

## 导论

“病毒、细菌以及动植物并不会理会国家边界，它们会借着风、水流、探险家、商人，或是雇佣兵穿越国境。”<sup>1</sup> 大湄公河次区域是全球传染病威胁最为严重的地区之一。中国、缅甸、老挝、泰国、柬埔寨、越南等次区域六国互相接壤、山水相连，各国间大多没有天然屏障，漫长的边境线、潮湿温暖的自然条件，以及频繁的人员物资往来为虫媒传染病、鼠疫等疾病跨境传播提供了条件。为应对公共卫生挑战，大湄公河次区域已建立起中国—东盟（10+1）合作、大湄公河次区域经济合作（Greater Mekong Subregion Economic Cooperation, GMS）、澜沧江—湄公河合作（Lancang-Mekong Cooperation, 下文简称澜湄合作）等自上而下的公共卫生合作框架，但依然无法满足各国边境地区的跨境传染病防控需求。反而是各国边境地区自下而上地探索出了适合次区域各国实际情况的跨境传染病联防联控机制，并经过十余年的发展被各国认可和接受。

---

<sup>1</sup> Dennis Prirages and Paul Runci, “Ecological International and the Spread of Infectious Disease,” in *Beyond Sovereignty: Issue for a Global Agenda*, ed. Maryann Cusimano (New York: St Martins Press, 2000), p. 176.

新冠肺炎疫情的全球蔓延令人们开始重新思考全球及区域公共卫生治理问题。有关大湄公河次区域公共卫生合作的研究往往强调自2003年防控非典型性肺炎疫情以来，国家行为体通过国家层面的交流互动，或通过参与国际组织主导的合作进程来促进次区域公共卫生合作。然而通过调研发现，次区域各国在边境地区开展的公共卫生合作起始于20世纪90年代科学家群体的交流与互动，而由此发展形成的跨境传染病联防联控机制业已成为区域公共卫生治理的重要内容，并由最初的双边合作拓展为次区域六国共同参与的合作机制。

为什么原有的国际合作机制无法满足边境地区传染病治理需求，而边境地区开展的联合检测、疫情通报等务实合作，却能够有效解决传染病跨境传播问题？

## 第一节 研究背景：国际公共卫生合作的起源与发展

传染病随着国际贸易与全球化的发展在世界各地广泛传播，深刻影响着全球人口的健康状况，人们对超越国界的健康议题的关注也由此兴起。回溯历史，早在中世纪，瘟疫一度肆虐欧洲和亚洲；14世纪时，为抵御黑死病流行，威尼斯开始对外来船只实施40天禁运的检疫政策；16世纪，天花和麻疹与欧洲侵略者一起入侵了新大陆；17世纪，烟草的广泛种植令世界各地人口出现早逝或患病的情况；18-19世纪，西方列强向中国倾销鸦片，造成一系列惨痛后果，侵蚀着中国人民的生命健康。<sup>2</sup> 20世纪以来，疟疾、天花、流感、艾滋病等传染病的全球蔓延更是对全球人类健康构成威胁。

---

<sup>2</sup> Jeffrey P. Koplan et al., "Towards a common definition of global health," *The Lancet*, Vol. 373, no. 9679 (2009), [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60332-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60332-9).

各国以国境为界处理卫生问题的做法已经无法满足现实需要，卫生议题与政治、经济、社会问题相互交织在一起，也使得卫生部门的单独行动无法解决如此复杂的挑战，于是全球范围内更多的国家、部门和其他行为体逐渐被纳入健康议题的治理框架之中。

## 一、全球化背景下的国际公共卫生合作

国际社会对国际公共卫生合作的关注可大致分为四个阶段。第一是萌芽阶段，发端于文艺复兴时期的跨国检疫制度。欧洲各国在港口设立停船检疫制度，用以应对伤寒、黄热病等传染性疾病的跨国传播。<sup>3</sup>

第二阶段是19世纪中叶至20世纪初的发展阶段，针对各国国内健康议题的公共卫生概念逐渐形成。英国、欧洲大陆国家以及美国随着社会改革以及生物学、医学知识的积累，开始逐渐建立传染病防控体系。公共卫生的基础要素也逐渐确立，包括：依据数据和证据进行决策、关注群体而非个体、以社会公平和平等为目标、相比药物治疗更强调预防，等等。<sup>4</sup> 随着国际贸易的发展，各国检疫制度与自由贸易之间的张力逐渐凸显。1851年，第一届国际卫生大会在巴黎召开，12个国家聚在一起探讨如何应对霍乱等输入性传染病问题，<sup>5</sup> 这也成为国际卫生体系建立和制度化的发端。<sup>6</sup> 其后，1851–1938年间共召开了14届国际卫生会议，主要探讨如何降低传染病防控对自由

---

<sup>3</sup> 苏小游、梁晓晖、毛宗福等：《全球健康的历史演变及中文定义》，《中华预防医学杂志》，2015年第3期，第196页。

<sup>4</sup> Koplan et al., “Towards a common definition of global health,” p.1993.

<sup>5</sup> 丹尼尔·勒夫贝尔：《创新卫生伙伴关系：多元化的外交》，郭岩译，北京大学医学出版社，2014年，第17页。

<sup>6</sup> 许静、刘培龙、郭岩：《全球卫生治理机制及中国参与的建议》，《中国卫生政策研究》，2013年第11期，第2页。

贸易的影响。期间，国际卫生署（泛美卫生组织前身）、国际卫生公共局（Office International d'Hygiene Publique, OIHP）以及国际联盟的常设卫生组织等三大国际卫生组织先后于1902年、1907年和1923年成立。<sup>7</sup>与此同时，西方国家开始成立热带病医学研究机构。

第三阶段是国际治理结构形成阶段。1946年7月22日，联合国成员国达成有关成立世界卫生组织的共识。1948年7月24日，世界卫生组织（World Health Organization, WHO）正式成立，标志着国际卫生体系的正式形成。其后，全球几乎所有地区都被纳入国际卫生议题的讨论之中。<sup>8</sup>1967年，WHO发起消灭天花行动。这一时期，国际公共卫生治理主要通过双边援助的方式进行。各援助方的资金主要用于特定疾病的研究。20世纪70年代，世界银行等多边机构开始向卫生领域发放贷款。初级卫生保健运动在这一时期兴起，WHO开始在全世界推广“人人享有卫生保健”理念，强调对单一疾病的控制，然而效果并不理想。20世纪80年代之后，国际公共卫生治理议程开始强调综合发展规划。<sup>9</sup>

第四阶段是全球化背景下的全面合作阶段。自20世纪90年代开始，特别是进入21世纪以来，国际社会开始转向提倡和研究全球人类的健康促进，并提出“全球健康”的概念。美英等发达国家将全球健康确立为重要的外交政策目标，国际组织、国际非政府组织、私营部门等行为体将全球健康确定为优先事项，世界卫生组织在全

---

<sup>7</sup> 苏小游、梁晓晖、毛宗福等：《全球健康的历史演变及中文定义》，第196页。

<sup>8</sup> 托马斯·E.诺沃特尼、伊洛娜·基克布施、迈克拉·托尔德：《21世纪全球卫生外交》，郭岩译，北京大学医学出版社，2017年，第20页。

<sup>9</sup> 同上书，第22页。

球卫生领域的“指导权威”作用得到加强。<sup>10</sup> 针对国家卫生体系改善和卫生保健系统建设的所谓“横向”卫生合作得到更多关注，合作方式上也更强调多元行为体参与的协作治理。

在这一阶段，全球与中国学界均进行了诸多概念上的探讨与辨析。国际学界主要讨论的内容是 public health、international health 与 global health 的异同。在全球化的作用下传染病加速了跨越国境线的传播，其影响范围急剧扩大，防控传染病的主体也从以往由国家卫生部门主导逐渐转变为需要更多非卫生部门参与其中，非国家行为体的影响也日益增加。在这样的背景下，一些专家和学者提出 global health 的概念，用以指代那些跨越国家地理边界和政府主权边界，需要调动全球各种力量来加以解决的卫生问题。<sup>11</sup> Global health 即全球健康逐渐成为公共卫生领域中占主导地位的术语。<sup>12</sup> 1999年，美国加州大学旧金山分校设立全球健康研究所（Institute for Global Health），成为全球第一家以全球健康命名的教学机构。<sup>13</sup> 这之后，还有一些卫生研究和教学机构将机构名称中原有的“国际卫生”更名为“全球健康”。

中国学界此前一直将 health 译为“卫生”，并由此引申出公共卫生、国际卫生、国际公共卫生、国际卫生合作等一系列概念。有观点认为，英文表述 global health 所对应的中文应当尽量宽泛，以结

---

<sup>10</sup> 托马斯·E.诺沃特尼、伊洛娜·基克布施、迈克拉·托尔德：《21世纪全球卫生外交》，第38页。Kelley Lee and Adam Kamradt-Scott, “The multiple meanings of global health governance,” *Globalization and Health* (2014), <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1744-8603-10-28.pdf>.

<sup>11</sup> 许静、刘培龙、郭岩：《全球卫生治理机制及中国参与的建议》，第2页。

<sup>12</sup> 苏小游、梁晓晖、毛宗福等：《全球健康的历史演变及中文定义》，第196页。

<sup>13</sup> 郭岩、刘培龙、许静：《全球卫生及其国家策略研究》，《北京大学学报（医学版）》，2010年第3期，第247页。

果为导向，health应该译为“健康”而非“卫生”，并将global health译为全球健康。王辰则提出，卫生主要为医学的社会转化，是依据医学及相关学科的原理，为恢复、维护、增强人的健康所采取的行动，健康则是人的一种良好的生命状态，是医学和卫生追求的结果，health更符合卫生的内涵，意指为恢复、维护、增强人群和人类健康及与人密切相关的众生与生态的健康所采取的综合社会行动。<sup>14</sup>

本研究认为，global health更多为一种理想和愿景式的表达，在各国人民的公共卫生挑战还未完全解决的情况下，难以单独讨论全球人类的健康促进。因此，本研究采用了中国国际关系学界的主流表达，即公共卫生（public health），用以指代人群的健康促进。本研究主要关注非国家行为体在公共卫生治理中的作用，因此使用了区域卫生治理、大湄公河次区域公共卫生治理的称谓，并与国家行为体开展的国际公共卫生合作加以区分。

## 二、大湄公河次区域公共卫生合作机制

大湄公河次区域长期遭受传染病威胁，自20世纪90年代以来，次区域各国依靠国际组织、国际非政府组织等提供的医疗援助来提升次区域医疗卫生水平，推动次区域公共卫生合作。泰国卫生事业较为发达，是早期次区域公共卫生合作的领导者；越南发展速度较快，老挝、缅甸、柬埔寨的经济社会发展水平较为落后，公共卫生治理能力有限；中国在2003年非典之后推进医疗卫生体制改革，实现了能力的快速提升，并逐渐在次区域公共卫生合作中发挥更大作用。

---

<sup>14</sup> 参见刘喜梅：《大医学 大卫生 大健康——全国政协常委、中国医学科学院院长、北京协和医学院校长王辰访谈》，《人民政协报》，2022年3月8日，第22版。

1996年，“亚洲疟疾合作培训网络”（Asian Collaborative Training Network for Malaria, ACTMalaria）在泰国卫生部的倡议下成立。该网络在成立之初以松散、低制度化的方式开展合作，并获得美国国际开发署的支持。1999年，在世界卫生组织的资金支持下，网络成员签署谅解备忘录，加强该网络的制度化建设，设立秘书处，并实施协调国轮值制度。ACTMalaria现有成员12个，包括缅甸、孟加拉国、柬埔寨、中国、印度尼西亚、老挝、马来西亚、菲律宾、泰国、东帝汶、越南和菲律宾等各国国家级疟疾防控部门。

1999年，大湄公河次区域六国流行病学家和政策官员在洛克菲勒基金会的支持下召开会议，建立“湄公河流域疾病监测网络”（the Mekong Basin Disease Surveillance, MBDS），探讨地区国家共同应对传染性疾病的必要性和可行性。2001年，六国卫生部长签署谅解备忘录，宣告MBDS正式成立。MBDS具有执行委员会、国家协调员和次国家协调团队等三层治理结构，秘书处设于泰国卫生部。2012年以前，洛克菲勒基金会是该网络最主要的赞助方，美国非政府组织核威胁倡议协会（Nuclear Threat Initiative, NTI）、美国疾控中心、美国兰德公司是其重要合作伙伴。2012年1月，MBDS基金会在泰国正式注册，成为法律实体，以便充分利用各种资金。MBDS确立了七项核心战略，包括：加强跨境沟通和信息交流、促进有关人类健康与动物疫病部门之间的合作并加强社区监测、开发人力资源并提升各国流行病学能力、提高信息和通信技术能力、提高实验室能力、加强风险沟通、开展和应用政策研究。<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> 程文迪、金春林、王晓雯等：《湄公河流域疾病监测网络综合监测经验及启示》，《中国卫生质量管理》，2020年第4期，第132页。

成立于2002年的抗击艾滋病、结核病和疟疾全球基金(The Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria, GFATM, 下文简称全球基金)对东南亚地区传染病防控发挥了重大作用,截至2019年已向东南亚地区支付资金43.75亿美元。<sup>16</sup>全球基金于2003年进入中国,成立中国全球基金艾滋病、结核病和疟疾项目。以疟疾防控为例,第一轮中国全球基金疟疾项目《中国高传播区疟疾控制项目》预期执行期为5年,总预算640万美元。项目覆盖云南省25个边境县,以及海南省、河南等省(区),直接目标人群930万。<sup>17</sup>全球基金项目在设立和执行中要求包括非政府组织在内的多方参与,英国无国界卫生组织(Health Poverty Action, HPA, 或称Health Unlimited, HU)作为参与方加入并协助开展中缅边境疟疾防控工作,推动了中缅边境疟疾及艾滋病联防联控的早期合作。

中国与东盟在卫生领域的合作始于2003年,现已成为东亚地区最重要的国际公共卫生合作框架。2003年,中国与东盟将各自非典防控信息网连接起来,推动疫情防控信息合作。<sup>18</sup>2004年,为应对禽流感,中国—东盟公共卫生基金启动,国际公共卫生合作成为中国—东盟功能领域合作的重要内容。2006年,首届中国—东盟卫生部长会议在缅甸仰光举行,建立卫生部长会议机制和卫生高官会议机制,确定中国—东盟卫生部长会议每两年举办一次,在部长会议之前举行高官会议。2008年6月,东盟与中日韩传染病信息通报

---

<sup>16</sup> The Global Fund Data Explorer, <https://data.theglobalfund.org/investments/location/QSE>.

<sup>17</sup> 《第一轮中国全球基金疟疾项目2007年年度进展》,中国疾病预防控制中心寄生虫病预防控制所网站,2014年1月14日, <https://www.ipd.org.cn/view3263.html>。

<sup>18</sup> 罗艳华:《试论“全球卫生外交”对中国的影响与挑战》,《国际政治研究》,2011年第2期,第45-61页。



网站正式开通，中国与东盟国家实现在新发传染病领域的疫情信息共享。2012年，中国与东盟各国签署关于卫生合作的谅解备忘录。自2006年以来，中国与东盟围绕艾滋病、人感染高致病性禽流感、甲型H1N1流感等传染性疾病预防开展了丰富的互动交流，深化新发、再发传染病防控合作，加强在慢病防控、卫生保健等领域的交流与协作，合作领域拓展至传统医药、口腔医学、卫生检疫等。<sup>19</sup>

GMS同样将疟疾防控等公共卫生议题作为重点关注领域，主要通过项目资助的方式支持大湄公河次区域公共卫生合作，较为松散且不成体系。1994年，在越南河内举行的GMS第三次部长级会议将疟疾防控作为优先领域。<sup>20</sup> GMS人力资源发展工作组会议（the GMS Working Group meeting on Human Resources Development）建议通过协调的方式为“遏制疟疾伙伴关系”（Roll-Back Malaria Partnership, RBM）在大湄公河次区域开展项目合作提供技术援助（technical assistance, TA）。2007年，GMS机制正式将公共卫生合作纳入合作框架，在老挝万象召开首届GMS卫生论坛。需要注意的是，GMS对大湄公河次区域的疟疾防控的支持和资助主要通过项目援助的方式展开，而且内容庞杂、不成体系。直至2017年，GMS召开卫生部长会议，才正式成立GMS卫生合作工作组（the Greater Mekong Subregion Working Group on Health Cooperation），并于2017年12月开始，每年进行一次工作组会议，作为次区域有关公共卫生问题的知识分享、信息交换、政

---

<sup>19</sup> 《中国—东盟合作：1991—2011》，中国外交部网站，2020年12月26日，[https://www.fmprc.gov.cn/web/wjwb\\_673085/zzjg\\_673183/yzs\\_673193/dqzz\\_673197/dnygjlm\\_673199/xgxw\\_673205/t877316.shtml](https://www.fmprc.gov.cn/web/wjwb_673085/zzjg_673183/yzs_673193/dqzz_673197/dnygjlm_673199/xgxw_673205/t877316.shtml)。

<sup>20</sup> Asian Development Bank, *Technical Assistance for the Roll Back Malaria Initiative in the Greater Mekong Subregion*, 2000, p. 1.

策游说、资源整合的平台。<sup>21</sup> 自此，GMS框架下的公共卫生合作才真正实现制度化。<sup>22</sup>

2016年，中国与湄公河五国共同发起澜湄合作机制。2018年1月，《澜沧江—湄公河合作五年行动计划（2018–2022）》中有关公共卫生合作的内容明确提出“加强对登革热、疟疾等新生和再发传染病防治合作，建立并完善跨境新生和再发传染病预警和联防联控机制”。<sup>23</sup> 2018年3月，六国卫生部门签署《澜沧江—湄公河次区域疟疾和登革热联防联控合作协议（2018–2022）》，明确六国在联防联控等方面的合作目标及内容，同意定期举办联防联控协调与疫情交流会。<sup>24</sup> 2020年，澜沧江—湄公河合作第三次领导人会议所通过的《万象宣言》不仅将公共卫生合作从社会人文领域调整至政治安全合作领域，而且提出“加强对未来突发公共卫生事件的集体响应和应变能力……密切成员国疾控中心及地区相关机构之间的交流合作”。<sup>25</sup>

在调研中发现，中国边境省份在与周边国家开展公共卫生合作的过程中一直扮演着积极角色。以云南省为例，云南省寄生虫病防治所（下文简称云南省寄防所）在边境地区跨境传染病联防联控机

---

<sup>21</sup> Regional Health Meeting: GMS Strategy on Health Cooperation, Greater Mekong Subregion, December 28, 2020, <https://www.greatermekong.org/regional-health-meeting-gms-strategy-health-cooperation>.

<sup>22</sup> Asian Development Bank, *Technical Assistance for the Roll Back Malaria Initiative in the Greater Mekong Subregion*, pp. 1–3.

<sup>23</sup> 《澜沧江—湄公河合作五年行动计划（2018–2022）》，中华人民共和国中央人民政府网站，2018年1月11日，[http://www.gov.cn/xinwen/2018-01/11/content\\_5255417.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2018-01/11/content_5255417.htm)。

<sup>24</sup> 《澜湄六国加强疟疾和登革热跨境联防联控》，新华网，2019年3月27日，[http://www.xinhuanet.com/2019-03/27/c\\_1124292009.htm](http://www.xinhuanet.com/2019-03/27/c_1124292009.htm)。

<sup>25</sup> 《澜沧江—湄公河合作第三次领导人会议万象宣言——“加强伙伴关系，实现共同繁荣”》，中国外交部网站，2020年8月25日，<http://www.lmcchina.org/n3/2020/0907/c416223-9757635.html>。

制中发挥了重要推动作用。2000年初,云南省寄防所作为中方代表参与到同ACTMalaria和MBDS的合作中。2005年,云南省寄防所开展“中缅边境地区疟疾联防联控试点项目”,设立沧源(云南省临沧市沧源佤族自治县)和孟连(云南省普洱市孟连傣族拉祜族佤族自治县)两个项目机构,进行信息交流,并向缅方提供技术培训和物资援助。此后,合作试点不断拓展,2007年,中国和哈萨克斯坦在边境地区开展中哈边境地区鼠疫的防控试点项目<sup>26</sup>。2008年,中国广西与越南广宁省开展中越跨境艾滋病联防联控项目,设立凭祥(广西壮族自治区凭祥市)、和东兴(广西壮族自治区东兴市)两个试点项目,对接越南高禄县、文郎县和芒街市。2010年,云南与广西的试点项目扩大为中越老缅边境地区传染病联防联控项目,针对的传染病病种也拓展至登革热、艾滋病、结核病、鼠疫等。<sup>27</sup> 跨境传染病联防联控不仅作为GMS公共卫生合作的组成,还被纳入“一带一路”倡议和澜湄合作的框架中。

大湄公河次区域跨境传染病联防联控项目是中国参与国际公共卫生合作的一个缩影。经过20余年的努力,中国在公共卫生领域,从跟跑、并跑,到目前开始领跑,经历着一个从学生到老师的转变。然而,目前有关大湄公河次区域国际公共卫生合作的研究往往关注GMS、中国—东盟、澜湄合作等官方合作机制,关注国家行为体、国际政府间组织如何自上而下地开展区域公共卫生治理,并未对地方实践给予应有的重视。本文以云南省参与大湄公河次区域疟

---

<sup>26</sup> 《卫生部肯定广西中越边境卫生合作工作》,广西新闻网,2008年9月19日,<http://www.gxnews.com.cn/staticpages/20080919/newgx48d2df6f-1673732.shtml>。

<sup>27</sup> 《国家卫计委中越老缅边境地区艾滋病联防联控项目(中国瑞丽—缅甸木姐)2014年度项目总结会暨经验交流会在瑞丽市召开》,云南省药物依赖防治研究所,2015年3月20日,<http://www.kmyida.com.cn/show.aspx?model=content&id=579>。

疾防控合作为例，分析医疗卫生专家和地方卫生官员等非国家行为体在区域公共卫生治理中所发挥的作用。

## 第二节 研究问题

为应对传染病跨境传播的挑战，大湄公河次区域公共卫生合作自20世纪90年代开始逐渐形成，并在21世纪头十年不断得到加强和完善，而且逐渐为次区域其他主要国际合作机制所接受。为什么各国边境地区能够采取合作的方式，实现跨境传染病的协作治理？

对此问题的回答主要有三种观点。第一种是较为悲观的观点，认为大湄公河次区域各国对主权和不干涉原则的重视使得各国难以开展有效的国际公共卫生合作。第二种观点认为，传染病通过安全化的方式成为一种非传统安全威胁，促使国家改变威胁认知，进而改变了国家政策。第三种观点则认为，国际组织或大国希望在相关问题上发挥更大影响力，从而促使其他国家改变政策。

传染病跨境传播等非传统安全威胁的出现，的确令大湄公河次区域各国加强了对公共卫生议题的重视，国际组织也确实在这一过程中发挥重要作用，然而各国为什么不仅加强了国内卫生治理，而且愿意参与到区域协作治理之中，对此已有的解释并不充分。对于跨境传染病联防联控机制何以出现和发展，已有研究大多认为，跨境传染病联防联控机制是在东盟框架下或澜湄合作框架下建立起来的，是东盟在非典疫情之后建立的诸多国际公共卫生治理机制的组成，但这并不符合该机制的现实发展路径。

这些研究都忽视了非国家行为体在这个过程中所发挥的作用。实际上，大湄公河次区域公共卫生领域的认知共同体自20世纪90年代便得以形成，并且在次区域公共卫生合作机制的建立和发展中发

挥了重要作用。“亚洲方式”或“东盟方式”使得该认知共同体有着不同于西方认知共同体的作用和经历，构成认知共同体的技术专家不仅作为知识的生产者和传递者，而且作为实践者在持续检验着自己所提出的政策创新是否可行。这种在实践中不断检验和完善知识和规范的“摸着石头过河”的卫生治理方式，不仅能够照顾到各国实际医疗卫生水平，有效应对了大湄公河次区域的跨境传染病挑战，而且是全球健康治理进程的重要组成，对各国应对其他卫生危机有着重要的借鉴意义。

到目前为止，国际与中国学界对亚洲地区的公共卫生认知共同体研究颇为有限，并且缺乏实证研究。已有结论大多较为负面，认为东亚地区难以形成有效的认知共同体，技术专家与国家政府的联系过于紧密，无法提出区别于政府的观点。“亚洲方式”或“东盟方式”是国际关系学界关注的重要议题，然而相关研究主要集中在东亚地区的政治和经济合作上，其对公共卫生治理的影响并未得到充分的重视。随着新冠肺炎疫情的暴发，学界涌现了大量关于新冠肺炎疫情背景下国际公共卫生治理的研究，但缺乏对早期相关实践的系统性梳理，导致历史与现实的脱节。

那么大湄公河次区域跨境传染病联防联控机制究竟是如何建立并发展完善的呢？我们在调研中注意到，次区域各国的传染病专家早在20世纪90年代便相继参与到本地区的医疗卫生专家网络之中，并逐渐形成了应对跨境传染病的认知共同体，在次区域国际公共卫生治理中发挥着重要作用。那么该认知共同体是如何发挥作用的呢？我们该如何解释这一作用过程呢？本研究将提出对次区域认知共同体的性质和作用机制的解释，认为大湄公河次区域各国的公共卫生专家通过持续的互动交往形成了传染病防控认知共同体，他们有着共同规范和身份，他们以实现大湄公河次区域传染病的控制和

消除为目标，并采取传染病防控的一系列行动。认知共同体能够通过产生新的认知结构或政策参考的因果框架、作为政策选择的“过滤”机制、为决策提供有效性和合法性，以及提出替代性方案和路径四种机制影响决策。本研究以大湄公河次区域跨境传染病联防联控机制为案例进行验证，发现在认知共同体的推动下该机制得以建立并不断发展，从中缅两国的跨境疟疾防控发展为多病种、多边的协作治理机制，并且为次区域各国以及其他国际合作框架所接受。

### 第三节 理论框架与研究设计

想要研究20世纪90年代以来的大湄公河次区域国际公共卫生合作，我们就要首先回顾已有合作，并比较分析国际组织、国际非政府组织、认知共同体等行为体所发挥的作用。此外，还要分析认知共同体的作用机制。

本研究的理论架构分为两部分。第一部分是基于公共卫生治理和认知共同体两个概念建立研究框架，即本文要研究的大湄公河次区域公共卫生治理的特点是什么，次区域传染病防控认知共同体与既有研究的界定有什么区别和联系，该认知共同体是如何建立的。本研究假定认知共同体是一些特定的专家基于公认的专业知识和技能汇聚到一起，通过对相关议题的参与和互动，塑造了该群体特有的身份和利益，并生产新的权威性的知识。他们不仅生产知识，还借助自己与国家政府的密切联系而将知识传递给政府决策层。本研究将大湄公河次区域传染病防控认知共同体界定为次区域各国的传染病防控知名专家，他们一方面作为认知共同体的参与者，另一方面在自己国家的相关领域有着权威影响力，他们的目标是实现次区域跨境传染病防控。

本研究第二部分是认知共同体如何影响国家的政策制定，推动国家采取协作治理的方式应对跨境传染病联防联控。在公共卫生危机的条件下，认知共同体通过为国家框定身份和利益，提供政策框架，并为国家政策提供合法性，来推动国家改变政策。这些专家与纯粹的技术专家最大的差异在于，他们既是知识的提供者，又是政策的实践者，他们分别在国际、国家和地方三个层面来落实相关政策，从而能够快速感知相关政策是否有效，进而提出新的知识或政策建议。这就使得知识的生产与政策的制定始终处于动态的互动之中，实现了协作治理机制的不断发展。

本研究将采取案例研究的方法，用大湄公河次区域跨境传染病联防联控作为案例，对认知共同体推动国际协作治理的理论进行验证。笔者采访了中国国家卫生健康委员会（下文简称卫健委）、中国疾病预防控制中心（下文简称中国CDC）、云南和广西等地方卫生防疫部门、联合国艾滋病规划署、盖茨基金会等机构，以及北京大学、清华大学、上海交通大学、武汉大学等高校公共卫生领域专家。这些专家多为大湄公河次区域传染病防控认知共同体的参与者或亲历者，从而使得笔者能够追踪该认知共同体建立和发展的主要过程。

本研究的结构框架和主要内容大致安排为：

第一章：大湄公河次区域国际公共卫生合作的理论解释。主要梳理国际公共卫生治理的基本概念与内涵，并对已有研究的理论解释进行回顾。

第二章：提出认知共同体的概念，并解释其形成过程。本章旨在厘清认知共同体的概念，并通过比对相似概念来阐释其形成条件。本研究认为，认知共同体与跨国倡议网络存在重要差异，而与第二轨道外交存在较多重叠。



第三章：建立认知共同体推动国际协作治理的理论框架。本章提出东亚地区认知共同体影响决策的四个作用机制，即能够产生新的认知结构或政策参考的因果框架、能够为政策选择提供“过滤”、能够为决策提供有效性和合法性、能够提出替代性方案和路径。

第四章和第五章是案例部分，将以大湄公河次区域跨境传染病联防联控为案例，通过过程追踪，验证本研究建构的理论框架。

第六章为结论。

本研究的研究对象为认知共同体，假定认知共同体是通过成员间的互动创造而成的，有着个体所不具备的行为方式、身份、利益和规范。认知共同体掌握着相关领域的权威知识，与政府的决策进程联系密切，使得认知共同体能够以特殊的方式影响政府决策，推动形成跨境传染病防控的区域规范，并影响相关领域的实践。

本研究建立了认知共同体如何形成并影响政策的理论假设，并通过案例分析法，以大湄公河次区域跨境传染病联防联控机制为案例对建设进行验证。大湄公河次区域公共卫生领域的非国家行为体自20世纪末才逐渐形成，相关研究少，且缺乏全面、深入研究。笔者通过访谈认知共同体的关键成员，梳理研究公共卫生领域学术著作，掌握了较为丰富的第一手资料，因此能够对大湄公河次区域传染病防控认知共同体进行深入分析，因此以该认知共同体的发展和实践过程作为案例对本研究假设进行验证，是最合适的方法。

本研究将通过文本分析和访谈的方式，并在此基础上通过过程追踪法对认知共同体推动大湄公河次区域跨境传染病联防联控进行动力机制分析。本研究将收集、整理国内外期刊文献、相关领域报告、公开数据等。本研究将采访长期、深入参与大湄公河次区域跨境传染病联防联控的专家和学者。