



# WHO背景文件

议题：新冠疫苗的公平分配

## 1. 欢迎信

尊敬的各位代表：

人类与病毒的搏斗仿佛是一场永无止境的斗争。病毒遍布在地球的每个角落，种类数不胜数，也带给人类无穷的灾难。从原始社会开始，人类就一直面对与病毒的生存斗争，人类的发展史也是同病毒的斗争史。

在古代世界，社会经济的下降、战争动乱的发生、卫生条件的落后、医疗手段的不足都导致了瘟疫的滋生蔓延，而瘟疫的滋生又进一步加剧社会的动荡混乱，形成恶性循环。进入现代社会以后，病毒更是搭载全球化的列车跨越了国界。

就在一年半前，新冠肺炎疫情在全球跌宕蔓延，扰乱了人类社会的正常秩序。COVID 19毒株不断变异日渐“强大”，全球新增感染病例和死亡病例更是触目惊心。一些拥有先进技术手段和雄厚财力的国家迅速反应，在短期内就研制出了能够有效抵抗新冠病毒的疫苗，经过前期的临床试验和申报批准，一批有效疫苗得以上市并批量生产。尽管全球疫苗产能和供应得到了大幅改善，但是疫苗的分配不均严重阻碍全球抗疫进程，更威胁了全体人类的生命健康。2020年6月，WHO提出COVAX计划，呼吁各国参与其中，期望能够通过此计划促进全球疫苗的公平分配，但效果未及预期。

让我们将地球时针拨回到2021年5月——COVAX计划进行第三轮分配之时。这时，我们面对变异的病毒毒株，如何进行疫苗的公平分配，如何应对新一轮的新冠感染高峰，实现健康的最大化，需要各国代表共同协商，携手攻克时艰。

诸位的一举一动，一言一行都将会对全球疫苗的分配产生切实的影响，关乎人类的生命健康和世界经济重启的步伐。

总而言之，一切已经准备就绪，有请各位代表步入会场，让世界听见你们的声音。

主席团各成员

## 2.委员会及规则介绍

### 2.1 委员会概述——世界卫生组织

世界卫生组织（World Health Organization，缩写WHO，简称世卫组织）是联合国下属的一个专门机构，只有主权国家才能参加，是国际上规模最大的政府间卫生组织。

世卫组织的前身，可以追溯到1907年成立于巴黎的国际公共卫生局和1920年成立于日内瓦的国际联盟卫生组织。1948年，世卫组织正式成立，总部设在瑞士日内瓦。

世卫组织的宗旨是使全世界人民获得尽可能高水平的健康。世卫组织给健康下的定义为“身体、精神以及社会活动中的完美状态”。世卫组织的主要职能包括：促进流行病和地方病的防治；提供和改进公共卫生、疾病医疗和有关事项的教学与训练；推动确定生物制品的国际标准。

世界卫生大会是世卫组织的最高决策机构。世卫组织所有会员国均派代表团参加会议，并重点讨论由执行委员会准备的特定卫生议程。世界卫生大会的主要职能是决定世卫组织的政策，任命总干事，监督财政政策，以及审查和批准规划预算方案。世界卫生大会每年5月在瑞士日内瓦举行。

执委会是世界卫生大会的执行机构，负责执行大会的决议、政策和委托的任务，它由32位有资格的卫生领域的技术专家组成，每位成员均由其所在的成员国选派，由世界卫生大会批准，任期三年，每年改选三分之一。根据世界卫生组织的君子协定，联合国安理会5个常任理事国是必然的执委成员国，但席位第三年后轮空一年。常设机构秘书处下设非洲、美洲、欧洲、东地中海、东南亚、西太平洋6个地区办事处。

### 2.2 委员会职责

世界卫生组织应当

- 1、指导和协调国际卫生工作。
- 2、根据各国政府的申请，协助加强国家的卫生事业，提供技术援助。
- 3、主持国际性流行病学和卫生统计业务。
- 4、促进防治和消灭流行病、地方病和其他疾病。
- 5、促进防治工伤事故及改善营养、居住、计划生育和精神卫生。
- 6、促进从事增进人民健康的科学和职业团体之间的合作。

- 7、提出国际卫生公约、规划、协定。
- 8、促进并指导生物医学研究工作。
- 9、促进医学教育和培训工作。
- 10、制定有关疾病、死因及公共卫生实施方面的国际名称。
- 11、制定诊断方法的国际规范的标准。
- 12、制定不发展食品卫生、生物制品、药品的国际标准。
- 13、协助在各国人民中开展卫生宣传教育工作。

### 2.3 缔约国义务

根据《国际卫生条例》（International Health Regulations，简称IHR）：

1、特定单位负责的义务。根据2005年IHR第4条的规定，每个缔约方应当指定或建立归口单位以及负责本条例实施的当局，同时对该单位的职责进行了细化。

2、督促履约能力建设的义务。2005年IHR第5条规定了缔约方应当在条例生效5年内发展、加强和维持相关能力建设。

3、充分通报的义务。1969年IHR要求成员在域内暴发鼠疫、霍乱和黄热病这三类疾病的情况下，应当及时向WHO进行充分通报。此后，显然仅三种疾病的通报是不够的，2005年IHR将其扩大为有可能构成国际关注的突发公共卫生情况的所有事件。同时第9条还规定，缔约方应当在获得本国(地区)外确认发生有可能引起疾病国际传播的公共卫生危害证据后24小时内向WHO报告。

4、信息共享的义务。2005年IHR第7条规定，如果缔约方有证据表明其域内存在可能构成国际关注的突发公共卫生事件或不寻常的公共卫生事件，不论其起源或来源如何，即应向WHO提供所有相关的卫生公共信息。

5、适当的预防和控制义务。在2005年IHR第5编中规定了缔约方应当采取的预防和控制措施，以避免传染病的国际传播。

6、对国际交通措施的最小干扰义务。2005年IHR第43条规定，这些措施对国际交通造成的限制以及对人员的创伤性或干扰性，不应大于合理采取并能实现适当

程度保护健康的其他措施。

7、作防治传染病的义务。《世界卫生组织组织法》在序言中言明了全球公共卫生治理的成员合作责任，“各民族之健康为获致和平安全之基本，须赖个人间与国家间之通力合作”，“本组织法签订国接受以上各项原则，承认本组织法，以求彼此及与其他方面之合作，共同促进及保护各民族之健康”。2005年IHR也多次提及合作要求，成员与WHO的合作应当是全方位、不间断、有效的。不仅包括暴发传染病时，同样涵盖未暴发传染病时的传染病防控活动。

### 3.议题介绍

#### 新冠疫苗公平分配

2019年12月31日，在中国湖北武汉市确诊一组肺炎病例。从此，人类同新型冠状病毒的战役拉开了序幕。在短短三个月的时间内，在中国境外，病毒已经扩散到了64个国家，日新增感染病例已经达到1600多例。山雨欲来风满楼，新冠病毒肆虐全球，传播速度极快，传染性极强，发病率极高，给全球各国的公共卫生防御体系和医疗系统带来了巨大的挑战。

因此，尽快研发有效的新冠疫苗对于从根本上遏制病毒发展、控制病毒在未感人群中的持续传播十分重要。在中国公布新型冠状病毒的全基因序列后，多国都宣布启动COVID-19的疫苗研发工作。2020年12月-2021年2月期间，各国和世界卫生组织陆续、紧急批准了六种疫苗，并且快速投入使用。

快速变异的病毒逐渐成为各国抗击疫情威胁，在此种情况下，被寄予厚望的疫苗，已从研发竞赛转为资源分配之争。美国、欧盟、英国、澳大利亚、加拿大和日本等富裕国家囤积大量新冠疫苗，弱国一剂难求，疫苗分配出现两极化。

2020年6月，新冠肺炎疫苗实施计划(COVAX)由全球疫苗免疫联盟(GAVI)、世界卫生组织和流行病预防创新联盟(CEPI)共同提出并牵头进行，拟于2021年底向全球提供20亿剂新冠肺炎疫苗，满足20%的人口接种需要，以覆盖高风险的易感人群和一线医务工作者。

2021年2月24日首次对加纳启动国际交付，直到2021年4月，阿斯利康、辉瑞生物技术公司和印度血清研究所等厂商已经交付了3800多万剂疫苗，接受方包括有资格通过全球疫苗免疫联盟COVAX预先市场承诺获得疫苗的61个经济体。

尽管如此，新冠疫苗的公平分配仍然没有达到预期。全球新冠病毒传播速度比疫苗分发速度快，这一问题在广大的发展中国家，特别是非洲尤为明显。部分发达国家囤积大量疫苗，甚至出现了相当程度的疫苗浪费现象。此外，分配不均也与新冠病毒的毒株快速变异、全球疫苗产能不足，发达国家的疫苗民族主义等原因有关。在此情形下，如何更加合理、公平的分配疫苗，使各国人民渡过难关，成为各国应当思考的问题。

## 4.背景介绍

### 4.1 全球疫情态势

截至2021年5月，全球疫情态势：

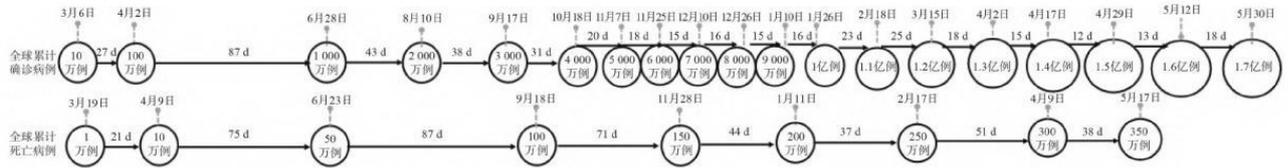
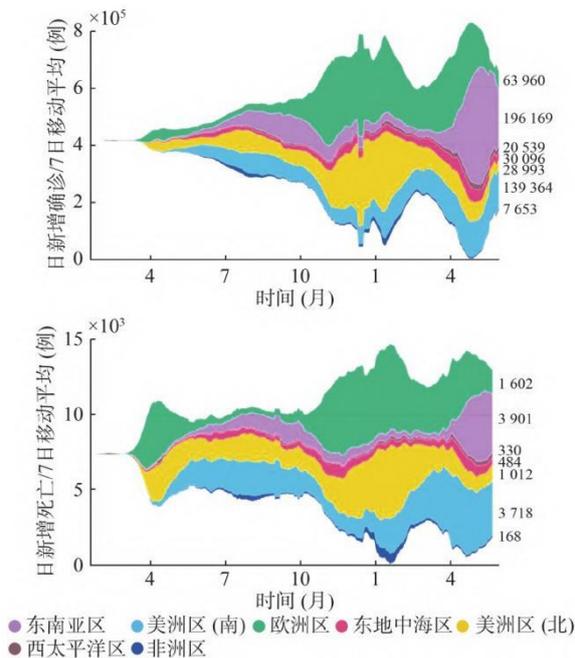


图1 全球累计确诊和累计死亡病例用时分布



WHO分区	人口占比 (%)	确诊病例			死亡病例		
		病例数 (例)	占比 (%)	增长率 (%)	病例数 (例)	占比 (%)	增长率 (%)
美洲 (北)	7.50	1 341 097	6.90	-43.60	28 667	7.80	-32.00
美洲 (南)	5.70	3 934 892	20.40	5.10	112 862	30.90	-18.50
欧洲	12.00	2 595 495	13.40	-61.40	63 989	17.50	-44.50
东南亚	25.90	9 656 427	50.00	31.30	128 145	35.10	112.20
东地中海	9.40	1 021 353	5.30	-33.80	19 115	5.20	-21.90
非洲	14.50	192 342	1.00	-11.90	4 463	1.20	-6.80
西太平洋	25.00	586 507	3.00	8.90	8 199	2.20	41.70

表1 WHO各区新增确诊和死亡病例概况 (2021年5月)

国家	WHO分区	确诊病例			死亡病例		
		2021年5月 (例)	2021年4月 (例)	增长率 (%)	2021年5月 (例)	2021年4月 (例)	增长率 (%)
印度	东南亚区	9 010 075	6 943 304	29.80	120 042	48 926	145.40
巴西	美洲区 (南)	1 886 543	1 910 264	-1.20	59 010	82 266	-28.30
美国	美洲区 (北)	916 746	1 885 731	-51.40	18 063	23 779	-24.00
阿根廷	美洲区 (南)	804 421	628 542	28.00	14 228	8 007	77.70
哥伦比亚	美洲区 (南)	546 732	453 347	20.60	15 054	10 298	46.20
土耳其	欧洲区	428 813	1 503 409	-71.50	7 396	8 549	-13.90
伊朗	东地中海区	414 059	613 513	-32.50	8 398	9,093	-7.60
德国	欧洲区	284 556	561 721	-49.30	5 504	6 508	-15.40
俄罗斯	欧洲区	262 757	256 521	2.40	11 174	11 071	0.90
尼泊尔	东南亚区	238 115	45 878	419.00	4 107	249	1 549.40

表2 月新增确诊排行前10位的国家新增确诊和死亡病例概况

## 4.2 疫苗研发生产状况

新冠疫苗的研发主要集中在欧洲、美国、中国、俄罗斯和印度等。目前列入世卫组织等构建的COVAX计划可以紧急使用的疫苗有辉瑞、莫德纳、阿斯利康和强生。

2020年12月2日，制药巨头辉瑞和德国生物技术公司Bio N Tech合作开发的疫苗成为了获批紧急使用的首支经过完全测试的疫苗。英国成为第一个正式批准使用的国家。英国首次订购的辉瑞疫苗数量80万剂，在2020年12月开始接种。加拿大首批订购数目为2000万剂，能够让超过一半的加拿大人接种。此外，加拿大是全球第四个和辉瑞疫苗达成购买协议的国家，仅次于美国、英国、日本。

2020年12月31日，英国成为全球首个批准牛津大学和阿斯利康研发的新冠病毒疫苗的国家。在2021年3月，由于发生民众接种英国阿斯利康公司生产的新冠疫苗后出现血栓或死亡事件，全球多个国家宣布暂停接种阿斯利康疫苗。但仍有一些国家继续接种阿斯利康疫苗。此外，英国阿斯利康报告因为欧洲的工厂无法按计划生产足够的疫苗，所以2021年第一季度提供给欧洲的疫苗将少于预期。欧盟一位高级官员匿名称，阿斯利康提供的疫苗数量比原本减少了60%，即只有3100万剂。

2020年12月31日，中国国务院联防联控机制发布，国药集团中国生物的新冠病毒灭活疫苗已获国家药监局批准附条件上市，保护效力达到世界卫生组织及国家药监局相关标准要求。2021年3月26日，国药集团中国生物北京生物制品研究所、武汉生物制品研究所两款新冠疫苗累计供应全球突破1亿剂。截至3月26日，已有50个国家和地区批准国药集团中国生物新冠疫苗注册上市或紧急使用，接种人群覆盖190多个国别。截至4月6日，国药集团中国生物累计生产新冠疫苗原液超过2亿剂，生产分装新冠疫苗突破2亿剂。2021年5月7日，中国国药集团新冠疫苗列入世卫组织紧急使用清单。

2021年1月6日消息，欧盟委员会正式批准Moderna新冠疫苗。

2021年2月5日，国家药品监督管理局依法批准新型冠状病毒灭活疫苗克尔来福（CoronaVac）在中国附条件上市；6月1日，世界卫生组织宣布克尔来福正式通过世卫组织紧急使用认证。2021年2月科兴方面透露克尔来福（CoronaVac）原液的年生产能力能提高到10亿剂以上。此外，乌克兰在4月10日和5月9日分别收

到了来自中国的20万剂和50万剂疫苗。

2021年2月27日，由美国强生公司（Johnson & Johnson）旗下杨森制药（Janssen Pharmaceuticals）公司研发的新冠疫苗，获FDA批准在美紧急使用，是美国第三款获批紧急使用的疫苗，接种一剂就足以预防新冠病毒，预计年产量能达到10亿剂。然而，在接种强生疫苗后，人群中也发现存在血栓病例，被部分国家暂停接种。

截至2021年4月，印度国内批准生产并上市的疫苗只有两种：一是由牛津大学研发、委托印度血清研究所（SII）生产的阿斯利康疫苗，在印度又被称为Covishield；另一是由印度生物技术公司（Bharat Biotech）联合印度医学研究委员会（ICMR）开发的疫苗 Covaxin。

印度生物技术公司生产的Covaxin在2021年1月获准上市时，尚未开始第三期试验。一方面是印度政府急于提高国内疫苗产量，另一方面也是意在树立民族品牌。2021年1月，印度血清研究所表示，每月可生产6000万到7000万剂疫苗。该数字包括目前还未在印度获得使用许可的阿斯利康疫苗以及美国开发的诺瓦瓦克斯（Novavax）疫苗。

2021年3月24日BBC报道印度已经暂停了牛津-阿斯利康新冠肺炎疫苗的所有出口，推迟了向包括英国、巴西、阿拉伯及摩洛哥等在内的一些国家的疫苗运输。印度外交部表示，不断上升的病例数意味着国内需求将在未来几周回升，因此印度自己也需要疫苗。在稳定国内疫情态势之前，先满足国内需求。

### 4.3 关于COVAX

“新冠肺炎疫苗实施计划”（COVAX）由世界卫生组织和全球疫苗免疫联盟、流行病防范创新联盟共同牵头成立，拟于2021年底前向全球提供20亿剂新冠肺炎疫苗，供应给‘自费经济体’和‘受资助经济体’。截至2020年11月，已有187个国家和地区加入“新冠肺炎疫苗实施计划”，约占全球国家和地区的80%，由此可见各个国家对疫苗分配的迫切需求。

该计划主张“公平分配机制”，分配按照两个阶段进行：第一阶段为所有国家按照人口基数提供疫苗，主要对象为一线医护人员；第二阶段将提供覆盖国家20%人口的疫苗，优先为老年人、基础病患者等高危人群接种。同时，世卫组织已设立自愿机制，分享与新冠病毒相关的知识产权。

## 4.4 其他相关背景

### 4.4.1 关于新冠疫苗分配的公平优先模式

“公平优先模式”是美国以Emanuel J.Ezekiel 等为代表的19名卫生专家提出的关于新冠疫苗的全球分配方案,该方案在价值理念上有三大原则:“利民限害”(benefiting people and limiting harm)、“弱势优先”(prioritizing the disadvantaged)和“道德平等”(equal moral concern)。

公平优先模式分三个阶段目标:

第一阶段目标是降低死亡率:利用“标准减寿年数”(由疫情导致早逝年龄相比世界平均寿命减少的年数)作为健康评价指标来指导分配;

第二阶段目标是降低疫情对患者的持续性伤害:融入其他指标来具体量化疫情给经济、社会带来的后果,并尽可能将其影响最小化;

第三阶段目标是减少社区传播:在保障世界各国都获得足够疫苗以阻断社区传染的情况下,优先将疫苗提供给病毒感染率高的国家。

### 4.4.2 “疫苗生产俱乐部”背后的疫苗垄断现象

过去,生产商因为疫苗利润单薄而不愿大规模投产,但新冠病毒疫苗早期的供给不足更主要是因为生产环节中出现了瓶颈。疫苗生产行业高度碎片化,疫苗生产所需原料种类极为复杂,根据世贸组织的资料,一个疫苗生产厂所需的原料约9000种,来自30多个国家或地区的300多家供应商。并且,世界上能够独立研发生产疫苗的国家少之又少,工艺技术复杂,各大药企更是对研发专利加以严密保护,工艺流程,具体参数,生产设备和专业技术人员缺一不可。

2021年3月5日,世界银行发布了一份报告,提出了“疫苗生产俱乐部”的概念,报告将世界各国分成了四类,其中第2类就是“疫苗生产俱乐部”,即能生产疫苗原料又能生产疫苗成品的国家。

包含了12个国家和欧盟,共13个成员。分别是:美国、欧盟、英国、日本、中国、俄罗斯、瑞士、韩国、加拿大、澳大利亚、巴西、阿根廷、印度。这些成员掌握了88.3%的疫苗原料出口,其中前五名就占了79.4%。不仅如此,成员之间的相互依赖性更高,关键原料、关键原料的原料基本来自相互之间,最高的英国达到了98.7%。国家之间相互依赖,相互共生,没有任何一个国家能提供疫苗所需的全部原料与材料。

而这些俱乐部的成员，同样也是订购疫苗最多的国家。截止2021年2月底，俱乐部成员协商确认的政府预购约占所有疫苗的60%，澳大利亚、加拿大、欧盟、日本、韩国、英国和美国总共订购了约43亿剂疫苗。这种相互制衡的关系，已经形成了实质上“垄断效应”。2021年3月，意大利成为了第一个限制疫苗出口的国家，拦截了运往澳大利亚的25万剂阿斯利康疫苗。

#### 4.4.3 “疫苗民族主义”危机

所谓的“疫苗民族主义”是指一些疫苗研发生产能力强或购买能力强的发达国家在疫苗供给上过分强调本国优先原则，抢购、囤积远超过本国人口需要数量的疫苗。美国人口约占世界总人口的4%，却抢购占全球疫苗产量的1/4的26亿剂新冠疫苗；英国人口约6700万，英国政府却预订超过5亿剂新冠疫苗，严重超过本国所需。尽管欧洲的英国、德国、法国等大国加入了新冠肺炎疫苗实施计划，然而以美国为首的不少西方发达国家已经明确本国优先接种，坚定奉行“疫苗民族主义”。

国际合作项目是应对新冠肺炎疫情的重要组成部分，更是全球所有国家在面对新冠肺炎时的指导与先驱。疫苗的研发，势必要依靠全球的通力协作和广泛国际化合作。二十国集团领导人应对新冠肺炎特别峰会强调，新冠肺炎突如其来正在提醒所有人，每个人之间都有关联性，在面对新冠肺炎时，唯有加强合作，才能保护人民，特别是保护脆弱的群体，各个国家还应采取有效加强全球卫生系统合作的行动。