

我国体医融合发展的现实困境与路径导向

董 宏^{1,2}

(1. 盐城师范学院体育学院, 江苏 盐城 224002; 2. 苏州大学博士后流动站, 江苏 苏州 215021)

摘 要:运用文献资料法等,梳理我国体医融合发展的演进脉络,审视体医融合发展的现实困境,进而发现问题并提出未来我国体医融合发展的方向、路径和举措。研究认为,体医融合是一个多维度、多层次、多主体协同治理的健康促进服务方式。我国体医融合发展经历了建国初期的萌芽期、改革开放后复苏期、世纪之交的形成期和走向新时代的确立期四个阶段。在融合之势不断加深的进程中,出现了诸如政府的角色定位、管理制度、认知观念、服务内容方面的困境和藩篱。站在新的历史时期,提出以行政制度改革、治理创新、社会价值引领、建立整体健康观为实践进路,形成政府、社会、个人协同推进策略,实现“体医融合”的疾病管理与健康服务新模式。

关键词:体医融合;协同发展;路径导向

中图分类号:G 806

文献标识码:A

文章编号:1007-7413(2022)03-0062-06

The Realistic Dilemma and Path Orientation of the Integration of Sports and Medicine Development in China

DONG Hong^{1,2}

(1. Yancheng Teachers University, Institute of Physical Education, Yancheng 224002, China;
2. Post-doctoral station, Soochow University, Suzhou 215021, China)

Abstract: This study used the methods of comparison and literature review to analyze the development of the integration of sports and medicine in China, examine the plight of the development of the integration of sports and medical, find out the problems and to put forward the directions, paths and measures of the development of the integration of sports and medical in China. The study believes that integration of sports and medicine is a multi-dimensional, multi-level, multi-agent collaborative governance health promotion service. The integration of sports and medicine in China has experienced four stages: the early stage of the founding of the People's Republic of China, the recovery period after reform and opening up, the formation period at the turn of the century, and the establishment period towards the new era. In the process of continuous deepening of the integration, difficulties and barriers such as the government's role positioning, management system, cognitive concepts, and service content have emerged. Standing in the new historical period, it is proposed to take the administrative system reform, governance innovation, social value guidance, and the establishment of an overall health concept as the practical approach, form a coordinated promotion strategy of the government, society, and individuals to achieve a new model of integration of sports and medicine of disease management and health Serve in a new era.

Key words: integration of sports and medicine; collaborative development; path orientation

体育公共服务体系和卫生公共服务体系是基本公共服务体系的两个分支。在疫情防控背景下,体育与医疗卫生部门相互协作、统筹推进体医深度融合具有重要的政策导向作用。通过加快推动卫生健康工作理念和服务方式的转变,强化以“人民健康为中心”的体医融合新模式,以此实现全民健康。审视以

往研究,我们发现:一是“体”元素和“医”元素融合制度保障的逻辑起点模糊;二是体医融合的主体属性问题没有廓清,自上而下的供给范式是否有效对接居民的实际诉求;三是体医融合的环境是否能够给“体”元素和“医”元素的协同或共生发展提供培育和对话的平台;四是体医融合的方式是否满足健康中国建设

收稿日期:2020-08-29

基金项目:江苏省教育科学“十四五”规划课题重点项目(T-a/2021/11);苏州市体育局重点课题(TY2021-001)

作者简介:董宏(1987—),男,山东日照人,副教授,博士,在站博士后,硕士生导师。研究方向:体医融合理论与实践。

的多元化需求,以及健康促进的长效机制如何形成问题尚待解决。作为一种创新的健康促进服务模式,理应厘清体医融合发展的演进脉络,审视体医融合发展的融合瓶颈和现实藩篱,综合学理、历史及现实几个方面的逻辑因素,打通观察健康中国的纵向通渠,从而升华和提炼我国体医融合变迁的历史性逻辑,为健康中国建设下的体医融合发展提供借鉴。

1 我国体医融合发展的基本历程

本文依据学理逻辑和历史逻辑,以1978年党的十一届三中全会、1992年邓小平南方谈话、2007年党的十七大召开为主要历史节点,将我国体医融合发展历程划分为萌芽期(1949—1977)、复苏期(1978—1991)、形成期(1992—2007)和确立期(2008至今)四个阶段,通过梳理每个时期体医融合的形式、改革重点、政策法规、科学研究、人才培养、地方实践等来厘清体医融合发展内容和表现特征。

1.1 以医疗体育为发展方向的萌芽期(1949—1977)

这是以医疗体育为核心特征的萌芽发展阶段,建国初期各项事业百废待兴,加之体育与医疗系统尚不健全,结合之势并不明显。这一阶段体医融合发展的主要内容包括:一是初步建立相关法规制度。1949年9月,全国政协第一届全体会议就首次在文件中明确规定,新中国“提倡国民体育”。为了加大国民体育的推广力度和提高普及率,1954年3月,原政务院发布了《关于在政府机关中开展工间操和其他体育活动的通知》,要求“人人都锻炼,天天上操场,为人民健康工作50年”。由此初步形成了体育在国民经济发展中的地位。二是初步探索体育与医疗融合的方式。在健康人群管理方面,《劳动与卫国体育制度》的实施采取部门协同的方式,这也是体医融合最早实行多部门协同配合的历史出发点。^[1]在患病人群方面,医疗体育发挥了重要的桥梁作用。^[2]其间,党和国家领导人对医疗体育做过多次批示,要求把医疗卫生和体育结合起来,在医院层面开展多种多样的群众性医疗体育活动。^[3]但1966—1976年“文化大革命”的十年动荡,使新中国的教育、体育、卫生等事业遭到了前所未有的重创。^[4]

总体来看,这一时期体医融合的主要特征包括:一是缺乏自身独立形态。颁布的政策文件属于粗放型,没有具体的针对体育和医疗卫生结合的可操作化

实施办法。二是以“医”为主。体医融合虽未成形,但由于国家领导人的重视,以及部分医院的初期探索,使得结合之势已经初步显现出来。体医融合的形式主要表现在医院临床治疗方面的医疗体育上,如针对特殊病症的康复治疗。由于受文化大革命影响,医疗体育方法的发展变得复杂化和停滞不前。

1.2 以学校体育卫生工作为发展方向的复苏期(1978—1991)

这一时期体医融合发展的主要内容包括:第一,探索构建保障性政策文件。1978年4月,教育部、国家体委、卫生部联合印发《关于加强学校体育、卫生工作的通知》,强调全面落实党的教育方针,提高对学校体育、卫生工作的全方位认识;1978年9—10月教育部印发《全日制中学暂行工作条例》(试行草案)、《全日制小学暂行工作条例》(试行草案)、《全国重点高等学校暂行工作条例》(试行草案),对各级学校体育、卫生保健工作也提出了相应的明确要求。第二,确立学校体育卫生改革导向。1979年5月,扬州会议的召开,标志着体育卫生工作出现了新的转机。学校体育中的青少年儿童体质健康调研工作也逐渐得到常态化发展,推动了学校体育卫生决策的科学化进程。^[4]第三,重竞技体育、轻全民健身的理念仍未有效改变。^[5]至此,新中国成立三十多年来,教育部和卫生部仍然没有专门的全国学校卫生工作的组织机构,加之十年“文化大革命”的摧残,迫使学校体育、卫生工作完全停顿,直到1989年国家教委体育司才正式设立卫生处。^[6]

这一阶段体医融合发展的主要特征体现在以下方面:一是行业壁垒高筑。这一时期体医融合几乎处于分离割裂的状态,呈现出体育治体、医学治医的局面。二是协作发展滞后。相关部门的组织机构设置不健全,使得群众体育、竞技体育及学校体育相互之间没有必然的联系。但应该看到,国家对体育的重视逐渐加强,各行业各部门分别承担本行业本部门体育管理工作。以学生体质健康为中心开展的学校体育与学校卫生工作,在新的社会环境中得到恢复和发展。

1.3 以体医结合为发展方向的形成期(1992—2007)

1992年邓小平南方谈话,开启了中国改革开放的新阶段。体育领域也开始了实质性的改革酝酿,使我国体育事业进入了有法可依、协调发展的快车道。这一阶段体医融合发展的主要内容包括:第一,确立

公共服务的市场化改革趋向。社会转型和经济转轨是这一特殊时期公共体育服务发展的主要内驱力。1993 年,原国家体委发布的《关于深化体育改革的意见》中,提出了首个针对群众体育的改革举措——“制定全民健身计划”。第二,保障改善群众体育为重点任务。1995 年 6 月,国务院正式颁布实施《全民健身计划纲要》,紧接着,《中华人民共和国体育法》规定“体育工作坚持以开展全民健身活动为基础”和“国家推行全民健身计划”,这意味着“全民健身”具有了明确的法律地位。第三,建立社会体育指导员培训制度。随着经济领域改革的深入推进,体医融合领域的改革创新也相继开展,使得全国群众体育现状调查与国民体质监测工作步入正轨。

这一阶段的体医融合发展的主要特征包括以下几个方面:一是触及体医融合领域自身改革;二是体育与医学日趋渗透;三是强化了高校的责任担当,体育院校医学专业“医体结合”是体医结合的最早改革试点^[7];四是宏观微观研究并重。体医结合科学研究的发展,推动了全民健身理念的变化。在体医融合的地方,实践层面也崭露头角,形成了一定的融合模式。尽管这些探索和改革遇到很多新问题甚至存在融合瓶颈,但与国家大的发展方向一致。这为后期体医深度融合发展积累了宝贵的经验,也在一定程度上促进了体医融合模式的不断完善,为新时期体医融合的可持续发展提供了强有力的法规保障和政策支持。

1.4 以体医深度融合为发展方向的确立期(2008 至今)

这一阶段改革深入到社会领域,而且中国特色社会主义进入了新时代。这一阶段体医融合发展最鲜明的特征是,推进公共服务领域治理的现代化,着力打造以体医深度融合为抓手的健康管理服务新模式。

这一阶段体医融合发展的主要内容有以下几个方面:一是实施体医融合并轨制度。2009 年《全民健身条例》(以下简称《条例》)的出台,标志着全民健身事业又上了一个新的台阶。同年 3 月,国务院颁布了《关于深化医药卫生体制改革的意见》,简称“新医改”。新医改的出现预示着体医融合发展进入了一个新的历史阶段。二是提升全民健身地位。国务院印发 46 号文件,将全民健身上升为国家战略。三是构建全民健身助力全民健康政策体系。体医融合的战略定位开始向提升全民族全周期的健康素养倾斜,以此有效形成体医融合服务模式、新路径。四是建立健全体医融合顶层设计。2019 年 7 月,国务院办

公厅印发了《健康中国行动(2019—2030 年)》等系列文件。在新时代提升人民健康需要体育和医疗等系统的多方融合,但融合过程出现了多种藩篱,因此就如何推进全民健身与全民健康深度融合进而实现全面健康小康社会成为社会关注的焦点。^[8]

这一时期体医融合发展特征包括以下两点:第一,体医融合模式仍未固化。体医融合的科学过程中,体医融合服务模式尚未形成固定化的内容和形式。第二,体医融合内涵研究略显薄弱。当前体医融合研究还处于宏观摸索阶段,研究主体多为全民健身领域,在医学临床应用的推广与认同方面还是存在一定的认知局限。如何运用跨领域、跨学科的研究框架来解构困境、重构机制、建构模式,实现需供两端联系的通路,将成为新时期体医融合发展急需解决的现实问题。

2 体医融合发展的现实困境

在体育体制改革与医疗体制改革的背景下,增加社会参与服务全民健康的力量,建立起体育界与医疗界之间融合机构才是破壁之道。

2.1 政府的角色定位与管理错位

政府与市场的边界关系处于一种动态的演进过程之中。长期以来,政府的导向主要侧重于需求侧的发展,即以总需求的提高作为主要目标。政府通过宽松的货币政策和大规模的投资调控政策对市场进行干预。目前体医融合发展还处于初步的确立期,要面对的现实问题较为复杂,加强政府在宏观政策调整、提供公共服务、加强市场监管等相关服务与管理职能方面工作是新时代改革的重中之重。这个过程中,政府的角色首先是引导者,侧重于对市场的引导以及通过对相关体制的改革为企业生产经营创造更好的条件,减少政府对资源的直接配置。政府作为资源的管理者,理应将市场配置的资源归还给市场,分担基本健康公共治理和个性化健康治理的责任,共治共享过程要求政府有更高的协调和网络化管理能力。

建立完善的社区管理和服务机制,发挥社会组织作用,实现政府治理和社会调节,是十九届四中全会后的重要论断。公益性质的社会组织可以参与宏观决策,还可以作为中间桥梁起到管理协调的作用。然而现实中的社会组织往往缺席于社会治理的整个过程。这主要与目前我国社会力量发展薄弱,体育社会组织发展存体量不足、活力和能力欠缺有关。^[9]另

外,一些社会组织具有官方色彩,导致其缺乏独立性和自主性。^[10]其深层次的原因在于以下两方面:一是治理语境下组织地位和作用渐显,但社会治理改革的新旧环境转换关系仍未理顺;二是体育组织往往会在公共性与政治性之间不断摇摆,致使其公共性的生产处于一种不确定和弱持续性状态。^[11]

2.2 管理制度改革有待进一步深入

体制是指国家行政单位、企事业单位在机构设置、领导隶属关系和管理权限划分方面的制度、体系、方式的统称。^[1]具体到体医融合体制,它是指有利于体医融合的机构设置、领导隶属关系和管理权限划分方面的制度、体系、方式的总称。从体医融合体制的外延上看,体医融合体制存在机构设置缺位、领导隶属关系不清晰、管理的权责利边界不明确、组织架构缺乏顶层设计等体制融合困境。^[12]首先,“健康中国行动”承担推进委员会的日常工作,办公室设在卫生健康委,却没有具体提及体医融合部门设置和分工问题。其次,全民健身联席会议制度工作机制涵盖卫健委相关机构,但部门协同的“大群体”工作格局仍未形成。体医融合在制度上还是“两张皮”的状态,即体育行政部门由国家体育总局主导全民健身发展,卫生部门由卫生健康委负责承担健康促进工作,所以不能触动问题的本质,实际运行还是各自为政。再次,我国体育管理体制改革领域,在近年来自上而下的推动下,广泛进行了职能划分和权力边界界定工作,为各项体育脱离计划经济时代的专业发展模式,向政府、市场与社会协作的模式转变奠定了基础。^[13]

在推进过程中,体育内部结构矛盾和参与社会治理的困境不断浮现,受条块行政管理体制限制,以“条”为代表的国家体育总局-省体育局延伸的体制形式与以“块”为代表的省政府-省体育局之间形成的管理体制,在现实中依旧以强大的制度惯性制约中国体育的改革进程。^[14]从医疗卫生端看,在分级诊疗制度的推行过程中还存在结构性矛盾和制度性缺陷等问题,诸如不同层级和类型服务提供机构间分工协作性较差。^[15]制度建设缺乏整体性、系统性和协同性,制约了制度优势和治理效能的发挥。因此,在这种治理背景下,体育与医疗卫生条块化的管理模式使得部门协作的局限性凸显,组织结构的职责背景造成了二者的不兼容。

2.3 氛围不够浓厚导致大众认知观念滞后

以往健康治理更多侧重于生物医学机制方面,而对于社会生物学模式,如社会生态学模型视角下的健

康治理仍没有予以足够的重视,即对体育介入健康治理方面的核心功能、引领功能、激励功能等多元功能重视不足。首先,受传统观念和阶段发展的局限,政府部门、民众以及主流媒体简单地将全民健身工作定位为国家培养竞技人才和强身健体单一功能,思维方式和工作的封闭性和局限性导致宣传和导向存在偏颇,使得全民健身的社会功能和多元价值被淡化。以体医融合为中心,结合文化、教育、科技、卫生等工作进行系统思考、研究和创新,形成宣传体医融合领域的系统工程滞后,多层次、多角度、全方位的宣传氛围不够浓厚,民众投入到追求全面健康中以及主动的体育健康促进观念欠缺。^[16]

其次在个体层面,全新的健康理念没有深入人心,很多民众对于体医融合的核心内容及政策方针认识存在一定程度的滞后。民众应该进行什么运动,运动的时间,运动的适宜负荷,在什么情况下应当停止或调整,需要体育界和医疗界专业人士来进行科学的指导和宣传普及。体医融合的重要意义在于能充分发挥体育医疗“1+1>2”的协同作用,达到运动促进健康、提高国民体质的目的。而且,此次全国蔓延的新冠肺炎疫情,让一些民众也逐渐意识到了体育提高免疫力的功效和体育健身的实际价值。再次,体育话语权的弱势地位,加之医疗卫生覆盖健康的内在逻辑的局限性,并没有主动将体育纳入其中,而且体育元素纳入全民健康配套政策也不够完善。最后,主流媒体在宣传和报道体育的多元价值时认识不充分,使得思想引领、精神支持与舆论导向等意识形态宣传较弱。

2.4 供给侧改革下的健康促进服务内容单一

本文通过对体医融合历史嬗变的逻辑梳理发现,从体育疗法到体医深度融合的过程中,体医融合的服务内容较为单一,并没有发挥出深度融合的价值所在。第一,体育端口的国家体育总局体育医院运动处方诊所还停留在展示阶段,呈现出步子小、力度少、效益小等特点;医疗端口的医院的运动处方门诊形式仅在三甲医院得到了推广。第二,现有的医疗一体化服务模式要简单地将全民健身监测中心和体检中心的服务项目进行整合,如在医院成立运动处方科室(门诊),或者在体质监测中心设置医学检测设备等。第三,缺乏政策服务内容的共建共享共融的举措。2015年国家体育总局在《体育场馆运营管理办法》政策中提及的“综合体”及“体医结合”等,要求提供的健康服务场所不应仅限于传统的健身服务,还应该包括其

他的卫生服务健康产业。^[17]因此,促进体育与个性化运动处方以外的其他服务的整合,如体育医院门诊服务、体育与健康咨询服务、科学健身与健康服务、公益体育与健康服务等,将使体育在体医融合中的地位得到提升。

调研发现,体医融合实施效果还缺乏有效的评价体系。体医融合服务方面存在体医融合资源市场化配置失衡、体医融合的行业协作壁垒严重等问题。因此需要重新审视“体”与“医”在融合过程所提供的服务质量问题。协同论认为,协同是决定现在治理成效的关键机制。从内涵上看,体医融合服务质量主要包括四个方面:显现性、及时性、安全性、针对性。从外延上看,其不仅包括体育基本公共服务和医疗卫生基本服务边界问题,还包括两者协同非线性发展融合过程中所产生的溢出效应。因此,如何对体医融合服务质量进行综合、科学、系统的评价,成为我国体医融合理论与实践亟须解决的前置问题。在这一阶段,应准确地把握体医融合服务质量开展的具体情况,发现体医融合供需中存在的真实问题,并结合其作为服务的属性和其独有特征,构建科学、有效的综合评价指标体系。

3 体医融合发展的路径导向

3.1 以行政制度改革为中心的政策协同导向

应树立全景式综合思维,着力解决体医深度融合中的机构设置、管理权限划分、利益均衡方式等制度建设问题,以共治共融共建共享机制为纽带,凝聚强大政策改革合力。多元主体共治共融共建共享机制的构建,既要考虑跨部门管理问题的复杂化、多样化和动态性,又要考虑体医融合治理本身具有的主体多元性、对象诉求多样性以及效应外溢性。体医融合治理的公共特性决定了需要构建多元主体的共治共融共建共享机制。第一,要优化政策执行的资源配置方式。在保证促进体医融合政策总目标实现的大前提下,充分尊重共治共融共建共享各方的目标意图,变“单一中心”的政策资源投入模式为“多中心、有机协同”的政策资源投入模式。第二,依托共建共享的体医融合平台,将政府规制和市场配置、激励保障结合起来,提高体医融合多部门间的执行效能。第三,重视体育政策与医疗卫生政策的协同,提升政策融入度和执行力。要把政策融入作为体医融合部门协作的逻辑基点,选择科学的执行工具、充足的执行资源、良

好的执行文化,有效保障体育政策在体医融合过程中的话语权。要提高政策之间协同,从侧重破除机制体制的弊端到注重发挥制度优势。

3.2 以治理创新为中心的多元主体共生导向

首先,发挥“后发优势”效应。当务之急是解决体育与医疗一体化部门划分的体制机制障碍。在体医融合资源配置市场化改革过程中,体育主管部门由于话语权较低,加之缺少执法权,牵头制定的政策得不到其他部门的认同,实施难度大、推行效果不佳。在协调配置大医院和基层医院服务资源分工的同时,按照“健康生态系统”理论,将公共体育服务资源纳入人群就医行为模式中,能够缓解医疗供给方面的不公平性和不均衡性。发挥后发优势效应,助力“弱势”公共体育服务资源与“强势”医疗卫生服务资源形成协同共生的局面,能够实现健康关口前移的“双轨并行”大健康治理战略模式。其次,健全共建共享机制。共建共享要求各方责任主体能够拥有平等的对话机制。政府作为服务者听取其他主体的诉求反馈,在畅通的表达机制条件下,形成政府主导的多方主体合作共生。^[18]最后,建立民众诉求表达指标体系。要在整合个性化体医融合服务诉求的基础上,建立可以甄别与评判的指标体系,打通“自上而下”的体医融合服务供给通渠,形成“自下而上”的体医融合服务闭环线路,实现民众诉求之间均衡合理的愿景。

3.3 以社会价值引领为中心的环境重塑导向

社会价值的内驱力是社会成员的社会知识、文化背景以及生活环境。民众社会价值偏好被政府吸纳回应,建构形成双向互动的叠加价值。政府部门与民众交互的过程(即社会价值建构)得以形成与表达。社会价值既表达了民众的集体意志,也体现了政府部门的战略部署。一是发挥“后发优势”效应,试点“运动处方师”资质的认证机制、开展体医联合会诊机制、应对重大疫情的协作攻关机制,这些均是有效落实跨部门的合作、沟通与协调的可行进路。二是升级健康教育,推动体育助力国民健康素养提高。健康教育是民众健康素养提升的外在动力。三是构建“主管部门-基层社区-社会组织”三级联创机制。政府主管部门根据健康中国相关政策文件,制定出符合本地区的配套政策,在基层社区开展以宣传教育为切入点。社会组织依据一定的主题活动和公益活动实现民众健康教育的网格化覆盖。在高等教育学科专业布局和创新发展中支持更多体医融合人才培养,探

索复合应用型体医融合人才的“本土模式”。

3.4 以整体健康观为中心的服务质量优先导向

在我国经济由高速增长转向高质量发展的阶段,“效率优位”正在被“质量优位”所取代。服务质量是服务满足一定需求的全部特征和性质,取决于用户对服务的期望和实际感知的对比满意度。首先,要打通医疗制度与体育制度的灌渠。试点将运动疗法、康复综合评定等医疗康复项目纳入基本医疗保险支付范围措施。体医融合项目消费是体育与医疗卫生之间实现共建共享的实践尝试,也是全民健身和体育消费推动体育产业高质量发展的时代诉求。其次,要构建体医融合服务质量评价体系。体医融合服务质量评价体系是一个多层次、多指标的复合体系,应建立科学而综合的体医融合服务质量考核体系。这一考评体系不仅注重体育发展的速度与效率,而且更加关注医疗卫生发展的质量,同时把地方政府促进区域服务一体化发展的业绩列入考评范围,并将体力活动作为基本生命体征纳入到医学诊疗体系中。最后,要构建体医融合服务质量评价体系,建立动态而长效的体医融合考核机制与考评体系。体的“弱势”和医的“强势”是一种通过非线性相互作用的协同关系,在兼顾“医”元素的同时,应凸显“体”元素的后发优势效应,真正做到体育引领体医融合服务实现高质量发展。

4 结语

站在新的历史时期,体医融合发展的路径导向应该包括如下几个方面:以行政制度改革为中心的政策协同导向,对体医融合资源进行市场化配置;以治理创新为中心的多元主体共生导向,构建畅通的多维度共生界面,来实现民众对于信息、能量、物质等共生传递的需求,达到破解行业间壁垒,实现行业间网络化、扁平化、组织化的协作效率;以社会价值引领为中心的环境重塑导向,清除协作壁垒障碍,发挥“后发优势”效应形成强共生关系;以整体健康观为中心的服务质量优先导向,实现体育与医疗卫生机构的技术融合、业务融合、市场融合,并在路径终端发展成体医融合服务综合体新业态。

参考文献

[1] 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.

[2] 梁永汉. 我国医疗体育源远流长[J]. 按摩与导引,1986(6):20-22.

[3] 卓大宏. 冠心病的医疗体育[J]. 新医学,1976(8):391-395.

[4] 梁立启,邓星华. “扬州会议”的回顾和对当前学校体育发展的启示[J]. 体育学刊,2014,21(5):1-5.

[5] 金世斌. 改革开放以来我国体育政策演进与价值嬗变[J]. 体育与科学,2013,34(1):36-41.

[6] 唐锡麟. “扬州会议”前后的中国学校卫生[J]. 中国学校卫生,1999(5):323-324.

[7] 苏全生,解勇,何春. 体育院校医学专业“医体结合”的改革实践[J]. 成都体育学院学报,2001,27(5):44-46.

[8] 张波,刘排,葛春林,等. 全民健身与全民健康融合发展研究[J]. 体育文化导刊,2019(5):28-33.

[9] 王凯. 新时代体育治理体系与治理能力现代化建设的政府责任——基于元治理理论和体育改革实践的分析[J]. 体育科学,2019,39(1):12-19.

[10] 高力翔,陆森召,孙国友,等. 我国市民社会发展滞后与非营利性体育组织异化的相关性[J]. 上海体育学院学报,2008,32(1):31-34.

[11] 韩慧,郑家颢. 新中国成立70周年我国体育社会组织发展:历程回顾、现实审思与未来走向[J]. 体育科学,2019,39(5):3-12.

[12] 杨继星,陈家起. 体医融合的制约因素分析及路径构建[J]. 体育文化导刊,2019(4):18-23.

[13] 叶林,陈昀轩,樊玉瑶. 中国体育管理体制改革的困境与出路——基于足球改革的调查[J]. 中国行政管理,2019(9):50-55.

[14] 熊文,张兴梅. 论我国体育体制的管理主义取向及其消解——兼论体育体制与体育管理体制的分化[J]. 天津体育学院学报,2019,34(3):191-197.

[15] 高传胜,雷针. 高质量发展阶段分级诊疗政策的效果与走向[J]. 中州学刊,2019(11):65-72.

[16] 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.

[17] 张文亮,杨金田,张英建,等. “体医融合”背景下体育健康综合体的建设[J]. 体育学刊,2018,25(6):60-67.

[18] 钟亚平. “新时代”背景下全民健身政策执行的制约因素与路径选择[J]. 武汉体育学院学报,2018,52(4):5-11.

[责任编辑 江国平]