard-Jones, *The Pan American Health Organization: Origins and Evolution*, Geneva: World Health Organization, 1981, p.17.

② Elizabeth Fee, Marcu Cueto and Theodore Brown, “At the Roots of the World Health Organization’s Challenges: Politics and Regionalization,” pp.1912-1917.

③ John Farley, *Brock Chisholm, the World Health Organization, and the Cold War*, Vancouver: University of British Columbia Press, 2008, p.23.

④ WHO “Official Records of the World Health Organization, No.2, Summary Report on Proceedings Minutes and Final Acts,” New York: United Nations World Health Organization Interim Commission, June 1948, p.37.

⑤ Javed Siddiqi, *World Health and World Politics: The World Health Organization and the UN System*, Columbia: University of South Carolina Press, 1995, p.65.

⑥ *Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference, Official Records of the World Health Organization 1*, Geneva and New York: World Health Organization, Interim Commission, 1947, pp.42-61.

组为泛美卫生组织,将其作为美洲国家组织的一个专门机构。美国代表托马斯·帕兰(Thomas Parran)在该会议上宣称,美国有兴趣继续成为美洲的“好邻居”,声称“美国政府准备不仅要继续(泛美卫生组织)这项工作,而且要给它新的生命”。<sup>①</sup>上述表态明显展现了美国对世卫组织区域化治理模式的支持。

对于新成立的世卫组织而言,美国的支持不可或缺。这一时期,美国承担了世卫组织35%以上的评定会费,其他四个联合国安理会常任理事国加起来也只有30%。<sup>②</sup>再加上其他泛美卫生组织成员国的支持,美国这种基于实力的影响力并非一国一票的投票权分配所能体现。在泛美卫生组织的压力下,世卫组织的建立者不得不做出让步,对世卫组织《组织法》有关世卫组织和泛美卫生组织间的关系进行了模糊处理。如世卫组织《组织法》第五十四条规定“泛美卫生局及泛美卫生会议所代表之泛美卫生组织,及其他在本组织法签字以前成立之国际区域卫生组织,应于相当时期内与世界卫生组织合并,此项合并应由关系各组织主管当局之相互同意,于可行范围内尽速完成。”<sup>③</sup>世卫组织《组织法》第四十五条规定“依据本组织法,每个区域组织应是本组织整体组成的一个部分。”<sup>④</sup>1949年4月,泛美卫生组织与世卫组织达成共识,泛美卫生组织将成为世卫组织的美洲区域办公室,其现有的治理机构也将成为区域委员会。但双方也确认每个区域性组织将保留自己的名称和身份,泛美卫生组织可以在美洲推广同世卫组织政策相契合的项目,并得到额外资助。<sup>⑤</sup>关于双方合并的规定并未设置具体时限,而且泛美卫生组织对美国主导的美洲国家组织的依附进一步强化了该组织的自主地位。这实际上标志着泛美卫生组织赢得了这场“分权化”之战。世卫组织首任总干事布洛克·奇泽姆(Brock Chisholm)认为,泛美卫生组织不可能“一身侍奉二主”。<sup>⑥</sup>然而现实的制度安排却恰恰如此,泛美卫生组织一方面是美洲国家组织的专门卫生机构,另一方面担任了世卫组织美洲区域办公室的角色。世卫组织《组织法》中关于泛美卫生组织“应于相当时期内与世卫组织合并”的规定成为一纸空文,迄今都未实现。

① Marcos Cueto, *The Value of Health: A History of the Pan American Health Organization*, p.68.

② Marcos Cueto, Theodore M. Brown and Elizabeth Fee, *The World Health Organization: A History*, Cambridge: Cambridge University Press, 2019, p.53.

③ 世界卫生组织《组织法》,第五十四条, <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/CH/constitution-ch.pdf?ua=1>, 访问时间:2020年10月15日。

④ 世界卫生组织《组织法》,第四十五条, <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/CH/constitution-ch.pdf?ua=1>, 访问时间:2020年10月15日。

⑤ WHO “Basic Documents,” <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/basic-documents-47-en.pdf>, 访问时间:2021年2月5日。

⑥ John Farley, *Brock Chisholm, the World Health Organization, and the Cold War*, p.103.

尽管世卫组织《组织法》第五十四条规定暂时搁置了世卫组织框架内泛美卫生组织的地位问题,但是它对于其他新成立的区域办公室与世卫组织的关系问题却更具示范意义。根据世卫组织《组织法》第四十五条规定,其他新成立的区域组织应当立刻并入世卫组织。1948年4月,世卫组织《组织法》在得到当时联合国26个成员国批准后正式生效,世卫组织开始着手其他区域组织的设立工作。首届世界卫生大会明确了其他五个区域的划界问题。鉴于在东地中海区域业已存在负责公共健康的亚历山大区域局(the Alexandria Regional Bureau),世卫组织总部和区域组织委员会(Committee on Headquarters and Regional Organization)建议:“亚历山大区域局应该根据世卫组织《组织法》第五十四条规定,通过共同行动尽快并入世卫组织。”<sup>①</sup>然而实际上,其他五个区域机构也都效法泛美卫生组织,没有完全并入世卫组织。根据世卫组织与泛美卫生组织达成的关于美洲区域办公室的双重身份共识,泛美卫生组织内部选举产生的主任将自动成为世卫组织美洲区域主任。<sup>②</sup>到1951年,在各区域相继成立区域办公室之后,包括东地中海区在内的其他五个区域办公室在选举各自区域的区域主任时完全无视世卫组织《组织法》第五十二条关于“区域主任应由执委会商得区域委员会同意任命”的规定,完全掌握了区域主任任命的自主权。

总之,世卫组织的制度设计允许泛美卫生组织存在过渡期,但是希望后来成立的其他区域组织完全并入世卫组织。但现实中后来成立的其他五个区域办公室效仿泛美卫生组织的做法,不但没有并入世卫组织,而且取得了和美洲区域办公室(泛美卫生组织)同样的独立性。这表明在世卫组织创立之初,占据权力优势的泛美卫生组织将既有区域自治制度安排嵌入新成立的世卫组织,在世卫组织框架下建立起区域自治的治理结构。如果没有已存在并占有权力优势的泛美卫生组织,泛美国家不可能团结一致发挥其机制性权力,并以此向世卫组织施压,世卫组织的制度设计也不会允许出现一个高度独立的美洲区域办公室。正如《英国医学杂志》主编菲奥娜·古德丽(Fiona Godlee)所言:“当前世卫组织区域主任之所以享有高度自主权,就是因为业已存在泛美卫生组织。”<sup>③</sup>

① *The First World Health Assembly: Official Records of the WHO No.13*, Geneva: The World Health Organization, 1948, p.331.

② *Pro Salute Novi Mundi: A History of the Pan American Health Organization*, Washington, D.C.: Pan American Health Organization, 1992, p.46.

③ Fiona Godlee, “The Regions: Too Much Power, Too Little Effect,” *British Medical Journal*, Vol.309, 1994, p.1566.

### 三 分权化的路径依赖与“递增收益”

国际组织进入某种制度模式后,组织内的某些次单元在现有制度设计方面拥有“递增收益(increasing returns)”,便产生了路径依赖。所谓递增收益,是指相对于曾经可行的替代方案,维护现有特定的制度设计所产生的收益稳定增长。保罗·皮尔逊(Paul Pierson)运用经济学中的“收益递增”概念,在《递增收益、路径依赖和政治科学研究》一文中详细分析了路径依赖的形成轨迹。<sup>①</sup> 雅克布·哈克(Jacob Hacker)认为,路径依赖是指“从一开始就难以逆转的发展路径”。在组织制度创建的特定时刻占主导地位的结构安排决定了制度发展路径。即便后来出现更有效的制度设计,最初的制度安排也难以改变。<sup>②</sup> 制度一旦形成就会赋予特定集团特权,特权受益者会努力使制度延续下去,因此制度创立时期的制度选择会形成路径依赖,促使组织机构沿此种模式继续发展。制度既得利益者抵制任何可能影响自身利益的变革,使得原有的制度路径不断强化,既得利益者从这种强化中不断获得“递增收益”。随着最初制度的支持者从现有制度设计中获得收益的增加,即使当初做出这种制度设计安排的原因和支持者已经不复存在,制度设计依然可能保持稳定。如北大西洋公约组织是冷战针对苏联的产物,冷战后至今该组织的制度设计仍处于稳定状态。

国际制度确立之后,在制度建立者或既得利益者的维护下会进入“锁定”状态。历史制度主义认为,“因为利益集团在制度创立之初时占有优势地位,或者说制度设计对于利益集团有明显的积极外部性,所以利益集团常常认为复制现有的机制安排远比采用激进的改变所获得的收益更大”。<sup>③</sup> 就世卫组织而言,分权化的区域治理模式确定后各区域办公室获得了巨大的自主决策权,成为这一制度的既得利益者。因此,世卫组织各种集权改革的行动均遭到区域办公室的强烈反对。任何国际组织的全球治理成效都取决于其财务能力和人事能力。<sup>④</sup> 世卫组织总部对这两种核心权力的把

<sup>①</sup> Paul Pierson “Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics,” *American Political Science Review*, Vol.94, No.2, 2000, pp.251-266.

<sup>②</sup> Jacob Hacker, *The Divided Welfare State: The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States*, Cambridge: Cambridge University Press, 2002, p.54.

<sup>③</sup> Orfeo Fioretos “Historical Institutionalism in International Relations,” *International Organizations*, Vol.65, No.2, 2011, p.376.

<sup>④</sup> Eugénia Heldt and Henning Schmidtke “Measuring the Empowerment of International Organizations: The Evolution of Financial and Staff Capabilities,” *Global Policy*, Vol.8, No.8, 2017, pp.51-61.

控日渐减弱,区域办公室的财政和人事权力则不断增长。世卫组织执委会和秘书处就该组织分权化的治理结构展开过多年的评估、讨论和激烈辩论,<sup>①</sup>但都无果而终,区域办公室从历次改革中获得了“递增收益”,分权化的区域治理模式不断强化。这种正反馈机制使得改革成本随着时间推移越来越高,现有制度安排受益方通过建立利益联盟来反对根本性的制度改革,强化了现有制度设计的延续性,甚至固化到难以变革的局面。

### (一) 世卫组织区域办公室的财政权力递增

稳定充足的财政资源是国际组织行动的基础,只有建立起对财政资源的集中控制,才能保证组织优先目标的实现。如果组织内部财政权力分散,可能引发各单元间在资源方面的恶性竞争,这种内耗将严重削弱国际组织的全球治理成效。在世卫组织内,财政权力名义上掌握在总部手中,但区域办公室在实际运作中发挥了更大作用,这种作用在历次改革中因区域层面的“收益”递增,从而形成了路径依赖。具体而言,区域在财政领域的权力体现为预算制定与预算分配两个方面。

其一,区域层面在预算制定中权力的增长。按照世卫组织《组织法》规定的程序,世卫组织的双年度预算方案首先由区域主任与区域内各国政府商议后拟定,并需要经过区域委员会审查,之后提交总干事纳入总体预算,再由执委会审查,最终提交世界卫生大会批准。虽然总干事、执委会和世界卫生大会都有权拒绝或修改区域提交的预算方案,但在实际操作中这些方案极少在总部层面被修改。<sup>②</sup>区域几乎完全垄断了预算决定权。后来世卫组织试图通过改革来强化总部的财政权力,但改革非但没有成功,反而进一步强化了区域办公室的财政权力。哈夫丹·马勒(Halfdan Theodor Mahler)时期的“基础卫生保健(primary health care)”改革就证明了这一点。

1973年,马勒就任世卫组织总干事,而20世纪70年代正处于广大发展中国家为

<sup>①</sup> 关于世卫组织就其治理结构改革的相关辩论,参见 World Health Organization Executive Board, *Organizational Study on Regionalization*, Geneva: World Health Organization, 1953; World Health Assembly, *Report on the Organizational Structure and Administrative Efficiency of the World Health Organization*, Geneva: World Health Organization, 1951; World Health Assembly, *Organizational Study on the Interrelationships Between the Central Technical Services of WHO and Programs of Direct Assistance to Member States*, Geneva: World Health Organization, 1974; World Health Organization Executive Board and Halfdan Mahler, *Study of WHO's Structures in the Light of Its Functions: Processes, Structures and Working Relationships: Director-General's Report*, Geneva: World Health Organization, 1979; World Health Organization, *Management of WHO's Resources: Report by the Regional Director*, Geneva: World Health Organization, 1987; World Health Organization, *Appointment of All Regional Directors: Note by the Director-General*, Geneva: World Health Organization, 1987。

<sup>②</sup> Howard B. Calderwood, "The World Health Organization and Its Regional Organizations," *Temple Law Quarterly*, Vol. 37, No. 1, 1963, pp. 15-27.

谋求建立国际经济新秩序而斗争的时期。世卫组织年度的世界卫生大会因其开放性而成为发展中国家发声的重要舞台。作为发展中国家的支持者,马勒上台后积极推动基础卫生服务作为世卫组织的优先事项。1976年,马勒在世卫大会上提出“2000年人人享有健康”的目标。<sup>①</sup>为了促进上述目标的实现,1978年世卫组织在阿拉木图召开国际基础卫生保健大会,并通过了《阿拉木图宣言》。该宣言认为,基础卫生保健是实现“2000年人人享有健康”目标的关键和主要途径。<sup>②</sup>对于世卫组织在这一目标中的责任,马勒强调,要想实现基础卫生保健,世卫组织应当通过为各国提供理性而系统的政策规划分配有限的国家资源。<sup>③</sup>基础卫生保健的工作重点是提升各国尤其是一些欠发达国家的基础卫生服务能力以及通过政策协调将世卫组织的财政资源投向国家层面,这对总部在财政制定领域的话语权提出了挑战。

马勒深刻认识到这一挑战的迫切性。世卫组织秘书处在1974年发布的年度报告中指出,“世卫组织的一个转折点已经到来,我们必须明确承认,世卫组织及其成员国最明显的失败就是它们无力促进基础卫生保健的发展,无力提高其覆盖率和利用率”。<sup>④</sup>马勒强调,“世卫组织是一个复杂的系统,要想发挥有效作用,该组织必须在其多元体系内实现统一协调,避免成为七个相互独立甚至相互竞争的区域和全球组织”。<sup>⑤</sup>要推动基础卫生保健体系的建设,世卫组织必须让财政支持重点向国家层面倾斜,这就要求总部与实际掌握预算制定权的区域办公室进行协调。

鉴于上述情况,1975年,马勒请求世卫组织各区域委员会和区域办公室协助总部提升其在基础卫生保健体系建设方面的政治说服力(political persuasiveness)。<sup>⑥</sup>落实世卫组织的基础卫生保健政策需要各区域办公室在本区预算制定方面做出改变,但现实中各区域办公室并不愿意根据世卫组织总部的基础卫生保健政策重新安排它们的预算。为得到区域办公室在预算制定方面的配合,马勒甚至授权区域主任可以自由分配该区域所得到的预算份额,而且赋予区域主任在世卫组织奖学金项目分配方面完全

① Evelyne de Leeuw, “A Tribute to Dr Halfdan Mahler, 1923–2016,” *Health Promotion International*, Vol.32, No.1, 2017, p.1.

② WHO, “Declaration of Alma-Ata, September 1978,” [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf), 访问时间:2021年1月15日。

③ Socrates Litsios, “The Long and Difficult Road to Alma Ata: A Personal Reflection,” *International Journal of Health Services*, Vol.32, No.4, 2002, pp.709–732.

④ WHO, “Official Records, No.213,” [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85868/Official\\_record213\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85868/Official_record213_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y), 访问时间:2021年7月15日。

⑤ “Study of WHO’s Structures in the Light of Its Functions, EB65/18,” [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120331/em\\_RC29\\_tech\\_disc\\_1\\_en.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120331/em_RC29_tech_disc_1_en.pdf), 访问时间:2021年7月18日。

⑥ Halfdan Mahler, “New Possibilities for WHO,” *WHO Chronicle*, Vol.29, No.2, 1975, pp.43–45.

的自由决定权。尽管如此,基础卫生保健政策依然难以在发展中国家得到实施,世卫组织的各区域办公室仍不愿意在预算制定上配合总部行动。最后马勒不得不承认,“世卫组织实际上并不是一个世界性的卫生组织,而是一个区域办公室的协会(an association of regional offices)”<sup>①</sup>。世卫组织秘书处在1979年发布的《世卫组织功能及其结构研究》报告也认为,如何协调基于世卫组织总部项目和区域国家项目已成问题。“名义上来看,世卫组织的中心机构变得越来越强大,但实际上对该组织在区域和国家开展的活动的控制力甚微,区域的权力和独立性日益强化。”<sup>②</sup>此次行动非但没有加强总部在预算制定上的影响力,反而使区域办公室在预算问题上获得更大的自由裁量权。

其二,预算分配中的区域权力增长。就预算分配而言,区域对总部具有一定的依赖性。除了美洲区域办公室之外,其他五个区域办公室的财政预算都完全来自世卫组织划拨。世卫组织总部与各区域办公室在预算分配方面是一种“零和游戏”,双方存在竞争关系。自世卫组织区域架构确立之后,区域办公室与世卫组织在预算分配方面就龃龉不断。如东南亚区域办公室是世卫组织设立的首个区域治理单位,其首任区域主任钱德拉·曼尼(Chandra Mani)极力扩大该区域办公室的权力。在其年度报告中,他强烈批评世卫组织过分集权,指责世卫组织总部依然把持总体规划和预算控制等关键事项,却将项目的实施责任扔给了区域办公室。<sup>③</sup>

鉴于各区域的双年度预算完全来自世卫组织的划拨,作为区域内成员国的代理人,区域办公室最关注的并不是资金的有效利用或优化分配,而是如何将世卫组织总部获得的预算拨款最大化。例如,2013年第66届世界卫生大会根据东南亚区2012—2013财政年前九个月的支出数据,决定削减东南亚区11.5%的2014—2015年项目预算。然而,东南亚区域委员会要求该区域主任与世卫组织总干事就有关预算削减的事务进行对话。东南亚区域办公室“重申对东南亚区2014—2015年预算相比2012—2013年预算削减11.5%表示关切,进一步重申对2014—2015年项目的预算方法表示质疑”<sup>④</sup>。世卫组织各区域获得的预算总体呈增长趋势。特别是在20世纪70年代和80年代,区域双年度预算在世卫组织总预算中占比持续增加(如图1)。

① Donald Ainslie Henderson, *Smallpox: The Death of a Disease*, Amherst: Prometheus Books, 2009, p.85.

② WHQ “Study of WHO’s Structures in the Light of Its Functions, EB 65/18,” [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120331/em\\_RC29\\_tech\\_disc\\_1\\_en.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120331/em_RC29_tech_disc_1_en.pdf), 访问时间:2021年7月18日。

③ Elizabeth Fee, Marcu Cueto and Theodore Brown “At the Roots of the World Health Organization’s Challenges: Politics and Regionalization,” p.1914.

④ WHQ “Proposed Programme Budget 2014–2015, SEA/RC66/R3,” <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128272/SEA-RC66-R3-Proposed%20Programme%20Budget.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, 访问时间:2020年12月18日。

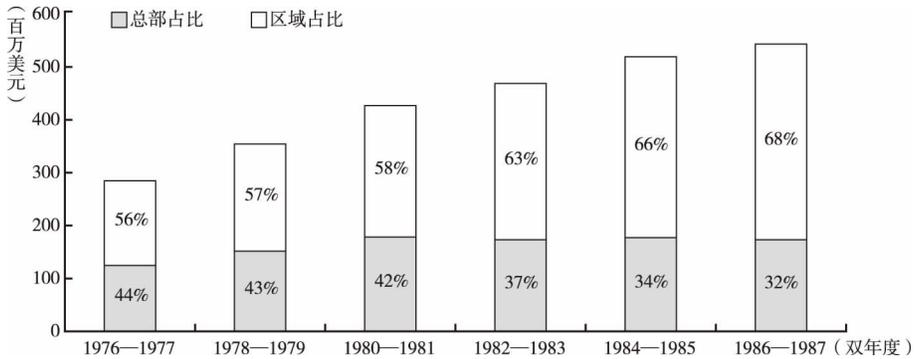


图1 总部和区域办公室在世卫组织预算中的分配比例变化(1976—1987年)

资料来源: World Health Organization, “Proposed Program Budget for 1986—1987,” A38/INF. DOC./12, May 13, 1985, p.8.

鉴于世卫组织总部和区域办公室在预算分配方面存在竞争关系,扩大区域在预算方面的控制权已成为世卫组织各区域的政治目标。正如英国皇家国际事务研究所全球卫生项目主任查尔斯·克里夫特(Charles Clift)所言“近年来,在总部和区域之间按照30:70的比例分配项目预算已成为一个不言自明的政策目标。”<sup>①</sup>区域对项目预算最大化的追求受到区域内发展中国家的政治支持。这些国家向世卫组织缴纳评定会费相对较少,还可以得到区域和国家办公室提供的服务和工作机会。另外,世卫组织总干事的候选人在竞选中为赢得各个区域的支持还会提出支持区域扩大预算资源的政策建议。李钟郁(Lee Jong-Wook)在2003年开展总干事竞选活动时公开宣称,“我会将更多的世卫组织资源分配到区域和国家,把总部的预算比例在2005年降到25%,2008年降到20%,并将总部预算转移到区域和国家层面。”<sup>②</sup>这种政策主张得到落实无疑会进一步增大区域层面的财政自主权,使得区域在财政支配方面获得“递增收益”。

## (二) 世卫组织人事权力的下移

人事权力是影响国际组织运作方向的又一重要因素,通过人事任命建立起的等级关系会影响组织的工作重点和整体治理效率。在世卫组织中,总干事只掌握总部机构人员的任命权,无权干涉区域层面的人事任命。从区域主任到国家代表再到各级专业技术人员的任命,区域层面的人事权力不断加强;与此同时,世卫组织总部在两个层面

① Charles Clift “What’s the World Health Organization For? Final Report from the Centre on Global Health Security Working Group on Health Governance.” p.30.

② Lee Jong-Wook, *Presentation to the Executive Board*, Geneva: World Health Organization, 2003.

的人事任命权不断弱化。

其一,世卫组织总部在区域主任任命权方面弱化。世卫组织《组织法》第五十二条规定,“区域行政局局长(区域主任)为区域行政首长,由执委会商得区域委员会同意任命之”;第五十三条规定,“区域办公室职员应由区域主任与总干事商定聘任之”。<sup>①</sup>换言之,世卫组织总部执委会与区域委员会共同享有区域主任人选的决定权。但在实际操作中,区域委员会在这一问题上占据了主动地位,成功排挤了执委会的权力。根据《组织法》规定,区域主任人选应由执委会商定提名后对其进行表决。如果区域委员会反对最初的提名人选,区域委员会可以迫使执委会重新提名那些区域委员会满意的人选。更为重要的是,区域委员会委员都是由区域内各成员国卫生部部长来担任,而世卫组织执委会的委员都是各国卫生部门低一级的行政官员,从行政级别上讲,发挥执委会在区域主任任命方面的发言权根本不现实。在1953年的世界卫生大会上,来自泛美卫生组织的坎道成功当选世卫组织总干事之后,明确表示区域主任的人选应当由该区域内的成员国来选举而非由世卫组织执委会决定。<sup>②</sup>此后,世卫组织也有过将区域主任任命权收归总部的动议,但均以失败告终。针对区域主任的任命程序,一些成员国试图扩大世卫组织总干事在区域主任任命过程中的发言权。如在1956年,新西兰向世卫组织执委会提交了题为《区域主任的任命方法》备忘录。该备忘录批评了各区域仅向执委会提交一位区域主任候选人的做法,建议各区域应该向执委会提交完整的候选人名单,然后由总干事推荐其中一位候选人之后再提交到执委会。<sup>③</sup>然而美洲区、东南亚区、非洲区以及东地中海区等区域委员会极力反对该建议,认为“当前的区域主任任命方法是令人满意的,无须任何变化”。<sup>④</sup>1987年,美国提议世卫组织总干事应当在除美洲区域之外的区域主任的任命方面发挥作用。<sup>⑤</sup>美国这种将美洲区域特殊化的动议遭到其他区域的强烈反对。由于泛美卫生组织仍保持作为美洲国家组织专门机构的地位,因此由美洲国家组织任命的主任将自动成为世卫组织美洲区域主任。在

① 世界卫生组织《组织法》,第五十二条、第五十三条, <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/CH/constitution-ch.pdf?ua=1>, 访问时间:2020年10月15日。

② John Sibley, “UN Health Unit Marks a Decade,” *The New York Times*, April 6, 1958.

③ WHO Executive Board “Nineteenth Session, Part I: Resolutions, Annex 22,” [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85683/Official\\_record76\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85683/Official_record76_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y), 访问时间:2020年12月18日。

④ WHO Executive Board “Twenty-Second Session Resolutions, Annex 5,” [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85709/Official\\_record88\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85709/Official_record88_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y), 访问时间:2021年3月25日。

⑤ WHO Executive Board “Provisional Summary Records of the Twenty-First Meeting, EB79/SR21,” [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162188/EB79\\_SR-21\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162188/EB79_SR-21_eng.pdf?sequence=1), 访问时间:2021年3月25日。

区域主任任命方面,美国的“泛美例外论”对于其他五个区域而言不可接受。<sup>①</sup>

其二,区域办公室关于世卫组织的国家代表任命权标志着区域权力的进一步扩大。1956年,东南亚区域主任建议世卫组织在成员国设立国家办公室并派遣国家代表。时任世卫组织总干事同意了该建议,开始在国家层面派驻一位经验丰富的公共卫生官员作为世卫组织的代表,负责协调世卫组织在国家一级的行动。<sup>②</sup>世卫组织的国家代表在区域办公室的监管和指导下开展活动。国家代表既代表总干事,又代表区域主任。虽然世卫组织《组织法》最初并没有涉及世卫组织国家代表的人事任命权问题,但其第五十三条规定,“区域办公室职员应由区域主任与总干事商定聘任之”。<sup>③</sup>言外之意,总干事理应在区域和国家层面人员任命方面享有发言权。在后来的实际操作中,世卫组织的国家代表都由相关国家所在区域区域主任任命,结果区域主任的人事权力得到进一步扩展。区域办公室通过与各国卫生部部长(即区域委员会委员)和国家代表互动来影响成员国的相关政策,从而扩大区域办公室的影响力。2012年,时任总干事陈冯富珍在世卫组织全球政策小组建议下,要求至少30%的国家代表应当来自该国家所在区域之外,以促进区域层面的人事多元化。2010—2017年,来自区域外的国家代表的比例由18%提高到28%。<sup>④</sup>尽管上述做法涉及区域层面的人事问题,但丝毫没有影响到区域主任对国家代表的人事任命权。

在专业人员的任命上,区域办公室的权力更是在世卫组织创立伊始就得到增强。担任世卫组织总干事时期,坎道认为总部的主要职能是协调各区域办公室的工作,从世界各地收集信息并通过各区域办公室共享。因此他大力推动世卫组织将专业人员的任命权向区域层面下放。但与此同时,为维护总部高级别技术咨询的职能,高级专业人员的任命权仍由总部掌握。<sup>⑤</sup>随后,区域办公室在技术人员任命方面的权限不断扩张。马勒在20世纪70年代下放了除D1级别以外的所有高级专业职位的任命权。到2010年,陈冯富珍将D1级别的专业人员任命权也下放到区域层面。<sup>⑥</sup>自此,区域

① Tine Hanrieder, “Regionalization in the World Health Organization: Locking in a Pan-American Head Start,” in Thomas Rixen, Anne Lora Viola and Michael Zürn, eds., *Historical Institutionalism and International Relations: Explaining Institutional Development in World Politics*, Oxford: Oxford University Press, 2016, p.115.

② *The First Ten Years of the World Health Organization*, Geneva: World Health Organization, 1958.

③ 世界卫生组织《组织法》,第五十二条、第五十三条, [https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/CH/constitution-ch.pdf? ua=1](https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/CH/constitution-ch.pdf?ua=1), 访问时间:2020年10月15日。

④ *WHO Presence in Countries, Territories and Areas*, Geneva: World Health Organization, 2019, p.15.

⑤ *The First Ten Year of the World Health Organization*, p.101.

⑥ D级人员指司级人员。司级人员一般是国际组织内设部门的负责人,分D1和D2两个级别,大部分由国际组织行政首长任命产生。关于国际组织的人员职级设置,参见宋允孚《国际公务员与国际组织任职》,中国人民大学出版社2016年版,第7—8页。

主任可以任命任一级别的专业人员,这使得区域的人事权力空前加强。

在国际制度的演进过程中,制度创设时刻的制度选择和组织内次单元在该制度中存在的“递增收益”共同导致制度改革努力失效。制度中的既得利益者不断强化其“递增收益”,维持制度安排的路径依赖。就世卫组织而言,其区域治理结构的不断强化也契合了历史制度主义所认为的制度发展路径。在制度创设时刻,掌握权力优势的行为体将自身的制度安排形式嵌入世卫组织。世卫组织区域化的制度安排对区域的财政和人事任命权力都产生了正外部效应,这种正反馈机制不断强化世卫组织分权化区域治理结构的路径依赖。为革除这种弊端,世卫组织历任总干事进行了多次改革尝试,但这些集权化的改革努力非但没有削弱区域权力,反而加强了区域的自主性。正如古德丽所言,“在绝大多数情况下,(世卫组织的)区域安排仅仅是一种分权化的幻觉,这些区域一直在从世卫组织的治理机构(总部)攫取权力”。<sup>①</sup>随着区域办公室在人事任命权力和财政权力方面的收益的不断递增,区域化的制度安排在世卫组织治理结构中得以锁定。

#### 四 世卫组织的改革努力及其失败

区域化的治理结构安排导致了世卫组织总部和区域之间以及各区域内部之间的离心力。鉴于区域化治理结构造成的治理困境,世卫组织历任总干事都发起了不同的改革倡议,试图逆转该组织区域化和分权化的发展趋势,提升其全球卫生治理效率。其中,布伦特兰时期的“一个世卫组织”改革最能代表世卫组织改革区域化治理结构的努力。

20世纪90年代,世卫组织的声誉降到历史最低点,时任世卫组织总干事中岛宏(Hiroshi Nakajima)因管理不善而广受批评。这不仅导致该组织接受的外部捐助减少,也影响到世卫组织的内部关系。联合国联合检查组发布的研究报告认为,世卫组织对区域的分权化“已经超出了世卫组织《组织法》所允许的极限”。<sup>②</sup>作为挪威的“铁娘子”,布伦特兰在强烈的改革呼声中上台,她承诺对世卫组织进行组织结构改革,重新为其注入活力。重新评估世卫组织总部同区域办公室以及国家办公室之间的关系是布伦特兰改革的重要内容,创建“一个世卫组织”也成为其任期内最重要的承

<sup>①</sup> Fiona Godlee, “The Regions: Too Much Power, Too Little Effect,” p.1566.

<sup>②</sup> Erica-Irene A. Daes and Adib Daoudy, *Decentralization of Organizations Within the United Nations System, Part III: The World Health Organization*, Geneva: Joint Inspection Unit, 1993, p.5.

诺。布伦特兰竞选成功后,立刻成立了改革过渡团队为世卫组织改革规划方案,挪威政府为该团队提供了资金支持。在作为当选总干事向世界卫生大会发表首次讲话时,布伦特兰宣称“世卫组织是一个整体,而不是两个,即由评定会费供资的一个和由预算外资金捐助的一个;也不是七个,即日内瓦总部和六个区域办公室。世卫组织必须是一个整体。”<sup>①</sup>这也意味着布伦特兰的集权化改革主要聚焦如何扩大总部在预算和人事安排方面的权力。

首先,布伦特兰“一个世卫组织”改革的核心是预算改革,意在扩大总部在预算制定方面的统筹能力,削弱区域层面的预算制定自主权。布伦特兰从总部出发自上而下地编制囊括六个区域的综合预算,而以往的预算编制一直是自下而上的,区域在预算制定及使用上有很大的自主性。为控制国家层面的项目执行,世卫组织在2001年1月完成了2002—2003双财年的综合编制,该预算完全由布伦特兰团队起草,并就此在总部与区域之间进行了多阶段协商。<sup>②</sup>2000年11月,布伦特兰组建了一个由世卫组织内外成员共同组成的工作小组,负责评估1998—1999年、2000—2001年及2002—2003年三个双年期预算的编制进程,重点审查世卫组织各层级与预算编制程序的关系。工作小组经过评估认为,2002—2003年的综合预算编制相较以前缓解了因区域办公室间不良竞争导致的项目分散和优先事项重叠,确保了“一个世卫组织”之下整个组织预算的一致性和重点突出,同时明确提出预算编制大部分应由总部完成,为具体区域或国家的优先事项预留了很小空间。<sup>③</sup>此举引起区域办公室强烈不满,总部与区域办公室间在优先事项制定上产生了很大分歧,总部制定的预算方案无法得到区域办公室认可。以非洲区域为例,在布伦特兰编制综合预算之前,非洲区域委员会已经完成了2004—2005年的预算编制,这份长达375页的预算文件对未来的工作计划进行了详细阐述,<sup>④</sup>布伦特兰的综合预算自然未被接受,其“一个世卫组织一份预算”的愿景落空,不得不更多地依赖自愿捐款推动全球卫生项目。

其次,布伦特兰的“一个世卫组织”改革旨在通过扩大总部在区域层面的发言权和人事权,强化世卫组织总部在国家层面的影响力。改革能否得到区域层面的支持是

① “Dr Gro Harlem Brundtland Director-General Elect the World Health Organization Speech to the Fifty-First World Health Assembly,” Geneva: World Health Organization, May 13, 1998.

② WHQ “Proposed Programme Budget for 2002–2003, EB107/INF.DOC./9,” [https://apps.who.int/gb/eb-wha/pdf\\_files/EB107/eed9.pdf](https://apps.who.int/gb/eb-wha/pdf_files/EB107/eed9.pdf), 访问时间:2021年2月8日。

③ “Evaluation of WHO’s Strategic Budgeting and Planning Process, Report of the Director-General, EBP-DC8/2,” <https://www.who.int/governance/eb/committees/ebpdc82.en.pdf>, 访问时间:2021年2月13日。

④ Gavin Yamey, “WHO’s Management: Struggling to Transform a ‘Fossilized Bureaucracy’,” *British Medical Journal*, Vol.325, No.7373, 2002, pp.1170–1173.

布伦特兰面临的大考。为此,她要求在日内瓦和区域办公室之间安装电话和视频网络,以更好地协调总部和区域办公室活动。她启动了由总干事和六个区域主任组成的类似于“全球内阁制”的定期会议安排。尽管如此,这种“内阁制”协商制度基于各区域办公室的自愿合作,并不能撼动区域主任由各个区域独立选举以及世卫组织在国家层面的活动完全由区域垄断控制的现实。

有鉴于此,布伦特兰试图通过发起“国家聚焦倡议(Country Focus Initiative)”绕开和规避区域办公室的权力。布伦特兰认为,“世卫组织真正未开发的资源并不在总部或区域,而是在国家层面”。<sup>①</sup>在2002年5月举行的世界卫生大会上,布伦特兰宣布了“国家聚焦倡议”,试图通过国家合作战略加强世卫组织在国家层面的工作,弱化区域办公室对国家办公室的掌控。<sup>②</sup>这意味着总部将在国家一级加强与区域办公室的合作,由总部控制合作的方向,加强总部与国家代表的直接联系。为此,布伦特兰希望在世卫组织内实行工作人员轮换制,并要求区域主任为一些在日内瓦工作的专业人员寻找空缺的区域或国家职位。总干事要求分享区域人事决策权在世卫组织的历史上尚属首次。<sup>③</sup>区域办公室对世卫组织总部介入国家层面的行动相当不满。这些区域办公室强调,“世卫组织在各区域的代表并非位于日内瓦的世卫组织总部而是各区域办公室,主要卫生项目都是由各区域办公室独立发起和运行,因此任何关于世卫组织作用的评估都应当包括区域办公室的作用,而不应该过分强调总部的作用”。<sup>④</sup>在区域层面的阻力之下,布伦特兰只能设法改善与区域主任的工作关系,在挑战根深蒂固的区域自主性方面无所作为。正如全球卫生专家伽文·亚梅(Gavin Yamey)指出的,“她(布伦特兰)试图将改革扩展到总部之外的努力已经失败”。<sup>⑤</sup>鉴于改革遭遇挫败,布伦特兰在2002年宣布在一届任期结束之后不再寻求连任,这些改革倡议也无果而终。

布伦特兰在上台之初对改革世卫组织治理结构的前景非常乐观,她组建的改革团

① “Looking Ahead for WHO After a Year of Change: Statement by the Director-General to the Fifty-Second World Health Assembly, WHO, A52/3,” <https://apps.who.int/iris/handle/10665/79259>, 访问时间:2021年4月16日。

② *Improving WHO Performance at Country Level: The Country Focus Initiative*, Geneva: World Health Organization, 2002.

③ Anthony Robbins “Brundtland’s World Health, a Test Case for United Nations Reform,” *Public Health Reports*, Vol.114, No.1, 1999, p.36.

④ Steinar Andresen, *Leadership Change in the World Health Organization: Potential for Increased Effectiveness? FNI Report 2002*, Lysaker: The Fridtjof Nansen Institute, 2002, p.18.

⑤ Gavin Yamey, “WHO in 2002: Have the Latest Reforms Reversed WHO’s Decline?” *British Medical Journal*, Vol.325, No.9, 2002, p.1111.

队顾问甚至认为“世卫组织的历史无关紧要,该组织已经焕然一新”。<sup>①</sup>然而,布伦特兰试图通过整合各个区域办公室和强化世卫组织预算控制开展集权改革努力所遭遇的挫折表明,世卫组织的历史决定了该组织的发展方向,其创设之初所确立的区域化治理结构依然难以改变。

## 五 结论

制度创设时刻的已有制度安排对新制度的形成具有决定性影响。掌握权力优势的行为体或次单元会将已有制度安排带入新的组织,影响新制度构建。在制度得以确立之后,占据权力优势的行为体从中获得了“递增收益”,受益行为体为维护自身利益抵制任何可能逆转现有制度的变革。也就是说,这种“递增收益”进一步弱化了进行制度变革的现实基础,改革者所希望的制度变革很难出现。国际组织创设时刻的制度安排和这种制度安排的推动者在随后获得的“递增收益”,使得国际组织的制度变革产生了路径依赖或“制度惰性”。制度惰性正是造成国际组织全球治理功能弱化的一个重要原因。<sup>②</sup>就世卫组织而言,这种制度惰性造成世卫组织愈发缺乏决断性的领导力、总部和区域之间乃至区域和区域之间的资源竞争以及政策功能紊乱等问题,结果使得其在全球卫生治理体系中的作用备受质疑,甚至出现“世卫组织正在变得无关紧要”的声音。<sup>③</sup>

有学者认为,国际组织研究需要指出哪些要素是决定国际组织制度结构的形成和发展的自变量。<sup>④</sup>通过研究世卫组织的区域化治理结构的形成和发展可以发现,要理解一个国际组织的治理结构发展为何如此,就必须了解其怎样诞生。国际组织成立之初的历史是国际组织制度发展的一个决定性自变量。从历史制度主义角度分析世卫组织的发展可以看出,制度创设时刻业已存在的区域化的卫生治理模式(如区域性的泛美卫生局)使得世卫组织建立起区域化治理结构,而六个区域办公室又在这种制度安排下不断加强财政和人事权力,获得了“递增收益”,从而能够抵制任何针对区域化变革的努力,充分显示出世卫组织治理结构中区域化的路径依赖。无论是马勒的“基

<sup>①</sup> Leonard Lerer and Richard Matzopoulos “The Worst of Both Worlds: The Management Reform of the World Health Organization,” *International Journal of Health Services*, Vol.31, No.2, 2001, p.429.

<sup>②</sup> Thomas Hale, David Held and Kevin Young “Gridlock: From Self-Reinforcing Interdependence to Second-Order Cooperation Problems,” Vol.4, No.3, 2013, pp.223-235.

<sup>③</sup> Jack Chow, “Is the WHO Becoming Irrelevant?” <https://foreignpolicy.com/2010/12/09/is-the-who-becoming-irrelevant/>, 访问时间:2021年2月13日。

<sup>④</sup> 刘莲莲《国际组织理论:反思与前瞻》,载《厦门大学学报(哲学社会科学版)》2017年第5期,第23页。

础卫生保健”改革还是布伦特兰的“一个世卫组织”改革,其中弱化区域权力的尝试都以失败告终,世卫组织的区域化难以逆转。谭德赛上台后,宣称要通过开展“世卫组织DNA变革”,明确世卫组织在区域层面的权力,破除区域层面已然固化的权力格局。谭德赛还认为,此次改革“是世卫组织的历史性时刻,也是本组织结构和工作方式的重大变化,我们商定,全组织将精简和统一结构,而不是像七个不同的组织那样各自为政”。<sup>①</sup>然而到目前为止,谭德赛所宣称的改革仅仅体现为世卫组织总部内部的零星变化,并没有任何实质性变革。甚至有专家认为,谭德赛的“这次改革只不过是世卫组织秘书处内部结构进行的头重脚轻的重新设计而已”。<sup>②</sup>加之突如其来的新冠肺炎疫情使得世卫组织面临史无前例的挑战,谭德赛“要改变全组织的DNA”的改革豪言也是宣传意义远远大于现实意义。即使他成功连任,在将来也没有理由对其改革承诺的落实前景抱有期待。

世卫组织区域化问题的历史发展证明,针对区域化治理结构问题的改革努力的失败似乎成了一种历史宿命。实际上,关于世卫组织《组织法》第五十四条中涉及区域安排的规定,世卫组织执委会早在1997年发布的报告几乎承认了区域结构改革的悲观前景。“鉴于泛美卫生组织和世卫组织合并的期望在50年内未能完全实现,本组织应与泛美卫生组织审查是否应(1)修正或删除该条款(第五十四条),或(2)完成两者的合并。”<sup>③</sup>由于世卫组织区域化的治理结构变革具有深度的路径依赖,维持治理结构现状的基础根深蒂固,所以尽管变革区域制度安排有利于提升世卫组织的治理效率,但在政治上却不具现实性。多任世卫组织总干事承诺改革总部和区域办公室之间的关系结构,但当前的这种制度安排已经成为一种难以逾越的客观现实。正如克里夫特所言“世卫组织独特的区域结构深嵌于其历史和政治动力中,尽管这种‘分权化’的结构所造成的损失和低效广为人知,但对于是否能够对当前的这种模式做出重大变革,也只能听天由命。”<sup>④</sup>

(截稿:2021年8月 责任编辑:郭 泉)

<sup>①</sup> Tedros Adhanom Ghebreyesus “Transforming for Impact,” <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/transforming-for-impact>, 访问时间:2021年1月5日。

<sup>②</sup> “WHO Reform Continues to Confuse,” *Lancet*, Vol.393, 2019, p.1071.

<sup>③</sup> 世卫组织《组织法》第五十四条规定:泛美卫生局及泛美卫生会议所代表之泛美卫生组织,及其他在本组织法签字以前成立之国际区域卫生组织,应于一定时期内同世卫组织合并。参见世卫组织执委会《审查世卫组织〈组织法〉和区域安排特别小组报告》, [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB101/pdfchi/1017chi.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdfchi/1017chi.pdf), 访问时间:2021年3月3日。

<sup>④</sup> Charles Clift “What’s the World Health Organization For? Final Report from the Centre on Global Health Security Working Group on Health Governance,” p.27.

---

**Why Is It So Difficult to Reform WHO's Regionalized Governance Structure?**  
**Jin Jiyong Zheng Xin (29)**

**[Abstract]** The WHO's decentralized regional governance structure has been regarded as an institutional constraint on its efficiency in global health governance. The WHO has launched rounds of reform on its regional governance structure, but in vain. From a historical institutionalist perspective, the paper tries to investigate what is behind WHO's failure to reform, and to analyze the prospect of DNA reform launched by Tedros Adhanom Ghebreyesus. According to historical institutionalism, the institutional choice of an international organization at its founding moment is significantly framed by the existing institutional arrangement. Once the international organization is established, the beneficiaries of the institutional choice resist any fundamental institutional change so as to maintain their vested interest, which result in the path-dependence in institutional development. The paper claims that two factors leads to WHO's failure to reform its regional governance structure. For one thing, the WHO chose the decentralized and regionalized governance structure because such regional health organizations as Pan American Health Organization had been well-established at its founding moment and its regional offices were granted with high autonomy in appointing the regional directors and the budget making consequently. And for another, the regional offices gain increasing returns with their consolidated power in financial and personnel affairs, which enhances the decentralized path-dependence in the institutional development of the WHO. This path-dependence of regionalization and decentralization in the WHO heralds the bleak future of Tedros's DNA Reform.

**[Key Words]** historical institutionalism, World Health Organization, regionalization, increasing returns, global health governance

**[Authors]** Jin Jiyong, Deputy Dean and Professor at the School of International Relations and Public Affairs, Shanghai International Studies University; Zheng Xin, Master's Student at the School of International Relations and Public Affairs, Shanghai International Studies University.

**Norm, Power and US Freedom of Navigation Project**  
**Li Mingze (52)**

**[Abstract]** Previous studies about US Freedom of Navigation Operations (FONOPs) are mostly from the perspectives of international norm contestation and power competition. Understanding multi-norms and multi-powers fact is the key to answering this theoretic-