

我国体医融合的研究进展、热点聚焦与未来展望

沈 圳¹, 胡孝乾², 仇 军²

(1. 清华大学社科学院, 北京 100084; 2. 清华大学 体育部, 北京 100084)

【摘要】：“体医融合”自“健康中国2030”战略提出至今，一直是学界广泛关注的焦点和持续探讨的议题。运用文献资料法，梳理和述评我国体医融合的研究进展，聚焦和解读体医政策融合、理念融合以及部门融合等6大研究热点，基于体医融合的既有研究进行研究总结和未来展望。研究发现：①体医融合的研究范式由实证主义为基调的自然科学研究范式逐渐转向以诠释主义、建构主义为主的人文社会科学研究范式；②体医融合的研究内容由运动干预、体力活动以及运动处方为主的自然科学层面逐渐转向体育与卫生双系统之间的政策、组织制度、融合理念、合作机制等社会科学层面；③体医融合的研究技术路线基本遵循“问题提出—现状审视—对策提升”的研究逻辑和思路；④医学研究者与体育科学研究者在体医融合的研究中出现了研究视角分化和研究重心偏差的现象。

【关键词】：体医融合；健康中国；体育与卫生双系统；政策融合；人才融合；产业融合

【中图分类号】：G812, R-05 **【文献标志码】**：A **【文章编号】**：2096-5656(2021)01-0009-11

DOI：10.15877/j.cnki.nsic.20210309.001

近半个世纪以来，体育科学与医学领域围绕体育与卫生共谋发展、共促健康等内容展开了探讨，并以运动干预、运动与疾病预防、运动康复为研究内容展开了一系列的探索性研究。21世纪初，随着“运动与健康促进(Exercise and Healthy Promotion)”和“运动是良医(Exercise is Medicine, 以下简称EIM)”等理念进入我国并被学界接受和认可，研究者的兴趣再次被点燃，体医融合的相关研究也于近年内以“井喷”之势不断涌现。2016年10月，中共中央、国务院正式印发《“健康中国2030”规划纲要》(以下简称《纲要》)，其中第六章第三节明确提出，加强体医融合和非医疗健康干预，推动形成体医结合的疾病管理与健康服务模式^[1]。至此，体医融合迅速成为体育科学、临床医学以及公共卫生领域竞相探究的热点议题。

本研究以“体医结合”和“体医融合”为篇名，在国内数据库(中国知网、万方数据库等)进行文献检索，共检索出文献495篇，再以中文类核心期刊、中文社会科学引文索引(CSSCI)为主要检索范围，遴选

出与本研究相关的文献80余篇。本研究在归纳整理既有文献的基础上，梳理既有研究成果，追踪研究进展，提炼研究热点，提出研究展望，以期为我国体医融合的后续研究提供理论借鉴和参考。

1 体医融合的概念释义与辨析

2015年3月，全国政协委员钱利民教授于政协十二届三次会议上首次提出了“体医融合”^[2]。最初，“体医融合”这一概念的提出只是一种文件性用语，并没有清晰明确的概念界定^[3]。伴随着学界对这一议题的关注和探究，体医融合的概念和内涵也不断丰富、更新并延伸。目前，学界关于体医融合概念的探讨主要分为3类，具体如下：

首先，医学主导论。向宇宏^[4]提出，体医融合是

基金项目：国家社科基金重大项目：健康中国建设与体育强国建设的体医融合协同创新研究(19ZDA353)。

作者简介：沈 圳(1988—)，男，山东济宁人，博士生，研究方向：运动与健康促进、体医融合。

通信作者：胡孝乾(1981—)，男，北京人，博士，副教授，博士生导师，研究方向：奥林匹克、体育政策与治理。

通过体育运动手段促进身体健康,把运动康复方面的治疗手段、方法运用到常见疾病的治疗中,在医学中加入体育锻炼元素的健康服务模式。张剑威^[5]认为,体医融合可界定为运用体育运动配合医学治疗促进身体恢复、保持、促进健康的模式,是为慢性病、病兆、康复、亚健康人群提供科学的、个性化的运动处方,是实现自我健康的最佳途径。还有研究者认为,体医融合是将体育健身锻炼植入医学领域,通过开设运动处方和增加体育锻炼的方式,解决医学领域中难以解决的“痛点”,体育锻炼是医院的“守门员”。医学主导论认为,医学部门是实施体医融合的主导者,体育锻炼仅作为一种健身方式和锻炼手段,配合和辅助医学完成“预防—治疗—康复”的健康服务。

其次,体育主导论。体医融合是将医疗知识和技术指导运用到慢性病运动干预和运动促进健康的指导过程中,即在健身房、运动康复中心、社区活动中心等非医疗机构,体育锻炼指导者依托医疗技术和设备对患者开展体质监测、运动风险评估和临床指导和观察,确保运动干预在安全可控的医学辅助下完成^[6-7]。这一观点侧重于体育主导论,认为实施体医融合的主体是体育健康指导者,而非医疗工作者,医学功能仅作为实施健康干预的辅助手段。

最后,协同主导论。体育与医学协同配合,共治健康的提议和呼声最多。李璟圆^[8]认为,体医融合是将体育运动的方式与现代医学理念和医学技术方法在医学环节中科学的融入体育运动。刘海平^[9]指出,体医融合指在疾病预防、临床治疗和康复阶段,综合运用医学和体育的专业知识和方法促进身体健康。冯振伟^[10]认为,体医融合是将运动、医疗等健康技术综合运用于疾病预防、治疗和康复,以实现健康促进的过程。协同主导论认为,体医融合指在“疾病预防—疾病治疗—锻炼康复”的医学过程中,相关人员将体育学和医学两个学科的知识体系结合,即将运动医学、运动康复、运动风险评估、运动处方等众多知识集合,运用“医学治疗+运动干预”的手段实现健康促进的模式。

时至今日,学界关于体医融合概念的辨析和争论仍未止息。然而,无论是体育主导论,还是医学主导论,亦或是协同主导论,虽众说纷纭,各执己见,但基本达成了“体医融合是一种能够将体育锻炼与医

学预防、临床诊疗以及康复结合,进而实现健康促进的健康服务手段和方式”的科学共识。基于此,通过归纳和演绎既有研究中体医融合的基本概念,本研究将体医融合的概念界定为:将体育与卫生部门的人才、技术、市场等资源整合,运用于疾病预防、治疗和康复过程,以获得健康促进的服务模式。

2 我国体医融合的研究进展

我国体医融合研究可以追溯至20世纪80年代。李力研^[11]于1987年发表“新的医学革命与新的体育发展”一文首次提出了“体育运动与医学卫生融合”这一时代命题。该研究全面详述了体育与卫生事业融合发展的时代诉求、社会职责和使命担当。时隔3年,李力研^[12]又于“2000年及以后的中国健康与体育——关于健身体育的预防医学阐释”一文中全面地追溯了体医融合的始源,从预防医学、流行病学的角度阐释了体育与医疗卫生事业融合发展的积极作用,并对21世纪我国大众健康与医学的融合发展进行了展望。作为我国体医融合理论研究的开山和典范之作,上述两文为后续体医融合的相关研究提供了坚实的理论依据和重要的参考史料。

20世纪90年代,我国体医融合研究主要集中于运动干预、运动处方、运动与健康促进以及运动与疾病预防等自然科学层面。直至21世纪初期,EIM理念正式进入我国并广受学者们的倡导和响应,体医融合的研究边界才逐渐被拓宽,学者们的研究视角和切入点也随之发生转变。体医融合的研究由以身体活动、运动干预以及运动与疾病预防等为主的自然科学逐步转向了体育与卫生系统之间的融合政策、组织制度、融合模式、融合机制等社会科学层面。尤其近些年,此类研究以“井喷”之势不断涌现,成为了体医融合领域竞相探究的研究热点,体医融合的研究也开始日新月异,风起云涌。

2.1 体医融合研究方法的进展

体医融合是一个多学科聚合的研究领域,具有多学科性。研究主要运用社会学、人类学、历史学等社会科学研究方法对体医融合现状、模式、问题以及发展趋势展开研究^[13]。主要研究方法分类如下:(1)文献研究法。目前,我国体医融合的研究尚在起步阶段,既有研究主要运用政策文本分析^[14]、史料梳

理、域外经验解析^[15]等文献研究法对体医融合的历史进程^[16]、发展逻辑^[17]、理论探讨以及模式建构等方面内容展开研究。(2)案例研究法。一些学者以现实例证为基,深入分析体医融合的实施基础、运行机制以及融合模式,提出了新的理论框架,如李璟圆等^[8]以6家开设运动处方的医疗机构为案例分析对象,通过分析建构了体医融合的动态发展路径模型。(3)调查研究法。此类研究方法多以挖掘与审视体医融合的现实问题为主,包括体医融合中的体医人才缺失、体医供需服务失衡^[18]、体医协作关系羸弱、市场化运作门槛低^[19]等。此外,还有实验研究^[20]、笔谈^[21]等研究方法。这些研究方法的运用拓宽了体医融合的科学范围和边界,让体医融合从最初的一个学界研究热点逐渐发展演变成为一个多学科融合、多学者聚合、多热点集合的研究领域。

2.2 体医融合模式的研究进展

2.2.1 医院模式的研究进展

目前,学界围绕体医融合医院模式的探讨主要集中于医院模式的概念、案例解析^[8,22]、现实困境^[23]以及发展路径^[9]等方面。在医院模式概念方面,学者们基本达成了“医院模式是一种在医院内开设健康服务机构或运动处方门诊,面向疾病人群,尤其是中老年慢性病群体,提供体质监测、科学健身、运动康复以及医疗诊治等“体育+医疗”的健康服务模式”的共识^[24-25]。在医院模式的案例解析方面,有学者从理念融合、技术融合、标准融合以及业务融合等方面梳理了6家开展体医融合健康服务的运动处方门诊,解读了运动处方门诊在体医融合健康服务中的价值和功效^[8];有学者解析了北太平医院体医融合健康服务模式的受众群体、服务内容以及运营困境^[25];还有学者基于对30个个案的筛查分析,构建了体医融合项目风险治理的影响因素评价指标体系^[26]。在医院模式的现实困境方面,王波等^[23]学者认为,患者运动处方的依从性会随着离开医院而大幅减低,从而影响治疗和康复效果;另有学者提出,具有运动医学背景又能根据病人的临床症状和表现开具运动处方的医生较少,成为了当前医院模式面临的现实难题^[27]。关于医院模式的发展路径,学者们主要围绕体医复合型人才^[28]、运动处方分级诊疗体系建构^[10]、以及健康资源与信息共享^[23]等方面对医院模式的发展建言献策。

2.2.2 俱乐部模式的研究进展

与医院模式截然不同的是,俱乐部模式是一种社会化的供给模式^[29],由政府公共事务引入竞争机制,实行社会化、市场化管理^[30]。此模式主要以体育俱乐部、体育场馆、健身中心等为依托,通过自身场馆资源和医技资源有效结合,向社会提供体医融合的疾病诊疗与运动康复服务^[31]。关于俱乐部模式的探究,既有研究以案例解析为主。如有学者从服务内容、服务方式以及服务质量等方面分析了北京康曼俱乐部模式的成功之道^[23],也有学者从管理、经营以及利益冲突等方面解读了其失败之因^[32]。此外,引发学界广泛关注和热议的是苏州“阳光健身卡”模式。学者们普遍认为,苏州“阳光健身卡”模式将健身运动场馆化身成为“医疗康复室”,缓解了当地医疗部门的就医压力,提高了民众参与体育锻炼的积极性,是体医融合模式探索的一次成功尝试^[5,9,33]。本研究通过梳理文献后发现,俱乐部模式的既有研究较少且关注点较为集中,主要聚焦于俱乐部模式的现实问题以及对策分析,鲜有研究能对俱乐部模式的案例做出系统性地剖析和解读。

2.2.3 社区模式的研究进展

体医融合在社区模式同样是学界广泛关注的焦点。首先,关于社区模式的概念,有学者提出,社区模式是体医两部门与社区机构达成共识,依托社区对居民进行体质监测、健身指导及运动康复等“一体化”的健康服务模式^[9];也有学者认为,社区模式并非拘泥于提供体质监测、运动指导和康复等健康服务,还为社区慢病群体、亚健康人群开设运动处方,以“医学+运动”的诊疗方式促进社区病患群体的健康^[24]。其次,既有研究对社区融合的地方模式和经验进行了描述和解读。上海嘉定区“1+1+2”社区主动健康模式^[32,34-35]、政府与市场结合的合肥模式^[18]、青岛崂山社区慢性病干预模式^[36]等成为了学界重点探究的案例。再次,在社区模式存在的问题方面,资金供给不足^[35]、制度建设落后^[5]、体医人才匮乏^[36]及体医部门缺乏配合与联动^[37]等成为了社区模式探索和发展过程中的掣肘难题。最后,基于社区模式的现实问题,有学者着眼于政策层面提出了加强社区模式政策引导、制度建设及组织架构等顶层设计的建议^[38];有学者基于社区组织视角提出了调街道办事处、居委会、社区卫生服务中心以

及健身中心等社区力量,做好体医融合的“后勤保障”工作的对策^[37];还有学者立足于体医人才培养发出了加大运动处方师和社会体育指导员的培训力度,形成“专业人员主导—社会志愿者补充—社区人员辅助”体医健康服务队伍的倡议^[35]。

体医融合模式的研究是近些年学界探讨较多的议题。我国体医融合模式虽然不断制度化和规范化,但是本土化程度较低,一些模式不仅呈野蛮扩张之势,且依然沿用传统的“重医轻体”理念和“治己病”模式^[39]。总体而言,我国体医融合的模式虽各具特色,但良莠不齐,距离形成全国范围内可普遍施行、可复制粘贴、可推广借鉴的模式还有较长的路要走。

3 我国体医融合研究的热点聚焦

3.1 体医政策融合的研究与述评

目前,体医政策融合的研究主要由以下3个角度切入:其一,体医融合政策的文本分析和要义解读;其二,通过分析政策文本,剖析政策中存在的不足;其三,针对现有政策中存在的不足,提出提升策略和路径。

3.1.1 政策解读:文本分析与要义阐释

在以第一种角度切入探讨体医融合政策的文献中,学者们通常在研究起始阶段对体医融合政策进行描述或简要说明。《“健康中国2030”规划纲要》的颁布提升了“体医融合”在促进国民健康方面的战略高度,强调了体育锻炼在促进国民健康方面的使命、责任、功能和价值^[34],改变了过去单项政策指令引领健康事业发展的格局,结束了体卫系统在国民健康事业发展中的缺位状态,标志着我国健康事业迈向精准化方向的道路^[31,40]。此类研究通常以顶层设计的视角切入,以“背景化”的方式解读和梳理我国体医融合相关的政策文件,突出和强调政策的引领和高位推动作用,旨在为后续研究提供政策依据和行动指引。

3.1.2 问题审视:配套政策与法制缺失

在以第二种角度切入探讨体医融合政策的文献中,学者们对政策文本内容的研究主要集中于两个方面:第一,由政策体系着眼,剖析政策不足;第二,由法制视角切入,揭示此领域法律与法规的缺失。

首先,在政策体系方面,体医融合政策的可操作

性和具体细则是学者们关注的焦点。近些年,国家相继出台的《“健康中国2030”规划纲要》《体育发展“十三五”规划》以及新周期的《全民健身计划》等政策文件,虽然是健康中国战略的有力支持和补充,但计划的内容仍局限于体育系统内部,并没有明确提出体育与卫生协同联动,共话健康的具体化策略^[39],更未见“体医融合”和“运动处方”的实施办法和细化措施^[27]。学者们还指出,我国体医融合不乏宏观政策的引领,但精细、实用、可行的配套政策几乎没有,且体医融合政策体系不够完整,呈现碎片化、部门化和低层次化的特征^[41]。正如一篇发表在Lancet的文章中提及,新周期我国的全民健身计划没有对亚健康、肥胖以及慢性病群体进行科学分类的运动指导,也未将个人、社会、环境等因素纳入全民健身的政策中来,全民健身成为了健身倡议,没有为体育与卫生的联动发展提供具体的行动指导^[42]。目前,体医融合的政策不乏顶层设计,但却缺乏具体化、专业化的实施细则和可操作性强、能够落地的行动策略。

其次,在体医融合法律法规方面,相关法律缺失是学者们的共识。周信德等^[43]指出,目前,我国体医融合配套政策法规尚未出台,体医融合在推进和实施的过程中仍缺乏政策规范和法律保障。冯振伟等^[41]提出,我国没有专门的健康促进法,从顶层设计的层面上缺少体医融合的法律支撑和立法保障。曾经风靡一时的北京康曼俱乐部,其体医融合模式在市场化运营后不久便出现了利益分配冲突、权责边界不清的问题。究其原因,正是体医融合在顶层设计中的政策法规缺位,法律保障不足,致使康曼俱乐部无法借助法律和法规维护各方权益,解决利益冲突与矛盾^[32]。

3.1.3 策略提升:政策优化与法规完善

在以第三种角度切入探讨体医融合政策的文献中,研究者针对“完善政策体系”和“健全法律法规”两个方面给出了不同的提升策略和路径。首先,在完善政策体系方面,可将体医融合政策从健康中国的政策范围和框架内剥离,并由国家出台体医融合专项政策或具体化的实施办法,细化工作任务和工作要求^[18];做好体医融合发展中不相适应的政策“立、改、废”工作,清理与废除相关政策中过时的内容,修订与融合工作中相互矛盾的内容,避免政策各

成体系,互不衔接^[44]。其次,在健全法律法规方面,由于我国现有体医融合相关法律、法规缺失严重,因此,学者们提出从国家层面推进法律法规体系的建设。有学者建议借鉴美国经验,由体育和医疗部门牵头起草关于体医融合的具体实施办法和实施细则,形成由国家到地方的垂直管理政策法规体系,以及体、教、文、卫、科等部门横向具体实施的制度体系^[43]。也有学者提出,应自上而下健全和完善体医融合的法律法规体系,从国家立法层面规范体医融合中的机构分工与协作、技术整合与规范、资金流通与利益分配等问题^[14]。

总体而言,体医政策融合的研究基本遵循了“文首突出要义—文中审视问题—文末提出建议”的思路和逻辑。既往研究通常略过政策文本分析,以“背景化”解读的方式梳理体医融合政策要义和引领价值,继而审视体医融合政策中的缺陷和不足,并基于现实问题从政策法规和制度建设方面提出策略和建议。

3.2 体医理念融合的研究与述评

近年来,EIM的理念在多个国家和地区得到了广泛地响应和积极地推广,我国体医融合领域的相关研究也在这一理念的启发下逐渐丰富起来。学者们关注的焦点主要集中于体医理念融合的问题审视和理念提升两个方面。

3.2.1 问题审视:理念陈旧与认知固化

理念融合的问题主要集中于以下3个方面。第一,医学方面:医学治疗理念长期固化。研究发现,我国公共卫生管理模式仍以疾病治疗为中心,治疗医学的理念根深蒂固^[18],医学界“厚医薄体”“重治疗轻预防”的认知长期固化^[34],医生的诊断观念仍以“医学救治”为价值取向,长期沉浸于医学诊断和临床治疗,对慢性病群体的运动干预的认知和实践仅停留在概念层面,且治疗手段单一,治疗理念陈旧^[10]。第二,体育方面:竞技体育发展重心倾斜。一直以来,体育系统的发展重心长期向“锦标主义”和“金牌主义”倾斜,对发展群众体育促进大众健康重视不足^[45]。反观发达国家,竞技体育和大众体育发展失衡程度较低,体育的锻炼价值和功能也一直被推崇、强化,体育锻炼被誉为“从摇篮到坟墓”都不能放弃的“生命良药”^[44]。第三,民众意识方面:运动促进健康理念淡薄。体医融合推行至今,民众

对“体育锻炼+医疗治疗”的健康服务模式仍存在认知偏差^[47]。

3.2.2 理念提升:理念转变与观念提升

如何破除“重医”理念并提升新式观念,学者们给了不同的提议。有研究者认为,体卫部门应推行“大健康,大体育”的理念,整合部门资源,充分宣扬运动促进健康的理念和价值本源,提升社会对体医融合的认知和认同^[41]。也有研究者呼吁,医疗机构和医学从业者,要转变理念和职业行为,树立体医融合观念,推动“以疾病为中心”向“以健康为中心”的大健康理念转变^[47]。还有学者立足教育视角提出,学校应跳出只培养学生运动技术的思想桎梏,打破观念束缚,将运动促进健康的理念放在教学首位^[4],尤其是医学院校,更应引入体医融合思维,转变“重治愈,轻体育”的传统观念。事实上,体医融合正是一场健康概念与健康模式融合的革新,其健康理念不仅仅是救治病人,还要助力民众树立主动性、全周期和全过程的“大健康观”^[8],破除“健康=治病”的传统思维,从根本上消除对健康的认知偏差^[48]。

综上所述,研究者从体育、医学和民众意识3个层面揭示了体医理念融合的困境与不足,并结合当前困境提出了提升策略。然而,有些研究者仅论述了体医理念融合的不足和缺陷,并没有提出可行的解决方案;也有研究者虽基于现实问题提出了应对策略,但其策略往往轻描淡写、粗枝大叶,缺乏可操作性的实施细则,在推进和落实上存在难度。

3.3 体医部门融合的研究与述评

体医部门融合的相关研究也于近十年内呈风起云涌之势。笔者梳理文献后发现,部门融合的研究与上文所述理念融合的研究路线基本一致:研究者首先揭示体医部门融合存在的困境与难题,进而结合问题提出针对性策略和路径。

3.3.1 问题审视:条块不分与各自为政

长期以来,体育健康服务与医疗卫生服务分别隶属于不同的职能部门^[32],两部门在体医融合协同与配合中出现了职能边界模糊^[29]、协作权责不清^[45]、合作意向不足等问题,形成了自成体系、各自为政的“条块管理”局面。研究者指出,由于行政管理体制所限,体卫两大系统各行其职,各自秉承着独有的行政管理模式,缺乏必要的沟通协作^[43],体育部门侧重于健康管理,如体质监测、运动风险评估、

运动训练指导等,而医学部门主要负责疾病筛查、临床治疗和康复,两部门的组织体系独立,缺乏必要的部门协同机制^[18]。

学者们还分析了造成体医部门融合存困境与难题的原因。如体育部门在合作方面缺少相应的政策引导、管理机制^[37]、专项经费支持以及沟通媒介^[43]。不仅如此,造成体医部门融合存困境与难题的原因还包括:体医两部门缺乏沟通机制和互融共通的健康服务平台、跨界整合和协同资源的能力不足^[49]、各参与主体之间缺少统领协调机制。

3.3.2 路径选择:消除壁垒与协同管理

如何破解体医部门各自为政的“孤岛”局面,研究者从如下两个方面给出了不同的策略和路径。

第一,政府主导,多部门协同参与治理。杨继星等^[50]立足希克斯的整理政府理论倡导政府的“整体性治理”,利用政府间的“伙伴关系”进行机构整合、业务整合、信息资源整合以及服务整合。王波等^[23]提出,应强化体育与卫生部门的协作,加强体医融合的顶层设计,政府应统领全局探讨体医融合机制体制建设,推进形成体医融合试点改革。张阳等^[18]认为,应建立多部门协同管理系统,解决体医融合政策设定及实施、体医融合的组织管理和工作统筹、体医融合的资源配置和信息共享等方面的问题,并建立激励、监督、评价与问责机制,全面管理和约束各部门的参与和执行情况。还有学者提出,体育与卫生部门需要达成协作共识,孵育体医融合协作共同体,相互补充、相互依赖,共同发展、共同适应^[34],从“我就是我,你就是你”各自为政的模式逐步向“你中有我,我中有你”融合协作的模式转变^[51]。

第二,社会参与,社会组织相互协调与配合。有研究提出,可借鉴美国的“NPAP体医融合的组织结构和治理模式”,发挥社会组织的 service 功能,利用社会组织开展科学健身指南、慢性病防控培训等健康服务,分解政府“全面管理”的政治压力^[49]。还有研究提议,中国体育科学会、中国医体整合联盟、体医融合促进与研究中心等社会组织应通过内设专业机构、广纳医学会员、制定等级认证等,联合医院、社区、健身中心等机构提供“问诊—测试—干预—治疗”的体医融合的健康服务^[45]。也有学者从社区治理的视角为体医部门融合建言献策:社区、街道和居委会应广泛参与社区公共健康服务,挖掘社区自

身资源,加强社区居委会的组织管理和协作能力^[22],形成“政府支持—体卫统领—街道负责—社会参与—群众支持”的体医融合公共卫生服务模式^[52]。

整体而言,研究者主要围绕体医部门的管理体制和合作机制中存在的问题展开探讨,并基于上述问题从“大政府—小社会”的政府主导机制、“组织协同治理”的社会主导机制及“辖区自治”的社区主导机制3个方面提出了体医部门融合的发展路径。

3.4 体医人才融合的研究与述评

近些年,体医人才融合一直是学界密切关注的研究热点。首先,本研究从如下3个方面综述体医人才融合的现实困境:(1)人才培养体系散乱;(2)人才数量存在缺口;(3)人才专业技能不足。其次,审视体医人才融合的问题与不足,提出体医人才融合的应对策略和路径。

3.4.1 问题审视:课程缺失与体系散乱

现阶段,我国体医融合仍处在起步阶段,体医人才融合的问题尤其突出。首先,人才培养体系散乱。目前,学界对体医人才培养体系的研究大致分为教学模式研究与课程体系研究两个方面。在教学模式研究方面,学者们通过分析医学类和体育类两类院校现有人才培养模式,指出了其中存在的问题:医学类院校多采用以“器官—系统”教学模式,缺乏以“功能”为主的运动技术的教学内容,致使对运动干预疾病的基础理论掌握不足^[9];体育类院校则过度重视本领域的技能培养,忽视医学基础知识的传授^[32],难以形成“医体互通”的专业师资队伍和人才培育机制。在课程体系建设方面,有学者指出了医学类院校在运动营养、运动处方和康复保健等体育类课程体系建设上的薄弱和不足,一些医学类院校弱化运动技能的普及和推广,“重理论,轻技能”的错误理念阻滞了医学专业学生对运动技术的理解、掌握和运用^[45]。

其次,人才数量存在缺口。我国康复人才主要依托于高校进行培养。截至目前,我国共有118所高校开设有康复治疗学专业,其中,医学类高校74所,体育类高校仅有5所。每年全国康复治疗学专业的毕业生不足1万人,平均每25万人才能有一名康复医师,数量严重不足^[9]。据龙佳怀等^[27]统计,自2005年运动康复专业被教育部批复招生以来,该专业每年全国招生人数不足2000人,难以填补健康

服务人才不足的缺口。余清等^[19]在经过研究后发现,一方面,人民群众的运动康复治疗需求在不断攀升,运动康复诊疗中心在各地大量出现;另一方面,我国仍存在近30万运动康复人才的缺口,物理治疗师、运动康复师等人才的匮乏是体医融合的掣肘因素。

最后,人才专业技能不足。体育理论知识和运动实践经验的缺乏使医生在运动项目选择、运动强度设定等方面难以给予患者专业的指导,而只能给予一些结构单一、内容简练的运动指导^[53]。相反,缺乏医学保健知识和临床实践经验的运动指导人员对肥胖、慢性病、特病群体的身体机能和临床表现认识不足,难以为受诊者开具合理的运动处方^[54]。

3.4.2 路径探寻:体系升级与人才合作

首先,在人才培养体系方面,王晓曦^[55]指出体育与医学类高校应设置“医体渗透”的专业,打破体育与医学“独立培养”的单一模式,发挥联合培养的优势,为社会输送更多的复合型体医人才。这一思路在体育类与医学类高校的人才培养模式中也得到了实践。成都体育学院中医药专业通过“医体结合,医体渗透”的教学体系改革,设立了临床医学、运动生理学、运动医护监督、运动机能评定、太极拳、八段锦、易筋经等理论知识和运动实践的课程,为社会培养了大批的体医融合的复合型人才^[56]。新乡医学院、安徽医科大学和重庆医科大学等众多医学类院校实施了“体医融合”教学改革,除了开设体育医疗、运动康复、运动损伤与防治等理论课程以外,增开健身操、游泳、身体素质等训练课程,全面培养体医融合专业人才^[34]。同时,在人才培养体系中更加细分的课程体系和专业设置方面,有学者着眼于特定人群的需求,为体医融合人才培养模式提出了建议。如在老年人健康方面,戴素果^[57]提出,健康促进的科学体育锻炼更应该向老年人倾斜,应在医学和运动学专业教育的基础上,将老年人体医融合作为独立学科纳入体医基础教学体系,培养与老年人健康体医融合相匹配的专业人才队伍。

其次,在人才数量缺口方面,我国医学类高校应扩大运动康复人才的培养规模,鼓励更多的体育类高校开设运动康复专业^[27],加快“机构培养—协会认证”体系的构建,颁发运动康复师资格认定证书,让医生、医疗人员和相关专业背景学生参加继续教

育,壮大体医复合型人才培养队伍,弥合社会健康服务人才缺失的裂痕和缺口^[9]。此外,运动康复人才的培养可以借鉴美国经验,积极推动康复中心与科研机构、高等院校建立合作,引导建立行业协会和物理治疗人才培养体系,为社会输送更多的运动康复专业人才^[19]。

最后,在人才专业技能方面,有学者建议高校可以通过与各类医院康复中心、社区体育中心以及运动健身俱乐部进行合作,增加学生深入一线的实习和实践机会,进而提升学生的专业技能储备,丰富他们的实践经验^[41]。体育类与医学类高校还可以通过合作,整合优质的“体育+医学”教育资源,为体医融合提供专业的知识学习和技能培训。如医学类院校开设体育理论知识和运动技能课程;体育类院校开设医学保健知识和临床实践课程,培养能够开具运动处方和执行运动处方的“运动医生”^[44]。

既往研究中,体医人才融合的研究最为集中。本研究将体医人才融合的研究技术路线绘制成图1后发现,在问题审视方面,研究者能够统筹整体和局部的关系,立足体育和医学两种视角,揭示了体医人才融合中培养体系散乱、人才数量不足和人才专业技能缺失3个方面的困境与不足。尤其在人才培养体系散乱这一问题上,研究者着眼于培养体系整体、教学模式和课程体系3个层面,挖掘人才融合中出现的问题和不足。而在路径探寻方面,研究者能够结合上述3方面问题的审视与分析,提出针对性的对策和建议。

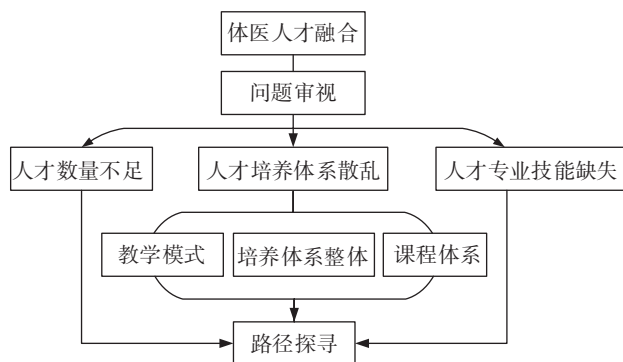


图1 我国体医人才融合研究的技术路线图

Fig.1 The technical roadmap of talent integration of sports and medicine integration in China

3.5 体医产业融合的研究与述评

关于体医产业融合,学界并没有完整而清晰的概念,但结合体育产业和产业融合的概念,本研究将

其概念归纳为体育产业与医疗健康产业两种不同的行业之间产业要素相互交叉、渗透与重组,致使二者产业边界模糊或收缩,市场需求与供给不断发生变化,最终形成新型业态的动态发展过程^[58]。基于此,本研究紧扣体医产业融合的概念,着重对体医融合产业过程中的供需关系进行梳理和综述。

3.5.1 问题审视:供需失衡与原因解析

体医产业融合的研究主要着眼于体育产业和健康产业在交叉领域的供给与需求两个方面。首先,学者们分别审视了这一交叉领域的供给、需求以及二者之间的关系。高千里等^[24]阐释了当前体医产业融合供给侧在供给质量、服务要素以及供给体系方面存在的问题,道出了体医健康服务需求侧与供给侧矛盾日益锐化的原因。正如一些学者所言,“体育+健康”服务资源大多聚集于一、二线城市,优质的“体育+健康”服务难以下沉,使得非一、二线城市中的“体育+健康”服务供需结构失衡,加剧了需求与供给之间的矛盾^[45]。

其次,学者们进一步探讨了供需矛盾产生的原因,并将其主要归结为以下两个方面。第一,外部原因:政府供给失衡——健康服务供给出现错位和失衡的原因在于政府部门在医疗领域和体育领域之间的资源投入不平衡^[41];第二,内部原因:产业不成熟——体育健身、运动休闲以及康体保健等体医健康服务产业本身服务能力单一,难以满足居民多元化的健康需求^[29]。另有学者认为,由于体医健康服务业在人力、信息、技术等方面尚未有效整合,体质监测、诊疗手段以及运动处方等健康服务不够健全和成熟,故此体医健康服务产业的供给“质不足,量偏低”^[24]。诚然,学者们对于产生供需矛盾原因的解读并不局限于此,但学界的主流观点还是将体医产业融合领域的供需矛盾锐化归因于供需失衡错位和服务质量偏低。

3.5.2 对策升级:供需平衡与业态升级

针对供需矛盾突出的问题,有学者以供给主体为突破口,给出了培育多元市场主体,增加市场供给,鼓励和吸引各类主体参与体医健康服务产业的建议^[24];有学者立足于运营方式的角度指出,体医健康服务产业广泛吸纳社会资本参与,推广社会公益组织和商业机构有机结合的有偿运营方式,进而满足多元化的市场需求^[40]。还有学者着眼于业态

融合,建议体育产业扩大与中医药行业、餐饮行业、养老服务业等健康管理服务行业的业态融合,以拓宽体医健康服务业的供给边界,提供多元化的市场服务^[45]。虽然学者们的视角不同,但其建议和主张都立足于供给侧,并结合体医健康服务产业中的现实问题提出了相应对策。

总体而言,产业融合的研究呈现以下3个特点:其一,问题审视的集中化,研究多着眼于供需矛盾展开审视与分析;其二,问题解析视角的多元化,学者们立足于供给错位、服务能力、服务质量等多重视角解析供需矛盾锐化的原因;其三,问题解决的靶向性,学者们立足于供给侧,从供给主体、运营方式、业态融合等提出解决供需失衡问题的对策和建议。

3.6 体医技术融合的研究与述评

目前,体医技术融合主要聚焦于体医高科技技术融合,包括医学诊疗与体育锻炼上的技术融合、体医信息化技术融合、体医智慧化服务融合等方面^[54,59]。梳理文献后发现,有关技术融合的文献数量较少,且研究散乱不成体系,主要集中于以下3个方面。第一,在医学诊疗与体育锻炼上的技术融合方面,“互联网+体育+医疗”的健康服务模式是当前体医技术融合的主流,学者们分别从移动医疗、智能健身、3D体成分扫描、健身可视化监控等高新技术方面提出了步入“体医融合3.0时代”的理念和构想^[54];第二,在体医信息技术方面,研究者论述了构建健康大数据服务和互联网信息沟通平台^[60],建立健康特征数据库和生理大数据智能分析平台的重要性;第三,在体医智慧化服务融合方面,有研究指出实施“线上诊断—网络跟踪”的互联网一体化健康服务平台^[61],建立体质监测、物理诊疗以及运动康复的数据关联与同步的“线上+线下”智慧化服务体系^[57]。此外,还有学者从体力活动评价工具、临床诊疗与监控设备、体力活动设施等方面介绍了国外体医技术融合的实践和探索^[49]。

学者们在研究的理论基础部分抛出了体医高科技技术融合的构想和理念,但并未对此类技术融合的不足和问题进行审视^[62],也未对此类技术如何融合以及融合路向展开详解和细述^[8]。总体而言,体医技术融合的研究内容纵横交错,琐碎而散乱,且研究深度不足,“蜻蜓点水”式的描述性研究居多。

4 总结与未来展望

4.1 总结

(1) 研究范式。体医融合的研究逐渐突破了以实证主义为基调的自然科学研究范式,扩展至以诠释主义、建构主义为主的人文社会科学研究范式。在研究方法上,体医融合研究由最初的临床实验、跟踪调查等量化研究逐渐向以理论建构、案例分析以及模式探索为主的定性研究范式转变。

(2) 研究对象和内容。早期的体医融合研究主要聚焦于运动医学、预防医学等领域,研究对象局限于运动干预、体力活动以及运动处方等自然科学层面,现如今已逐步转向体育与卫生双系统之间的政策、组织制度、融合理念、合作机制等社会科学层面。

(3) 研究技术路线。体医融合的研究基本遵循“问题提出—现状审视—对策提升”的研究思路和逻辑,即先“看”,再“问”,后“答”。研究在“描述”的基础上究其“问题”,探其“对策”,形成了“提—问—答”的研究技术路线。

(4) 研究视角。医学研究者与体育科学研究者 在体医融合的研究中出现了研究视角分化和研究重心偏差的现象。医学研究者主要着眼于运动与临床病理、体育锻炼与临床表现、体育锻炼治疗成效等主题,研究多集中于临床治疗和医学康复两个方面。而体育科学研究者则较为关注运动风险评估、体适能测试,以及体医双系统之间的顶层设计、制度架构、组织关系、合作理念以及协同机制等方面。

4.2 未来展望

(1) 加强体医融合模式的探索与研究。目前,北京、上海、苏州等地开启了体医融合健康服务模式的探索和实践,并初步形成了医院模式、社区模式、健身中心模式等主流模式。未来研究可深入分析和解读各类模式的典型案例和地方经验,比较不同模式之间的区别和差异,探索体医融合模式的运作机制、影响因素以及实施成效等。

(2) 丰富体医融合研究内容。本研究着重梳理了政策融合、理念融合、人才融合以及产业融合等方面的研究。今后,可加强体医双系统在信息融合、技术融合以及资源融合等方面的探讨和研究,拓宽体医融合研究内容的维度和范畴,让体医融合从学界研究热点逐渐发展演变成为多学科融合、多视角聚合、多热点集合的研究领域。

(3) 拓宽体医融合研究对象的边界和范畴。首先,体医融合的需求群体方面,体医融合的健康服务群体覆盖全人群、全生命周期,未来研究应该结合健康中国行动的主要任务和体育强国建设的短板,重点关注儿童青少年群体、老年人群体、慢性病群体以及残疾人群体;其次,体医融合的供给群体方面,临床医生、社会体育指导员、运动康复师以及健身教练等群体都是体医融合研究中的不可忽视的重要研究对象。

(4) 完善体医融合研究的方法论体系。近些年,体医融合的研究呈现“井喷”态势,既有研究多聚焦于政策引领、组织制度与协同机制等宏观层面,“蜻蜓点水”式的描述性研究居多,基于理论和实证数据支撑的解释性研究较少。因此,体医融合的理论 and 制度方面的研究,应加强思辨,利用现状调查法或个案研究形成理论并提出政策建议;同时,还应加强实证调查和实验研究,突出实证数据和因果证据的必要性和重要性,形成“理论借鉴—证据找寻—诱因挖掘—推论佐证”的研究方法体系。

(5) 推进体育与卫生学术共同体建设。未来研究可深入探讨体医融合学术共同体平台和体医融合研究智库建设,推进形成体医融合“学术共同体”,以此增进学术合作、加强学术批评、促进学术创新,为体医融合的学术发展提供强有力的精神支持和组织保障,为体医融合的学术创新提供积极的运行机制和生态环境。

(6) 深化中国特色的体医融合模式。中国特色的体医融合模式立足于中国文化,挖掘具备中国特色的健身方法和手段,后续研究应从疾病预防和康复的视角探索中国传统养生、保健养生与中医学之间的融合模式。通过大量的临床实践,形成与现代西方医学截然不同的、具有中医学特色的体医融合服务模式,最终实现中国特色体医融合的理念自信、理论自信、道路自信和制度自信的内在统一。

(7) 鼓励体医融合研究的突破与创新。既往研究宣扬、照搬国外体医融合模式的痕迹较重,忽略了我国的实际国情,大多数解决策略难以落地和推进。因此,未来研究应在现有理论的基础上革故鼎新,坚持以中国道路为指导思想,以解决健康中国 and 体育强国建设面临的重大问题为出发点,深入分析国内体医融合的动力要素、需求差异和掣肘致因,甄别和

吸收国外可适用的实践经验,探索出一条符合中国特色的体医融合特色发展之路。

参考文献:

- [1] 中共中央、国务院.《“健康中国2030”规划纲要》[EB/OL]. (2016-10-25).http://www.gov.cn/gongbao/content/2016/content_5133024.htm.
- [2] 安涛.“体医结合”相关研究现状分析[J].科技资讯,2018(15):218-219.
- [3] 于洪军,冯晓露,仇军.“健康中国”建设视角下“体医融合”研究的进展[J].首都体育学院学报,2020,32(6):484-491.
- [4] 向宇宏,李承伟.“体医融合”下我国学校体育的发展[J].体育学刊,2017,24(5):76-79.
- [5] 张剑威,汤卫东.“体医结合”协同发展的时代意蕴、地方实践与推进思路[J].首都体育学院学报,2018,30(1):73-77.
- [6] 宣海德.我国城市社区体育中“体医结合”问题的研究[J].军事体育进修学院学报,2007,26(1):106.
- [7] 黄彩华.论“医体结合”公共健康服务模式[J].福建论坛(人文社会科学版),2010(S1):25-27.
- [8] 李璟圆,梁辰,高璨,等.体医融合的内涵与路径研究——以运动处方门诊为例[J].体育科学,2019,39(7):23-32.
- [9] 刘海平,汪洪波.“体医融合”促进全民健康的分析与思考[J].首都体育学院学报,2019,31(5):454-458.
- [10] 冯振伟,韩磊磊.融合·互惠·共生:体育与医疗卫生共生机制及路径探寻[J].体育科学,2019,39(1):35-46.
- [11] 李力研.新的医学革命与新的体育发展[J].体育科学,1987(1):82-85.
- [12] 李力研.2000年及其以后的中国健康与体育——关于健身体育的预防医学阐释[J].天津体育学院学报,1990(3):14-21.
- [13] 卢文云,王志华,陈佩杰.健康中国建设与体育强国建设背景下深化体医融合研究的思考[J].上海体育学院学报,2021,45(1):40-50.
- [14] 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.
- [15] 韩磊磊,王艳艳,贺立娥,等.英国运动转介计划的发展经验对我国体医融合的启示[J].西安体育学院学报,2020,37(2):138-144.
- [16] 谷倩,黄涛,程蜀琳.“体医融合”视域下“运动是良医”的再认识——历史、现状和争议[J].体育科研,2018,53(9):1689-1699.
- [17] 王春顺,娄方平,李国泰.新时代我国体医融合双元创新发展研究[J].体育文化导刊,2019(5):6-11.
- [18] 张阳,王志红,张猛,等.健康中国背景下体医融合的服务需求、制约因素及发展思路研究——以合肥市为例[J].沈阳体育学院学报,2020,39(01):61-67.
- [19] 余清,秦学林.体医融合背景下运动康复中心发展困境及对策分析[J].体育与科学,2018,39(6):24-30.
- [20] 吕家爱,陈德喜.体医结合模式运动干预对糖尿病患者控制效果评估[J].公共卫生与预防医学,2016,27(3):88-90.
- [21] 廖远朋,王煜,胡毓诗,等.体医结合:建设“健康中国”的重要途径[J].成都体育学院学报,2017,41(1):5-7.
- [22] 王波,董杰,盛磊,等.“体医融合”服务需求及影响因素研究[J].体育大视野,2018,8(10):173-176.
- [23] 王波,董杰,盛磊,等.体医融合内涵、模式及路径探讨[J].体育科技,2018,39(3):30-32.
- [24] 高千里,商勇,李承伟,等.供给侧改革视域下体医融合健康服务供给研究[J].武汉体育学院学报,2020,54(6):19-24.
- [25] 赵彤.我国体医结合健身模式现状与对策[D].北京:北京体育大学,2014.
- [26] 李明,许文鑫.体医融合项目的风险治理:一种新的面向与选择——从非典到新型冠状病毒肺炎谈起[J].武汉体育学院学报,2020,54(5):25-30.
- [27] 龙佳怀,刘玉.健康中国建设背景下全民科学健身的实然与应然[J].体育科学,2017,37(6):91-97.
- [28] 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(7):10-11.
- [29] 董宏,戴俊,殷鹏.供给侧改革视域下体医融合服务供给模式的现实困境与优化路径[J].武汉体育学院学报,2019,53(9):15-21.
- [30] 李杰.顾客导向理念嵌入基层社区组织公共服务供给模式研究——以上海市S社区为例[J].哈尔滨商业大学学报,2017(3):72-81.
- [31] 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.
- [32] 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.
- [33] 李靖,张漓.健康中国建设中慢性病防治体医融合的试点经验、现实挑战及应对策略[J].体育科学,2020,40(12):73-82.
- [34] 常凤,李国平.健康中国战略下体育与医疗共生关系的实然与应然[J].体育科学,2019,39(6):13-21.
- [35] 戴红磊,苏光颖.我国社区体医健康服务模式困境及发展路径[J].体育文化导刊,2020(3):62-66.
- [36] 南秀玲.健康中国视域下“体医结合”发展问题及策略研究[D].西安:陕西师范大学,2018.
- [37] 赵仙丽,李之俊,吴志坤.构建城市社区“体医结合”体育公共服务的创新模式[J].体育科研,2011,32(4):58-63.
- [38] 梁丽珍.体医融合背景下社区医疗与体育健康产业协同发展模式研究[J].经济研究导刊,2017(30):54-55.
- [39] 岳建军,龚俊丽,贝迎九,等.体力活动生命体征:运动是良医的核心、体医融合的支点[J].成都体育学院学报,2018,44(6):116-120.
- [40] 郑朝沙,符壮.体医融合相关体育产业创新发展研究[J].广州体育学院学报,2020,40(1):6-8.
- [41] 冯振伟,王先亮.基于共生理论的体育业与医疗服务业融合共生路径构建研究[J].山东体育学院学报,2018,34(5):1-7.
- [42] LI F, LIU Y, ZHU W, et al. China's challenges in promoting physical activity and fitness[J]. The Lancet, 2016, 388(10051):1278-1279.
- [43] 周信德,庄永达.“健康中国”战略背景下“体医融合”发展

- 路径构建研究[J].浙江体育科学,2020,42(3): 21-25.
- [44] 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.
- [45] 沈圳,胡孝乾.全民健身与全民健康深度融合的现实困境与多维路径[J].体育文化导刊,2019(7): 55-65.
- [46] 丁省伟,范铜钢.健康中国理念下慢性疾病防治的体医深度融合路径研究[C].第四届全民健身科学大会,2018.
- [47] 胡大一.弥合裂痕 应对挑战——论全面实施以人民健康为中心的健康中国战略[J].黄河科技学院学报,2019, 21(2): 1-3.
- [48] 董传升,汪毅,郑松波.体育融入大健康:健康中国治理的“双轨并行”战略模式[J].北京体育大学学报,2018,41(2): 7-16.
- [49] 岳建军.美国《国民体力活动计划》中体育与卫生医疗业融合发展研究[J].体育科学,2017,37(4): 29-38.
- [50] 杨继星,陈家起.多学科视域下体医融合理论根基探究[J].吉林体育学院学报,2019,35(6): 18-22.
- [51] 李璟圆.以习近平经济思想引领体育与医疗融合发展[J].北京体育大学学报,2018,41(9): 8-14.
- [52] 单妙琴.“健康中国”背景下金华市体医融合发展研究[J].科技资讯,2019(23): 200-201.
- [53] 王晓斐.体医融合与中国健康管理产业[J].新经济导刊,2018(9): 56-60.
- [54] 马荣超.基于“体育+”时代下体育健康服务业供给侧改革研究——“体医融合”模式探析[J].湘南学院学报,2018,39(5): 106-110.
- [55] 王晓曦.医体结合专业人才培养研究[J].体育文化导刊,2011,4(4): 98-100.
- [56] 苏全生,解勇,何春江,等.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.
- [57] 戴素果.健康中国理念下老年健康促进的体医深度融合路径[J].广州体育学院学报,2017,37(3): 3-6.
- [58] 李燕燕.我国体育产业融合成长研究[D].武汉:武汉体育学院,2014.
- [59] 郭建军.体医融合推动健康革命路径探讨[J].慢性病学杂志,2017,18(11): 1189-1193.
- [60] 沈圳,胡孝乾,仇军.健康中国战略下“体医融合”的关键影响因素:基于解释结构模型的分析[J].首都体育学院学报,2021,33(1): 31-39.
- [61] 刘海平,汪洪波.“大健康”视域下中国城市社区“体医融合”健康促进服务体系的构建[J].首都体育学院学报,2020,32(6): 492-498.
- [62] 郭建军.体医融合给体育和医疗带来的机遇与展望[J].慢性病学杂志,2017,18(10): 1071-1073.

On the Research Progress, Hot Topics and Future Prospect of Sports and Medicine Integration

SHEN Zhen¹, HU Xiaoqian², QIU Jun²

(1. School of Social Sciences, Tsinghua University, Beijing 100084, China; 2. Department of Physical Education, Tsinghua University, Beijing 100084, China)

Abstract: Since the strategy of “Healthy China 2030” was put forward, sports and medicine integration has always been the hot topic of research. This paper uses literature review to comb and comment the research progress, focus on and interpret six major research hotspots, including policy integration, concepts integration, department integration, talent integration and industry integration, and then to make a research summary and put forward future prospects based on the existing research. The results show that: first, the research paradigm of sports and medicine integration has gradually changed from the positivism paradigm of natural science to the hermeneutics and constructivism paradigm of social science; Second, the research content of sports and medicine integration has gradually shifted from the natural science level, which mainly focuses on sports intervention, physical activity and exercise prescription, to the social science level of policies, organizational systems, integration concepts and cooperation mechanisms between sports and health systems; Third, the research technical route of sports and medicine integration basically follows the research logic and thinking of problem raising- examination of current situation-improvement of countermeasures; Fourth, in the research of the integration of sports and medicine between medical researchers and sports science researchers, there exists differences in research perspectives and deviations in research focus.

Key words: sports and medicine integration; healthy China; systems of sports and health; policy integration; talent integration; industrial convergence