

# 中国政策变迁场景的间断均衡 ——基于农村合作医疗政策的检验与修正

张倩<sup>1,2</sup>

1. 新疆农业大学公共管理学院(法学院), 新疆 乌鲁木齐 830052; 2. 厦门大学公共政策研究院

**【摘要】** 源于西方的间断均衡理论对于政策变迁具有较强的解释力,但由于中西方政治制度的差异性,其在中国场景中的解释力有待进一步检验。以农村合作医疗为案例,通过历史文献考察发现,间断均衡提出的注意力分配、政策形象转变、制度摩擦对合作医疗的变迁具有一定的解释力,但在西方政治制度下,各利益集团为了对政策场域进行争夺,通过使反对者进入议程、动员政策企业家、开展公民社会团体活动,使得政策在子系统和宏观系统交替致使变迁的解释力较差,我国主要由中国共产党、政府部门、全国人大等多元主体构成稳定的政策场域,导致政策场域对问题界定发生转变的动力机制主要有相关政策的兼容性、专家学者意见纳入决策系统、突发事件的冲击以及民众的态度等,为此对间断均衡模型进行修正,力图增强其在中国政策语境下的解释力。

**【关键词】** 间断均衡理论;合作医疗;政策变迁;政策场域;注意力分配;政策形象

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1005-5916(2025)04-0244-06

引用本文格式:张倩. 中国政策变迁场景的间断均衡:基于农村合作医疗政策的检验与修正[J]. 中国农村卫生事业管理, 2025, 45(04): 244-249. DOI:10.19955/j.cnki.1005-5916.2025.04.003.

## Punctuated equilibrium in China's policy change scenarios Tests and modifications based on rural cooperative medical policy

ZHANG Qian

*School of Public Administration (Law School), Xinjiang Agricultural University,  
Urumqi, Xinjiang Uygur Autonomous Region 830052, China*

**【Abstract】** Punctuated equilibrium theory originated from the West has strong explanatory power for policy change, but its explanatory power in Chinese scenarios needs to be further tested due to the differences between the Chinese and Western political systems. Taking rural cooperative medical care as a case study, it is found out through historical documentation review that allocation of attention, policy image change, and institutional friction proposed by punctuated equilibrium have certain explanatory power for the changes in cooperative medical care. However, in the context of the Western political system, in order to compete for the policy arena, various interest groups make policies alternate in the sub-systems and macro-systems by bringing opponents into the agenda, mobilizing policy entrepreneurs, and carrying out activities of civil society groups, resulting in a poor explanatory power of changes. However, the Communist Party of China, the National People's Congress, and government departments constitute a stable policy arena in China. The case study of cooperative medical policy change find out that the driving powers that lead to the change in the definition of issues in the policy arena mainly include the compatibility of related policies, the inclusion of expert and scholar opinions in the decision-making system, the impact of emergencies and the attitude of the public. Therefore, the punctuated equilibrium model is modified to enhance its

基金项目:国家社会科学基金项目(19XGL020)

通信作者:张倩, E-mail:1312652290@qq.com

explanatory power in the Chinese policy context.

**【Keywords】** Punctuated equilibrium theory; Cooperative medical care; Policy change; Policy arena; Attention allocation; Policy image

## 1 问题的提出

琼斯、鲍姆加特纳和特鲁(Jones, Baumgartner & True, 1998)所提出的间断均衡理论(Punctuated-equilibrium theory)是对渐进式政策过程理论的重大突破,该理论认为政策的变迁不仅存在长期稳定渐变的线性演进,还存在短期间断剧变的非线性状态。自此理论提出后就得到了学者们的关注。西方研究多聚集在间断均衡理论的适用性方面,被运用在预算政策、水、土地、能源、森林<sup>[1]</sup>、贫困<sup>[2]</sup>等多个政策领域。国内研究亦对间断均衡理论给予了密切关注,部分研究引入和介绍间断均衡理论,部分研究则进一步讨论了该理论在国内的适用性。

间断均衡理论是基于美国政策场景的产物,由于中西方政治制度的差异性,间断均衡理论在中国场景中的解释力有待进一步检验。新中国成立以来,农村合作医疗历经了萌芽与生成——发展与繁荣——衰落与调试——重建与复兴——整合与合并的发展阶段<sup>[3]</sup>,遵循非线性渐变的轨迹,具有显著的渐变与剧变交替的特征。那么如何理解中国制度情景下农村合作医疗间断均衡的发展历程?与西方国家相比,影响政策变迁的动力机制有何不同?为此,本研究尝试运用间断均衡理论分析新中国成立以来农村合作医疗的变迁历程,厘清农村合作医疗政策变迁的内在机理。一方面,农村合作医疗制度是体现国家治理体系与治理能力现代化的重要形式<sup>[4]</sup>,借助间断均衡理论探寻农村合作医疗变迁的演进规律,有助于窥探其变迁逻辑的内在机理。另一方面,以农村合作医疗为案例考察间断均衡理论在中国情景下的适应性和局限性,进而对间断均衡模型进行修正,可促进该理论模型的中国化改造,增强其在中国政策语境下的解释力。

## 2 间断均衡理论的核心要素及框架构建

间断均衡理论可以理解为:占有主导力量的政策行动者对问题分配了足够的注意力,该问题

将会提上政策议程,公共政策出台,政策行动者通过动员冷漠者、吸引支持者、排除反对者,形成正面的政策形象,组成较为封闭、集中的子系统,形成政策垄断。另一方面,其他利益集团致力于对政策场域的争取,通过反对者进入政策议程、动员对政策形象具有不同价值判断的政策企业家及公民社会团体等,招致政策反对者将注意力焦点转移至负面的政策形象。试图改变政策的力量与维系政策的力量将会产生冲突摩擦,如果这一冲突是负反馈力量占主导,则政策变迁发生在子系统领域,政策保持原状或者渐进调试。反之,则政策变迁上升至宏观政策系统,总统和国会领导人等将会改变现有的利益分配格局,政策场域发生改变,致使政策发生巨大的变迁,发生政策间断。该理论的核心要素及框架构建如图 1 所示:

### 2.1 议程设置及政策场域

议程设置是指对各种议题依重要性进行排序<sup>[5]</sup>。议程设置和问题界定密切相关,问题界定的改变一般带来议程设置的变化。当特定问题被纳入到政策议程中,政策企业家要致力于其中意的解决方案被采纳。政策场域又称为政策议定场所,指的是针对相关议题拥有权威性决策的机构或集团<sup>[4]</sup>。政策场域不是固定不变的,不同利益集团致力于对政策领域管辖权的竞争,政策领域管辖权的变化,可能会导致政策的逆转。

### 2.2 注意力分配、政策图景与制度摩擦

认知、制度和政策形象是间断均衡理论中政策稳定与变迁的三种解释逻辑<sup>[6]</sup>。认知主要指注意力分配,决策者不可能在同一时间讨论所有话题,会根据信息在心目中的重要性,“要弄”(juggle)源源不断涌来的信息<sup>[7]</sup>。当政策问题的重要性与政府的回应和关注出现偏差不一致时,会影响政策的变迁。

鲍姆加特纳和琼斯引用了赖特对于制度的界定,认为“制度就是规则,是决策产生的结果……当前政策损失方会尝试改变规则,产生另外的决策”。他们认为制度摩擦同物理学中的摩擦一样,存在阻力以及克服阻力两种力量的抗衡,阻力

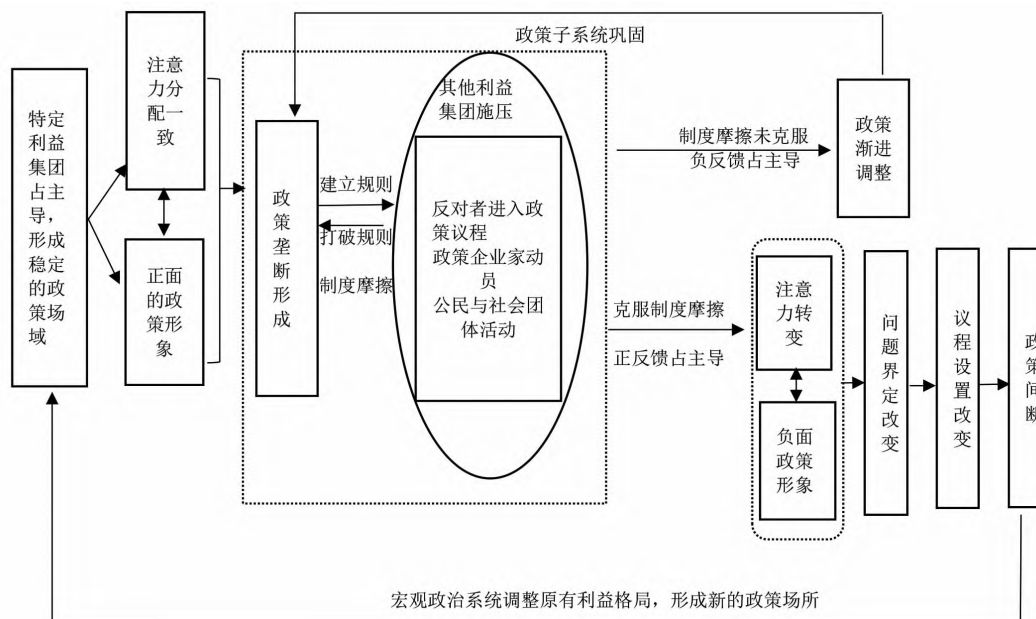


图1 间断均衡框架示意图

克服则变迁,未克服则呈现“稳定”状态,制度摩擦包括认知、信息、决策和执行成本<sup>[8]</sup>。

政策形象又称为政策图景,即“政策如何被理解和被讨论的”<sup>[4]</sup>。不同的人对同一政策可能持有不同的政策形象。政策的支持者聚焦于正面的政策形象,这有利于政策垄断的延续。政策的反对者关注负面的政策形象,这容易导致垄断崩溃。

### 2.3 政策子系统与宏观政治系统

政策子系统指政策安排中只有政府的一部分被卷入的系统<sup>[9]</sup>。政策变迁中的渐进变化一般发生在政策子系统场域。在该场域,理性的政策决定者有意进行边际调节,使得互相竞争的团体之间相互调适,政策调整是一个负反馈的过程。

宏观政治系统是一个全国性政治系统,通常具有选举优势潜能的议题会受到国会和领导人的充分关注,政党就可能插手该议题,该议题就不再局限在子系统中<sup>[4]</sup>。政策间断一般发生在宏观政治系统,是正反馈的过程。正反馈的迅速爆发会改变现存的政策子系统或创造新的政策子系统。当正反馈爆发过后,政府支持新的子系统,进入一个以负反馈为特点的时期。然而,未来这个子系统亦可能会再次发生动摇。

### 2.4 政策垄断和政策崩溃

政策垄断是指在政策制定中,最重要的行动者(统治集团或联盟)将其他参与者排斥在外,形成集中的、封闭的体系,使政策变迁处于缓慢或停滞状态<sup>[9]</sup>。政策崩溃就是打破了政策垄断。政策制定者一般都热衷于建构政策垄断,但这种状态在开放的美国系统中很难持续。政策垄断构成了政策过程的渐进调整,而垄断的崩溃构成了政策的间断。

## 3 案例检验:新中国成立以来合作医疗政策间断均衡变迁

通过梳理合作医疗相关政策文本,本文将合作医疗的发展划分为如下几个阶段:

### 3.1 政策均衡期(新中国成立至20世纪70末):传统农村合作医疗的形成与迅速发展

1955年,山西高平县米山保健站自发建立了农民自愿共同筹资免费享受预防保健服务的集体医疗保健制度,它的成立引起了中央相关部门的高度重视并给予了高度评价。1956年6月15日至30日,第一届全国人民代表大会第三次会议通过的《高级农业生产合作社》首次以法规的形式推进合作医疗的发展。1959年12月16日,卫生部上报中共中央文件《关于全国农村卫生工作山西稷山县现场会议情况的报告》及其附件《关于

人民公社卫生工作几个问题的意见》得到中央的认可,1960 年 2 月 2 日,中共中央向各省市自治区党委批转了上述报告及附件,并要求各地参照执行。至此,政府将合作医疗作为农村医疗卫生保障的一项基本制度<sup>[10]</sup>。1978 年合作医疗制度被载入《中华人民共和国宪法》。

总体来说,虽然合作医疗肇始于农民的自发实验,但是其广泛推行和发展是与中国共产党的重视及政府自上而下的动员密不可分。一方面,以毛泽东为核心的中国共产党、政府部门及全国人大对农村的医疗问题给予了充分的重视,并对合作医疗给予了高度肯定,形成了正面的政策形象。另一方面,中国共产党、政府部门、全国人大为合作医疗的主要政策场域,并形成较为封闭的、一元化的决策系统,这种封闭的决策系统为政策垄断提供了可能性。媒体的话语权与政策场域保持一致,如《健康报》《人民日报》多次发表社论表达对合作医疗的赞扬。地方政府及民众对待合作医疗的态度与中央高度保持一致,合作医疗得以迅速发展。

### 3.2 政策间断期(20 世纪 80 年代初至 2006):传统农村合作医疗大面积崩解及新型农村合作医疗的建立和试点

20 世纪 80 年代初期,中国的政治经济形势发生巨大变化。家庭联产承包责任制使得合作医疗失去赖以生存的经济和组织基础,对其带来了巨大的冲击。国家卫生主管部门对合作医疗的态度转变进一步加剧了合作医疗的解体,合作医疗被视为可办可不办的事务。政府在合作医疗的财政投入也大幅度缩减。合作医疗的政策形象也发生转变,农村合作医疗遭到各方质疑:有人认为合作医疗是吃“大锅饭”,甚至把它当作极左的东西来批判;有的地方认为合作医疗加重了农民的负担<sup>[11]</sup>。低水平的医疗服务以及待遇不公也使农民丧失了对该政策的信心,合作医疗大面积崩解。虽然在 20 世纪 80 年代中后期,政府尝试重建农村医疗保障体系。然而合作医疗最终恢复失败。一方面是由于缺乏政府财政支持<sup>[12]</sup>;另一方面,合作医疗被认为与国务院、农业部等颁布的减轻农民负担的一系列政策措施相冲突,导致恢复工作被搁浅。

随着广大农民“看病难、看病贵”的问题日益

突出,新型农村合作医疗应运而生。2002 年 10 月 19 日,中共中央、国务院专门制定的文件《关于进一步加强农村卫生工作的决定》中,首次提出要“建立新型农村合作医疗制度”。2003 年各地区开展新型农村合作医疗的试点工作。“非典”的暴发更是暴露了农村公共卫生体系薄弱的现状,坚定了政府举办新型合作医疗的决心<sup>[13]</sup>。

总的来说,一则,注意力分配影响决策者对问题优先顺序,随着决策者注意力转向,推动政策更新和体系变革<sup>[14]</sup>。20 世纪 80 年代,由于政治经济体制的急剧转型,社会各领域被市场和经济为导向的改革理念占据,对合作医疗在内的其它公共行政事务的投入与管理较为轻视<sup>[10]</sup>。而到 21 世纪初期,对“三农”问题尤其是农村卫生保健足够的注意力分配,同时在“非典”事件的冲击下,政府注意力由注重经济政策向社会政策转变。二则,政策形象的转变影响政策的进程。合作医疗走向崩溃与其正面政策形象遭致质疑和批判并打破政策垄断有关。新型农村合作医疗通过国家领导人以及媒体的宣传形成正面的政策形象,国家领导人明确指出新型农村合作医疗是为民、利民、便民的大好事<sup>[15]</sup>。此外,相关政策的不兼容性会导致政策的崩溃。如合作医疗保险走向大面积崩溃的成因之一也是因为家庭联产承包责任制的推行使其丧失了赖以生存的集体及经济基础。

### 3.3 政策均衡期(2007 至今):新型农村合作医疗全面推行及整合

2007 年 1 月召开的第四次全国新型农村合作医疗工作会议,使得“新农合”走向全面推进。根据相关数据显示,2010 年新型农村合作医疗参保率达到 96%,实现覆盖全体农村居民的目标<sup>[16]</sup>。2016 年国务院出台了《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》提出建立起统一的城乡居民基本医疗保险制度。此后,2017 年召开的党的十九大、2018 年医保局等五部门发布的《关于做好 2018 年城乡居民基本医疗保险工作的通知》以及 2019 年 1 月的《中共中央 国务院关于坚持农业农村优先发展做好“三农”工作的若干意见》中均提出建立健全统一的城乡居民基本医疗保险制度。

虽然与新型农村合作医疗保险制度相比,城乡居民医疗保险的保障力度更大、范围更广、基金

筹集机制更合理、基金管理及使用更加规范高效,但城乡居民基本医疗保险可以看作是在确立了新型农村合作医疗的政策目标、筹资方式等以后,在经验的总结下渐进调整,所以该时期为政策平衡期。

#### 4 中国场景下间断均衡理论的修正

##### 4.1 间断均衡理论对中国政策场景的解释力

运用间断均衡理论对中国农村合作医疗的政策变迁过程进行分析,可以发现,该理论对我国政策场景下的政策变迁具有一定的解释力。

正如间断均衡所提出的一样,注意力分配是问题提上议程及政策变迁的关键因素。问题的严重性及紧迫性决定其是否引起决策者注意力并提升到政策议程<sup>[17]</sup>。政策制定者注意力分配的转变影响着政策变迁的状况。传统合作医疗迅速崩溃的原因之一就是政治经济体制转型,决策者将更多的注意力分配给经济政策,对属于社会政策的合作医疗关注较少。政策形象的变化对政策变迁有重要影响。例如:20世纪80年代,合作医疗负面的政策形象是导致其走向崩溃的成因之一。是否克服制度摩擦是影响政策变迁的原因。当制度摩擦被克服,政策发生间断。新型农村合作医疗的建立得益于克服决策和执行成本,政策间断变迁。

##### 4.2 间断均衡理论在中国政策场景下的局限与修正

间断均衡理论对我国政策变迁有一定的解释力,但其是基于美国政策场景的产物,由于中美政治制度结构因素有较大区别,该理论的解释具有一定的局限性,主要体现在两个方面:

一是间断均衡理论中提出的子系统和宏观系统以及政策场域改变对我国的政策变迁缺乏解释力。美国所实行的两党制、选举制度以及分权的联邦制使得政策运行系统更具有开放性和外生性的特点,政策领域管辖权在不同利益集团、政党、联邦政府与州政府之间的转变,可能会导致政策的逆转。二是克服制度摩擦导致问题界定发生转变的动力机制不同。西方多元的政治体系为政策制定增加了巨大动力,不同利益集团的偏好可能不同,这就为变化提供了机会。一方面,不同政党所代表的利益集团可通过游说政府官员、政策企

业家动员来控制话语权等方式影响政府决策。另一方面,选举制使得公民团体的成长和动员成为将问题推进政策议程的一股力量,政策企业家们动员公民团体纳入冲突之中,形成公众压力,进而导致垄断崩溃。

与西方存在子系统与宏观系统的更替引起政策场域发生转变不同,我国的政策场域具有稳定性和统一性。结合合作医疗政策来看,政策场域主要由中共中央、政府部门、全国人大构成。首先,不同于西方各政党将社会福利作为赢得竞选或连任的筹码,政策具有功利性。中国共产党始终把坚持好、实现好和维护好最广大人民群众的根本利益作为党制定国家大政方针及政策走向的出发点。合作医疗的出台与推进与党中央高度重视民生工作密不可分。其次,政府在合作医疗政策制定及推行中发挥着重要的作用。合作医疗涉及卫生部、民政部、农业部、财政部和人事部等诸多部门,其推行与改进是政府的意愿和最高决策。传统合作医疗虽然是农民自发而起,亦是卫生部通过调研上报国务院对其价值肯定后才得以推广。最后,全国人大在公共决策系统中发挥着重要的推动作用。在我国政策制定过程中,重大的决策一般在党内达成共识,再提交全国人大进行审议,并通过严格的法定程序使党的主张上升为国家意志,最后再交由人民政府及相关部门执行落实<sup>[18]</sup>。无论是传统农村合作医疗、新型农村合作医疗亦或是城乡居民基本医疗保险的顺利推行与全国人大达成共识密不可分。

从克服制度摩擦导致问题界定发生转变动力机制来看,不同于西方主要是因为反对者进入政策议程、政策企业家动员以及公民与社会团体活动,本文认为导致政策场域对于问题界定发生转变的动力机制主要是其他相关政策的兼容性、民众的反应以及趋于开放的政策系统使得政策场域汲取了学者专家的意见等。

首先,传统合作医疗间断主要是因为其与家庭联产承包责任制的不兼容性。当相关政策出现不兼容的情况,政策场域致力于解决更切合人民利益或更紧迫的问题,如何发展农村的经济,提高农民的生活质量在当时成为党中央和政府面临的最紧要的问题。在这种大背景下,国家卫生主管部门对合作医疗的态度发生转变,导致政策间断。

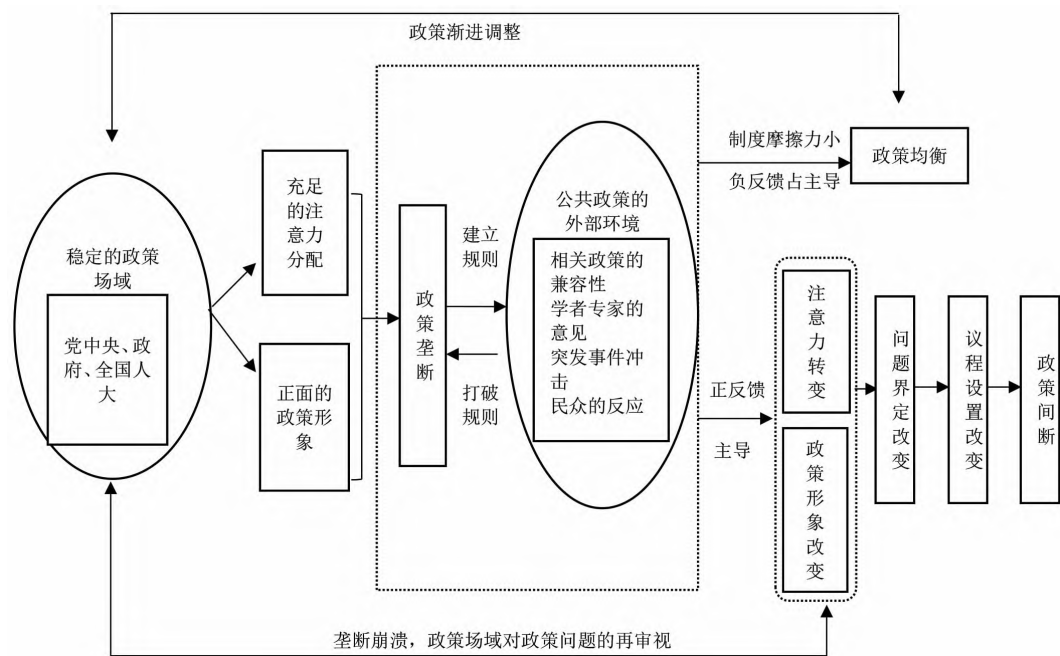


图 2 间断平衡框架的中国场景

其次,相对于传统合作医疗重建失败,新型农村合作医疗得以成功的成因就是对于政府责任政策场景的转变。本研究认为导致问题界定转变的原因如下:一是决策系统更为开放。一些专家学者、智囊团、科研机构等开始介入政策过程,为政策场域提供了更多的政策建议。如 20 世纪 90 年代,一些大学院校、科研机构在政府相关部门的支持下着手调研工作,为新型农村合作医疗的建立提供了翔实材料<sup>[19]</sup>。二是重大突发事件的冲击。2003 年的“非典”事件,加快了新型农村合作医疗的全面推行。

民众对政策的态度也会导致政策场域的反思,对问题界定发生转变,进而影响政策的变迁。合作医疗的直接受益人是农民,是否符合农民的利益是影响政策推行成功与否的关键。当农民认为合作医疗符合自身利益时会积极参加,但是当农民对政策存在质疑和顾虑时,政策就难以推行。当民众对出台的政策接受度较低时,政策决策者通过人民代表大会了解民意,找到人民群众的“痛点”和“难点”,并以此作出政策调整的决定。

5 结论

间断均衡是研究政策变迁的重要理论,本文通过梳理新中国成立以来 70 多年农村合作医疗

变迁历程情况,来检验间断均衡理论对中国政策变迁解释的有效性。研究发现,该理论对农村合作医疗的变迁具有一定的解释力,但是由于中西方政治制度的差异,使得该理论在解释中国政策变迁问题方面存在着明显的局限性。因此,尝试对间断均衡理论进行修正以提升对中国政策变迁的解释力。不同于西方政策场域具有不稳定性以及利益集团、地方及联邦政府对政策场域的争夺影响政策的变迁。我国政策场域由多元参与与核心权威统一,其对问题的注意力分配及对政策形象的界定影响着政策的走向。相关政策的兼容性、突发事件的冲击、专家学者的参与及民众的反应是导致政策场域对问题界定转变的外部动力机制,替代了西方间断均衡模型中利益集团施压、政策企业家游说等的解释。根据合作医疗变迁对间断均衡理论进行修正,可以提升该理论的适用性。本研究亦可能存在以下方面的不足:农村合作医疗案例有一定的特殊性,农村合作医疗属于社会政策领域,且政策的推行是以农民自愿参加的形式,对于经济政策且强制推行的政策变迁过程是否符合上述分析规律还需要更进一步的研究。

利益冲突 无

(下转第 257 页)

[11] 李志广,张婉莹,孔爱杰,等. 基于 DEA - Malmquist 指数的我国中医类医院全要素生产率的测度与评价[J]. 南京中医药大学学报(社会科学版),2021,22(2):130 - 136.

[12] Caves D, Christensen L, Diewert W. The Economic Theory of Index Numbers and the Measurement of Input, Output, and Productivity[J]. Econometrica,1982,50(6), 1393 - 1414.

[13] 夏洁,夏苏建,朱穗. 广州市卫生资源配置效率状况及其影响因素[J]. 医学与社会,2023,36(12):14 - 19.

[14] 夏静. 基于三阶段 DEA 模型的四川省医疗卫生机构运行效率测量及影响因素研究[D]. 成都:四川大学,2021.

[15] 《公共财政概论》编写组. 公共财政概论[M]. 北京:高等教育出版社,2019.

[16] 肖馨怡,陈双慧,吴海波. 基于 DEA - Malmquist 指数的 J 省基层医疗卫生资源配置效率研究[J]. 中国农村卫生事业管理,2024,44(3):168 - 173.

[17] 欧阳哲. 广州市财政医疗卫生支出及其规模效率研究[D]. 广州:中共广东省委党校,2019.

[18] 庞瑞芝,李倩楠. 新质生产力推动卫生资源配置结构优化的内在机理与路径[J]. 学习与探索,2024(5):120 - 131.

[19] 刘晓彤. 我国医疗卫生资源配置效率测度及区域差异分析[D]. 开封:河南大学,2023.

[20] 史卫红,乔学斌,姜仑,等. 2011—2020 年江苏省医疗卫生资源配置效率分析[J]. 中国卫生经济,2023,42(1):47 - 51.

[21] 李志志. 数字经济对省际基本医疗服务均等化水平的影响及提升对策研究[D]. 济南:山东财经大学,2023.

(收稿日期:2024 - 11 - 20,修回日期:2024 - 12 - 09)

(上接第 249 页)

参考文献

[1] Jones BD, Baumgartner FR. The Politics of Attention[M]. Chicago: University of Chicago Press. 2005.

[2] Rose M, Baumgartner FR. Framing the Poor: Media Coverage and US Poverty Policy, 1960 - 2008[J]. Policy Studies Journal,2013,41(1):22 - 53.

[3] 孙淑云,任雪娇. 中国农村合作医疗制度变迁[J]. 农业经济问题,2018(9):24 - 32.

[4] 周巍,尚樱之. 病有所医、病无所恐:我国农村合作医疗制度发展历程、运行逻辑与未来进路[J]. 甘肃行政学院学报,2024(1):28 - 38.

[5] 王绍光. 从经济政策到社会政策:中国公共政策格局的历史性转变[J]. 中国公共政策评论,2007(1):29 - 45.

[6] 李文钊. 认知、制度与政策图景:间断 - 均衡理论的三重解释逻辑[J]. 南京社会科学,2018,4(5):63 - 74.

[7] [美]布赖恩·琼斯. 再思民主政治中的决策制定:注意力、选择和公共政策[M]李丹阳译. 北京:北京大学出版社,2010.

[8] Jones BD, Baumgartner FR. The Politics of Attention: How Government Prioritizes Problems[M]. Chicago, IL: University of Chicago Press,2005:151 - 205.

[9] 朱春奎,严敏,陆娇丽. 公共预算决策中的间断均衡模型[J]. 公共管理与政策评论,2012,1(1):78 - 89.

[10] 高和荣. 风险社会下中国农村合作医疗制度的重建[D]. 长春:吉林大学,2004.

[11] 曹普. 新中国农村合作医疗史[M]. 福州:福建人民出版社,2014.

[12] 王绍光、樊鹏. 中国式共识型决策:“开门”与“磨合”[M]北京:中国人民大学出版社. 2013.

[13] 全国防治非典工作会议在京举行[N]. 人民日报,2003 - 07 - 29.

[14] 李鹏,张奇林,高明. 我国农村低保政策演进逻辑与发展取向:基于间断 - 均衡与政策范式视角[J]. 中共福建省委党校(福建行政学院)学报,2022(2):108 - 117.

[15] 吴仪. 扎扎实实做好新型农村合作医疗试点工作[EB/OL]. 新浪网,2004 - 02 - 29. <https://news.sina.com.cn/c/2004-02-29/10371925875s.shtml>

[16] 翁凝,孙梦洁. 中国农村基本医疗保障制度变迁[J]. 管理现代化,2020,40(1):53 - 55.

[17] 李金龙,王英伟. “间断平衡框架”对中国政策过程的解释力研究:以 1949 年以来户籍政策变迁为例[J]. 社会科学研究,2018(1):64 - 74.

[18] 黄新华,赵荷花. 食品安全监管政策变迁的非线性解释:基于间断均衡理论的检验与修正[J]. 行政论坛,2020,27(5):59 - 68.

[19] “中国农村合作医疗保健制度改革研究”中央课题组. 14 个县农村合作医疗保健制度改革研究(1)(阶段性研究报告[R]. 北京,1996:6.

(收稿日期:2024 - 08 - 30,修回日期:2024 - 11 - 15)