

# 我国体卫融合发展的历史脉络和现实困境及其疏解策略

姜桂萍<sup>1,2</sup>, 李良<sup>2</sup>, 吴雪萍<sup>2</sup>

(1.哈尔滨学院 体育学院, 黑龙江 哈尔滨 150086; 2.上海体育学院 体育教育学院, 上海 200438)

**摘要:** 采用文献资料、逻辑演绎等方法, 通过量化不同年份政策数量和力度来剖析我国体卫融合发展的时变规律, 将其划分为体医结合、体医融合及体卫融合3个阶段; 分析体卫融合的社区模式、医院模式和体质监测中心模式, 管窥体卫融合发展过程中存在的顶层设计不完善、保障措施不到位、创新驱动发展不足、资源共享不充分等困境, 提出要站在人类卫生健康共同体的高度, 完善顶层设计, 把握体卫融合发展方向; 措施落实到位, 保障体卫融合健康发展; 创新驱动发展, 赋能体卫融合提质增效; 共享体卫资源, 实现健康治理效能最大化, 保障体卫融合健康可持续发展, 助力健康中国和体育强国建设。

**关键词:** 体卫融合; 全民健身; 全民健康; 健康服务模式

中图分类号: G804.5 文献标志码: A 文章编号: 1006-7116(2023)01-0047-07

## The development thread, realistic dilemma and solution strategy for the integration of physical education and health in China

JIANG Guiping<sup>1,2</sup>, LI Liang<sup>2</sup>, WU Xueping<sup>2</sup>

(1.School of Physical Education, Harbin University, Harbin 150086, China;

2.School of Physical Education, Shanghai University of Sport, Shanghai 200438, China)

**Abstract:** Using the methods of literature and logical deduction, this paper grasps the time-varying pattern of China's the integration development of physical education and health by quantifying the number and strength of policies in different years, and divides it into three stages of physical education and medical combining, physical education and medical integration, and physical education and health integration; analyzing the community model, hospital model and physical fitness monitoring center model of the integration of physical education and health, and getting a glimpse of the main existence of imperfect top-level design, inadequate safeguard measures. It is propose to improve the top-level design, to grasp the direction of the integration development of physical education and health; to put measures in place to ensure the healthy development of the integration of physical education and health; to carry out innovation-driven development, and to empower the integration of physical education and health so as to improve quality and increase efficiency; to share the resources from physical education and health, to maximize the effectiveness of health governance, and to guarantee the healthy and sustainable development of the integration of physical education and health, so that promotes the construction of healthy and powerful China.

**Keywords:** integration of physical education and health; national fitness; national health; health service model

2022年3月中共中央办公厅、国务院办公厅在印发《关于构建更高水平的全民健身公共服务体系的意见》(以下简称《意见》)中明确“深化体卫融合”, 为

全民健康提供更高水平的公共服务。体卫融合是健康治理的中国策略, 是建设健康中国和体育强国的重要支柱, 是实现全民健康覆盖目标的技术关键。为实现

收稿日期: 2022-03-31

基金项目: 上海市海外高层次人才项目(TP2020063)。

作者简介: 姜桂萍(1980-), 女, 副教授, 博士研究生, 研究方向: 体医融合与运动处方。E-mail: jiangguiping2022@163.com

通信作者: 吴雪萍

健康治理效能最大化,迫切需要这一新模式进行深入阐释与分析。政策文件作为政府处理公共事务的真实反映和行为印迹<sup>[1]</sup>,具有充分反映事物发展过程的价值。“北大法宝”法律法规数据库主要收录中华人民共和国中央人民政府以及地方政府自1949年至今的法律法规,系目前我国内容最全、使用最广的政策检索系统<sup>[2]</sup>。因此,本研究以“北大法宝”为政策检索数据库<sup>①</sup>,量化不同年份政策数量和力度来剖析我国体卫融合发展的时变规律,梳理我国体卫融合主要服务模式并结合典型案例,管窥我国体卫融合发展过程中存在的困境并提出有针对性的疏解策略,为推进体卫融合健康可持续发展提供依据,以此助力健康中国和体育强国建设。

## 1 我国体卫融合发展的历史脉络

本研究以我国首部《中华人民共和国体育法》(以下简称《体育法》)和首个《全民健身计划纲要》颁布的时间1995年为研究起点。2016年《“健康中国2030”规划纲要》(以下简称“规划纲要”)首次以党内法规的形式提出加强体医融合和非医疗健康干预,突出全民科学健身在健康促进、慢性病预防和康复等方面的价值,这是从前期体医结合的酝酿探索到体医融合发展的分水岭。2020年突如其来的新冠疫情助推了体医融合向体卫融合发展。同年3月,习近平总书记在积极应对新冠肺炎疫情全球蔓延的背景下提出“构建人类卫生健康共同体”,为确立体卫融合运动促进健康新模式奠定思想基础。随后,在2021年“十四五规划纲要”中首次提出“体卫融合”。故本研究根据上述背景将体卫融合划分为体医结合(1995—2015年)、体医融合(2016—2019年)及体卫融合(2020年—)3个阶段。

### 1.1 体医结合阶段(1995—2015年)

1995年国务院颁布《中华人民共和国体育法》和《全民健身计划纲要》,是新中国体育事业和全民健身事业发展的里程碑,为体育服务健康奠定基础。(1)运动疗法纳入医保。早在20世纪末,运动疗法便已用于服务残障人群的康复。21世纪初,危害我国人民健康的主要疾病为脏器病,这些疾病的发生是多因素的,但缺少必要的体力活动是共同诱因之一<sup>[3]</sup>。到2010年,为提高居民基本医疗保障水平,将以治疗性康复为目的的运动疗法纳入基本医疗保障范围。(2)科学健身战略地位确立。党的十八大明确提出“要坚持为人民健康服务的方向,坚持预防为主”,为科学健身地位的确立奠定基础。2014年以前,促进人民健康主要依靠医药供给和卫生保健,尚未把运动作为健康促进的必需<sup>[4]</sup>。此时,《全球健康新战略》鼓励各国制定国家政策改善

饮食和鼓励身体活动以保护健康。我国政府综合研判21世纪健康是人类最普遍、最迫切、最重要的需求前提下,于2014年10月印发《关于加快发展体育产业促进体育消费的若干意见》,明确“将全民健身上升为国家战略”,这是新中国成立以来在国家政策文件中首次将全民健身定性为国家战略,以此发挥运动在健康促进、疾病防治等方面的积极作用,探索体育与医疗的结合,也是对党的十八大提高人民健康水平、“坚持预防为主”方针的回应与落实。(3)初步探索运动处方应对健康危机<sup>[5]</sup>。运动处方为健康促进、应对慢性疾病和康复提供了新方向。这一时期,“药物处方”这种治病的外源性方式开始与运动处方这个内源性方式相结合。此阶段相关政策38份、政策力度<sup>②</sup>较低(41分),宣海德<sup>[6]</sup>在1996年提出体医结合并对其进行阐释,指出社区体育要与城市卫生服务体系相结合,促进体育部门与医疗部门相互配合、补充。体医结合是体育与医疗系统在各自需求的领域进行初步合作,为更好发挥两者结合在疾病治疗和康复中的作用。这一时期,在北京等城市的部分社区已经开始“体医结合”的尝试,并取得了一定社会效益<sup>[7]</sup>。通过运动疗法纳入医保、全民健身战略地位确立、运动处方应对健康危机不断探索体育与医疗的结合成为这个阶段的主要特征。

### 1.2 体医融合阶段(2016—2019年)

2016年末《“健康中国2030”规划纲要》首次提出“体医融合”,确立了健康中国建设国家战略,明确加强体医融合和非医疗健康干预。随后,《全民健身生活方式行动方案(2017—2025年)》《中国防治慢性病中长期规划(2017—2025年)》等政策进一步鼓励在医疗机构开设运动促进健康的指导服务,推动运动处方库建设和推广普及中国人群体育健身活动指南,推进全民健身与全民健康深度融合。体育与医疗作为协同单元,具有互补的价值功能<sup>[8]</sup>。(1)基地建设。2017年体医融合促进与健康研究中心成立,开启了体医融合非医疗健康干预的研究与实践。同年5月体育与卫生健康系统召开体医融合工作座谈会,开启了体医融合协同治理的顶层对话<sup>[9]</sup>。随后,全国各地纷纷开展各种体医融合健康服务项目。(2)联盟成立。2017年底“中国医体整合联盟”成立,整合国内主流体育和医疗资源,是我国首家为体育和医疗系统提供整合合作平台及服务保障的联盟,标志着我国体医融合由战略规划进入实质性发展阶段<sup>[10]</sup>。(3)人才培养。2019年国家体育总局体育科学研究所举办第一期全国体医融合理论与应用培训班。随后各地围绕体医融合和运动处方相继开展培训,从人才方面保障体医融合发展。(4)产业发展。2019年青岛作为我国首个成体系、成建制的体医融合

试点城市,标志着我国体医融合产业迈向新阶段,或将成为体医融合产业创新发展的元年。此阶段相关政策数量产出增多,73份政策力度(87分)也逐渐加大。体医融合是体医结合的完善和升华,体医融合是体育与医疗系统相互补充、相互渗透、相互促进,两者融为一体,最终形成你中有我、我中有你的健康治理新局面。体医融合是在政府主导下,由体育部门、医疗部门及其他多元主体“以人民健康为中心”,综合运用体育和医学的专业知识、技术和方法,对全人群在健康促进、疾病预防、治疗及康复各阶段,生命周期全过程实施的运动促进健康服务模式。该阶段保障政策不断出台,主要从基地建设、联盟成立、人才培养、产业发展等方面助推体医朝着融合方向发展。

### 1.3 体卫融合阶段(2020年—)

2021年“十四五规划纲要”和“计划”中分别明确推动体卫融合和指导落实实施路径,同时《意见》中明确深化体卫融合。从“体医融合”到“体卫融合”,虽然从“医”到“卫”只有一字之变,却是理念和思路的变化。体医融合侧重于运动治疗疾病,而体卫融合更注重运动对疾病的预防以及全人群全生命周期主动健康的价值。体卫融合意味着融合的范围更广、层次更高、程度更深,也是未来疾病防控新趋势。(1)新冠疫情推动体卫融合发展。病毒肆虐的严峻性让人类重新窥视生命和健康的价值。2020年习近平总书记在新冠肺炎疫情全球蔓延的背景下提出“构建人类卫生健康共同体”的重大倡议,是站在人类发展的高度、面向人类未来提出的重大理论创新成果,为随后体卫融合政策出台奠定思想基础。(2)全民健康覆盖目标的实现需要体卫融合。2013年WHO倡议全球全面推进全民健康覆盖政策,其目标是确保现在和将来每个公民都可以获得预防、促进、治疗、康复等所需的健康服务。全民健康覆盖是“第三次全球健康转变”<sup>[1]</sup>,这种转变关注全人群、全生命周期的预防投入与健康效益产出,是减轻个人、家庭及社会负担和经济损失的明智倡议。体卫融合是实现全民健康覆盖目标的技术关键,与人民群众最关心、最直接、最现实的权益密切相关。(3)健康中国和体育强国建设需要体卫融合助力。体卫融合助力健康中国既是体育功能价值的体现,也是体育回归生活的本质反映。同时,提升健康服务水平也是体育强国建设的重要内容。虽然该阶段数量不多(14份),但政策力度较大(24分)。体卫融合是体医融合的转型升级,基于预防为主、主动健康的理念下,协同体育和卫生健康等多元主体,以“人民健康需求为中心”促进人的全面发展为目标,综合运用体育和卫生领域的专业知识、技术和方法,对全人

群在健康促进、疾病防治及康复各阶段,生命周期全过程实施的健康治理新策略。

## 2 我国体卫融合发展的经验反思

目前,全国各地对体卫融合健康服务模式主要有医院模式、社区模式和体质监测中心模式3种。

### 2.1 医院模式

医院模式主要包括隶属体育系统的体育医院和隶属医疗系统的医院(统称为“医院”)健康服务两种方式。体育医院健康服务主要是运动医学专家为亚健康或疾病人群(尤其是运动伤病人群)开设个性化运动处方,主要以防治疾病或康复为目的。国家体育总局运动医学研究所体育医院是国内最早开设运动处方门诊的医院。随后黑龙江体育运动创伤康复医院等整合体育与卫生健康资源,通过线上平台和线下实体门诊相结合的方式提供健康服务。该模式服务人数多、费用低,但就诊后因缺乏监督指导、依从性差,导致训练效果难以持续。医院健康服务模式是在医院进行医学联合运动治疗疾病的模式,以疾病人群为主,由医生开具运动处方、有资质的科学健身指导者提供健身指导的一种真正体卫融合的健康服务方式。虽健康效益较好,但因医院场地资源和能开具运动处方的医生数量有限,更缺乏体育专家坐诊的长效机制,使得服务人数较少且不能保障该模式可持续发展。

### 2.2 社区模式

社区模式在各个地区有不同的健康指导方式,现以具有代表性的尚体健康科技(上海)股份有限公司(以下简称“尚体”)为例进行说明。尚体是在上海市人民政府主导下,体育局、民政局和街镇人民政府联合指导,通过政企合作方式为健康人群、亚健康人群、慢性病人、康复后期人群提供公共健康服务。目前有1.0版和2.0版2种运营模式。其中1.0版运营模式由街道提供场地并购买设备和提供服务,企业投资建设和运营管理,对该街道老年人免费开放;2.0版运营模式整合体育、养老、卫生健康等公共服务资源,由街道提供场地并购买部分服务,企业负责投资建设、运营管理,对老年人公益收费(99元/月),形成“政府拿一点、企业投一点、百姓付一点”的公共健康服务模式。该模式通过智慧运营服务人数多、服务覆盖范围广、健康效益较佳,目前在上海已开设25家,预计到2025年开设100家。虽已在北京、南京、宁波、长沙、成都、重庆、贵阳、嘉兴8个城市示范推广,但依然存在与卫生健康系统融合深度不够、财政支持不足、场地有限、智慧化水平待进一步提高、风险防控措施待完善等问题。

### 2.3 体质监测中心模式

体质监测中心模式主要为健康人群或慢性病人提供体质监测、慢性病健康指导及运动处方服务。具有代表性的,一是上海嘉定“1+1+2”(1名社区医生、1名社会体育指导员、2名慢性病自我管理组长)社区工作团队模式。通过多年实践证明,该模式有效地管理慢性病人群并显著改善患者健康状态。2016年上海嘉定模式已制度化和规范化发展。二是常州“2+2”模式,2名医生为公卫和社区各1名,2名指导员为健康生活方式指导员和社会体育指导员各1名。该模式通过免费为居民提供体质监测和适当的科学健身指导,覆盖范围较广,但需要政府投入大量的资金支持,因此发达城市可借鉴。

## 3 我国体卫融合发展的现实困境

### 3.1 顶层设计不完善

体卫融合是一项复杂的系统工程,其顶层设计包括理念共识、法律法规和体制机制等。目前仍存在不少问题。(1)理念共识尚未达成。个人层面,多数人尚存在“重医轻体”的思想,缺乏主动健康的意识与行动;医疗体系因工作机制和利益等原因绝大部分依然通过被动医疗解决健康问题。国家层面虽已明确要站在人类卫生健康共同体的高度守护人类健康,但化此思想意识为具体行动还需通过多种方式进行宣导。(2)政策法规缺失。从前文政策文本梳理中发现,我国尚无体卫融合发展的法律保障。《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》作为我国卫生与健康领域的第一部基础性、综合性法律并没有对体卫融合进行描述<sup>[12]</sup>。国家政策是国家的顶层设计,只有完善顶层设计,再加上好的政策执行力,才能实现国家政策意志<sup>[13]</sup>。但目前我国体卫融合尚缺乏满足多元利益主体诉求的体卫融合政策保障,政策体系不健全,呈碎片化、部门化和低层次化<sup>[14]</sup>,这必将阻碍各种资源进行配置,不利于体卫融合高质量发展。(3)体制机制障碍。从我国体卫融合模式亦能窥见,医院模式缺乏体育专家坐诊的长效机制。社区模式中卫生健康系统融合度不够等,多元主体协同治理不足,其本质均受制于体卫融合发展的体制机制。虽已成立健康中国行动推进委员会(以下简称“健康推进委员会”),但领导隶属关系和管理权限划分等体制方面以及多元主体协调运行机制均有待进一步细化和完善。此外,政府简政放权力度不够制约市场在资源配置中的决定性作用,也在一定程度上阻碍体卫融合发展。

### 3.2 保障措施不到位

体卫融合作为实现健康中国重要途径的战略地位

已然确立,但落地、落细、落实的保障措施不到位,主要体现在配套政策不完善、资源保障不足及风险管控缺位等。(1)配套政策。常见体卫融合模式如社区、医院和体质监测中心模式等,在发达地区如北京、上海、南京、深圳、广州等已初步形成,但各种模式还缺乏统一的服务规范和标准,缺乏推动体卫融合发展上下贯通的配套措施,政策执行缺乏有效监管等问题依然存在。(2)资源保障。主要包括人力资源、财政资源和场地设备资源等。人力资源方面,我国体卫融合复合型人才匮乏,相关资质认证和岗位配置尚不明确。财政资源方面,主要表现在资金投入有限、分配不均、来源单一等问题<sup>[15]</sup>。场地设施资源方面,主要存在场地布局分布不均、税收减免政策优惠力度不大、设备配置和更新迭代及智能设备开发不足等问题。(3)风险管控。在体卫融合发展实践过程中,风险管控措施缺位,责任不明确,缺乏可操作的防范化解重大风险的能力,这必将影响体卫融合向纵深方向发展。

### 3.3 创新驱动发展不足

现阶段我国社会的主要矛盾是人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分发展之间的矛盾。当前,我国体卫融合区域发展不均衡,尚不能满足人们对健康和健身的多元化需求,这就迫切需要在保证质量基础上提高服务效能,创新驱动发展战略为推进体卫融合高效发展提供核心技术支持。在体卫融合发展过程中,创新驱动发展包括两层含义:一是靠科技创新驱动实现我国体卫融合健康服务智慧化,提升健康服务质量和效能;二是创新的目的是驱动发展,撬动医保基金更好服务国民健康。通过我国体卫融合发展经验可知,现阶段我国体卫融合健康服务智慧化水平还有待进一步提高,尤其是创新驱动发展不足、健康服务产品有限,致使体卫融合实体产业发展滞后<sup>[12, 15]</sup>。

### 3.4 资源共享不充分

共享是体卫融合的出发点和归宿,只有真正共享才能实现融合效益最大化。(1)我国体卫融合健康服务信息化、智能化程度较低,多为线下单个部门的纵向服务,居民医疗信息与体育锻炼信息没有实现整合,更谈不上共享,而且多种模式之间也未能真正发挥协同作用。(2)对共享的目的、内容和权限认识不清。资源未能共享势必造成体卫融合健康服务模式管理“碎片化”、低效能,阻碍体卫融合健康治理能力提升,同时对共享健康治理成果是衡量体卫融合健康治理策略的标尺认识不足。(3)体卫融合资源共享过程中涉及国家、公共和个人利益,个人健康信息又具高度敏感性且对众多机构均具有重大使用价值,而现阶段我国还不能为个人健康信息提供较为周全的法律保护。

## 4 我国体卫融合困境的疏解策略

### 4.1 完善顶层设计,把握体卫融合发展方向

顶层设计必须要有大局意识,结合一体化的系统规则动员多元主体积极参与,保障体卫融合的方向性、预见性和有效性<sup>[16]</sup>。首先,需站在人类卫生健康共同体的高度,达成“运动是良医”的思想共识。思想是行为的先导。体卫融合多元主体要从人类卫生健康共同体的视角,要站在人类发展、面向人类未来的战略高度认识人类卫生健康共同体,深刻理解体卫融合是实现全球全民健康覆盖目标的技术关键。当前全球正在爆发的新冠肺炎疫情让每个人都深刻地体会到人类命运共同体,没有任何人能独善其身。只有多元主体达成思想共识、价值认同,才能推动运动促进健康的长远发展。

其次,制定法律法规及相关政策,保障体卫融合规范化、稳定化、制度化和程序化发展。利益是行动者的出发点和归宿点,为保障体卫融合服务公共健康功能的发挥,需要打破原有的工作体系,明晰边界,法律法规应重新赋予各利益相关主体相应的职责、义务和权利。体卫融合作为实现全民健康覆盖目标的技术关键,要想实现其健康治理效能最大化必须要有法可依,这是最基本前提。国家政策是国家作为分配或调整各种社会资源的调节器,具有合法配置资源和导向功能<sup>[17]</sup>。迫切需要制定保障体卫融合发展的连续性、有效性和针对性政策,重新合理配置体卫等资源,发挥政策导向作用,从政策上保障我国体卫融合发展方向。

最后,破除体制机制障碍,激励多元主体共建共治,确保体卫融合协同增效。健康推进委员会要明确政府责任,厘清体卫融合多元主体职责,监督落实体卫融合各项工作落到实处。政府组织负责制定政策、传达健康信息和提供财政支持,做好体卫融合决策者、设计者和监管者角色。社会组织扮演好体卫融合创新发展、组织协调者角色。个人扮演体卫融合参与者角色。健康推进委员会应该从利益相关者视角,通过多种方式建立多元主体共建共治体卫融合发展的长效机制。在改革体制机制过程中,政府要注重需求导向的简政放权,激发市场和社会活力,充分发挥多元主体的内生动力;也要监管好、规约好市场主体不能为的边界,处理好政府和市场的关系,更好发挥政府的引导作用和市场在资源配置中的决定性作用<sup>[18]</sup>。政府要在服务质量上拓展内涵、创新方式、献计献策,动员多元主体齐心协力助推体卫融合向纵深方向发展。

### 4.2 落实保障措施,保障体卫融合健康发展

根据国家政策制定落实的配套措施。(1)从宏观、中观和微观层面上下贯通,推动体卫融合落实。宏观

层面,健康推进委员会依法制定体卫融合机构服务规范,从健康服务的基本要求、服务项目、基本操作程序、质量控制标准及评估程序等,为多元主体共治提供实践遵循。中观层面,各职能部门或地方政府负责提供相应配套措施和专项计划推动体卫深度融合。同时,积极总结基层行之有效的措施,如体质监测中心模式中的上海嘉定模式已制度化和规范化发展,可梳理成理性认识,推动新政策的有效制定。2022年3月《意见》中“推动国民体质监测站点与医疗卫生机构合作,推广常见慢性病运动干预项目和方法……”即是该逻辑的最好印证。微观层面,建议成立地方健康推进委员会,配合落实健康中国行动的各项政策。(2)重视政策有效执行,确保体卫融合落地。确保政策理解不走偏,要宣传好、解读透,把体卫融合关乎每个人的生命、“自己是健康第一责任人”的理念联通到广大人民群众的心里,让每个人都正确理解主动健康的意义,积极配合政策实施,形成体卫融合的文化氛围。(3)完善政策评估考核,保障体卫融合落细。强化对政策执行过程的督察,切实把政策转化为行动。以法律的强制效力规约多层级协同健康治理过程中出现的打折、走样和变形现象,并形成逐层问责制,依法依规从严处理,从而保障政策执行落细。

完善体卫融合发展的资源保障。(1)人力资源保障方面,主要针对体卫融合复合型人才培养、资质认证和配套岗位等一系列政策的制定和引导,建议进行分级资质认证和岗位配置,完善体卫部分相关资质互认机制。(2)财政资源保障方面,加大国家财政对体卫融合资金投入比例,将部分中央财政资金纳入支持体卫融合发展的直达范围。同时通过推动金融机构降低实际贷款利率、减少收费等政策引导和激励服务对象用好政府投资资金,充分发挥重大项目牵引和政府投资撬动作用,吸引社会组织、融资企业等其他投资资本融入。(3)场地设施资源保障方面,主要从用地税收优惠与减免,区域政策保障健康服务点的合理布局和设备资源的合理配置,重视设备的升级迭代、折旧支持等。

政府主导建立体卫融合风险管控措施。(1)由政府运营体卫融合事故保险基金,化解体卫融合服务过程中的事故风险。政府要根据事故风险等级分类施策,做好处置规划;压实地方属地责任、部门监管责任和服务主体责任,加强风险预警、防控机制和能力建设,设立事故保险基金,运用市场化、法治化方式化解风险隐患,牢牢守住不发生系统性风险的底线。(2)借鉴上海经验,建立医保专属商业健康保险业务。为撬动医保个人账户基金购买商业健康险业务的持续发展,更好发挥商业保险补充保障作用。上海银保监局于

2017年1月施行上海市医保专属商业健康保险业务,目前上海有9家经营此项业务的保险公司。2021年上半年,由上海市医疗保障局指导、上海银保监局监督的上海城市定制型商业补充医疗保险“沪惠保”的问世,普惠更多居民。以上举措在一定程度上为体卫融合实施提供安全保障。

#### 4.3 创新驱动发展,赋能体卫融合提质增效

科技赋能,助推体卫融合高效发展。以人民多元化的健康需求为中心,通过物联网、互联网、云计算等技术实现智慧服务。通过智能化健康检测设备采集居民当前健康信息及健康需求,建立体卫融合资源共享数据平台。通过云计算生成体育锻炼方案,直接通过物联网与智能锻炼设备联通,实现实时智慧健身指导,并通过智慧运营管理系统进行同步分析、风险监控及预警提示,为居民提供安全、有效的人工智能精准指导。运动后相关数据自动上传保存并生成运动记录报告,居民可根据锻炼后的感知情况及时进行反馈。当身体出现不良症状时,通过平台根据不良症状风险分层自动联通到现场管理员、保健人员及家庭医生端,通过不同终端的精准实时服务,形成安全、高质、高效可持续的闭环服务。

创新服务,撬动医保基金平稳运行。可借鉴上海杨浦医保局的经验,将体育科技成果纳入优质医疗服务供给,从供需两侧发力突破供给约束堵点,撬动医保基金平稳运行。(1)优化供给侧。首先,将体育康复领域行之有效的成果,在区医保局、卫健委、体育局的协同指导下建立技术和收费立项协同机制,启动相关医疗新技术项目申报,通过市卫健委、市医学会组织的新医疗技术评定,及时进行项目定价后将转化产品向百姓提供。其次,打造体育+社区卫生服务中心的专科医联体模式,推进形成医联体内部的分级诊疗和全过程的健康管理。最后,依托高校智力资源和科研资源,推进周边国家体育产业示范基地建设,布局推动实体产业发展。(2)服务需求侧。推进运动健康师服务与家庭医生签约服务融合发展。首先,制定运动健康师服务项目清单。由签约家庭医生筛选目标人群,联动运动健康师提供服务;过程中不断完善服务提供者的资质、内容、标准、年限,并定期开展考核和优化。其次,运动健康师服务纳入家庭医生团队服务包。由家庭医生和运动健康师共同筛选适合人群,落实居家、社区等场地开展集中或个体干预。通过有效服务、有效控费提高年度试点社区卫生服务中心家庭医生签约服务关键绩效和团队签约服务费,实现长效激励机制。最后,建立运动健康师服务绩效评估,进一步反推优化服务成本定价及服务内容,促进健康服务包的

价值最大化。

创新驱动发展,促进体卫融合产业优化升级。体卫融合需要实体承接,实体产业是推进体卫融合理论、科技和实践创新的载体。因此,要充分利用创新驱动产业升级。创新,作为新发展理念之首,是巩固壮大我国体卫融合实体产业的根基。通过科技赋能、创新驱动发展战略,才能提高实体产业核心竞争力,才能真正解决“卡脖子”的技术核心。2022年政府工作报告中明确,国家加大研发费用加计扣除政策实施力度,将科技型中小企业加计扣除比例从75%提高到100%,对企业投入基础研究实行税收优惠,完善设备器具加速折旧、高新技术企业所得税优惠等政策,这相当于国家对企业创新给予大规模资金支持。《意见》中也明确“建立体卫融合重点实验室”。我国体卫融合产业要乘国家大力支持科技创新投入的东风,加大企业基础研究投入,与高校、科研院所、体卫融合重点实验室等进行深入合作,推进核心技术攻关,深化产学研用结合,促进科技成果转移转化。通过数字化赋能,转型升级产业迎“智”变。

#### 4.4 共享体卫资源,实现健康治理效能最大化

明晰资源共享目的、内容和权限是进行资源共享的前提。体卫融合资源共享的目的是为更精准高效地服务人民健康。因此,在共享资源内容时要紧紧围绕这一目标进行,建设体卫融合资源共享数据平台,将体育部门和卫生健康部门等相应资源共享到该平台,其他主体部门协同共享相应资源,指导融合过程中资源要素的集约使用和有效利用,缓解医疗与体育资源有限的困境,为居民提供精准有效的健康服务。同时,不同健康服务模式之间资源也可以共享,做到优势互补。如将体质监测中心和社区模式筛查这两种模式均不能提供更好服务的疾病人群输送至医院,医院模式可将亚健康人群或功能恢复人群疏导到体质监测中心和社区中,达到资源集约和有效共享,更好为全人群全生命周期健康保驾护航。

共享健康治理成果是判断体卫融合健康治理策略是否成功的标准。共享,即全体人民共同享有健康治理成果。共享是健康治理的出发点,也是健康治理的落脚点。如果不能给广大人民群众带来实实在在的健康效益,如果不能创造更加公平的健康治理环境,甚至导致更多不公平现象,体卫融合便失去意义。因此,要把促进社会公平正义、增进人民健康福祉作为一面镜子,审视各方面体制机制、政策规定和实践发展的合理性,作为衡量体卫融合的标尺。要在保护健康信息安全基础上实现共享。建议在体卫融合法律法规专门设置个人健康信息保护的条款,以便共享时有法可

依、依法问责,促进资源安全有效共享。从体卫融合发展历程来看,共享也是一个渐进性过程。随着体卫融合的不断深入、顶层设计的不断完善、保障措施落实到位、创新驱动逐步发展,一定会将运动促进健康的治理成果惠及人人,让人人享有健康成果,使人民的获得感、幸福感和安全感逐步提升。

体卫融合全面深刻地诠释我国始终秉承“以人民健康为中心”的健康理念,是有效推动健康关口前移、实现公共健康治理效能最大化的新的应对策略。体卫融合是基于体医结合、体医融合模式的守正创新,3种模式反映了我国体卫融合发展的历史脉络。当然,体卫融合在实际发展过程中也会面临顶层设计、保障措施、创新驱动、资源共享等方面的困境,需要站在人类卫生健康共同体高度,逐步完善顶层设计、落实措施到位、创新驱动发展、共享体卫资源,从把握体卫融合发展方向、保障体卫融合健康发展、赋能体卫融合提质增效,最终实现健康治理效能最大化的理路疏解。希冀后续更多专家学者关注该领域,不断提炼和优化体卫融合科学发展方案,共同为提高全民健康水平服务、助力健康和体育强国建设努力。

### 注释:

①以“体医结合、医体结合、康体结合、运动处方、运动疗法、体医融合、康体融合、医体融合、全民健身与(和)全民健康深度融合”为关键词进行全文精确匹配检索(截至2022年3月31日),最终纳入政策样本125份。

②衡量政策力度,标准如下:全国人大及其常委会制定的法律,国务院颁布的条例规定,国务院颁布的规划、纲要、方案、办法以及各部委颁布的条例、规定,国务院颁布的通知、意见、公告以及各部委(包括联合)颁布的规划、纲要、方案、办法等,各部委颁布的通知、公告、决定、意见等,分别赋值5、4、3、2、1,得分越高说明政策力度越大,法律效力越高。

### 参考文献:

[1] 黄萃,任骥,张剑.政策文献量化研究:公共政策研究的新方向[J].公共管理学报,2015(2):129-137.  
[2] 张韦,何东,张研,等.政策工具视角下我国远程医疗国家层面政策分析(1997—2019)[J].中国卫生政策研究,2020,13(6):56-64.

[3] 周士枋.21世纪运动疗法展望[J].中国康复医学杂志,2001,16(2):68-70.  
[4] 卢文云,陈佩杰.全民健身与全民健康深度融合的内涵、路径与体制机制研究[J].体育科学,2018,38(5):25-39.  
[5] 祝莉,王正珍,朱为模.健康中国视域中的运动处方库构建[J].体育科学,2020,40(1):4-15.  
[6] 宣海德.我国城市社区体育中“体医结合”问题的研究[J].军事体育进修学院学报,2007,26(1):106.  
[7] 赵彤.我国体医结合健身模式现状与对策——以苏州市“阳光健身卡”为例[D].北京:北京体育大学,2014.  
[8] 杨光,李哲,梁思雨.“体医融合”的内在逻辑与时代价值[J].体育学刊,2021,28(6):23-30.  
[9] 陈艳妮.推动体育和医疗深度融合 让老百姓不得病少得病[N/OL].(2017-05-17)[2022-03-20].<http://www.rmzxb.com.cn/c/2017-05-17/1540840.shtml>  
[10] 中国医体整合联盟成立,体医融合进入实质发展阶段[EB/OL].(2017-12-25)[2022-03-20].[http://www.gov.cn/xinwen/2017-12/25/content\\_5250235.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2017-12/25/content_5250235.htm)  
[11] RODIN J, FERRANT D. Universal health coverage: The third global health transition? [J]. Lancet, 2012, 380(9845): 861-862.  
[12] 张阳,吴友良.健康中国战略下体医融合的实践成效、困境与推进策略[J].中国体育科技,2022,58(1):109-113.  
[13] 龙佳怀,刘玉.健康中国建设背景下全民科学健身的实然与应然[J].体育科学,2017,37(6):91-96.  
[14] 沈圳,胡孝乾,仇军.我国体医融合的研究进展、热点聚焦与未来展望[J].体育学研究,2021,35(1):9-19.  
[15] 卢文云,王志华,陈佩杰.健康中国建设与体育强国建设背景下深化体医融合研究的思考[J].上海体育学院学报,2021,45(1):40-50.  
[16] 杨继星,陈家起,高奎亭,等.体育与医疗融合发展的政策研究:起始诉求及路径选择——基于习近平总书记关于融合发展重要论述的解构[J].武汉体育学院学报,2022,56(1):45-53.  
[17] 陈振明.政策科学:公共政策分析导论[M].北京:中国人民大学出版社,2011.  
[18] “简政放权 放管结合 优化服务”座谈会[EB/OL].(2015-06-19)[2022-03-20].<http://theory.people.com.cn/n/2015/0619/c40531-27184079.html>