

# 东盟公共卫生合作的制度化路径与特点

汤蓓 梁潇

(上海外国语大学 国际关系与公共事务学院,上海 200083;上海外国语大学 法学院/卓越学院,上海 200083)

**摘要:** 东南亚地区具有独特的经济、政治、自然条件,面临着一系列类似的地区性公共卫生风险,这一现实推动了以东盟为基础建立的区域卫生合作机制。在抗击跨国传染性疾病的过程中,东盟逐步发展出以社会文化共同体为基本框架的合作机制,并形成了通过联合宣言与声明带动具体领域合作的实践路径。在危机面前反应迅速、由具体成员国牵头开展信息交流与能力建设合作,以及借助区域外国家与国际组织的力量是东盟国家开展公共卫生合作的主要路径,体现了东盟的团结与对公共卫生议题的高度重视。但是,也应看到,东盟各国对主权的关切、跨部门协调不足以及地区整体社会发展水平的局限制约了东盟区域性卫生合作的制度化进程。在应对新冠肺炎疫情的过程中,东盟及时启动了地区与跨地区层面的对话与政策协调机制,但在细化具体防控政策和组织集体行动上的合作尚处于起步阶段。

**关键词:** 卫生安全; 区域性组织; 制度化; 东盟

**中图分类号:** D814.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1003-9856(2020)04-0001-11

DOI:10.14073/j.cnki.nywtj.2020.04.001

区域一体化为经济合作提供机会,也让跨国传染性疾病预防表现出很强的地区性特征。东盟地区发展中国家集中,人口增长、社会变迁以及森林砍伐、全球变暖导致的环境变化使得该地区成为新发传染病传播的热点地区。<sup>[1]</sup> 本世纪以来,东南亚地区已经多次暴发新型病毒引起的公共卫生事件,如严重急性呼吸系统综合症(SARS)、甲型H5N1流感等。因为人口众多,在本次新冠肺炎疫情中,该地区同样值得重点关注。

21世纪以来,东盟国家越来越关注由跨国传染性疾病预防带来的非传统安全问题,区域性卫生合作也在加强,既包括完善地区制度设计,也包括为保护并促进人口健康的目的而采取新的行动手段。本文试图回顾东南亚国家对地区性卫生合作机制的构建与实际运作,梳理地区机制的优势与不足之处,并分析东盟这一地区性框架的未来发展方向。

## 一、东盟地区面临的公共卫生风险

根据《国际卫生条例》的定义,公共卫生风险是指发生不利于人群健康事件、特别是可在国际

收稿日期:2020-06-07

基金项目:国家社会科学基金项目“国际机制复合体与人类生命健康共同体建构研究”(20BGJ009)

作者简介:汤蓓,女,江苏南通人,上海外国语大学国际关系与公共事务学院副研究员,法学博士;梁潇,男,江苏南京人,上海外国语大学法学院/卓越学院17级本科生。

上播散或构成严重和直接危险事件的可能性。<sup>[2]</sup> 作为新发传染性疾病的极高危区域,东南亚地区疾病种类繁多,为低收入国家带来了沉重的健康与经济负担。该地区面临的公共卫生风险包括两个层面的挑战:一是在全球化背景下,其他地区发生的公共卫生事件、特别是跨国传染性疾病的流入而对地区国家产生影响;二是由本地区特性带来的独特卫生挑战。

一方面,东盟国家与其他地区,尤其是邻近地区的经济、文化交流密切。东盟与中国、日本、韩国、印度、澳大利亚和新西兰均签署了自由贸易协定,与区域外国家的贸易量要大大高于东盟内部。<sup>[3]</sup> 经济上的紧密来往也增加了人员流动的频率,加之国际交通的日益发达,使得东南亚地区极易受到跨国传染性疾病的侵扰。例如 SARS 在新加坡、菲律宾、泰国、马来西亚等地的致死率都高于世界平均值,其中新加坡体量虽小,确诊病例数却仅次于中国、加拿大;<sup>[4]</sup> 甲型 H5N1 流感进入东南亚后进一步传播,造成的影响远超疫情首次暴发地区,至今仍未彻底平息;在新冠肺炎疫情中,新加坡约 60% 的确诊病例是外籍劳工,外籍劳工宿舍的病毒感染率约为 0.83%,要比新加坡普通社区感染率高出近 40 倍。<sup>[5]</sup>

另一方面,东南亚的自然环境与地区发展水平也使其面临一些特别的公共卫生挑战。一是与热带气候密切相关的传染性疾病多发。例如,厄尔尼诺现象的强度是泰国登革热暴发的预测指标之一。<sup>[6]</sup> 雨季来临时,蚊子会在积水较多的地方迅速、大量繁殖,越南南部等高温多雨的天气状况与当地居民储存雨水的生活习惯为蚊子繁殖提供了温床。而且,这一疾病在东南亚地区的暴发周期由平均 10 年缩短到 3-5 年,平均每年的病例数达到 290 万,仅在 2010 年造成的经济损失就高达 9.5 亿美元。<sup>[7]</sup> 另一种经蚊虫传播的疾病——疟疾,也普遍存在于热带及亚热带地区位于赤道周围的广大带状区域,东南亚的自然环境非常适宜疟蚊的滋生,确诊病例和死亡病例仅次于非洲。<sup>[8]</sup> 在自然灾害方面,东南亚地区也时常遭遇地震和海啸,幸存者易受到传染性疾病或日益恶化的卫生状况的威胁。洪水和死水容易孳生蚊虫,在人员拥挤又缺乏公共卫生产品的条件下,可加剧个人和群体染病的危险。二是东南亚地区以发展中国家为主,发展不均衡造成农村地区面临比城市更大的公共卫生威胁。比如,湄公河区域中的城市地区几乎没有疟疾流行,但在农村地区,包括国境线以及森林边缘地区,这一疾病就相当流行。<sup>[9]</sup> 同时,由于该地区中使用未经改善的卫生和饮用水系统的人数占比较高,腹泻性的疾病造成的威胁也不容小觑。柬埔寨和老挝人口中,能使用经过安全处理的饮用水的比例仅为 25.8% 和 16.1%,其中农村人口仅为城市人口的三分之一。<sup>[10]</sup> 霍乱的最近一次全球性大暴发正始于东南亚,前往该地区的游客也时常受到感染痢疾、旅行者腹泻的困扰。

此外,该地区的人畜共患传染性疾病的问题也十分突出。例如,东南亚地区是受甲型 H5N1 流感影响最大的地区,确诊病例占全球总数的 48.7%,死亡病例比例也高达 63.5%。<sup>[11]</sup> 近年来,禽类集约化生产体系在越南、老挝、泰国等国逐步发展,却也导致养殖基地成为潜在的疫情暴发地。而且,为减少成本而在市场混养动物的情况广泛存在,客观上导致病毒跨物种传播的可能性上升。<sup>[12]</sup> 2008 年,联合国粮农组织、世界动物卫生组织与世卫组织专门编写了《人畜共患病:国家层面上动物卫生与人类健康部门的协作的指南》,供情况最严峻的东南亚区域和西太平洋区域使用。

最后,有效监测系统的缺失也进一步扩大了东南亚地区的公共卫生风险。监测系统是疾病控制的基础,有效的监测系统可以及时发现疫情、应对疾病扩散以及促进对疾控手段的评估。东南亚地区许多传染性疾病起源于人畜共患病,但是与其他资源匮乏的地区一样,相关国家对动物健康进行监测的能力并不发达。<sup>[13]</sup> 而且,越南等国的私营医院大量存在,在接诊疟疾等传染性疾病时往往并不及时上报,导致该国疫情的传播情况往往被严重低估。<sup>[14]</sup> 疾病监测体系的失灵不仅让疾病预防与控制变得更加困难,而且让制定兼顾公共卫生与社会经济现实的政策与战略也变得极具挑战性。<sup>[15]</sup>

另外,近年来东南亚地区区域内的经济、政治移民和难民问题带来了独特的公共卫生挑战。移

民和难民的居住条件拥挤且卫生条件堪忧,特别是其中的非法偷渡者,难以获取公共卫生服务,在卫生风险面前表现得格外脆弱。如在2015年,满载孟加拉人和罗兴亚人的偷渡船试图通过水路前往泰国、印度和马来西亚,沿岸国家愿意提供燃料、食物和用水但拒绝船只靠岸。偷渡者因为走私船过度拥挤、卫生条件差而染患疾病,引起了国际关注的“罗兴亚船民危机”;<sup>[16]</sup>2020年5月15日,联合国难民署称孟加拉国考克斯巴扎尔的难民营已报告了首批新冠病毒确诊感染病例,病毒在人口稠密的难民定居点传播所造成的潜在影响令人担忧。<sup>[17]</sup>

综上所述,东南亚地区由于地理环境的特性与社会经济发展水平的限制,面临着较高的区域性公共卫生风险。这不仅使得该地区成为维护全球卫生安全的关键节点,而且疾病多发也成为地区经济发展的不利因素。仅2003年的SARS暴发,就为该地区带来180亿美元的经济损失;禽流感的暴发也沉重地打击了禽类产品的出口,2.2亿家禽死亡或被扑杀,对亚洲禽业部门造成的经济损失估计约为100亿美元。<sup>[18]</sup>可以说,东南亚地区具有强烈的动力开展公共卫生领域的协调与合作。

## 二、东盟公共卫生合作机制的变迁

尽管在全球层面上存在世界卫生组织作为维护国际公共卫生安全的主要机制,但是东南亚国家依然看到了建立区域性合作机制的必要性。首先,地理意义上的东南亚11国在世界卫生组织的区域划分上分属两个办事处——东帝汶、印度尼西亚、缅甸、泰国属于东南亚区域,文莱、柬埔寨、老挝、马来西亚、菲律宾、新加坡、越南属于西太平洋区域。区域划分与各国实际交往程度的矛盾导致世界卫生组织开展活动时的不协调。其次,世界卫生组织近年来饱受资金紧缺的约束,以2018和2019这两年为例,世界卫生组织的预算约为34亿美元,其中用于东南亚国家办公室和地区办公室的仅约2.9亿美元,<sup>[19]</sup>相对于该地区的人口规模而言,这笔经费实属“杯水车薪”。

鉴于此,建立有效的东南亚国家公共卫生合作机制便提上日程。众所周知,东盟是东南亚地区卫生安全合作的主要框架,最早源于1980年第一届东盟卫生部长会议上印度尼西亚、马来西亚、菲律宾、新加坡、泰国五国的卫生部长发表的联合宣言。尽管传统上,东盟的卫生合作采取的是开放式的协调方法——这与“东盟方式”一脉相承,但是2003年的SARS暴发则是真正意义上开启了东盟卫生合作的快速发展时期。这场危机表明,绝大部分国家没有应对传染性疾病的有效措施,区域内针对卫生危机进行协调应对的机制也不成熟。

在此之后,东盟从两条路径对现有的卫生合作机制进行改良。一方面,东盟加强了对国家和区域级别疾病暴发监测的技术性手段。在东盟秘书处的支持下,东盟突发公共卫生事件紧急行动中心网络(ASEAN Emergency Operation Center Network)在成员国的疾病防控官员之间建立了联系网络,实时进行信息分享,向东盟卫生发展高级官员会议以及伙伴国家传递东盟突发公共卫生事件的最新情况,并且追踪东盟成员国在各国行动中心的建设情况。另外,由菲律宾领导的东盟生物离散虚拟中心(ASEAN BioDiaspora Virtual Center, ABVC)致力于大数据分析和可视化,通过航班数据分析疾病跨国传播的潜在风险,并分析在国际出入境点采取措施以防止病毒从境外传入的必要性。除此,东盟还与中日韩三国合作设立了东盟10+3新发传染性疾病计划以及地区实验室能力建设项目,并在2011年设立现场流行病学培训网络(Field Epidemiology Training Network)。东盟国家对于技术领域内的合作往往抱有极大的热情,因为这一类项目事实上进一步加强了东盟制度的核心诉求——加强主权国家的能力与运作。<sup>[20]</sup>而且,东盟框架下的合作也与《国际卫生条例(2005)》中对国家核心能力建设的要求并行不悖。

另一方面,东盟基于现存的卫生合作加强制度化建设。在2003年SARS爆发期间,东盟领导人召开了特别峰会,并发表领导人宣言,表明将加强合作,担负起集体责任,同时加强卫生、移民、海

关、交通和司法部门之间的合作。这种在卫生危机中以联合声明形式拉动具体领域内合作的做法此后得到了延续。2004年1月,东盟国家在泰国曼谷发表《关于当前家禽疾病状况的联合部长声明》,同年11月又通过了关于禽流感防控的部长联合声明。2009年甲型H1N1流感被世界卫生组织宣布为国际关注的突发公共卫生事件后,东盟与中日韩(10+3)卫生部长又专门针对这一问题发布了联合声明。<sup>[21]</sup>2013年,各国又通过《关于采取行动预防和控制登革热的仰光呼吁》,就区域内的登革热暴发议题给出指导意见。

与此同时,东盟共同体的建立则进一步拓展了地区卫生合作的领域,将卫生全面纳入了地区一体化的建设进程。在2007年举办的第13届东盟峰会通过了具有区域性组织基本法性质的《东盟宪章》,重新确立了东盟的法律地位和制度框架,并允许东盟在所有政策领域进行更系统的规划。《东盟宪章》规定,东盟共同体由三大支柱组成:东盟政治安全共同体、经济共同体与社会文化共同体。其中,公共卫生领域属于东盟社会文化共同体支柱之下。这一共同体的决策制定与执行机制包括两个层面:一是东盟卫生部长会议机制,二是东盟卫生发展高级官员会议作为执行机构。东盟卫生部长会议每两年召开一次,在必要时可以组织特别会议,负责决定东盟共同的卫生政策,并对卫生发展高级官员会议的决定和报告审查。卫生发展高级官员会议则每年召开一次,负责战略管理,为卫生发展蓝图的整体实施提供指导,以确保按时实现所有目标。

在这一新的合作框架下,社会文化共同体建立了有关健康与发展的2010-2015年战略框架,以指导卫生治理方面的行动,并着重于建立可负担的卫生保健、医疗服务和药品以及促进健康的生活方式。它重点关注东盟国家防控传染性疾病的能力,并聚焦食品质量安全议题。此外,共同体还将诸如传染性疾病之类的公共卫生问题表述为“安全问题”,促使东盟加强了与美国和欧盟等全球卫生伙伴的合作,以推进国家和区域的大流行病防范。<sup>[22]</sup>在《2025年东盟愿景》《2025年东盟社会文化共同体蓝图》的指导下,东盟卫生合作又通过了《东盟2015年后卫生发展议程》,其中涵盖了卫生部门之间于2016年至2020年间的共同目标、战略、优先项和项目实施计划。为此,东盟还专门建立了4个卫生工作小组,在确定和执行特定优先问题的区域方案方面发挥领导作用。

应该说,东盟卫生安全的制度化建设仍处于进行时,但已经表现出显著的进步。第一,尽管东盟卫生安全合作在很大程度上延续了“东盟方式”的决策模式,即坚持通过协商一致调和分歧、促成合作,但已经开始逐步建立起执行机制。第二,成员国在卫生治理的协调上逐步从经验分享、技术交流等让渡主权较少的领域逐步拓展至具有较高共识度的政策领域。当然,也应认识到,这种政策协调依然有一定的局限性。例如,由于烟草税是政府财政的重要来源,印度尼西亚一直拒绝签署《烟草控制框架公约》,并导致整个东南亚地区在控烟方面落后于国际社会。第三,东盟实力较强的成员国在卫生合作计划的具体实施中扮演了领头羊的作用。例如,东盟突发公共卫生事件紧急行动中心网络是由马来西亚牵头建设的,东盟生物离散虚拟中心则由菲律宾负责领导。这种方式在地区一体化建设依然处于起步阶段时缓解了区域公共物品提供不足的难题,另外,周边区域的大国,如中、日、韩、澳大利亚等,也常常在技术和资金上支持东盟地区的公共卫生能力建设项目。

### 三、东盟制度化卫生合作的典型实践:应对甲型H5N1流感

2003年12月,越南及泰国首次出现甲型H5N1流感感染人类的病例。作为人畜共患病,甲型H5N1流感在普遍以农业、旅游业为支柱产业的东南亚地区产生了严重的公共卫生风险。2004年这一疾病的死亡率高达73%,而且,科学家们判断,不能排除H5N1病毒发生变异并造成人类流感大流行的情况。因而,东盟国家普遍对这一疾病保持了高度警觉。从应对SARS的经验中,各国意识到,对抗传染性疾病不仅要确保对疾病的病因、主要传播方式有清晰的了解,更要在国家之间建

立实实在在的协调与合作。可以说,应对甲型 H5N1 流感是东盟制度化卫生合作的典型案例,地区性合作机制的优势与问题都在其中得到了突出反映。

首先,东盟国家内部开展了结构清晰、分工明确的协调。东盟采取了“两个部门、四个机构”的联动合作机制应对这一公共卫生挑战。“两个部门”是指东盟农业和林业部长会议和东盟卫生部长会议机制,“四个机构”则是上述机制下负责动物健康的东盟畜牧部门工作组、东盟高致病性禽流感特别工作组、卫生发展高级官员会议和东盟传染性疾病预防工作组。东盟试图通过该联动机制制定协调一致的预防、控制政策,并与联合国粮农组织、世界动物卫生组织和世界卫生组织等国际组织保持密切联系。

2005 年 9 月 29 日,在菲律宾大雅台市举行的第 27 届东盟农业和林业部长会议上,高致病性禽流感特别工作组提出了控制并根除高致病性禽流感的区域性政策框架,并将框架下的 8 个具体任务划分给特别工作组的 5 个初始成员:泰国负责建立监管系统,加强对禽流感的诊断能力;马来西亚负责采取遏制措施,进行应急准备,并建立无病区;印度尼西亚负责统一疫苗接种以根除禽流感;新加坡负责建立信息分享系统;而菲律宾负责提升公众对禽流感问题的正确认知。特别工作组还制定了《东盟控制和根除高致病性禽流感工作计划》,将细分的行动项目和所需资金在 2006 年 1 月召开的北京禽流感防控国际筹资大会上公布。<sup>[23]</sup>

东盟还分别加强了在动物性疾病监控与公共卫生领域的能力建设。农业和林业部长会议认识到区域疾病计划中自主性的重要意义,即不能仅仅依靠外来的资金支持,更要由成员国做出政治承诺、建立长效的区域应对机制。2006 年,东盟成立了动物卫生信托基金(ASEAN Animal Health Trust Fund),得到了所有成员国的认捐。难能可贵的是,这一基金确立了强有力的法律框架,以落实问责制和对基金的长期可持续性使用和管理。

其次,东盟还发展出“东盟+”的协调方式,加强与其他国家的合作。东盟依托东盟 10+3 新发传染病计划,加强疾病监测网络、实验室诊断以及快速反应方面的能力,并建立了国际间的抗病毒药物储备网络。2005 年《关于预防、控制和应对禽流感的东亚峰会宣言》中特别强调了能力建设的重要性,并宣布建立抗病毒药物储备网络以确保有效预防疾病传播。H5N1 的患者需要在感染病毒后 48 小时内服用治疗药物达菲以获得最佳疗效,因而快速诊断对于应对疾病十分关键,但是东盟大多数国家依然缺乏这种能力。在东盟内部,特别工作组扮演了帮助成员国开展能力建设的主要任务,泰国、新加坡与马来西亚分别在诊断能力建设、信息分享与紧急应对计划方面提供协调。此外,在 10+3 合作框架下,2007 年 10 月到 11 月,中国在北京举办两期人禽流感实验室诊断技术培训班,为东盟 9 国培训了 18 名人禽流感实验室诊断技术人员。在日本与世界卫生组织的支持下,东盟国家还就禽流感防控开展了名为“全面防治 2007”推演活动(Exercise PanStop 2007)。美国疾控中心、加拿大公共卫生署等专业机构也向东盟国家提供了相关援助。

最后,东盟与其他国际组织的制度性合作也在逐步成型。东盟在政策协调领域的工作得到了亚洲开发银行的支持,后者提供了 33.8 万美元用于加强东盟秘书处在东盟控制和根除高致病性禽流感的区域协调能力。<sup>[24]</sup>该项目旨在对东盟秘书处进行能力建设,以促进和监督《东盟控制和根除高致病性禽流感工作计划》的执行情况,并致力于促成东南亚及其他地区各种应对禽流感的倡议之间的交流合作。子项目聘请顾问协助东盟成员国之间以及与其他利益攸关方之间的技术协调和沟通,并组织一系列区域讲习班,以回应东盟成员国抗击高致病性禽流感以及潜在的人类流感大流行的人才储备需求。

东盟国家对 H5N1 甲型流感的应对得到了国际社会的积极肯定。尽管修订后的《国际卫生条例》尚未正式生效,但是各国政府“继续坚持在 SARS 暴发期间确立的规范与准则,针对重要的公共卫生事件进行透明的信息发布并开展合作应对”。<sup>[25]</sup>另外,东盟内部的卫生合作制度事实上组织起

了一个学习过程,以促进成员国之间对经验和最佳实践的交流。在应对 H5N1 甲型流感期间,东盟国家采取了严格的监控与隔离检疫措施,及时分享在出入境口岸用于体温检测的设备与技术,国家之间还设立了热线电话以保证及时开展交流。尽管与欧盟相比,东盟的决策与政策执行机制更为分散,但在公共卫生议题上,依然比较有效地开展了一系列协调活动。

但是,在这一公共卫生事件的应对中,东盟的合作机制依然面对一些难以在短期内得到克服的结构难题。

首先,对于主权的强烈关注在一定程度上阻碍了部分东盟成员国在公共卫生领域的国际合作。例如,2006 年底,印度尼西亚宣布,由于缺乏国际疫苗公平分配机制,拒绝向世界卫生组织分享 H5N1 病毒毒株,而且,由于印度尼西亚是疫情最为严重的东盟国家,它以可能影响国家形象为由不再发布由禽流感造成的死亡人数。尽管只是个案,但是东盟对于违反国际合作精神的行为,事实上很难有约束力。

其次,尽管东盟建立起了卫生部门之间的合作机制,但 H5N1 这类人畜共患疾病要求政府中的多部门协同防控,而东盟层面上还缺少此类协调机制。例如,东盟秘书处需要根据每个国家卫生系统的具体情况与疾控优先事项来分配资金,但是尽管经过了多次的能力建设,秘书处处在不同部门之间统一预算管理上发挥的作用仍然比较有限。由此带来的实际后果是,东盟在物资援助、信息共享等技术性领域达成了较高的协调程度,但是在防疫政策上仍处于各自为政的局面。而且,尽管东盟在政策表述上将跨国传染性疾​​病称为“安全威胁”,但即便在 H5N1 疫情最高峰之时,也没有将协调支柱转移至政治安全共同体之下以启动更高级别的合作。

最后,东盟在公共卫生合作的制度运作从根本上取决于各国公共卫生体系的能力水平,但是该地区所处的整体发展阶段决定,国家与区域性卫生安全保障无法一蹴而就。东盟国家的社会经济发展水平差异极大,虽然国家具有强烈的合作动力,但却缺乏保证政策有效性的国内政策工具。譬如,越南为了防范 H5N1 的大规模暴发,要求一旦出现禽流感病例,农户必须大量扑灭家禽,但只给予小额补偿。这导致农户为了避免经济损失而隐瞒报告病例。<sup>[26]</sup> 根据约翰斯·霍普金斯大学等联合发布的“2019 全球卫生安全指数”,马来西亚、新加坡、印度尼西亚分居第 18、24、30 名,其他东盟国家都在第 50 名以外。<sup>[27]</sup> 由于卫生防控制度建设前后有别、标准不一,客观上加大了合作对接的难度。事实上,印度尼西亚和越南至今仍是受到 H5N1 甲型流感疫情冲击最为严重的国家,病例数和死亡人数均位居全球前三位。<sup>[28]</sup>

H5N1 甲型流感疫情是对东盟公共卫生制度化合作的第一次测试。东盟在较短时间内即建立起决策协调机制,并开展了一系列技术性合作,显示出区域协调的必要性与巨大的合作潜力。此后,东盟的区域性机制数次启动,对跨国传染性疾​​病造成的公共卫生危机作出反应。例如,2009 年 H1N1 甲型流感暴发后,东盟统一评估各成员国对抗病毒药物、基本药物、医疗用品以及个人防护设备的库存,并予以补足以达到有效对策的必要水平;2014 年,东盟要求成员国提供适当的实验室支持以进行调查和确认包括埃博拉病毒在内的新出现的传染病,并确保跨境转诊以及接触者追踪机制运行良好;针对 2015 年的 MERS 疫情,东盟协同中日韩三国与世卫组织代表举行视频会议,确保地区信息网络通畅,要求各国政府遵守临床管理和公共卫生应急准备的相关协议;次年寨卡病毒肆虐时,东盟各国同意加强各自国家的病媒控制措施,并就病毒的传播能力以及其与南非出现的寨卡病毒的区别进行联合研究。

但是也必须看到,由于大部分成员国自身能力有限,东盟的区域性合作常常需要借助域外国家与国际组织提供的资金与技术支持,而且,区域内公共卫生的政策协调程度依然比较有限,治理绩效的改善也是任重而道远。

#### 四、新冠肺炎疫情对东盟卫生合作的挑战及其发展前景

自新冠疫情被宣布为“国际关注的突发公共卫生事件”以后,东盟本着“团结一致、积极应对”的精神,较为迅速地启动了政策协调的过程,召开了一系列会议商讨合作抗疫问题。2020年1月30日,卫生发展高级官员会议率先对东南亚地区和全球疫情进行评估和预警,并提请卫生部长会议进行决策。2月3日,东盟协同中国、韩国和日本召开了高级官员线上会议,世界卫生组织的代表也受邀请与会。各国分享了当前的防控情况,并交流了技术专长、在病毒检测方面的经验教训以及业已采取的准备措施。3月9日,作为理事机构轮值主席的柬埔寨提出要求,再次召集东盟成员国的高级官员进一步审查和评估区域防备策略,讨论现行的国家防控手段及区域努力与现实需求之间的差距,以及如何通过东盟伙伴对话与卫生合作机制解决这些迫在眉睫的挑战和差距。作为本次会议的结果之一,高级官员会议同意召开一次卫生部长特别视频会议,以概述需要加强的政策和战略方向,使得东盟能够有效应对当前局势并就潜在的暴发高峰期和疫情进一步升级下的情况做好准备。除卫生部门以外,东盟还就疫情期间的防护问题、劳动与就业问题专门召开了国防高级官员会议和劳务部长会议。

与此同时,东盟在该议题上的技术合作与信息交流合作也快速启动了。4月7日,东盟卫生部长会议发表的《关于加强应对 COVID-19 合作的东盟卫生部长特别视频会议联合声明》指出:东盟突发公共卫生事件紧急行动中心网络、东盟 10+3 现场流行病培训网络和东盟生物离散虚拟中心等区域机构具体负责落实区域合作政策。其中,紧急行动中心网络为各成员国的疾病防控官员架设沟通机制与信息交流平台,并为成员国制作了国家/当地/呼叫中心热线汇编,通过东盟社交媒体平台公布。生物离散虚拟中心则负责编制并定时发布疫情风险评估报告,内容包括重点情况概述、出入境政策、全球病例数据、病毒在东盟的传播时间线以及从疫情暴发地区飞往东盟的航班输入风险。评估报告向公共卫生官员提供空中旅行数据量,以便其采取必要措施抑制疫情通过国际航空传播。<sup>[29]</sup>

另一方面,与区域外国家的交流也是东盟卫生合作机制运作的重要内容。4月14日,东盟 10+3 抗击新冠肺炎疫情领导人特别会议如期举行,对遏制疫情扩散蔓延、提高公共卫生治理水平、推动东亚尽快恢复经济发展 3 个方面达成了共识,还做出了加强针对大流行病及其他传染病的早期预警机制建设、建立 10+3 重要医疗物资储备、利用区域紧急储备设施和大米紧急储备机制,以及调拨资金设立应对公共卫生突发事件的特别基金等 18 条具体承诺。<sup>[30]</sup>4月23日,东盟与美国就疫情应对召开了特别外长会议,美国重申了通过援助方式帮助东南亚地区国家增强应对能力、提供人力资源培训的承诺。<sup>[31]</sup>一周后,东盟与美国卫生部长会议召开,进一步表达了在疫情控制和公共卫生领域加强合作的愿望。另外,东盟还与澳大利亚、墨西哥、欧盟等国家与地区组织开展了交流,就如何应对新冠肺炎疫情造成的公共卫生与社会经济的“双重”危机提出了合作倡议。6月1日,东盟 10+3 现场流行病培训网络召开网络会议,就疫情中的“边做边学”、现场流行病学家的社区活动以及毕业生和受训人员调配再次开展技术交流。<sup>[32]</sup>

不可否认的是,随着中美两国矛盾随着疫情发展而激化,东盟与美国之间就公共卫生问题而进行的交流也被插入了政治议题。例如,在东盟-美国召开的特别外长会议上,美国国务卿蓬佩奥专门提出南海问题以及中国在湄公河上修建大坝的议题,以渲染“中国威胁论”。<sup>[33]</sup>而后双方发表的联合声明也微妙地未提及支持世界卫生组织在抗击疫情中发挥作用,与 10+3 领导人宣言形成了对比。虽然还无法评估美国因素对东盟开展国际卫生合作的具体影响,但可以预见的是,未来美国的卫生援助将进一步与东盟在政治安全领域的态度和立场挂钩。

另外,从东盟内部的协调来看,区域国家在经济、社会、文化方方面面的差异仍然使得各国的防控措施有巨大的差异性。例如,自疫情开始之后,新加坡、越南迅速地做出了反应,而缅甸、印度尼西亚、菲律宾等国却在早期采取迟疑和观望的态度;在应对措施上,新加坡一直避免采取严格的封闭措施,试图在“拉平曲线”与维持正常的社会经济生活之间寻求平衡;越南通过严格的隔离措施以阻断病毒传播链条,菲律宾则在首都马尼拉颁布了严格的宵禁令,并部署军警以严厉手段加以执行。<sup>[34]</sup>截至2020年6月3日,根据东盟卫生合作的评估,马来西亚、缅甸、菲律宾、越南的新增病例增长态势趋于稳定,老挝的确诊病例未超过100人,但印度尼西亚、文莱、新加坡、泰国,尤其是柬埔寨等疫情较严重的国家仍存在继续恶化的可能。<sup>[35]</sup>由于东盟国家普遍依赖国际贸易与旅游业,疫情的长期化势必影响区域经济增长的动力。目前,亚洲开发银行将东南亚地区2020的预期经济增长下调至1%,低于亚洲平均水平的2.2%。<sup>[36]</sup>这也说明该地区疫情控制与恢复经济任重道远,对地区协调与集体行动提出了进一步的要求。未来,东盟国家可以从以下几个方面加强合作:

首先,应当进一步完善现有的卫生合作机制,并组织起切实的联防联控行动。东盟可以吸取甲型H5N1流感疫情期间高致病性禽流感特别工作组的工作模式,建立一个长期稳定的水平分工体制,落实具体合作领域中的牵头国家,“做实”技术合作领域,并将合作共识转化为具体的合作行动;加强东盟各国检验检疫等边境管理部门间的协同,确保人员和货物对外出入境政策的一致性,统筹疫情期间东盟内部物资与劳工的正常流通;互派流行病专家组,联合举办技术培训班,针对与传染性疾​​病有关的实验室管理、诊断与检测、突发疫情应急处理措施等进行学习。

其次,东盟可以逐步开展区域层面上合作细则的制定工作。为了与协商一致达成共识的“东盟方式”接轨,与防控新冠肺炎疫情相关的规则制定的重点可以放在技术性规范与指导性意见上。由于未来疫情的走向依然存在很大的不确定性,区域国家之间的信息共享、风险预警、跨境监测至关重要;另外,各国可以制定卫生发展议程的具体指导性意见,对建立民众可负担的卫生保健、医疗服务以及促进健康的生活方式等发展计划给出建议。

最后,还应当发掘市民社会网络在区域卫生治理中的潜力。社会组织平台有助于串联政府、企业以及区域性组织,建立多部门、多行为体参与的整体应对模式。在地方层面,公民社会组织逐步参与卫生相关的公共政策制定,例如泰国定期召开“卫生大会”,邀请民间人士与公共机构展开参与性和系统性组织的论坛交流知识并相互学习,从而提出有关健康公共政策或公共卫生的建议;在区域层面,东盟民间社会会议/东盟人民论坛每年定期召开,与东盟有关部门保持对话、提供反馈,公共卫生正是社会文化组的核心议题之一;在跨领域合作中,东盟生物离散虚拟中心也与加拿大的蓝点公司(BlueDot)就传染性疾​​病防控的算法和数据分析上保持了长期的合作。在这一领域,东盟可以促进有关公共卫生的民间社会组织进行合法注册。一个反映多元声音的民间社会组织平台,基于东盟共同体的原则,能够帮助各国政府超越复杂的官僚体系和决策制度,更有效地直接接触东盟社区的公共卫生需求。

## 结 论

本文分析了东盟国家面临的区域性公共卫生挑战以及区域性卫生合作机制的发展。经济交流频繁、自然环境、公共卫生发展不足是该地区国家卫生风险的主要成因。自2003年以来,东盟在应对一系列跨国传染性疾​​病挑战的过程中接纳了新的观念,将公共卫生纳入地区安全与社会发展的范畴,并完善了东盟卫生合作的治理结构,共同决策、平行分工、跨区域合作的制度性疾控战略框架初步成型。且在数次全球重要公共卫生危机中,东盟的合作机制都顺利启动,展示了成员国之间牢固的合作根基与团结一致的应对决心。



但是另一方面,受到地区发展不平衡和政治因素的限制,东盟合作机制在运行中还存在一些不足之处。区域安排的法律约束力弱,执行共同政策的物资力量也不充足,决定了东盟公共卫生合作机制的“软性”特征——政策对话多、宣言声明多,但集体行动却较少。在当前应对新冠肺炎疫情的过程中,虽然东盟层面的政策框架在不断完善,但尚未触及各国的内部治理政策。不同国家的应对策略各异、水平不一、成效参差。而且,美国将疫情问题政治化,并抓住一切机会攻击中国的政策走向,也将成为影响东盟区域性卫生合作制度化进程的新变量。

在机遇与风险并存的当下,中国应当深化与东盟之间的合作关系。疫情彰显出东盟与中国不仅是区域全面经济伙伴关系协定的经济、政治、文化伙伴,也是区域卫生安全的共同建设者。无论是各国之间的互相投资、货物贸易,还是东盟在公共卫生领域的技术合作、信息共享和共同政策规划,都是东盟共同体建设的重要组成部分,这些举措推动了东盟内部区域一体化的分工与合作。作为中国的新晋第一大贸易伙伴,东盟与中国之间的合作关系并没有因疫情而暂缓或倒退,反而往更高的层次演变。在全球化退潮的大背景下,积极参与东盟 10+3 的相关活动与交流,有利于支持东盟自身的一体化需求,促进中国对外合作提质升级。东盟与伙伴国家互帮互助,不断加强内部沟通协调,防控疫情与稳定经济并举,稳步落实公共卫生及经贸投资合作等相关举措,努力维护地区乃至全球产业链和供应链稳定,缓解了疫情对地区经济与秩序造成的冲击。可以预见的是,中国的广泛参与将在东盟公共卫生合作机制建设中继续发挥积极作用。

#### 注释:

- [1] M. Woolhouse and S. Gowtage-Sequeria, “Host Range and Emerging and Reemerging Pathogens” *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 11, No. 12 (2005), pp. 1842-1847.
- [2] 世界卫生组织《国际卫生条例(2005)》,第9页, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246107/9789245580492-chi.pdf?sequence=4>.
- [3] ASEAN Secretariat, “Top Ten ASEAN Trade Partner Countries/Regions, 2015” [https://asean.org/wp-content/uploads/2016/11/Table20\\_as-of-6-dec-2016.pdf](https://asean.org/wp-content/uploads/2016/11/Table20_as-of-6-dec-2016.pdf).
- [4] World Health Organization, “Summary of Probable SARS Cases with Onset of Illness from 1 November 2002 to 31 July 2003” ,December 2003 [https://www.who.int/csr/sars/country/table2004\\_04\\_21/en/](https://www.who.int/csr/sars/country/table2004_04_21/en/).
- [5] Clement Yong, “90% of New Cases in Dorms as Testing Is Stepped Up” *The Strait Times*, 17 April 2020 <https://www.straitstimes.com/singapore/90-of-new-cases-in-dorms-as-testing-is-stepped-up>, Accessed on 9 July 2020.
- [6] Mathuros Tipayamongkhogul et al., “Effects of the El Niño-southern Oscillation on Dengue Epidemics in Thailand, 1996-2005” *BMC Public Health*, Vol.9 (2009), p.422.
- [7] M. Caballero-Anthony et al. *Health Governance and Dengue in Southeast Asia*, Singapore: S. Rajaratnam School of International Studies, 2015, pp.1-8.
- [8] World Health Organization, “Regional and Global Trends in Burden of Malaria Cases and Deaths” *World Malaria Report 2019*, pp.4-10 <https://www.who.int/publications-detail/world-malaria-report-2019>.
- [9] Cui Liwang et al., “Malaria in the Greater Mekong Subregion Heterogeneity and Complexity” *Acta Tropica*, Vol.121, No. 3 (2012), pp.227-239.
- [10] Sustainable Development Goals, “Indicator 6.1.1: Proportion of Population Using Safely Managed Drinking Water Services by Urban/Rural (percent)” <http://www.sdg.org/datasets/indicator-6-1-1-proportion-of-population-using-safely-managed-drinking-water-services-by-urban-rural-percent-3/data?orderBy=parentName&where=parentName%20%3D%20%27South-Eastern%20Asia%27>.
- [11] [28] World Health Organization, “Cumulative Number of Confirmed Human Cases for Avian Influenza A(H5N1) Reported to WHO 2003-2020” [https://www.who.int/influenza/human\\_animal\\_interface/2020\\_01\\_20\\_tableH5N1.pdf?ua=1](https://www.who.int/influenza/human_animal_interface/2020_01_20_tableH5N1.pdf?ua=1).

- [12] R. Weiss and A. McMichael, "Social and Environmental Risk Factors in the Emergence of Infectious Diseases" *Nature Medicine*, Vol.10 (2004) pp.570-6.
- [13] D. Butler, "Disease Surveillance Needs a Revolution" *Nature*, Vol.440 (2006) pp.6-7.
- [14] C. Delacollette et al., "Malaria Trends and Challenges in the Greater Mekong Subregion" *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, Vol.40 No.4 (2009) pp.674-691.
- [15] R. Coker et al., "Emerging Infectious Disease in Southeast Asia: Regional Challenges to Control" *Lancet*, Vol.377 No. 9765 (2001) p.600.
- [16] 联合国《难民署及人权高专办等机构关注孟加拉湾与安达曼海上移徙危机》,2015年5月19日, <https://news.un.org/zh/story/2015/05/236052>(登陆时间:2020年7月9日)。
- [17] 联合国《罗兴亚难民营首现新冠确诊病例 联合国紧急动员加强防控措施》,2020年5月15日, <https://news.un.org/zh/story/2020/05/1057522>(登陆时间:2020年7月9日)。
- [18] 世界卫生组织《控制禽流感的成功战略》[http://origin.who.int/foodsafety/fs\\_management/No\\_04\\_AvianInfluenza\\_Aug06\\_ch.pdf](http://origin.who.int/foodsafety/fs_management/No_04_AvianInfluenza_Aug06_ch.pdf).
- [19] World Health Organization, "Programme Budget 2018-2019" [https://www.who.int/about/finances-accountability/budget/PB2018-2019\\_en\\_web.pdf?ua=1](https://www.who.int/about/finances-accountability/budget/PB2018-2019_en_web.pdf?ua=1).
- [20] Sara E. Davies, *Containing Contagion: The Politics of Disease Outbreaks in Southeast Asia*, Baltimore: Johns Hopkins University Press 2019 p.173.
- [21] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会《东盟与中日韩(10+3)卫生部长应对甲型H1N1流感特别会议部长联合声明》<http://www.nhc.gov.cn/wsb/pxwfb/200905/40490.shtml>.
- [22] V. Rollet, "The EU as a Health Actor in Asia EU-Asian Interregional Response to Highly Pathogenic and (Re) emerging Diseases" *Asia's EU Policies*, Taipei: Taiwan University Press 2015 pp.323-346.
- [23] ASEAN Secretariat, "List of Projects and Estimated Funding Requirements Under the Regional Framework for the Control and Eradication of HPAI in ASEAN" <https://www.asean.org/wp-content/uploads/images/archive/18392-Annex1.pdf>.
- [24] ASEAN, "ASEAN-ADB Project on Strengthening Regional Coordination in the Control and Eradication of HPAI in ASEAN: Summary of Accomplishments (September 2009 - August 2010)" <https://www.scribd.com/document/111873028/ASEAN-ADB-Project-on-Strengthening-Regional-Coordination-in-the-Control-and-Eradication-of-HPAI-in-ASEAN-Summary-of-Accomplishments-September-2009>.
- [25] 朱明权、汤蓓《多边主义与东亚地区卫生安全合作》,《国际问题研究》2009年第5期,第64页。
- [26] Sara E. Davies, *Containing Contagion: the Politics of Disease Outbreaks in Southeast Asia*, Baltimore: Johns Hopkins University Press 2019 p.152.
- [27] Nuclear Threat Initiative, John Hopkins Center for Health Security et al., "Global Health Security Index Building Collective Action and Accountability" <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2019/10/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>.
- [29] [35] ASEAN Biodiaspora Virtual Center, "Risk Assessment for International Dissemination of COVID-19 to the ASEAN Region" [https://asean.org/storage/2020/02/COVID-19\\_Report-of-ASEAN-BioDiaspora-Regional-Virtual-Center\\_3June2020.pdf](https://asean.org/storage/2020/02/COVID-19_Report-of-ASEAN-BioDiaspora-Regional-Virtual-Center_3June2020.pdf).
- [30] 《东盟与中日韩抗击新冠肺炎疫情领导人特别会议联合声明》,人民网 2020年4月15日 <http://world.people.com.cn/n1/2020/0415/c1002-31673460.html>(登陆时间:2020年7月9日)。
- [31] ASEAN Secretariat, "Co-Chairs' Statement of the Special ASEAN-United States Foreign Ministers' Meeting on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)" <https://asean.org/storage/2020/04/Final-Co-Chairs-Statement-for-the-Special-ASEAN-U.S.-Foreign-Ministers-Meeting-on-COVID-19.pdf>.
- [32] ASEAN Secretariat, "ASEAN, China, Japan, Korea Epidemiology Experts Share Disease Surveillance Experiences on COVID-19" <https://asean.org/asean-china-japan-korea-epidemiology-experts-share-disease-surveillance-experiences-covid-19/#>, Accessed on 9 July 2020.

- [33] Center for Strategic & International Studies, "Southeast Asia Covid-19 Tracker" ,<https://www.csis.org/programs/southeast-asia-program/southeast-asia-covid-19-tracker-0#ASEAN>.
- [34] A.Searight, "Strengths and Vulnerabilities in Southeast Asia's Response to the Covid-19 Pandemic" ,<https://www.csis.org/analysis/strengths-and-vulnerabilities-southeast-asias-response-covid-19-pandemic>.
- [36] Asian Development Bank, "The Impact of COVID-19 on Developing Asia-an Update" ,*Asian Development Outlook 2020* ,<https://www.adb.org/sites/default/files/publication/575626/ado2020.pdf>.

[责任编辑: 占 冰]

## The Institutionalization of ASEAN Public Health Cooperation and Its Characteristics

TANG Bei ,LIANG Xiao

( School of International Relations and Public Affairs ,Shanghai International Studies University ,  
Shanghai 200083; School of Law/Honors College ,Shanghai International Studies University ,Shanghai 200083)

**Abstract:** Endowed with unique economic ,political ,and natural conditions ,Southeast Asia has been faced with a series of long-term risks in public health ,which pushes the establishment of a regional health cooperation mechanism based on ASEAN.In the practice of tackling cross-border infectious diseases ,ASEAN has gradually developed a cooperation mechanism within the framework of ASEAN Social and Cultural Community ,forming a practical path to promote cooperation in specific fields through joint declarations and statements.The ASEAN health cooperation consists of rapid response to crisis , cooperation in information exchange and capacity building led by designated member states ,and solid partnership with non-member states and international organizations ,which reveals the solidarity thereof and importance attached to the issue. Meanwhile ,deep concerns about sovereignty ,inadequate cross-sectoral coordination ,and limitations of the overall level of social development in Southeast Asia have confined the effectiveness of ASEAN regional health cooperation to a relatively low level.In the course of tackling COVID-19 ,ASEAN promptly launched a dialogue as well as policy coordination at the regional and cross-regional levels.However ,further cooperation in refining prevention and control policies through collective actions remains a tentative plan.

**Key words:** health security ,regional organization ,institutionalization ,ASEAN