

# 新时代“体医融合”赋能青少年体质健康促进的服务体系研究

李金焕<sup>1</sup>, 黄治官<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>惠州学院体育学院, 广东惠州, 中国

<sup>2</sup>广州体育学院运动与健康学院, 广东广州, 中国

\*通讯作者

**【摘要】**在“健康中国”战略持续推进的背景下,“体医融合”作为提升青少年体质健康水平的重要路径,其服务体系的构建与优化日益受到广泛关注。本文系统梳理了体医融合在青少年健康促进中的逻辑理路,涵盖健康关口前移、资源整合与多主体协同等方面,并分析了当前我国体医融合的政策演进与实践模式。研究发现,尽管部分地区已开展有益探索,但仍面临认知观念滞后、复合型人才短缺、动态评价机制不完善以及跨部门资源整合不足等现实障碍。为此,应从提升公众认知、建立统一服务标准、加强跨学科人才培养、构建数据共享平台与科学评估机制等方面系统推进,以实现青少年体质健康服务的精准化、个性化和可持续发展。

**【关键词】**体医融合;青少年;体质健康促进;服务体系

**【基金项目】**惠州市哲学社会科学规划项目(共建项目)(HZ2023GJ136)

## 1. 引言

2016年10月,《“健康中国2030”规划纲要》明确提出加强体医融合和非医疗健康干预,建立体育与卫生等部门协同的运动促进健康新模式,这进一步凸显体医融合作为落实“健康中国”战略关键路径的核心价值。2016年,青少年被列为实施促进体育活动推行相关的激励计划开展的重点人群。青少年体质健康是国家发展大计,我国持续出台一系列的政策,虽有一定的成效,但青少年肥胖率攀升、近视率高居不下、不良体态问题并未得到有效遏制[1],挑战依然存在,并深刻影响其身心健康并潜藏健康风险。这不仅会对青少年的精神面貌、生理功能造成影响,严重的还可能还会导致生理缺陷与疾病的发生。因此,在新时代,如何利用现代化的信息技术手段促进体医深度融合进而使青少年体质健康服务模式更加个性化、人性化,尝试构建青少年体质健康促进服务体系,提高我国青少年体质健康总体水平,进一步丰富与完善青少年体质健康研究以及我国新时代体医融合的理论发展与实践推进,为相关管理者制定相应的政策措施以及实施计划提供一些理论依据。

## 2. 体医融合赋能青少年体质健康服务体系的逻辑理路

### 2.1 推动健康关口前移,聚焦预防与早期干预

随着青少年体质健康问题的复杂因素和不确定因素增多,传统体育与医疗系统各自为政的碎片化服务模式难以应对。体医融合颠覆

了传统“重治疗、轻预防”模式,以“主动健康”为核心价值导向,它的逻辑在于打破体育系统与医疗系统之间的壁垒,精准识别健康风险,将健康管理的关口前移。体育系统主要是掌握青少年的行为模式与体能状况,医疗系统可以精准对青少年进行健康评估、风险筛查,比如肥胖、脊柱侧弯、心血管风险因子等以及疾病诊断能力。双方跨部门进行数据与学科融合方能通过表象,识别关键因素及其交互作用,最终实现精准化干预。这种协作有效弥补了单一体育指导缺乏精准医疗数据支撑,或医疗系统难以持续提供科学有效运动处方干预的短板,聚焦于健康风险的早期识别和主动防控,从而有效降低各类健康问题的风险指数。体医融合是对“运动是良医”的深刻践行,为青少年的体质健康促进提供了有效的行动方案。

### 2.2 整合数据与资源,提供精准化、个性化服务

随着移动互联网智能设备的普及应用,在线聊天、学习、健身已经成为当下青少年普遍的生活方式。青少年可以利用健康APP、健康平台学习各种与健康有关的知识技能,并与网友在线进行互动交流,并快速的得到解决自身问题的答案。青少年的运动场域与获取健康知识的途径已呈现多样化态势[2],“千人一面”的体育课、单一的运动场景、传播健康知识的传统方式已经适应不了新时代青少年的健康需求。青少年体质健康服务效能提升的关键在于精准化和个性化。体医融合构建数据信息共

享平台,并利用大数据、物联网等技术打通学生体质测试、健康体检、日常运动监测、行为习惯等数据孤岛,搭建数据互通的桥梁,通过对数据智能化的多角度系统分析,体医专业人员能更全面深入的掌握青少年的健康状况、评估风险指数。基于此,可以共同制定并动态调整高度个性化的综合健康促进方案,使青少年实时精准的掌握自己目前的健康状况,并根据大数据推送的个性化运动干预方案,有针对性的进行健身、运动以及康复训练,可以大幅度提升健康干预的效果,提高青少年的健康素养水平。

### 2.3 构建多主体协同服务网络,提升服务的可持续性。

当前青少年体质健康服务体系面临资源分散、衔接不畅、响应滞后等挑战,要解决这个问题,就要构建一个高效合作、深度协同的服务网络。体医融合的核心机制就是构建多主体协同服务网络[3],该网络整合教育、卫健、社区、家庭、体育组织及专业机构等多方力量,通过明确主体角色定位与责任共担,系统整合体育与医疗领域的知识、技术、设施及人才等重要资源,形成共享资源库与能力。这种举措能显著降低单一主体运营风险,奠定服务常态化供给的坚实基础。多主体协同构建起覆盖健康监测、科学锻炼、风险预警、伤病干预及康复追踪的服务链。各主体依据专业优势嵌到某一特定的环节,依托信息共享平台及高效协作机制,实现服务无缝衔接与闭环管理,有效提高服务体系应对需求变化与突发挑战的整体水平,避免服务的不连续性。

## 3.体医融体医融合在青少年体质健康服务体系中的发展现状

### 3.1 体医融合政策演进现状

我国于2014年提出“推动体育健身与医疗、文化等融合发展”理念,2016年,《“健康中国2030”规划纲要》提出要促进体医融合发展,推进运动健康服务[4],这标志着体医融合成为建设健康中国的重大战略部署。2019年9月,《关于促进全民健身和体育消费推动体育产业高质量发展的意见》进一步强调要“推动体医融合”,积极开展运动促进健康指导。2020年10月,《关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》明确提出“健康关口前移,深化体医融合”。2022年5月,《“十四五”国民健康规划》,提出倡导主动健康理念,普及运动促进健康知识,深化体卫融合。从以上

有关体医融合政策的颁布,国家在顶层设计上充分肯定了体医融合在健康促进的重要地位,为体医融合驱动青少年体质健康服务高质量发展提供了政策支撑。

### 3.2 体医融合实践发展现状

在全国各地的积极推动与实践下,我国体医融合已初见成效,但目前仍处于初级探索阶段。现有四种具有代表性的体医融合服务模式,分别为运动处方门诊模式、医院健康指导模式、体育俱乐部模式和社区体质监测中心模式[5],实施主体涵盖体育医院、医疗机构、体育俱乐部及社区管理部门等。对青少年群体而言,学校是最重要的体医融合服务场所,体育教师成为关键实施者,承担传授健康知识、运动技能及提升学生体育素养的重要职责。

在国家“体医融合”保障全民健康的顶层设计指引下,各省市积极开展实践探索。例如,广州市、深圳市及安徽省等地持续推进运动处方师培训工作。深圳市自去年起,由市体医融合促进中心与市健康促进协会联合举办多期“运动处方师”培训,并率先在全国设立公共卫生体系内的体医融合专业机构——深圳市体医融合促进中心,系统开展相关政策、理论和技术研究,实施居民健康综合评价、体质与健康监测,以及运动处方师培训与体系建设等工作。同时,《深圳经济特区健康条例》作为全国首部地方健康法规,明确将运动处方推广、居民体质测试纳入健康体检,并将学生体质健康水平纳入学校考核体系。

2017年,上海市杨浦区通过社区体育俱乐部与社区卫生服务中心合作,为居民提供健康体检、体质测试及运动指导服务,其中四平街道社区体育俱乐部的体医融合项目成效显著。2018年,广东省卫生健康委员会疾病预防控制处处长冯惠强提出,将积极推动“体育与医疗健康融合”模式,并将其列为广东医疗改革的重要内容。2024年8月9日,广州体育学院附属运动康复医院正式揭牌成立,并与多家体卫融合试点单位完成签约授牌。此举被视为体育与医疗领域跨界合作的重要进展,标志着一种整合运动科学与健康服务的本地化实践正在逐步成形。部分省市(如江苏)推行“体医融合示范校”,由体育教师与社区医生联合设计运动干预课程。然而,全国范围内校医配备率仅为63%,且76%的校医仅承担基础诊疗职能,缺乏运动健康指导能力。此外,相关指南与标准也陆续出台。2024年8月9日,由天津市天津医院牵头起草的地方标准

《运动处方技术服务规范》(DB12/T 1350-2024)正式获批发布[6],为体医融合实践提供了进一步的技术支持与规范依据。

#### 4. 体医融合赋能青少年体质健康服务体系障碍

##### 4.1 认知观念滞后与标准缺失

随着社会经济的发展,人们越来越关注健康,也愿意在健康领域为孩子投入更多的时间与金钱,但传统的健康观念仍普遍存在“重医疗、轻体育”、“体育等于玩乐”的片面认知。没有充分认识到科学运动对青少年身心健康、疾病预防等方面的深远影响。尤其当青少年出现健康问题,首先是去求医问诊,而不是从自身的体质状况找原因,没从心理上认可运动对体质健康的干预价值。此外,体医融合的实施缺乏标准化路径和技术规范,比如体医融合的专业人才缺乏从业标准、服务流程缺乏标准、安全措施缺乏标准,这些都致使各实施的主体如学校、体育俱乐部、社区、家庭等无法形成有效的协同,对于运动干预的效果无法实时追踪与反馈,大大降低了家长对体医融合理念的认可度与学生的参与度,也致使老师与医生因为没有权威、统一的操作指南和风险管控标准而实施行动的积极性。这从源头上削弱了服务体系的需求基础和落地实效。

##### 4.2 体医融合人才严重不足

体医融合推进的核心要素在于专业人才,即需要精通体育科学又掌握医学知识的复合型人才[7]。然而,当前该类人才存在明显短缺。体育院校所培养的人才多侧重于运动技能的训练,而在运动康复、损伤防治等医学领域的知识储备不足,实践环节也相对薄弱。另一方面,医学院校的培养体系则侧重于疾病机制与临床诊疗,学生在运动处方制定及相关应用能力方面较为欠缺。目前我国在体医融合领域的复合型人才培养与协同育人机制尚未完善,例如医学院校与体育院校在人才培养方面仍处于相对独立状态,未能在专业设置、目标规划、教学改革、团队构建及制度保障等方面建立起有效的协作机制[8]。高等教育体系中与“体医融合”相关的专业建设较为滞后,职业资格认定与继续教育体系也有待健全,这些因素共同制约了人才的供给。据不完全统计,全国开设运动人体科学专业的高校不足30所,该专业年均毕业生人数少于1000人;同时,设立康复治疗学本科专业的高校仅有118所,年均毕业生不足一万人,其中最终进入社区层面工作的毕业生比例极低。[9]

##### 4.3 评价体系滞后(缺乏动态监测与干预反馈机制)

传统评价机制数据采集分散、滞后,多依赖于周期性、单点式的体质测评或医疗检查,它很难适应健康管理的动态化与个性化需求,导致健康风险的前瞻性判断与预警能力不足。由于缺乏可智能化的监测设备,健康干预方案的制定与个体的实际生理状态变化不太相符,难以实现精准化运动干预与医疗诊断。更进一步而言,未建立“数据采集-智能分析-策略优化-再反馈”的闭环通路,服务供给呈现单向输出模式,无法依据干预响应进行动态调整与迭代,造成资源利用效率低下,体医协同效能受限。评价机制的滞后从根本上阻碍了从被动应对向主动健康管理的转型,亟需引入智能化的监测设备与技术,构建以数据流为核心的一体化健康服务模式,从而真正实现体医融合在青少年健康促进中的战略性赋能。

##### 4.4 资源整合不足(数据孤岛、设施共享障碍)

当前,体育系统与医疗卫生系统在资源整合方面仍存在显著不足,突出表现为跨部门之间的数据壁垒以及设施共享机制不畅。在现行条块分割的管理体制与协同机制缺位的背景下,双方在设施共享、数据互通与人才交流等方面难以实现高效协同,导致体育场馆、医疗设备、专业技术等资源未能形成集约高效的资源配置模式。此外,由于统一的健康数据平台尚未建立,体育系统所采集的动态运动数据与医疗卫生系统中的健康档案之间存在标准不统一、系统不兼容等问题,致使青少年体质监测数据难以与临床医学指标有效对接,从而限制了多维度健康风险评估与系统性干预策略的制定能力。资源分散与制度性障碍不仅造成公共资源的重复投入与使用效率不高,也影响了青少年群体获取连续、高效和个性化健康管理服务的可能性,进而制约了体医融合实践的纵深推进。因此,有必要从顶层设计层面着力,打破体育与医疗系统间的体制机制隔阂,推动资源与数据的开放共享,为构建可持续的青少年健康服务体系提供制度保障。

#### 5. 体医融合赋能青少年体质健康服务体系的路径

##### 5.1 提高公众的认知水平,建立统一的服务标准

要提高体医融合的效果,首先就是要提高公众对其价值的认知,认识到运动是良医的真实含义。首先,可以通过媒体、公众号、公益讲座等广泛宣传,深入阐释科学运动在预防与

改善青少年肥胖、脊柱问题及情绪障碍等方面的临床价值,使其理解“运动即药方”的真正内涵,从而激发家庭和学校主动寻求专业化服务的需求。与此同时,必须跨部门协同建立统一的服务标准与操作规范,共同研制覆盖全周期的青少年体质健康测评指标体系、运动干预方案库、安全风险防控预案及转诊融合机制,推动体质测试数据与健康档案互通、评估结果互认,确保服务流程从筛查、评估到干预、反馈都能做到有据可依、有标可循。只有提高认知才能得到社会认同感,以标准化的服务提高干预的效果,形成需求拉动供给、供给反哺需求的良性循环,构建起可持续、可复制的体医融合服务新模式。

### 5.2 加大体医融合专业人才的培养和职业资格认证体系

体医融合复合型人才的培养是体医融合实施的关键,需要加强宏观调控、优化统筹管理。首先,我们要根据市场需求端,由体育类高校与医学类高校联合办学、联合培养的方式共同研制体医融合人才培养方案,优化课程体系,对接社会上紧缺的岗位,明确各主体的责任,义务与权力以及人才培养标准,形成联动机制,构建新时代科学高效的人才培养长效协作机制。除此外,也可以探索将体医融合纳入新医科建设,鼓励有条件的高校、科研院所设立体医融合方向专业,培养具备医学和体育学知识的复合型人才[10]。另外,还应加强职后培训和认证体系[11],对一线体育教师、体育社会指导员和医生的继续教育,使其具备诊断病情并开具运动处方的能力与资格,国家卫健委和国家体育总局等部门要及时更新优化国家职业分类大典和国家职业资格目录,使他们持证上岗,并提供更多的实践机会,大幅度的提升专业技能与实践能力,共同服务于运动转诊等体医融合服务项目。

### 5.3 加强资源整合,建立科学的评价体系

为有效推进体医融合,需着力打破体育、教育、卫生等系统间的体制壁垒与信息阻隔,促进跨部门、跨层级的资源互通与业务协同。具体而言,应系统整合学校体育设施、社会体育组织、社区卫生服务站点及数字健康平台等实体与虚拟资源,构建贯通“监测—评估—干预—反馈”全过程的整合型服务体系。通过设立区域性协同机构,统筹配置专业人力与数据资源,实现从个体风险筛查到群体健康分析的一体化运营,从而提升公共健康服务的覆盖广度与响应效能。

在评价体系方面,应推动从传统静态结果评价转向注重过程性、多源信息的综合健康评估机制。基于运动生理学、公共卫生与临床医学等多学科知识,建立涵盖体能状况、健康风险、运动行为与心理适应等多维指标体系,并借助智能传感与健康信息平台实现动态监测与长期追踪。同时,强化评估的引导与调控功能,既要检验具体干预措施成效,也要评估服务体系整体效能,形成“评估—调适—再评估”的闭环提升路径,为服务体系优化提供持续支撑。

### 6. 小结

体医融合是实现健康中国的重要举措,也是新时代青少年健康促进的重要抓手,好的服务体系不仅是体医融合的重点,也是关系居民健康意识转变与减轻医疗负担的关键。体医融合的提出,恰逢新时代这个重要节点,数字化与人工智能的蓬勃发展为体医融合赋能青少年体质健康促进的服务体系提供了强大的推动力,提高了青少年体质健康促进服务体系的科技含量,提升了青少年体质健康促进服务体系的质量,助力健康中国建设的目标早日实现。

### 参考文献

- [1] 李苏婷, 全海英. 体医融合背景下促进我国青少年体质健康的路径研究[J]. 青少年体育, 2021, (12): 33-36.
- [2] 吴铂然. 体医融合促进青少年体质健康发展存在问题及优化路径[J]. 冰雪体育创新研究, 2023, (23): 182-183.
- [3] 李凤梅, 武东海. 青少年体质健康监测政策协同的域外经验与启示[J]. 沈阳体育学院学报, 2024, 43(1): 51-53.
- [4] 编写组. “健康中国2030”规划纲要[M]. 北京: 人民出版社, 2016: 10.
- [5] 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.
- [6] 天津市天津医院. 运动处方技术服务规范: DB12/T 1350—2024[S]. 天津: 天津市市场监督管理委员会, 2024.
- [7] 毛阳涛, 田俊龙. 人工智能促进体医融合的价值、现实困境与实施路径[J]. 沈阳体育学院学报, 2024, 43(3): 71-72.
- [8] 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(07): 10-11.
- [9] Rade R, Aswanir, Ahamad I, et al. Lifestyle

- medicine and physical activity knowledge of final year UK medical students[J]. *BMJ Open Sport Exerc Med*, 2019, 5 (1): e000518.
- [10]张新萍.从被动健康到主动健康: 体医融合研究进展[J].*中山大学学报(医学科学版)*, 2025, 46 (01) : 11-20.
- [11]Pandya T, Marino K. Embedding sports and exercise medicine into the medical curriculum; a call for inclusion[J]. *BMC Medical Education*, 2018, 18 (1): 306.