

体医融合服务模式的国外经验与启示*

李方晖^{①②}, 王 静^①, 崔博文^①

摘要 体医融合是实施健康中国战略的重要举措, 体医融合服务模式作为体医融合政策落实到个体的具体实践途径, 关系着体医融合实施的具体成效。运用文献资料法、逻辑分析法等归纳美国、德国和日本3个发达国家的体医融合服务模式的主要类型、运行现状以及基本特征并总结成功经验, 在此基础上, 发现我国体医融合服务模式的发展困境, 并提出解决策略。研究得出: 我国体医融合服务模式存在顶层设计有待完善, 保障政策存在空缺; 观念传播有待提高, 融合壁垒依存; 人才培养有待加强, 培养体系存在短板等问题。建议要以优化顶层设计为立足点, 保障政策执行力; 以强化融合理念为切入点, 激发群众主动性; 以加强人才培养为基本点, 提供服务源动力。

关键词 体医融合; 体医融合服务模式; 健康中国2030

中图分类号 R1-9; R193 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)10-0085-07

Overseas Experiences of the Service Model of Physical-medical Integration and Its References/Li Fanghui, Wang Jing, Cui Bowen//Chinese Health Economics, 2023,42(10):85-91

Abstract The integration of physical activity and primary health care is an important measure to implement the healthy China strategy and the service model of physical-medical integration is the way for the integration of sports and medicine to be implemented into individuals, which is related to the specific results of the integration implementation of the physical activity and primary health care. It summarizes the main types, operation status, basic characteristics and the successful experience of the service model of the integration of physical activity and primary health care in the United States, Germany and Japan. On this basis, it finds the development dilemma of the service model of the integration of physical activity and primary health care in China, and proposes the solution strategies. It is found that the concept of physical-medical integration in China needs to be improved and the barriers are dependent; there are gaps in the policy and the top-level design needs to be improved; personnel training system needs to be strengthened, and there are shortcomings in the training system. It is suggested that the top-level design should be optimized as a foothold to ensure policy implementation; the concept of integration should be strengthened as an entry point to stimulate the initiative of the masses; and the training of talents should be strengthened as a basic point to provide a source of service.

Keywords integration of physical activity and primary health care; service model of physical-medical integration; Healthy China 2030

First-author's address School of Sport Sciences, Nanjing Normal University, Nanjing, 210023, China

2016年10月颁布的《“健康中国2030”规划纲要》中明确提出要“加强体医融合与非医疗健康干预, 建立完善针对不同人群、不同环境、不同身体状况的运动处方库, 推动形成体医结合的疾病管理与健康服务模式”^[1]。2021年8月颁布的《全民健身计划(2021—2025)》中提出要“推动体卫融合、探索建立体育和医疗卫生健康等部门协同、全社会共同参与的运动促进健康模式”^[2]。从“体医融合”到“体卫融合”的转变虽然仅有一字之差, 却是一种理念和思路的转变, 前者侧重于以运动治疗疾病, 后者则更强调坚持主动健康、预防为主的思想^[3], 通过运动增强体质, 可以有效预防慢性疾病的发生, 在新冠疫情大肆

发展的严峻形势下, 已有研究证明运动在提高机体免疫力、抵抗新冠病毒感染以及康复过程中发挥重要作用^[4-5]。“体医融合”向“体卫融合”的转变是基于医疗卫生服务体系之下, 是社会实践的结果, 想要进一步落实推行体医融合政策, 首先要解决基层服务过程中的各种问题^[6]。体医融合服务模式是以体育、医疗卫生知识为指导, 结合多元的服务主体, 通过定制多样化的干预方案, 为居民提供健康促进服务的模式, 是体医融合策略落实到个体的重要途径^[7]。国外如美国、德国、日本等发达国家关于体医融合服务模式的探索起步较早, 现已积累了丰富经验与成果^[8]。我国自《纲要》提出以来, 北京、上海、江苏等地依托当地资源、服务水平等优势, 积极打造了多样化的体医融合服务模式^[9], 目前我国体医融合服务模式取得的成果良莠不齐, 尚未形成可以全国推广的模式^[10]。

1 发达国家体医融合服务模式运行现状

1.1 美国体医融合服务模式

20世纪末, 面对国民慢性病患率不断上升, 医疗负担急剧增加的压力, 美国卫生与公共服务机构开

*基金项目: 国家社会科学基金项目(19CTY007); 江苏省重点社科项目(21WTA001); 广东省省级科技计划项目(2015A020219015)。

① 南京师范大学体育科学学院 江苏 南京 210023

② 肇庆学院体育学院 广东 肇庆 526070

作者简介: 李方晖(1983—), 男, 博士, 教授, 博士生导师; 研究方向: 体医融合; E-mail: 12356@njnu.edu.cn。

始通过体育与卫生医疗相结合的方式改善国民体质健康，由此拉开了体医融合治理的序幕，成为了体医融合的先导者，现已形成了由政府主导、多部门协同治理的较为完备的体医融合治理框架^[11]，同时也积极打造具有本国特色的体医融合服务模式。根据运行主体、服务人群和操作方式的不同，可以分为以下3类（表1）：由美国疾控中心为主导，联合各部门、协会形成宏观治理网络，再由地方卫生部门与社区医院、保险公司合作，面向社区居民开展健康促进计划服务的“三位一体”型^[12]；由美国健康管理组织为主导，联合美国医疗保险和医疗服务中心，由全科医生对参保人群进行分级诊疗管理，通过信息平台深入社区，为用户提供免费健身房以及运动干预等服务的整合医疗型^[13]；由美国政府宏观调控，联合康复治疗产业和物理治疗中心，对患者就诊期间定期进行身体活动能力评估和常规咨询服务，根据患者的活动水平、医疗状况和偏好，结合运动是良医体育活动资源网络的推荐，参加运动项目训练的转型型^[14]。

1.2 德国体医融合服务模式

德国是较早关注运动促进健康的国家。21世纪以来，德国政府通过对体育与医疗卫生部门进行战略部署、制定相关政策以及培养专业人才等举措积极推动本国体医融合的发展，在进行探索与实践的同时也形成了多样化的体医融合服务^[15]。根据运行主体、服务人群和操作方式的不同，可以分为以下4类（表1）：以社区医院和社区康复中心等为运行主体，面向社区居民，通过社区保健医生开具运动处方、社区康复中心来承接处方的执行，最终通过医保报销相关费用的社区嵌入型^[16]；运行主体为政府、体科所、高校等机构，面向特定慢性疾病患者，由医生、社会体育指导员、护理人员等组成健康服务项目团队进行科研课题申报，对患者进行全程策划、监控和管理且不收取任何费用的项目型^[17]；运行主体为医院和科研机构，通过开设相关科室，面向有需要的住院患者，由医院或者科研机构的专业人员为患者提供医疗、护理、康复的整合医疗型^[18]；运动主体为各大医疗保险机构，通过设立“红利政策”，对参保人进行定期身体检查以及运动课程培训的医保激励型^[19]。

1.3 日本体医融合服务模式

日本自20世纪70年代就进入了老龄化社会，其政府也一直致力于通过制定体医融合促进健康计划来缓解人口老龄化带来的一系列社会问题。在日本体医融合推进过程中，根据多元主体之间的地位、服务人群以及资费类型的不同，可以将体医融合服务模式分为3类（表1），分别是：通过政府主导，依托社区综合俱乐部，面向全体社区居民，由全科医生开具运动处方，社会体育指导员为居民提供锻炼指导，不收取任

何费用的福利型^[19]；以各级医院、医疗保险公司为运行主体，面向老年人和慢性病患者，在各级医疗点之间形成医疗圈，并构建家庭医生支援保健体系，形成了资源信息联动，为对象提供一体化服务的整合医疗型^[20]；以各类康复医院和疗养中心为主体，面向中产阶级以上人群，提供多元化、个性化和专业化的健康促进服务的商业型^[20]。

1.4 发达国家成功经验

1.4.1 协同治理体系是核心。研究发现，上述3个国家都存在着多种服务模式并存的现象，这也为不同需求的居民提供了多样化的健康服务选择。而整合医疗型因具备服务流程系统化、集医疗卫生、护理和康复于一体等优点而被各国采用，但又因每个国家的具体运行体系不同，所以在服务范围、费用报销等方面存在差异。但无论哪一种模式的成功运行，都离不开本国分工明确的体医融合协同治理体系：美国由作为政府主体的美国卫生与公共服务部对体育与医疗卫生业进行统筹规划并与美国国立卫生研究院、美国运动医学会、美国国家卫生统计中心以及体力活动指南咨询委员会等相关部门进行合作，形成了“政府部门主导全局、多职能部门跨界融合、非盈利组织强力支撑”的运行机制，确保体医融合服务在基层得以有效落实^[11]；德国联邦政府负责相关法律的制定，协调多方平台对体医融合健康促进政策进行评估和监督，州政府和地方政府在联邦政府的协调下实施体医融合服务专项计划，负责对地方医院和体育场地等基层部门管理^[20]；日本政府主要负责确保政策制定的有效性、信息传达的及时性以及财政支持的连续性，各层级部门则在政府的协调下根据该地区实际情况制定可实施的专项体医融合服务计划，并指导各大医院、保健中心以及体育中心有序开展健康促进活动，各层级各部门之间形成了“不缺位、不错位、不越位”的工作网络^[21]。

1.4.2 健康理念普及是先决。民众是体医融合服务模式开展的出发点与落脚点，其对体医融合促进健康理念的认同感是推动体医融合政策发展的重要社会基础。而上述3个发达国家也积极通过多种渠道大力宣传体医融合促进健康理念：美国运动医学学会提出的“运动是良医”理念，不仅在本国得到了有效的宣传与运用，而且也在其他国家被推广。美国政府颁布的《国民体力活动计划》中也重视“与医生同行”“体育是工具”等健康理念的传播，并取得了不错的成效^[22]；德国除了通过联邦健康教育中心大力倡导“运动是万能”理念，还充分利用各大媒介宣传体医融合相关知识，培养民众体育锻炼意识，德国奥林匹克联合会也与各大杂志社和报社进行合作，免费刊登体育活动促进身体健康的相关信息，使得体医融合健康理念深入人心^[23]；日本政府对于体医融合健康促进理念的宣传注重

表1 发达国家体医融合服务模式

国家	类型	运行主体	服务人群	优缺点
美国	三位一体型	美国疾控中心 医疗卫生部门 体育部门 社区组织	社区居民	优点：服务范围广且系统化、资源广泛 缺点：不利于管理
	整合医疗型	HMO 医疗中心	参保人群	优点：服务连续化、信息传递效率高 缺点：资本化、服务费用高、质量难以保障
	转诊型	康复门诊 物理治疗中心	肿瘤患者	优点：服务个性化、多样化 缺点：政府不够重视、效率低
德国	社区嵌入型	社区医院 社区康复中心	社区居民	优点：服务范围广、方便易操作、收费低 缺点：运行机构负担大
	项目型	政府、体科所 高校等	特定慢性病患者	优点：服务科学化、循证化 缺点：服务人群受限
	整合医疗型	医院 科研机构	慢性病患者	优点：集医疗、护理、康复一体 缺点：适用范围有限
	医保激励型	医疗保险机构	参保人群	优点：服务个性化 缺点：适用范围有限、费用高
日本	福利型	社区俱乐部	社区居民	优点：服务范围广、公益性强 缺点：针对性与专业性不足
	整合医疗型	政府、各级医院 医疗保险机构	慢性病患者	优点：服务连贯化、资源联动化 缺点：政府压力大、受众范围有限
	商业型	私营康复医院、 疗养中心、养老院	中产阶级以上群体	优点：服务个性化、专业化 缺点：医疗费用高、受众范围小

“从小抓起”，依托基础教育，依靠师资力量，在各年级开设健康教育课，建立体医融合健康教育课程体系，普及科学健康观念，长此以往，体医融合健康促进理念已经在国民心中根深蒂固，为日本体医融合的发展打下了坚实基础^[24]。

1.4.3 人才培养体系是保障。从上述3个发达国家的体医融合服务模式运行过程中可以看出，一套完整的服务流程离不开体育与医疗卫生等各方面的人力资源，这也得益于这几个国家对于体医融合复合型人才培养体系的构建：美国体育院校树立“大健康观”理念，在注重培养学生运动技能的同时也加强科学健身指导教学，强化体育生的“运动为健康”意识。医学院校积极推广“运动是良医”理念，注重医学生对体育非医疗干预的学习与运用，同时注重拓宽复合型人才培养的合作领域，让学生进入社区医院和社区体育中心进行操练^[25]；德国在体育与医疗卫生两大人才培养系统中都注重跨学科知识的传授，大多数的德国体育院校除了开设与体育运动技能相关的课程之外，也都单独开设了体育医学专业，医疗学校的教育涵盖公共健康服务、预防和健康促进、运动康复课程等，充分体现了德国对于体医两大系统人才培养的重视^[26]；日本进一步完善了体医融合人才培养体系，加大体、医两大教育系统的沟通与合作，共同承担体医融合人才培养的

任务，在大学增设相关专业并建立健康运动健康指导员进修制度，缓解体医融合复合型人才资源紧缺^[27]。

2 我国体医融合服务模式分类及运行现状

2.1 以医疗部门为运行主体的体医融合服务模式

以医疗部门为运行主体的体医融合服务模式主要有运动处方门诊模式和医院健康指导模式（表2）。运动处方门诊模式是指临床康复医生或运动医学专家对就诊患者制定运动处方，将运动干预手段引入到慢性病防治、疾病康复过程中的模式^[28]。北京多家医院如北京大学人民医院、北京海淀医院、中国医学科学院阜外医院、北京友谊医院等都设立了运动处方门诊部，服务对象大多是慢性病患者，其中心脏康复是重点，主要业务包括各项功能评估、运动能力测试和制定个性化的运动处方等^[29]。医院健康指导模式是指将疾病预防与诊断、治疗以及体质监测均集中在医院，由医生开具运动处方，锻炼指导师提供运动指导的模式^[30]。如北京的广安门医院通过建立慢性呼吸疾病运动门诊，依托科室资源开辟运动场地设施，受过培训的运动训练指导师对患者进行运动的监督与指导，严格按照运动处方的内容安排训练，推动慢性呼吸疾病患者的诊疗^[31]。以医疗部门为运行主体下的两种体医融合服务模式主要服务人群都是慢性病患者，通过开具运动处方促进患者的身体健康。其主要区别在于运动处方门诊

表2 中国体医融合服务模式

运行主体	类型	举例	服务人群	优缺点
医疗部门	运动处方门诊模式	北京大学人民医院 北京海淀医院 中国医学科学院阜外医院 北京友谊医院	亚健康人群 患病人群	优点：患者进行线下自我练习；可以大量接诊患者，患者锻炼不受场地限制 缺点：缺乏监督、依从性差、效果可能不好
	医院健康指导模式	北京广安门医院、 天津医科大学总医院	患病、运动 损伤人群	优点：院内锻炼、小班训练、专人指导、可以进行医学监督、依从性高 缺点：对人才要求较高、医院场地有限，参与人数受限制。
体育部门	社区体育俱乐部模式	上海杨浦区 “四平模式”	社区居民	优点：覆盖面广、惠及人数多、比较便利 缺点：不能全国社区广泛复制
	社区体质监测中心模式	上海嘉定区“1+1+2”模式 常州社区“2+2”模式	社区居民	优点：促进了运动参与率和依从性、提高慢性患者的锻炼积极性 缺点：需要大量体育与医学知识的社区医生和体育锻炼指导员，且需要体质监测中心
其他部门	政府与市场相结合模式	合肥模式	慢性病人群	优点：政府支持力度大、复合型人才实力雄厚 缺点：面临着政府对购买服务的监管及效率等问题

模式中患者不需要在医院，可以根据自身实际情况选择在家或者社区进行自我锻炼，具有自由、便利等优势，但可能存在着依从性较差，训练效果不佳等问题。而医院健康指导模式是在医院进行小班训练，专业人员进行指导与监督，患者的依从性较好、干预效果有一定保障，但是会存在场地有限，服务人数有限等问题。

2.2 以体育部门为运行主体的体医融合服务模式

体育部门为主导下的体医融合服务模式主要有社区体育俱乐部模式和社区体质监测中心模式（表2）。社区体育俱乐部模式是以社区体育俱乐部为组织单位，联合社区卫生服务中心，为社区居民提供医学检测、体质测试和运动健康指导的模式^[32]。典型代表是上海杨浦区四平街道社区的体医融合项目。该社区俱乐部通过联合社区卫生服务中心，将社区内的家庭医生服务团队、社会体育指导员等人力资源进行整合，经过专业培训后组成体育融合服务队进入社区，为慢性病患者进行非医疗健康干预。另外，该项目还通过利用杨浦区特有的睦邻中心建立体质测试站和“运动小站”。每个站点按照1名全科医生、1名社会体育指导员和1名健康自我管理小组组长的“1+1+1”模式配备服务团队，定期为社区居民提供健康与健身指导服务。体质测试站通过设置不同项目的干预小组，患者根据慢性病种类和个人健身需求的不同，参与不同的运动项目组^[33]。社区体质监测中心模式是以社区体质监测中心为实施主体，有效整合社区体育与医疗卫生资源，以体质监测服务带动社区群众疾病的预防和康复的模式^[34]。典型代表是上海市嘉定区的“1+1+2”的社区工作团队模式（1名社区医生、1名社会体育指导员、2名自我管理小组组长）。具体流程是社区医生对患者进行

医学检查，开设药物处方、运动处方、膳食指导和医务监督，社区体育指导员对运动干预过程进行全程指导，自我管理小组组长负责召集该小组进行定期的锻炼活动和管理。体育部门为运行主体下的两种体医融合服务模式主要都是依托当地社区，服务对象都是社区居民，覆盖面广、惠及人数多。二者主要区别在于社区体育俱乐部模式是建立在社区睦邻关系的基础上，不可以全国复制推广。而社区体质监测中心模式则只需要依靠当地的社区卫生服务中心开展居民体质监测，很好发挥了社区的便捷性，也是最基本的体医融合服务中心模式，可行性较高，服务成本低。

2.3 以其他部门为运行主体的体医融合服务模式

除了医疗卫生、体育两大部门为运行主体之外，还有以第三方为运行主体的政府与市场相结合模式，该模式通过政府购买，引进第三方运营机构对社区体质监测站进行管理运营。如在安徽省合肥市开展的合肥模式，主要通过安徽省体育局对健康管理公司进行招标采购对当地社区体质监测站进行管理运营，工作人员先通过对慢性病患者进行体检生成报告，并以此为依据开具运动处方，通过集中练习或者自主练习等体育锻炼的方式对其进行科学健身指导干预^[35]。

3 我国体医融合服务模式发展困境及解决策略

3.1 发展困境

3.1.1 顶层设计有待完善，保障政策存在空缺。体医融合的顶层设计包括体制、政策和法律等方面。体制方面，在我国现存的服务模式中，由于国家层面没有统筹体医融合权威机构，而“体”“医”又隶属于不同的部门，导致在实际工作中出现责权模糊化、管理条块化、服务碎片化等问题^[36]，如北京广安门医院在运营过程就体育场地使用权这一问题，体育与医疗部门产

生了争执^[37]；政策方面，虽然有《“健康中国2030”规划纲要》《国务院关于实施健康中国行动的意见》等一系列相关政策出台，但是这些政策仅起宏观领导作用，对中层和基层配套的体系化、精细化的政策仍存在空缺，致使体医融合服务模式开展过程中出现区域发展不平衡、规范性建设标准缺失、群众之需难以满足等问题^[38]。法律方面，在体、医两部门共同推进体医融合服务过程中，由于缺少法律支撑与立法保障，导致在实际操作过程中利益冲突、权责模糊等问题频发，如有些模式试点通过医保报销的方式来激励更多的居民参与，但是体育消费不属于医保范畴，所以取得的效果不佳^[39]。

3.1.2 观念传播有待提高，融合理念壁垒依存。理念是行动的先导，破除融合理念层面壁垒是体医融合服务模式工作推进的重要前提，而我国在理念融合方面还存在着多方阻力^[40]。一方面，民众运动促进健康理念淡薄，普遍存在着“重医疗、轻体育”的观念，据调查显示，我国目前经常参与体育锻炼的人数为37.4%^[41]，与发达国家之间还存在较大差距。除此之外，民众获取信息的渠道有限，这也从侧面反映出了相关部门的宣传存在问题，如常州体医融合服务模式下的相关社区关于体医融合知识的宣传还停留在通过纸面、条幅宣传的层面，并未采取通过短视频、直播、公众号等平台形成多媒体、全方位的宣传体系^[42]。从而造成大部分市民对体医融合的认知程度较低并且存在一定偏差，这严重限制了体医融合服务模式的开展；另一方面，体、医部门理念固化，在现存的体医融合服务模式中大多数都是以“治以病”为目的，未体现“治未病”的健康观^[43]。绝大多数医生的诊疗理念还是拘泥于使用传统的医疗手段，对慢性病群体进行非医疗健康干预还停留在概念层面，体育健康指导员也缺乏在服务过程中对患者进行安全负荷下的医务监督的意识，导致运动损伤事故频有发生^[9]。

3.1.3 人才培养有待加强，培养体系存在短板。人才是体医融合服务过程中的实践者，直接关乎体医融合服务模式开展的成效，而我国的体医融合人才还存在着专业技能不足、数量缺口巨大以及培养体系散乱等问题。首先，在体医融合服务开展过程中普遍存在着“体不懂医，医不懂体”的现象，医生采用的治疗方式还是以医学补救为主，缺乏开具科学化、个性化的运动处方的能力。据一项在河北保定市开展的医护人员体医融合知行现状调查结果显示，只有12.2%的医护人员知道运动处方包含的要素，能够开具运动处方的医生更是少之又少^[44]。体育健康指导员虽然掌握运动技能但是相关医学知识匮乏，运动伤害防护能力不足，不能有效地针对慢性病患者的症状、身体状况进行运动指导。其次，我国体医融合人才数量难以满足民众日

益增长的健康需求，据调查显示，我国社会体育指导员人数与社区人口比例约为1:1 000，与西方发达国家相比存在近30万的缺口^[9]。以上问题也从侧面反映出我国体医融合人才培养体系存在短板，教学模式和课程建设都有待提升，体育类院校注重对学生运动技能的培养却忽视了医学保健知识的传授，而医学类院校则侧重于学生医学理论知识的掌握和实操但忽视了体育基本知识的运用，学生也缺少走进社区医院或者是社区体质监测中心实习的机会，并且教育部门也未建立权威的运动处方师职业认证体系。

3.2 解决策略

3.2.1 以优化顶层设计为立足点，保障政策执行力。体医融合服务模式的高质量发展离不开系统的顶层设计、完善的政策法规以及细化的保障制度。首先，政府应该负责领导与统筹，联合体育、医疗卫生和其他相关部门一起商讨来进行顶层设计，引导各部门建立协同配合、相互监督的关系，形成推进体医融合服务模式发展的推动力；其次，良好的体医融合政策环境应该包括宏观层的国家政府对体医融合的发展出台官方权威的政策，中观层的各省市出台配套的政策，微观层的体育、医疗卫生各部门制定具体细化的规章制度，并且建立统一的体医融合服务模式建设标准，同时也要兼顾地域、经济等差异对标准进行细化，扩大体医融合服务模式标准的适用性；最后，我国需要通过建立法律条约从法律层面赋予体医融合服务模式开展的保障力，避免不必要的利益冲突，可以借鉴国外经验，如美国的《健康组织维护法》、德国的《预防法》和日本的《医疗法》都有效保障了本国的体医融合顺利发展^[45]。

3.2.2 以强化融合观念为切入点，激发群众主动性。体医融合是一场关于健康理念的革新，改变民众、体医部门的传统思维方式与认知偏差是发展体医融合服务模式的当务之急。首先要打破民众的传统认知障碍，转变其“重治轻防”的惯习。政府可以整合各部门资源，大力宣传“运动是良医”理念，充分利用好社区这一主要宣传阵地，通过媒体宣传、文化环境建设以及氛围营造等方式全面提高居民对于体医融合服务模式开展的认同感与参与感。其次要帮助体医融合服务模式中的工作人员树立正确的体医融合观念，将服务目标群体范围扩大到全体居民。同时也要改变医护人员传统的“重治疗，轻运动”的诊疗理念，提倡在服务过程中采用非医疗健康干预，增加运动处方的使用率，与此同时，体育健康指导员也要在运动指导过程中强化风险防范的意识，确保服务对象的安全，降低运动损伤。

3.2.3 以加强人才培养为基本点，提供服务源动力。优质的人力资源是保障体医融合政策有效实施的基础

石, 针对我国当前体医融合人才培养现存问题, 教育部门应该在完善人才培养体系的同时扩大招生并注重学生专业能力的提升。在培养体系方面, 体育类和医学类院校需注重联合培养, 课程设置避免单一, 应将医疗卫生资源与体育资源进行整合, 推进二者的有机结合, 重视两学科之间的互相交流, 注重办学特色, 如上海体育学院就明确将“系统掌握运动处方制定与实施”加入培养目标。在招生数量方面, 高校部应该增设相关专业, 扩大招生规模, 规范资质认定, 拓宽合作领域, 吸引更多的学生报考。在专业技能方面, 无论是体育类院校还是医学类院校, 都要注重学生的专业技能培训, 可以通过中国体育科学学会——运动医学学会 (Chinese Association of Sports Medicine, CASM) 引入国际专业运动健康认证资源, 打造权威的运动健康认证体系, 实现运动健康职业教育与高校学历教育的高度衔接, 也要学习国外经验, 如美国鼓励学生积极参加由资深专家开展的 ACSM/ACS 认证的癌症运动训练师培训课程和 CanRehab 癌症运动专家课程^[28]。同时, 也要提高学生的实践能力, 鼓励更多的学生走进当地社区医院、社区体质监测中心等进行实习, 积累经验。

参 考 文 献

- [1] 中共中央, 国务院. “健康中国 2030”规划纲要[EB/OL]. (2016-10-25) [2023-05-10]. http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content_5124174.htm.
- [2] 国务院. 全民健身计划(2021—2025年)[EB/OL]. [2021-08-03]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2021-08/03/content_5629218.htm.
- [3] 肖人夫. 全民健身, 为了全民健康[N]. 光明日报, 2021-08-08(006).
- [4] NIEMAN D C. Exercise Is Medicine for Immune Function: Implication for COVID-19[J]. Current sports medicine reports, 2021,20(8):395-401.
- [5] FERNÁNDEZ-LÁZARO D, GONZÁLEZ-BERNAL J J, SÁNCHEZ-SERRANO N, et al. Physical exercise as a multimodal tool for COVID-19: could it be used as a preventive strategy?[J]. International journal of environmental research and public health,2020,17(22):8496.
- [6] 王蕾, 张戈, 陈佩杰, 等. 体力活动纳入生命体征与运动转介制度:国外经验与中国路径[J]. 上海体育学院学报, 2022,46(7):76-88.
- [7] 陈小青, 陈伯梅, 胡国彬, 等.基于社区卫生服务的体医融合模式探讨[J]. 中医药管理杂志,2021,29(11):208-210.
- [8] 仇军. 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,2021,36(5):534-540.
- [9] 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.
- [10] 常凤, 李国平. 健康中国战略下体育与医疗共生关系的实然与应然[J]. 体育科学, 2019, 39(6):19-21.
- [11] 冯振伟, 张瑞林, 韩磊磊. 体医融合协同治理:美国经验及其启示[J]. 武汉体育学院学报, 2018, 52(5):15-21.
- [12] PETERSEN R C, LOPEZ O, ARMSTRONG M J, et al. Practice guideline update summary: mild cognitive impairment: report of the guideline development, dissemination, and implementation subcommittee of the American Academy of Neurology[J]. Neurology, 2018,90(3):126-135.
- [13] 刘玉洁, 李佩璟. 美国体育与健康组织框架研究[J]. 成都体育学院学报, 2020, 46(3):13-18.
- [14] 高原, 寇现娟. 体医融合背景下的糖尿病防治:美国经验及启示[J]. 中国全科医学, 2022, 25(25):3089-3096.
- [15] 王占坤. 发达国家公共体育服务体系建设经验及对我国的启示[J]. 体育科学, 2017,37(5):32-47.
- [16] MUELLER-STIERLIN A S, HELMBRECHT M J, HERDER K, et al. Does one size really fit all? The effectiveness of a non-diagnosis-specific integrated mental health care program in Germany in a prospective, parallel-group controlled multi-centre trial[J]. BMC psychiatry, 2017,17(1): 283.
- [17] AMELUNG V, HILDEBRANDT H, WOLF S. Integrated care in Germany—a stony but necessary road[J]. International journal of integrated care, 2012(12):16.
- [18] 阎建军. 以德国黑森林为案例的整合型医疗形式[J]. 中国医院院长,2019,355(20):24-25.
- [19] 橋本正巳. 地域保健活動-公衆衛生と行政学の立場から[M].東京: 医学書院,1968:201.
- [20] 高野龙昭. 图解介护保险[M]. 东京: 翔泳社,2012.
- [21] 刘晴, 王世强, 黄晶, 等. 德国体医融合服务模式及对我国的启示[J]. 中国慢性病预防与控制, 2021,29(7): 539-543.
- [22] 黄晶, 王世强, 刘晴. 日本体医融合健康促进的经验借鉴与启示[J]. 中国全科医学,2021, 24(18):2268-2274.
- [23] 岳建军. 美国《国民体力活动计划》中体育与卫生医疗业融合发展研究[J]. 体育科学,2017,37(4):29-38.
- [24] LAMARTINE P, DACOSTA A M. Worldwide experiences and trends in sport for all[M]. Oxford: Meyer & Meyer Verlag,2002:68-69.
- [25] 王建平. 健康教育: 世纪的呼唤—中外学校健康教育比较[M].北京: 中国青年出版社,2001.
- [26] 岳建军, 龚俊丽, 贝迎九, 等. 体力活动生命体征: 运动是良医的核心、体医融合的支点[J]. 成都体育学院学报, 2018, 44(6):116-120.
- [27] VAN DEN BUSSCHE H, NIEMANN D, ROBBA B P, et al. Responsibilities and concepts for undergraduate and postgraduate medical education in Germany[J]. Bundesgesundheitsblatt gesundheitsforschung gesundheitsschutz, 2018,61 (2):163-169.
- [28] 日本体育大学. 日本体育大学建学の精神[EB/OL].[2020-10-29]. <http://www.nittai.ac.jp/about/profile/mis->

- sion.html.
- [29] 张阳, 游永豪, 王广磊. “健康中国”背景下体医融合干预慢性病的模式研究[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(10): 23-25.
- [30] 李璟圆, 梁辰, 高臻, 等. 体医融合的内涵与路径研究——以运动处方门诊为例[J]. 体育科学, 2019, 39(7): 23-32.
- [31] 韩重阳. 健康中国战略下体医融合发展困境与推进路径[J]. 体育文化导刊, 2021(7): 61-66.
- [32] 王世强, 吕万刚. “健康中国”背景下慢性病防治的体医融合服务模式探索[J]. 中国慢性病预防与控制, 2020, 28(10): 792-797.
- [33] 王一杰, 王世强, 李丹, 等. 我国体医融合的社区实践: 典型模式现实困境和发展路径[J]. 中国全科医学, 2021, 24(18): 2260-2267.
- [34] 上海市杨浦区人民政府. 聚焦全民健康着力打造“体育生活化”社区[EB/OL]. [2020-10-19]. <http://www.shyp.gov.cn/shypq/xwzx-jzdt/20201019/366524.html>.
- [35] 董宏, 戴俊, 殷鹏. 供给侧改革视域下体医融合服务供给模式的现实困境与优化路径[J]. 武汉体育学院学报, 2019, 53(9): 15-21.
- [36] 张阳, 王志红, 张猛, 等. 健康中国背景下体医融合的服务需求、制约因素及发展思路研究——以合肥市为例[J]. 沈阳体育学院学报, 2020, 39(1): 61-67, 87.
- [37] 刘颖, 王月华. 基于SFIC模型的我国体医融合推进困境与纾解方略[J]. 沈阳体育学院学报, 2021, 39(1): 61-67, 87.
- [38] 徐洁. “体医融合”新机遇[J]. 中国医院院长, 2018, 321(10): 38-41.
- [39] 王兴一, 王建宇. 我国体医融合政策特征及发展策略[J]. 体育文化导刊, 2021, 226(4): 59-65.
- [40] 刘晴, 王世强, 黄晶. 基于钻石模型理论的我国体医融合健康促进服务发展研究[J]. 沈阳体育学院学报, 2022, 41(3): 1-7.
- [41] 倪国新, 邓晓琴, 徐玥, 等. 体医融合的历史推进与发展路径研究[J]. 北京体育大学学报, 2020, 43(12): 22-34.
- [42] 国务院. 国务院办公厅关于印发“十四五”国民健康规划的通知[EB/OL]. [2022-05-20]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2022-05/20/content_5691424.htm.
- [43] 颜强. 常州市体医融合管理的问题与对策研究[D]. 大连: 大连理工大学, 2021.
- [44] 朱双双, 郑国华, 蒋健保. 新发展理念视域下体医融合的路径选择[J]. 沈阳体育学院学报, 2022, 41(2): 55-62.
- [45] 高尚尚, 姚祺雯, 刘鑫羽, 等. 保定市医护人员体医融合知行现状调查及影响因素分析[J]. 护理研究, 2020, 34(12): 2203-2207.

[收稿日期: 2023-05-30] (编辑: 张红丽)

(◀◀上接第74页◀◀)

及时提供就医指导, 从供给和需求两端抑制医疗支出的过快增长^[7]。②以居民医疗服务需求为基础, 在发挥中医药特色基础上加强对常见病、多发病的专病研究, 形成“科有专病、病有专方、方有专药、人有专长”的发展特色^[8]。③对于贫困县而言本身存在着较高的老年抚养比, 中医类医院应积极迎合人口老龄化需求, 将中医药特色与健康养老相结合, 利用中医养生保健优势以及专业护理团队, 为老年人提供全方位健康养老服务, 降低患病率, 有效防止因病返贫致贫。

(2) 加强对脱贫县中医类医院内部的精细化管理。对于脱贫县中医类医院的管理而言, 健全医院管理制度与办法, 将预算管理覆盖医院管理全过程, 从制度上盘活存量资源, 优化资源配置效率; 加强优质人才队伍建设, 密切与中医类院校的合作, 完善医院绩效与工作考核制度, 以优质人才建设带动医院整体医疗服务能力地提升; 要扎根基层, 瞄准建设方向, 发挥好帮扶医院的资源优势, 借助现代化信息技术, 向上衔接优质医疗卫生资源, 提升医院内部医疗服务质量; 向下定期为困难群众提供免费体检服务, 积极开展医疗救助扶贫, 实施兜底医疗救助帮扶。

参 考 文 献

[1] 马超, 朱宏, 邹俐爱, 等. 高质量发展视角下广东省公立医

院运行效率评价研究——基于三阶段DEA模型[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(6): 74-78.

- [2] 潘衍宇, 景日泽. 基于三阶段DEA模型的全国社区卫生服务中心运营效率研究[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(8): 60-63.
- [3] 张蕾, 徐帆, 吴曼琪, 等. 医院效率研究文献综述[J]. 中国卫生质量管理, 2022, 29(1): 1-3.
- [4] 寇儒欣, 梅康妮, 秘玉清, 等. 基于三阶段DEA模型的我国中医医院运营效率研究[J]. 中国医院, 2023, 27(3): 33-36.
- [5] 黄庆林, 李婷. 城乡居民基本医疗保险缓解老年贫困的效应分析——基于双重贫困的视角[J]. 社会工作与管理, 2022, 22(5): 78-86.
- [6] 颜晓畅. 政府投入与不同地区医疗卫生机构静态和动态运营效率——基于DEA-Tobit方法的实证研究[J]. 南开经济研究, 2018(6): 93-111.
- [7] 范彩军. 因病致贫返贫主要影响因素及对策[D]. 北京: 北京协和医学院, 2022.
- [8] 叶艳蓉, 张虹. 大健康背景下中医骨伤专科医院学科建设的SWOT分析与对策研究[J]. 中医药管理杂志, 2022, 30(21): 194-197.

[收稿日期: 2023-08-28] (编辑: 毕然)