

健康关口前移下运动促进健康新模式 发展经验、现实瓶颈及精准策略

王常安¹, 金誉琳²

(1. 吉利学院 体育与健康学院, 成都 641423; 2. 天津师范大学 体育科学学院, 天津 300387)

摘要: 运用文献资料和实地调研等方法, 基于结构功能主义 AGIL 模型, 深入剖析健康关口前移下运动促进健康新模式的发展经验, 审视其面临的发展瓶颈, 并提出相应的精准策略。指出, 当前运动促进健康新模式的发展, 面临资源供给结构性失衡、新模式制度体系不健全、主体协同参与整体性治理缺位、居民健康素养水平偏低等问题。在此基础上提出, 应健全要素资源适配机制, 化解人财供给结构性困局; 健全新模式制度体系, 增强健康服务保障; 构建联动治理机制, 重塑政府-社会-市场关系; 实施全域主动健康行动, 提升居民健康素养水平。

关键词: 健康关口前移; 运动促进健康新模式; 结构功能主义 AGIL 模型

中图分类号: G80-05

文献标志码: A

文章编号: 1008-3596 (2024) 06-0038-08

《健康中国行动(2019—2030年)》《第十四个五年规划和2035年远景目标纲要》指出要推动健康关口前移, 将建立体育和卫生健康等部门协同、全社会共同参与的运动促进健康新模式置于建设健康中国、体育强国的重要位置。健康关口前移是指利用科学手段延缓慢性疾病进程、预防慢性疾病发生, 进而降低患病风险, 提升生活质量和健康水平。运动促进健康新模式作为一种集伤病防护、运动健康测评、科学健康指导、慢病运动干预、运动康复、运动营养、运动健康科普、心理调适等功能于一体的新型健康服务模式, 不仅能满足人民群众日益增长的健康需求, 更为中华民族伟大复兴夯实了健康基石。通过梳理我国运动促进健康相关研究成果发现, 既往研究主要聚焦于女性运动健康促进策略^[1]、运动对骨骼肌健康的促进作用^[2]、地方政府运动促进健

康政策的演变^[3]、运动健康促进技术平台的发展模式^[4]、个性化的精准解决方案^[5], 以及美国运动促进健康老龄化的模式与服务体系^[6-7]等方面, 而对于健康关口前移下运动促进健康新模式的关注度尚显不足。鉴于此, 借助结构功能主义 AGIL 理论模型, 深入剖析健康关口前移下运动促进健康新模式的发展经验与现实瓶颈, 并提出相应的策略建议, 以期丰富和完善运动促进健康新模式的理论体系, 并为推动该模式的持续健康发展提供实践指导。

1 健康关口前移下运动促进健康新模式发展的理论基础

帕森斯在其著作《社会系统》《关于行动的一般理论》中, 对 AGIL 理论模型进行了系统阐述。该模型包含以下四个功能: 适应功能(ad-

收稿日期: 2024-07-09

基金项目: 国家社会科学基金重大项目(19ZDA354); 国家社会科学基金后期资助项目(21FTYB007)

作者简介: 王常安(1988—), 男, 四川巴中人, 讲师, 硕士, 研究方向为体育人文社会学。

文本信息: 王常安, 金誉琳. 健康关口前移下运动促进健康新模式发展经验、现实瓶颈及精准策略[J]. 河北体育学院学报, 2024, 38(6): 38-45.

aptation)指确保系统能够从环境中获取所需资源,并在系统内部进行合理分配;目标达成功能(goal attainment)指制定系统目标,确定各目标的主次关系,并能调动资源和引导社会成员去实现目标;整合功能(integration)指通过整合和协调各子系统,以强化主体之间的结构关系,发挥整体的集成作用;模式维系功能(latency pattern maintenance)指处理行动者内部及行动者之间的关系紧张问题,构建符合自身价值观的文化系统,并在系统内保持其制度化。作为一种成熟的分析方法,AGIL模型在多方面都适用于分析运动促进健康新模式。AGIL模型强调系统内部的协调关系,认为运动促进健康新模式应以满足全人群健康需求为目标,进行有效的健康干预实践探索,从而促成序列规范、要素分配合理、资源共享的场域结构。同时,AGIL模型系统内外部的相互支持和自我调节,形成了运动促进健康新模式发展的稳定态势。因此,将健康关口前移下的运动促进健康新模式置于AGIL模型中进行分析,其资源供给、制度建设、主体协同和健康素养分别对应适应功能(A)、目标达成功能(G)、整合功能(I)和模式维系功能(L)。基于这一对应关系,可以进一步探索运动促进健康新模式的发展路径。

2 健康关口前移下地方运动促进健康新模式发展实践

2.1 典型案例选取方法与原则

按照典型案例的代表性、台账资料的完整性、实地调研的便捷性,以及拓展逻辑和复制原则进行相互验证,选取了上海市杨浦区、浙江湖州市与嘉兴市、江苏常州市三个典型试点建设案例。通过多案例的整体性类比分析,精准识别各地方运动促进健康新模式发展的路径机理和核心要素,总结具有普适性和稳健性的结论。

2.2 上海市杨浦区运动促进健康新模式发展实践

上海市杨浦区深耕辖区场地资源,打造了一套“体育+”多部门协同协作、全民健身和全民健康深度融合的社区运动健康中心“上海样本”。具体做法包括:①杨浦区立足人民城市理念,精准把握民生需求,构建了社区运动健康中心“1+5”试点模式。其中,“1”指殷行街道综合型社区运动健康中心,“5”指五家专项型社区运

动健康中心。②2020年,杨浦区打造了社区健康师项目,聚焦区域内人民群众的运动健康需求。依托家庭医生+社区运动健康师+社区工作者的“1+1+1”合作制,实现了共同随访、共同干预和共同筛选。杨浦区构建了慢性病运动干预体系,由社区运动健康师对市民进行慢性病干预指导,不断推动健康关口前移,主动探索从“以治病为中心”向“以健康为中心”转变的运动促进健康服务“上海模式”。③杨浦区以“智能+”和“互联网+”为基础支撑,着力搭建了数字化平台,集成了心率监测、健康档案管理、运动处方、场馆管理等系统,为居民提供了科学健身指导、体质健康监测评估、运动风险筛查等数智化服务,实现了效果可评价、过程可监管、数据可追踪。

2.3 浙江湖州市与嘉兴市运动促进健康新模式发展实践

基于试点政策导向,浙江省按照“试点先行、以点带面、总结经验、逐步推广”的原则,在全省范围内选择了条件相对成熟的湖州市与嘉兴市作为先行开展社区运动健康中心建设的试点,在总结有益经验的基础上,逐步进行推广。具体做法包括:①2020年,湖州市开设了运动康复门诊,2023年迭代升级为湖州市运动促进健康中心,设立了“燃烧脂肪”门诊和青少年“竖起脊梁”门诊等,实现了从单一门诊向全门诊的转变。嘉兴市则依托“社区运动家”数字平台,研发了体医融合管理模块,开设了管理端、医生管理端、健康指导师管理端、用户管理端和系统驾驶舱,连通了健康体检与体质监测数据,为居民提供了体测评估、成效评估等一站式健康管理服务。②湖州市和嘉兴市的体育部门分别与卫健部门达成共识,实现相关数据互通共享。利用基层“体育委员”1+N联动机制,两地积极与第三方机构合作,引导专业院校或机构开发运动健康课程,为体育培训机构提供了专业保障。③湖州市开发了体卫融合数字化平台“运动码”,利用数字化平台赋能国民体质监测,并精准开具运动处方。嘉兴市则依托“社区运动家”数字平台,以智慧体育社区(村)为落地载体,构建了体卫融合数字服务闭环,再造了“测、评、导、练”新流程,强化了健康管理服务。

2.4 江苏常州市运动促进健康新模式发展实践

作为国内首个公共体育服务体系示范区,常

州市持续推动全民健身与全民健康深度融合发展，不断创新运动健康服务理念和服务方式，扩大运动健康产品供给，加强体医融合与非医疗健康干预，推进运动健康指导门诊建设与管理。常州市积极探索构建了一个以基层运动健康指导门诊建设为重点，以体育医院和三级综合医院或专科医院为引领，以基层医疗机构为主体的慢性病防治和健康生活方式专业指导服务网络，逐步形

成了预防、治疗、康复一体化的服务链，推动运动健康指导服务覆盖到基层，延伸到群众身边。常州市还打造了“一中心四门诊三基地”的慢病干预服务架构，其中运动健康指导门诊采用了“411”（即四个“1+1”）工作模式，主动推进医疗与运动的有机融合，做到统筹协调、互为补充。此外，常州市还组建了多支专业人才团队，为运动促进健康新模式的发展奠定了重要基础。

表 1 运动促进健康新模式典型案例一览表

案例	参与主体	服务人群	特色做法
杨浦区运动促进健康新模式	区委、区政府、区体育局、区卫健委	殷行街道（全年龄段人群）、江浦路街道（中青年）、控江路街道（老年人、中青年）、长白新村街道（全年龄段人群）、五角场街道（青少年、中青年、老年人）、长海路街道（中青年）	因地制宜、全人群友好，构建“1+5”社区运动健康中心；推动社区（运动）健康师人才培养，从“以治病为中心”转向“以健康为中心”；智慧赋能，校企协同产学研融合助推全民健康事业高质量发展。
湖州市与嘉兴市运动促进健康新模式	市体育局、第一人民医院、第二人民医院、卫健委	全年龄段人群	“社区运动家”数字平台、一站式科学健身与健康管理服务、基层“体育委员”1+N联动机制、再造“测、评、导、练”流程机制。
常州市运动促进健康新模式	市体育局、教育局、卫健委、政府、基层医院	永红街道（老年人、青少年）、常州奥体青少年健康促进中心（青少年）、钟楼区华佳运动健身中心（中青年）、其余示范点（全年龄段人群）	“一中心四门诊三基地”的慢病干预服务架构、运动健康指导门诊“411”工作模式。

2.5 健康关口前移下地方运动促进健康新模式发展成效

2.5.1 形成多主体共建共治共享格局

在运动促进健康新模式的发展过程中，多元主体的责、权、利边界逐渐清晰，角色定位逐渐明确，参与主体数量持续增多。目前，由地方政府、卫健委、体育局牵头，联合医保局、民政局、教育局、高校、医院等部门共同组成运动促进健康领导小组，通过设立运动康复、脊柱健康、健身指导、运动营养、慢性病干预等专家小组，针对性开展运动促进健康，促进共建共治共享。地方政府负责战略统筹、场地使用规划以及资源配置，并提供软件系统支撑；卫健委则负责技术培训与现场指导服务；体育部门负责健康监测、智能健身、运动康复等器材的配置，并提供健康管理、科学健身、运动营养、保健康复等专业性技术指导；医保、民政等部门则负责协调社区运动促进健康专门场所的规划建设，开展健康知识宣传，提供运动促进健康服务；社区运动健康中心、体育医院、运动健康指导门诊则负责具体的运动健康干预事项，包括组织健康监测、配置设施与人员、提供健康促进服务等；高校则负责运动健康师的人才培养，为相关机构提供运动

健康促进的专业服务。

2.5.2 创新运动促进健康服务管理模式

在健康关口前移下，运动促进健康的管理模式主要分为多主体共建共治共享与政府主导两种。政府主导模式有助于充分发挥“强政府”作用，借助行政干预、科层体制、机制嵌入和组织决策等手段，强化自上而下的健康管控。而多主体共建共治共享模式中各主体间通过签订契约、出资购买、社会组织参与以及政府主导等多种形式，共同推动健康管理的发展，提高公共服务效率^[8]。地方在多主体共建共治共享方面的主要做法是，高校、社区运动健康中心、体育医院、运动健康指导门诊、社会组织以及市场企业，为社区居民的运动促进健康提供人员、场地、专业知识和技术支持；地方政府、卫健委、体育局则通过购买服务和监督管理等方式，提供经费支持、人员培训和器材配置。基于这两种健康管理模式，部分地区创新性地推出了家庭医生+社区运动健康师+社区工作者的“1+1+1”合作制、基层“体育委员”1+N联动机制以及“411”工作模式等，逐步形成了市、区、街道三级社区运动健康促进中心站点的基本架构，为社区居民提供便捷高效的运动健康服务。

2.5.3 丰富运动促进健康服务内容形式

健康服务的内容与形式是运动促进健康新模式发展的核心,它不仅涵盖了常规的运动锻炼处方、运动健康测评、慢性病运动干预、运动康复医疗、运动损伤预防、科学健身指导、运动能力评估、运动风险筛查、体质体能测试、运动健康科普、健康知识普及等基础运动健康形式,还扩展出休闲社交、健康交流会、大数据健康档案、数字健身地图、健身运动码、体育培训、运动健身画像、数字健身、日托照料、营养膳食、康复理疗、家庭医生、体育锻炼等多元化的健康服务内容。各试点地区重点解决中青年亚健康、健身不规律问题,以及老年人高血压、认知功能障碍、颈腰椎病、糖尿病、高脂血症、高尿酸等慢性病的防治,同时关注青少年超重、肥胖、心理健康、脊柱侧弯等健康管理问题。通过主动打造覆盖全生命周期的运动健康管理服务体系,促进人民群众养成健康的生活方式。通过标准化、精准化、数字化的健康评估,运动健康师能够开具个性化、精准化的慢病干预、中医干预、营养干预和运动干预处方,将运动促进健康的理念落到实处。其中,运动干预和慢病干预处方由运动健康师指导进行,中医干预处方由专业医务人员开展效果评价,营养干预处方则由专业营养师和运动营养师指导并监督实施。各方横向协同、纵向联动,共同保障运动促进健康的效果。

2.5.4 构建运动促进健康人才培养长效机制

当前,医疗大健康行业和运动健康行业标准缺失,以及运动促进健康复合人才、医学健康干预人才、体育健康干预人才的就业导向等问题,影响了运动锻炼处方、运动健康测评、慢性病运动干预、科学健身指导、运动能力评估、运动风险筛查等领域的人才要素流动。例如,高等学校培养的运动健康复合人才和体育人才,由于资格证的限制,难以进入医疗健康系统。为解决上述问题,杨浦区、湖州市、嘉兴市、常州市等地积极进行实践探索。一是立足现实发展需要,吸纳跨学科运动健康人才,组建复合式运动健康促进团队,实现体卫融合、体医融合、家校社联动,开展联合诊疗和综合诊断,推动运动促进健康过程覆盖全生命周期。二是构建常态化运动健康师人才培养长效机制,统筹利用高校资源,增强高校培养高水平运动健康促进专业人才的能力,以满足基层人民群众日益增长的运动健康需求。同

时,将社会体育指导员、家庭医生、专业体育人才、社会工作者、体育及健康社会组织工作人员纳入运动健康师专业能力培训范围,形成多部门、多维度的运动健康人才队伍,通过下沉基层一线,助力社区运动健康服务,以弥补基层运动促进健康人才的短板。

3 健康关口前移下运动促进健康新模式发展困境

3.1 适应功能瓶颈:资源供给结构性失衡

3.1.1 人力资源配置体制固化

运动促进健康新模式的人力资源系统主要由医疗健康系统和体育运动健康系统的人员构成。在社区运动促进健康中心、门诊部等服务机构中,以上地区都建立了复合型运动促进健康队伍。杨浦区、常州市配置了运动健身指导岗位和健康医师管理岗位,而湖州市与嘉兴市则尚未配置运动健身指导岗位。此外,仅有杨浦区开展了运动健康师资质认证。这表明,运动促进健康新模式的服务体系已初步形成了以复合型运动促进健康队伍为基础,以运动健身指导员和医师为主体的结构,但仍有待进一步完善运动健身指导工作人员的配置。当前,该模式服务人员仍存在空岗现象或结构性失衡的问题,现有工作人员的配置更倾向于运动康复干预和临床诊疗干预^[9]。一是医疗健康服务与公共卫生服务的深度融合问题尚未解决,医疗健康服务存在碎片化、地区差异化的问题,运动促进健康人才的培养模式也较为固化。二是运动健身指导员面临年龄偏大、知识结构老化、健康促进知识缺乏等问题,影响了他们加入复合型运动促进健康队伍。三是在吸纳运动健身机构、医疗健康系统、卫生公共服务人员加入运动促进健康新模式方面力度不足,导致该模式人力资源配置的均衡性、层次性、交叉性特征不显著^[10]。

3.1.2 投融资渠道受限与主体单一

在健康关口前移下,政府财政的合理配置与精准投入是推动运动促进健康新模式发展的基石。然而,基层运动促进健康新模式的投融资渠道与主体受到多方面的限制。以上地区主要依赖彩票公益金和政府财政资金的投入,社会资本投入严重不足。受融资结构、市场环境、经营体量等因素影响,这些地区尚未形成商业渠道、股权融资、债权融资等多元化的投资方式。在规模方

面,社区运动促进健康中心、健康服务机构的发展规模较小,且在品牌建设、宣传渠道、服务方式、商业运营模式等方面尚不成熟。彩票公益金与财政资金的投入失衡^[11]。湖州市、嘉兴市、常州市的财政资金投入高于彩票公益金,杨浦区则相对持平。此外,资金投入的地区差异性较大,经济发达地区的资金投入高于经济落后地区。

3.2 目标达成功能瓶颈:新模式制度体系不健全

3.2.1 组织管理制度缺位

运动促进健康新模式的制度设计、制度安排、制度保障强调纵向管理,但仍需加大横向管理的协同力度^[12]。从制度定位来看,领导小组制度主要基于议事协调进行纵向协同管理,而联席会议制度则着眼于跨机构、跨部门的横向协同管理。这两种制度往往并存,但以上地区主要以领导小组制度为主导,不断强化纵向主体权限的管理,而对横向主体管理权限的约束相对不足,民政、教育、卫生、体育等部门的协同合作长效机制尚未构建。此外,由于教育背景、所处环境及继续教育等方面的差异,不同主体在制度理念与认知上存在差异,难以达成价值认同和价值共创,弱化了制度的导向和规范作用。运动促进健康新模式的制度规范不够具体和精细化,导致主体之间的权利义务配置失衡、组织结构混乱。

3.2.2 政策协同保障能力不足

一是政策配套体系尚不完善。政策在执行过程中,不同地区间存在显著差异,例如杨浦区的政策配套数量(6项)明显多于湖州市、嘉兴市(各4项)和常州市(3项)。调研发现,地方机构改革在一定程度上影响了运动促进健康工作的开展。体育部门、健康管理中心在下沉到社区、街道层面后,往往会与教育部门、卫生部门、旅游部门、体育医院、文化部门等合并,这导致其管理职能逐渐边缘化^[13]。二是政策关联度偏低。当前政策在制定时,缺乏对社区运动健康中心、社区健康师项目、15分钟社区体育生活圈、社区运动家数字平台等服务与相关产业关联度的充分考虑,也未全面权衡运动促进健康服务业内部各要素之间的关系,如运动健康服务与医疗健康服务、公共卫生服务之间的协同效应。以上地区的政策核心要素主要指向运动促进健康中心嵌入社区、运动处方库建立、电子健康档案管理、运

动促进健康数字化管理、体卫融合和体医融合、多主体协同发展等方面,然而这些政策在实际执行中仍然存在割裂现象。例如,运动处方库的建立与电子健康档案的管理未能有效对接,导致数据孤岛问题突出。三是政策规则模糊,政策类型较为单一。卫健委、体育局和其他政府部门间的责任边界模糊,以及专项政策缺失、政策工具碎片化、政策类型单一,这些问题在一定程度上影响了运动促进健康数字化、智能化发展,阻碍了多主体间的横向协同和纵向联动。

3.3 整合功能瓶颈:主体协同参与整体性治理缺位

3.3.1 政府干预机制有待完善

健康关口前移下,政府部门的责任与权力的匹配存在失衡^[14]。政府作用方面,政府部门间数据共享机制与信息沟通机制缺乏、行政事务边界模糊、事权与财权不匹配,影响了政府调控体系的治理效能。政府行动方面,政府尚未发挥健康服务职能,使运动健康测评、慢性病运动干预、基础健康监测、科学健身指导、健康知识普及等在医联体分级诊疗制度中缺位。目前,社区运动促进健康中心、运动健康指导门诊的服务范围主要局限于社区内部或特定机构,跨区域流动、跨机构健康促进的协同联动能力仍有待提升,特别是在运动促进健康中心、运动健康指导门诊、体育医院之间的转诊,以及慢性病干预、健康监测、健康评估等方面,医疗卫生与体育部门间未建立起协同联动的管理机制。

3.3.2 市场机制不健全

在健康关口前移下,运动促进健康产业未能为新模式的发展提供有力支撑。运动促进健康企业的发展需求与产业市场的总量供给之间存在明显差距,主要表现为市场绩效评估体系不完善、区域发展水平悬殊、市场交易制度不完善及产业主体发育不成熟。同时,社会资本在进入社区运动促进健康中心、运动健康指导门诊、体育医院等服务时,表现出服务意识不强与合作意愿不足。政府在完善运动促进健康产业链、优化健康产业结构、突破健康促进技术壁垒等方面的创新能力、合作意识和资源整合能力均显薄弱,市场化宣传渠道和运作手段相对单一,市场约束机制尚未有效形成。

3.3.3 社群治理机制不完善

一是社会力量参与机制缺位。尽管我国体育

社会组织的总体数量较为可观,但其综合服务意识与创新治理能力相对薄弱。由于政策体系不健全,体育社会组织的依附性较强,导致自我发展能力提升速度缓慢^[15]。此外,运动促进健康的准入门槛较高,进一步削弱了社会力量参与的积极性和主动性。二是教育、社会、文化等社会组织力量在开展运动促进健康、慢性病干预、健康监测、全生命周期健康管理等方面的能动性不强,使得健康保险、健康服务、数字金融、健康投资等运动促进健康新领域发展所急需的社会力量未能有效参与进来^[16]。

3.4 模式维持功能瓶颈:居民健康素养水平偏低

3.4.1 居民健康素养存在结构失衡

近年来,国家大力推动全民健身、全民健康的数字化、网络化发展,有效推广了运动促进健康的理念,提升了居民的健康素养水平。然而,从整体来看,居民在基本技能、慢性病防治素养、传染病防治素养、基本医疗素养以及健康生活方式与行为等素养仍然较低,远低于其他方面的健康素养。这表明居民在健康技能和知识方面相对匮乏,也从侧面反映出在健康关口前移下,运动促进健康新模式在普及健康促进、慢性病干预等方面的覆盖面、内容、方式和途径仍有待完善。当前,运动促进健康新模式主要聚焦于科学健身、运动营养、伤病防护、心理调适等内容,对全年龄段人群进行健康素养的分类教育方面关注不足。

3.4.2 居民健康素养存在区域失衡

国家卫健委宣传司的监测结果显示,2022年全国城市居民的健康素养水平为31.94%,农村居民为23.78%。同时,东、中、西部地区居民的健康素养水平分别为31.88%、26.70%和22.56%。这些数据表明,不同地区、城乡之间的居民健康素养水平存在差异。虽然居民已经具备了一定的健康知识,但将健康知识转化为健康行为的途径是多样的。受自身教育水平、认知能力、生活环境等多重因素的影响,居民往往难以完全吸收、融合并有效转化这些知识。目前,健康知识的宣传已广泛开展,但对于如何将健康知识真正转化为健康促进干预、慢性病干预、运动康复理疗等实际健康行为却缺乏足够的关注。这可能是由于运动促进健康指导者的专业能力有限,或者相关转化机制不完善所致^[17]。

4 健康关口前移下运动促进健康新模式发展策略

4.1 适应功能策略:健全要素资源适配机制,化解人财供给结构性困局

第一,坚持大健康大体育理念,健全运动健康师人才培养的长效机制。积极吸纳社会体育指导员、退役运动员、体育教练、医生等专业人士加入运动健康师队伍。鼓励高校与医院联合组建科研团队,加强运动伤病防治、运动康复、慢性病非医疗健康干预及运动处方等领域的研究。体育院校与医学院校发挥学科专业优势,开设运动促进健康相关课程(如健康促进干预、科学健身、运动心理调适等);加强与卫健、教育、财政、疾控等部门的协同合作,探索建立联合培养运动健康师的长效机制,并共同制定行业标准、培训体系及管理办法,建立与社会体育指导员等国家职业资格证书的融通机制。

第二,构建财政投入保障机制。建立以全民健康为基础、以全民健身为重点、以大健康产业发展为支撑的财政投入保障政策体系,统筹各方力量,为运动促进健康新模式的发展提供有力支持。一是加大财政投入,优化投入结构。通过统筹体育彩票公益金、一般公共预算等资金,引导相关主体增加对运动促进健康事业的投入,以满足人民群众日益增长的健康需求。二是拓宽资金来源渠道。理清政府与市场的边界,用足用好政府债券、基金、PPP等财政政策工具,发挥财政资金的杠杆作用,吸引社会资本参与全民健身设施、全民健康产品、运动促进健康中心等项目的建设和运营管理,形成可持续、多层次的资金投入格局。三是落实税收优惠政策。对符合现行政策规定的运动促进健康中心、门诊部、体育医院及体育企业等,给予相关税收减免,提升其盈利能力,激励其反哺社会,推动运动促进健康事业的高质量发展。

4.2 目标达成功能策略:健全新模式制度体系,增强健康服务保障

第一,提升组织健康管理能力,提升健康服务质量水平。构建更高水平的公共卫生、全民健身、全民健康服务体系是保障居民健康的关键。一是要加快补齐公共卫生、全民健身、全民健康服务的短板,推动农村、社区、街道等基层运动健身与公共卫生设施的数字化、智能化发展,广

泛开展全民健身活动,持续改善城乡全民健身与全民健康环境。二是坚持预防为主,加强重大慢性病健康管理,推动医疗服务、运动促进健康服务、慢性病干预服务与公共卫生服务的高效协同与深度融合,构建医体防融合的新型运动促进健康服务三级网络。三是增强健康风险意识,完善慢性病健康管理机制,健全公共卫生、全民健康、慢性病应急管理体系,提升慢性病健康管理的能力和水平。

第二,健全税收政策配套体系,深化运动促进健康服务价格改革。通过直接和间接的税收优惠政策激励,规范健康促进服务的价格标准,平衡运动促进健康事业的发展需求与居民健康消费能力。构建科学合理的健康服务价格机制及目标导向的价格项目管理机制,推动健康服务价格透明化,促进我国运动促进健康发展均等化。

第三,强化政策导向与协同效应,健全运动促进健康服务体系,提供优质高效的健康促进服务。一是要完善政府购买健康服务机制,加大政府向社会力量购买全民健身公共服务、全民健康服务及运动促进健康干预服务的力度;二是优化健康干预与慢性病诊疗流程,规范诊疗行为,持续改进健康促进与运动干预的质量及医疗安全,为居民提供便捷、经济、安全有效的运动促进健康服务;三是针对供给侧结构性问题,均衡布局优质运动促进健康资源,通过医体防联合将运动促进健康资源下沉至基层,提升基层运动促进健康的服务质量,提高服务体系的整体绩效,推动健康关口前移。

4.3 整合功能策略:构建联动治理机制,重塑政府-社会-市场关系

第一,强化政府服务职能,推动医疗机构与体育机构深化改革。提升运动促进健康的技术水平,强调其技术劳务价值,引导医疗机构与体育机构强化自身能力建设,优化收入结构。同时,提升医疗与体育机构的运营管理水平,建立健全数字化运营管理体系,强化机构内部管控。推动信息技术与全民健身、全民健康服务深度融合发展,发展互联网健康诊疗、远程医疗及远程健康促进指导等服务,建设智慧体育医院、智慧运动促进健康中心及门诊部,推动运动促进健康管理向数字化转型。

第二,加大对社会组织的赋能力度,健全运动促进健康分级诊疗制度,形成急慢分治、上下

联动、双向转诊、基层首诊的运动促进健康管理秩序。借助社会组织的力量,构建全生命周期监测、数字评估、运动预防及精准干预一体化的运动促进健康管理闭环体系。同时,完善家庭医生签约服务,加强健康管理、慢性病运动干预及运动健康师等队伍建设,持续推进运动促进健康资源向基层下沉,切实解决运动促进健康服务的“最后一公里”问题。

第三,渐进式培育运动促进健康市场主体。将健康相关产业纳入地方产业引导资金的扶持范围,充分发挥市场主体的资源优势,结合地方特色,发展体卫融合、体医融合、体康结合等运动促进健康产业。培育一批在运动促进健康领域的专精特新中小企业、瞪羚企业、行业隐形冠军企业,鼓励有条件的企业研发生产个性化健康产品。通过政府采购等方式,支持企业采用新工艺、新材料及新技术,创新运动促进健康服务方案。

4.4 模式维持功能策略:实施全域主动健康行动,提升居民健康素养

在实施全域主动健康行动时,应基于数智治理理念,充分利用数智手段普及主动健康理念、增进居民的健康促进观念,打造专门的运动促进健康数字平台,提升居民的健康素养。一是大力倡导“每个人是自己健康的第一责任人”的理念,引导群众树立主动健康观念,并养成自律自主的健康行为。二是加大全民健康教育力度。利用数字媒介、融媒体等多渠道加大宣传力度,使人们掌握必要的健康知识、健康技能,养成健康行为。将健康教育纳入素质教育,以中小学为重点,建立并完善学校健康教育推进机制。三是推动全民健身与全民健康深度融合发展。全民健身是全体人民增强体魄、实现健康生活的基础和保障。应将增强人民体质、实现全民健康作为根本目标。为此,应广泛开展全民健身活动,利用融媒体矩阵传播,积极引导全社会认识运动在促进健康、抵御疾病方面的重要作用,营造参与体育、支持体育、重视体育的社会氛围。

参考文献:

- [1] 熊欢.我国女性运动健康促进策略与路径研究[J].体育学刊,2021,28(3):55.
- [2] 任翔宇,沈飞,金玲,等.运动促进骨骼肌健康的新视角:基于 Rac1/PAK1/p38 MAPK 信号通路改善

- 肌生成和糖代谢的研究进展与展望[J]. 中国体育科技, 2023, 59(5): 79.
- [3] 米雪, 卢文云. 健康中国视角下地方政府运动促进健康政策变迁的影响因素及推进路径[J]. 天津体育学院学报, 2023, 38(2): 193.
- [4] 雷厉, 刘心平, 李艳丽, 等. 运动健康促进技术研究平台高质量发展模式探索[J]. 北京体育大学学报, 2022, 45(11): 84.
- [5] 邱俊强, 路明月, 张君, 等. 运动促进健康: 个性化精准解决方案[J]. 北京体育大学学报, 2022, 45(10): 2.
- [6] 米雪, 卢文云. 美国运动促进健康老龄化模式研究[J]. 沈阳体育学院学报, 2021, 40(3): 10.
- [7] 彭国强, 舒盛芳. 美国运动健康促进服务体系及其对健康中国的启示[J]. 体育与科学, 2016, 37(5): 112.
- [8] 徐翔, 陈晓萍. 体医融合背景下体育权保障的机遇与策略[J]. 河北体育学院学报, 2024, 38(1): 1.
- [9] 邹青海. 青少年体质健康三社联动治理[J]. 体育教育学报, 2023, 39(5): 11.
- [10] 梁学三, 韩贝宁. “双减”政策下我国青少年体质健康促进的机遇、困境与发展路径[J]. 体育教育学报, 2023, 39(2): 10.
- [11] 钟华梅, 许文鑫. 青少年参加体育兴趣班的健康效应研究[J]. 体育教育学报, 2024, 40(1): 1.
- [12] 漆昌柱, 郭远兵, 桂茹洁. 运动促进心理健康的研究进展: 基于方法的视角[J]. 武汉体育学院学报, 2020, 54(1): 86.
- [13] 尹小俭, 丁吉. 青少年抑郁症防控关口前移[J]. 中国学校卫生, 2023, 44(5): 641.
- [14] 刘路, 仇军. 体育助力健康关口前移: 逻辑考量、现实困境与实现路径[J]. 体育学报, 2023, 30(2): 35.
- [15] 徐丽萍, 孙铭珠, 尹志华. 中国式现代化进程中全民健身高质量发展的诉求与推进路径[J]. 河北体育学院学报, 2023, 37(5): 10.
- [16] 陈少青, 张俊. 中学生性别角色与体质健康的关系: 性别的调节效应[J]. 武汉体育学院学报, 2022, 56(12): 93.
- [17] 梁超, 宋振鹏, 汤立许. 数智赋能主动健康管理: 实践样态、建构策略与驱动路径[J]. 武汉体育学院学报, 2024, 58(4): 72.

Development Experiences, Bottlenecks and Precise Strategies of the New Model of Sports Promoting Health under the Forward Movement of Health Threshold

WANG Chang'an¹, JIN Yulin²

(1. Geely University of China, School of Sports and Health, Chengdu 641423, China;

2. School of Sports Science, Tianjin Normal University, Tianjin 300387, China)

Abstract: By using the methods of literature and field investigation, based on the AGIL model of structural functionalism, this paper deeply analyzes the development experience of the new model of sports promoting health under the forward movement of health threshold, examines the development bottleneck it faces, and puts forward the corresponding precise strategy. It is pointed out that the current development of the new model of sports promoting health is faced with the structural imbalance of resource supply, the imperfect system of the new model, the absence of the main body's collaborative participation in holistic governance, and the low level of residents' health literacy. On this basis, it is proposed that the adaptation mechanism of factor resources should be improved to resolve the structural dilemma of human and financial supply; improve the new model system and enhance the protection of health services; build a linkage governance mechanism to reshape the government-society-market relationship; implement global active health actions to improve residents' health literacy.

Key words: forward movement of health threshold; new model of sports promoting health; structural functionalist AGIL model