

区域综合报告

亚洲地区的疫苗公平、 透明与问责： 现实与困境

KHOO YING HOOI



亚洲地区的疫苗公平、透明与问责：现实与困境

区域综合报告

PUBLISHED BY INNOVATION FOR CHANGE – EAST ASIA



2023

Rights and Permissions

This work is available under the Creative Commons Attribution - ShareAlike 4.0 International license (CC BY-SA 4.0). By using the content of this publication, you agree to be bound by the terms of this license. This CC license does not apply to non-Innovation for Change - East Asia copyright materials in this publication. If the material is attributed to another source, please contact the copyright owner or publisher of that source for permission to reproduce it. Innovation for Change - East Asia cannot be held liable for any claims that arise as a result of your use of the material.

第一章：导言

5

第二章：研究结果

9

第一部分：关于信息可及性

9

第二部分：确保公平

11

第三部分：确保自给自足、透明度和问责制

14

第三章：结论和建议

18

第一章：导言

新冠疫情（COVID-19）影响每个人，也暴露和引发了不同国家特定的社会经济和政治挑战。社会分层除了展示现有的不平等现象，也因获取与疫情相关的保护、服务和信息的差异而进一步放大。本次疫情制造了公共卫生基础设施难以应对高需求医疗服务的危机，导致疫苗公平性差距。在最脆弱和最不发达的国家，这场危机的严重性更令人担忧。

在全球范围内，全球北方和南方在获取新冠疫苗方面存在明显差异。大多数疫苗最初仅由少数几个国家开发和生产，其余国家只能依赖现有外交关系、购买力和捐助来获取疫苗。同时，各国国内不同地区民众社会经济、地理和公民身份状况的差异转化为可观察的不平等，并导致进一步新冠疫苗接种不均。不同国家分发新冠疫苗的策略也各有不同。一些国家考虑到了弱势和边缘人群，而另一些国家则没有考虑，只是实施了普遍性的疫苗分发和接种策略。这导致一些国家在疫苗接种率方面远远领先于其他国家。

鉴于这些挑战，“创新变革-东亚中心”（Innovation for Change - East Asia Hub，简称I4C-EA）主动与来自南亚、东亚、太平洋、非洲和欧洲的各领域专家和民间社会代表开辟了两个在线学习空间，讨论与新冠疫苗分配不均、外交、信息透明和问责制有关的全球和区域趋势。2022年7月举办的工作坊突出了各国在新冠疫苗公平情况上的细微差别。会议还讨论并确定了共同的问题和趋势，例如获取新冠疫苗的机会不均且不公平的问题，以及对利用公共资金和慈善支持开发疫苗的可负担性和制造权的担忧。随后在2022年8月，本中心与来自南亚、东亚和太平洋地区的公民社会代表举办了为期三天的共创工作坊。上述过程构建了本报告的研究框架和范围。

本报告包含来自亚洲三个次区域（东南亚、南亚和中亚）共11个国家的报告（见表1）。本报告展现了新冠疫苗公平议题的实际经验和有数据支持的真实情况；审视了这些国家的趋势和相似之处，也捕捉了它们独特的经验和情况。本报告还特别调查了中国制造的新冠疫苗如何在疫苗获取和公平问题上发挥作用，中国在这11个国家的影响力，以及其疫苗外交在每个国家的运作方式。

表1：三个次区域中的11个国家

次区域	国家
东南亚	1. 柬埔寨 2. 印尼 3. 菲律宾 4. 泰国 5. 东帝汶
南亚	1. 阿富汗 2. 孟加拉国 3. 印度 4. 尼泊尔
中亚	1. 哈萨克斯坦 2. 蒙古

参与该研究的研究员利用一手数据——访谈和“焦点小组讨论”（简称FGD）——和二手数据，调查了上述11个国家新冠疫情期间疫苗信息的可及性、公平性、透明度和疫苗采购问责制。该研究制定了以下5个目标：

1. 为全球疫苗公平运动作出贡献
2. 调查中国制造疫苗在“创新变革”所涵盖三个地区（以东亚为主，聚焦东南亚；南亚；中亚）的11个国家的分布和采购情况
3. 探讨这三个次区域中国家在全球疫苗接种行动开始时对中国制造疫苗的依赖程度
4. 研究全球南方国家政府采购过程的透明度
5. 评估依赖中国制造疫苗的影响

新冠疫情中的经验

在疫情期间，有些忽视人权问题尚未解决。在蒙古，“蒙古国家人权委员会”（the National Human Rights Commission of Mongolia，简称NHRCM）等人权组织的报告称，侵犯人权已导致一些政府官员辞职。然而，世界卫生组织（简称世卫组织WHO）等另一些组织认为，蒙古的早期遏制策略是成功的。11国应对新冠疫情的经验中出现的一些共同问题和趋势有：

1. 所有11国的政府都以某种形式对疫情采取了严格的封锁措施，尤其是在后续变种病毒出现时。这些措施在不同波次中级别不同。蒙古、泰国、哈萨克斯坦和东帝汶曾经宣布进入紧急状态。在泰国，颁布紧急状态令赋予了国家广泛的权力，但责任有限，就像在战争时期创建的决定性中央决策机构，使得政府责任难以追究。
2. 尽管各国经济状况存在差异，但从疫情中恢复的能力都受到了限制。
3. 在大多数国家，包括印度、泰国、东帝汶和阿富汗，疫情严重影响了本来就处于边缘化的群体——他们没有资源和储备。例如，在阿富汗，残疾人被排除在优先接种疫苗的人群之外。

疫苗接种措施

以下是11个国家疫苗接种措施的相似之处：

1. 所有11个国家的政府都制定了不同形式的疫苗接种策略或计划，由不同的部门或机构在各自领域推行，且大多数情况下是集中式的。
2. 所有国家的疫苗接种计划都指定了优先人群，但在优先考虑哪些群体或如何排序方面不一致。

随着世界过渡到后疫情时代，大多数新冠确诊数据已停止更新。这使研究人员难以获得符合条件人群全程接种率的最新数据。研究人员找到的部分数据既无法分类也不是最新的。因此，一些国家的数据无法核实，而另一些国家的数据只能依赖于有限信息。例如，哈萨克斯坦没有符合接种条件人口的具体数字。此外，虽然通常认为“完全接种”是指接种了两剂疫苗，但菲律宾也包括接种了单剂疫苗的人，如杨森（Janssen，简称J&J）和Sputnik Light等单剂疫苗的接种者。

根据世卫组织（WHO）的数据，截至2023年2月，阿富汗接种了1500万剂疫苗，1340万人（34.5%）至少接种了一剂疫苗，1270万人（32.6%）被视为“完全接种”。在孟加拉国，超过1.15亿人在2022年接种了两剂疫苗。在尼泊尔，截至2023年1月，22,327,169人，即总人口的76.5%，已经完全接种了疫苗。在蒙古，截至2023年1月6日，符合接种条件的人口为250万，其中完全接种疫苗率为85.7%。在泰国，截至2023年2月，两剂疫苗接种率约为78%，加强针（第三剂或以上）的接种率略超过50%。截至2023年2月13日，东帝汶的疫苗接种进展良好，约798,020人接种了2,011,703剂疫苗，这意味着接种两剂疫苗的比例约60.53%。

各国采取了不同的疫苗接种方案。例如，菲律宾的疫苗接种计划有四个特点：（1）通过企业界代表推荐的务实且多样化的组合方法采购疫苗，以尽量减少疫苗供应失败的风险；（2）根据中央政府选择的优先群体来推进疫苗接种；（3）地方政府负责疫苗管理和接种；（4）政府和私营部门提供沟通支持。在印度尼西亚、柬埔寨和东帝汶等一些国家，政府领导人在接种计划开始时通过公开接种第一针来缓解民众对疫苗的疑虑。

聚焦中国制造的疫苗

除印度外，其他10个研究范围内国家都收到了中国制造的疫苗。然而，印度纳入这项研究，增加了探索中国在这些国家开展疫苗外交因素的细微差别。正如印度报告所指出的，印度发起了“疫苗友谊运动”（Vaccine Maitri Campaign）和“社区优先政策”（Neighbourhood First Policy），来促进全球南方的疫苗公平。同时，印度与美国、澳大利亚和日本在四方安全对话（Quadrilateral Security Dialogue，简称Quad）框架下结盟，试图填补疫苗缺口，并从中改变地缘政治潮流，使之有利于印度。然而，印度一直未能实现其愿望或承诺。相比之下，中国在南亚、中亚和东南亚填补了这一疫苗缺口。这种疫苗公平的困境揭示了地缘政治争议对国际疫苗公平的影响：疫苗已成为一种战略商品，而非全球公共产品，因为那些有能力生产疫苗的国家利用疫苗外交来追求其国家利益和地缘政治利益。

孟加拉国、东帝汶、哈萨克斯坦、尼泊尔和阿富汗等国家依赖外部援助，捐助国，联合国儿童基金会（UNICEF）和世卫组织等国际组织，以及“新冠疫苗全球获取机制”

(COVAX) 等倡议来确保疫苗供应充足。东帝汶则依赖阿斯利康和科兴的疫苗——前者主要来自澳大利亚、美国和新西兰等捐助国，后者则由中国支持。

在本研究涵盖的大多数国家，包括印度尼西亚、孟加拉国、东帝汶、柬埔寨和阿富汗，中国都已成为最大疫苗供应国。孟加拉国严重依赖中国制造的疫苗，截至2022年6月，国药控股和科兴制药的疫苗约占该国总数的87.7%。作为一个非疫苗生产国，柬埔寨从中国获得疫苗有两种形式，即捐赠和政府购买。印度尼西亚有13种疫苗，其中5种由中国公司制造或合作制造。由于印度未能兑现向孟加拉国和阿富汗提供疫苗的承诺，中国已成为南亚地区最大的疫苗供应国。哈萨克斯坦在地理和经济上靠近俄罗斯和中国，受“两个邻国”限制，其疫苗基本由俄罗斯和中国主导。该行为阻碍了哈萨克斯坦民众接种欧美国家研制的其他类型的新冠疫苗。对于阿富汗等低收入国家来说，获得充足疫苗来为国人接种的挑战很大；阿富汗一直依赖COVAX和其他国家的捐赠，其中包括美国和中国。然而，在2021年8月美国和北大西洋公约组织（简称北约）部队撤出阿富汗后，塔利班重新掌权，中国抓住机会填补了疫苗缺口。值得注意的是，虽然中国向本次研究涵盖的大多数国家捐助了大量疫苗，但这些国家对此的社区反应并不都是正面的。比如柬埔寨、东帝汶和哈萨克斯坦都显示了负面反应。

本研究的结果分为三个主要部分：信息可及性；疫苗公平性；以及自力更生、透明度和问责制。在给出结论和建议之前，每一部分都讨论了这11个国家之间的异同。

第二章：研究结果

第一部分：关于信息可及性

疫苗采购和捐赠信息有限

所有国家的研究员都无法找到与采购或接受新冠疫苗相关的全面信息。在哈萨克斯坦，找不到现有疫苗存量的信息，也没有疫苗的采购数量、价格或供应来源等信息。在东帝汶，很难获取疫苗接种人数和疫苗类型的最新信息。在孟加拉国，Surokha应用程序和国家疫情公布栏都不包括疫苗价格、批号、有效期或废物处理信息——这些信息都是保密的，需要根据2009年的《信息权法》提交信息权（RTI）申请才能获得，处理过程可能需要数月或数年。在泰国，政府从未公开披露疫苗交付记录、分发数据、现有疫苗存量、疫苗过期或浪费信息，或疫苗采购期间产生的费用。当地媒体已提交信息公开申请，但未收到任何回应。

在印度尼西亚，尽管政府制定了针对疫苗采购过程的政策，如新冠疫苗采购和疫苗接种计划的总统令（Perpres）和卫生部条例（Permenkes），但这些政策在实施时并不要求负责的政府机构披露公共信息。例如，未明确政府机构披露疫苗信息的责任。

在蒙古，政府官方网站没有披露有关疫苗采购、分发、可用性、过期或浪费以及没有哪种疫苗等详细信息。政府官员的公告中仅包括关于疫苗采购、分发和供应的有限信息，仅有疫苗接种进展和疫苗接种中心的统计数据可以公开查询。在尼泊尔，数月来，公开的疫苗信息很少，现有的数据没有细分各种疫苗的接种人数，也没有关于疫苗的剂量、生产商和有效期等详细信息。这些信息本该纳入每日更新；但在此之前，公众只能主要依靠新闻报道获取信息。在柬埔寨，研究员找不到详细的疫苗采购、捐赠和相关费用，如储存和维护的费用；也没有一个网站或机构专门披露疫苗信息，如收到疫苗总数、剩余剂量、作废数量、有效期和医疗废物管理等。

疫苗信息传播

所有11国政府在应对疫情期间都使用了数字和信息技术。各国政府至少有一个主要的网站门户和应用程序用来提供新冠疫苗的相关信息。不同之处在于这些网站和应用程序涵盖了哪些公众可知晓的信息。这些信息通道有些有效，有些则与基层的实际需求脱节。例如，在印度，技术是促进公民获取信息的关键因素：疫苗接种信息通过应用程序（如CoWIN）和邦政府开发的应用程序（如GOK Direct-Kerala）传播，加强了邦一级的信息可及性。一些国家严重依赖社交媒体，比如柬埔寨全国1600万人口中近1200万是Facebook用户。柬埔寨总理及卫生部的Facebook页面成为了疫情相关信息的官方来源。

一些国家在逐步完善其系统，更全面地分享数据和信息。例如，在孟加拉国，最初披露的信息仅限于几个议题，如疫苗接种中心的名称、接种总人数以及接种人群男女比例。之后披露了更多信息，包括不同类型疫苗的分配（如阿斯利康-科维希尔、中国国药和辉瑞）和提供这些疫苗的中心。在一些国家，如孟加拉国，疫苗信息官方网站不仅显示英

文，还显示当地语言（如孟加拉语）。同样，在哈萨克斯坦，所有与新冠疫情相关的核心信息都统一披露在同一个网站上，并显示哈萨克斯坦语和俄语。

在获取信息方面，还有其他发挥重要作用的组织和个人。例如，在柬埔寨，特别是农村地区，村长会挨家挨户通知村民接种疫苗的日期、时间和所需文件。菲律宾政府及其私营部门通过各自渠道联合开展了大规模的信息宣传，这些策略促进了公众改变对疫情和疫苗接种的态度。在哈萨克斯坦，鉴于政府的宣传力度不足，公民社会团体和各种机构填补了信息空白。例如，医生们在Instagram上创建了MedSupportKz账号，提供所有新冠疫苗的信息，包括可接种疫苗的类型，每种疫苗的作用原理，政府大规模疫苗接种措施安排，再接种的必要性和接种后果等问题。所有信息都有俄语和哈萨克斯坦语。

获取疫苗信息的障碍

研究发现，所有11个国家都存在类似的信息获取障碍。例如，传播的信息缺少科学维度，难以让公众信服，导致出现错误信息和虚假信息。公布的信息也没有提到如何为弱势社群、移民、难民和无国籍人士接种疫苗。另一个障碍是访问互联网、社交媒体和传统媒体受限。在东帝汶，互联网普及率不到50%。同时，居住在农村的东帝汶人也不一定都能看到电视，所以无法了解政府的疫苗政策。

有些障碍则有特殊背景。例如，在孟加拉国，虽然当局公布了一些信息，但这些信息并没有出现在政府网站上。有时，记者需要偷偷从匿名来源收集信息。在媒体自由受限的国家，如柬埔寨，政府机构会指派官员负责处理新闻报道，记者可以向后者致电请求采访。然而，记者很难获得关于政府公开声明中进一步解释和说明，负责的官员仅会重复相同的公开信息。这是因为当地政府希望控制新闻叙事，避免公众陷入混乱。

对于许多人来说，疫苗相关的网站和应用程序界面复杂，不好用。例如，在孟加拉国的达卡和乔特格拉姆，焦点小组讨论的参加者说，大多数少数民族和罗兴亚难民无法上网，也不会网上注册；他们要么无法注册，要么必须寻求他人帮助，进网吧注册。那里的跨性别者社群被排除在注册程序之外，因为注册需要官方身份证件，而她们没有。

阿富汗还没有专门提供新冠疫情相关信息的平台。只有公共卫生部的指定人员了解疫苗信息。然而，值得注意的是，在塔利班夺权之前，信息更容易获取。2021年8月15日塔利班接管权力后，很少向媒体和公众分享任何关于疫苗的信息。还必须指出的是，普遍、广泛的贫困和文盲阻碍了该国普通民众对新冠疫情的理解和采取措施的意愿。许多阿富汗人要忙于应对其他日常的艰难困苦。

第二部分：确保公平

疫苗信息获取的障碍与影响疫苗公平的因素重叠。例如，所有国家都存在技术不平等。数字素养低和互联网普及率低都是实现公平的常见障碍。这导致人们获取疫苗信息有限，因为获取不到相应的信息，又扩大了疫苗公平差距。在泰国，从官方的“Mor Prom”网站和应用程序，到社保网站、医院网站、电信公司网站和应用程序、各市政府网站、公司内网等其他渠道，都可以预约疫苗接种，导致公众为应该使用哪个渠道来确保接种预约而困惑和焦虑。在尼泊尔，不同的数字渠道进一步拉大了城乡差距。

优先群体内部存在公平问题

所有11个国家在疫苗接种策略中都采用了分阶段的优先序列，其疫苗供应限制也都决定了疫苗接种政策。在蒙古，疫苗接种的优先次序从一开始就不清楚；政府部门列出了优先接种疫苗的群体清单，但没有具体的优先级排序。大多数国家的疫苗接种工作重点都放在高风险群体上，包括医疗和前线工作人员。其他优先接种群体包括那些需要接触疾病的人，如在孟加拉国。在哈萨克斯坦，主要优先群体是传染病医院、急救服务、重症监护病房（ICU）、初级卫生保健（PHC）、医院急诊室、医疗清洁部门和流行病学部门的工作人员。在泰国，长者和免疫系统受损者优先接种。值得注意的是，泰国还将“教师和其他关键工作的员工”和“新冠重症高风险弱势社会人口亚群”列入高度优先的群体，但这两个群体都不在世卫组织的标准内。柬埔寨最初确定了四个优先阶段，第一阶段针对的是医护人员、前线武装部队、警察和政府官员。然而，由于社区聚集爆发，必须改变方案，先接种人口密度高的地区，然后转移到人口较少和偏远地区。

在阿富汗，优先次序如下：卫生工作者、中小学和大学教师、安全人员、囚犯和妇女收容所的居民、合并症患者、50岁以上者、游牧人口（30-50岁）、流离失所者（30-50岁）、从邻国伊朗和巴基斯坦返回的人（30岁以上）、与人群一起工作的政府和私营部门雇员（18岁以上）以及生活在大城市贫民窟的人（18岁以上）。有趣的是它包括了边缘化群体。尽管阿富汗残障人口比例世界最高，但残疾人并未列入优先接种名单，只能在额外疫苗到达后安排接种。菲律宾的疫苗接种计划将“符合优先条件的人群”分为12个类别，其中A组有5个分组，B组有6个分组，其余人口属于C组。虽然长者属于A组，但这个群体的死亡人数表明他们仍然很脆弱。截至2023年2月14日，该国61%的新冠死亡患者（超过40,000人）是长者。虽然大多数国家都有优先接种群体清单，但菲律宾的报告还提出了另一个有趣的问题：各国如何平衡公共卫生优先事项和经济发展？正如报告所指，疫苗接种规划的目标之一是刺激经济复苏，因此疫苗分配也考虑了诸如对国内生产总值（GDP）有贡献等因素。然而，将经济考虑纳入优先次序将牺牲疫苗的公平性。例如，在有许多工业园区的省份，贫困人口的待遇就与更依赖农业省份的贫困人口不同。

在尼泊尔，发展工作者、外交官和记者优先于长者、合并症患者和前线工作者。这个决定受到严厉批评，许多人认为此举措有政治目的。尼泊尔在疫苗接种方面也存在明显的城乡差距。虽然只有20%的尼泊尔人口居住在城市，但他们可以更快、更容易地接种到疫苗。

不同的安全措施意味着一些国家的儿童接种了疫苗，另一些国家则没有。在一些国家，12岁以下儿童也纳入疫苗接种群体。在印度，优先接种对象只到12岁为止。孟加拉国于2022年8月开始为5-11岁儿童接种新冠疫苗。在印度尼西亚，疫苗接种包括6-11岁儿童。

疫苗公平的障碍

印度尼西亚和菲律宾等一些国家采取了去中心化方案，从而提高了疫苗公平性。在印度尼西亚，省、自治区、县和市政府——有时甚至是区和村的行政部门——负责疫苗分发。在菲律宾，省、市、自治市和村（barangay）一级的地方政府负责疫苗的接种工作。除地方政府外，在印度尼西亚、印度和菲律宾等一些国家，私营公司（包括私营医疗保健行业）也参与其中。印度尼西亚商会（KADIN）提出的“私营部门合作计划”（gotong-royong），通过一项疫苗接种计划协助政府实现群体免疫目标。这种做法可以扩大疫苗接种的覆盖面，但也可能因私营部门的寻租行为阻碍疫苗接种。例如，在印度的私立医院，接种疫苗需要缴费，阻碍了较贫穷人群的接种。印度尼西亚的研究员也提出了寻租动机的问题。这种去中心化的做法还引发了关于谁应该负责确保疫苗公平分配的问题。在印度，最高法院强调疫苗价格中立和公平分配的必要性之后，逆转了去中心化的方案——取消了邦政府疫苗采购配额，私营部门的配额减少到25%，印度政府的配额增加到75%。

疫苗犹豫是所有11个国家中的另一个问题。印度的疫苗犹豫源于对本土疫苗安全性和有效性的担忧。在菲律宾，早先对一种无关药物Dengvaxia的争议破坏了公众对新冠疫苗的信任。蒙古、柬埔寨、东帝汶和尼泊尔的民众对中国疫苗的有效性极不信任。在孟加拉国，民众不信任疫苗的原因之一是错误信息。在蒙古，由于缺乏关于各种类型的新冠疫苗的实质性知识和信息，人们在疫苗接种早期犹豫不决。

在泰国，疫苗覆盖率的地理分布显示出明显的不平等模式。截至2022年12月，77个省份中有54个省份的两剂疫苗覆盖率超过70%，其中曼谷为112%（这表明相当多的非曼谷居民前往曼谷接种疫苗）。另有19个省份报告的两剂疫苗平均覆盖率为60-69%，其余四个省份不足59%。这四个省都属于泰国最贫穷的省份，这种相对较低的疫苗接种覆盖率有可能加剧就严重的经济和社会不平等。报告确定了疫苗公平的五个维度：地理、目标群体、技术、阶级和种族。贫困也确定为影响疫苗公平的一个因素。泰国的报告表明，泰国最贫困的人口往往比富裕省份居民获得替代疫苗的机会更少。因此，富裕省份和贫困省份之间滥用优先级，导致私营部门的“替代疫苗”（国药和莫德纳）计划可能加剧而非缓解了泰国疫苗的不平等。

哈萨克斯坦位于中俄两国之间，是个与俄罗斯有历史渊源并在经济上依赖中国的内陆国家。因此，其外交和获取疫苗渠道受地理因素的影响。该国大多数疫苗产自俄罗斯和中国。中国国药集团的疫苗是供应给哈萨克斯坦民众的唯一世卫组织批准疫苗。尽管哈萨克斯坦自己生产了疫苗QazVac，但该疫苗遭到了一些独立科学家和医生的反对，他们认为该疫苗存在安全问题。由于无法获得世界卫生组织批准的其他疫苗，哈萨克斯坦民众启动了“疫苗旅行”，最常去的国家是阿拉伯联合酋长国、土耳其、克罗地亚和保加利亚。缺乏疫苗选择也促使许多民众去乌兹别克斯坦等中亚邻国接种疫苗。这些做法导致了不平等，因为许多低收入者无法承担同样的费用。

虽然大多数国家都面临疫苗短缺的问题，但菲律宾的情况并非如此。该国采用多个疫苗制造商组合的方法抢先解决了疫苗短缺的问题。然而，这种方法最终导致了疫苗供应过剩，造成浪费。据估计，未使用的疫苗总数超过5000万剂，菲律宾参议院正在调查为什么至少有4400万剂还没使用就过期了。据报道，一些国家的疫苗分发也受到了政治影响。在泰国，参与政府联盟的许多政党争相管理疫苗分发，导致出现不同的疫苗预约登记渠道，扰乱了该国疫苗接种策略中的优先次序。

边缘群体的疫苗公平性

在所有11个国家中，疫苗在性别和弱势群体（尤其是难民和移民工人）之间的分配存在严重不公平，引起了关于歧视的争议。该报告的研究表明，印度的疫苗接种中，三个因素导致了性别不平等：歧视妇女获得医疗保健服务权利的父权制度，妇女上网获取资讯的机会有限，以及关于疫苗如何影响月经和妇女健康的错误信息。在邻国孟加拉国，也可以看到明显的差距——环卫工人、拾荒者、清洁工和其他容易接触到病毒的非正式工人在接种疫苗时排在了后面。原住民、贫民窟居民和跨性别者等弱势群体的情况也类似。尽管泰国政府宣布实施“不歧视”政策，但在泰国的许多外国人，特别是移工，仍然比泰国国民更难获得疫苗接种。在柬埔寨，原住民、少数民族、残障人士、性少数、娱乐工作者、家政工人和艾滋病患者等群体都不在优先考虑的范围内，这使他们更加脆弱。

值得注意的是，孟加拉国是世界上最早开始为难民儿童和青少年接种疫苗的国家之一。政府还签署了修订版的《国家部署和疫苗接种计划》（National Deployment and Vaccination Plan，简称NDVP），其中将罗兴亚人口纳入目标群体。由于孟加拉国是世界上最大的难民收容国之一，因此本报告的研究重点关注了位于达卡和乔特格拉姆的少数民族群体和罗兴亚难民，并用焦点小组讨论了解疫苗公平性。研究结果表明，政府试图为生活在孟加拉国难民营和偏远地区的罗兴亚难民接种疫苗。政府还为弱势群体——即“流动人口”，接种了第一剂和第二剂疫苗。政府和外国援助组织建立了一个COVAX设施，为生活在科克斯巴扎尔（Cox's Bazar）的罗兴亚社群接种疫苗。

认识到这一问题，人们为边缘社群做出了一些努力。社区领袖和神职人员在为一些边缘群体社区接种疫苗方面发挥着关键作用，例如尼泊尔的车旁人（Chepang）和穆斯林。在柬埔寨，由于边缘且弱势群体受到歧视，没有得到优先考虑，民间社会在为他们争取接种疫苗的权利方面发挥了至关重要的作用。工会也在动员他们可以寻找到的支持，设法定期提供疫苗给需要的工人。从泰国返回的柬埔寨移民工人在边境得到了国际移民组织（International Organization for Migration，简称IOM）、世卫组织、联合国儿童基金会和政府的支持。然而，应对措施是基于情境而非策略，因为并没有满足特定群体的实际需求。

中国疫苗与公平性

中国疫苗已成为一些国家提高疫苗公平性的主要途径。在东帝汶，政府正式要求中国政府增加疫苗供应，以支持现有疫苗库存。在尼泊尔，民间社会也同样要求中国政府增加疫苗供应。与此同时，也引发了对中国疫苗的强烈抵制。其中一个原因是柬埔寨和菲律宾等国家在中国疫苗未获得世卫组织批准之前就开始使用它们。柬埔寨疫苗接种初始阶段，政府面临多重挑战，其中包括中国疫苗不良反应信息和拒绝实施自愿接种原则，同时人们还在等待世卫组织批准的疫苗到达。当非中国疫苗到达时，政府面临其他挑战，因为并非每个接种点都有这些疫苗，而公众又渴望获得这些疫苗。许多国家就是否使用中国疫苗或非中国疫苗进行了辩论，这也影响了接种疫苗的人数。为了克服公众的负面情绪，高层官员试图通过公开接种中国疫苗来提振信心。

同样的问题也出现在严重依赖中国国药疫苗的蒙古。例如，一小群人聚集在该国卫生部办公室前抗议：国药正在进行三期临床试验，尚未得到世卫组织的批准；还有一些引发怀疑和民族主义情绪的负面信息，如“通过人道主义援助获得的中国疫苗将用于给军人接种”。在尼泊尔，报告研究的社区对中国疫苗表示怀疑，并表示会首选其他疫苗。这是因为尼泊尔人普遍认为中国制造的产品质量差，不如其他地方制造的产品可靠。

提高疫苗覆盖率的策略

不同国家采用了不同的方法来提高疫苗覆盖率。孟加拉国政府与民间社会团体等社会组织合作，共同解决疫苗公平问题。在泰国，尽管政府没有给予奖励或补助，民间社会在帮助弱势群体获得医疗保健和疫苗注册方面发挥了至关重要的作用。东帝汶政府在疫苗接种活动中采用了娱乐教育，如国家艺术家等公众人物与政府携手鼓励更多人接种疫苗。在印度尼西亚，一些地区的政府会提供礼物鼓励人们接种疫苗，包括食品包、社会援助和抽奖。在蒙古，接种第一剂疫苗可得到政府发放的约18美元的奖励金；然而，此举是在2021年6月的总统选举前夕实施，也暗示了政府可能利用新冠疫情来获得政治上的利益。

第三部分：确保自给自足、透明度和问责制

本土疫苗与自给自足

11个国家中，有5个国家通过生产疫苗实现了更大的自力更生（见表2）。在新冠疫情开始时，印度政府认识到自给自足的重要性，因为印度人口众多且从国外采购疫苗可能有困难。印度政府发起了“印度自力更生运动”（Atma Nirbhar Bharat Abhiyan），拨出了价值2650亿美元（2000万亿卢比）的经济刺激和全面一揽子计划，支持印度抗击新冠病毒。印度还启动了“新冠保护行动”（Mission Covid Suraksha），为本土疫苗开发提供资金支持。在印度批准的12种疫苗中，有6种产自本国。其中科维希尔德疫苗（Covishield）是由印度血清研究所（Serum Institute of India，简称SII）在牛津-阿斯利康（Oxford-AstraZeneca）、Codagenix和诺瓦瓦克斯（Novovax）的外援下共同开发。另一种科瓦克辛（Covaxin）疫苗由印度巴拉特生物技术国际公司（Bharat Biotech International Limited）与印度医学研究委员会国家病毒学研究所合作开发。然而，科瓦克辛仍存在安全隐患。随后，四种国产疫苗陆续上市：ZyCoV-D、Covovax、Gemcovac-19和iNCOVACC。

表2：本土疫苗

国家	疫苗名字
阿富汗	-
孟加拉国	Bangavax ¹
柬埔寨	-
印度	科维希尔德 ² Covaxin和Covovax ³ ZyCoV-D、Gemcovac-19和iNCOVACC ⁴
印尼	IndoVac、AWcoma和Inovac ⁵
哈萨克斯坦	QazVac ⁶
蒙古	-
尼泊尔	-
菲律宾	-
泰国	HXP-GPOVac、Baiya SARS-CoV Vax 1和 ChulaCOV19 ⁷
东帝汶	-

1. 未经世卫组织批准。
2. 世卫组织批准(紧急使用认证)。
3. 世卫组织批准。
4. 印度批准了，世卫组织没有批准。
5. 未经世卫组织批准。
6. 哈萨克斯坦批准，世卫组织未批准。
7. 都尚未开始生产

在印度尼西亚，国有企业Bio Farma负责开展疫苗的研发，并与印度尼西亚食品和药品监督局（National Agency of Food and Drug Control，简称BPOM）合作共同推进疫苗、药品和药物的商业应用。在一些大学的参与下，印度尼西亚还在本国生产了三种疫苗——IndoVac、AWcorn和Inovac。这支持了该国实现自给自足、不过度依赖外国疫苗的雄心。

泰国推出了三项并行计划：泰国政府制药机构（Governmental Pharmaceutical Organisation，简称GPO）的HXP-GPOVac；由朱拉隆功大学创新中心孵化的临床阶段生物制药公司Baiya Phytopharm的Baiya SARS-CoV Vax 1；以及朱拉隆功大学医学院的ChulaCOV19。孟加拉国虽然是联合国列出的最不发达国家之一，但也在进行Bangavax疫苗的临床试验。

柬埔寨为促进疫苗的自给自足做了不少努力，其中包括筹措购买疫苗的资金，因为政府自身财力不够。柬埔寨在依赖双边伙伴关系和COVAX机制提供的疫苗的同时，还成立了一个工作组，负责讨论和设计疫苗研究和生产计划。这表明政府希望在面对未来疫情时有更大程度的自力更生。柬埔寨在“准备好未来疫苗开发和生产计划”下设立了一个特别工作组，研究自发研制生产疫苗的可能性。洪森总理呼吁本国的富人捐款，用于购买已上市的疫苗。富商、公务员和其他人陆续捐款资助购买疫苗。随后，包括洪森本人在内的政府高级官员也捐出他们三个月、半年或整年的工资。然而，这些富有的公务员和其他人的私人捐赠，也引发了其捐款的透明度与问责问题。

通过COVAX机制获得疫苗的国家包括孟加拉国、东帝汶、印度尼西亚、蒙古、柬埔寨、阿富汗和菲律宾。本报告承认，鉴于大多数国家缺乏疫苗等问题，有必要更多支持与贸易有关的知识产权豁免（TRIPs）。例如，蒙古早已意识到自身缺乏疫苗自给自足的能力，因此坚定支持TRIPs豁免（特别是在全球南方）以便更好地获得疫苗。

政策制定者对东帝汶依赖疫苗生产国表示担忧，因为它是一个缺财力和人力的小国。像尼泊尔这样的低收入发展中国家也仍然不可能实现自给自足。尼泊尔严重依赖印度，不能独立生产疫苗，而且在全球地缘政治中几乎没有影响力。该国政府被迫接受捐助者和跨国组织提供的任何疫苗。

中国疫苗和依赖

中国与孟加拉国签署了大量购买国药和科兴疫苗的协议，这表明一个对一个国家的依赖可以被其用于获取战略或政治利益。在中国向孟加拉国提供50万剂疫苗的同时，中国警告孟加拉国不要加入“四方联盟”（四方包括澳大利亚、印度、日本和美国）或危及与中国的双边关系。此外，孟加拉国内阁部门声称疫苗每剂价格为10美元，而中国却以每剂15美元的价格出售相同疫苗给斯里兰卡——这引发了偏袒或不公平交易的讨论。在蒙古，截至2021年5月6日，所有收到的疫苗中约90%来自中国。

本报告的研究强调了柬埔寨严重依赖中国疫苗。抵达柬埔寨的首批新冠疫苗含有当时尚未得到世卫组织批准的中国疫苗。考虑到中国在柬埔寨的投资和捐赠规模，以及柬埔寨已经与包括美国和欧盟的西方国家关系恶化，依赖中国疫苗不仅是柬埔寨的优先考虑，而且是唯一可行的选项。在泰国，政府的疫苗采购和品牌分销受到了公众质疑，因为除了皇室自己公司（阿斯利康）根据合同生产的病毒载体疫苗之外，政府最偏爱来自中国的灭活病毒疫苗（国药和科兴）。

本报告用黑箱来比喻菲律宾政府与中国的特殊关系，以及在公开描述中中国政府以基本不透明的方式参与该国的疫情应对。人们认为杜特尔特政府这种缺乏透明的做法是失败的，但从2022年下半年开始上任的马科斯总统也未能要求前任政府澄清事实。对于黑箱的定义，报告指出了该国透明度和问责制的四个失败：对中国的特殊待遇，过早且仍无法解释地使用中国疫苗，官员对中国疫苗的决策和细节一无所知，以及涉及抗疫资金的腐败丑闻。

透明度和问责问题

11份国别报告在疫苗透明度和问责制方面呈现出相似之处。所有11个国家在新冠疫苗供应库存、采购和抗疫总体支出上的数据都有限。在孟加拉国，采购不规范和缺乏透明度一再引起关注。这包括辉瑞疫苗过期处理的争议——出现了几起相互矛盾的新闻报道，其中一种说法是过期疫苗被退回了，另一种说法是世卫组织已允许继续使用这些疫苗。在泰国，任何疫苗品牌的采购过程的细节均未公布。哈萨克斯坦也缺乏关于疫苗采购或支出合同的明确程序或文件。研究表明，在所有11个国家，都缺乏核实政府数据和新冠疫苗相关信息的披露机制，也缺乏省市级层面疫苗接种和疫情情况的数据。

如果没有充分的监督和制衡，所有这些国家都面临着腐败的可能性。由于价格问题、外交障碍和内部批评，尼泊尔政府似乎不情愿披露采购信息。例如，政府隐藏了疫苗的过期日期，从中国购买1000万剂国药疫苗签署了价格保密协议。根据蒙古的新冠疫情法律，政府可以在不超过预算上限的情况下，重新安排预算支出，无需议会讨论和批准。诸如在异常短的时间内宣布高预算采购等事件引起了公众的关注，人们还对流程的完整性提出了质疑。

确保政府问责

与新冠疫情有关的财政透明度和问责制不仅受到专家和民间社会（如媒体和学术界）的批评，也受到反对党派的批评。媒体作为监督者，对确保疫苗的问责和透明至关重要。在印度，媒体要求政府对疫苗浪费、各邦疫苗分配和各种不平等问题负责。在尼泊尔，政府在采购和疫苗花费方面信息不透明，而大部分公开的疫苗信息都来自当地媒体，包括揭露采购腐败的报道。

印度司法系统在确保政府问责方面也发挥了关键作用。最高法院的一项决定引发了疫苗采购程序的变化，因为邦政府面临预算限制。在东帝汶，“援助透明度门户”（ATP）是所有援助信息的中央存储库，旨在提高援助的透明度、准确性和可预测性，并确保援助的高效和有效。在尼泊尔，由于政府不披露疫苗采购的官方数据，民间社会和非政府组织就从外交新闻稿和报纸等各种来源汇总数据，使数字更加透明。

第三章：结论和建议

虽然11个国家都通过各自的疫苗接种策略在一定程度上遏制了新冠病毒的传播，但这场疫情揭示了这些国家必须从长远上解决结构性低效问题，才能改善提供卫生保健服务的准备工作和应对更多卫生紧急情况的能力。

报告强调了某些国家的成功之处。例如，蒙古的疫苗接种计划最终实施得相对成功，其中获得充足疫苗是推进疫苗接种的关键因素。可惜，蒙古在披露疫苗信息、有效沟通和疫苗采购透明度方面做得不足。尼泊尔的报告指出，政府合理和成功地利用各种媒体鼓励公民接种疫苗。在菲律宾，虽然民粹主义做法一直延续到杜特尔特的任期结束，但2021年推出并延续至其任期第二年的疫苗接种计划，结果至少是部分成功。

除印度外，所有11个国家的疫苗接种都主要依靠中国的疫苗。中国疫苗在各国引发了相同的争论。其广泛使用还引发了一个问题，即中国的疫苗外交到底是对国际公共利益贡献更大，还是对中国的外交成果和软实力扩张贡献更大。在诸如柬埔寨和菲律宾等国家，接受中国疫苗还导致了采购问题，因质疑疫苗安全性的抵制，以及左右政府行为的政治影响。

虽然研究可以针对11个国家各自具体情况给予更为具体的建议，但也有许多建议适用于各国：

1. **加强公共卫生基础设施。** 确保边缘社群纳入其中对实现卫生公平至关重要。
2. **加强自力更生。** 与国际组织和捐助国合作是确保国家恢复能力的关键。必须努力支持《与贸易有关的知识产权协定》中的疫苗豁免，以实现公平的疫苗获取。
3. **适当并及时地向所有人，包括边缘群体，传递疫苗接种信息。** 这有助于确保疫苗公平。精心策划、资金充足并协调一致的宣传活动，有助于塑造公众舆论。在鼓励人们接种疫苗并克服疫苗犹豫时，应考虑语言、文化背景和社会差异。
4. **提高透明度。** 政府应公开疫苗采购和捐赠信息。数据的收集与披露在许多方面至关重要，这也可以增强问责制并建立公众信任。
5. **用尽所有可行的选项。** 紧急法令权力应作为最后选项，因为它严重限制了政府问责，并可能使政府不太关注公众的要求和呼声。
6. **分权与包容。** 虽然国家政府可能负有主要责任，但处理突发公共卫生事件必须具有包容，并确保所有利益相关方切实参与，即使这意味着将权力下放给地方政府。

关于研究者

Khoo Ying Hooi 是马来亚大学国际与战略研究系副教授兼系主任。她是《马来西亚的 Bersih 运动和民主化》(SIRD/ ISEAS/ Lexington Books, 2020 年) 和《异议的种子》(Gerakbudaya, 2015 年) 的作者。她有几本编辑，包括“东南亚的边缘化和人权”(Routledge, 2022 年) 和“通过当地视角重新思考独立后东帝汶的人权与和平”(Palgrave Macmillan, 2022 年)。她通过结合学术和实践的方法，积极参与东南亚人权和民主的宣传工作。

VACCINE
TRANSPARENCY
AND
ACCOUNTABILITY

INNOVATION
FOR CHANGE
WHERE PEOPLE CONNECT TO CREATE TOMORROW