

山东省体育局 山东省卫生健康委员会 文件

鲁体办字〔2021〕1号

关于组织申报“体医融合”试点项目的通知

各市体育（教育和体育）局、卫生健康委，各有关单位：

为贯彻落实《“健康中国2030”规划纲要》《体育强国建设纲要》和《山东省医养健康产业发展规划》精神，加快推进体医融合工作，现就申报体医融合试点项目工作通知如下：

一、试点要求

（一）指导思想。深入贯彻落实习近平总书记在全国教育文化卫生体育领域专家代表座谈会上的重要讲话精神，加快实施健康中国行动，推动健康关口前移，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，通过开展体医融合试点工作，探索可复制、可推广的成功做法，培育体医融合发展市场主体，推动体育产业和医养健康产业加快发展，不断提高人民健康水平。

(二) 主要目标。通过3年的时间，在全省培育形成20个比较成熟的体医融合示范项目，探索形成比较完善的运动康复、慢病防治体医融合服务体系；出台3—4项关于体医融合规范的山东地方标准，初步形成体医融合山东模式，推动体医融合发展市场主体初具规模。

(三) 试点内容。

1. 体育部门、医疗机构、科研机构、社区等单位深度合作，推动体质测定与健康体检结合的探索。

2. 编制运动处方指南，开展出具个性化运动处方的试点。

3. 立足于预防为主，开展体育运动消除亚健康状态、治未病的试点。

4. 发挥体育的康复功能，探索慢性疾病非医疗干预的试点；通过运动促进特殊群体康复的创新做法。

5. 开展体医融合相关培训，培育康复治疗师、运动处方师、科学健身指导员、推广社区健康师的探索与实践。

6. 体育和卫生健康等部门与康养机构、健身俱乐部、城乡社区等单位结合，联合探索体医融合服务新模式的做法。

7. 其他体医融合方面的探索性做法。

(四) 试点时间。自正式公布试点单位起，满三年止。

二、申报条件

(一) 申报主体。省内各高等院校，省级科研机构、医疗机构和社团组织；市级、县（市、区）级体育和卫生健康行政部门，医疗机构，科研机构；街道（乡镇）、社区各类医疗机构以及各级各类全民健身中心、运动健康管理中心、康养机构等其他社会组织。鼓励体育与医疗、康养机构联合申报。

(二) 申报数量。每市限报 2—3 个项目。省内各高等院校、省级科研机构和省级社团组织不限数量。

(三) 满足条件。申报体医融合试点项目，应同时具备以下条件。

1. 已经开始运营并取得良好的社会效益。
2. 得到当地体育和卫生健康部门的认可支持。
3. 拥有一定数量的专兼职医学和体育专业人员，并具体参与指导活动。

被列为省体育产业专班或省医养产业专班建设项目的，将优先列为试点项目。

三、申报程序

(一) 县级申报。县（市、区）级体育和卫生健康行政部门组织符合条件的单位积极申报。填报《山东省体医融合试点单位申报表》（附件），分别报市级体育和卫生健康行政部门。

(二) 市级初审。各市体育和卫生健康行政部门依据申报条件，对本行政区域内的申报单位进行初步审核。审核合格后，联合行文，分别报送到省体育局和省卫生健康委。

省内各高等院校、省级科研机构、医疗机构和社团组织填报《山东省体医融合试点单位申报表》(附件)后,直接报送到省体育局和省卫生健康委。

(三) 综合论证。省体育局和省卫生健康委联合或委托第三方,采取实地调研考核、问卷调查、数据获取等方式,对申报单位相关情况进行综合论证,确定试点单位名单。

(四) 认定公布。对经过综合论证符合认定条件的单位,省体育局和省卫生健康委进行授牌命名。

四、有关要求

(一) 高度重视,周密组织。省体育局和省卫生健康委联合成立体医融合工作小组,加强指导。各市体育和卫生健康行政部门要高度重视此次申报推荐工作,要指定专人负责,认真审核,严格把关,确保质量,及时报送。

(二) 定期研讨,加强指导。各市体育和卫生健康行政部门要将试点单位作为工作联系点,帮助试点单位开展各类创新试点工作,提供资金和政策支持,经常研讨总结经验,及时推广成功做法。

(三) 评估验收,重点表彰。省体育局、省卫生健康委将在试点期间,定期对试点项目进行评估,择优确定山东体医融合基本服务标准的联合起草单位;试点工作结束后,进行考核验收。成效显著的,对试点项目单位和市、县体育和卫生健康行政部门进行表彰,优先给予资金扶持。

五、报送时间与联系人

(一) 报送时间。请各市体育和卫生健康行政部门于2021年1月29日前，将《申报表》和2—3张反映项目开展情况图片分别报省体育局和省卫生健康委。

(二) 联系方式。

山东省体育局

群体处联系人：马国庆 电话：0531—66116622

科研中心联系人：田美丽 电话：0531—82072218

产业中心联系人：徐龙波 电话：0531—66116703

邮箱：shandongty1981@163.com

山东省卫生健康委员会

联系人：李鑫 宁淑博

电话：0531—67876232

邮箱：sdyjkcy@shandong.cn

附件：山东省体医融合试点项目申报表



附件

山东省体医融合试点项目申报表

项目名称			
申报单位	名称		
	所在市		
	通信地址		
	负责人		
	联系电话		
申报单位类别	请选择：1. 医疗机构 2. 高等院校 3. 科研院所 4. 社团组织 5. 全民健身中心 6. 运动健康管理中心 7. 康养机构 8. 国有企业 9. 民营企业（可多选）		
项目服务人数	_____人	项目开展时间	
合作单位	序号	单位名称	单位性质
项目简介	（主要包括已开展情况、项目特点、突破的关键技术、项目投入与产出、年度投资额及资金来源、取得成效或预期等）		

项目专业 人 员	——人	医学 专业	高级职称 人, 中级职称 人, 初级职称 人, 其他 人; 共 人。
		体育 专业	高级职称 人, 中级职称 人, 初级职称 人, 其他 人; 共 人。
申报单位 意见	县级体育部门(盖章)		县级卫生健康行政部门(盖章)
初审单位 意见	市级体育部门(盖章)		市级卫生健康行政部门(盖章)

备注：项目简介内容可另附页。

