

# 我国“体卫融合”养老服务体系的多元主体协同治理困境与优化对策

卓玉婷, 孙 锋\*, 周君懿, 杨刘添

南通大学体育科学学院, 江苏 南通

收稿日期: 2026年2月13日; 录用日期: 2026年3月18日; 发布日期: 2026年3月26日

## 摘 要

面对“银发浪潮”加速演进带来的系统性挑战,我国“体卫融合”养老模式虽已进入政策顶层设计,却在基层实践中深陷“体、医、养脱嵌”困境。本文援引协同治理理论,构建“政府-市场-社会-老年人”四维分析框架进行深度诊断。研究发现,政府部门职能分割、医保支付缺位、复合型人才匮乏及老年人数字鸿沟是制约协同效能的关键症结。为此,本文提出建立权责清单制度、探索运动处方入医保、构建产学研用人才体系及适老化赋权等对策,旨在重塑多元主体协同生态,实现体育育人价值与养老服务的深度耦合。

## 关键词

体卫融合, 养老服务体系, 协同治理, 多元主体, 人口老龄化

## The Challenges and Optimization Strategies for Multi-Stakeholder Collaborative Governance in China's "Sports-Health Integration" Elderly Care System

Yuting Zhuo, Feng Sun\*, Junyi Zhou, Liutian Yang

School of Sports Science, Nantong University, Nantong Jiangsu

Received: February 13, 2026; accepted: March 18, 2026; published: March 26, 2026

\*通讯作者。

文章引用: 卓玉婷, 孙锋, 周君懿, 杨刘添. 我国“体卫融合”养老服务体系的多元主体协同治理困境与优化对策[J]. 老龄化研究, 2026, 13(3): 831-838. DOI: 10.12677/ar.2026.133103

## Abstract

Facing systemic challenges posed by the accelerating “silver wave”, China’s “integrated physical fitness and healthcare” elderly care model has entered policy-level design yet remains mired in a “dis-embedded” dilemma at the grassroots level, where physical fitness, medical care, and elderly care remain disconnected. Drawing on collaborative governance theory, this paper constructs a four-dimensional analytical framework encompassing “government-market-society-elderly” for in-depth diagnosis. Research reveals that fragmented government functions, inadequate medical insurance coverage, shortages of multidisciplinary talent, and the digital divide among the elderly are key bottlenecks constraining collaborative effectiveness. To address these issues, this paper proposes establishing a list system for rights and responsibilities, exploring the inclusion of exercise prescriptions in medical insurance, building a talent system integrating industry, academia, research, and application, and implementing age-friendly empowerment strategies. These measures aim to reshape a collaborative ecosystem among multiple stakeholders and achieve deep integration between the educational value of sports and elderly care services.

## Keywords

Sports-Health Integration, Elderly Care Service System, Collaborative Governance, Multiple Stakeholders, Population Aging

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

二十一世纪以来,人口老龄化已成为全球性的社会治理议题。国家统计局数据显示,截至2024年底,我国60岁及以上人口已超过3亿人,占总人口比重突破21%，“银发浪潮”的加速演进对医疗保障体系、养老服务体系构成系统性挑战。在此背景下,传统的“以治病为中心”的医养模式面临可持续性困境,而以运动干预促进健康、实现“健康关口前移”的理念日益受到重视。《“健康中国2030”规划纲要》明确提出加强体医融合与非医疗健康干预,《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》亦将促进老年人积极参与健身纳入政策框架,国家统计局《养老产业统计分类(2020)》更将“老年体育健身服务”明确为养老产业重要业态。由此,以体育服务嵌入养老体系为特征的“体卫融合”养老服务,被寄望于成为破解老龄健康难题、激活银发经济新动能的关键变量[1][2]。

然而,理想蓝图与现实图景之间横亘着结构性张力。当前我国“体卫融合”养老服务发展呈现出鲜明的“政策热、实践冷”特征:一方面,中央与地方政策文件密集出台,2022年国家体育总局等八部门联合印发《“十四五”健康老龄化规划》专章部署“体卫融合”,2025年国家体育总局印发《关于推动运动促进健康事业高质量发展的指导意见》系统规划运动促进健康服务体系;另一方面,基层实践却普遍遭遇“体、医、养脱嵌”的困境。长三角、珠三角等先行地区的调研显示,体育系统、卫健系统、民政系统、养老机构等多元主体之间呈现明显的“碎片化”状态:社区运动健康中心面临“政府多部门联合协同管理机制有待完善”的运行梗阻[3];公共体育场馆与养老设施的共建共享机制尚待破题;运动处方难以纳入医保支付范围;老年体育指导员、复合型运动康养人才严重短缺,医生开不出运动处方、体育人不懂临床风险的结构性矛盾突出。凡此种种,共同指向一个深层症结——多元主体的协同治理体系尚

未有效建立。

## 2. 核心概念界定

### 2.1. “体卫融合”养老服务体系

本文的核心研究对象是“体卫融合养老服务体系”。在政策演进与学术讨论中，“体医结合”“体医融合”“体卫融合”“体养融合”等术语交替出现。从历时态看，我国经历了从“体医结合”(体育与医疗的技术协作)到“体医融合”(制度性跨界合作)再到“体卫融合”(全人群、全周期健康干预)的范式演进[2]。共时态而言，“体卫融合养老服务”特指以老年人服务对象，将体育运动与健康促进嵌入养老服务体系，通过体育部门、卫健部门、民政部门、社区组织、市场机构等多元主体的协同行动，为老年人提供包括体质评估、运动处方、慢病干预、康复指导、适老健身服务等在内的整合型服务供给。其区别于“医养结合”的核心特征在于：前者以“主动健康”为逻辑起点，强调非医疗干预与健康赋能；后者以“医疗照护”为核心功能，侧重疾病治疗与长期护理。二者虽有交叉，但理念导向与治理机制存在显著差异。

### 2.2. 协同治理理论

本文选择“协同治理理论”作为分析透镜。协同治理理论强调，在复杂公共事务领域，政府、市场、社会、公民等多元主体通过正式与非正式的制度安排，形成资源共享、风险共担、行动互补的合作网络，以克服单一主体治理失灵[4]。该理论为解剖“体卫融合养老服务”的多部门协作困境提供了适切的分析工具：一方面，养老服务本身具有跨部门、跨层级、跨领域的复合特征，天然呼唤协同治理；另一方面，既有研究已初步运用该理论识别出长三角地区“体、医、养脱嵌”的制度障碍，以及老年人体育健康促进中利益相关者协调的难点。然而，现有成果多聚焦于单一区域或单一政策工具，缺乏对多元主体协同治理困境的系统性类型学建构，更鲜有将协同治理理论深度嵌入“体卫融合养老服务”这一特定场景进行机制分析的研究。

### 2.3. 多元主体协同治理的四维分析框架

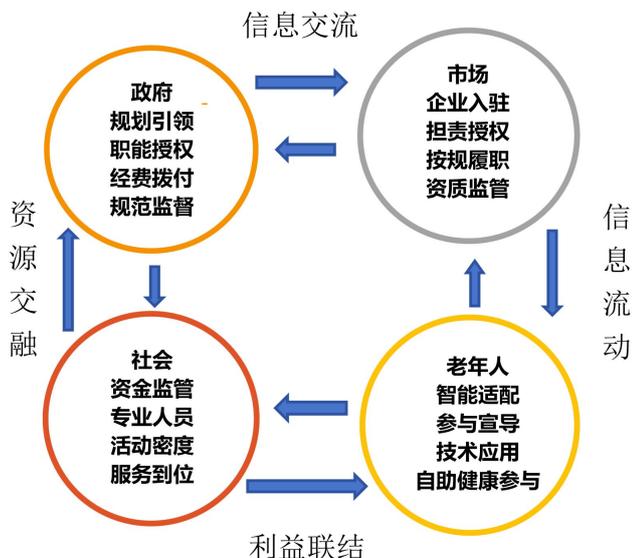


Figure 1. Analytical framework for multi-stakeholder collaborative governance thinking  
图 1. 多方协同治理思维分析框架

基于协同治理理论及我国“体卫融合”养老服务实践场域的特征，本文构建“政府-市场-社会-老年人”四维分析框架，如图1所示。其中：政府维度包括横向部门间协同与纵向层级间协同，关注职能配置、权责划分、政策传导等制度要素；市场维度包括企业主体、投融资机制、支付制度等，关注激励约束与资源配置；社会维度包括社会组织、专业人才、志愿力量等，关注组织化程度与服务能力；老年人维度包括认知观念、参与意愿、技术应用等，关注从“被动受助者”向“主动健康参与者”的角色转型。四个维度并非彼此孤立，而是通过资源交换、信息流动、制度约束相互影响，构成协同治理的整体生态。

### 3. 多元主体协同治理困境的系统诊断

#### 3.1. 政府维度：横向壁垒与纵向耗散

##### 3.1.1. 横向协同失灵：部门职能分割与政策碎片化

长期以来，我国体育部门与卫健部门、民政部门是完全独立的行政系统，运行管理机制不同，职能边界固化，联系不紧密。这一制度惯性在“体卫融合”养老服务领域体现为三重困境：一是资源共建共享机制缺失。公共体育场馆与养老设施在地理空间上高度重叠，但分属体育、民政系统管辖，缺乏共建共享的制度安排。老年服务站点普遍缺乏体育锻炼器材和服务内容，而体育场馆缺少老年人辅助设备和保障措施。二是政策协同性不足。社区运动健康中心面临“政府多部门联合协同管理机制有待完善”的运行梗阻，体育部门推运动处方、卫健部门管慢病管理、民政部门抓养老照护，各有一套考核指标与资源配置逻辑，难以形成政策合力。三是数据壁垒突出。体育科研人员难以获得一线的临床数据，医学科研人员对体育研究缺乏兴趣[5]，国民体质监测数据与居民电子健康档案尚未打通，运动干预缺乏临床数据支撑。

##### 3.1.2. 纵向协同失灵：央地传导耗散与基层执行偏差

从中央到地方，“体卫融合”养老服务的政策传导呈现显著的逐级耗散特征。国家层面虽有《“健康中国2030”规划纲要》《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》等顶层设计，但缺乏强制性约束和配套资源支撑[6]。地方实践中，除长三角、珠三角等先行地区外，多数地区尚未建立体医融合试点或运动促进健康机构。部分县市虽挂牌成立“运动健康中心”，但人员配备、服务流程、考核标准尚未落地，呈现“有牌子、无服务”的空转状态。湘西州的调研显示，社区老年人体育医疗公共服务设施配置与居民数量明显不配套，难以达到促进社区老年人健康的目标。

#### 3.2. 市场维度：支付缺位与激励不足

##### 3.2.1. 医保支付制度缺位：运动处方难以纳入报销体系

运动处方是“体卫融合”养老服务的核心技术产品，但其支付保障问题长期悬而未决。据统计，目前全国仅有不到20%的地区将运动处方纳入医保报销范围。多数地区运动处方仍属“合法收费项目”之外的自费项目，老年人自付意愿有限，服务机构缺乏稳定的收入来源。与医疗、养老相比，运动保健、体质评估等支付保障不够明确，缺乏筹资的制度保障。医保支付的缺位，不仅抑制了老年群体的服务需求，更导致“体卫融合”服务机构难以形成可持续的商业模式。

##### 3.2.2. 社会资本参与激励不足：投融资机制不健全

体养融合产业具有前期投入大、回报周期长、收益不确定等特点，对社会资本的吸引力有限。当前存在的主要问题是：一是政策扶持力度不足，国家及地方政府尚未出台专门针对社区嵌入式体养融合服务机构的优惠政策；二是投融资渠道单一，过度依赖政府财政投入，社会资本参与程度低；三是风险分

担机制缺失，适老化健身设施投资回报率低，运动损伤责任界定模糊，保险产品开发滞后。广东的调研显示，很少有企业或个人愿意投入大量资金来支持社区体养融合项目的发展。

### 3.3. 社会维度：专业短板与组织孱弱

#### 3.3.1. 复合型专业人才严重短缺

人才困境是制约“体卫融合”养老服务体系发展的普遍性瓶颈，呈现总量不足、结构失衡、培养滞后三重特征。总量层面，湘西州数据显示，社区从事体育医疗服务的人员数量较少，学历普遍较低，专业知识储备不足，不能满足实际需求。结构层面，运动处方专业人才短缺问题突出，据厦门市体育局统计，自2022年启动运动处方师培训以来，全市仅有347名医护人员参训，获得国家体育总局体科所认证的运动处方师75人，常态化从事“体卫融合”服务的专业人员约200余人，与全市基层卫生人员总量相比占比不足5%。上海市杨浦区的调研显示，截至2025年6月，全区持证社区健康师近700名，其中经培训可开具运动处方的家庭医生277位，占家庭医生总数约15% [7]。考虑到杨浦区作为国家级试点地区的先行优势，全国范围内接受系统运动处方培训的医生比例预计不足10%的估计具有合理性。培养层面，医学院校与体育院校长期分离办学，交叉学科建设滞后，老年运动健康管理专业尚在试点探索阶段。医、体、养深度融合需要整合医学、体育、养老服务等多学科知识，但目前缺乏贯通三者的整合性人才培养体系。

#### 3.3.2. 社会志愿机制发育滞后

老年体育协会组织化程度低，村居“两委”、公益志愿者等人群的支持不足。社区体育志愿服务站的覆盖率偏低，将“时间储蓄”与运动指导服务时长兑换的激励机制尚未普遍建立。与医养结合领域社会组织蓬勃发展形成对照的是，体养融合领域的社会力量参与程度明显偏低，过度依赖政府支持，多元主体发展受阻。

### 3.4. 老年人维度：角色惯性与数字鸿沟

#### 3.4.1. “被动受助者”的角色惯性

在传统的养老话语体系中，老年人常被视作被动的受助者，社会更侧重外部养老援助和医疗治疗，忽视了体育锻炼在主动健康促进中的核心价值。这一观念惯性导致三重后果：一是老年人对“运动是良医”的理念认知不足，社区运动健康中心调研显示，“运动促健康理念尚未被老年人接受”是突出困境之一；二是老年人经常参与体育锻炼的比例偏低，湘西州调查显示仅为15%；三是慢性病患者更倾向于药物治疗和手术干预，对运动处方的接受度有限。

#### 3.4.2. 数字技术应用鸿沟

适老化数字技术应用不足构成老年人参与的另一重障碍。当前部分社区健身场所引入智能健身设备，但一些器材需“扫二维码”才能使用，复杂的操作界面增加了老年人的使用难度。同时，智慧养老平台、运动健康APP等数字服务多面向普通用户设计，字体过小、功能冗余、缺乏语音交互支持等问题普遍存在，导致老年群体被排斥在数字赋能的红利之外。数字技术应用不足不仅制约了服务效率，更导致老年体育发展整体进程减慢，服务质量难以提高。

## 4. 多元主体协同治理的优化对策

### 4.1. 政府维度：以权责清单制度构建跨部门协同治理框架

#### 4.1.1. 建立“体卫融合”养老服务跨部门协同机制

借鉴部分省市成立“体医融合促进中心”的经验，建议在国家及省级层面建立由体育、卫健、民政、

医保、发改等部门共同参与的“体卫融合养老服务联席会议制度”，明确牵头部门与成员单位职责，形成常态化议事协调机制。重点推动三方面协同：一是规划协同，在编制“十五五”老年体育健身服务发展规划时，将公共体育设施建设融入养老机构、社区养老服务站点布局，建立共建共享机制；二是标准协同，围绕预防保健、慢性病干预、功能康复三大场景，制定适老化健身器材配置、运动风险评估、服务流程规范等标准体系；三是数据协同，依托国家健康信息平台与全民健身信息服务平台，推动国民体质监测数据与居民电子健康档案互通共享。

**4.1.2. 完善多层次政策传导与基层执行保障机制**

针对央地传导耗散问题，建议将“体卫融合”养老服务发展指标纳入地方老龄工作绩效考核体系。中央层面设立“体卫融合养老服务示范项目”专项资金，采取竞争性分配方式引导地方探索创新；省级层面负责制定本地区发展规划与资源配置方案；地市级层面重点抓好社区运动健康中心、运动促进健康站等基层服务载体建设。推广平顶山市“市、县、乡、村四级体医融合服务机构”建设经验，推动运动处方科学健身向农村延伸、向均等化发展。破解“体、医、养脱嵌”困境，需在宏观协同机制之下，建立微观操作层面的权责清单制度，明确运动处方从开具到执行、反馈全流程中各部门的交接点与责任边界。参照张家港市“政府主导、部门协同”的实践经验[8]，建议构建“运动处方流转权责清单”（见表 1）。

**Table 1.** List of responsibilities for the interdepartmental circulation of exercise prescriptions  
**表 1.** 运动处方跨部门流转的权责清单

流转环节	牵头部门	协同部门	具体职责	责任边界界定	时限要求
筛查与评估	卫健部门	体育部门	医疗机构对老年人进行医学筛查，完成运动风险评估；体育部门协助完成体质测试	医疗风险由卫健部门(医生)负责；体质评估数据的准确性由体育部门负责	筛查评估完成后 24 小时内生成健康档案
处方开具	卫健部门	体育部门	医生开具包含禁忌症、靶心率、运动强度范围的“医疗运动处方”；体育部门将其转化为包含具体动作、频次、强度的“执行性运动方案”	医疗处方的安全性由开具医生负责；执行方案的科学性由运动健康师负责	联合会诊或数据对接后 48 小时内完成
服务转介	体育部门	民政部门	建立“医院-社区运动健康中心-养老机构”双向转介机制。医院将处方推送至社区站点，体育部门接收后需在时限内完成接单并联系老人；民政部门负责对接养老机构内的服务需求	转介信息的准确性由数据平台运维方负责；服务接单的及时性由社区站点负责	医疗机构推送后 48 小时内完成接单确认
执行干预	体育部门	卫健/民政	运动健康师指导老年人执行运动方案，记录执行数据；社区卫生服务中心提供医疗监护支持；养老机构负责场所内的安全保障	运动过程中的指导责任由运动健康师承担；突发医疗事件的应急处置由就近医疗机构负责	每周上传执行数据，每月形成阶段评估报告
效果评估与反馈	卫健部门	体育部门	定期进行复评，包括临床指标和体能指标变化；评估结果反馈至家庭医生和运动健康师，动态调整处方	临床效果由卫健部门主导评估；运动效果由体育部门协同评估	评估完成后 48 小时内更新健康档案并推送至相关部门
风险处置	卫健/医保	体育/民政	建立运动损伤责任界定与保险理赔机制。明确轻度运动损伤由场地责任险覆盖，严重医疗事件由医保和医疗责任险处理	责任界定以“医疗处方安全性”和“执行指导规范性”为判定依据	事件发生后 24 小时内启动多部门联合评估

## 4.2. 市场维度：以支付改革激活市场参与动力

### 4.2.1. 探索运动处方医保支付制度创新

运动处方纳入医保支付的核心障碍，并非政策意愿不足，而是缺乏说服医保部门的“经济账”——医保基金的首要考量是资金安全与投入产出效率。因此，推动医保支付改革需从“行政呼吁”转向“循证论证”，以本土化的卫生经济学证据支撑政策突破。以厦门市为例，借鉴厦门市“惠厦保”经验，将运动处方诊疗服务费用纳入商业健康保险的医保范围内门诊自付费用保障责任；中期，在长期护理保险试点地区，探索将运动干预服务纳入护理保险支付范围，建立“基本医保 + 商业保险 + 个人付费”的多元支付格局；远期，推动国家医保局修订医疗服务项目目录，参考“医学运动处方及指导”项目的定价思路，明确运动处方的服务内涵与收费编码。同时，鼓励开发体养融合专属保险产品，如杨浦区发布的“沪动保”，通过“科学运动 + 风险兜底 + 健康激励”的保障体系，覆盖运动损伤、突发疾病等风险场景。

### 4.2.2. 健全社会资本参与激励政策

设立国家及省级“体养融合产业引导基金”，重点支持社区智慧健身空间、运动康复中心等民生项目。落实普惠养老专项再贷款政策，将适老化智能运动装备研发企业纳入高新技术企业认定范围。推广“政府建设设施、专业机构运营、保险托底风险”的复合型供给模式，通过公建民营、民办公助等形式吸引社会资本参与。对从事体养融合服务的企业，在土地供给、税收减免、融资贴息等方面给予政策倾斜。

## 4.3. 社会维度：以复合型人才体系建设夯实服务能力

### 4.3.1. 构建“产学研用”一体化人才培养体系

破解人才短缺困境需要系统性解决方案。院校培养层面，支持体育院校增设老年学课程与养老服务管理专业，支持医学院校开设运动处方与运动康复相关课程，推动体育院校与医学院校联合办学、学分互认。在职培训层面，由体育、卫健、民政部门联合组织实施“体卫融合养老服务人才专项培训计划”，对基层卫生人员开展运动干预技能培训，对社会体育指导员开展老年慢病管理知识培训。职业认证层面，探索建立“老年运动健康指导师”新职业认证体系，实行体育指导与康复治疗双专业认证，提升从业人员专业化水平与社会认可度。

### 4.3.2. 培育体养融合社会组织与志愿力量

加大对老年体育协会、社区体育俱乐部等社会组织的培育力度，采取创办补贴、项目运营资金、公益志愿扶持、赛事奖补等多种形式扶持发展。依托社区公共服务场所建立社区体育志愿服务站，探索将“时间储蓄”与运动指导服务时长兑换机制相衔接。鼓励低龄健康老年人参与体育志愿服务，形成老老互助的良性生态。

## 4.4. 老年人维度：以适老化赋权重塑主体地位

### 4.4.1. 推动老年群体从“被动受助者”向“主动健康参与者”转型

重塑老年人主体地位是“体卫融合”养老服务体系的价值内核。认知层面，通过社区公示栏、网络新媒体、健康讲座等多种渠道，广泛宣传运动促进健康的科学知识，引导老年人树立“运动是良医”的健康观。参与层面，丰富老年人体育赛事活动，扩大老年人参加体育运动项目种类，以适老化体育赛事引领积极老龄观的形成。赋权层面，鼓励老年人参与社区体养融合服务的规划、监督与评价，使其从服务接受者转变为服务共建者。

#### 4.4.2. 以适老化数字技术弥合参与鸿沟

将数字包容纳入体养融合服务体系建设的刚性要求[9]。硬件层面，制定适老化智能健身设备技术标准，强制要求语音交互、大字体显示、一键求助等适老化功能配置。软件层面，整合社区养老服务信息系统与体育资源，开发界面简洁、操作便利的老年运动健康 APP。服务层面，保留并优化线下人工服务通道，避免数字化改造导致老年人“被排斥”。

### 5. 小结

本文基于协同治理理论构建“政府-市场-社会-老年人”四维分析框架，系统剖析我国“体卫融合”养老服务体系的治理逻辑。研究发现，当前该体系深陷多维困境：政府维度表现为部门壁垒与政策传导耗散，市场维度受制于支付制度缺位与激励不足，社会维度面临人才短缺与志愿机制孱弱，老年人维度则存在角色惯性与数字鸿沟。这些困境交织呈现出制度、资源与认知的复合锁定特征。为此，本文构建了以权责清单、医保支付改革、复合型人才培养、适老化赋权及数据治理为核心的优化对策体系。随着 2025 年《关于推动运动促进健康事业高质量发展的指导意见》的实施，体卫融合已进入顶层设计阶段。未来研究应聚焦于服务成本效果评价、协同治理绩效测度及数字技术赋能机制，通过制度创新与资源重组，系统重塑多元主体协同治理生态，助力“健康老龄化”目标的实现。

### 基金项目

南通大学 2025 年大学生创新训练计划创新项目“新质生产力驱动下体育赋能乡村振兴的发展效应与实证研究”；江苏省习近平新时代中国特色社会主义思想研究中心南通大学基地基金重点资助项目；中国交通教育研究会 2024~2026 年度教育科学研究课题(JT2024YB078)。

### 参考文献

- [1] 国家体育总局. 对十四届全国人大三次会议第 1512 号建议的答复[EB/OL]. <https://www.sport.gov.cn>, 2025-09-16.
- [2] 张建武, 田新朝. 体养融合激活银发经济新动能[EB/OL]. 中国人口报, 2025-06-18. <https://healthnews.com.cn/rkb/lilun/2025/0618/503699.html>, 2026-03-01.
- [3] 安徽理工大学学报. 长三角“体医养”协同发展之意蕴、羁绊与进路[J]. 安徽理工大学学报(社会科学版), 2024, 26(3): 29-36.
- [4] 2024 第二届四川省体育科学大会. 嵌入式治理: 健康老龄化背景下社区体养融合养老模式研究[C]//四川省体育科学学会, 四川省学生体育艺术协会. 2024 第二届四川省体育科学大会论文报告会论文集(2). 武汉: 武汉体育学院经济与管理学院, 2024: 106-107.
- [5] 平顶山市政府. 深化“体医融合”护航“银发康养” [EB/OL]. <https://www.pds.gov.cn/contents/65299/452233.html>, 2025-06-25.
- [6] 王先亮, 马超. 社区运动健康中心的服务嵌入与治理共生研究[J]. 武汉体育学院学报, 2025, 59(7): 9-16.
- [7] 厦门市体育局. 厦门市体育局关于市政协十四届四次会议第 20254131 号提案办理情况答复的函: 厦体函(2025) 44 号[Z]. [https://sports.xm.gov.cn/xgk/zfxgk/ml/rdtahf/202507/t20250724\\_2947020.htm](https://sports.xm.gov.cn/xgk/zfxgk/ml/rdtahf/202507/t20250724_2947020.htm), 2025-07-08.
- [8] 张家港市文体广电和旅游局. 关于印发《2024 年张家港市体卫融合实施意见》的通知: 张文体广旅(2024) 27 号[Z]. 2024. <https://www.zjg.gov.cn/zjgzxw/fw01kpcpuegmqltdktgmdhgcfkqpq/202403/8194b62902b8e44e682f58bd6379e5ffe.shtm>, 2024-03-14.
- [9] 段星宇. 新质生产力驱动体卫融合的作用机理、现实困境与实践路径[J]. 体育科技文献通报, 2025, 33(6): 249-253.