



# 我国体医融合府际协同关系研究

## ——基于2012—2022年政策文本量化分析

杨京钟<sup>1</sup>, 仇军<sup>2\*</sup>, 冯晓露<sup>3</sup>, 刘嘉琪<sup>4</sup>

(1. 清华大学 体育部, 北京 100084; 2. 湖州师范学院 体育与大健康研究院, 浙江 湖州 313000;  
3. 浙江大学 教育学院, 浙江 杭州 310058; 4. 集美大学 体育学院, 福建 厦门 361022)

**摘要:**《“健康中国2030”规划纲要》的颁布实施,以及健康中国等国家战略建设的深入推进,为体医融合实现跨部门、跨区域的府际协同合作提供了规划支撑和战略引领。对中央和地方政府部门制定发布的242份体医融合政策文本进行定性和量化分析发现,现行体医融合宏观政策与国家中长期战略(规划)紧密关联,中央和地方各自横向府际政策协同体系基本形成,其年度发文总量和共同发文量呈同步协调特征,表明府际体医融合政策协同进入实质性的操作阶段。但客观上存在央-地纵向府际政策协同性不足、横向府际政策协同的协调与运作机制不完善、府际政策体系不完整等问题。由此,围绕体育强国、健康中国等国家战略,提出完善府际纵向和横向协同机制与制度供给、建立高效协同的纵向和横向府际关系、健全府际体医融合政策协同体系等体医融合府际政策协同策略。

**关键词:**体医融合;府际协同;政策协同;政策

**中图分类号:**G80-05 **文献标识码:**A

2012年以来,中央和地方政府制定了诸多体医融合相关政策,持续推进体医融合公共健康服务协同创新发展。但在府际关系中,中央和地方政府之间是一种职责分配执行纵向关系,而各自内部平行独立的政府部门之间则是一种不同职责分工的平等横向关系。无论是纵向府际还是横向府际关系均关涉跨区域、跨部门的政策制定、执行、评估等政策过程,是一种府际互动关系的政策方向(何精华,2011)。囿于府际利益差异及条块分割的运行机制,现行体医融合政策呈现承接性、碎片化、分散性、多元化的特征,客观上需要纵(横)向政府部门间加强政策协同,运用动态性、针对性的政策激励工具并制定专业化、可操作的具体化实施细则(陈巧玉等,2023)。府际协同合作实质是一种基于严密性、合理性的科层制组织结构形成的跨区域、跨部门的府际协作治理模式,其能够破除府际部门壁垒,构建跨地域、跨部门的府际协同治理机制,成为有效解决体医融合健康治理的重要手段,从而推动解决体医融合政策制定、执行中协调性和协同性不足的问题。

从现有文献看,府际协同研究大致分为两大类。一类以生态环境、公共危机、政府(区域、流域)治理等府际协同为研究着力点。国外学者多从府际关系特征及政策调控关系(Wright,1974)、府际关系协作及协同治理(Bolleyer,

2009)、府际协商谈判与公共利益“讨价还价”合作(Agranoff et al.,2004)、网络协同治理的府际关系组织效能(Agranoff,2007)、公共危机府际协作机制(Parkin et al.,2007)、府际内外互动协作特性(Agranoff et al.,2003)等方面开展相关研究;国内学者侧重于跨域生态环境治理与横向府际协同关系(司林波等,2022)、应急响应(陈淑伟,2018)和公共危机(王臻等,2022)中的府际协同治理、京津冀地区大气污染治理(陈桂生,2019)、长三角区域一体化政策(王欣等,2021)、府际协同与流域治理(陆筱璐,2022)等相关研究领域。另一类以公共服务、府际关系、环境协作等府际政策协同为研究着力点,基于公共政策视角开展府际政策协同研究。国外学者主要聚焦纵向府际的政策全流程(Laffin,2009)、府际治理中的政策全过程(Trench,2007)、府际关系中的政策调控(尼古拉斯·亨利,2002)等开展具体研究;国内学者侧重从省域流域治理的

收稿日期:2023-07-31; 修订日期:2023-09-17

基金项目:国家社会科学基金重大项目(19ZDA353);清华大学文科双高项目(2023)。

第一作者简介:杨京钟(1974-),男,教授,在读博士研究生,主要研究方向为体医融合、体育健康促进理论与政策,E-mail: yangjz21@mails.tsinghua.edu.cn。

\*通信作者简介:仇军(1955-),男,教授,博士,博士研究生导师,主要研究方向为体育人文社会学,E-mail: qiu jun@tsinghua.edu.cn。

府际协同关系(吕志奎等,2021)、中央和地方政府科技创新政策(黄萃等,2015)、京津冀区域政策协同(李雪伟等,2019)、社会政策创新与纵向府际关系(赵慧,2018)等方面进行探究。在体育方面,府际协同研究尚未引起学者们的充分关注,仅有中央横向府际关系网络与体育相关产业融合政策(许焰妮等,2020)、体育服务政策协同供给府际关系(朱焱等,2023)等为数不多的相关研究。

概而言之,上述研究多从宏观层面对现今府际关系协同进行定性或定量分析,丰富了相关学术内容,为该领域研究提供了借鉴参考,但目前有关体医融合府际政策协同的学术成果鲜见,阙如体医融合府际关系政策协同的专门研究。已有的相关研究大多是央-地纵向府际或地方横向府际关系的单一定性研究,且多定性而少定量研究,缺少针对体医融合政策制定、执行、评价中府际关系协同的综合研究,亟需对体医融合开展量化分析(仇

军,2021)。基于此,本研究将中央和地方政府发布的体医融合政策文本作为研究对象,运用内容分析、社会网络分析、主题模型分析等定性与定量相结合的研究方法,具体研讨中央和地方政府出台的政策协同现状及特征,以期从理论层面拓宽体医融合政策协同的研究视角,在应用层面提出完善现行体医融合府际协同的策略。

## 1 研究设计

### 1.1 研究思路

以体医融合府际协同问题为导向,通过收集官方政策文本,梳理统计中央和省级政府出台的体医融合政策文本及协同发文情况,采用混合分析方法探究央-地府际政策协同情况,分析体医融合纵向或横向府际协同中的特征及其差异性,进而提出完善体医融合府际政策协同的具体策略(图1)。

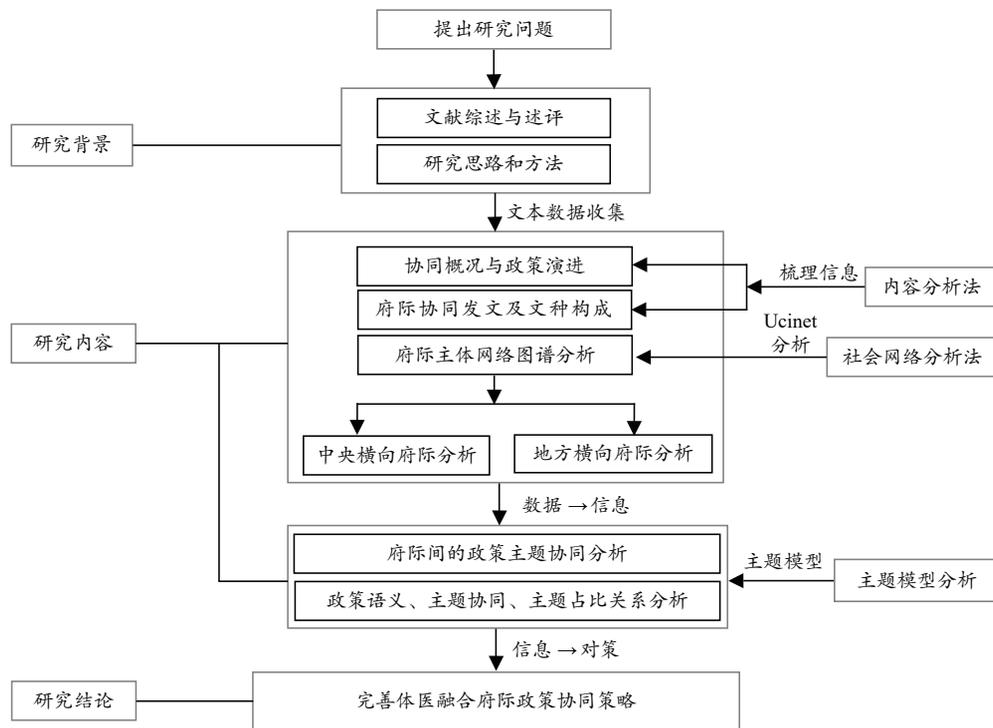


图1 研究思路设计图

Figure 1. Research Ideas Design

### 1.2 研究方法

首先,运用政策内容分析法,研究体医融合政策协同演进历程及其特征,评析府际政策协同制定、联合发文、文种构成等。其次,采用社会网络分析法,分析府际间体医融合政策主题语义的相关性,形成可视化网络的关联图谱,直观展现纵(横)向府际间体医融合政策主体的协作关系。最后,采用主题模型分析法对体医融合政策文本数据进行描述性统计分析,结合体医融合政策语义主题间的关联关系,具体探讨府际体医融合政策主体和主题协同的序列相关协同内容。将内容分析、社会网络分

析和主题模型分析3种方法有机结合,从现行体医融合府际政策协同、不同层级政府主体间的协作及政策主题等方面具体探究府际协同关系。

### 1.3 政策文本数据来源及处理

以“北大法宝”信息检索系统为基础,以“医体结合”“医体融合”“体医融合”“体医结合”“体卫融合”等为核心词,检索政府发布的法律法规、纲要规划、规定条例、意见通知、办法方案等类型政策,对获取的体医融合政策文本进行筛选归纳,最终搜集有效政策文本242份。在府际协同主体关系的认定上,将府际关系分为中央层面横向关

系(国务院各部门间)、央-地府际纵向关系(国务院各部门与各省、自治区、直辖市间)、地方纵(横)向府际关系(孙涛等,2018)。

## 2 体医融合府际协同政策现状分析

### 2.1 政策协同发文量分析

党和政府十分重视体医融合在促进疾病预防、防控慢性病中的主动健康促进作用。早在2012年5月,原卫生部联合国家发改委、体育总局等15部门协同发布了《中国慢性病防治工作规划(2012—2015年)》,以政策规划的形式首次提出“医体结合”的概念,这是以非传染性慢病防治为特征的体医融合的最早内涵表述。回顾2012—2022年10年间的体医融合政策协同,中央和地方政府各自的体医融合政策发文数量总体呈现阶段性上升趋势,中央和地方政府年发文量和府际联合发文量基本保持协同,体医融合政策协同经历了“四次提升”“两次回落”(图2)。

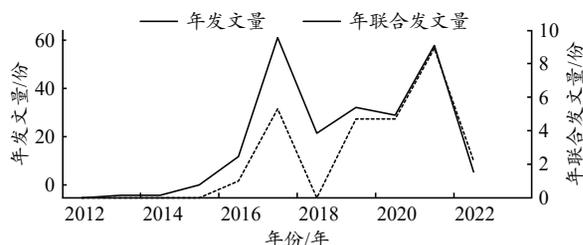


图2 2012—2022年中央和地地方体医融合政策发文量演变

Figure 2. The Evolution of Quantity in Central and Local Inter-governmental Sports-Medicine Fusion Policies from 2012 to 2022

一方面,“四次提升”的政策协同阶段主要表现为2014—2016年的初步发展、2016—2017年的迅速提升、2018—2019年的平缓发展、2020—2021年的短暂提升。我国于2012年引入“运动是良医”(Exercise is Medicine)健康促进理念,强调通过体育锻炼强身健体主动防治疾病,这为“体医融合”发展提供了有利的政策前提(于洪军等,2020)。在2014—2016年的初步发展期,政策以“中央权威发布、地方遵从执行”为主,具有“高位推动”的政策调控特征(李明等,2021)。总体上看,此阶段的政策主题倡导运动疾病预防、防控慢性疾病,为体医融合服务的倡导与拓展奠定了理念基础,因而此阶段中央政府部门横向府际间的年度发文量和联合发文量均具协同性特征。在2016—2017年的迅速提升期,中共中央、国务院发布的《“健康中国2030”规划纲要》是中华人民共和国成立以来在健康领域倡导促进全民健康的首部纲领性文件,正式提出了发展“体医融合”非医疗健康服务。2017年10月,国家首次提出建设“健康中国战略”,强调推进体育、医疗两种理念、资源、技术、人才等跨界融合,两个政策利好叠加,从战略层面推动了央-地各自横向府际体医融合政策

的密集发布与持续推进。此阶段,体医融合发展与健康中国战略建设紧密关联。中央、地方各自府际政策协同体系基本形成,年度发文总数和联合发文量呈现显著协同增长且具有同步协调性特征。在2018—2019年的平缓发展期,国家于2019年9月提出推进体育强国战略建设。重点关注“互联网+健康”、智慧医疗、智能体育等高质量的体医融合健康服务。此阶段的体医融合发展与体育强国战略建设紧密关联,无论是年度发文总量还是联合发文量均基本呈现缓慢增长的趋势。在2020—2021年的短暂提升期,再次呈现发文量增长的态势。究其原因,2020年10月出台的“实施积极应对人口老龄化国家战略”推动了非医疗手段的体医融合政策的加速制定和实施。再者,中央和地方政府在制定“十四五”战略规划时,相继制定未来5年在体育、医疗、健康促进等方面的规划(政策),先后出台了107项体医融合政策文件(中央、地方政府部门各自协同发文11项)。此阶段,体医融合发展与人口老龄化战略实施紧密关联,横向府际间的政策年发文量、年协同发文量均呈现趋同的增长特征。

另一方面,“两次回落”出现在2017—2018年和2021—2022年。究其原因,在2016—2017年,中央和地方政府密集出台了140余项相关的调控政策。依据府际理论,政府政策在制定、发布、执行、评价上具有时间滞后性特征,因而在2017—2018年央-地各自横向府际的政策协同发文量相对减少,处于政策执行消化期,这是一种正常现象。此阶段重点聚焦健康产业、健康城市、健康行动等深层次的体医融合政策内容。尽管此阶段的联合发文量有所减少,但年度发文总量仍基本保持平稳发展态势。此外,自2012年以来的10年间,中央和地方政府部门各自制定出台的与体医融合相关的政策文件高达242份,已形成具有中国特色和契合地方发展实际且较为完善的体医融合政策协同体系。由此,2021—2022年政策发文量和联合发文量均有所减少,中央和地方政府更多地将工作重心置于在落实已出台的体医融合政策过程中加强执行的协作性。

2012—2022年的10年间,尽管党和政府发布实施体医融合政策文本242份,然现有体医融合政策多为中央和地方基于各自调控目的制定的横向府际政策。由此,本研究在府际关系主体协同方面重点聚焦体育(国家体育总局、健康行动推进委员会,省级文体局等)、卫生医疗(国家卫健委、原卫计委、中医药局、药品监管局、医保局等)等领域的横向政府部门,围绕横向府际关系主体探究其协同发文情况。我国的体医融合政策始于2012年,至2016年《“健康中国2030”规划纲要》颁布后才开始推进体医融合政策的连续出台,但体医融合政策执行时间较短,因而横向府际间协同制发的体医融合政策数量较少。截至2022年底,中央和地方政府各自协同发文25份(中央部

门5份、省级政府20份;表1),表明体医融合调控政策在央际横向政府部门协同推进下进入实质操作阶段;在地方横向府际协同层面,辽宁、海南、内蒙古、广西等省(自治区)结合各自的“十四五”规划协同制定体医融合调控政策,说明地方政府贯彻执行中央政策的积极性高、执行力强。尽管如此,无论是央-地纵向府际关系间,抑或横向府际关系间的体医融合协同制发政策数量均较少。

## 2.2 协同发文文种构成

政府是政策确认、制定、执行的决策主体。政策主体通过对政策发布文种的选用达到政策调控的目的,这是政府政策主体权衡后的一种缜密安排(傅广宛,2020)。在收集的242份政策文种中,共有3大种类9种类型(表2)。央-地府际各自发布的体医融合政策文种中,指示类占比最高,达60.34%;其中,“意见”类政策的频次最高,达74次,且“通知”“方案”“意见”等规范性政策文本侧重对体医融合协同的事后管理与执行,具有较强的政策针对性,但其权威约束性不足。“纲要”“规划”“计划”等计划类政策文种占比较高,为37.18%,是对未来事件的一种长期性、全面性、系统性的预测和展望,具有计划超前性、执行严肃性、目标客观性、内容创新性等特点,因而具有较强的权威性,但其针对性较弱。规章类政策文种占比最低,仅有2.48%,而“办法”类文件亦具有“法”的权威性和针对性特征,注重对体医融合宏观调控事前政策的管理和约束。总体来看,9种政策文种的分布结构表明现行体医融合调控政策总体处于“重应对、强谋划、轻法治”的状态。

## 2.3 协同发文主体的网络图谱分析

为了更直观清晰地认知体医融合政策主体间的相关性,在明晰央-地协同发文政策主体的基础上,对其政策协同关系赋值(两两协同赋值1,否则赋值为0),借助关系赋值获得中央和地方政策协同发文主体的协作关系矩阵并对其赋值。同时运用社会网络分析软件Ucinet 6中的Netdraw可视化软件进行协同网络分析,绘制央-地府际关系主体的协同关系网络图谱(图3)。图中每个节点代表各政策发文主体,节点间连线表示各政策发文主体间的协作共线关联关系,进而从协作广度和协同深度两方面揭示央-地府际政策主体网络关系。

在中央横向府际层面,教育部、体育总局、卫健委、商务部等政府政策主体协同制定并联合发文居多,横向府际协同发布政策最为密集,协作网络最为紧密,说明体医融合的理念、素养、思想、技术、人才培养等需要教育部门协同体育、医疗卫生部门进行指导、宣传、传授与专业培养。具体来看,体育运动技巧、科学健身方法、运动预防疾病、运动处方库建设、社会体育指导员培训等需要体育部门深入参与;疾病预防、预防医学、运动处方开设、慢性病防控、运动康复等需要医疗卫生行政部门协同配合推

进;与体医融合相关且具有巨大市场前景的健康产业经济[如体育用品、营养食品、医(康)养、医疗(保健)器械(具)、健康服务等]需要商务部门协调国内、国外两个市场,助推体医融合产品(服务)的国内、国际双循环。

在地方横向府际层面,省教育厅、体育局、卫健委、商务厅、文旅局、医保局、中医药管理局,省总工会,省残联、妇联,共青团省委等政府部门,积极贯彻落实中央政府的政策精神,其中,省教育厅、发改委、卫健委、体育局、文旅局等政策主体协同制定并联合发文最多,建立了最为紧密的地方横向府际协同关系,形成了比较稳定的体医融合政策决策群,使政策协同主体更加广泛,政策协同执行更为有效。

## 2.4 协同发文的问题表征

一是府际协同政策体系不完整。2012年以来,中央横向政府部门制定的体医融合政策大多零星分布在医疗、养老、全民健身、公共卫生等相关法规、规章制度和政府文件之中。尽管其中有专门的“保障措施”,但这些单个政策保障激励措施各自独立,缺乏政策措施的协同性,也未形成政策执行的紧密协作和协同力,因而难以应对和解决复杂性的体医融合公共健康社会问题。迄今,尚未形成逻辑严整、内容完善、功能耦合的专门性体医融合政策体系。

二是央-地纵向府际政策协同性不足。一方面,央-地纵向府际协同一般表现为“高层(中央)—中层(省级)—基层(市县区)”的纵向协同,囿于央-地府际在政策制定、发布、执行中均存在时间滞后性、环境不确定性和资源调配难等现实制约,至今未见央-地纵向府际协同研制体医融合调控政策;另一方面,在政策协同实践中,由于政府职能的差异性,纵向府际主体在政策执行行为上缺乏紧密的协同意识、具体的协作内容和完善的利益协同机制,依然按照各自拥有的行政职责确立政策目标、指派工作任务、推进政策执行和开展政策评价,致使纵向府际出台的政策协同性不足。

三是横向府际政策协同缺乏协调与运行机制。现行体医融合政策主要以横向府际政策协同制定并联合发文为主,而客观上横向政府部门之间亦存在各自的独立体制、权力边界,且缺乏完善的制度性安排和府际协调与运行机制,使得横向府际协同制定、联合发文和协同执行的体医融合政策,成为一种没有强制约束力的临时性安排和短期协作行为。从权责归属分析,中央和地方政府之间的部门权责安排是“上下对齐”、高度统一的纵向“职责同构”,易导致行政成本增加、条块分割突出等问题,这种制度安排不利于横向政府部门间的政策协同。由于对府际协同没有强制性的明文规定,横向政策主体在政策协同制定、协作执行、相互评价中呈现随意性、松懈性、临时性的特征。

表1 中央和地方府际协同发文情况

Table 1 List of Collaborative Issuance of Documents by both Central and Local Governments

序号	发布时间	政策文本名称	协同发文主体
1	2016-11-16	关于加强健康促进与教育的指导意见	国家卫计委、中宣部、教育部、体育总局、国家中医药局等10部门
2	2019-07-09	健康中国行动(2019—2030年)	健康中国行动推进委员会(卫健委、体育总局、教育部、中宣部、发改委、科技部等35个部门)
3	2019-08-28	促进健康产业高质量发展行动纲要(2019—2022年)	国家发改委、科技部、国家卫健委、工信部、民政部、财政部、自然资源部、商务部、文旅部、人民银行、税务总局、体育总局、国家医保局、中医药局、药品监管局等21部门
4	2019-12-06	关于促进“互联网+社会服务”发展的意见	国家发改委、教育部、卫健委、商务部、文旅部、体育总局等7部门
5	2022-03-01	“十四五”健康老龄化规划	国家卫健委、工信部、科技部、体育总局、住建部、教育部、广电总局、国家中医药局、医保局、银保监会、中国残联等15部门
6	2017-06-09	内蒙古自治区全民生活方式行动方案(2017—2025年)	自治区卫计委、总工会、体育局、共青团区委、妇女联合会等5部门
7	2017-07-27	广西全民健康生活方式行动实施方案(2017—2025年)	自治区卫计委、体育局、共青团区委、总工会、妇女联合会
8	2017-08-17	辽宁省全民健康生活方式行动实施方案(2017—2025年)	省卫计委、体育局、总工会、教育厅、共青团省委、妇女联合会
9	2017-11-24	海南省全民健康生活方式行动方案(2017—2025年)	省卫计委、文化广电出版体育厅、总工会、共青团省委、妇女联合会
10	2017-12-07	关于进一步加强全区健康促进与教育工作实施意见	内蒙古自治区卫计委、中共区委宣传部、财政厅、教育厅、体育局、工商局、环保厅、新闻出版广电局、科协
11	2015-07-24	关于基层医疗卫生机构开展体质测定与科学健身指导试点工作的指导意见	浙江省体育局、原浙江省卫计委
12	2019-01-16	关于加强本市社区健康服务促进健康城市发展的意见	上海市卫计委、发改委、经济信息化委、教委、民政局、体育局、财政局、医保局、绿化市容局、人社局、文旅局、文明办、残联、总工会
13	2019-09-10	关于印发《健康上海行动(2019—2030年)》的通知	上海市健康促进委员会(卫健委、教育委员会、体育局、宣传部、发改委等35个部门)
14	2020-03-12	贯彻落实《关于促进“互联网+社会服务”发展的意见》任务分工方案	甘肃省发展改革委、教育厅、工信厅、民政厅、商务厅、文旅厅、卫生健康委、市场监管局、体育局
15	2020-03-27	福建省促进“互联网+社会服务”发展实施方案	省发改委、商务厅、教育厅、体育局、文旅厅、卫健委、民政厅、广电局
16	2020-08-31	自治区体育局 自治区卫生健康委关于促进广西“体医融合、资源共享”实施意见(试行)	自治区体育局、卫健委
17	2020-09-22	关于建立和完善本市老年健康服务体系的实施意见	上海市卫计委、发改委、教育委员会、民政局、财政局、人力资源和社会保障局、体育局、医疗保障局、中医药管理局
18	2020-12-09	江苏省体育局江苏省卫生健康委员会关于促进体医融合发展的意见	江苏省体育局、江苏省卫生健康委员会
19	2021-01-30	吉林省关于加强体医融合健康促进工作的实施意见(征求意见稿)	省体育局、省卫生健康委员会
20	2021-04-09	关于印发山西省中医药康复服务能力提升工程五年行动实施方案(2021—2025年)	省卫生健康委员会、省体育局、省医疗保障局、省残疾人联合会
21	2021-06-30	江苏省中医药康复服务能力提升工程实施方案(2021—2025年)	省卫生健康委员会、省医疗保障局、省中医药管理局、省体育局、无锡联动保障中心卫勤处、省残疾人联合会
22	2021-08-31	健康辽宁行动(2021—2030年)	健康辽宁行动推进委员会(省卫健委、教育厅、体育局、宣传部、发改委、科技厅等35个部门)
23	2021-11-19	关于印发江苏省“十四五”健康老龄化规划的通知	省发改委、卫健委、财政厅、教育厅、科技厅、民政厅、体育局、工信厅、自然资源厅、人社厅、住建厅、中医药管理局、市监局、医保局、市残联、老龄委办公室等19个省级部门
24	2021-12-30	关于公布健康上海行动专项(2022—2024年)立项项目名单的通知	市卫健委、市健康促进委员会办公室、市爱国卫生运动委办公室
25	2022-01-30	云南省体医融合建设工作方案	省体育局、省卫生健康委员会

### 3 体医融合政策主题文本分析

#### 3.1 体医融合政策所涉主体协同关系

为探究政策协同主题内容,以242份体医融合政策文本数据为语料库,运用主题模型对其中的主题语句进行

方法抽样,提取政策协同的相关信息,用以整体反映现行体医融合政策文本中的政策所涉主体协同情况,并进行可视化分析。如图4所示,横向府际的体医融合政策协同可提炼归纳为:体医协同、体社(社区)协同、体商(商业企

业)协同、体传(新闻传媒)协同、医商协同、医传协同、医社协同、商社协同、商传协同、传社协同等10组协同关系。

表2 现行体医融合政策文种类型统计

Table 2 Statistical List of Document Types of Current Policies for Sports-Medicine Fusion

文种大类	文种类型	文种特征		频次/次	占比/%	总占比/%
		针对性	权威性			
计划类	纲要	强	强	13	5.37	37.18
	规划	弱	强	42	17.35	
	计划	弱	强	35	14.46	
指示类	方案	强	弱	58	23.97	60.34
	意见	强	弱	74	30.58	
	通知	强	弱	12	4.96	
	建议	弱	弱	2	0.83	
	条例	强	强	5	2.07	
规章类	办法	强	强	1	0.41	2.48

一方面,基于总体特征分析发现,10组协同关系基本相似。具体而言:1)在时间维度上,由于体医融合的背景、环境、内容等基本类似,10组政策主题协同均经历了2013—2016年的初始共同发展阶段、2016—2017年的迅猛发展阶段、2017—2018年的回落阶段、2018—2020年的平稳差异发展阶段、2020—2021年的再次迅速发展阶段和2021—2022年的回落平稳发展阶段。由此可见,这10组政策主题呈现大致相似的协同特征。2)在发文所涉主体上,医疗卫生机构与商业企业、新闻媒体、体育部门、基层社区之间,体育主管部门与社区、商业企业、新闻媒体之间,商业企业与基层社区、新闻媒体之间,新闻媒体与社区之间等5种主体两两之间均具有较为显著的同步协调特征。另一方面基于10组的特征分析发现,1949年以来,我国首次在健康领域发布了具有里程碑意义的《“健康中国2030”规划纲要》中长期规划,为体医、医商等10组协同带来了历史性发展机遇,强有力推进了体医融合协同创新发展。

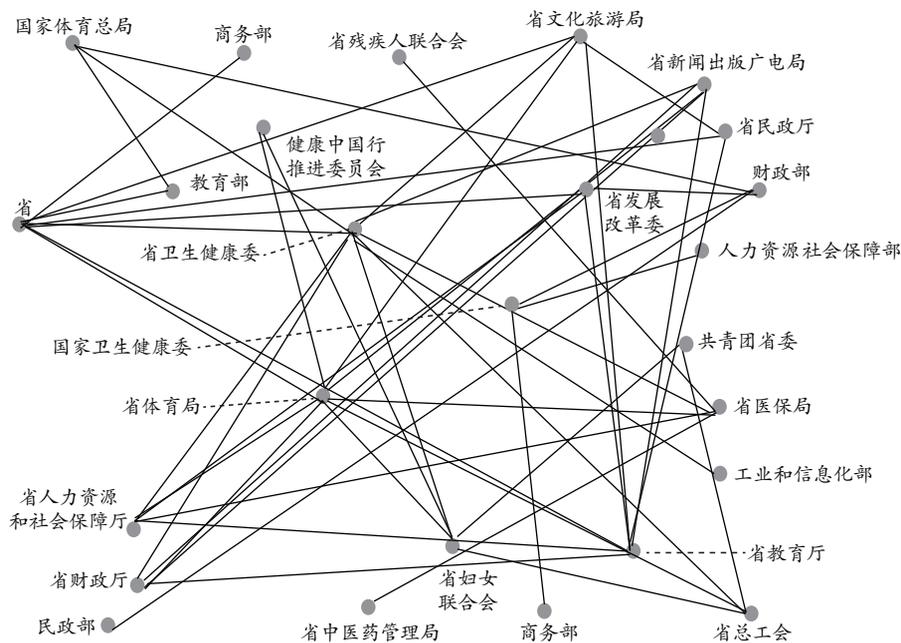


图3 中央和地方协同发文主体网络图谱

Figure 3. Network Diagram of Collaborative Issuance Publishing Entities in Central and Local Government

### 3.2 体医融合政策主题特征分析

为明晰府际关系间体医融合政策主题协同,主要采用主题模型技术对242份体医融合政策文本数据进行主题评价分析。主题模型技术作为一种典型的机器学习技术,能够从海量的政策文本数据中自动找寻政策文字间的语义主题,并对这些政策主题在总量中的比重进行量化分析。首先将242份政策文本录入Excel表格,采用主题模型计算方法,对体医融合政策主题概率的平均值进行统计,从而得到体医融合政策26个最佳主题数目。其次运用Python封装好的软件包Gensim对其进行无监督分

类,最后得到文本中每条文本属于26个主题的概率,并以此计算每个主题下文本概率的平均值。由图5所示,在26个政策主题占全部主题的比例中,全民健身休闲(t8)最高,达12.8%,表明该政策主题在整个政策文本中的提及表述比重高、关注度高。慢性病防治管理(t20)、体育健身运动(t16)和食品营养健康(t19)占比分别为7.92%、7.40%和7.18%,说明这3个政策主题在全部政策文本中的提及表述比重和关注度均较高。进一步分析发现,一方面,总体政策文本中名列前4的政策主题同党和政府协同倡导的“已病防变”“预防为主”“已病防渐”“未病先防”“主动

健康”和非医疗健康干预等体医融合健康服务理念与内容相契合。体医融合政策主体在实践中以“健康中国”“全民健身”等国家健康战略建设为抓手,强调体育的运动健身功能,而全民健身体闲、慢性病防治管理、体育健身运动、食品营养健康等央-地府际政策主题,正是推进体医融合健康服务的具体内容和重要载体。另一方面,

面对日益增长的养老、慢病医疗费用支出,人民群众迫切渴望通过主动锻炼和身体活动达到防治疾病的目的。尤其是随着近年来社会大众对身心健康的重新认知和日益关切,体医健康服务供给分配的公平性愈发受到重视(杨京钟等,2022),驱动着全民健身的良好主观意愿与政府体医融合公共健康服务的政策目标有机融合。

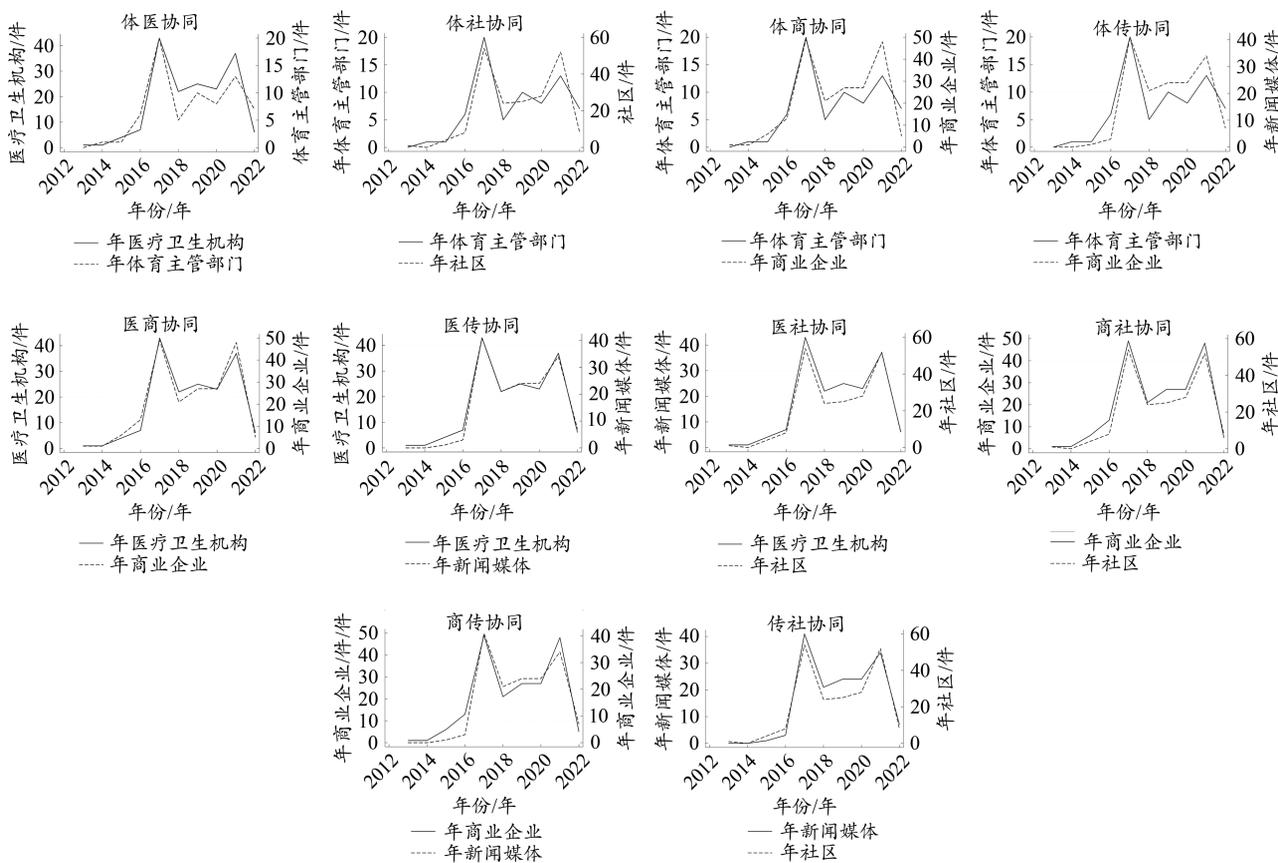


图4 10组体医融合政策所涉主体协同关系

Figure 4. Pairwise Collaboration of 10 Groups of Involved Subjects for the Sports-Medicine Fusion Policies

与此相对应,26个政策主题占比最低的是社区卫生健康服务(t26)和推进创新发展(t11),分别仅有1.32%和1.57%,说明这两个政策主题在全部政策文本中呈现“三低”(比重低、频率低、关注度低)的特征,且两者均远低于政策主题的平均水平。究其成因,一方面,政策主体对社区卫生健康服务和推进创新发展的重视程度仍然不足。尽管城市基层社区是体医融合健康服务和运作模式的重点推广着力点,其基础设施建设在近年得以强化,但囿于基层社区不是政府的官方派出机构,其职责只是协助政府相关部门辅助社会管理,基层社区在财政经费、人力资源、基础设施、优惠政策等方面未能得到充分的扶持与持续激励,因而无法满足社区居民的健康服务需求,致使政策没有有效落实在基层社区。另一方面,我国体医融合起步晚,在发展模式、服务质量、服务标准、社区推进等方面仍处于初始发展阶段,针对基层社区的体医融合服务实施细则和配套政策尚未制定出台,亦未健全兼具群体

性、独特性、个性化的运动处方库,缺乏体医融合各项建设的标准规范,缺失体医融合政策配套和政策标准导致政策执行力弱化。

### 3.3 体医融合政策所涉主体与主题的协同分析

为了考察和揭示政策之间变量的相互依存关系,分析和评估体医融合政策效果,进而更好地做出符合客观实际的政策决策,针对5个体医融合政策所涉主体和26个政策主题进行回归分析(表3)。

1)关于医疗卫生机构。除医疗服务政策(t3)、提高健康服务(t17)外,其余24个体医融合健康主题均显著,医疗卫生主管部门应予重点关注,特别是医疗卫生服务(t1)、人群疾病预防(t2)、慢性病防控指导(t25)、全民健身体闲(t8)、慢性病检测指导(t10)、老年健康服务(t14)、健康生活行为(t15)、全民健身体闲(t8)等8个与医疗卫生工作职责职能和医疗服务范围紧密相关的体医融合主题须特别关注与重视,强调运用医学知识技能,重点聚焦

各类人群的疾病预防、慢病检测(指导、管理)、医疗康复、中医保健等健康主题,说明医疗卫生行政主管部门积极履行自身职责,主动推进体医融合与医疗卫生事业协同

发展。其政策发文量和政策健康主题等皆契合未病预防、慢病防控、疾病康复、运动健身等体医融合特征与内容。

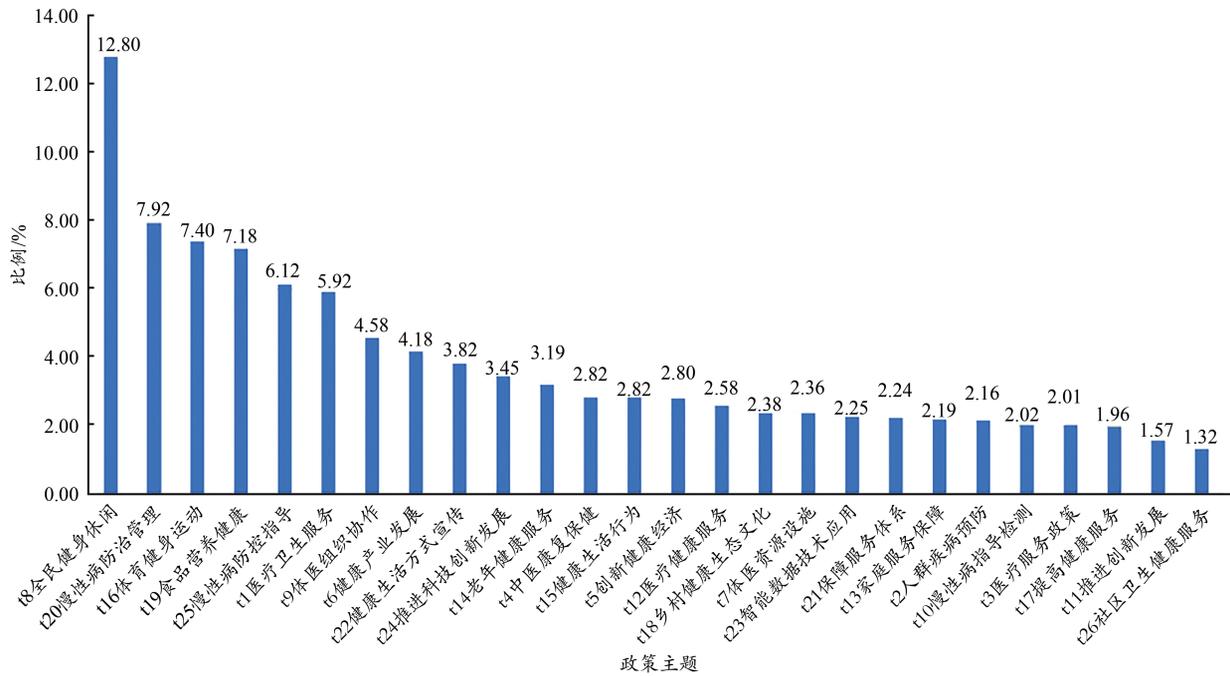


图5 体医融合政策主题的内容比例

Figure 5. Content Proportion for Themes within Sports-Medicine Fusion Policies

2)关于体育行政部门。对于26个体医融合健康主题没有明显的重点聚焦内容,而且对人群疾病预防(t2)、医疗健康服务(t12)、慢病防控指导(t25)等3个健康主题的关注度和重视性明显不足,提示体育行政主管部门推进体医融合发展的激励政策欠缺。在体医融合推广实践中,更多是以医疗卫生行政主管部门牵头为主,体育部门协助配合为辅。纵使体育部门出台了更多的体医融合扶持政策,体育和医疗卫生行政主管部门各自为政、自管一方的行政管理体制,导致政策碎片化严重、协同性不足。再者,缺乏政府部门间的协同管理机制,客观上需要横向政府部门间的协同配合并在更高层级的政府部门统筹指导,以促进政策制定和执行的协同落地。

3)关于商业企业政策。建议商业企业对17个显著的体医融合健康主题进行重点关注,尤其是全民健身休闲(t8)、医疗健康服务(t12)、家庭服务保障(t13)、老年健康服务(t14)、体医组织协作(t9)、智能数据技术应用(t23)、慢病防控指导(t25)等7个健康主题需要特别关注。这与商业企业是体医融合产品(服务)的有偿供给者有关,此类主体通过面向市场生产和提供功能完善、质优价廉的体医融合健康产品(服务),回应社会民众的健康诉求。

4)关于新闻媒体。建议重点关注人群疾病预防(t2)、健康产业发展(t6)、体医资源设施(t7)、体医组织协作

(t9)、老年健康服务(t14)、健康生活方式宣传(t22)、推进科技创新发展(t24)等7个更为宏观的社会健康主题。说明媒体肩负着为民发声、反映诉求、宣传健康知识的社会责任,要为政府与社会和民众沟通搭建桥梁,积极宣传党和政府出台的各种健康政策,推广最新的健康理念和思想,畅通社会利益主体的健康利益诉求渠道,在体医融合政策宣传、执行和评价中发挥“正能量”的舆论引导作用。

5)关于社区。建议重点关注人群疾病预防(t2)、医疗服务政策(t3)、健康产业发展(t6)、推进创新发展(t11)、提高健康服务(t17)等5个政策主题。一方面,对政策文本的量化分析结果也能在一定程度上反映出社区主体的现实需求与实践特征。社区及居民关切国家医疗政策、疾病预防、慢病服务等与其自身健康利益紧密相关的内容,如关注国家医保补贴、慢性病医疗政策变化、住院报销等医疗卫生健康问题。另一方面,推进创新发展(t11)主题的显著回归体现了相关政策高度关注体医融合科技创新对民众健康的服务作用,如鼓励高新技术与体育、医疗、健康服务等有机融合,希冀市场中的经营主体创新研发更多“智慧体育”“智慧医疗”“智能可穿戴体医设备”等便捷实用的智能型体医融合产品(服务)。

表3 体医融合政策主体与政策主题回归分析结果

Table 3 Regression Analysis Results of Primary Entities and Themes in Sports-Medicine Fusion Policies						n=242
政策主题	医疗卫生机构	体育主管部门	商业企业	新闻媒体	社区	
t1 医疗卫生服务	56.97*** (15.99)	-4.57 (27.15)	30.85* (16.20)	18.02 (12.10)	17.31 (18.64)	
t2 人群疾病预防	52.53*** (17.62)	-5.36 (30.04)	30.75 (19.71)	36.65** (14.52)	124.10*** (36.51)	
t3 医疗服务政策	24.40 (21.31)	46.66 (31.55)	48.88* (26.54)	8.71 (18.99)	-77.34*** (27.68)	
t4 中医康复保健	43.57*** (15.27)	4.98 (27.55)	13.73 (17.22)	8.35 (13.80)	13.13 (19.55)	
t5 创新健康经济	49.12*** (17.00)	-14.60 (27.85)	3.52 (19.58)	15.84 (12.82)	4.16 (20.40)	
t6 健康产业发展	29.90** (14.10)	3.93 (27.40)	33.80* (17.54)	21.27* (12.68)	40.08* (22.46)	
t7 体医资源设施	46.54** (23.70)	-20.68 (35.83)	33.61 (28.23)	42.18* (22.03)	32.73 (30.65)	
t8 全民健身休闲	44.95*** (13.89)	4.38 (26.86)	42.42*** (16.10)	16.14 (11.54)	-0.90 (17.68)	
t9 体医组织协作	42.10*** (14.47)	4.45 (27.52)	30.71** (14.16)	20.54* (11.78)	-0.32 (18.20)	
t10 慢性病检测指导	37.88*** (13.95)	38.01 (23.34)	20.84 (16.36)	9.48 (12.40)	7.63 (16.50)	
t11 推进创新发展	63.21** (25.73)	13.11 (34.39)	19.86 (23.85)	24.45 (18.90)	73.18** (35.10)	
t12 医疗健康服务	98.86*** (31.18)	-16.27 (28.30)	46.50** (20.85)	2.26 (13.44)	-10.48 (18.82)	
t13 家庭服务保障	67.75*** (22.86)	1.94 (26.51)	42.41*** (16.43)	7.02 (12.12)	22.60 (22.92)	
t14 老年健康服务	49.17*** (15.40)	-28.92 (32.41)	21.44 (17.16)	30.56** (12.86)	35.69* (20.84)	
t15 健康生活行为	62.27*** (20.23)	-11.96 (33.49)	40.82** (19.57)	19.07 (14.49)	-0.62 (23.97)	
t16 体育健身运动	48.76*** (14.27)	6.09 (26.08)	31.57* (17.41)	18.70 (12.08)	26.50 (16.61)	
t17 提高健康服务	27.51 (25.21)	27.46 (26.46)	59.09* (30.62)	0.61 (17.69)	-79.84** (35.14)	
t18 乡村健康生态文化	46.11*** (15.82)	7.87 (28.13)	45.99** (18.44)	12.84 (13.68)	-4.92 (22.90)	
t19 食品营养健康	50.19*** (14.61)	-4.75 (26.65)	31.41* (16.08)	17.89 (11.36)	12.39 (16.69)	
t20 慢性病防治管理	58.93*** (16.61)	6.95 (27.79)	30.42* (17.44)	17.56 (12.49)	18.08 (18.23)	
t21 保障服务体系	33.13* (19.61)	-12.78 (30.42)	34.31 (26.03)	0.22 (14.88)	-32.21 (24.23)	
t22 健康生活方式宣传	49.76*** (15.16)	10.09 (26.92)	44.87*** (15.75)	27.18** (13.35)	14.59 (23.87)	
t23 智能数据技术应用	48.28*** (14.25)	-20.55 (33.35)	113.80*** (25.91)	17.02 (11.82)	6.72 (19.04)	
t24 推进科技创新发展	68.33*** (18.36)	3.75 (31.90)	33.23* (18.26)	39.20** (17.75)	15.33 (23.13)	
t25 慢性病防控指导	39.49** (15.38)	2.26 (26.82)	38.64** (15.36)	19.64 (14.57)	-13.63 (23.88)	
o.t26 社区卫生健康服务 截距	— -46.33*** (13.99)	— -3.12 (26.64)	— -33.00** (15.80)	— -17.49 (11.73)	— -6.27 (17.04)	
Pseudo R <sup>2</sup>	0.488 9	0.360 8	0.275 5	0.225 4	0.495 2	

注:在线性多元回归过程中,t26社区卫生健康服务在t检验时存在完全共线的回归变量共线性问题,参数估计量存有偏差或不存,使得对t26的显著性检验失去应有的意义而被删除;括号内为稳健标准误差;\*\*\*P<0.01,\*\*P<0.05,\*P<0.1。

#### 4 完善体医融合府际政策协同的策略

##### 4.1 完善府际纵(横)向协同机制与制度供给

1) 建立主体协同府际协调机制。主体协同是体医融合横向府际协同、利益协同、制度协同的前提保障,提升协同效率依赖健全的纵(横)向府际协同机制。鉴于此,建议设立独立统一的、跨部门、跨区域的常设性府际协调组织机构(如体医融合府际联席会议、府际协调委员会等),完善机构改革顶层设计,推行具有权威“总协调人”特征的大部制,打破府际关系间行政分割边界的制约,减少政府部门之间职能不清、职责不全所致的跨部门、跨区域的协调困境,改善“政出多门”所致的政策不协调问题。在合法性和权威性保障下高效协调府际整体利益,实现统一协调、统一决策、统一管理,促进府际主体之间的政策协同。

2) 建立一体化政策机制。须破除各省(自治区、直辖市)政策仅在本区域适用且政策不协调的政策藩篱,创新府际协同机制。在纵向政策协同上,由中央政府部门牵头主导,各省(自治区、直辖市)参与制定统一执行的体医融合一体化政策;在横向政策协同上,各省级横向行政部门应消除行政壁垒,强化协作主导,为东、中、西部区域协同制定诸如体医融合科技创新、人才培养共享、大健康产业、体医融合健康服务等一体化政策,推进府际体医融合深入协作。

3) 建立利益共享机制。从健康利益共享分配的角度建立府际利益共享机制,这是横向府际协同中的制度性安排(向鹏成等,2021),这种建立在平等互利基础上的市场利益分配机制,利于实现对各区域体医融合健康资源的合理优化配置,确保各区域间体医融合公共健康利益的公平性和普及性,从而持续激发各政府部门的协同合作。

4) 建立跨部门、跨地域的信息共享协同机制。横向政府部门须破除各自为政的独立行政区域边界,寻求高效的府际沟通互动方式,从制度协同机制上建立跨政府部门、跨地域的信息共享协同平台(信息中心),通过各种府际信息资源的共建共享,保障跨地域、跨部门的政策协调与协同执行。

5) 完善制度协同机制,这是地方横向府际协同合作的前提。一是可借鉴新加坡等国家跨部门、跨区域的协商协调机制开展制度协同设计,促进各政府部门与非官方机构(如行业企业、社会机构)等不同性质主体的平等协作,在制度协同创新上赋予政府部门和社会机构更加广泛的社会监管与利益分配权(薛立强,2015)。二是建立府际区域政策协同机制。专门针对财税优惠、科技创新、人才激励、土地补偿等出台区域性的协同政策,借力大数据、物联网、AI等高新智能技术实现府际信息资源共享和府际资源优化配置(朱焱等,2023),促进体医融合公共服务市场供给、体医人才互通、府际信息技术联通的有

机结合。三是建立包括信任沟通协商制度、府际政策执行规则、利益冲突解决制度、社会主体监督制度等在内的府际长效联动机制,强化体医融合政策的执行协同度。

##### 4.2 建立高效协同的纵向和横向府际关系

依据府际理论,府际关系间各自为政的“各管各”“都不管”“无暇管”等是府际冲突导致行政不作为的具体形式,而“职责同构”的事权府际纵向关系使得不同政府主体在政策制定、响应过程中难以相互协作,从而导致协同性政策缺位;且不同的政府部门对同一事项(务)的政策制定体现出一定程度的相互矛盾,致使府际互动与协调失灵(黄萃等,2015)。因此,在强化政策协同的同时,通过健全法律法规,实施制度创新,规范横向关系、强化激励约束、明晰府际利益平衡点,完善央-地府际利益分配,以此加强纵向(横向)府际互动协作关系。

在纵向府际层面,强化以信任与利益为基础的府际协同,避免“上有政策、下有对策”的纵向府际政策执行阻滞问题,发挥央-地纵向府际、省级以下横向府际各自的公共资源优势,促进各层级政府协同参与体医融合健康促进政策、计划的制定与实施。纵向府际政策协同应朝着信息互通、资源共享、权责共担、利益共享的多向互动型纵向府际协同模式发展,促使科层制的一元府际关系向协同共生、多元互动关系转变,使之成为职能分工明晰,相互促进、信任协作、互为补充的紧密型府际协同关系,进而有效提升体医融合政策协同效率。

在横向府际层面,需要持续强化横向政府部门间的激励相容,通过政府对激励政策和制度的科学设计,激发微观个体与组织团体之间的信任、相容、合作,促进双方价值、利益的互利共赢,以此实现微观个体和其他协作主体间的协同合作,最终实现群体利益的最大化。申言之,首先通过政策创新将与体医融合健康服务市场供给相关的体医行业企业、非营利第三方、基层社区、社会民众等利益相关主体纳入府际平等协同合作中,在规范引导这些主体行为的同时,为其积极参与体医融合健康服务提供投资或供给平台,实现各级、各方政府部门与社会主体等的协作共赢。其次,通过协调地方政府部门间的利益关系,促进横向府际政策协同。采取区域调研、座谈交流、合理建议、对话协商等方式加强区域政府之间的政策协调,强化对横向政府部门共同制定的体医融合政策的协同执行效果的监督,重点关注公共健康政策的贯彻实施、协作执行、政策效应等,推动形成不同区域府际“自上而下”“自下而上”相结合的双向动态监督。最后,建立区域性的体医融合政策绩效评估机构,优化横向府际政策协同保障激励机制。当前,一些省(自治区、直辖市)已形成跨省域、跨部门的区域性(如京津冀、粤港澳大湾区、长三角等)发展规划和实施计划。可进一步共同设立健康促进(或体医融合、全民健身)发展基金等常设性的协调机构,

保障体医融合政策协同的激励相容,针对跨区域横向府际共同利益制定合理、公平的利益分配协同机制,消除团队协同中的“木桶效应”,持续推进区域横向府际政策协同。

#### 4.3 健全府际体医融合政策协同体系

鉴于不同政府部门在职能作用、调控目的、自身利益等方面的差异,某些政策主题关注度和聚焦的内容存在差异性,这种差异虽然体现了不同部门的各司其职,但易导致府际政策制定合力不足、协同有限,进而表现为政策体系的不完整。如图5和表3所示,医疗卫生机构、体育主管部门、商业企业、新闻媒体、社区等政策利益主体,在民众疾病预防、体医健康服务、健康产业经济、体医创新发展、体医资源建设等5个体医融合健康内容上均呈现高认同感和紧密协作性特征,尤其对于人群疾病预防、运动健身休闲、慢性病防控、体医资源设施配置、推进创新发展等政策主题具有较高的关注度及协同度。但针对政府部门而言,不同层级的政府部门立足自身的职能作用和政策调控的侧重点,在体医融合政策制定、执行、评估等一系列政策协同过程中的政策主题关注度存在较大的差异。

基于此,各级政府应聚焦府际政策过程来完善体医融合政策协同体系:1)在政策制定上,优化调整府际协同发文类型,制定更多具有法律特征且执行力强的“条例”“办法”“计划”等政策,使府际政策协同具有强制力“硬法”支撑。通过增强政府部门之间的信任与协作,防止政府部门协同制发的政策流于表面。2)在政策执行上,多出台具体细化、操作性强的“实施细则”类政策,增强体医融合调控政策的执行精准度。3)在政策评估上,多制定规范性的评估文本,及时发现政策协同执行中的政策冲突及面临的现实困境,为体医融合政策协同优化与完善提供参考,从而提升体医融合政策协同的执行成效。

再者,强化政策主体、目标、工具之间的政策协同性。一方面,不同政府部门应协同制定针对体医融合健康促进的战略规划和激励政策,鼓励政策主体运用体医技术服务、运动健康咨询、服务支撑平台等间接性的调控政策工具。同时,扩大体医融合大健康市场的需求目标,以体医融合健康需求为市场导向,以体医融合技术创新、技术供给、技术转化等技术协同创新为目标,建立政府宏观调控和市场健康服务需求有机结合的府际政策协同双向机制。另一方面,采用供给型、需求型、环境型等多种政策工具促成政策协同。1)府际关系主体需要围绕体医融合基础设施建设、人才智力支撑、技术研发资金、成果市场转化等方面制定供给型的协同政策,以强化纵向府际之间的政策协同。2)立足体医融合协同创新发展需要,灵活运用财政、税收、金融、土地等一揽子环境型政策工具,激励体医融合微观经营主体开展技术研发、产品(服务)等协同创新,以强化纵向和横向府际政策协同。3)府际关系主体应在政府公共采购、国际交流合作、产品服务外

包、体医服务消费等方面协同制定需求型政策,尤其是强化横向政府部门间的政策协同,促进各类资源整合优化,协同推进体医融合在横向政府部门间的联动发展。总之,通过增强府际政策协同制定与联合发文的频率与效率,强化政策主体、目标、工具间的协同性,拓宽体医融合政策制定、执行、评估等政策过程的协同广度和深度,构建完善的府际体医融合政策协同体系,提升府际政策协同效力。

## 5 结语

体医融合的府际协同关系通过各政府部门协同制定并联合发布的体医融合调控政策得以反映和体现,关乎全体人民的健康,对体育强国、健康中国建设和全民健康具有重要的意义。在当前体医融合府际协同开始实施和执行的关键时期,须以高质量发展为目标,强化府际纵向和横向协同,完善府际纵向、横向协同机制,优化纵向府际体医融合协同政策过程。通过府际协同促进政策协同,提升跨部门、跨区域的府际协作效率,助力体育强国、健康中国等国家战略建设。

## 参考文献:

- 陈桂生,2019.大气污染治理的府际协同问题研究:以京津冀地区为例[J].中州学刊(3):82-86.
- 陈巧玉,王定宣,刘中强,等,2023.体医融合的进路选择:从知识生产到颠覆式创新[J].体育科学,43(2):78-86.
- 陈淑伟,2018.应急响应中的政府间关系治理:价值、维度与逻辑[J].天津行政学院学报,20(6):3-8.
- 傅广宛,2020.中国海洋生态环境政策导向(2014—2017)[J].中国社会科学,41(9):117-134.
- 何精华,2011.府际合作治理:生成逻辑、理论涵义与政策工具[J].上海师范大学学报(哲学社会科学版),40(6):46.
- 黄萃,任弢,李江,2015.责任与利益:基于政策文献量化分析的中国科技创新政策府际合作关系演进研究[J].管理世界(12):68-81.
- 李明,许文鑫,2021.治理势能:中国情境下公共体育政策高质量执行的驱动力:基于近30年体育产业政策文本解读[J].北京体育大学学报,44(11):38-50.
- 李雪伟,唐杰,杨胜慧,2019.京津冀协同发展背景下的政策协同评估研究:基于省级“十三五”专项规划文本的分析[J].北京行政学院学报(3):53-59.
- 陆筱璐,2022.黄河流域文旅融合发展的横向府际协同研究[J].行政管理改革(12):30-38.
- 吕志奎,刘洋,2021.政策工具视角下省域流域治理的府际协同研究:基于九龙江流域政策文本(1999—2021)分析[J].北京行政学院学报(6):40-48.
- 尼古拉斯·亨利,2002.公共行政与公共事务[M].7版.北京:华夏出版社:346-358.
- 仇军,2021.体医融合研究的问题导向与现实关切[J].天津体育学院学报,36(5):535.
- 司林波,张锦超,2022.跨域生态环境府际协同界面治理:拆分、交互与重构:项基于黄河流域生态治理府际关系的探索性研究[J].长白学刊(6):58-68.

- 孙涛, 温雪梅, 2018. 动态演化视角下区域环境治理的府际合作网络研究: 以京津冀大气治理为例[J]. 中国行政管理, 34(5): 83-89.
- 王欣, 杜宝贵, 2021. 长三角区域一体化政策府际关系研究: 基于社会网络分析[J]. 公共管理与政策评论, 10(6): 37-52.
- 王臻, 徐晓倩, 金妍言, 等, 2022. 突发公共卫生事件府际协同治理研究[J]. 中国预防医学杂志, 23(9): 641-645.
- 向鹏成, 庞先娅, 2021. 跨区域重大工程项目横向府际冲突协调机制[J]. 北京行政学院学报(3): 42-48.
- 许焰妮, 曹靖宜, 2020. 从分割到协作: 体育产业与相关产业融合中的府际关系网络研究[J]. 体育学刊, 27(6): 70-74.
- 薛立强, 2015. 府际合作机制创新及其在京津冀协同发展中的应用[J]. 中共天津市委党校学报(4): 100-106.
- 杨京钟, 仇军, 冯晓露, 等, 2022. 体医融合协同创新: 内在逻辑、发展战略与优化路径[J]. 武汉体育学院学报, 56(11): 24.
- 于洪军, 冯晓露, 仇军, 2020. “健康中国”建设视角下“体医融合”研究的进展[J]. 首都体育学院学报, 32(6): 487.
- 赵慧, 2018. 社会政策创新与福利理念趋异: 基于纵向政府间关系的视角[J]. 公共行政评论, 11(5): 145.
- 朱焱, 袁诗怡, 尚婉婷, 等, 2023. 智慧社区公共体育服务政策协同供给的府际关系研究[J]. 沈阳体育学院学报, 42(2): 70-78.
- AGRANOFF R, 2007. Managing Within Networks: Adding Value to Public Organizations[M]. Washington: Georgetown University Press.
- AGRANOFF R, MCGUIRE M, 2003. Collaborative Public Management: New Strategies for Local Governments[M]. Washington: Georgetown University Press.
- AGRANOFF R, MCGUIRE M, 2004. Another look at bargaining and negotiating in intergovernmental management [J]. J Publ Adm Res Theor, 14(4): 495-512.
- BOLLEYER N, 2009. Intergovernmental Cooperation: Rational Choices in Federal Systems and Beyond[M]. Oxford: Oxford University Press.
- LAFFIN M, 2009. Central-local relations in an era of governance: Towards a new research agenda[J]. Local Gov Stud, 35(1): 21-37.
- PARKIN A, Anderson G, 2007. The Howard government, regulatory federalism and the transformation of commonwealth-state relations[J]. Aust Polit Sci, 42(2): 295-314.
- TRENCH A, JAMAN H, 2007. The practical outcomes of devolution: Policy-making across the UK [M]//TRENCH A. Devolution and Power in the United Kingdom. Manchester: Manchester University Press: 113-135.
- WRIGHT D S, 1974. I Intergovernmental relations: An analytical overview[J]. Ann Am Acad Polit Soc Sci, 416(1): 1-16.

## Study on Intergovernmental Collaborative Relations in the Fusion of Sports and Medicine in China

### —A Quantitative Analysis of Policy Texts from 2012 to 2022

YANG Jingzhong<sup>1</sup>, QIU Jun<sup>2\*</sup>, FENG Xiaolu<sup>3</sup>, LIU Jiaqi<sup>4</sup>

1. Department of Physical Education, Tsinghua University, Beijing 100084, China;

2. Institute of Physical Education, Huzhou University, Huzhou 313000, China;

3. College of Education, Zhejiang University, Hangzhou 310058, China;

4. Physical Education College, Jimei University, Xiamen 361021, China

**Abstract:** The promulgation and implementation of the *Outline of “Healthy China 2030” Plan*, along with the continued advancement of national strategic initiatives construction such as Healthy China, provide a planning foundation and strategic guidance for achieving cross-departmental and cross-regional intergovernmental collaboration in the fusion of sports and medicine. A qualitative and quantitative analysis of 242 policy texts on the fusion of sports and medicine issued by central and local government departments reveals a close correlation between current macro-level policies on sports and medicine fusion and the country’s mid-to-long-term strategies (planning). Both central and local governments have established basic horizontal intergovernmental policy synergy systems, with annual document issuance and joint document issuance volumes displaying synchronized and coordinated features. This indicates that intergovernmental collaboration in policies for sports-medicine fusion has progressed into a substantive operational phase. However, challenges exist, including insufficient vertical synergy between central and local governments, imperfect mechanisms for horizontal intergovernmental policy synergy, and an incomplete intergovernmental policy system. Accordingly, strategies are proposed to enhance intergovernmental vertical and horizontal coordination mechanisms, institutional provisions, establish efficient and synergistic intergovernmental relations, and strengthen the intergovernmental synergy system for policies related to the fusion of sports and medicine. These strategies are centered around national initiatives such as building a sports powerhouse and achieving a healthy China.

**Keywords:** sports-medicine fusion; intergovernmental collaboration; policy synergy; policy