

贾三刚, 乔玉成. 体医融合: 操作层面的困境与出路[J]. 体育学研究, 2021, 35(1): 29-35.

## 体医融合: 操作层面的困境与出路

贾三刚<sup>1</sup>, 乔玉成<sup>2</sup>

(1. 山西体育职业学院 运动训练一系, 山西 太原 030006; 2. 山西师范大学 体育学院, 山西 临汾 041000)

**【摘要】**目前,“体医融合”已被作为一项健康促进国策写入《“健康中国2030”规划纲要》,但操作层面的行动却十分缓慢,而这又与临床医生们缺乏积极的态度和行动有关。文章基于临床医生视角,从体制机制、观念理念、利益冲突、能力精力、人文精神等方面分析了“体医融合”在操作层面上的困境及其临床医生“不作为”和“难作为”的原因,在对现实问题进行反思的基础上,提出了解决问题的方式、方法和政策建议。

**【关键词】**体医融合; 健康中国; 临床医生; 操作层面; 大健康

**【中图分类号】**G80-05; R-05 **【文献标志码】**A **【文章编号】**2096-5656(2021)01-0029-07

**DOI:** 10.15877/j.cnki.nsic.20210309.002

### 1 引言

“体医融合”是指通过打破体育与医学学科之间的界限,将二者最先进的理论理念和最有效的实践经验相互渗透、相互补充、相互衔接,促进体育部门与医疗卫生部门在医学检查、体质测定、健康评估、运动健身、预防治疗和康复保健等方面融为一体的一种新的健康服务模式<sup>[1-5]</sup>,其出发点和落脚点是满足国民健身、医疗、健康服务需求。就“模式”制定的初衷而言,其目标一是以体辅医,进一步拓展“运动是良医”的理念,强化运动干预在慢性病发生发展过程中的作用,解决当前国民慢性病高发和个人、国家医疗负担居高不下的问题;二是以医辅体,拓展与延伸医学功能,更好地发挥医疗卫生机构在人员、技术、设备和疾病诊断、健康评估、运动医务监督等方面的优势,促进全民健身运动的科学性、实效性和安全性。目前,“体医融合”虽然已被作为一项健康促进国策写入《“健康中国2030”规划纲要》,建构“体医融合”健康服务模式顶层设计的“四梁八柱”也已基本搭起,但在很大程度上还只是一种理念,操作层面的行动却十分缓慢,呈现出体育“热”“主动”,而医疗“冷”“被动”的局面<sup>[6]</sup>,而这一切又与该“模式”的-execution者之一——医院和临

床医生们没有积极的态度和行动有关。那么,为何好的“模式”在临床推广应用中难以得到临床医生们的广泛认同,医院在操作层面遭遇“执行难”,一些试点医院或机构因诸多“困境”运营艰难,甚至倒闭<sup>[6]</sup>?问题的根源究竟在哪里?“体医融合”下一步应该如何走?都成为业内人士关注的焦点。基于此,本文从临床医生的视角重点分析当前“体医融合”在操作层面所面临的困境和掣肘因素,并通过对所阐述问题的反思,提出破解策略和政策建议,以为决策者制定实施细则提供参考,促进“体医融合”健康服务模式尽快落地,早日开花结果。

### 2 “体医融合”在操作层面遭遇的困境

#### 2.1 体制制约,致使“体”“医”难以走向“融合”

当前,我国“体育”“医疗”部门分属各地“体育局”和“卫健委”管理,存在明显的“体育治体”“医

收稿日期: 2020-12-24

基金项目: 国家社科基金一般项目: 中国公民体育意识培育的路径研究(16BTY003)。

作者简介: 贾三刚(1982—),男,山西省清徐人,硕士,副教授,研究方向: 体育教育训练学、社会体育热点问题。

通信作者: 乔玉成(1960—),男,山西临汾人,教授,副主任医师,研究方向: 运动人体科学、运动医学。

学治医”,各自为政的条块式管理模式<sup>[6]</sup>。在这种体制机制下,《全民健身计划》实施由体育部门主管,卫生、健康、医疗工作由卫生部门主抓,相互间不仅沟通不足,而且“政出多门”<sup>[7]</sup>,导致“分段治理”“职责固守”“碎片化管理”“低层次管理”“扯皮推诿”“部门隔阂”“互设壁垒”“无人问津”“互动积极性不高”现象十分突出<sup>[7-8]</sup>。同时,由于行业分离、业务互不融通,难以实现“体”“医”资源优势互补<sup>[4,9]</sup>,致使当前的“体”“医”融合在思想、观念、目标、技术手段等方面距离“相互借鉴、相互补充、相互促进”的设计初衷仍然存在相当大的差距<sup>[10]</sup>。此外,由于缺少体育作为非医疗手段的法律保障和体育系统与医疗卫生系统融合的协同机制<sup>[6,11]</sup>,以及在财政资源、人才资源和基础设施等资源配置的“重医轻卫”“重医轻防”倾向<sup>[12]</sup>和缺少推进“体医融合”的管理机制、责任分担、部门间协作及政策支持更细化的措施和路径<sup>[4-5,9]</sup>,致使“体医融合”推进从表面上看“轰轰烈烈”,但在操作层面却“举步维艰”。具体到慢性病防治工作上,体育部门仍然认为是在配合卫生部门进行工作,部门间的协调仍需要政府主管领导下达指令。“多头管理”“多头不管”“分而治之”的管理体制,以及与“医保”相关政策衔接方面的严重滞后,使得“体医融合”健康服务模式的“医疗干预”和“运动干预”很难有效融合。因此,在目前“体医融合”既缺乏顶层设计的制度性框架、具体路径和可操作性方案,又没有有效的监督、激励、制约机制以及整体协调和沟通联动机制,也没有“融合”的具体目标和贯彻落实的具体办法的情况下,“体”“医”各自为政,难以形成强大合力,“体医融合”沦为一句美丽的口号,难以落地实施。

## 2.2 职能所限,导致“体”“医”难以形成“融合”

体育部门主导的运动健身和医疗卫生部门主导的健康促进和慢性病治疗是“体医融合”的两个不可分割的有机组成部分,都是以提高国民健康为宗旨,是实现一个共同目标的两个途径<sup>[13]</sup>,但二者的过程和方式又各不相同、各有侧重点。运动健身侧重身体锻炼、保健、养生等工作;医疗卫生侧重疾病预防、治疗、康复等工作。二者犹如鸟之双翼,不可偏废<sup>[4]</sup>。虽然近年来医疗卫生部门已经注意到运动干预在健康促进和预防慢性病方面的重要作用,但由于受部门“诊断”“治疗”职能所限,临床医生很

难把国民健康需要的运动干预与健康维护联系起来,同时也难以激发出“融合”的兴趣,导致早已被循证医学研究证明能够有效控制慢性病“全程”的“运动干预”手段运用到临床时发生了“转化链”的断裂,使得具有极大临床应用价值的“运动干预”难以转化为“防治力”而被束之高阁<sup>[14]</sup>。加上近十年来的“医改”政策主要尝试通过不断完善医药卫生体系来达到保障健康的目的,片面追求“技术”“设备”,过度强调“生物因素”“药物治疗”,忽视“饮食过度”“体力活动不足”等不良生活方式在慢性病发生发展中的作用,致使慢性病的“病因治疗”停滞不前,“不治已病治未病”的理念难以实现<sup>[14]</sup>。

就目前“体医融合”操作层面上的“困境”而言,临床医生对运动干预的接受度是促进“体”“医”深度融合的关键和核心<sup>[6]</sup>。然而,在“生物医学模式”教育背景下成长起来的医生,往往对体育运动抱有一定的偏见,对体医融合和非医疗健康干预缺乏客观的认识,遇到病人仍以诊治服务为主,以医院为中心,重治轻防,治疗与预防、康复相分离<sup>[15]</sup>,轻视运动干预<sup>[16]</sup>。加之我国现有医疗资源有限,医生工作负荷巨大,缺乏足够的时间、精力和体力为患者提供运动指导,限制了医生推进、实施体医融合的进程<sup>[6,17]</sup>。2017年,中国医生生存现状调研数据显示,医生的压力来自工作、科研、晋升、医患关系等,其中77%的医生每周工作时间超过50个小时,42.7%的医生在休息时间还得学习专业知识<sup>[18]</sup>。

## 2.3 利益冲突,招致许多医生不愿进行“融合”

“体”“医”融合必然要涉及诸多利益格局的调整,以及医疗卫生部门原有规章制度的变革<sup>[19]</sup>。虽然“体医融合”健康服务模式可在很大程度上减少个人和国家的医疗负担,但就医生的切身利益角度而言,多年来“医改”形成的医生收入和门诊量、手术量挂钩,和开出药物的多少、贵贱挂钩,和开出的“化验单”“特殊检查单”的量挂钩,使得一些医生已经习惯采用“公认的”高精尖技术和“高效”药物为患者解除“痛苦”,并理所当然地享受由此带来的经济收益<sup>[20]</sup>。而体医融合模式必然要将“运动干预”作为辅助治疗手段,要为病人开出“运动处方”,这项工作不仅费时费力,而且收费低廉,势必影响医生的收益<sup>[21]</sup>。就医院经济效益角度而言,医院的主要任务虽然是救死扶伤、维护健康,但在目前以经济效

益最大化为追求目标,以市场化为运行机制的医院管理和经营模式,以及“挣钱吃饭”的经济压力下,不得不考虑生存和发展<sup>[22]</sup>,迫使不少医院不得不偏重于引进高档设备,分解收费项目,推行科室成本核算,让医生多开“新药”“贵药”“进口药”和“大处方”,并无节制的使用高新技术,过度医疗,重复治疗,以获得丰厚的利益回报<sup>[23-24]</sup>。据权威部门调查,医疗机构“多开药、多做检查”的浪费行为依然存在,浪费型医疗消费造成医疗费用增长过快,且日益严重<sup>[25]</sup>。由此,“治病”成了医院追求利润的商业活动,医疗蒙上了拜金主义的阴影<sup>[26]</sup>,而对收费低廉的“运动干预”“运动处方”不屑一顾,结果便导致医疗卫生事业的宏观目标与医疗商业化、市场化之间出现了不可调和的矛盾,具有简、便、廉特点的防治慢性病的运动干预手段在医疗市场经济条件下显得格外“不合时宜”。市场化医疗的直接目标是利润,而不是健康,在一个以利益为轴心的时代<sup>[27]</sup>,要为“吃饭、生存”问题而担忧的医院和医生,如果缺乏约束、补偿和激励机制,很难为“体医融合”健康服务模式而放弃“习惯”了的获利方式。其结果必然导致医生们对参与利益回报低的非医疗手段的“运动干预”积极性不高,沉浸于“医学补救”的诊断和治疗<sup>[6,28]</sup>，“体医融合”只能流于形式。此外,运动处方的出具将使部分院内收费治疗转移到院外运动指导服务,进而导致医疗部门的利益受损,在利益驱动下更多医生倾向于推荐能够为医院自身带来效益的医疗手段,而忽视或弱化体育康复治疗处方,进而阻碍“体医融合”模式的推行<sup>[6]</sup>。还有,目前体医融合尚处于初步探索阶段,对患者的运动指导没有纳入国家医保,无法合理收费,并且医生在体医融合方面的工作应该有相应的报酬,但目前尚无相应的保障,无法调动医生的工作积极性<sup>[17]</sup>。

#### 2.4 专业瓶颈,致使服务主体无法进行“融合”

目前,体力活动不足已被世界卫生组织列为导致全球慢性病发病和死亡独立危险因素中的第四位<sup>[29]</sup>,这就要求体育健身指导人员和临床医生不仅要更新自身的知识结构,熟知慢性病的发病原因和机制,也要求从事“体”“医”的技术人员努力与相关学科相互沟通,以健康为中心,融合医药、运动、饮食等相关干预手段,拟定出最优化的诊疗方案<sup>[14]</sup>。然而,调查发现,目前国内的社会体育指导

人员主要是以运动技术的传授为目的,由于缺乏必要的医学专业知识,无法走出“先天”医学知识缺陷的“泥沼”,不能有效地针对慢性病人体的身体机能状况、健康水平、服药情况,指导他们选择合适的运动项目、练习时间与强度,使运动参与者面临巨大的运动风险<sup>[30]</sup>,导致体育锻炼过程中诸如“低血糖休克”“心脑血管意外”的事件不断。而目前我国绝大部分一线临床医生,从大学时期学习的病理学、内科学,到工作后经常翻阅的权威医学专著和期刊,基本没有把体力活动不足列入慢性病的病因视野内,专业知识固化,使得他们对体力活动不足与慢性病之间的因果联系仍停留在感性认识阶段,难以弄清运动干预治疗的确切机制<sup>[14]</sup>。更有不少临床医生本身既不具备运动干预的基本知识和技能,又没有经过慢性病运动干预的临床训练,对运动处方的一些基本知识,如运动项目、强度、持续时间、频度、注意事项尚不清楚<sup>[31]</sup>,无法制定出科学的运动处方并进行有效指导<sup>[32]</sup>,即使成天与代谢综合征、糖尿病、高血压、心脑血管疾病、肥胖等慢性病打交道的医生,能够在慢性病药物治疗的同时开具针对性的运动处方的人数也不到10%<sup>[33]</sup>。运动具有的强大“药用”价值,是将运动干预纳入医疗体系的价值所在,同时也是体医融合推进的逻辑起点<sup>[34-35]</sup>。体医融合健康维护模式要求临床医师能够开具“运动处方”,而许多临床医生对此却“望而却步”。一些医护人员在诊治病人时能够做到的也只是笼统地告知患者要“适量运动”<sup>[36]</sup>,并不能给出具体的“运动处方”指导<sup>[37]</sup>,其结果必然导致慢性疾病群体的非医疗干预仅仅停留在概念层面<sup>[38]</sup>。一项对保定市三级甲等医院注册护士和执业医师进行的“体医融合知信行”现状调查发现,35.6%的被调查者仅听说过“体医融合”的概念,12.2%的医护人员也仅限于了解运动处方包含的要素<sup>[39]</sup>;另一项对高等医学院校2977名医学生进行的有关“体医融合”的调查发现,有60%以上的大学生不知道“体医融合”概念,48.47%的大学生不知道运动处方的内容,仅15%左右的学生所在学校讲授过有关“运动处方”的内容<sup>[40]</sup>。尽管许多医学和体育院校提出要实施“体医融合”,但教学模式仍然采用的传统“体医分离”教学模式<sup>[12]</sup>,这不但削弱了医生们实施慢性病“运动干预”的能力,而且在很大程度上影响了慢性病的



整体防控效果。

## 2.5 人文桎梏,引发的功利思想影响“融合”

“医乃仁术”清楚地界定了医学的“术”不能离开“仁”,“仁”不能没有“术”<sup>[41]</sup>。唐代大医家孙思邈在《千金要方》“大医精诚”篇中开宗明义地提出:“凡大医治病,必当安神定志,无欲无求,先发大慈恻隐之心,誓愿普救含灵之苦”<sup>[42]</sup>。西医之父“希波克拉底”在《誓言》中强调:“我愿尽余之能力与判断力所及,遵守为病家谋利益之信。”<sup>[43]</sup>《日内瓦宣言》强调:“我要凭自己的良心和尊严来行使我的职业;我首先考虑的是病人的健康。”<sup>[44]</sup>《医学发展高峰论坛北京共识》明确指出:“满足人民群众对人性化医疗服务的要求,需要始终坚持将公众的健康和病人的利益放在首位。”<sup>[45]</sup>反观当今医疗市场,技术至上盛行,利润观念蒂固,人道主义衰落,人文精神式微,医疗腐败屡禁不止。更有不少医务工作者,忘记了医学的宗旨是为了人的健康,忘记了自己的责任担当,对病人缺少起码的“同情、怜悯、尊重”之心<sup>[46]</sup>。有不少医务工作者把医学看作是单纯的科学技术,把病因还原到人体细胞分子基因水平,只看局部,不看整体,忽视生命的真谛或疾病的本质,忽视了包括体力活动不足在内的社会环境、心理因素、生活方式在人类健康和疾病中的作用。更有甚者,设法开辟病源,制造疾病,诱导无病、小病或亚健康的人就医,小病大医,无病也医,以达赢利之目的<sup>[47]</sup>。此外,医院临床专业的分科越来越细,“铁路警察、各管一段”式的医疗,不仅使各学科之间泾渭分明,也使作为疾病载体的人在求医过程中不断被“片段化”,临床各科医生逐渐变成“医疗流水线”上独立的一员,各行其是,见病治病,看病发药,“体医融合”新的健康服务模式鲜有人问津也就不难理解。

## 3 推进“体医融合”在操作层面需要解决的几个问题

### 3.1 创新体制机制,为“体医融合”健康服务模式的落地生根扫清障碍

体医融合涉及“体”“医”观念理念的融合,政策资源的融合,服务模式的融合,是一个系统工程,需要有一个清晰的顶层设计,应在国家层面做出制度安排。首先,成立由中央领导牵头的“健康服务与管理”领导小组,确立“体医融合”在健康中国建

设中的战略地位,打破条块壁垒,建立健全政府主导、相关部门密切配合的综合性慢病防治领导协调机制,制定“体医融合”相关政策和可操作的法律法规,明确卫生、体育、医保、财政等部门在慢性病防治管理中的主体作用<sup>[48]</sup>。其次,找准“体医融合”的薄弱环节、掣肘因素、工作短板,围绕“体医融合”工作的重点、难点、焦点确定目标,精准发力,探索建立有效的“体医融合”管理体制、运行机制、激励机制、监管和评价体系,以带动各级地方“体”“医”部门层层落实<sup>[36]</sup>。第三,在政策落实层面重点解决好健康管理碎片化、政策文件相互重复或“打架”、政策不落地等问题,建立统一完善的“体医融合”服务标准,从动力机制出发,充分调动服务主体的主动性和积极性,形成“医”“体”双轮驱动、两翼齐飞的慢性病防控格局,使“体医融合”产生更大的政策叠加和递增效应<sup>[48]</sup>。第四,医保政策向“体医融合”全领域延伸,把居民参加体育健身活动的费用纳入城镇居民基本医疗保险范畴,允许在医保资金余额中支付,推进健康关口前移<sup>[48]</sup>。第五,建立“体医融合”的事故保险制度和由政府运营的“体医融合”保险基金,化解“体医融合”服务过程中的事故风险<sup>[4]</sup>;构筑协同联动、联席会商、利益均衡、政策保障、一体化发展“五维一体”的体医共生机制<sup>[6,48]</sup>;在业务划分和利益分配方面应做好合理的协调工作,形成共同促进居民健康的发展合力<sup>[4]</sup>;形成体育与医疗齐抓共管、相互依存、共同保障人民健康的新局面<sup>[48]</sup>,精准匹配新时代体医融合健康服务模式新需求。

### 3.2 搭建共享平台,为“体医融合”健康服务模式的实现提供关键技术

“体医融合”的逻辑起点是“运动是良药”,但如何用好这副“药”,是慢性病防控能否取得实效的关键<sup>[34]</sup>。因此,在健身服务上,要将慢性病病理学知识充实到运动健身理论中,以弥补目前体育健身理论和方法上科学性和安全性的缺陷,探索适用于不同人群科学健身的方法和效果评价方案,明确慢性病高危人群运动干预的适应症、禁忌症、量效关系,做好风险筛查与评估工作,立足健身指导方案个性化。通过建立一站式多功能健身服务,为运动参与者提供有针对性的健康管理计划,帮助健身者建立自我监控方案,确保运动健身的安全有效。在慢性病医疗服务中,倡导将医生作为运动干预治疗的主

体,着力打造“运动是治疗慢性病有效手段”的理念,将心肺耐力、身体成分、肌肉力量、柔韧性等与健康相关的身体素质测试指标测评引入体检项目中,要求临床医生在为病人设计治疗方案时要涉及运动干预内容,并给患者开出运动处方<sup>[49]</sup>。在医院临床科室设立健身指导室、运动治疗室。推动移动互联网、云计算、大数据、物联网等现代信息技术手段与慢性病防控相结合,建设不同人群个性化健康需求和慢性病单病种干预的运动处方库,将被服务对象的基本信息、健康检查、体质测试、健康状态监测和评估、干预指导、方案实施、诊疗安排、费用支付等数据纳入国民慢性病防治大数据平台,为推动全民健身与全民健康深度融合提供有效、精准服务。以人工智能为基本理论,设计开发智能化运动处方和手机APP,实现各种物联网终端与各种健康服务系统间的关键信息共享,为运动处方执行者提供实时数据对照,让他们随时了解运动周期内身体健康指标的动态变化和运动干预效果。

### 3.3 更新知识结构,为“体医融合”健康服务模式的运行创造良好条件

创新体医融合人才培养机制,将体力活动不足作为病因,将运动干预作为治疗手段纳入医学院校预防医学专业、临床医学专业、全科医学专业的课程体系中,并尝试开设《运动处方》课程,帮助医学生形成系统、综合和融会贯通的慢性病防控思维,培养出具备医学和运动科学知识的复合型人才,使医学生在今后工作中不仅能够开出医疗处方,而且能够开出运动处方<sup>[14]</sup>。通过联合办学、联合培养等方式,依托医学和体育院校各自办学特色和优势,设置具有“体医结合”特色的专业课程和实践教学体系,加强体教、医教协同,以培养既懂“体”又能“医”的复合型人才<sup>[4]</sup>。更新临床医生知识结构,强化“运动是良药”理念,唤醒“慢性病”病因意识,在继续教育课程中增设运动干预治疗慢性病相关内容,尤其是要对医院的内分泌科、心血管科、老年医学等科室的临床医生进行体育知识、运动技能和运动处方课程培训,帮助他们走出“不会做”的泥沼。建立“医体结合”的继续教育及职业认证体系,在执业医师资格、职称等重要考试中增加有关运动医学(运动处方)的内容,以引起临床医生重视,使其尽快适应慢性病“体医融合”健康服务新模式。以运动处方门诊为

抓手,促进体医融合尽快落地<sup>[48]</sup>。

### 3.4 建立健全激励机制,为“体医融合”健康服务模式的实施提供行为动力

经济上的趋利避害是大多数人自觉、自为的行动<sup>[50]</sup>。“体医融合”健康服务模式,与医生的利益极为密切,如果临床医生们的收入不能得到合理解决,希望临床医生自觉自愿地参与采用运动干预方法治疗慢性病既不现实、也不可持续,突破传统慢性病治疗模式也只能是一句空话。因此,“体医融合”服务模式,需要把医生、病人、国家的利益绑在一起,需要采用新的激励机制、补偿机制、绩效薪酬制度等<sup>[6]</sup>经济杠杆来撬动原有的慢性病临床治疗运行轨迹。通过项目支持、税收减免、财政补贴、政府购买服务<sup>[51]</sup>,以及实行“慢性病医保经费总额包干,节余奖励”模式,遏制医疗机构通过“大处方”“大检查”盈利,倒逼医生实施药物治疗与非医疗干预结合,激发医疗主动与体育产生“融合效应”,进而提升医院、医生参与体医融合服务的积极性。保证从事“体医融合”的医生有一个合理的收入,特别是对医生在慢性病运动干预过程中的付出给以合理补偿,使医务人员的劳动价值得到体现,对积极倡导体医融合的单位和个人给予物质或精神奖励,如融入评优评先、职称评聘、业绩考核等工作中<sup>[6]</sup>。在有效解决临床医生提供运动干预服务收益难题的同时,激发他们的服务热情,引导其从注重药物治疗向关注健康服务转变。

### 3.5 强化医学人文精神,为“体医融合”健康服务模式的推行提供伦理支持

医学不仅应当求真,更应当求善,而求善的本质就是医学人文精神的体现,包括实现革命的人道主义,对人类生命的敬畏与关爱,对每个人生命权与健康权的尊重与维护,将病人的健康利益置于首位等从医理念<sup>[52]</sup>。现代医学之父威廉·奥斯勒早在20世纪初就曾预言:“现代医学发展的弊端是历史洞察的贫乏、科学与人文的断裂,以及技术进步与人道主义的疏离。”<sup>[53]</sup>因此,要将“体医融合”付诸实践,将包括运动干预在内的生活方式干预纳入慢性病的防控体系,作为临床医生应当重新思考医学目的,必须将当代医学目的定位于“预防疾病和损伤,维护和促进健康”上,改变“生物医学模式”观念,以“仁爱”为本,发恻隐之心,不为名利,不计得失,不忘初



心,始终站在患者的立场上制定诊疗方案,时时刻刻设身处地为患者着想,把病人的利益置于个人利益之上,以高度的责任感、职业精神、职业良心、自律意识,为病人选择尽可能方便、高效、价廉质优的治疗方案<sup>[54]</sup>,也只有这样,“体医融合”才能由理念变为现实,才不至于成为医生们的负担。

#### 4 结语

实践证明,“体医融合”是维护国民健康的绝佳选项,是减轻个人和国家医疗负担的最佳途径,是推动社会共建共享,实现全民健康的重要抓手。其在操作层面遇到来自其实践者之一——临床医生方面的阻力,其根本原因是体制机制问题,是利益相关者诉求难以平衡的问题。因此,作为顶层设计者,首先要在国家层面做出制度安排,更加全面而现实地对待“体医融合”问题。要围绕“体医融合”工作的重点、难点、焦点确定目标,谋求国家、病人和医生利益新的平衡点,探索建立有效的“体医融合”管理体制、运行机制、激励机制和配套政策支持体系。只有让医生们的付出得到合理补偿,劳动价值得到体现,收入利益真正到位,才能推动医生把“阻力”变为“动力”,以积极心态投入“体医融合”中去。

#### 参考文献:

- [1] 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(1): 106-108.
- [2] 杜治政.生物-心理-社会医学模式的实践与医学整合[J].医学与哲学(人文社会医学版),2009,30(9): 1-5.
- [3] 曾及恩,杨明发.“体医结合”与“体医融合”关系辨析[J].青海师范大学学报(自然科学版),2019,35(1): 95-98.
- [4] 张剑威,汤卫东.“体医结合”协同发展的时代意蕴、地方实践与推进思路[J].首都体育学院学报,2018,30(1): 73-77.
- [5] 于洪军,冯晓露,仇军.“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,2020,32(6): 484-491.
- [6] 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): 13-21.
- [7] 李贝贝,孟昭莉.“体医结合”模式下慢性病人运动干预路径研究[J].体育科技文献通报,2020,28(11): 41-43.
- [8] 南秀玲.健康中国视域下“体医结合”发展问题及策略研究[D].西安:陕西师范大学,2018.
- [9] 卢文云,王志华,陈佩杰.健康中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.
- [10] 廖远朋,王煜,胡毓诗,等.体医结合:建设“健康中国”的重要途径.成都体育学院学报,2017,43(1): 5-7.

- [11] 王家宏,赵毅.改革开放40年我国体育法治的进展、难点与前瞻[J].上海体育学院学报,2018,42(5): 1-8,14.
- [12] 胡扬.从体医分离到体医融合——对全民健身与全民健康深度融合的思考[J].体育科学,2018,38(7): 10-11.
- [13] 吕东旭,张明伟.论大众体育与健康促进[J].大连大学学报,2006(2): 72-74,77.
- [14] 杜明斗,代谢综合征体力活动不足病因论[M].杭州:浙江大学出版社,2015.
- [15] 白书忠,徐卸古,王志琳,等.构建健康管理联合体助力健康中国[J].中华健康管理学杂志,2017,11(6): 481-484.
- [16] 邱良武,李军,江汎,等.“健康中国”背景下医学院校“体医结合”教学改革探究[J].医学教育研究与实践,2019,27(1): 1-4.
- [17] 高尚尚,郭建军,王彦.体医融合是我国慢性病防控的必由之路[J].慢性病学杂志,2019,20(8): 1119-1120,1124.
- [18] 艾瑞咨询.2017年中国医生生存现状调研[EB/OL].https://www.sohu.com/a/194368890\_445326.
- [19] 尹力.医学整合:增进国民健康的必由之路——在首届医学发展高峰论坛开幕式上的致辞[J].医学与哲学(人文社会医学版),2010,31(1): 2-3.
- [20] 杜治政.医师的权威与病人自主——三论医师专业精神[J].医学与哲学(人文社会医学版),2011,32(6): 1-4.
- [21] 吕德成.医疗改革与医学整合[J].医学与哲学(人文社会医学版),2009,30(7): 3-7.
- [22] 张晨晨,夏雨.过度医疗成因分析及遏制对策——基于经济学视角[J].公共经济与政策研究,2016(1): 134-143.
- [23] 李爽,张树江.新医改背景下过度医疗的原因及其对策分析[J].中国卫生产业,2017,14(9): 196-198.
- [24] 冯振伟,王先亮.基于共生理论的体育业与医疗服务融合共生路径构建研究[J].山东体育学院学报,2018,34(5): 1-7.
- [25] 冯振伟.体医融合的多元主体协同治理研究[D].济南:山东大学,2019.
- [26] 杜治政.以人为本:人的关怀与人的权利——关于医疗保健服务中如何实践以人为本[J].医学与哲学,2003(12): 1-5,10.
- [27] 杜治政.医学伦理学不可忽视的课题:利益伦理[J].医学与哲学(人文社会医学版),2007(9): 1-2,6.
- [28] 冯振伟,韩磊磊.融合·互惠·共生:体育与医疗卫生共生机制及路径探寻[J].体育科学,2019,39(1): 35-46.
- [29] 乔玉成,王卫军.全球人口体力活动不足的概况及特征[J].体育科学,2015,35(8): 8-15.
- [30] 胡扬.构建“体医结合”联动管理机制 促进科学健身[N].人民政协报,2014-04-05(3).
- [31] 杨辉,张涟怡,张维维,等.重庆市二级以上综合医院运动心肺康复发展现状与对策[J].中华医学教育探索杂志,2017,6(9): 962-967.
- [32] 郭建军.健康中国建设中体育与医疗对接的研究与建议[J].慢性病学杂志,2016,17(10): 1067-1073.
- [33] 朱二刚,马倩.医学院校开设EIM理念运动处方教学实证研究[J].牡丹江师范学院学报(自然科学版),2015(2): 76-78.

- [34] 乔玉成,牛严君.运动的药理学特征: EIM的学理支撑[J].沈阳体育学院学报,2017,36(6): 77-82.
- [35] 高千里,商勇,李承伟,等.供给侧改革视域下体医融合健康服务供给研究[J].武汉体育学院学报,2020,54(6): 19-24.
- [36] 叶春明,于守娟,杨清杰.“体医结合”复合型人才培养模式及策略[J].体育文化导刊,2019(1): 7-10,53.
- [37] 步斌,侯乐荣,周学兰,等.运动处方研究进展[J].中国循证医学杂志,2010,10(12): 1359-1366.
- [38] 王维民,吴庆园,马靖,等.运动干预在慢病管理服务中的应用[J].中国慢性病预防与控制,2016,24(12): 940-942.
- [39] 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.
- [40] 纪之光,贾固华,陆乐,等.高等医学院校“体医融合”类课程开展现状与影响因素调查分析[J].卫生职业教育,2020,38(12): 135-137.
- [41] 王国华.医学发展与人文关怀[J].医学与社会,2004(2): 24-26.
- [42] 胡大一.做合格大医,担健康大任[J].中华高血压杂志,2013,21(2): 116-117.
- [43] 龚涛.人类的医学法典《希波克拉底誓言》[J].炎黄春秋,2020(3): 92-96.
- [44] AMG 李克.日内瓦医师宣言[J].中国医学计算机成像杂志,2002(5): 333.
- [45] 医学发展高峰论坛北京共识[J].医学与哲学(人文社会医学版),2010,31(1): 6-7,9.
- [46] 杨坤蓉,冯泽永,屈谦.从“胡为民现象”看我国医疗领域的社会失范[J].医学与哲学(人文社会医学版),2006(2): 24-26.
- [47] 范瑞平.医疗腐败的市场根源: 儒家思想的角度[J].医学与哲学(人文社会医学版),2006(10): 8-11,14.
- [48] 李璟圆,梁辰,高璨,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.
- [49] 黄亚茹,梅涛,郭静.医体结合,强化运动促进健康的指导——基于对美国运动促进健康指导服务平台的考察[J].中国体育科技,2015,51(06): 3-9.
- [50] 王屹亭.医学整合: 人文精神为本,经济杠杆为用[J].医学与哲学(人文社会医学版),2009,30(7): 11-12,16.
- [51] 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): 16-22.
- [52] 张璐,曾勇.敬畏生命——医学人文的核心与基石[J].中华医学教育探索杂志,2018,17(10): 974-977.
- [53] 朗景和.一个医生的序言[M].北京: 中国协和医科大学出版社,2014.
- [54] 李本富.试论医生的职业精神[J].中国医学伦理学,2006(6): 3-4.

## On the Difficulties and Outlet of the Integration of Sports and Medicine at the Operational Level

JIA Sangang<sup>1</sup>, QIAO Yucheng<sup>2</sup>

(1. The first Department of sports training, Shanxi Sports Vocational School, Taiyuan 030006, China; 2. School of Physical Education, Shanxi Normal University, Linfen 041000, China)

**Abstract:** At present, the integration of sports and medicine has been written into the Healthy China 2030 Planning Outline as a national policy for health promotion, but actions at the operational level are very lagged off, which is related to the lack of positive attitudes and actions of clinicians. Based on the perspective of clinicians, the article analyzes the difficulties in the operation of sports-medicine integration and the causes of clinicians' taking no actions or hard to take actions, from the aspects of system mechanism, concepts and ideas, conflicts of interest, ability and energy, humanistic spirit, etc. On the basis of reflecting on real problems, this paper puts forward the ways, methods and policy recommendations to solve the problems.

**Key words:** integration of sports and medicine; healthy China; clinicians; operational level; general health