

弥合“雄心”与“低能”

——规范本土化与东盟地区卫生合作制度化的协同演进*

张 蕾

内容提要：全球卫生治理深受地区活动的影响，发展中国家和地区卫生治理能力的提升已成为决定全球卫生治理成效的重要因素。文章基于文件档案分析和专家访谈，追踪了东盟以传染病防控为核心的地区卫生合作实践进程，认为规范本土化与合作制度化在多重实践进程中的互动演进推动了地区卫生合作。一方面，规范本土化通过产生共同利益认知与集体身份，引领了地区卫生合作制度化；另一方面，本土化后的规范也会随着合作制度的持续发展而发生自我演化，从而使规范本土化得以保持引领作用。深入理解东盟地区卫生合作中规范、理念、身份以及制度的互动及其演进机理，不仅可为全球卫生治理改革提供思路，也有助于维护中国周边卫生安全，促进中国—东盟共建人类卫生健康共同体。

关键词：规范本土化 地区合作 东盟 卫生治理 主导性实践

作者简介：张蕾，云南大学“一带一路”研究院、国际关系研究院助理研究员，政治学博士后

一、导 言

新冠肺炎疫情的肆虐盘桓使全球卫生治理成为热点问题。全球卫生治理

* 本文是国家社科基金重大项目“印太战略下东盟中心地位重构与中国—东盟共建海上丝绸之路研究”（项目编号：20&ZD145）和中国博士后科学基金第70批面上资助项目（项目编号：2021M702779）的阶段性成果。感谢《当代亚太》编辑部约请的匿名评审专家提出的修改意见和建议。文责自负。

《当代亚太》2022年第1期，第132~156页。

Journal of Contemporary Asia-Pacific Studies (Bimonthly)

发展深受地区活动的影响，发展中国家和地区卫生治理能力的提升已成为决定全球卫生治理成效的重要因素。随着全球治理的进一步扁平化，治理主体和治理方式也日益朝着多元化的方向发展。^①然而，现有研究多聚焦于发达国家所主导的全球卫生治理进程，缺乏对发展中国家和地区的研究。东盟是中国周边外交的优先发展方向，在全球卫生治理中也具有典型性，可以对我们思考非西方国家和地区的卫生治理问题提供有益参考。

东盟的地区卫生合作建立在政治文化多元、经济发展水平各异与卫生治理能力不平衡的基础上，强调各利益相关方在多层次动态系统中的互动进程，并保持了国家的自主性和程序的灵活性。它不是建立在正式制度安排基础上、以预期结果为导向的一体化模式，而是一种以改造和适应国际规范为引领、边合作边凝聚共识、渐进发展制度的开放式进程。这种地区卫生合作方式为解决全球卫生治理的“雄心”与发展中国家“低能”之间存在的“高不成低不就”的困境提供了思路。那么，东盟地区卫生合作推进的逻辑是什么？规范与制度如何在其中互动？事实上，卫生合作并不必然由最强大的国家或国际组织推动，如何促使各层次行为体遵守卫生治理规范已成为有效提升全球卫生治理效能的重中之重。^②同时，外来规范的本土化，以及在国际规范与当地实践间建立一致性的过程，一直是东盟塑造地区合作机制的核心。^③因此，要深入理解东盟地区卫生合作的发展逻辑，追溯其“对问题共同解释”的历史与探讨其功能性的制度同样重要。^④然而，学界对此还没有加以系统研究，规范在东盟地区卫生治理中的作用往往被忽视。^⑤因此，本文通过探寻卫生治理规范与卫生合作制度在东盟地区卫生治理实践中的互动，试图深化关于东盟地区治理与合作的学理思考，并促进对发展中国家和地区提升卫生治理能力有效途径的探索。

① 秦亚青：《全球治理趋向扁平化》，载《国际问题研究》2021年第5期，第55~72页。

② 马克·扎克、塔尼亚·科菲：《因病相连：卫生治理与全球政治》，晋继勇译，浙江大学出版社2011年版，第10页。

③ Amitav Acharya, “How Ideas Spread: Whose Norms Matter? Norm Localization and Institutional Change in Asian Regionalism”, *International Organization*, Vol. 58, No. 2, 2004, pp. 239-275.

④ Alice D. Ba, “Regional Security in East Asia: ASEAN’s Value Added and Limitations”, *Journal of Current Southeast Asian Affairs*, Vol. 29, No. 3, 2010, pp. 127-128.

⑤ *Evaluating a Decade of Australia’s Efforts to Combat Pandemics and Emerging Infectious Diseases in Asia and the Pacific 2006-2015: Are Health Systems Stronger?* Canberra: Department of Foreign Affairs and Trade, Australian Government, August 2017, pp. 13-21.

□ 当代亚太

二、既有研究及评析

尽管卫生安全是人类安全不可或缺的一部分，但直至“非典”疫情后，东盟的地区卫生合作才被学界所关注。作为一个跨学科话题，相关研究散见于卫生治理、公共政策与全球治理等议题中。新冠肺炎疫情改变了世界格局，学界和政界呼吁全球卫生治理“拥抱”国际政治，将国际关系学纳入全球卫生治理知识库，来有效应对以跨国传染病威胁为核心的卫生安全问题。目前，国内外国际关系学界关于东盟地区卫生合作发展的研究，主要存在四种解释路径。

一是公共产品供给论，认为东盟通过提供卫生公共产品推动了地区卫生合作。梅利·卡拉贝若—安东尼（Mely Caballero—Anthony）指出，卫生公共产品供给在东盟的地区卫生合作机制形成过程中发挥了核心作用。^①其中，东盟内部的“领头羊”国家是地区卫生公共产品的主要供给方，泰国、马来西亚和新加坡通过向周边国家提供卫生公共产品，促进了东盟的地区卫生合作。^②

二是大国援助促进论，认为东盟利用大国卫生援助推进了地区卫生合作。美国战略与国际研究中心（CSIS）指出，东盟国家在美国的卫生援助下建立了传染病防范、疟疾控制等机制，增加了对卫生治理事务的参与，从而促进了地区卫生合作。^③伯特伦·普罗维登斯（Bertram C. Providence）和张业亮等指出，美国的卫生援助成为东盟推动地区卫生合作、提升传染病防控能力的重要依托。^④王丹和刘继同认为，中国在湄公河五国的卫生实践为地

① Mely Caballero—Anthony, “Combating Infectious Disease in East Asia: Secularization and Global Public Goods for Health and Human Security”, *Journal of International Affairs*, Vol. 59, No. 2, 2006, pp. 105-127.

② Jutamas Arunanondchai and Carsten Fink, “Trade in Health Services in the ASEAN Region”, *Health Promotion International*, Vol. 21, No. S1, 2007, p. 60.

③ Stephen Morrison *et al.*, *A Greater Mekong Health Security Partnership: A Report of the CSIS Task Force on Health and Smart Power in Asia*, CSIS, July 2013, https://csis-website-prod.s3.amazonaws.com/s3fs-public/legacy_files/files/publication/130719_Morrison_GreaterMekongHealth_WEB.pdf.

④ Bertram C. Providence *et al.*, “Increasing Partner-nation Capacity through Global Health Engagement”, *Joint Force Quarterly*, Vol. 87, No. 4, 2017, pp. 64-68; 张业亮：《美国的全球卫生安全政策——以大湄公河次区域为例的国际政治分析》，载《美国研究》2014年第3期，第9~38页。

区卫生合作的深化奠定了基础。^①

三是东盟聚合协调论，认为东盟发挥聚合与协调的政治作用推进了地区卫生合作。首先，东盟通过建立广泛的合作网络促进地区卫生合作。玛丽·诺臣斯基 (Marie Nodzinski) 等指出，东盟利用其自身的伙伴关系网络，为地区创造出一个促进利益、规范和价值观融合的合作平台。^② 玛丽·拉米 (Marie Lamy) 和华凯宏 (Kai Hong Phua) 认为，东盟通过增强非正式治理网络的有效性来促进地区卫生合作。^③ 其次，东盟以“清谈”促合作，奠定共识基础。黄文明 (Hoang Van Minh) 等指出，虽然各国的卫生治理水平和执行卫生政策的能力存在很大差异，但东盟通过“清谈”带动了合作政治意愿的增加。^④ 林仁良 (Jeremy Lim)、瑞安提·简兰特 (Riyanti Djalante) 和梅丽莎·克里 (Melissa Curley) 等也认为，东盟通过召开一系列高层级会议，促使各国从共同体角度认识到疫情带来的共同威胁，提供了合作的政治承诺。^⑤ 汤蓓、梁潇和张洁则指出，协商对话是东盟促进地区卫生合作的有效方式，联合宣言与声明带动具体领域的合作是其实践路径。^⑥ 最后，东盟发挥协调作用促进地区卫生合作。梅利·卡拉贝若—安东尼指出，东盟利

① 王丹、刘继同：《中国参与湄公河地区全球卫生合作的基本类型及特点》，载《太平洋学报》2019年第4期，第78~90页。

② Marie Nodzinski *et al.*, “Shaping Norms for Health Governance in the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN)”, *Global Health Governance*, Vol. 10, No. 2, 2016, pp. 92-106.

③ Marie Lamy and Kai Hong Phua, “Southeast Asian Cooperation in Health: A Comparative Perspective on Regional Health Governance in ASEAN and the EU”, *Asia Europe Journal*, Vol. 10, No. 4, 2012, pp. 233-250.

④ Hoang Van Minh *et al.*, “Progress toward Universal Health Coverage in ASEAN”, *Global Health Action*, Vol. 7, No. 1, 2014, pp. 5-8.

⑤ Jeremy Lim *et al.*, “Innovations in Non-communicable Diseases Management in ASEAN: A Case Series”, *Global Health Action*, Vol. 7, No. 1, 2014, pp. 1-10; Riyanti Djalante *et al.*, “COVID-19 and the ASEAN Responses: Comparison and Analysis through Policy Science”, *Progress in Disaster Science*, Vol. 8, No. 1, 2020, pp. 1-12; Melissa Curley and Nicholas Thomas, “Human Security and Public Health in Southeast Asia: the SARS Outbreak”, *Australian Journal of International Affairs*, Vol. 58, No. 1, 2004, pp. 17-32.

⑥ 汤蓓、梁潇：《东盟公共卫生合作的制度化路径与特点》，载《南洋问题研究》2020年第4期，第1~11页；张洁：《中国与东南亚的公共卫生治理合作：以新冠疫情治理为例》，载《东南亚研究》2020年第5期，第24~42页。

□ 当代亚太

用其政治影响力有效推动了地区传染病防控的分工与协作。^① 安娜·阿玛亚 (Ana B. Amaya) 和文森特·罗莱特 (Vincent Rollet) 等也指出, 东盟在地区卫生合作中既扮演了全球与国家间的纵向传导角色, 也扮演了地区间的横向协调角色,^② 成为沟通协调内外、促进合作共识的重要力量。

四是规范塑造赋能论, 认为东盟通过扩散或改造国际卫生治理规范推进地区卫生合作。有学者指出, 东盟内部的规范倡导者通过推动国际卫生治理规范在本地区的扩散, 成为促进地区卫生合作的主力军。克莱尔·韦纳姆 (Clare Wenham) 指出, 泰国通过推动国际传染病防控规范在东盟的扩散获得了地区领导力, 从而得以引领地区卫生合作的发展。^③ 还有学者认为, 东盟对国际卫生治理规范的本土化引领了地区卫生合作。艾伦·柯林斯 (Alan Collins) 认为, 东盟对艾滋病防治规范的本土化是地区艾滋病联防联控合作机制得以形成的主要原因。^④ 莎拉·戴维斯 (Sara E. Davies) 也指出, 国家政治系统和卫生治理能力低下导致《国际卫生条例》在部分东盟国家失去规范效力, 东盟根据地区实际情况对其加以适应和改造, 保证了国际规范能够保持对地区卫生活动的引领, 进而推动地区卫生合作。^⑤

以上路径分别从不同视角分析了东盟地区卫生合作得以发展的原因, 对本文具有启发与借鉴价值, 但也都存在相应的解释困境。“公共产品供给论”只探讨了卫生公共产品对地区卫生合作的作用和影响方式, 无法有效解决东盟内部卫生治理能力非均衡化与合作收益分配不平衡问题。“大国援助促进论”则无法解释为何东盟各国长期得到大国的卫生援助, 但直至“非典”疫

^① Mely Caballero-Anthony, “Health and Human Security Challenges in Asia: New Agendas for Strengthening Regional Health Governance”, *Australian Journal of International Affairs*, Vol. 72, No. 6, 2018, pp. 602-616.

^② Ana B. Amaya and Philippe De Lombaerde, “Multi-level Health Governance and Health Diplomacy: Regional Dimensions”, *Regions & Cohesion*, Vol. 9, No. 1, 2019, pp. 86-92; Vincent Rollet, “Health Interregionalism in Combating Communicable Diseases EU Cooperation with ASEAN and the African Union”, *Regions & Cohesion*, Vol. 9, No. 1, 2019, pp. 133-160.

^③ Clare Wenham, “Regionalizing Health Security: Thailand’s Leadership Ambitions in Mainland Southeast Asian Disease Control”, *Contemporary Southeast Asia: A Journal of International and Strategic Affairs*, Vol. 40, No. 1, 2018, pp. 126-151.

^④ Alan Collins, “Norm Diffusion and ASEAN’s Adoption of Global HIV/AIDS Norms”, *International Relations of the Asia-Pacific*, Vol. 13, No. 3, 2013, pp. 369-397.

^⑤ Sara E. Davies, *Containing Contagion: The Politics of Disease Outbreaks in Southeast Asia*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2019, p. 145.

情后才实现地区卫生合作的快速发展。虽然“东盟聚合协调论”已关注到东盟在地区卫生合作中的重要作用，但是并未进一步说明东盟如何通过聚合与协调来促进地区卫生合作。“规范塑造赋能论”仅从规范倡导者和规范生命周期理论视角出发，无法理解国际卫生治理规范扩散到东盟地区后的动态变化，也忽视了东盟内部治理能力不平衡以及对国际规范遵守程度有差别的情况，从而缺乏对影响国际卫生治理规范扩散进程中地区内部动力和施动者的研究，更忽视了有关卫生治理规范与合作机制互动的探讨。虽然近期已有研究指出，规范本土化引领了地区卫生合作，但是并未更进一步阐明规范本土化如何促进地区卫生合作。

三、规范本土化与合作制度化协同演进：一种地区治理实践

既有研究存在的不足表明，探析东盟地区卫生合作得以推进的原因需要引入新的分析框架。本文将借鉴实践理论的动态性视角，尝试加强对地区卫生治理实践中规范与制度互动逻辑的探讨。

（一）核心概念界定

国际规范扩散与行为体社会化是实现全球与地区治理的重要途径，然而，社会建构主义的研究通常将规范传播路径自觉或是不自觉地界定为“自上而下”的传播过程，忽视了非西方国家和地区的本土能动性。^①事实上，非西方行为体不仅是国际关系的客体，更是日益重要的能动主体，通过物质与观念的互动在世界秩序建构过程中发挥着不可或缺的作用。^②作为规范在扩散进程中的一个特殊形态，“规范本土化”（norm localization）始于对外来规范的重新解释和再表示，^③是本地行为体通过阐释、框定、嫁接和文化选择对外来规范进行积极建构的动态过程，从而使国际规范与本地信仰和实

① 魏玲、杨嘉宜：《规则、关系与地区安全治理——以大湄公河次区域公共卫生协作治理为例》，载《国际安全研究》2022年第1期，第30~31页。

② 袁正清、肖莹莹：《国际规范研究的演进逻辑及其未来面向》，载《中国社会科学评价》2021年第3期，第134~135页。

③ 阿米塔·阿查亚：《重新思考世界政治中的权力、制度与观念》，白云真、宋亦明译，上海人民出版社2019年版，第199页。

□ 当代亚太

践形成显著一致。^① 同时，规范及其意义都深嵌于社会实践中，可通过情境互动被塑造和再造。因此，本文将采用国际关系中的实践理论视角，将规范本土化界定为《国际卫生条例（2005）》中集体治理规范与国家核心能力建设规范在地区情境中被重塑和适应的过程。

在全球化和卫生安全危机频发的背景下，全球卫生治理日益受到重视。本文采用世界卫生组织（WHO）的定义，将“卫生治理”定义为“在全球化背景下，为促进和保护人民健康，通过建立正式或非正式的机制和规范，作用于全球不同层面的实践进程”。^② 东盟的地区治理具有独特性，其地区卫生合作方式也呈多元化，形成了双边援助与多边框架配合，地区内外国家、国际组织和非政府组织参与的多层次合作并行的态势。

（二）规范本土化如何影响地区卫生合作

实践联通物质和意义、结构和过程，使跨越范式对话成为可能，也为理解东盟地区卫生合作提供了进程性和情境性视角。针对实践如何导致变化的问题，国际关系实践理论指出，实践的变化只能来自实践活动的实施，实践既是解释因素，也是被解释因素。^③ 本文将实践视为解释因素，旨在探讨实践如何实施（即能动性 and 竞争性问题），以及各种实践活动如何互动（即实践的互动关系问题）两个变化过程，即地区卫生合作实践怎样实施，以及规范本土化的实践活动与地区卫生合作制度化的实践活动如何在其中互动。建构主义规范理论只探讨了规范塑造行为，却无法解释为什么有的国际规范不能对某一地区产生作用，以及不同类型的规范产生的影响和作用的不同，同时忽视了异质性问题，没有更进一步探讨在国家同质化程度低、规范相互冲突、共识难以达成的情况下，如何产生共同的身份和利益。因此，保罗·迪马乔（Paul DiMaggio）提出，应重点研究不同情境如何影响规范，以及知识如何对行为体进行身份和利益建构。^④ 罗纳德·克雷布斯（Ronald

^① Amitav Acharya, “How Ideas Spread: Whose Norms Matter? Norm Localization and Institutional Change in Asian Regionalism”, p. 245.

^② 马琳、郑英、潘天欣：《我国参与全球卫生治理回顾与展望》，载《南京医科大学学报（社会科学版）》2014年第4期，第266页。

^③ 伊曼纽尔·阿德勒、文森特·波略特主编：《国际实践》，秦亚青、孙吉胜、魏玲等译，上海人民出版社2015年版，第18~19页。

^④ Paul DiMaggio, “Culture and Cognition”, *Annual Review of Sociology*, Vol. 23, No. 1, 1997, pp. 263-287.

R. Krebs) 和帕特里克·撒迪厄斯·杰克逊 (Patrick Thaddeus Jackson) 也通过建立修辞强制 (rhetorical coercion) 模型,^① 在规范和行为因果关系间加入传导机制。奥利·雅各布·森丁 (Ole Jacob Sending) 和艾弗·诺依曼 (Iver B. Neumann) 指出, 规范和知识通过深嵌于实践之中, 使实践得以界定行动并提供行动指导。^② 吴琳、魏玲和杨嘉宜也指出, 规范不必然催生制度, 也不能自动构建治理实践, 国际规范需要由地方关系过程激活和运化, 才更可能产生合作机制。^③ 也就是说, 国际关系实践理论认为, 不是规范塑造了行为, 而是规范在具体情境中的实践塑造了行为, 它在规范与行为的互动机制之间加入了关键的传导要素。以实践的视角来研究规范本土化如何影响地区卫生合作, 可以详细说明“情境”是如何起作用的。

因此, 本文借鉴主导性实践 (anchoring practice) 理论指出, 规范本土化的实践通过生产和使用地区卫生合作的本土知识, 界定了互动所需的基础架构和参照规则, 从而影响地区卫生合作实践。主导性实践理论最初由美国加州伯克利大学教授安·斯威德勒 (Ann Swidler) 提出,^④ 随后在奥利·雅各布·森丁和艾弗·诺依曼教授对世界银行的研究中得到进一步发展。该理论认为, 主导性实践通过搭建其他实践得以实施的结构来发挥引领作用, 这一方面是因为, 主导性实践通过建构其他实践的规则习惯使其行为方式和标准产生了路径依赖;^⑤ 另一方面, 行为体要相互协作, 就不得不回到共同的结构上来。^⑥ 该理论基于一个假定, 即世界由诸多“实践集群” (practice

① Ronald R. Krebs and Patrick Thaddeus Jackson, “Twisting Tongues and Twisting Arms: The Power of Political Rhetoric”, *European Journal of International Relations*, Vol. 13, No. 1, 2007, pp. 35-66.

② 伊曼纽尔·阿德勒、文森特·波略特主编:《国际实践》,第263页。

③ 吴琳:《过程、制度与规范本土化——预防性外交在东盟安全合作中的扩散》,载《世界政治与经济》2019年第2期,第56~61页;魏玲、杨嘉宜:《规则、关系与地区安全治理——以大湄公河次区域公共卫生协作治理为例》,第28页。

④ Ann Swidler, “What Anchors Cultural Practices”, in Theodore R. Schatzki eds., *The Practice Turn in Contemporary Theory*, NY: Routledge, 2001, pp. 83-101; Ann Swidler, “Culture in Action: Symbols and Strategies”, *American Sociological Review*, Vol. 51, No. 2, 1986, pp. 273-286.

⑤ 安·斯威德勒:《什么支配着文化实践》,载西奥多·夏兹金等主编:《当代理论的实践转向》,柯文等译,苏州大学出版社2010年版,第94页。

⑥ 伊曼纽尔·阿德勒、文森特·波略特主编:《国际实践》,第260页。

□ 当代亚太

constellation) 构成, 实践集群中各种实践的相互关联和互动会引发变化。^① 规范本土化的实践是外部性内化和内部性外化的辩证过程。在讨论和制定本土规范的过程中, 国际规范这一外部因素被纳入本土行为体特有的惯习和偏好之中。同时, 本土行为体的偏好和惯习也被投射到国际规范中, 从而产生了本土化的规范, 为利益认知、身份判断和行动方式提供背景知识。^② 同时, 规范本土化实践在占支配地位的原有规范图式的基础上, 对外来国际规范图式进行编码,^③ 将其塑造为一种容易被本土行为体解读和执行的行动模式, 并促使行为体依照该模式做出行动, 以实现对其行为的改变。

(三) 规范本土化如何促进合作制度化

共有认知与集体身份在地区合作中扮演着重要角色, 它们通过对目标和结果的共同理解来塑造期望并促进合作。^④ 事实上, 规范本土化并不必然导致自省式的主体间共识, 但只要行为体参与其他实践时, 能够依照规范本土化实践设定的构成性规则来采取行动, 规范本土化就能够产生共同利益认知和集体身份, 进而建立对目标和结果的共同理解和共同期望, 在内群体中引发认知共鸣和身份内化, 从而实现对其他实践的影响。

第一, 规范本土化通过强调行为体面临的共同卫生安全威胁, 框定合作的共同收益, 塑造了共同卫生安全利益的认知。地区卫生合作制度化以国家间合作为前提, 而国家间合作以共同利益为基础。因此, 对共同卫生安全利益的认知是地区卫生合作制度化的前提。共同利益作为国际合作的必要不充分条件, 超越于绝对收益和相对收益概念, 具有社会建构性,^⑤ 为实践发挥作用提供了空间。同时, 共同利益也具有观念性和认知性, 国家意识到他们

① 埃蒂纳·温格:《实践共同体:学习、意义和身份》,李茂荣等译,江西人民出版社2018年版,第119~121页。

② 翟崑:《探索后冷战时代东南亚地区的演进之道》,载《东南亚研究》2019年第6期,第3~5页。

③ Tine Hanrieder, "The Path-dependent Design of International Organizations: Federalism in the World Health Organization", *European Journal of International Relations*, Vol. 21, No. 1, 2015, pp. 215-239.

④ Amitav Acharya, "Comparative Regionalism: A Field Whose Time has Come", *The International Spectator*, Vol. 47, No. 1, 2012, pp. 3-15.

⑤ 刘笑阳:《国家间共同利益:概念与机理》,载《世界经济与政治》2017年第6期,第106页。

有共同利益是确保制度运行和国际社会形成的基本前提。^①虽然自我观念具有“自生”特征,^②但共有观念却可以在实践进程中通过互动来建构。“共同利益观念性”与“共有观念的可建构性”为本文探讨规范本土化与共同利益认知的互动提供了对话的可能。因此,本文强调共同利益观念性特质,认为共同利益观是国家对其与外国利益存在共性或趋同部分的认知。其中,共同威胁认知和共同收益认知是共同利益观的一体两面,具有相对性和可塑性。二者形成的动态平衡关系一起作用于国际合作的整个过程。在共同威胁既定的情况下,共同利益观的塑造就是要让行为体产生更多的共同收益认知。但是,共同利益在行为体的实践互动中所涉及的主体越多,共同利益认知中所涉及的标准就越容易降低。不过,正是通过这种标准降低和“不完全”共识的达成,共同利益边界得以扩展至更广泛的行为群体。规范本土化实践正是以牺牲部分标准和目标为代价,将国际规范重塑为容易被本土行为体解读和执行的地区规范,来扩展共同利益的群体边界,从而换取各行为体对共同利益的共有认知,为合作奠定共识基础。

第二,规范本土化促进了地区卫生合作实践进程的保持,有助于塑造彼此信任和相互依存的合作关系,进而建构出地区卫生合作治理的集体身份。单凭对共同利益的认知无法有效解决东盟同质化程度低以及卫生治理能力不平衡的问题,实现地区卫生合作的集体行动仍面临阻碍。因此,东盟各国需要在落实本土规范的过程中,基于共同的卫生安全利益认知,建构出合作治理的集体身份,从而强化合作意愿,促进合作行为的开展。作为国际关系行为体最重要的身份之一,^③集体身份强调自我边界的扩展以及“自我—他者”之间界限的模糊与超越。同时,集体身份是在实践进程中建构而来的一种认知,需建立在共同经历和实践情境上,通过与“他者”的社会互动来习得。在互动中,起点是“一个没有共有观念的世界”,行为体带着各自物质性的自我需求和预设观念参与互动,在这个“初次相遇”的互动进程中,行为体根据“他者”的行为修正观念和选择行为方式,“他者”也根据行为体的行

① 赫德利·布尔:《无政府社会:世界政治中的秩序研究》,张小明译,上海人民出版社2015年版,第15页。

② 亚历山大·温特:《国际政治的社会理论》,秦亚青译,上海人民出版社2000年版,第221页。

③ Alexander Wendt, “Collective Identity Formation and the International State”, *The American Political Science Review*, Vol. 88, No. 2, 1994, pp. 385.

□ 当代亚太

为对其做出角色认知和回应。^① 互动双方在共同经历与互动中，把原先各自单独占有的认知分配状态变为一种共有认知分配状态，^② 集体身份开始形成。因此，本文在借鉴亚历山大·温特（Alexander Wendt）身份理论的基础上，将行为体参与规范本土化的共同实践经历纳入集体身份形成和进化的过程中，对集体身份形成机制进行了修正。对于东盟来说，与国际卫生治理规范“初次相遇”的方式决定了以后的互动逻辑，而本土化就是这“初次相遇”的方式。本土化通过为地区卫生治理实践搭建得以实施的结构，使其产生路径依赖，从而得以引导地区卫生治理实践进程。具体来说，东盟各国借助参与讨论、制定和实施本土卫生治理规范的共同经历，在互动中强化了对共同卫生安全威胁的共有认知，以及对各国在卫生安全相互依存情况下合作治理带来共同利益的认知，并在互动实践过程中通过保证舒适度和维护各国自主权创建了成员国之间的信任，强化了相互依存的协作关系，从而建构了地区卫生合作的集体身份。

第三，规范本土化通过提供情感承诺和建构利益网络，提升了集体身份被激活的程度，增强了个体合作的意愿，改变了其卫生治理偏好，从而促进了地区卫生合作制度的发展。共同规范最终必须通过产生集体身份来形成“我们性”（weness），^③ 即产生合作的强烈意愿，才能促进行为体改变其行为偏好。当集体身份认同度高时，个体合作的意愿提升，个体行为偏好越具有合作性，卫生合作制度化越容易实现。反之亦然。本文赞同国际关系实践理论的观点，认为不是规范塑造了行为，而是规范在具体情境中的实践塑造了行为，这个具体情境就是规范本土化的实践过程。社会学中的心理身份理论认为，当行为体遭遇一个社会境域的时候，不同的身份就会被不同程度地激活，^④ 从而对行为偏好产生不同程度的影响。情感附着程度强的社会关系越充分地依赖于某一特定身份，该身份被激活的程度就越大，对行为体行为

① 亚历山大·温特：《国际政治的社会理论》，第320页。

② 季玲：《重新思考体系建构主义身份理论的概念和逻辑》，载《世界经济与政治》2012年第6期，第79页。

③ Barry Buzan, “From International System to International Society: Structural Realism and Regime Theory Meet the English School”, *International Organization*, Vol. 47, No. 3, 1993, pp. 327-352.

④ 秦亚青：《行动的逻辑：西方国际关系理论“知识转向”的意义》，载《中国社会科学》2013年第12期，第186页。

的影响也越大；同样，这些社会关系所包含的重要他者数量越多，该身份被激活的程度就越显著，对行为的影响也就越大。^① 东盟地区治理的制度动力来源于多重过程与规范实践，过程导向给予制度以发展动力，制度通过主导性实践被界定和强化。^② 东盟循序渐进的地区合作制度建设方式需要在实践进程中得以体现，合作性话语承诺提供了情感支持，多层次的地区合作网络让行为体在实践互动中切实感受到合作的好处，进一步强化了合作意愿。于是，合作治理的集体身份通过多重实践的持续良性互动被激活。^③

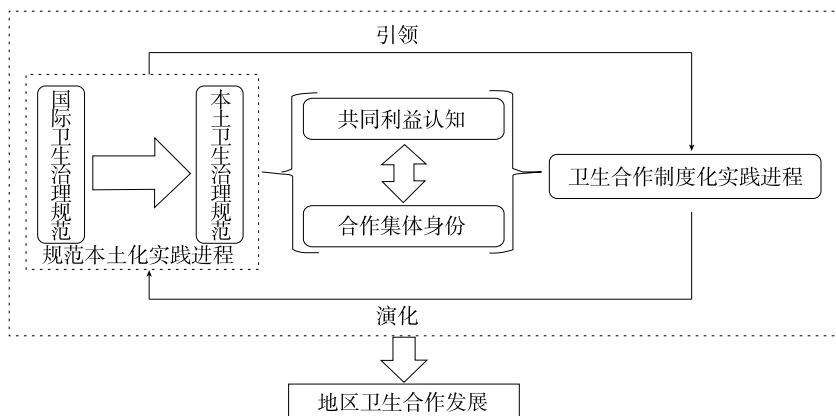


图1 规范本土化与地区卫生合作制度化的互动演进

资料来源：笔者自制

综上，规范本土化与合作制度化在多重实践进程中的互动演进推动了地区卫生合作治理的发展。一方面，规范本土化通过产生共同利益认知和集体身份，推进了地区卫生合作的制度化；另一方面，本土化后的规范也会随着合作制度的持续发展而发生自我演化，从而使规范本土化得以保持引领作

① Sheldon Stryker and Richard T. Serpe, “Commitment, Identity Salience, and Role Behavior: Theory and Research Example”, in Mark Snyder and William Ickes eds., *Personality, Roles, and Social Behavior*, NY: Springer, 1982, pp. 199-218; 转引自季玲：《重新思考体系建构主义身份理论的概念和逻辑》，第 82 页。

② 魏玲：《小行为体与国际制度：亚信会议、东盟地区论坛与亚洲安全》，载《世界经济与政治》2014 年第 5 期，第 85 页。

③ 肖晔、宋国新：《共同利益、身份认同与国际合作：一个理论分析框架》，载《社会科学研究》2020 年第 4 期，第 126 页。

□ 当代亚太

用。需要说明的是，规范本土化的实践与合作制度化的实践在现实中是不可分割的整体性多重实践，不同实践内容在整体实践进程中互动互构，具有高度复杂性。本文的研究框架并非否认东盟地区卫生合作实践的多重进程性和复杂性，而是为了厘清思路，所以进行了学术性化约处理。这是因为在研究叙事中，我们无法兼顾“全部现实”，但动态系统中分割开的部分始终具有整体与部分的双重特质。^①

四、卫生治理规范本土化与东盟地区 卫生合作制度化的协同演进

由于独特的自然和社会环境，东盟面临着严峻的、以传染病为代表的卫生安全威胁。同时，东盟国家间卫生治理能力差异大，既有全球卫生治理的“优等生”新加坡和泰国，也有“困难户”缅甸。根据全球卫生学界对东盟十国卫生治理能力的分类，新加坡、泰国、文莱和马来西亚应对卫生安全威胁的能力较强，而印尼、越南、菲律宾、老挝、柬埔寨和缅甸的应对能力较弱。^② 以传染病防控为核心的地区卫生治理已成为影响东盟政治稳定、经济发展与社会和谐的重要因素。东盟的地区卫生合作始于 20 世纪 80 年代，^③ 但直至 2003 年“非典”疫情后才实现较快发展。尤其是 2005 年《国际卫生条例》的修订和本土性的《亚太地区新发疾病防治战略》推出后，以传染病联防联控为核心的地区卫生合作进入了发展快车道，逐步形成多层次、跨部门的地区卫生合作机制，东盟国家应对卫生安全威胁的国家核心能力持续提高，地区卫生治理能力发展不均衡的现象有所缓解。^④ 以下将基于上文的理论框架，通过梳理卫生治理规范本土化与合作制度化在东盟地区卫生合作多

^① 潘成鑫：《量子全息理论的本体论新解：以国际关系为例》，载唐代兴主编：《哲学探索》，中国社会科学出版社 2021 年版，第 82 页。

^② *Human Development Report 2016: Human Development for Everyone*, New York: United Nations, 2016, https://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf.

^③ Marie Lamy and Kai Hong Phua, “Southeast Asian Cooperation in Health: A Comparative Perspective on Regional Health Governance in ASEAN and the EU”, p. 239.

^④ Gianna Gayle Herrera Amul and Tikki Pang, “Regional Health Security: An Overview of Strengthening ASEAN’s Capacities for the International Health Regulations”, *Global Health Governance*, Vol. 12, No. 2, 2018, pp. 45-46.

重实践中的协同演进，深化对非西方视角下地区卫生治理发展逻辑的理解。

（一）国际卫生治理规范的本土化与共同卫生安全利益认知

在全球化背景下，卫生治理不再只是医学问题，而逐渐成为安全问题。经历了近十年谈判后，世界卫生大会于2005年通过了新修订的《国际卫生条例》（下文简称IHR 2005）。该条例秉承集体卫生安全逻辑，^① 要求国家通过建设八项核心能力来分担预防、监测和应对卫生安全威胁的责任。^② 然而，国家主权与全球卫生利益的内在张力，以及IHR 2005要求各国在规定时限内评估并通报突发卫生事件可能涉及的跨国/跨部门沟通障碍，使其遵守面临诸多现实困境。东盟十国虽在地理上相连，但在世卫组织体系内却被分散在两个地区办事处下管辖，其中，印尼、缅甸和泰国在东南亚区，其余成员国在西太平洋区，这加剧了沟通的复杂性与合作困难。此外，IHR 2005未明确指导各国如何在多元环境中落实能力建设规范，对于缅甸、老挝、柬埔寨这样的卫生治理能力较弱的国家来说，基本不具备相应的能力和制度体系来开展履约行动。^③

同时，东盟国家从“非典”和“禽流感”疫情的痛苦经历中认识到，卫生安全威胁的跨国性和非排他性迫切需要通过合作来增强地区的集体应对。在东盟内部号召加强合作以应对地区共同的卫生安全威胁的同时，世卫组织西太区和东南亚区办事处提出了“建立加强传染病监测和应对双区域框架”的设想，并通过了一项名为“与东南亚区加强合作——传染病监测和应对能力提升的双区域战略”的决议。该决议再次指出，“本地区面临共同的卫生安全威胁，但由于在传染病监测和应对能力方面差异大，且东盟十国在世卫组织体系中被割裂开而难以共同应对”。^④ 印尼和泰国成为该决议的重要推动者。印尼在世卫组织体系下隶属东南亚区，由于想与其他隶属西太区的东盟国家加强有关卫生政策的讨论与治理合作，印尼联合澳大利亚推动了双区域合作

^① David P. Fidler, “From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations”, *Chinese Journal of International Law*, Vol. 4, No. 2, 2005, pp. 325-392.

^② Lawrence O. Gostin and Rebecca Katz, “The International Health Regulations: The Governing Framework for Global Health Security”, *The Milbank Quarterly*, Vol. 94, No. 2, 2016, p. 276.

^③ 《亚太新发疾病防控战略：包括国际卫生条例（2005）和禽流感》，世界卫生组织，西太平洋区域办事处，资料号：WPR/RC57/5，2006年，第4页。

^④ *Outbreak Response, Including Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), Influenza, and the Revision of the International Health Regulations*, WHO, Regional Office for the Western Pacific, Document No. WPR/RC55. R5, 2004, pp. 1-4.

□ 当代亚太

的议程设置。^① 时任世卫组织东南亚区主任的萨姆利·普连邦昌 (Samlee Plianbangchang) 来自泰国, 且有为数不少的泰国籍工作人员在世卫组织工作。泰国利用其在全球和本地区卫生议程设置上的影响力推动了双区域合作决议达成。

2005年9月,《亚太地区新发疾病防治战略》(下文简称 APSED) 在泰国和印尼等国家的大力推动, 以及世卫组织西太区和东南亚区的积极配合下应运而生。^② APSED 反复援引“非典”和“禽流感”对地区造成的重创, 将共同威胁认知具体化。它在认可地区内部存在较大卫生能力差异的基础上, 指出“保护地区免受传染病健康威胁的有效性取决于地区内卫生能力最弱的国家”,^③ 以强调所有国家都有责任提升卫生治理能力。同时, 它将“合作”与“能力提升”联系在一起, 指出“联合行动对加强国家和地区卫生能力的有效性将发挥关键作用”, 并暗示如果各国采取集体方式进行能力建设, 将比各国单独行动更能吸引外部融资。^④ 针对缅甸对 IHR 2005 外部评估机制可能导致主权和不干涉原则受损的担忧, APSED 指出, “提升国家防控疾病能力不仅不会损害国家主权, 反倒有利于在卫生危机发生时减少外界干涉”。^⑤ APSED 的讨论过程和文本内容深化了东盟国家对共同卫生安全威胁的认知, 明确了提升卫生治理能力的国家责任, 框定了合作带来的共同收益, 进一步强化了东盟国家的地区卫生安全利益认知。

(二) APSED 下地区卫生合作实践进程保持与集体身份建构

首先, APSED 基于 IHR 2005 国家核心能力建设规范和集体治理规范, 根据地区实际的卫生需求和应对能力, 选择性地“剔除”了部分有争议的要求, 划分出八项核心能力建设目标的先后次序和实施阶段, 为东盟国家加强

^① Sara E. Davies, *Containing Contagion: The Politics of Disease Outbreaks in Southeast Asia*, p. 98.

^② 尽管从表面上看, APSED 试图囊括整个亚太地区, 但东盟成为讨论、推动和实施 APSED 的主要场域, 其地区卫生合作制度完整反映了 APSED 的核心内容, 是其实体化体现。

^③ *Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases*, WHO, Regional Office for South-East Asia and the Western Pacific, ISBN: 9290612096, 2005, pp. 1-41.

^④ Ailan Li and Takeshi Kasai, “The Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases: A Strategy for Regional Health Security”, *Journal of Western Pacific Surveillance and Response*, Vol. 2, No. 1, 2011, pp. 6-9.

^⑤ Sara E. Davies, *Containing Contagion: The Politics of Disease Outbreaks in Southeast Asia*, p. 173.

应对卫生安全威胁的能力、实施 IHR 2005 “最低要求”提供了切实可行的指导。例如，IHR 2005 要求各国及时、透明地自主报告疫情，在某种程度上与东盟“不干涉内政”原则相冲突，世界卫生组织试图对各国的履约情况进行外部评估的计划遭到缅甸等国的反对。于是，APSED 暂时搁置了有争议的目标，将“监测和应对能力、实验室能力、风险沟通能力”列为地区优先建设目标，^① 并加强对登革热等地方病的关注。同时，它采用“结构化能力建设”的方式来增加地区的自主性，在国家层级上允许各国根据自身卫生能力制定国家工作计划，在地区层次上将“IHR 2005 核心能力建设指标”和各国填写的“核心能力建设实施进度”相结合，允许国家在具体领域根据自身情况自主设定标准，^② 保证所有国家能通过持续的实践进程产生一种普遍的地区义务感。^③ 针对缅甸和柬埔寨自我评估准确度较差的问题，APSED 设置了“地区评估练习培训班”。针对东盟国家控制疫情信息的偏好，APSED 鼓励国家通过官方渠道第一时间报告疫情信息以建立民众对政府的信任，并协助马来西亚制定东盟地区风险沟通计划、设计风险沟通培训模块、主办地区培训班。^④

其次，APSED 通过支持东盟 10+3 新发传染病项目来推进地区监测和实验室能力建设。老挝建立了国家传染病协调委员会、国家新发传染病控制办公室以及 IHR 国家联络点。^⑤ 印尼成立了国家级防控人畜共患病委员会，缅甸也重组了人畜共患病协调机制。泰国为地区提供了包括实验室、快速反应小组（RRT）、病毒中心和实验技术在内的疾病监测和检验资源，^⑥ 开展了“训练培训者工作坊”（APSED Training-of-trainers Workshop）、现场流行病学培训项目（FETP）和改良的现场流行病学培训。^⑦ 在监测系统方面，

① *Securing Our Region's Health: Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases*, WHO, Regional Office for South-East Asia and the Western Pacific, ISBN: 9789290614739, 2010, p. 14.

② 《亚太地区新发疾病防治战略和国际卫生条例（2005）》，世界卫生组织西太平洋区域办事处，2010年，资料号：WPR/RC61/9，第36页。

③ Sara E. Davies, *Containing Contagion: The Politics of Disease Outbreaks in Southeast Asia*, p. 106.

④ *Securing Our Region's Health: Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases*, p. 69.

⑤ *Legal Preparedness for Responding to Disasters and Communicable Disease Emergencies in Lao PDR: Study Report*, Kuala Lumpur: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies and Asian Development Bank, 2009, pp. 36-58, https://disasterlaw.ifrc.org/sites/default/files/media/disaster_law/2020-09/IDRL_Red-Cross-Report-Laos_v27-ENG.pdf.

⑥ 张蕾：《国家能动性 with 公共卫生治理规范的双向建构：以泰国参与东南亚公共卫生治理为例》，载《东南亚研究》2020年第2期，第73页。

⑦ *Securing Our Region's Health: Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases*, p. 43.

□ 当代亚太

东盟国家在 APSED 框架下，与联合国粮农组织、世界动物卫生组织、世界卫生组织以及动物疾病全球预警系统（GLEWS）建立了更紧密的合作网络，^① 针对监测和快速反应小组的培训也扩展到地方层级。^②

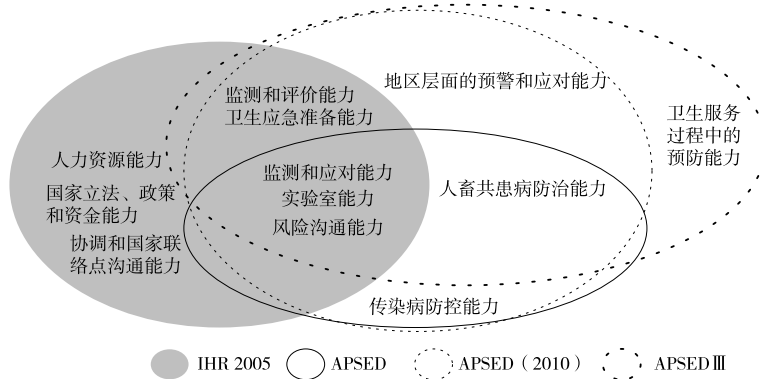


图 2 国际卫生治理规范与地区本土卫生治理规范中核心能力建设目标的关系图

资料来源：同图 1

说明：IHR 2005 是 2005 年修订的《国际卫生条例》的简称，是目前基础性的国际卫生治理规范。ASPED、APSED（2010）和 ASPED III 分别是《亚太地区新发疾病防治战略》《亚太地区新发疾病防治战略（2010）》和《亚太地区新发疾病及突发公共卫生事件战略》的简称，是 2005 年至今亚太地区本土卫生治理规范在不同时间阶段的不同演化版本。其中，APSED 于 2005 年被制定，APSED（2010）于 2010 年被制定，APSED III 于 2016 年被制定

最后，建立政治—技术合作网络。东盟秘书处于 2007 年开始出席 APSED 伙伴论坛并参与行政运作，还搭建了囊括执行和咨询功能的组织制度。伙伴论坛在执行层次上参与政策的制定和资助活动的实施。^③ 技术咨询小组（TAG）通过提供技术建议、召集项目工作组、确定外部顾问、评定和修订计划，为秘书处和伙伴论坛提供本土知识。

^① *Taking a Multisectoral, One Health Approach: a Tripartite Guide to Addressing Zoonotic Diseases in Countries*, WHO, FAO and OIE, 2019, pp. 5-18, <https://www.fao.org/3/ca2942en/ca2942en.pdf>.

^② *Bi-Regional Consultation on Emerging Diseases: 14-16 July 2009, Bangkok, Thailand*, WHO, Regional Office for South-East Asia, Document No. SEA-CD-194, 2009, p. 17.

^③ 《亚太地区新发疾病防治战略和国际卫生条例（2005）》，第 39 页。

2010年, 世卫组织对全球应对“甲流”大流行^①的有效性评估显示, “APSED是有效指导本地区各国集体提升新发疾病早期监测和快速反应能力, 建立伙伴关系增进合作的共同规范纲领”。^② 2007年, 东盟地区仅有一半国家的流感中心有能力开展流感病毒诊断多聚酶链式反应, 而到了2009年, 大多数国家的流感中心都能遵循全球外部质量评估规划指南进行持续而可靠的诊断。^③ 尽管东盟国家在传染病防范和监测系统上仍存在明显差距, 但都呈现出对IHR 2005遵从能力的提升,^④ 东盟国家针对大流行防备工作的外部融资也达到历史最高水平。^⑤ 同时, 大多数东盟国家, 包括卫生治理能力较差的柬埔寨和老挝, 以及起初在政治上有所抵制的缅甸, 都试图增加由国家主导的传染病信息报告。泰国、越南和新加坡制定了国家大流行防备和应对计划, 并将疾病监测和应对能力纳入国家卫生法制化建设。^⑥ 良好的实施效果增强了东盟国家保持合作的意愿,^⑦ 在持续的实践进程中, 东盟国家构建起共同的卫生治理愿景, 日渐产生出彼此信任和相互依存的合作关系, 进而孕育出地区卫生合作治理的集体身份。

(三) 地区卫生合作制度化与 APSED 在应对新冠疫情中的作用

东盟国家在 APSED 框架下进行能力建设为地区卫生合作的渐进式制度化提供了技术支持和能力保障。APSED 利用东盟现有的地区合作平台, 通过协调监测、预防和控制方面的国家间合作,^⑧ 促进了东盟国家卫生治理和危机应对能力的提升。在 APSED 框架下, 包括柬埔寨、老挝、缅甸在内的

① 根据世界卫生组织的定义, “大流行”是一个专用术语, 指“一种新疾病在全球范围内的传播”。

② 《亚太地区新发疾病防治战略和国际卫生条例(2005)》, 第1~2页。

③ Piya Hanvoravongchai *et al.*, “Pandemic Influenza Preparedness and Health Systems Challenges in Asia: Results from Rapid Analyses in 6 Asian Countries”, *BMC Public Health*, Vol. 10, No. 1, 2010, pp. 1-11.

④ “How will the Global Response to the Pandemic H1N1 be Reviewed”, WHO, April 12, 2010, https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/review_committee/en/, 2021-04-12.

⑤ Richard J. Coker *et al.*, “Emerging Infectious Diseases in Southeast Asia: Regional Challenges to Control”, *Lancet*, Vol. 377, Issue. 9765, 2011, pp. 599-609.

⑥ *Securing Our Region's Health: Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases*, p. 42.

⑦ 《亚太地区新发疾病防治战略》, 世界卫生组织, 西太平洋区域办事处, 2016年, 资料号: WPR/RC67/9, 第2~16页。

⑧ *Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases Progress Report 2015: Securing Regional Health*, WHO, Regional Office for the Western Pacific, ISBN: 9789290617310, 2015, p. 35.

□ 当代亚太

大多数东盟国家都建立了国家级现场流行病学培训。^① 印尼建立了改善社区疾病监测的快速反应小组，老挝的实验室能力也有所提高。^② 柬埔寨建成了实验室信息管理系统（LIMS），提升了当地实验室数据收集、分析和共享的能力。新加坡加强了公立医院临床实验室的诊断能力，并为东盟地区提供实验室能力培训；菲律宾制定了临床标准化手册，并提供了相应的培训。泰国为其他国家提供了卫生突发事件风险评估培训、现场流行病学培训、联合应对“埃博拉”培训，并制定了桌面演练基本计划和标准。^③ 在风险沟通方面，老挝设置了中央和地方联络工作队，并对疫情信息呈报条例化；柬埔寨设立了风险沟通小组，对各级工作人员进行风险沟通培训；^④ 越南卫生部设立部级紧急通信委员会，制定卫生紧急情况风险沟通战略，开展大流行遏制演习。东盟国家参与 APSED 的实践提升了构建机制的能力，为地区卫生合作机制的运行提供了技术支持。

在应对新冠肺炎疫情的过程中，东盟的地区卫生合作机制得到进一步发展。疫情刚爆发时，东盟公共卫生应急行动中心网络（ASEAN EOC Network）和生物离散虚拟中心（ABVC）等合作机制相继成立。这些机制与 APSED 框架下建立起来的大流行防范和应对机制相互配合，主要通过旅行限制、边境关闭、社会距离指示、大规模检测等措施促进地区合作抗疫计划的推进。^⑤

① *Securing Regional Health through APSED: Building Sustainable Capacity for Managing Emerging Diseases and Public Health Events: Progress Report 2012*, WHO, Regional Office for the Western Pacific, ISBN: 9789290615941, 2012, p. 16.

② Piya Hanvoravongchai *et al.*, “Pandemic Influenza Preparedness and Health Systems Challenges in Asia: Results from Rapid Analyses in 6 Asian Countries”, p. 322.

③ *Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases Progress Report 2015: Securing Regional Health*, pp. 5-24.

④ *Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases Progress Report 2013: Securing Regional Health*, WHO, Regional Office for the Western Pacific, ISBN: 9789290616313, 2013, pp. 38-39.

⑤ Mely Caballero-Anthony, “ASEAN’s Multilateral Path through the Pandemic”, *Current History*, August 20, 2020, pp. 224-225, <https://online.ucpress.edu/currenthistory/article-abstract/119/818/222/111343/ASEAN-s-Multilateral-Path-Through-the-Pandemic>.

弥合“雄心”与“低能”□

表 1 东盟地区卫生合作机制与国际卫生治理规范要求

IHR 2005 核心能力规范要求	东盟地区卫生合作机制
预防	东盟卫生部长会议 (AHMM) 东盟卫生发展高官会 (SOMHD) 东盟动物卫生信托基金 (ASEAN Animal Health Trust Fund) 东盟 10+3 新发传染病项目 (APT EID) 东盟 10+3 全民健康覆盖网络 (APT UHC Network) 东盟传染病专家组 (ASEAN Experts Group on Communicable Diseases, AEGCD) 东盟大流行防备和应对工作组 (ASEAN Technical Working Group on Pandemic Preparedness and Response, AWGPPR) 东盟食品安全风险评估中心 (ASEAN Risk Assessment Centre for Food Safety, ARAC) 东盟高致病性禽流感特别工作组 (ASEAN HPAI Taskforce) 东盟动物卫生信息系统 (ASEAN Regional Animal Health Information System, ARAHIS) 东盟动物健康和生产信息系统 (Animal Health and Production Information System for the ASEAN, AHPISA) 联合应对传染性登革热病网络 (United in Tackling Epidemic Dengue, UNITEDengue) 东盟动物卫生和人畜共患病协调中心 (ACCAHZ)
监测	湄公河流域疾病监测项目 (MBDS) 东盟 10+3 联合实验室 (APL) 东盟 10+3 现场流行病学培训网络 (APT FETN) 东南亚传染病临床研究网络 (South East Asia Infectious Disease Clinical Research Network, SEAICRN) 东盟热带病药物与诊断创新网络 (ASEAN NDI) 东南亚教育部长组织热带医学与公共卫生网络 (SEAMEO-TROPMED Network) 东盟生物离散虚拟中心 (ABVC)
应对	东盟灾害管理与应急响应协议 (AADMER) 东盟灾害管理人道主义救援协调中心 (AHA) 东盟风险沟通资源中心 (ASEAN Risk Communication Resource Centre, RCRC) 东盟军事医学中心 (ACMM) 东盟公共卫生应急行动中心网络 (ASEAN EOC Network) 东盟公共卫生协调委员会紧急情况工作组 (ACCWG-PHE)

资料来源：笔者结合相关资料整理，参见 Gianna Gayle Herrera Amul and Tikki Pang, “Regional Health Security: An Overview of Strengthening ASEAN’s Capacities for the International Health Regulations”, pp. 38-39

(四) 本土卫生治理规范演化与渐进式卫生能力提升路径

在长达十五年的实践进程中，APSED 作为帮助东盟地区实现 IHR 2005

□ 当代亚太

核心能力要求的地区本土规范，也随着地区卫生治理能力和需求的变化，实现了从最初的版本到 APSED（2010）再到 APSED III 的自我演化。通过降低标准和设立优先次序，APSED 保证了东盟国家最大限度地持续参与地区卫生合作，并与地区内外利益相关方保持互动。同时，通过逐步削弱本土行为体对国际规范的抵制，促进引领性地区卫生治理观念和路径偏好的形成。当本土规范被地区所广泛接受，并引发较稳定的制度化时，其工具性作用逐渐增强，并通过增强与国际规范的一致性来继续助力地区卫生合作的发展。

表 2 APSED、APSED（2010）和 APSED III 的对比

领域	APSED	APSED（2010）	APSED III
愿景和目标	强调对管理新发传染病的迫切需求	强调对新发疾病和其他卫生紧急事件的“集体责任”	强调对突发卫生事件和卫生安全承担“集体责任”，加强突发卫生事件的准备和应对能力
具体目标	五个相互关联的目标——降低风险、早期探测、快速反应、有效准备、长期合作关系	五个相互关联的目标——降低风险、早期探测、快速反应、有效应急准备、长期合作关系	六个相互关联的目标——有效准备、降低风险、早期探测和评估、应对和后续恢复、战略合作伙伴和可持续筹资、加强预防
重点领域	五个重点领域——监测和应对、实验室能力建设、人畜共患病的防治、传染病的防控、风险沟通	八个重点领域——监测、风险评估与应急响应；实验室能力建设；人畜共患病的防治；传染病的防控；风险沟通；卫生应急准备；地区层面的预警和应对；监测和评价	八个重点领域——突发卫生事件的准备；监测、风险评估和应对；实验室能力建设；人畜共患病的防治；卫生服务过程中的预防；风险沟通；准备、预警和应对；监测和评价
范围	新发传染病	包括新发疾病在内的所有卫生安全威胁	以突发卫生事件为核心的所有卫生安全威胁
时间	5 年	5 年	5~8 年，灵活的实施时间设定
发展过程	“自上而下”的方法，通过各种评估和评价来支持执行，并借鉴“非典”的经验教训	“自下而上”的办法，加强国家和地区层面的磋商，并借鉴 2009 年“甲流”的经验教训	“自下而上”的办法，通过加强国家和地区层面的磋商，建立在先前的规范、实施经验、评估和各国反馈的基础上

实施方式	循序渐进的方法，以确保具备“最低能力”； 标准化方式，在实施过程中灵活性较低； 更关注资源缺乏和能力欠缺的国家	满足核心能力的基本要求； 非标准化的方法，在设计 and 执行时更加灵活； 继续关注资源缺乏和能力欠缺的国家，也确保地区内所有国家的充分参与	加强核心能力建设，实现国际规范要求； 非标准化的方法，保持灵活性，但加强了联合外部评估； 确保地区内所有国家的充分参与
------	---	--	---

资料来源：Ailan Li and Takeshi Kasai, “The Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases: A Strategy for Regional Health Security”, p. 8; APSED III 部分为笔者根据相关资料整理添加

2005年，APSED 基于地区实际卫生能力和当时最紧迫的卫生治理需求——防控“禽流感”，提出了建设“最低限度”的卫生治理能力目标。它将 IHR 2005 的“全球—国家”疾病防控能力建设体系扩展为“全球—地区—国家”三个层级，强调对不同国家卫生系统和卫生治理能力差异的重视。随着东盟各国卫生治理“最低能力”的基本形成，2010 年技术咨询小组“自下而上”推动了本土规范演化。针对 APSED 在实施过程中地区内各国评估标准不统一以及缺乏监督的情况，APSED (2010) 将“监测与评价”加入重点建设的领域中，并把东盟已有的人道主义紧急救援机制纳入新实施的计划。^① 修订后的 APSED (2010) 在保持本土自主性与灵活性的同时，明确了其帮助地区实现 IHR 2005 规范要求的定位，并在结合地区实际能力和需求的基础上，将治理目标提升为“满足 IHR 2005 核心能力的基本要求”。^② 它涵盖的卫生治理内容、发展过程、实施方式以及体系的完整程度都与 APSED 有所不同，要求各国无论能力强弱，都要采取集体行动来应对共同的卫生安全威胁。^③ 在这一时期，本土规范在内容上显示出了更强的国际规范遵从性和一致性，在实施方式上已基本形成本土特色，更关注地区内所有国家的充分参与。

随着本地区卫生治理能力的持续增强以及地区卫生合作机制的逐步建

① *Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases: Technical Papers*, WHO, Regional Office for South-East Asia and the Western Pacific, 2010, p. 4, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204798>.

② *Biregional Consultation on the Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases and Beyond*: Kuala Lumpur, Malaysia, 24-27 May 2010, WHO, Regional Office for the Western Pacific and South-East Asia, Document No. RS/2010/GE/21 (MAA), 2010, pp. 7-12

③ Ailan Li and Takeshi Kasai, “The Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases: A Strategy for Regional Health Security”, p. 6.

□ 当代亚太

立，地区专家共同体于 2015 年再次提出修订建议，以更适应地区实际能力的发展和需求的变化，并与全球环境更加契合。修订后的 ASPED III 再次提升了治理目标，要求地区内各国加强卫生领域的核心能力建设，实现国际卫生治理规范要求，并将自己定位为“与 IHR 2005 相一致的地区性工具”，是促进地区实现集体治理规范和核心能力建设规范渐进路径中的最高层级。在这条渐进式核心能力建设的路径中，APSED 作为引领性的本土规范，随着地区卫生合作实践进程发生着持续的自我演化，其在核心能力建设要求上与 IHR 2005 的一致性越来越高。

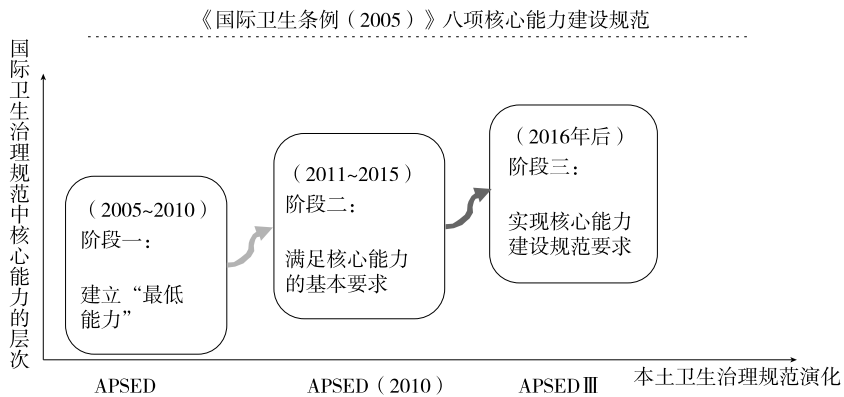


图 3 《国际卫生条例》核心能力建设的“渐进式”路径与本土规范演化

资料来源：Developing ASPED III : Information for Member State Consolation, WHO, Manila and Delhi: Regional Office for South-East Asia and the Western Pacific, 2016, p. 10, http://164.115.45.89/th/file/ghsa2016/09_05_2016/whoapsediii_consultfinalvapr2016.pdf

新冠肺炎疫情暴发后，虽然疫情应对效果仍存在明显的国家间差异，^①但 ASPED 长期以来帮助东盟国家提升核心能力，为地区有效应对疫情提供了有力支撑。^②在该框架下建立起来的监控、预警和响应机制以及实验室体系增强了国家抗疫能力，风险沟通培训和卫生应急双层协作模式增进了地区

① Jane K. L. Teh *et al.*, “Multivariate Visualization of the Global COVID-19 Pandemic: A Comparison of 161 Countries”, *PLoS One*, Vol. 16, No. 5, 2021, pp. 7-8.

② Takeshi Kasai, “From the ‘New Normal’ to a ‘New Future’: A Sustainable Response to COVID-19”, *The Lancet Regional Health-Western Pacific*, Vol. 4, No. 1, 2020, pp. 1-2.

合作。^① 东盟国家在地区全面复苏框架中也明确提到“有必要继续支持 APSED 的实施以促进地区卫生治理能力的提升”。^② 东盟成员国在 APSED 框架下获得了试剂和其他实验材料，柬埔寨国家实验室获得了设备支持，老挝、菲律宾和文莱获得了评估培训和应急行动技术支持，除泰国和新加坡之外的东盟国家都获得了基因测序技术的实验室技术援助，马来西亚、菲律宾和印尼获得了社区流动人口疫苗接种动员的技术和人力支持。^③

此外，ASPED 技术咨询小组也为地区内国家迅速启动疫情应对措施提供了重要技术支持。在 2020 年和 2021 年召开的 APSED 技术咨询小组会议上，与会专家在总结本地区应对新冠肺炎疫情经验的基础上，为下一阶段地区行动设置了两套方案，以应对不同的疫情形势演变。同时，技术咨询小组建议建立地区和国家应急融资机制，并就疫苗、社区卫生措施、卫生系统资源配置、监测、实验、边境防控措施、风险沟通、密切接触者识别和追踪等问题制定了技术路线，并对地区内国家展开指导。^④ 随后召开的伙伴论坛提供了抗疫融资平台，世卫组织两个地区办公室与亚洲开发银行、世界银行等机构举行了关于地区合作抗疫融资的会议，得到了来自 213 个合作伙伴和 73 个捐资伙伴的支持。^⑤ 同时，技术咨询小组建议，应基于本地区应对新冠肺炎疫情的经验，在 2023 年内完成对 APSED 的更新，以保持对地区卫生治理的引领。

① *Virtual Meeting of the Biregional Technical Advisory Group (TAG) on the Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases and Public Health Emergencies (APSED III): Advancing Implementation of the International Health Regulations (2005)*, Manila, Philippines, 27-29 July 2021; *meeting report*, WHO, Regional Office for the Western Pacific, Document No. RS/2021/GE/14 (Virtual), 2021, p. 6.

② *ASEAN Comprehensive Recovery Framework*, ASEAN, 2020, <https://asean.org/book/asean-comprehensive-recovery-framework/>, 2022-02-24.

③ *Progress Reports on Technical Programmes: Health Security, Including Antimicrobial Resistance, Noncommunicable Diseases and Ageing, Climate Change, the Environment and Health, Reaching the Unreached, Driving the Vision of For The Future*, WHO, Regional Office for the Western Pacific, Document No. WPR/RC72/8, 2021, pp. 4-6.

④ *Covid-19 In the Western Pacific Region*, WHO, Regional Office for the Western Pacific, Document No. RC72/INF/2, 2021, pp. 3-10.

⑤ *Virtual Meeting of the Biregional Technical Advisory Group (TAG) on the Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases and Public Health Emergencies (APSED III): Advancing Implementation of the International Health Regulations (2005)*, Manila, Philippines, 27-29 July 2021; *meeting Report*, pp. 37-40.

□ 当代亚太

五、结 论

全球治理的“区域转向”与区域国别研究“实践向度”的扩展为研究地区卫生治理提供了新的视角和思路。本文借鉴国际关系中的实践理论和规范本土化理论，构建了规范本土化与合作制度化在多重实践进程中互动演进的逻辑，并通过对东盟的地区卫生合作进行事实梳理，完成了对理论框架的初步验证。本文强调对非西方实践的关注，并为全球卫生治理提供“以地区框架解决全球问题”的思路。其一，规范本土化与渐进式制度发展是东盟在地区情境下“化劣势为优势”的手段，为欠发达国家和地区提升卫生治理能力提供了独特思路。其二，在当今全球卫生治理结构存在明显缺陷的情况下，地区对全球治理结构的连接、缓冲作用，以及对治理资源的整合、再分配作用得以凸显。地区治理与跨地区合作将成为全球卫生治理的新形式，与现有体系兼容共存。其三，有必要将多元参与者纳入全球与地区卫生治理体系，创造有利的政治环境，促进规范性和技术性知识转移。

著作权使用声明

本刊已许可专业网络学术传播机构（如中国知网、国家哲学社会科学文献中心）以数字化方式复制、汇编、发行、信息网络传播本刊全文。本刊支付的稿酬已包含网络著作权使用费，所有署名作者向本刊提交文章发表之行为视为同意上述声明。如有异议，请在投稿时说明，本刊将按作者说明处理。

methods, competition objects, application fields, and participants. The article demonstrates that with the changes in the technological situation and competition situation, the US AI policy tools show two orientations of power and survival. However, the US's focus on relative benefits makes it impossible to get rid of the security dilemma under either orientation. To avoid the escalation of the Sino-US AI competition due to the security dilemma of the United States, it is necessary for China to form a toolbox that integrates countermeasures to promote the development of AI in China, counter US suppression and counterattack against US slander in order to help to build a global AI cooperation mechanism and security pattern.

Key Words: Artificial Intelligence; The Application of Policy Toolkit; Security Trends

About the Authors: Que Tianshu is a Professor at the East China University of Political Science and Law School Department of Political Science and Public Administration; Yan Shanshan is a MA Student at the East China University of Political Science and Law School Department of Political Science and Public Administration; Wang Luyao is a MA Student at the East China University of Political Science and Law School Department of Political Science and Public Administration

Bridging Ambition and Low Capacity: The Synergy of Norm Localization and Institutionalized Health Cooperation in the ASEAN Region

Zhang Lei

Abstract: Global health governance is deeply impacted by regional activities, and the enhancement of health governance capacity in developing countries and regions has become a critical factor in determining the effectiveness of global health governance. On the basis of analysis of archival documents and expert interviews, this article considers the progress of ASEAN in regional health cooperation on infectious diseases. It argues that in practice, the synergy of norm localization and institutionalized cooperation advance the evolution of regional health cooperation. On one hand, the norm localization creates perceptions of shared interests and collective identity, which drive the institutionalization of regional health cooperation. On the other hand, the continuous development of regional health governance institutions becomes an important reference for the evolution of localized norms, which will result in the continuation of norm localization. An in-depth understanding of interactions between norms, concepts, identities, and institutions in ASEAN's regional health cooperation will benefit global health governance reform, safeguarding China's neighboring health security as well as construction of a community of common health for mankind between China and ASEAN.

Key Words: Norm Localization; Regional Cooperation; ASEAN; Public Health Governance; Anchoring Practice

About the Author: Zhang Lei is an Assistant Researcher in the Yunnan University Institute of International Relations and Belt & Road Initiative Studies