

# 走出“体医结合”第一步

## ——体育对接健康中国的路径研究

金 晨

(国家体育总局训练局 体能康复中心, 北京 100061)

**摘 要:** 随着全民健身上升为国家战略, 体育对接健康中国势在必行, 但目前还存在着“懂体育的不懂医学, 懂医学的不懂体育”的现实问题。鉴于此, 认为需要进一步推动“体医结合”进程。提出通过政府行为整合现有人力资源, 完善体育与医学结合类学科的教育体系; 加强体育与医疗部门之间的合作, 建立健全体育医疗机构的设立制度; 制订相关人员执业资格评价序列, 以及加快落实竞技体育科研成果的转化等解决措施, 为体育与健康中国更好对接提供参考。

**关键词:** 体医结合; 全民健身; 健康中国; 教育体系; 体育医疗机构; 职称序列; 竞技体育

**中图分类号:** G80-05

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1008-3596 (2017) 06-0049-07

当一个国家在全民健身上减少财政支出时, 其必然会成倍增加卫生医疗资金投入<sup>[1]</sup>。全民健康水平是国家综合实力的重要体现, 是经济社会发展进步的重要标志。全民健身是实现全民健康的重要途径和手段, 是全体人民增强体魄、幸福生活的基础保障<sup>[2]</sup>。将体医结合融入健康中国的内涵, 就是服务于全体人民健康的全过程。随着全民健身计划上升为国家战略, 相关政策性指导意见已为我们提供了体育对接健康中国的理论框架, 但是目前仍有很多现实问题亟待解决。本文就目前体育与医疗结合中所面临的问题展开论述, 对体育对接健康中国的路径进行思考, 旨在为健康中国建设提供参考。

### 1 体育对接健康中国的现状

2014年国务院发布《关于加快发展体育产业促进体育消费的若干意见》将“全民健身”提升为国家战略<sup>[3]</sup>; 2015年十八届五中全会明确提出“推进健康中国建设”<sup>[4]</sup>; 2016年《全民健

身计划(2016—2020年)》与《“健康中国2030”规划纲要》相继出台, 文件中明确指出“加强体医融合和非医疗健康干预”是“提高全民身体素质”的重要组成部分<sup>[5]</sup>; 2017年国家卫计委、国家体育总局等5部委联合发布的《全民健康生活方式行动(2017—2025年)》中提到, “体育部门要携手卫生计生等部门培养运动康复医生、健康指导师等相关人才, 推进国民体质监测与医疗体检有机结合, 推进体育健身设施与医疗康复设施有机结合, 推进全民健身和全民健康深度融合。”<sup>[6]</sup> Tian Y 等对2000—2014年间20—59岁国民体质监测数据进行统计后得出结论: 虽然近年我国国民参与体育锻炼的热情有所提高, 但是评价身体健康状况的重要指标——体质指数(BMI)却呈现逐年恶化的状态<sup>[7]</sup>。

在全国政协十二届五次会议上, 有数位体育界代表阐述了“体育与医疗结合”对建设健康中国的重要性。发言者中有3位政协代表都不约而同地提到了科学健身: 从临床医学角度

出发,提出群众参加体育活动要量力而行,同时建议加大力度普及运动医学知识,提高大众的体育安全意识。从预防保健医学方面,提出阻碍人民群众科学健身的瓶颈是体育指导人员缺乏相关医学常识,造成服务过程中存在盲目性,而目前医护人员不具备体育运动基本知识,无法开出针对性的运动处方。这形成了“体育搞体育,医疗搞医疗”,无法形成合力的局面。还有代表从宏观角度出发提出构建全民科学健身服务指导体系,整合资源优势、完成“运动促健康”,使全民健身常态化。

由此可以看出,目前阻碍“全民健身”或“全民科学健身”的最大问题是“懂体育的不懂医学,懂医学的不懂体育”。科学健身需要解决运动是否安全、运动是否有效两大问题<sup>[8]</sup>。运动不应只是健康人的专利,而应涉及慢性病患者、中老年和残疾人等群体<sup>[3,8-9]</sup>。截止至2016年6月,我国共有5.8亿成年人患有非传染性慢性疾病(non-communicable Diseases, NCD, 包括心血管疾病、癌症、糖尿病、慢性阻塞性肺病)<sup>[10]</sup>,针对他们的参与,需要考虑运动对其疾病、身体状况的影响,需要考虑运动强度、运动量的控制,以及运动方式的选择和运动时的保护措施,但是这些不是一个“体育科学者”或“医学工作者”可以独自承担的。

## 2 推动体医深度结合

作为一名工作在运动员损伤康复领域的“医者”,作为一名拥有体育学科背景、从事康复治疗工作的“跨界者”,笔者觉得有义务、有资格就如何走出这“体医结合”第一步提出自己的思考和体会。

### 2.1 整合现有人力资源,完善体育医疗相关学科专科化教育

岳建军撰文指出,随着医学从传统的以治疗为主转向以预防为主,体育领域中的健身业、运动康复业与卫生医疗业具有较强的“融合性”,但是其从业人员需要再次考量<sup>[11]</sup>。

从2004年成立学科到2014年的十年时间里,“运动康复与健康”专业已在全国42所高校开设(包括15所体育院校,14所医学院校及13

所综合或师范类院校)<sup>[12]</sup>。而同样属于体育与医学结合的学科“运动人体科学”已经在所有的体育院校和大部分综合师范院校的体育学院开设。这两个专业的本科生及硕博研究生是可从事科学健身指导、运动损伤防护和治疗的专业人员。但是由于传统观念的限制和就业方向的偏差,医学院毕业的学生和体育院校早期的运动康复专业毕业生主要进入了医院从事临床工作,久而久之便遗忘和生疏了运动康复的专业知识<sup>[13]</sup>。体育院校的其他毕业生大部分任职体育教师或体育科研人员,虽然可以利用业余时间帮助社区开展群众健身指导,但是因为本职工作所限无法满足大众健身需求。能够称为群众体育的一线工作者的是健身俱乐部里的健身教练,但是俱乐部是以经营创收为主要目的,调查显示:75%的健身教练有平均每月35401元的业绩指标,他们平均课时费仅为290元<sup>[14]</sup>,这使得健身教练只能把注意力放在如何留住客户、如何销售更多课时上而无暇顾及他。虽然有43%的健身教练毕业于体育院校,但大部分人员在校期间的专业方向为“运动训练”或其他体育术科专业,虽具有一定的体育理论与实践能力,但医学知识基础薄弱,为上述三种非健康人群提供科学健身服务具有一定难度。同时,有57%的健身教练没有任何体育或医学专业背景,更无法为全民健身提供科学指导。

参考国外运动与医学边缘学科教育体系<sup>[15-16]</sup>,培训对象在本科教育阶段即非常注重临床实践课程,课程设置数量多达7门。博士教育阶段教学课程(DPT)细分为临床实习、物理治疗基础理论、运动科学、临床病理与管理和临床诊断等模块内容(表1),毕业前需要通过执业资格考试才能从事运动医疗工作。

反观国内医学院校与体育院校“运动康复与健康”或“运动人体科学”专业在课程设置上因为师资等问题,还是无法真正做到体育与医疗的有机结合,但是随着越来越多的高校细化体医结合的专业类别,优化课程内容<sup>[12]</sup>,我们相信在不久的将来会培养出更多的全民科学健身指导人才。同时,通过行政手段整合现有资源,加大力度扶持运动医学诊所、运动康复中心,使其能够

| 表 1 美国南佛罗里达大学物理治疗学<br>博士教学课程设置 |                     |                     |
|--------------------------------|---------------------|---------------------|
| 学年                             | 上学期课程               | 下学期课程               |
| 第一<br>学年                       | 职业健康                | 物理治疗临床诊断            |
|                                | 医用生物化学              | 医用科学 3：心肺系统         |
|                                | 医用科学 1：肌肉骨骼系统       | 医用科学 4：泌尿生殖系统       |
|                                | 医用科学 2：神经系统         | 临床综合实践 1            |
|                                | 物理治疗学 1（博士）         | 物理治疗学 2（博士）         |
|                                | 物理治疗师基础理论 1         | 物理治疗师基础理论 1         |
|                                | 运动科学 1（高阶解剖学）       |                     |
| 第二<br>学年                       | 患者管理原则 1            | 患者管理原则 2            |
|                                | 神经肌肉临床处置措施          | 儿科物理治疗学             |
|                                | 物理治疗师基础理论 2         | 肌肉骨骼临床处置措施          |
|                                | 心肺临床处置措施 1          | 心肺临床处置措施 2          |
|                                | 论著批判性评价             | 康复心理学               |
|                                | 专业方向讨论 1            | 专业方向讨论 2            |
|                                | 药理学                 | 临床综合实践 2            |
|                                | 运动科学 2              | 临床代课 1（10 周共 53 课时） |
|                                | 临床综合实践 2            |                     |
| 第三<br>学年                       | 物理治疗学高阶研讨           | 临床代课 3（16 周共 53 课时） |
|                                | 身心健康促进              |                     |
|                                | 作业治疗和言语治疗           |                     |
|                                | 高阶临床解决措施            |                     |
|                                | 专业方向讨论 3            |                     |
|                                | 运动科学 3              |                     |
|                                | 临床代课 2（12 周共 53 课时） |                     |

吸引相关人才，拓宽毕业生就业选择面，让经历 4—5 年甚至更长时间专业学习的大学生能够学

以致用，提供给他们指导科学健身的舞台。再根据现有指导意见<sup>[17]</sup>，鼓励高校、医院等事业单位相关专业技术人员进入上述民办医疗机构挂职或参与项目合作，并为其提供必要帮助，实现人力资源的合理整合。

### 2.2 完善体育医疗机构建立制度，消除体育与医疗之间的鸿沟

随着中国竞技体育的快速发展，对运动员进行科学化训练与医疗保障的观念深入人心。现在很多省、市甚至区的体育训练基地都有自己的运动员康复中心，在没有接待队伍任务时中心内的设施闲置，造成资源浪费。虽然很多康复中心希望利用闲时对外开放，为慢性病或亚健康人群提供运动康复指导，但却因不符合现行的医疗机构准入制度而无法实现。按照现行二级康复医院准入标准（同类康复医院中最低标准）<sup>[18]</sup>，需要 100 张以上的住院床位，不光有功能、运动、物理、作业等治疗科室，还需要放射科、药剂科和重症监护科。同时对工作人员也提出要求：至少需要 15 名医师，30 名康复治疗师和 30 名护士，医师中至少 2 名拥有副高以上职称，每个科室需要 2 名中级职称以上的工作人员。这对于只要求完成运动处方和运动医务监督的康复机构来讲难度较大。

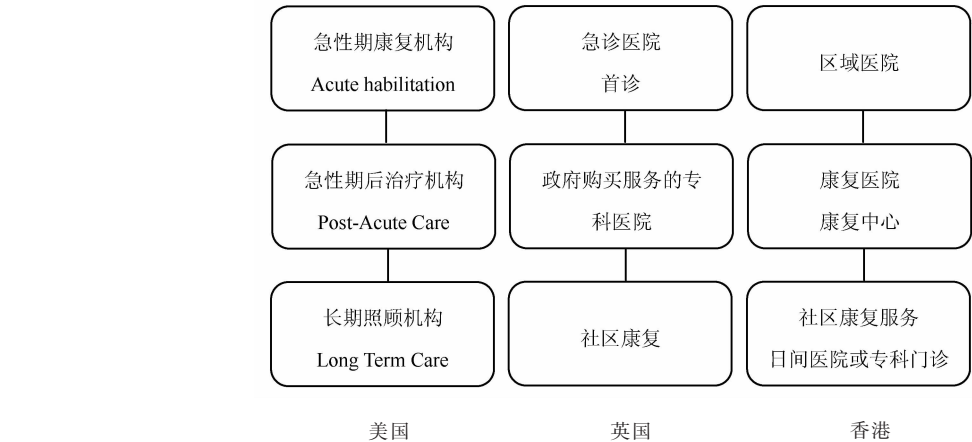


图 1 发达国家及地区康复医疗服务体系

我们可以参考其他国家和地区的康复医疗模式。德国虽然在康复医院人员配置上也有一定

的要求，但是对于特定的康复门类会细分为神经康复、心血管疾病康复、心身医学康复、运动骨

科康复等诊所<sup>[19]</sup>，不同的康复诊所会根据相关康复内容进行特定的人力资源和医疗器械配置，这样一方面可大大降低运营成本，另一方面也可为患者提供更加有针对性的康复手段。中国香港地区的三级医疗康复制度比较完善，在综合性医院的患者转入社区后可在康复门诊接受进一步的治疗，而康复门诊不会设立住院床位<sup>[20]</sup>，对于门诊的场地要求大大降低。美国从上世纪 80 年代开始实施国家健康战略，通过 30 年时间的摸索构建了“以政府为主导，各部门联动”的运动健康促进指导服务平台<sup>[21]</sup>。这些都值得我们学习借鉴（图 1）。

仅依靠体育部门是无法采取上述措施来解决问题的，需要与医疗部门共同协作来消除各种壁垒和鸿沟，制订运动医疗机构专门准入标准，只有运动医务监督和运动康复能够进入现有居民医疗保障系统，科学健身的普及才具备条件。同时我们也欣喜地看到，国家卫生部门已经认识到“体医融合”的重要性，正在积极推进在公共卫生机构设立科学健身指导部门<sup>[6]</sup>，体育部门也在借助医生的权威性，促进百姓提高体育锻炼水平<sup>[11]</sup>。

表 2 美国运动医学学会运动专业人员（初级）认证一览表<sup>[26]</sup>

| 人员类别             | 应具备的能力                                                                                                                  |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 团体运动指导员<br>(GEI) | 发展和实施一系列团体运动、根据需求修改运动，应用多种领导技术指导安全有效的运动来加强与体适能领域相关的运动技能。                                                                |
| 私人教练<br>(CPT)    | 识别健康危险因素、实施体适能评价和运动前的健康筛查，制订运动方案促进个体健康。<br>设计合适、新颖的运动来提高功能能力，控制健康风险因素。                                                  |
| 健康体适能专家<br>(HFS) | 在健康体适能领域具有运动科学的应用知识，包括运动功能学、功能解剖学、运动生理学、营养学、项目管理学、心理学和损伤预防学。<br>实施运动前的健康筛查和体适能评价。<br>分析结果，制订运动处方。<br>应用恰当方式来有效指导健康生活方式。 |
| 临床运动专家<br>(CES)  | 在临床领域具有广泛的知识，包括功能解剖学、运动生理学、病理生理学、心电图学、临床心理学、老年医学、递增负荷运动试验。<br>在生活方式调整方面能为病人提供运动监督和咨询。<br>能在运动测试和训练时具备突发事件处理能力。          |
| 运动生理学家<br>(RCEP) | 实施运动前筛查和运动医务监督。<br>提供运动科学咨询。<br>实施运动测试并对运动和体力活动的相关结果进行评估反馈。                                                             |

但是在基层从事全民健身行业的人员，大部分就职于健身俱乐部或者专业运动康复中心，让

2.3 制订相关人员执业资格评价序列，为科学健身工作者提供保障体系

除专业运动员外，国家体育总局目前还有教练员、运动医学和体育科研三大专业技术资格评审序列<sup>[22]</sup>。教练员序列评审对象为运动队教练，运动医学序列评审对象为运动队队医和体育医院医务工作者，体育科研序列评审对象为体育科研院所或体育类大专院校的研究人员。基层的全民健身工作者可根据本人在在校期间所学专业类别选择运动医学或体育科研序列。2016 年运动医学专业技术资格评审要求为：参评者需要毕业于医学院校，取得执业医师资格并具有一定年限，同时需要通过职称英语考试，在相关专业期刊发表一定数量的学术论文，论文数量和期刊质量根据所评职称而定<sup>[23]</sup>。同年的体育科研专业技术资格评审要求为：参评者应取得大学本科或以上学历并获得学士（包含）以上学位，通过职称外语考试，在相关专业期刊发表至少 2 篇学术论文或专著 1 部<sup>[24]</sup>。可见，具备专业外语能力与论文（著作）发表是评价运动医学和体育科研工作者业务能力和晋升职称的重要指标。

他们将大量的精力投入到与工作内容关系不大的外语考试和论文写作上，将极大打消他们的工作

积极性。我们可以借鉴国外职称评审体系（美国称为物理治疗专科化教育）<sup>[16]</sup>。在美国，由物理治疗师晋升为运动临床专家（Sports Certified Specialist, SCS）时，要求完成 2 000 小时运动方向的患者治疗或防护，其中 25% 要求近 3 年内完成，同时对所处理的患者为接触性损伤还是非接触性损伤也做出详细规定，并且要求拥有心肺复苏术（CPR）等急救方面的认证。在具备以上基本条件后才能参加晋升评定，晋升以考代评，考试内容涉及各个关节肌肉损伤防护与治疗措施，与平时工作内容紧密相关。美国运动医学学会（American College of Sports Medicine, ACSM）下属的注册委员会为运动相关专业人员提供五种初级和三种专业证书认证<sup>[25]</sup>，所有证书的认证考试均基于工作任务分析（JTA）而设定，其考核内容都是根据所从事工作内容的重要性和频率进行分数加权，确保考生的考试成绩可以客观反映出实际工作中的能力（表 2）。

运动康复职业培训认证体系缺乏标准化<sup>[12]</sup>，如果体育管理系统能够根据目前政策支持条件<sup>[27]</sup>为“运动康复”“运动医务监督”设立专业职称序列，严格按照准入晋升标准执行评定，既能保障全民健身服务者的专业素质，又可提高其工作的积极性。

2.4 对竞技体育科技工作成果加以利用和转化，为体育对接健康中国服务

早在 2014 年 4 月 7 日，《中国体育报》头版位置就刊发了《全民健身，国之大计》的文章<sup>[28]</sup>，随后从《发展全民健身事业关系到我们的中国梦》<sup>[29]</sup>和《机遇和挑战：全民健身上升为国家战略的思考》<sup>[30]</sup>等政策性文章中可以看出，中国体育发展的侧重点已由“竞技运动带动群众关注体育”转变为“竞技体育为群众体育服务”。但这不是说竞技体育变为了可有可无的鸡肋，竞技体育是国民面貌、国家综合实力展示的窗口，竞技体育科技代表了体育科学最高水平<sup>[8]</sup>，只有它才能满足医学对运动指导的各种严格要求。竞技体育科技需要走出象牙塔，尽快将科研成果加以转化为群众体育服务。

以国家体育总局训练局体能康复中心为例，该中心前身是成立于 2003 年的训练局运动员康

复中心，于 2013 年与训练局体能中心合并成立为体能康复中心，是国内体育运动基地中最早成立的集运动损伤康复和身体功能训练于一体的体育医疗部门。中心为驻训练局的 13 只国家队提供运动康复保障，平均每年为国家队运动员提供 11 000 余次的康复治疗 and 3 000 余次的体能训练，积累了丰富的经验。在 2016 年里约奥运会前夕，我们利用体能训练技术中的核心稳定训练结合临床医学技术中的物理因子与手法治疗为患者有慢性腰痛的运动员进行治疗，取得了良好的效果<sup>[31]</sup>。这是体育结合医疗的典型案列，如果能将科研成果转化用于大众，将是目前高发病率的慢性腰痛的治疗提供帮助。但是如何开展？我们或许可以从以下案例中得到启示：一位 60 岁的腰椎间盘突出患者，通过 20 余年的太极拳和健身气功练习，病情得到好转，并且患者本人在社区开设体育辅导站，帮助更多的群众通过健身方式防病治病<sup>[32]</sup>。我们是否也可将社区服务中心或慢病患者较为集中的社区、康复医院做为试点，以目前国内一些大医院已经成熟的三级防治体系为依托，鼓励优秀的体育科研人员和体育科技教师进驻，与专科医生生合作为患者提供健身辅导，开展运动医务监督和运动处方制订。让竞技体育的科技成果在体育对接健康中国的伟大事业中发挥其应有的作用。

3 结语

体医结合势在必行，但是我国的群众体育健康实施与推广还处于初级阶段。在相关政策与理论不断完善的同时，更重要的是行动起来。这需要走进社区，走到健身人群中，走到体医结合的工作者身边，聆听他们的意见，帮助他们解决所面临的现实问题，通过足够的量的积累，让体医结合的步伐走得更为坚实稳重。

参考文献：

[1] 秦剑杰,李继东,张晶,等. 俄罗斯国家主导体育管理模式的基本特征及其启示[J]. 体育学刊,2017,24(2):46-50.

[2] 中华人民共和国国务院. 关于印发全民健身计划(2016—2020 年)的通知[Z]. 国发[2016]37 号, 2016-06-15.

- [3] 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,2017,43(1):5-7.
- [4] 王少安.发展体育运动是建设健康中国的根基[N].光明日报,2016-01-31(006).
- [5] 中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》[EB/OL].(2016-10-25)[2017-05-12].[http://news.xinhuanet.com/politics/2016-10/25/content\\_1119785867.htm](http://news.xinhuanet.com/politics/2016-10/25/content_1119785867.htm).
- [6] 国家卫生计生委办公厅,体育总局办公厅,全国总工会办公厅,等.关于印发全民健康生活方式行动(2017—2025年)的通知[EB/OL].(2017-04-27)[2017-05-10].<http://www.nhfp.gov.cn/jkj/s5878/201704/e73c1934c7f84c709e445f01bf832b17.shtml>.
- [7] Tian Y, Jiang C, Wang M, et al. BMI, leisure-time physical activity, and physical fitness in adults in China: results from a series of national surveys, 2000-14[J]. Lancet Diabetes Endocrinology, 2016, 4(6):487-497.
- [8] 郭建军.健康中国建设中体育与医疗对接的研究与建议[J].慢性病学杂志,2016,17(10):1067-1073.
- [9] 中华人民共和国国务院.残疾预防和残疾人康复条例[Z].中华人民共和国国务院令(第675号),2017-02-07.
- [10] Li F Z, Liu Y, Zhu W F, et al. China's challenges in promoting physical activity and fitness[J]. The Lancet, 2016, 388(9):1278-1279.
- [11] 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.
- [12] 王定宣,陈巧玉,彭摇博.中国运动康复专业人才需求与培养现状调查[J].成都体育学院学报,2016,42(2):103-109.
- [13] 梁璇.被挡在医院门外的运动康复专业毕业生[N].中国青年报,2017-02-06(05).
- [14] 国家体育总局人力资源开发中心.2016年健身教练职业发展研究报告[R].北京:国家体育总局人力资源开发中心,2016.
- [15] 涂传飞.美国波士顿大学运动防护专业本科课程设置及启示[J].北京体育大学学报,2016,39(9):97-104.
- [16] 孙扬,矫玮.美国物理治疗专科化教育与认证体系及其启示[J].中国康复医学杂志,2017,32(1):85-89.
- [17] 中华人民共和国人力资源和社会保障部.关于支持和鼓励事业单位专业技术人员创新创业的指导意见[Z].人社部规[2017]4号,2017-03-10.
- [18] 中华人民共和国卫生部.康复医院基本标准(2012)[Z].卫医政发[2012]17号,2012.
- [19] 陈瑶.德国康复医疗见闻及感悟[J].中国卫生人才,2017,18(3):45-47.
- [20] 任艳苹,郭琪,李雨晴,等.我国社区康复医疗资源的现状与需求[J].中国康复医学杂志,2014,29(8):757-759.
- [21] 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):112-120.
- [22] 国家体育总局人力资源开发中心.国家体育总局职称评审相关依据[EB/OL].(2016-10-19)[2017-04-03].<http://www.tyrc.gov.cn/a/rcfw/zhichenpingshenyiju/2016/1019/3181.html>.
- [23] 国家体育总局人力资源开发中心.关于报送2016年度卫生系列运动医学专业职称评审材料的通知[EB/OL].(2016-08-30)[2017-04-03].<http://www.tyrc.gov.cn/a/rcfw/zhichenpingshentongzhi/2016/0830.html>.
- [24] 国家体育总局人力资源开发中心.体育总局人力资源开发中心关于报送2016年度体育科研系列职称评审的通知[EB/OL].(2016-07-28)[2017-04-04].<http://www.tyrc.gov.cn/a/rcfw/zhichenpingshentongzhi/2016/0728/3116.html>.
- [25] Paternostro B M. The role of a job task analysis in the development certifications [J]. ACSM Health, 2010, 14(4):41-42.
- [26] Exam Content Outlines[EB/OL].(2015-08-01)[2017-04-06].<http://certification.acsm.org/exam-content-outlines>.
- [27] 中共中央办公厅国务院办公厅印发《关于深化职称制度改革的意见》[EB/OL].(2017-01-08)[2017-04-10].[http://www.gov.cn/zhengce/2017-01/08/content\\_5157911.htm?\\_allContent#1](http://www.gov.cn/zhengce/2017-01/08/content_5157911.htm?_allContent#1).
- [28] 曹彧.全民健身国之大计——全国政协双周协商座谈会侧记[N].中国体育报,2014-04-07(01).
- [29] 张晓光.发展全民健身事业关系到我们的中国梦——全国政协双周协商座谈会发言摘登[N].中国体育报,2014-04-09(04).
- [30] 刘国永.机遇和挑战:全民健身上升为国家战略的思考[J].体育文化导刊,2015(3):1-6.
- [31] 金晨,李婧.核心稳定训练结合整脊术治疗运动员

脊柱源慢性腰痛的研究[J]. 天津体育学院学报, [32] 刘国永. 实施全民健身战略, 推进健康中国建设  
2016, 31(3): 264-269. [J]. 体育科学, 2016, 36(12): 3-10.

The First Step to the Combination of Sports and Medicine

——Research on the Path of Sports Linking with Healthy China

JIN Chen

(Physical Rehabilitation Center, Training Bureau, General Administration of Sport of China, Beijing 100061, China)

**Abstract:** With the state-level strategy-making of National Fitness, sports linking with Healthy China are imperative, but there is still a reality that those who understand sports do not understand medicine, and those who understand medicine do not understand sports. In view of this, it is believed that the combinational process of sports and medicine needs further promotion. To provide references for a better connection of sports with Healthy China, some solution measures are proposed in this article, including integrating human resources by government behaviors and perfecting the educational system of the combination of sports and medicine, strengthening the cooperation between sports and medical departments and establishing and improving the setting system of sport medical institutions, designing and setting up the relevant personnel qualification evaluation series and accelerating scientific achievement transformation from competitive sports research results.

**Key words:** combination of sports and medicine; National Fitness; Healthy China; education system; sports medical institutions; professional title series; competitive sports