

# 提高青少年体质 刻不容缓

本报记者 王 萌



江苏省太仓市希希幼儿园的小朋友在校园足球嘉年华活动上表演。

日前，华东师范大学“青少年健康评价与运动干预”教育部重点实验室与日本相关机构合作研究发布《中日儿童青少年体质健康比较研究结果公报》(以下简称《公报》)。结果显示，在2014年和2016年，中国儿童青少年身体形态指标(身高、体重等)大部分年龄段高于日本，但日本儿童青少年在心肺耐力、柔韧性和灵敏协调性等方面高于中国。在力量、速度等体能指标方面，虽然中国低年龄段与日本的差距有所缩小，但随着年龄段增长，差距又被拉大。

这个数字差距的背后是什么?中国儿童在体能方面为何落后?如何提升儿童青少年体质健康?这些问题受到广泛关注。

## 体能指标存在差距

该项成果历时3年，分别在中国与日本的4个城市或地区，对近2万名7—18岁的儿童青少年，运用同样的方法和标准进行测试。《公报》显示，2014年和2016年，7—18岁年龄段中国男生平均身高分别为154.3厘米和157.2厘米，日本男生数据分别为150.6厘米和151厘米；中国女生平均身高分别为150.1厘米和151.5厘米，日本女生数据分别为145.5厘米和146.4厘米。这说明中国孩子相较日本同龄人在身高上占有“优势”。此外，中国儿童青少年体格指标(身高、体重和身体质量指数)几乎均显著高于日本。

“身高更高不代表中国儿童青少年的体质健康好于日本。”据“青少年健康评价与运动干预”教育部重点实验室主任季浏介绍，体格指标反映人的身体质量，只是体现体质健康的因素之一，且数据显示，中国儿童青少年的超重肥胖发生率较之日本更高。更重要的是，体能指标全面不足，中国儿童青少年在心肺耐力、柔韧性和灵敏性方面显著低于日本。“这反映了中国学校体育还存在‘重智育轻体育’的现象，中国学校体育的改变依然任重道远。”季浏说。

## 体育教育效率不足

去年，国务院办公厅印发《关于强化学校体

育促进学生身心健康全面发展的意见》，明确提出“确保学生每天锻炼一小时”的课程设置原则，“严禁削减、挤占体育课时间”成为一条“红线”。体育课的“量”得到有效保证。

“中国的体育课课时算多的，但效率不足。”季浏对照日本的体育教学发现，日本体育课“大运动量、项目特征明显”，让学生得到完整的运动体验，而非单一技术的重复学习。反之，中国目前的体育教学更像是碎片化的体育教育，“无运动量、无战术、无比赛”，不少学生上了12年体育课也无法掌握一门体育运动。

做操、跑步、技术学习，有人把某些体育课比作“无运动量、无质量、无比赛”的“三无课堂”，“每天锻炼一小时”取得一定成效，但应试体育教育弊端仍未从根本上扭转，难以让体育运动真正融入儿童青少年的健康成长之中。

“目前的体育课多以教授技术为中心，例如双手胸前传球，一堂课下来，既达不到运动强度，也不能提高体质水平，更不要说顽强拼搏和团队精神。”根据季浏的研究，中小学每节体育课必须要有适宜的运动负荷，且每节课应有10分钟左右的体能练习。

## 链接

### “中国健康体育课程模式”

华东师范大学“青少年健康评价与运动干预”教育部重点实验室主任季浏教授所带领的团队提出的“中国健康体育课程模式”包括三大要点：每节体育课必须要有适宜的运动负荷，要有10分钟左右的体能练习，倡导学生的运动技能学习应该以活动和比赛为主。

该课程模式特别强调3个关键点：运动负荷、体能练习和运动技能。一是强调每节体育课必须要有适宜的运动负荷，倡导每节课的运动密度(即一节体育课中学生的练习时间与一节总时间的比例)应该在75%以上；运动强度应在125次/分钟—160次/分钟(心率)，其中小学体育课的强度为125次

/分钟—140次/分钟，初中为135次/分钟—150次/分钟，高中为140次/分钟—160次/分钟。二是强调每节课要有10分钟左右的体能练习，方法手段应该多样化、趣味性，且每节课应该有多种体能练习，并注重体能的补偿性练习，但不赞成把体育课上成单纯的体质健康测试课或体育中考课。三是倡导学生的运动技能学习应该以活动和比赛为主，强调用结构化的知识和技能解决复杂、真实运动情境中的问题，每节课这方面的时间应该保证在20分钟左右，不能像传统体育教学那样一节课只教一个单个技术，把一个结构化知识和技能的运动项目完全割裂开来教学。

## 校园体育落到实处

近年来，体育教育越来越受到学校、家庭和社会各界的重视。北京师范大学体育与运动学院副院长高崑认为，现阶段对体育教育的重视还缺少具体的落实，“教育观念的偏颇和应试教育的压力，学校、老师及家长的体育意识淡薄，导致体育教育经常‘说起来重要，忙起来不要’”。

高崑认为，目前的学校体育和社会体育、竞技体育之间缺乏支撑和内在联系，导致学校体育缺少社会体育的课外支持，竞技体育只重视竞赛成绩，在组织孩子们普及锻炼方面没有落实。“所以光从学校体育教育的内部找问题可能还远远不够，需要从大的社会系统上来考虑”。

中国青少年研究中心首席专家孙云晓指出，保障学生的身心健康，一方面学校自身要做好统筹安排，把校园体育落到实处，同时还须由政府出面统筹解决。“青少年本质上是喜欢运动的。应该形成一种崇尚体育、爱好运动的校园文化，让运动好的孩子成为校园里的明星。”

这几天，第十三届全运会群众项目决赛正在如火如荼地进行。从运筹帷幄的围棋到动感十足的舞龙，从历史悠久的健身气功到土生土长的气排球……来自全国各地的民间“大神”汇聚天津，各显神通，好不热闹。

在这些精彩纷呈的比赛中，有不少有趣的细节。围棋项目中，参赛队员的年龄跨度相当大。最老和最小的棋手都来自西藏：年龄最大的强巴绕杰已经54岁，年龄最小的金秋彤只有8岁10个月大，确实称得上“爷孙齐上阵”。而在业余组团体决赛中，年仅10岁的吴依铭与队友搭档获得冠军，风头甚至比柯洁来得都要猛。

花式足球比赛场上，出现了一名洋教练：来自俄罗斯的教练萨沙。作为内蒙古满洲里市聘请的外教，萨沙此前一直在当地从事足球青训，这次来全运会搭档内蒙古男女队的主教练。虽然队员们都是业余选手，但萨沙却毫不怠慢，一直在场边通过翻译焦急地指挥。

作为改革创新的一大举措，本届全运会共设置了19大项126个小项的群众项目，涵盖了各个年龄层、各行各业人群的的兴趣点。通过在各地举行的选拔赛，有约8000名选手登上最后决赛阶段的比赛，成为国家级运动会的参与者。而其中的佼佼者，可以与明星运动员一样，登上全运会的最高领奖台。

事实上，每一个群众项目的背后，都有很多普通人热爱运动、参与体育的故事，有一项运动从无到有的普及历程。

在舞龙赛场，46岁的周志军是年龄最大的参赛者。比赛中，周志军与徒弟陈春华担任“龙头”，整支队伍配合默契、表现完美，生动展示了“海派舞龙”的特色。而更让周志军高兴的是，从公司职员到个体户，有越来越多不同职业的年轻人出现在舞龙的队伍中。

气排球是在中国土生土长的运动项目。1984年，气排球起源于铁路系统职工的业余群众活动。进入21世纪以来，中国城市体育运动需求的兴起和学生体育运动习惯的转变，成为推动气排球步入产业化发展之路的首要推动力。近年来，气排球运动更是在全国迅速普及，全国气排球联赛也应运而生。

群众体育项目走进全运会，让人们看到了中国推动全民健身的决心与成果，显示出全运会回归大众、回归体育本质的探索。让人民群众感受运动的快乐、共享体育发展的成果，以全民健身推动健康中国建设，我们正在路上。



七彩絮语



## 老师新队伍

在全运会群众项目气排球决赛场上，原中国女排主教练俞觉敏以浙江省男子气排球队主教练的身份，带领一支以“60后”人员组成的气排球队队伍参加角逐。

受浙江省排球协会的邀请，俞觉敏半年前担任浙江省男子气排球队主教练。此次气排球决赛，浙江

队8名选手中有7名都是60年代生人。1960年出生的俞觉敏作为年龄最大的一员，是这支“60后”气排球队的老大哥。俞觉敏的名气为浙江队带来了现场助威的球迷。

图为俞觉敏(右二)在场边指挥。

新华社记者 岳月伟摄

# “健康红利”越来越多 新医改构建健康中国

一剂鱼精蛋白临床手术用药，因短缺药品供应保障机制的改革完善，让心脏病患者“生命的等待”不再漫长；一张新农合出院药费结算单，随着跨省异地就医联网推进，减去患者“垫资”之负……

建成覆盖95%人口的基本医疗保障网、居民县域内就诊率已达85%、公立医院综合改革扩至200个城市……我国新一轮医药卫生体制改革创出历史速度，走出构建健康中国关键一步。

## 化痛为通 强化基层服务

居住在上海的蒋继文今年94岁高龄，患有心率失常、房颤等慢性病。过去，子女带着老人在大医院各个科室跑来跑去，不仅花钱多，对老人也是很大折腾。

从2015年启动签约，到2017年形成患者自愿选择一名家庭医生、一家区级医院和一家市级医院签约的“1+1+1”服务模式，社区卫生服务中心主治医师刘玮成了蒋老一家的家庭医生。

“有了刘医生做家庭医生，高血压、心脏病等症状可以随时咨询他。

还能‘延伸处方’，不用再再去大医院挂号就能在社区拿两周用量的药，心里真是踏实！”蒋老的女儿说。

截至今年第一季度，家庭医生签约服务已走进上海218家社区卫生服务中心。在全国，这一签约比例达到22%，在患大病慢病等重点人群中已达38.8%。

这一数据的背后，是党中央、国务院对构建合理医疗服务体系的科学预判。从2015年《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》，到2017年国务院常务会议提出鼓励构建医疗联合体，医疗供给侧结构性改革路径日渐清晰。

5年来，从“北上广”大医院的人满为患，到“小病在基层、大病到医院、康复回基层”的合理就医秩序逐渐形成；从应对每年近80亿的全国诊疗人次，到80%的城市和50%的县开展了分级诊疗试点，我国在破解医改这个世界级难题上，探索出了中国式解决办法。

“医疗卫生体制不能再是单打独斗，而要形成以功能定位为核心、相互配合的一体化服务体系。”国家卫计委体改司司长梁万年说。

## 保障“托底” 补足“短板”

甘肃定西市渭源县上湾乡周家窑村，54岁的村民赵华患有主动脉根部瘤、主动脉瓣关闭不全和冠心病。家里靠种大豆、药材，正常年景收入每年也就两万块钱。几年看病下来，花光了家底。

2017年，甘肃省实施农村贫困人口大病专项救治，规定对50种农村重大疾病实行单病种付费。“是好政策帮我捡回了条命。”享受到这一政策好处的赵华说。

从小小山村到全国城镇，一个全球最大的医疗保障网逐渐织就：城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗参保人数超过13亿，城乡居民大病保险推进实施，疾病应急救助制度全面建立。2012年至今，大病保险已累计赔付资金超过3000亿元；2016年健康扶贫工程启动，已有8省区9.2万名大病患者得到集中救治。

5年来，基本医保全国联网和异地就医直接结算稳步推进。据人社部统计，目前全国已有30个省份1563家定点医疗机构实现跨省就医住院费

用直接结算。让信息“多跑路”、群众少“跑腿”，正成为现实。

## 绩效凸显 共享“红利”

事实证明，新医改用较少的投入取得了较高的健康绩效。

世界银行和世界卫生组织认为，中国在全民健康覆盖方面迅速迈进，改革成就举世瞩目。

成就得益于基本公共卫生服务均等化上“下功夫”。现在，我国人均基本公共卫生服务经费补助标准提高至45元，实施12大类45项国家基本公共卫生服务项目，覆盖居民生命全过程。

成就来自于强有力的财政保障。2016年，全国财政医疗卫生累计支出13154亿元，比2015年同期增长10%。

成就植根于高质量医疗卫生人才“再造血”。国家卫计委副主任马晓伟说，2015年每千人口执业(助理)医师数增加到2.22人，注册护士数增加到2.37人。为应对“全面两孩”落地带来的生育高峰，今后5年我国力争增加产科医生和助产士14万名。

(据新华社电 记者王宾、仇逸、梁军)



## 健康守门人

一大早，家住拉萨市城关区塔玛社区的丹增老人在家中迎来了自己的忘年交——塔玛社区卫生服务中心主任、32岁的扎西罗布。作为家庭医生，扎西罗布这天要为老人在家中进行针灸和泡脚治疗。

丹增一直是社区卫生服务中心的特殊关照对象。卫生服务中心每年对社区居民进行体检，并将居民健康状况录入电子档案，重点关注慢性病患者、65岁以上老人、孕产妇等人群。去年，中心与塔玛社区

和次角林村共870户居民签订了家庭医生服务协议，每户居民都有了专属的医疗健康服务团队。

在西藏，许多像扎西罗布一样的家庭医生正在守护着群众的健康。2016年，西藏在拉萨市、日喀则市南木林县开展家庭医生签约试点。截至目前，拉萨市常住人口签约率超92%。

图为扎西罗布正在为丹增老人开展医疗服务。

新华社记者 普布扎西摄