

编者按:本期推出的这篇来稿,是在参考《中国软科学》2009年以来李致重、张超中、陈静锋、马晓彤关于中医战略重要观点基础上的集成创新,符合党的二十大“促进中医药传承创新发展”最新精神。研究中医药产业化和中西医融合发展,正值当前需要。作者对中西医融合发展有较为清醒的认识,提出了一些积极的建议。聚焦湖南地区,作为一个探索性试点,探讨如何实现中医药的现代化。刊发此文希望能够得到读者的关注。

中西医融合创新与优化医教诊疗结构的探讨

——基于中医药“双四化”传承创新的实证研究

夏新斌¹,张富泉¹,刘波²,周良荣^{1,3}

(1. 湖南中医药大学人文与管理学院,湖南长沙 210208;

2. 湖南农业大学经济学院,湖南长沙 410128;

3. 武汉大学社会保障研究中心,湖北武汉 430072)

摘要:针对医学教育与诊疗医院中西医分置所带来的供给侧结构性矛盾与问题,以及财政医疗费用增速与健康指数增幅不匹配等现象,文章借鉴日本恢复汉方医学并使之融入主流的案例,阐明中西医并重融合创新的关键在于优化医教诊疗结构以转换中西医分置模式,而难点则在传承创新发掘中医药“瑰宝”以彰显其效能。基于此,以青蒿素抗疟和“云药”精准扶贫两大举国工程为实案,论证实施中医中药“双四化”传承创新工程的必要性、可及性,并从人才培养和诊疗管理以及医保、医疗、医药协同治理诸方面提出适宜政策措施及建议。

关键词:中西医融合创新;中医学复兴;中医中药“双四化”;全生命周期健康保障

中图分类号:R2-03

文献标识码:A

文章编号:1005-0566(2022)11-0057-17

“Integration & innovation” of traditional Chinese and western medicine and optimization of medical education, diagnosis and treatment structure:

Inheritance and innovation of the traditional

Chinese medicine through “double four modernizations”

XIA Xinbin¹, ZHANG Fuquan¹, LIU Bo², ZHOU Liangrong^{1,3}

(1. School of Humanities and Management, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 210208, China;

2. Economic College, Hunan Agricultural University, Changsha 410128, China;

3. Social Security Research Center, Wuhan University, Wuhan 430072, China)

Abstract: Aiming at the structural contradictions and problems of supply side caused by the separation of Chinese and western medicine education and diagnosis, and the mismatch between financial costs in medical and health index, this

收稿日期:2022-08-16 修回日期:2022-10-31

基金项目:国家社科基金项目“中国特色社会主义基本经济制度优越性研究”(20AJL002)。

作者简介:夏新斌(1976—),男,湖南常德人,湖南中医药大学人文与管理学院教授、院长,研究方向为中医药产业经济与公共管理学。

通信作者:周良荣。

paper, from Japan to restore Chinese prescription medicine and make them into mainstream case, illuminates the innovation and fusion of Chinese and western medicine is the key to optimize the structure of diagnosis and treatment, and convert the separation mode of Chinese and western medicine, the difficulty lies in the inheritance and innovation of traditional Chinese medicine to explore the “treasure” to highlight its effectiveness. This paper also takes the artemisinin and “Yunnan Baiyao” poverty alleviation project as the real case, demonstrates the necessity and feasibility of “double four modernizations” of traditional Chinese medicine, and puts forward appropriate policies in terms of talent training, diagnosis and treatment management, medical insurance, etc.

Key words: “integration & innovation” of traditional Chinese and western medicine; revival of Chinese medicine; “double four modernization” of traditional Chinese medicine; health assurance based on the whole life cycle

我国第一所中外联办的湘雅医学院及附属医院素有“南湘雅、北协和”之谓,同时也是世界医学教育联合会(WFME)与国际医学教育专门委员会(IIME)在中国进行标准试点研究的两所院校之一。因而由湘雅附二医院“刘翔峰事件”的惊醒,学术界不能不聚焦引发全社会关注的某个严肃问题,亦即采取医学高等教育及诊疗医院中西医分置的全世界独一无二的医卫健康保障教育与诊疗模式,究竟是基于国情所需抑或有违于健康经济学^[1]规律与惯例?所谓理想很美好而现实很骨感,事实上实行医学高等教育及诊疗医院中西医分置模式,就其医学高等教育人才培养而言,一般西医高考招生录取分数线远高于同类型中医高等院校,而入校学生譬如中医类临床医学专业不仅要学好中医学,还要像西医类学生一样学好西医学。两相对比难以培养医卫健康保障所需的中西医兼备的一流医学人才姑且不论,而在某种意义上易于滋生类似“刘翔峰事件”的精致利己主义者却不得不防。另外,由于西医综合医院在人才培养上占有先天优势,虽然诊疗费用高于中医且使用的主要是化学药品,但却病患爆满尤其是大城市医学院附属医院大多是“一床难求”;而与之形成鲜明对照的是中医院却相对冷清甚至病床资源过剩,不少迫于生计问题还不得不让临床医师把主业转向西医。换言之,即使是在我国中医学为主体的中医院,一般中医药诊疗费收入也只占到其医疗费总收入约 10% 的水平。这与日本医学院校在普遍实行西医学和汉方医学(即我国中医学)兼修并重的诊疗模式下,一般使用汉方药治疗的医师与患者均占到 72% 的比重^[2]形成鲜明对照。显然中医学作为“中国古代科学的瑰宝,也

是打开中华文明宝库的钥匙”^[3],在我国的确还存在着“墙内开花墙外香”之忧,相应出现“近年来我国卫生方面的花费巨大,已经略微超过世界平均水平,但是居民健康状况改善程度不像费用增长那样突出”^[4]等矛盾现象也就不难理解。

由此来看,如何恢复中医学作为主流医学传统“国医”地位并使之尽快振兴?尤其有必要从经济学和管理学视角深化研究并探求改革之道。其实,还在新中国成立初期,毛泽东主席就高瞻远瞩地指出:要“以西方的近代科学来研究中国的传统医学的规律,发展中国的新医学”;“中国医药学是一个伟大的宝库,应当努力发掘,加以提高”,并主张在每个省、自治区、直辖市培养“中西结合的高级医生,其中可能出几个高明的理论家”^[5]。中国改革总设计师邓小平也十分重视中医学在整个医卫健康保障中的重要地位与作用,在 1978 年国家卫生部汇报材料上批示:“特别要为中医创造良好的发展与提高的物质条件。”^[6]习近平总书记则一脉相承,高度重视中西医并重与互补互动发展,在 2016 年全国卫生与健康大会上指出:“要着力推动中医药振兴发展,坚持中西医并重,推动中医药和西医药相互补充、协调发展,努力实现中医药健康养生文化的创造性转化、创新性发展。”^[7]而后党的十九大进一步明确提出“实施健康中国战略”,国家“十三五”时期还印发了《“健康中国 2030”规划纲要》,强调要把人民健康放在优先发展的战略地位,努力全方位全周期保障人民健康^[8]。

随着党和国家对发展医卫健康保障事业的越来越重视,国内在这方面的学术研究也日益活跃起来,尤为值得注意的是近些年来,不少研究者还

较有针对性地提出通过卫生体制改革“深化医教协同”^[8]等问题。譬如费太安^[9]认为应持续深化公立医院综合改革,健全优化培养、准入、使用、待遇保障系列制度,完善全科医生配置和分级诊疗制度。李丹溪等^[10]则就全日本 80 所医学院校的现代汉方医学教育进行实证研究,得出结论是日本政府颁令开设汉方医学课程并列入医师资格考试,表明该国注重于东方医学与西方医学的结合,虽然其医科学生与药科学学生的汉方医学课程内容有所区别,但却呈现出医教院校及诊疗医院东西方医学的结合与融合的明显特征。而吴凡等^[11]还引鉴国际医学院“MD + PhD”双学制准则,提出将中国医学教育结构优化为“MD + PhD”双学位生新模式。尤其是基于构建中西医融合发展全生命周期健康保障体系的思考,学者们分别从“告别中医西化”^[12]、“恢复中医主体地位”^[13]等不同研究视角,提出把握好西医学“转型”良机实施“融合创新”。陈静锋等^[14]还主张用“第三次工业革命”来推动“中医药全产业链的延伸、精炼、闭环、大数据与个性化”;张超中^[15]则强调发掘中医学古老“健康时代”密笈并阐释创新,直接服务于“全球健康高速公路计划”。显然,这些观点与论述代表着结合国情特色深化健康经济学研究的新突破、新创意、新贡献,也为优化医教诊疗结构与中西医融合创新从而提振中医药学的研究,提供了相应的学理支撑与较为难得的先导基础。

鉴于此,本文秉承习近平总书记^[7]提出的“中西医并重,将健康融入所有政策”的治国理政思想,基于马克思、恩格斯^[16]关于学术繁荣“是经济高涨的结果”——“经济运动作为必然的东西通过无穷无尽的偶然事件向前发展”的基本原理,认为中西医发展同源源于古代哲学思想和经验智慧与神巫之术等传承,但西医药学由于较早搭上西方工业革命的便车,以致形成西学东渐的碾压之势。虽然中国近代处于半殖民地半封建社会未曾经历过工业革命的洗礼,但中医药学的源远流长而博大精深却难以仅仅通过工业化破解其秘笈之奥

妙。唯有今日科技革命和信息化与工业化 4.0 时代的到来,才是中医药学传承创新与恢复“国医”地位、实现中西医融合创新的战略机遇期。借鉴日本将汉方医学直接融入且恢复为主流医学的成功实践,认为切实做到中西医结合与并重融合创新,关键在于医保、医疗、医药协同治理,从而优化医教诊疗结构,改变其中西医分置的“两张皮”模式,以实现医教院校与诊疗医院中西医双向融合创新与优势互补,而其中的难点则在中医药学传承创新发掘“瑰宝”秘笈以彰显其效能。因而,主张设立并实施类似于屠呦呦青蒿素抗疟揭秘和“云药”精准扶贫系列开发,两大“集中力量办大事”的举国创新体制,亦即主要由国家投资推进中医中药“双四化”传承创新工程,从而构建起中西医并重融合创新的全生命周期健康保障体系,为健康中国建设及全人类健康事业发展作出新的贡献。

下面分为 4 个部分进行研究探讨。第一部分系我国医教诊疗体系溯源与中医药学复兴及所发生的萎缩性滞后现象的量化分析;第二部分论述医教院校及诊疗医院中西医分置的“两张皮”模式,对构建全生命周期健康保障体系和中西医结合与并重的主要制约与障碍,并在此基础上阐明实施中医方信息化、数字化、智能化与现代工业化改造和中药材基地化种植、农场化管理、标准化研发与工艺化生产等中医中药“双四化”传承创新工程的必要性、可及性;第三部分是构建中西医并重融合创新的全生命周期健康保障体系的相关政策措施;第四部分系结论与建议。

一、我国医教诊疗体系探源与中医药学萎缩现象的量化分析

中医药学与西医药学发展同源源于公元前 500 年前后的“轴心时代”^①,如果从中西医演进发展的视角对我国医教诊疗体系进行探源分析,大致可区分为中医药学作为“国医”数千年的历史传承、在近代以来由于西学东渐影响致使西医药学反客

① 德国思想家卡尔·雅斯贝尔斯在其著作中,第一次把公元前五百年前后几乎同时在中国、印度和古希腊等国出现的人类文化突破性繁荣现象称之为“轴心时代”。见《历史的起源与目标》卡尔·雅斯贝尔斯著,魏楚雄译,华夏出版社 1989 年版第 8 页。

为主蜕变为主流医学,以及新中国成立后中医药学逐渐走向复兴的 3 个重要时期。正如李约瑟《中国科学技术史》(1948)所言,中医药学作为中国传统科学最具代表性门类之一,在发展过程中融汇道、气、阴阳、五行等中国哲学思想,成为全球范围独树一帜、疗效确切、覆盖人生命全周期的医学科学。中医药学的发展演进经历了数千年甚至上万年的原始经验积累与理论体系形成的积淀过程。因此,有学者认为“倘若把中医比作一棵硕果累累的大树,那么中国传统文化中的文、史、哲是其根”^[12],而具有里程碑意义的《黄帝内经》则标志着中医药学理论在东汉时期的最初成型,尔后的《难经》《神农本草经》《伤寒杂病论》《周易参同契》和《针灸甲乙经》等经典相继诞生,亦即表明中医药学所谓理、法、方、药、针灸、导引等理论体系及诊疗技术日臻完备,以致成为中华民族预防和治疗疾病并繁衍生息的重要法宝,也是中国作为四大文明古国唯一得以数千年延续而未中断的重要保障与原因之一。

然而,在中国近代史上自 1840 年鸦片战争之后,西方列强的残酷侵略使我国沦为半殖民地半封建社会,西方文化也随之全面入侵形成所谓西学东渐的碾压之势,结果带来西医药学反客为主而中医药学沦为“三千年未有之大变局”的重灾区^[12]。无独有偶,几乎就在我国中医药学遭受灭顶之灾的同一时期,日本的汉方医学也因“黑船事件”^②遭遇被废黜的命运。1868 年,由于“脱亚论”思潮的冲击,日本政府颁布“西洋医术许可令”,尔后英美西医学开始取代汉方医学的主流地位。至 1876 年全日本医师资格考试所有 7 个科目全部改为西医学,由此汉方医学已在日本法律上宣告不再被承认^[17]。恰恰就在这个时候,我国主张“废止中医”的始作俑者余云岫正留学于日本攻读西洋医学,回国后正赶上清皇朝覆灭遂照搬照抄日

本废止汉方医学的做法,以至于在确立中国教育学制系统时造成“漏列中医”的事件^③,结果导致中医基础科学及辨证论治技术被曲解亦即长期陷入中医西化的误区,相应带来中医药学“长期处在边缘地位,生存与发展举步维艰”^[13]。

直至新中国诞生后中医药学这门古老科学才重焕青春,尤其是改革开放以来随着综合国力的日益增强,党和国家对中医药学的越来越重视才步入振兴发展的快车道。譬如,在新中国刚刚成立之初,全国卫生系统即贯彻落实中央关于“团结中西医”的方针,强调按照毛泽东的指示“把中医中药的知识和西医西药的知识结合起来,创造中国统一的新医学新药学”^[12],中医药学作为“国医”的传统地位及其重要作用也逐渐得以恢复。1978 年改革开放的大幕揭开,党中央就转发卫生部的报告对中医药事业给予人、财、物重点支持;1986 年又经国务院批准设立中医药专门管理机构,而后颁发了《中华人民共和国中医药条例》(2003)、《关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》(2009)等文件。特别是党的十八大以来对“坚持中西医并重”和“扶持中医药和民族医药事业发展”作出重大部署,国务院还制定并提请全国人大审议通过了《中医药法》(2015),并印发了《中医药发展战略规划纲要(2016—2030 年)》的通知,首次颁布了《中国的中医药白皮书》等,应当说中医药学进入了全国鼎盛发展的习近平中国特色社会主义新时代。

同样地,也许是历史现象的某种偶合,日本自 1945 年步入现代社会以来也开始顺应民心重新认识并振兴汉方医学。譬如,日本政府自 1976 年便较早地将汉方药纳入其国民医疗保险用药范围,其文部科学省还于 2004 年颁发通令,要求全日本 80 所医学院校将汉方医学列为医学必修课,并在 2006 年、2008 年先后将汉方医学作为重要内容,相

② 日本“黑船事件”即 1853 年美国东印度洋舰队司令佩里将四艘军舰开至日本江户湾,武力威胁日本签订不平等条约,标志着西方势力的侵入对中日两国传统文化特别是东方医学带来的巨大冲击。见郝先中《俞樾“废医存药”论及其历史影响》,载《中医文献》2004 年第 22(3)卷第 4—6 页。

③ 指 1912 年北洋政府在确立中国教育学制即颁布“壬子癸丑学制”时,并未将中医药学列入因而被称为“漏列中医”事件,亦有学者称之为“人类文化科学史上罕见的特例,也是我国近代史上的一大文化错案”^[12]。

应地列入其医师临床考试和医师资格考试^[18]。由此来看,汉方医学亦即中医学发展在日本同样经历了从源流主流医学,到西学东渐被废弃再到现代复兴的曲折过程。所不同的只是日本复兴汉方医学是直接将其纳入医疗保险、医学教育和医师资格考试与诊疗医院体系,实质上就是通过东西方医学的结合使其重新恢复并融入主流医学。而我国在振兴中医学并实施中西医结合与并重的路径与方法选择上,则是增设了中医学高等教育及中医学诊疗医院的整个体系,这在医卫健康主管部门来说虽是对中医学地位与作用的充分肯定与重视,但实际上却无意中在确保西医学主流地位而将中医学重起炉灶而给打入了“另册”。

在这个方面,尤其是对比中医学与汉方医学二者复兴的效果,则更明确地感受到其方法路径选择不同而成效迥然不一。譬如现在日本的汉方医学常用药品用作临床医疗的已增至200多种。特别是就全球中医学市场所占份额比较而言,我国作为中医学业原创性大国,一直是日本汉方医学原料药进口主要来源地,而日韩两国制作的汉方药品却占到了全球中医学市场销售额的80%以上甚至90%,且大量出口销售到我国大陆及港澳台地区。其中仅日本津村株式会社仿制我国六神丸的救心丹,每年在全世界的销售额就超过1亿美元^[19]。而我国振兴中医学尽管国家财政投入巨资,兴建了相应的中医学高等院校及中医学诊疗医院一个完整的系统,甚至在中医学科研攻关方面,还取得了屠呦呦青蒿素抗疟承传创新荣获诺奖的巨大成功,但从整体上看至今未能全面实现中西医结合与并重,真正恢复中医学作为“国医”的地位与作用。而在政府财政拨款和医院执业医师所占比重等问题上,也形成了西医综合医院和中医院在制度安排事实上的主次分明。《中国卫生健康统计年鉴》(2021)的数据显示,2020年全国中医院获得的财政直接拨款收入仅相当于西医综合医院的23.10%。而就当年二者拥有执业医师的人数比较,相应地前者仅为后者的21.63%。同期在医卫健康服务层面的整个绩效

指标,中医学诊疗收入所占比重也远低于西医学水平且其差距呈持续拉大的趋势。总的印象是,中医学复兴的基本面仍然是“普遍存在愿景代替目标,呼吁代替研究,观望代替行动的消极现象,其合乎逻辑的结果便是原地踏步无法突破”^[13],因而势必带来诸如《中医学发展战略规划纲要》(2016—2030)所言明的“中医学服务领域出现萎缩现象”等问题,也不能不影响到西医学全生命周期健康保障体系的构建与形成。

为更深入分析和说明此问题,本文就中医学复兴呈现出滞后发展状况,甚至出现不应有的萎缩现象进行统计性检验。基于数据的可获得性和一致性原则,在样本选择时鉴于自2009年开启的“新医改”是在提出“健康中国建设”和“健康中国战略”新时期,同时考虑到湖南省作为中部地区拥有7800万户籍人口的人口经济大省,往往更具某种意义上的代表性及全球突发新冠疫情对整个医疗系统常态化运行的某些冲击与影响等因素,特将样本选择的时间段设定为“新医改”至新冠肺炎疫情发生前的2009—2019年,对象为湖南省卫健委所统计的1134~1931家规模及以上医院的平均值。另为取得同口径的分析数据,依据《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》有关破除“以药补医”机制的规定,将所涉及医院分析中所有西药收入中约占12%的价格上浮部分予以清除,亦即对截止到2015年、上溯至2009年的医院西药费收入据实一律进行下调12%的数据处理,从而排除该期间因西药价格上浮所产生的医院诊疗费收入的不可比因素。其统计性检验方法的科学选择,则以医院包括西医检验检查与手术费在内的整个西医学收入占比作为西医学化程度的量化指标。假设中医学费收入在医院医疗费总收入中的占比($Tradit$)与西医学化程度($Westit$)满足以下数量关系:

$$Trad_{it} = f(West_{it}) + u_i + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

如果函数 $f(\cdot)$ 为线性形式,则式(1)为线性模型;如果为非线性形式,则式(1)为非线性模型。本文拟采用非参数模型刻画两者的非线性形式,相应的估计结果如图1所示。

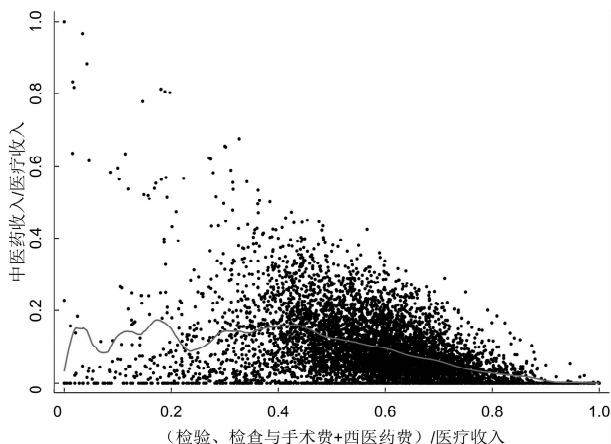
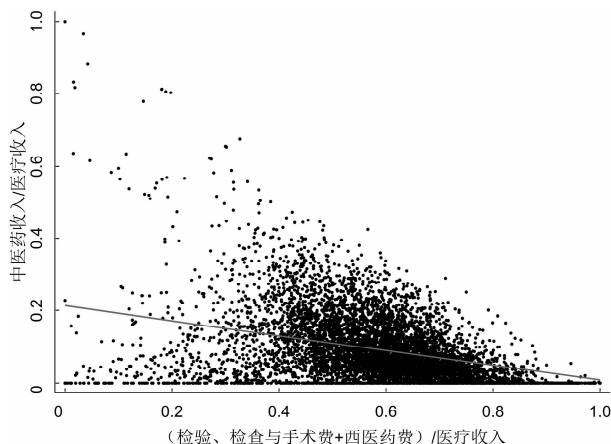


图 1 基于“中西医并重”标准对西医药化与中医药收入的权重比分析

从图 1 可以看出,所示在线性假定之下,西医药化程度与中医药费收入所占的权重比呈显著的负向关系,西医药化程度每提升 1%,中医药费收入占比相应降低为 -0.13%。如果采用非参数模型估计式(1),两者则呈现阶段性特征。当包括西医检验检查与手术费在内的整个西医药费收入在医院医疗费总收入中的占比在 50% (即“中西医并重”量化平衡) 以下时,中医药费收入占比则围绕 15% 上下波动;当西医药化程度高于 50% 时,中医药费收入占比则呈持续下降趋势。由此则可推导出,西医药诊疗费收入在医院医疗费总收入中所占比重相对较高,主要是受益于工业化科技进步因素对西医西药发展的影响与贡献。远程诊疗、机器人手术和检验检查技术设备的新度越来越先进等,现代工业化科技进步对西医药业发展起有较强的助推作用。相反,中医药业由于没有通过中西医结合与并重的途径恢复与融合创新为主流医学,加之对“中医西化”存在着某种误解与忌惮而对现代工业化科技进步处于某种徘徊观望状态,往往沉湎于数千年来古制古法等传统生产方式与煎药服汤的消费模式,无疑已远远落后于现代信息技术、纳米材料和生命科学等第一生产力迅速崛起的新时代,因而不能不呈现出某种程度的“中医药服务领域出现萎缩现象”。为更具体地说明西医药化对中医药费收入的影响,本文将对湖南省的县级及县以上中医院医疗费收入结构状况进行分析(见表 1)。

表 1 湖南省县(市)级及以上中医院 2009—2021 年
中西医医疗费收入结构的对比

年度	中医院 / 个	医疗总收入 / 万元	中医药费收入		西医药费收入		工业化科技进步贡献率	
			收入额 / 万元	占比 / %	收入额 / 万元	占比 / %	收入额 / 万元	占比 / %
2009	127	266 552	17 801	6.68	134 163	50.33	96 294	36.13
2010	125	261 789	19 543	7.47	128 917	49.24	95 749	36.58
2011	128	313 111	25 675	8.20	149 832	47.85	117 172	37.42
2012	128	393 386	36 759	9.34	181 338	46.10	150 561	38.27
2013	133	459 866	46 608	10.14	204 192	44.40	181 222	39.41
2014	135	532 681	54 405	10.21	229 750	43.13	217 197	40.77
2015	138	579 101	56 345	9.73	240 128	41.47	249 883	43.15
2016	141	637 693	61 145	9.59	283 114	44.40	293 434	46.01
2017	144	696 555	65 901	9.46	289 797	41.60	340 857	48.93
2018	174	760 029	71 838	9.45	300 645	39.56	387 546	50.99
2019	187	854 125	79 449	9.30	337 167	39.48	437 509	51.22
2020	197	813 892	78 967	9.70	295 664	36.33	439 261	53.97
2021	211	2 614 960	176 581	6.75	624 710	23.89	1 813 670	69.36

注:表内西医药收入已核减 2009—2015 年间西医药费收入约 12% 的溢价(即医院“以药养医”)部分;工业化科技进步贡献收入系医院的西医手术和检查检测合计的收入,2021 年由于新冠病毒核酸检测收入达至 92.15 亿元,因而与 2009—2020 年间存在着不可比因素。

表 1 为湖南省的县(市)级及以上市地和省级中医院,自“新医改”的 2009 年至 2021 年中、西医药费收入结构状况的对比,由于医院数据报表制度有个逐步完善的过程,至 2021 年整个 211 家中医院的年度报表比较齐整。表 1 中所有中医院的医疗费总收入均系不含挂号费、护理费和材料费等项费用的纯医疗医药费收入,其中工业化科技进步的影响与贡献收入是指西医检查检测费和手术费两项收入。对表 1 中湖南所有中医院的中医药收入和西医药收入状况进行对比,即可发现湖南省作为全国中医药业发展居前几位的中部地区

经济人口大省之一,即使是在其县(市)级及以上中医院的中医药治疗主流医院中,自“新医改”以来2009—2021年共13年的医疗费总收入,其中除2013年、2014年的中医药费收入略超出10%以外,其他11年的中医药费所占收入权重比均在10%以下。特别是2021年由于湖南省211家中医院参与新冠病毒核酸检测收入合计达到92.15亿元,相应地医院工业化科技进步的影响与贡献收入亦即西医手术和检查检测收入提升到了69.36%的水平,于是全部中医院中医药费收入平均也随之下降为仅占到其医疗费总收入6.75%的地步。

与此形成鲜明对照的即使是在湖南省211家以中医药诊疗为主要手段的中医院,其西医药费收入包括工业化科技进步的影响与贡献所带来的西医手术费和检查检测费在内共占到了90%及以上水平,尤其是在2021年由于西医科技研发新冠病毒核酸检测技术的问世,所带来西医药费收入陡增,共占到了全部中医院医疗费总收入93.25%的水平。由此可见,西医药学自进入我国以来已基本完成消化运用和改造提升的中国化全过程,甚至在某些方面还回馈并引领着全球医疗业发展的所谓“新中医”;而作为中国古代科学瑰宝的中医药学却面临着新的振兴机遇与挑战,坚持中西医结合与并重从而恢复中医学“国医”主流医学的地位,显然乃必由之举和当务之需。然而高等院校与诊疗医院中西医分置的结构模式,实际上

便是将中医学不应有地排除于传统“国医”的主体地位之外,抑或是中医学本身孤芳自守而自我拒绝于现代信息化、智能化传承创新的工业化4.0时代潮流,因而势必丧失开启中华文明“瑰宝”和“钥匙”的良机,甚至很可能连其治未病(预防)等传承优势也将逐渐消退或丢失,以至于呈现出中医学萎缩性滞后发展的危局不能不引起相关警觉与重视。

二、中西医并重融合创新的障碍及中医药“双四化”传承创新工程

综上所述,我国医疗卫生保障体系经历了数千年中医学作为“国医”主体、在近代由于西学东渐影响导致西医学反客为主,以及新中国成立后中医学走向复兴发展的全过程。这与日本所经历的汉方医学从主流到废止,从恢复到回馈于中国甚至全世界的大致时段基本一致,所不同的主要是日本重新认识与重视东西方医学的结合,其主要做法是将汉方医学恢复并融入主流医学,而我国实施中西医结合与并重的主要措施则是在保持与稳固西医学主流地位不变的情况下,从整个医学教育到医院诊疗体系增设了中医学一个完整而独立的系统,亦即并没有通过中西医结合与并重的路径,将其恢复并融合创新为新的主流医学,因而势必导致“中医药服务领域出现萎缩现象”,也不能不阻碍着健康中国建设和中西医全生命周期健康保障体系的构建与形成,如图2所示。

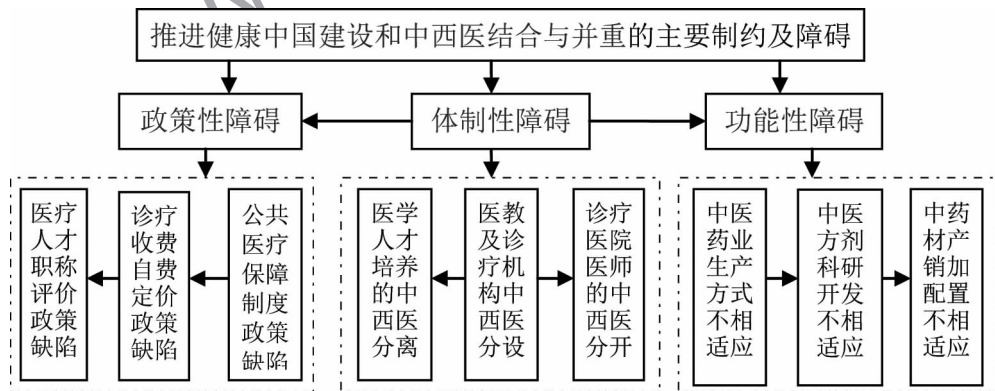


图2 健康中国建设与构建中西医全生命周期健康保障体系的主要障碍

从图 2 可知,推进健康中国建设与构建中西医全生命周期的健康保障体系,切实做到中西医结合与并重融合创新,实践表明还存在着某些体制性、政策性、功能性等制约因素与障碍。首先是体制性障碍,亦即在医卫健康保障体制上对医教院校及诊疗医院实行中西医机构分设,对医学高等教育中西医人才培养分离,以及将中西医诊疗医院医师分开。这看起来似乎是对中医药学重要地位与作用的充分肯定,但恰恰事与愿违结果适得其反。譬如,实行医教及诊疗机构分置的模式,把中西医学搞成各自独成体系的“两张皮”,加之西学东渐“后遗症”的深远影响,致使中医药学很难恢复并融入“国医”主流地位,也相应造成在中西医结合与并重上的某种制约与障碍。在这方面其突出表现便集中反映在政府对整个医院财政拨款上的厚此薄彼,如前所述直至 2020 年,全国公立中医院的财政拨款收入还只相当于公立西医综合医院的 23.10%。由此来看,中医药学能否恢复并融入传统“国医”的主体地位,在事实上直接关系到行政性医卫资源公平合理地配置,也直接关系到中西医结合和并重与融合创新,并间接影响到健康保障服务的社会信用与民众健康需求心理。因此由医教诊疗机构中西医分置模式,所造成的中医药学传统“国医”地位得不到恢复与认同,这不能不是医卫健康保障体制机制上较为严重的制约因素与障碍。

在实行医教诊疗机构中西医分置的管理模式下,也相应造成中西医高等教育人才培养的分离。这样将医学人的科学当成一般性自然科学就专业化教育而教育,而不能立足于以人为本从培养中西医结合的全科医学人才的战略高度,切实保障全生命周期国民健康来办学育人,势必带来西药学和中医药学在人才培育体制上的分歧与错位。像湘雅医学院和湖南中医药大学均为分设在湖南省的西医、中医同级别医科大学,但前者西药学类型高等院校的高考录取分数线系“双一流”大学中的顶级水平,而后者中医药学类型院校的录取分数线仅为一般普通大学水平。就其所设课程与学生需完成的学业任务而言,像中西医临床医学专业同样是本科学制五年(日本为六年制),

作为中医药学类学生其中西医学理论和临床医学都得学,需完成的学业任务实际上相当于西药学类学生的双倍还要多。概言之,这种中西医高等教育分离的医学人才培养模式,主要表现在高考录取分数线生源水平上西药学远高于中医药学,而中医药学生的学业任务又重于西药学生,因此很难想象中西医类高等院校能够并驾齐驱地培养品学兼优的现代医学一流人才。换言之,采取医教中西医学人才培养分离的教育模式,首先就让中医药学输在了人才培养的起跑线上,因而也不能不是提振中医药学以实现中西医结合与并重的又一大体制性障碍。

从服务于国民健康保障事业的医院诊疗结构布局来看,全国自下而上基本上是清一色的县(市)级及以上人民医院(即西医综合医院)和中医院分开的设置。这看起来似乎也是对中医药学的重视和信任,而且从公平竞争来看亦符合“医疗服务的提供方和需求方都存在着不确定性”的健康经济学原理^[20],但实际上却是“错把杭州当汴州”致使中医院一直处于被动运行的艰难境地,也是多年来导致“中医药服务领域出现萎缩现象”的另一体制性制约因素。因为通常情况下作为医疗需求方无疑是患病求医,而一般病痛往往又是西药更能显见疗效,由之作为西医综合医院的人民医院自然成为绝大多数患者的首选医院,那么医患双方面的“不确定性”实际上就变成了“确定性”。因此,实行诊疗医院和医师中西医分开的体制,双方博弈的结果势必是西医综合医院,不管怎么提质扩容都是患者常年爆满而供给不足。而与之相对应的中医院虽有治未病(防疫)等方面的承传优势但仅凭中医药却难以维持生计,结果不得不面对现实将西医当作主业而中医则被沦为附带(见表 1)。由此来看,改革开放多年来存在着所谓“看病难”“看病贵”等顽疾一直得不到根治,其主因还是实行中西医诊疗医院和医师分开模式所造成的供给侧结构性矛盾所致。

如图 2 所示,政策性障碍主要表现在公共医疗保障制度设计、医疗健康服务价格制定、医卫人才职称评价等政策上的某些缺陷或制约。特别是在公共医疗服务健康保障制度设计方面,不少政策

还存在着某些针对性和适应性欠强的问题。譬如,根据相关政策规定公共医疗保险付费主要限于协议正规医院,一般非协议单位不在公共医疗保险付费范畴。如此一来,中医药祖制承传的郎中所开办的传统中药房,虽已成为数千年来中医药学文化承传的某种代表与标志物,但由于一般不属于正规医院因而不是协议单位其诊疗费用则需由患者自负。而在诊疗服务价格定制政策上,基于 Fuchs^[21]健康经济学原理,医疗健康需求系引致需求亦即患者接受医疗自身却不是决策者,而决策者医师既不享有服务效用也不承当可能发生的负效用,因而势必带来市场价格功能被削弱而收入职能被强化等问题^[22],于是无论中药还是西药定价基本上均套用工业品成本定价的模式^[13]。这样对西药而言本身即为工业化制成品,因而在其定价时整个产销链包括研发专利等费用均已进入成本。而中药品类尽管也有研发生产的成品药但所占比重还不到 20%,其绝大部分仍然是中药配伍即所谓“一人(次)一方”的个性化定制。这就如同餐饮业的成本计价模式,一般西医药享有五星级酒店的消费定价标准,而中医药却相当于从菜市场采购自家制作只计算了纯原料药成本。尤其是在医卫人才职称评价标准及待遇问题的政策设计上,按一般流程均需进行学历学位资格考评晋级并享有相应的经济待遇,但这种公平公正公开的考评机制,却忽略了中医药学师承授徒的真传一脉。换言之,相对于中医承传创新的师承人才,由于不少未曾经历正规学历教育便不能参评各类职级并享有相应的经济待遇。

如图 2 所示,功能性障碍主要表征为中医药学,在传承创新方面还存在着“三个不相适应”的功能性缺憾。

一是古老的中医药科学技术与现代化生产方式的不相适应。根据马克思主义“生产力—生产方式—生产关系”亦即生产方式决定于生产力发展的科学原理^[23],就全国中医药业发展基本层面比照分析,无论是在生产端还是消费端均已显示出其传统生产方式远落后于现代生产力发展。譬如就其生产供给端而言,事实上连中医药传统的采药工与收购商均已越来越少甚至行将消失。而

在消费需求端随着现代人生活快节奏社会的到来,古老中医药的传统煎药服汤模式,也越来越不被患者甚至医者新生代所接受。也就是说,处于现代化重大变革时期的中医药学的传承创新,正面临着现代信息技术、纳米材料、生命科学等第一生产力迅速崛起的重大机遇与严峻挑战,实现中西医并重与振兴中医药学的确存在着先天不足的明显局限。尤其是基于中医药学特色优势并鉴于欧美日韩等国公民健康计划的实践,学者们大多认为实施健康中国战略并着力于中医药学的传承创新,其主要内涵就在发掘其突发性公共疫病、重大疑难疾病和慢性病防治、现代中药业制作和军事保健特别是治未病等医疗服务价值,中药性味功效理论和方剂配伍等科技研发价值,中医药教育传播和创意、旅游产业与膳食营养、保健康复与健身武术等传统养生文化产业衍生价值,以及中药资源开发结合生态环境治理的综合效用价值等方面^[24],但由于多年来某些外部利益因素的渗透加之效用性政策的诱致性影响,恰恰使中医药学正逆向逐步转上以治疗为中心的西医药学效用模式的非理性路径^[12],以致其特长优势反而被忽略而削弱甚至出现被边缘化的危机。

二是中医方剂科技研发与传承创新的不相适应。中医药学作为“全世界唯一达到成熟科学水平的传统医学”^[12],在中华文明五千年历史长河中形成了浩如烟海的典籍文献,仅《中医方剂大辞典》就梳理收集到历代中医方剂近 10 万件。从神农备尝百草、伏羲制作九针的远古传说,至春秋以降的扁鹊、华佗以及《黄帝内经》《难经》《神农本草经》和张仲景的《伤寒杂病论》等逐渐形成的理论经典,尔后皇甫谧的《针灸甲乙经》、葛洪的《肘后备急方》、苏敬的《新修本草》、孙思邈的《备急千金要方》和《千金翼方》、李时珍的《本草纲目》和叶天士的《温热论》等皆为中医药学各类专著,无不是中国古代科学瑰宝“大医精诚”的杰出创造,其间蕴涵着呵护全生命周期健康的无穷智慧与巨大财富。像屠呦呦正是受到葛洪《肘后备急方》“青蒿一握以水二升渍,绞取汁尽服之”的启示,探索利用乙醚技术发现并成功提取到治疗疟疾的青蒿素和双氢青蒿素,以致解除了人类疟疾患者的

苦痛并拯救了数百万人的宝贵生命。然而像屠呦呦这样破解中医方剂奥秘并实现承传创新获诺奖的还仅此一例,而就整体上看“目前进入中西医平权阶段,西医相对停滞,中医相对逐步复兴”但并未解决“我是谁”的问题^[13]。如针对全球性慢病爆发西医难以突破的理论技术瓶颈,相反中医基于“天人合一”的整体论完全具备应对慢病侵害的理论技术优势,但却由于中医现代化不够还不能形成疗效信用、加工制作与推而广之的市场手段全覆盖,因而也不能不是其医疗健康需求服务供给上的某种功能性障碍或缺憾。

三是中药材产加销配链与中医配伍的不相适应。中医药学在数千年发展演进中逐渐形成了独特的科学理论体系和防病治病技术体系,但也由于某些行为规制的惯性影响过于依赖古法传承而疏于创新。应当说作为某种信息与智慧经验代代相承自有其合理性一面,但也必须直面当下野生植物药逐渐减少和自然生态环境的变化,给中药材种植、市场收购和储运与加工制作等全产业链所造成的这样那样的改变。如果不能顺应时代变迁采取适宜而有效的对应措施,确已越来越难保证中医方剂与中药配伍的应有品质与疗效。对此,湖南中医药大学党委书记秦裕辉,作为既接受过中医药大学本科和研究生系统学历教育,又经受过名老中医师承传授且曾留学海外传播中医药文化的知名专家,深有感触地说现在即使有好的方子,在市场上也很难找到好药,野生中药材已经难得一见,人工种植的农药残留物、发生霉变等很难达到古方秘籍中药配伍的品质标准。而有着近 40 年中药材经营经验的药商王光池,主要从事中药材购销经营并在不少贫困县对口开办公司加农户的道地中药材种植合作社,由他提供种苗、技术与专用肥等生产服务且实行保价收购。王光池在谈到目前中药材的加工保质时,呼吁再也不能让“中药材变成烧火柴”了!针对中药饮片仍占到 80% 以上药用量的情况,国家要舍得发重金搞科技攻关并支持中药材加工制作,要像西医药那样把绝大多数中药材做成精加工原料药与各类配方的中成药^[25]。

概言之,由以上所需突破的某些体制性、政策

性、功能性障碍与制约因素的论述,可见推进健康中国建设与中医药学“创造性转化、创新性发展”^[7],切实做到中西医结合与并重融合创新,关键在于优化医教诊疗结构从而转换中西医学分置模式,将中医药学恢复并融合创新为新的主流医学以促其加快复兴。而难点则在着力于科技攻关发掘中医药“瑰宝”秘笈彰显其效能。前者亦即优化医教诊疗结构主要系政策与制度性安排问题,后文医保、医疗、医药协同治理等改革措施将要涉及姑且不论,这里先就着力于中医药学传承创新与科技研发而言,结合当年举国科技攻关促使屠呦呦研究青蒿素抗疟取得承传创新的重大突破,而全国精准扶贫脱贫工程的实施又让“云药”开发获得巨大成功的实践,可见开启中医药学“中国古代科学的瑰宝,也是打开中华文明宝库的钥匙”^[3],尤有必要实施中医方信息化、数字化、智能化与现代工业化改造和中药材基地化种植、农场化管理、标准化研发与工艺化生产即中医中药“双四化”传承创新工程,如图 3 所示。

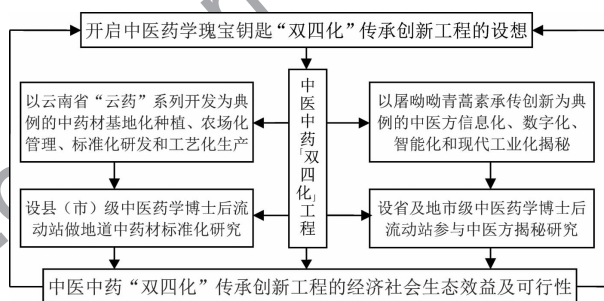


图 3 实施健康中国建设战略与中医中药“双四化”传承创新工程

从图 3 可以看到,实施健康中国建设战略与中医中药“双四化”传承创新工程,基于马克思主义生产方式必须适应生产力发展的基本原理,针对中医药业发展振兴在生产端其传统采药工与收购商日渐减少甚至行将消失,而在消费端煎药服汤的传统模式也越来越不为社会大众所接受的实际,在总结推广云南省落实国家扶贫脱贫工程、实施“云药”系列开发取得较好成效的基础上,以县(市)为基本单元在全国范围内因地制宜推进中药材基地化种植、农场化管理、标准化研发和工艺化生产,发扬钉钉子的精神确保中药原料药供给充裕及其品质标准。因为我国作为全世界最大的经

济发展中国家,历史悠久而幅员辽阔,加之东高西低的特殊地理地貌和南北温差较大的气候多样性特点,道地中药材自然资源和可开发再生资源十分丰富。据我国药理学典籍现存最早的专著《神农本草经》记载,在西汉初期中医使用的中药材就载有 365 种之多;延至明代李时珍所撰《本草纲目》(1578—1593)时期,中医郎中开方用的常见药材增至 1 892 种,其中植物药占到 1 094 种、矿物药品与其他药物共有 798 种。迄今为止,全国现已探明中草药品种多达 8 000 多种,确不失为植物药科研开发与振兴中医药学原料药生产的基因宝库,其间蕴涵着多少药用奥妙和巨大潜在开发价值则不言而喻。

譬如,云南省自 2009 年“新医改”以来实施“云药”品牌培育工程,重点围绕三七、滇重楼、草果、砂仁等“十大云药”品种系列开发生产,先后制定修订了道地中药材种子种苗标准,并建立起相应的野生转化繁育基地。全省结合精准扶贫脱贫国家工程的实施,培持“一县一业”中药材示范县和特色县,逐步开发形成了以云南白药、血塞通、灯盏花、恒古骨伤愈合剂等优质特效药品为龙头带动的“云药”品牌系列,其中药材种植面积、总产量和加工值连续多年稳居全国之首,致使全省中药材种植及加工业已开发成为医疗健康保障新兴产业与该省国民经济发展的支柱产业之一。因此,如图 3 所示,若以云南省“云药”系列开发为典范推而广之,国家在各相关县(市)对口设立地道中药材开发项目并完善为某种阶段性新型举国体制,有针对性地配套采取某些科技扶持措施拨给专款专门编制,并依托县(市)一级中医院设立相应的开放式博士后流动站,结合稳固脱贫成果与乡村振兴战略的实施,引导各地将道地中药材科技开发和美丽乡村建设结合起来,因地制宜实施基地化种植、农场化管理、标准化研发和工艺化生产,无疑当为振兴中医药学夯实其原料药供给基础最重要而必需的保障措施。

同样,亦如图 3 所示,以屠呦呦青蒿素科技研发与承传创新为典范,采取国家公共投资为主体并由国家卫健委组织相关学会实行招投标双向选择的办法,由国家中医研究院会同省(区市)中医研究院,从近 10 万件宝贵典藏中每年选择一批可

研性较强的中医方剂,综合运用现代技术手段逐一分析破解古老中医之奥妙,争取每年取得一批中医药科技传承创新的突破性成果,且循序渐进地开启中医药学这门中国古代科学的瑰宝钥匙并造福于全人类。这样,秉承习近平总书记致中国中医科学院成立 60 周年贺信中的希望与要求,切实把握好中医药学复兴迎来天时、地利、人和的大好时机,设立并实施相应的“中医中药”双四化”传承创新工程,采取中医药科技攻关的举国体制主要由国家加大政府公共投资,并设立博士后流动站实行竞相互动协同攻关的开放式研究方法,完全能够“勇攀医学高峰,深入发掘中医药宝库中的精华,充分发挥中医药的独特优势,推进中医药现代化”^[3],促进健康中国建设以实现经济社会生态效应放大多赢的理想预期。

三、中西医并重融合创新与优化医教诊疗结构的政策措施

1. 构建中西医并重融合创新的全生命周期健康保障体系

(1) 坚守健康中国建设与中医药学复兴的初心使命。作为全世界古老文明唯一得以延续的中华文明之所以没有中断甚至消亡,在某种意义上可谓得益于全世界唯一达到成熟科学水平的传统中医药学^[12]。中华始祖黄帝传有《黄帝内经》系中医理论实践的开基之作,而炎帝神农氏为辨药救民最终亡于断肠草亦可谓中药最早的殉道者,于是便有了中华民族乃炎黄子孙的历史美传。尔后道教作为诞生于中国本土唯一的宗教被誉为“十道九医”,像葛洪、陶弘景、孙思邈等道家亦是千古传颂的名中医;即便是历朝历代潜学孔孟之道的官家儒生,也大多熟谙“六艺”自然也深通中医之术,譬如医圣张仲景的《伤寒杂病论》即为其就任东汉太守时所著。这里稍举些许历史片断就足见中医药学源远流长且博大精深,的确不愧“是中国古代科学的瑰宝,也是打开中华文明宝库的钥匙”^[3]。因此,要推进健康中国建设与完善国民健康保障制度,切实做到“将健康融入所有政策”^[7],应当毫不犹豫地坚守中医药学传承创新和实现复兴的信念与初心,真心实意地构建起中西医并重融合创新的全生命周期健康保障体系。

(2)构建中西医并重融合创新的全生命周期健康保障体系。全世界生命价值学说创始人 Huebner^[26]认为,生命价值是财产价值之“因”而不是其“果”,“如果没有生命价值的存在和转化,物质财产价值根本不可能存在,而健康是实现未来财富的基本保障”。Sen^[27]的论述又阐明了“在人的众多的能力中,身体健康和良好生理机能是最为重要的”,这便将健康经济学提升到了生命价值论的新高度。至 2012 年联合国又就该问题通过决议达成了全球性共识,于是“全民健康覆盖”便成为各国政府需履行的基本职责之一^[28]。我国政府与“全民健康覆盖”的国际标准相对接,先后提出“健康中国建设”“健康中国战略”等方面的重要部署,在全国卫生与健康大会上习近平总书记^[7]还明确表示“努力为人民群众提供全生命周期的卫生与健康服务”。同时不少学者亦相应提出构建起有别于传统卫生经济学的中国大健康经济学^[4],发挥好中医药治未病(防疫)和“简、便、廉、验”^④的功能性作用,突出“中西医并重”和“预防为主”等中国特色,并主张将中医药学融入“健康素质教育与健康监控”^[29],让健康养生知识普及中小学课本直至中高等教育,普遍列入学生体育课堂并广泛涉入国民营养膳食、锻炼、旅游、保健作息等日常生活与消费,逐步形成中医药预防(治未病)全覆盖和中西医全生命周期的健康服务保障体系。

(3)深化中西医健康服务供给侧结构性改革。针对医学高等教育及诊疗医院中西医分置往往滋生精致的利己主义者,以及财政医疗费用攀升而健康指数并不同步等矛盾现象^[4],科学合理调整优化医教诊疗结构,促进中西医结合与并重融合创新发展。在坚持与完善国家卫健委统一归口目标管理的前提下,对中西医教育和中西医院实行双向融合,一方面借鉴日本恢复汉方医学即融入主流医学的成功实践,通过中西医结合与并重将中医药学恢复并融入创新发展为主流医学;另一方面基于中医药学作为传统“国医”传承创新的迫切需要,既要心存敬畏之心更要坚持实事求是的精神,着力于科技攻关发掘其“瑰宝”秘笈彰显其

效能。同时,针对多年来医卫健康服务西医综合医院“一床难求”而中医院相对资源闲置的矛盾,通过融合中西医院调整优化资源配置,做到中西医相互渗透与优势互补。并按照医保、医疗、医药协同治理的要求,将“中西医并重”量化为医院中西药诊疗费收入各占约 50% 的标准。

2. 优化医教诊疗结构促进中西医结合与并重

(1)对临床医学实施中西医融合协同发展。按照毛泽东提出的“发展中国的新医学”和培养“中西结合的高级医生”等要求,对中西医学高等教育院校实行结构优化与融合重组,从而创新临床医学培养中西医兼备的双学位全科生通才。应当说,这从理论与实践上看均是可行可及的,也是适应推进健康中国建设与提升健康服务效能所必需的。因为就中西医学理论思维特点而言,一般中医药学的原创思维系典型的“人文思维”^[30],这显然有别于西方单纯的科学思维。所谓“科学思维是从静态出发的,或者是从具体的物出发的,而中国的人文思维则是从人出发的”^[31]。因此,对中西医临床医学实行融合重组与相互渗透,让学生们做到中西医理论和临床医学兼学兼备融会贯通,这对医者思维以人为本的科学培养与形成,也补正了中西医学各自的先天不足,因而十分有利于培养思维缜密、医德高尚和医术精湛的新医学一流人才。同样,培养中西医兼备的双学位全科生通才,在实际操作上类似于国际上从事医疗科研的医师必须取得“MD、PhD”双学位的标准^[11],亦如日本恢复汉方医学并使之融入主流医学,主要就是通过全科生医学人才培养的途径来实现的。换言之,从健康中国建设的国情实际出发,凡医学高等教育院校完成临床医学学业或毕业后从事临床工作的医师,均需颁发并执有中西医双学位证书和双执业证书,这也是适应新时代国民健康服务更高标准要求所必需具备的本领。

(2)设置或保留针灸推拿等专业及其诊疗专科。基于中医针灸推拿和养生学、骨伤学等中医药学在国内享有盛誉并广为国际接受的突出特色,无疑应作为新医学医疗保健的精要重点手段

④ “简”指治疗方法操作之简单,“便”指因地因时取材之便捷,“廉”指不浪费人力物力之廉价,“验”指历久弥新流传验方之有效^[4]。

来传承。事实上,全世界已有160多个国家与地区认同并运用中医针灸推拿术,拥有国际中医针灸师至少在20万人以上,每年实现针灸医疗服务费收入一百亿美元以上^[32]。譬如在美国对东方从医者和针灸推拿师统称为“注册针灸师”,其针灸用针自1996年就由医疗三级设备提升为二级,实际上便意味着针灸推拿医疗在该国被视为安全有效。英国针灸治疗早于美国在1982年即由英格兰和威尔士等地政府,给予颁布健康和安生准则法案,而在加拿大、澳大利亚等国家也大多通过地方法,明确由开办中医针灸教育的学院为其颁发职业牌照并允许使用“中医医生”头衔。因此,优化中西医高等教育专业结构及医院诊疗结构,在对中西医临床医学专业融合重组的同时,相应设立或保留中医针灸推拿和养生学、骨伤学等特效专业及诊疗专科亦很有必要。

(3) 设置或保留预防(治未病)专业及其诊疗专科。治未病包括疾病预防作为中医药学承传创新的另一特色专业,像屠呦呦发现并成功提取青蒿素和双氢青蒿素等抗疟的特效药,就充分表明中医药在预防等治未病方面的较强优势。譬如,自20世纪50年代以来,我国多次流行过乙型脑炎和麻疹等疾病,结果使用中医药防治其疗效远超出西医施治效果且无后遗症;至20世纪80年代上海发生乙肝和重型甲肝恶性传染病,同样使用中医药治疗,其疗效较之西医药治疗的美国死亡比率为1:234。另据有关资料反映,中医药还可预防太空病,一般国际航天员患“太空运动病”的概率约为50%,而我国航天员采取中医药预防措施至今未发生过此类病痛。尤其是进入21世纪之初抗击非典和后来抗击新冠病毒,通过使用中医药早期介入抗疫疗效极佳乃举世瞩目。对此,世界卫生组织予以高度评价并受到全世界尤其是非洲人民热情赞赏。由此来看,优化医教诊疗结构促进中西医结合与并重融合创新,中医药学特色传承专业不能丢也丢不起,保留或设立治未病(预防)专业及其诊疗专科尤有必要。

(4) 设立中医师承专业和中医师承诊疗专科。中医药学作为数千年来实践性较强的承传创新型学科,自古以来便形成了某种师承自繁默契的人

才传帮带模式。基于健康中国建设培养中医医师承人才工程的部署,当加大力度推广成都中医药大学九年制国医书院式育人模式,亦即在医学高等院校和诊疗医院,分别设立相应的中医师承专业及诊疗专科,搭建起中医药名医名师成长与优秀临床人才培养、中医药经典理论承传与专业技能提升的互动平台^[33]。切实做到在中医医师承人才工程的实施过程中,紧扣中医药理论、中医药思维、中医药技艺等承传创新主题,主要通过聘任全国知名专家担任传承导师牵头的书院式团队“传帮带”方式,并以点带面形成面向全员、贯穿全程、协同开放的中医药传承创新能力的培养体系,从而为健康中国建设培养适应国民健康高品质、多元化需求的新医学特殊人才。

(5) 设立中西药学专业并对医院中西药房分置进行标准化监管。中药西药作为中西医结合防病治病的依托与载体,无疑是优化医教诊疗结构与中西医并重融合创新的重要基础工程,尤其是中药植物药其药用价值、生态功能和经济效用兼备开发前景十分可观。根据余坚^[34]对全球医药保健品市场的实证分析,现在欧美各国常用药用植物已达3000多种,年销售规模上百亿美元且呈明显上升趋势,其中美国使用植物药患者已占到病患人次的74.6%。因此,按照《“健康中国2030”规划纲要》到2030年实现中药产业五万亿元以上目标的要求,设立相应的中药与植物药学专业当为医学院校必不可少的重要构件。同样,实施中西医融合创新的各规模以上医院均须设立相应的中西药房,并按照“中西医并重”的要求量化其医疗健康服务费收入指标,做到在规定的期限内让所有公立医院的中药房和西药房,达至医药费收入各占50%左右的标准,从而形成促进中西医结合与并重融合创新的倒逼机制,努力实现改善医疗健康服务、提升防病治病疗效并降低公共医疗费用多方面的放大效应。

3. 贯彻落实“双创”部署建立新医学博士后流动站

(1) 探索中医药学复兴并融入主流医学“双创”之路。中医药学具有服务健康中国战略的独特优势与巨大的潜在开发价值,但随着信息技术、

纳米材料和生命科学的迅速崛起和工业化 4.0 时代到来,在面临重大发展机遇时也势必遭遇严峻挑战。根据健康中国建设对其“创造性转化、创新性发展”^[7]的战略安排,中医药学必须在近 15~30 年内跟进全国现代化同步复兴,当务之急是要着力于科技攻关,尤有必要设立并加紧实施中医中药“双四化”传承创新工程,亦即推进中医方信息化、数字化、智能化与现代工业化揭秘改造和中药材基地化种植、农场化管理、标准化研发与工艺化加工生产,通过健全新型举国体制更多引入现代最新理论与先进技术,并采取细化中医药学科技项目深度开发的方式,群策群力促使“古老的中医药”重焕朝阳产业的青春活力。

(2) 设立省与市地及县(市)级博士后流动站。围绕健康中国建设和振兴中医药学“双创”部署,设立并实施中医中药“双四化”传承创新工程,可考虑以国家与省级中医药科研机构为基础,主要依托现有市地级及县(市)级中医院分别设立中医药学博士后流动站,并会同相关高等院校、医疗机构和企业等各相关单位,共同组成跨部门、多学科的中医药学科研协同攻关创新大军,健全举国创新体制汇集相关精英人才开启中医药学瑰宝钥匙。同时对省(区市)及市地级和县(市)级科研开发适当进行专业化分工,一般设立县(市)一级中医药学博士后流动站,可依托原有县(市)中医院加挂牌子实行合作开发,并由本级政府拨给编制和专项经费等提供相应的科研条件,面向全国广泛吸纳相关专业博士后流动性人才,主要针对本土道地中药材“四化”项目,跟踪科研开发重点实施标准化研究与转化应用。特别是在各省(区市)级中医研究院尤有必要设立博士后流动站,促其依照国家中医研究院运行模式由现中医治疗为主转向科技研发为主,使之能够牵头组织市地一级中医院并会同医、学、研、企等相关研发力量,重点参与中医方剂“四化”传承创新项目竞标与科研攻关等事项,切实做到上下各方协同努力形成中医药学科研“绿地效应”,从而涌现出更多屠呦呦式的中医药科学家群体并产生更多类似青蒿素抗疟的重要科技成果。

(3) 建立完善与中医药学相适应的科技开发

评价机制。为把中医药学传承好、利用好、发展好,近些年来已出台不少好政策、好措施且显见成效,但我国作为中西医学并重的发展中大国,开启中医药学瑰宝钥匙还需有更加完善完备的科研评价机制。否则,在这方面一味强调与国际科研评价标准接轨,则势必成为促进西医药学科研开发的某种量身定制,而对中医药学这门古老科学的传承创新反倒不利。譬如,研制发明新型抗疟药——青蒿素和双氢青蒿素的屠呦呦,成为我国本土首位获得诺奖的科学家,但却偏偏不能评选为我国两院的院士。这就表明在某些体制机制运行政策上,还存在对中医药学传承创新的评价标准与社会认同问题。在这里恐怕应有最重要也是最可靠的一条,就是作为国家卫健委与中医药学的科研主管应是中医药学权威专家(如爱因斯坦即为当时德国专利局的公务员)。因此,设立并实施中医中药“双四化”传承创新工程,当由国家卫健委牵头组织并统筹业务指导、项目规划、严格规制与方案制定等,同时由国家中医研究院会同省(区市)中医研究院,每年从古藏经典中筛选一批可研性较强的中医方剂并制定相应的传承创新计划,交由各相关权威性专业学会实行最严格的评选程序,并配套对在研项目严格组织年检和结项验收及宣传推介等事项。此外,还有必要引入市场评估机制并强化行政监管与社会舆情监督,在实践中不断完善中医药学科技创新激励政策,确保中医中药“双四化”传承创新工程项目的实施质量和管理效能。

4. 把巩固脱贫成果的乡村振兴与中药材基地建设结合起来

(1) 修订道地中药材图谱并保护好野生中药材资源。需结合中医药学典籍检索并通过实地考察对中草药动植物药和矿物药、少数民族传统用药进行一次全国性普查,在此基础上建立起国家级道地中药材原生产地的目录图谱和药用动植物种质资源库。进一步完善中药材资源分级保护、野生中药物种分级保护制度,并建立相应的濒危野生药用动植物保护区、野生中药材资源繁育基地和濒危稀缺的中药材种植养殖基地,做好道地中药材良种繁育培植好优质种苗,加强原生态中

草药等资源保护利用以实现绿色可持续发展。

(2) 采取科技机构和公司加农户共同富裕的开发模式。譬如北京大学药学院教授屠鹏飞团队在大西部沙漠地区, 开发被誉为“沙漠人参”肉苁蓉的药用价值, 并为种植户提供种子和技术等产销全链式服务。近年来, 共推广种植梭梭 575 万亩, 接种荒漠肉苁蓉与管花肉苁蓉 200 万亩年产近 1 万吨, 先后指导扶持内蒙古、新疆、宁夏、甘肃、陕西等省(区) 培育壮大了 8 家肉苁蓉专业化产销公司, 共带动 20 多万贫困人口实现精准稳定脱贫致富。据统计, 近 3 年来所开发的系列肉苁蓉产品, 实现销售收入 90 多亿元并创造利税 20 亿元, 并带来相当于节省国家投资 120 多亿元的治沙效应。实践表明, 由屠鹏飞教授肉苁蓉科研团队牵头和公司加农户的开发模式, 当为结合巩固脱贫成果实施乡村振兴战略的共同富裕之路, 尤有必要在实施中药材“四化”传承创新项目的科技开发中推而广之。

(3) 实施中药材“四化”项目开发的废弃物资源化利用。中药资源作为重要的生态资源, 在防病治病服务与配伍制药生产的过程中, 也势必带来新的残留物无害化处置的问题。据不完全统计, 在这方面全国每年废弃非药用物包括中药废渣等共约 1 000 万吨。如果这么多的废弃物处置不当, 势必带来不应有的环境与再生产问题。譬如在某些甘草、麻黄、重楼等中药材集中生产区, 就出现过中药材废渣对自然生态环境的某种损害, 相应带来中药材减产与药品质量下降等损失。对此, 南京中医药大学段金廛教授就中药材加工制作的废弃物资源化利用问题, 深入现场进行专门研究已取得技术性突破^[32]。据验证, 这种成熟技术很有实效完全可以广为运用, 由之则可实现中药材科技开发在生产和消费两端洁来洁去, 既不带走一片云彩也不丢弃一片羽毛。因此, 依靠科研开发实现中医方的现代工业化改造提升和中药材基地化、农场化种植与工艺化、标准化生产的“双四化”传承创新工程, 只要也唯有依靠并发挥好中医药科学家与广大科技工作者的智慧与作用, 就能更快更好实现人与自然和谐相生和中医药学的现代化复兴。

5. 从实际出发完善相适宜的医卫健康保障政策

(1) 创新中医药学执业者管理制度。诺斯^[35]提出的适宜制度 (Appropriate Institution) 是指“一系列被制定出来的规则、守法程序和行为的道德伦理规范, 它旨在约束追求主体福利或效用最大化利益的个人行为”。完善和加强医疗健康服务相关制度, 根据现代教育与就业职业资格管理规范化要求, 一方面对考取中医药学各类执业证书, 可有针对性地适当进行专业化细分, 以强化其医疗健康服务的专业性与实效性。另一方面亦可实行尊重民意与社会认同的原则, 对中医药学师承传人确有诊疗健康服务市场与民望或传有特效秘方的“郎中”, 依法依规采取相应的备案制管理办法, 亦即根据医疗服务相关规定与基本要求, 在签署必要条款承诺书的前提下颁发中医师执业证书, 并允其开办中医诊所或传统中药房。

(2) 在中药定价上由管药为主逐渐转向管人。针对目前中成药科技开发与工业加工转化尚处于起步阶段、中药饮片市场占有率仍达 80% 以上的现状, 中医药定价有必要跳出成本定价和疗效定价^[13]的争议, 由单纯管药转向管药与管医者资质兼顾。一方面, 对具备中医药医疗健康服务资质的中医师, 应由公共医疗管理部门区分其职级等次, 就其方剂药用价格实施相应的最高限额价; 另一方面, 按照滋补类药品原则上需得自费的规定, 严格要求中医师区别方剂中每份中药属性, 并原则上划分出所开处方公费负担的比例。与此同时, 还须配套由医保会同医疗、医药管理部门实施跟踪随机抽样监管, 凡严重违规者一经发现则取消其中医执业资格, 不得再行从事医疗健康服务的高尚职业。

(3) 促进中医药学对内对外“两个开放”。中医药学拥有“简、便、廉、验”明显的特色优势, 对推进健康中国建设具有不可或缺的重要补充作用。这在“新医改”以来公共医疗费用已略超出世界平均水平, 而居民健康状况的改善却不像费用增长那样突出^[4]的情况下尤显珍贵。因此, 振兴中医药学在恪守“大医精诚”理念初心的同时, 还确有必要穿越古老、打破封闭、走好开放复兴之路, 更好服从服务于健康建设事业的现代化新发展。不仅要从中国古老科学中走出来, 广泛拓展中医药学由防病治病到保健养生的内涵和外延, 还要面

向国际市场健康全覆盖更多更好地“走出去”。如我国发挥中医药治未病优势特别是援助非洲兄弟抗击新冠病毒受到欢迎,日韩两国由于汉方药的普及也带来中医药医疗器械研制上的新发展,而中医针灸推拿在欧美等发达国家已越来越被广泛认同等。这就在事实上充分表明中医药学具有竞争国际市场、造福全人类的巨大发展潜能,同时也说明设立并加紧推进中医中药“双四化”传承创新工程,将中医药特色优势更多融入世界潮流,用世界元素更好地彰显中医药特色优势,则能为构建人类命运共同体不断贡献更好的健康中国建设的智慧与经验。

四、结论与建议

面对科技进步和现代化新发展对医疗健康服务,所提出的高质量、多层次、多样化需求,中医药学对呵护生命全周期和健康全覆盖具有独特的中国智慧与经验,尤其是其天人合一、辨证施治、未病先防和四时养生等特色优势,与健康中国建设的基本内涵高度一致^[4],与世界卫生组织“全民健康覆盖”高度契合。但由于数千年来生产力落后而给养不足,医者出于自保的惯性影响往往过于内敛与孤芳自守,特别是西学东渐的深度影响仍在阻碍着中西医结合和并重及融合创新,至今在事实上仍未完全恢复“国医”应有的主体地位等原因,势必导致现代医疗健康服务某些不适应的问题,也不能不带来“中医药服务领域出现萎缩现象”“发展规模和水平还不能满足人民群众健康需求”等矛盾与问题。

在这方面,恰如毛泽东在新中国建设初期就曾预料和指出的:“要以西方的近代科学来研究中国的传统医学的规律,发展中国的新医学”并培养“中西结合的高级医生”^[5];亦如习近平总书记所强调,“坚持中西医并重,推动中医药和西医药相互补充、协调发展,努力实现中医药健康养生文化的创造性转化、创新性发展”^[7]。因此,必须秉承“形势在变、任务在变、工作要求也在变”^[36]的改革创新精神,在新形势下深化医卫健康服务供给侧结构性改革,优化医教诊疗结构促进中西医并重与融合创新。一方面,在现代医学人才培养上,改革高等院校中西医分置的教育模式,以临床医

学结构优化培养中西医双学位的全科生通才为带动,全面促进中西医学相互渗透和融合创新,并配套保留或设立相应的针灸推拿、治未病(预防)和中医师承等特色产业,包括中西医结合的外科与制药等实施中西医人才培养大融合;另一方面,调整优化医卫健康服务诊疗结构,将西医综合医院和中医院融合创新为中西医结合的“新医院”,并在其规模以上医院实施中药房和西药房分置,按照“中西医结合”“中西医并重”的方针量化目标,要求在规定期限内达至中西药费收入各占约 50% 的标准。这样通过医教诊疗结构优化与制度政策方面的合理调适,形成“让健康融入所有政策”^[7]的引致性倒逼机制,即可构建起中西医并重融合创新呵护全生命周期健康保障体系。

同时,针对国内中药饮片市场占到 80% 而中成药现代工业化的严重不足,而国际上中成药市场日韩药品占到 80% 以上,我国作为中医药原创大国却成为其原料药进口地的状况,加之在“中医药服务领域出现萎缩现象”,以及财政医疗费用攀升而健康指数并不同步现象并存等,尤有必要推进中西医并重融合创新与提振中医药学,更好地发挥其“简、便、廉、验”特色优势彰显其效能,并由之实施中医中药“双四化”传承创新工程,亦即加紧推进中医方信息化、数字化、智能化与现代工业化改造和中药材基地化种植、农场化管理、标准化研发与工艺化生产,并取得健康中国建设的经济社会生态效益兼得多赢的理想效果。据测算,这项中医药学承传创新的巨型科技工程若得以设立并有效实施,仅比照屠呦呦当年青蒿素抗疟承传创新的成功案例给以粗略估算,其科技研发项目的深度开发投资有望带来数十倍、数百倍甚至上千倍、上万倍几何数增值增效的巨大收益。而类似“云药”道地中药材系列产品的科技开发,亦将相应产生出大批医疗中成药与众多保健产品,发展壮大为大健康产业链并形成全球性市场大覆盖,而且还能从根本上增进民生健康福祉和促成创业就业的良性循环。以日本汉方药业兴起带来经济结构优化与增进就业为实例,其卫生和社会福利业就业(2017)作为第一大行业已占到该国就业总人数的 12.1%^[37],而在我国普及教育作为硬

指标(2019)就业人数已占到全国的12%强,略高于欧美诸国如英国的11%而位居各行业之首,但卫生和社会福利业因系软约束却只占到全国就业人数1.5%的水平。如果我们振兴中医药业达至日本汉方药业复兴与促进就业的地步,全国仅此一项就可新增就业岗位多达8000万人以上,因而必将带来无可估量的巨大经济效益、社会效益和绿色生态环境效益。

参考文献:

- [1] 万方志,李明桥,石高翔. 中国健康经济学研究综述[J]. 经济动态,2012(12):90-93.
- [2] 杨利平. 中药现代化的思路与探索[J]. 新中医,2004,36(9):3-4.
- [3] 习近平. 习近平致中国中医科学院成立60周年贺信[N]. 人民日报,2015-12-23(1).
- [4] 毛振华,王健,毛宗福,等. 加快发展中国特色的健康经济学[J]. 管理世界,2020,36(2):17-26.
- [5] 毛泽东. 毛泽东文集(第七卷)[M]. 北京:人民出版社,2009:81-423.
- [6] 冷溶. 邓小平年谱(1975—1997)(上)[M]. 北京:中央文献出版社,2004:370.
- [7] 习近平. 谈治国理政(第二卷)[M]. 北京:外文出版社,2017:370-373.
- [8] 马晓伟. 全面推进健康中国建设[N]. 人民日报,2020-11-30(9).
- [9] 费太安. 健康中国百年求索——我国医疗卫生事业发展历程及经验[J]. 管理世界,2021(11):26-40.
- [10] 李丹溪,田丁,孟昊,等. 关于日本医学院校现代汉方医学教育的调查[J]. 世界科学技术(中医药现代化),2012,14(6):2307-2328.
- [11] 吴凡,汪玲. 构建新时代“MD + PhD”医学教育新模式[J]. 中国卫生资源,2021,24(2):111-115.
- [12] 李致重. 实现中医复兴梦的战略步骤与任务[J]. 中国软科学,2013(5):1-9.
- [13] 马晓彤. 中医发展的战略性难点分析[J]. 中国软科学,2018(7):1-8.
- [14] 陈静锋,郭崇慧,魏伟. “互联网+中医药”:重构中医药全产业链发展模式[J]. 中国软科学,2016(6):26-38.
- [15] 张超中. 中医学:健康时代及其顶层设计[J]. 中国软科学,2015(7):52-58.
- [16] 马克思,恩格斯. 马克思恩格斯选集(第4卷)[M]. 北京:人民出版社,2012:612.
- [17] 陈海燕. 汉方医学在日本的发展[J]. 重庆科技学院学报(社会科学版),2014,16(6):131-134.
- [18] 陈致懋. 确保中药材不受污染 发展中医药大健康产

业[J]. 中国人大,2016,23(7):46-46.

- [19] 肖月园,杨志波. 日本汉方医学发展带来的启示[J]. 中西医结合,2018,17(6):554-558.
- [20] ARROW J K. Uncertainty and the welfare economics of medical care [J]. American economic review, 1963 (53): 941-973.
- [21] FUCHS V R. The future of health economics [J]. Journal of health economics, 2000(19):141-157.
- [22] EVANS R G. Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications [C]// PERLMAN M. The economics of health and medical care. London: Macmillan, 1974:162-173.
- [23] 郭冠清. 回到马克思:对生产力—生产方式—生产关系原理再解读[J]. 当代经济研究,2020(3):5-13.
- [24] 汤大朋,马新飞,倪菲菲,等. “健康中国”背景下中医药服务能力的内涵构成及提升路径对策[J]. 中国卫生事业管理,2019,36(3):198-200.
- [25] 秦裕辉. 实现稳固精准脱贫与中药材发展相结合[J]. 学习与研究,2019(6):44-46.
- [26] HUEBNER S S. Life insurance: a textbook [M]. New York: Appleton-Century Company, 1935: 11-14.
- [27] SEN A. Equality of what? [C]// MCMURRIN S. The tanner lecture on human values. Cambridge: Cambridge University Press, 1979:197-220.
- [28] 吴传俭. 健康资源跨期错配问题研究进展[J]. 经济动态,2016(7):109-125.
- [29] 刘波,胡宗义,龚志民. 中国居民健康差距中的机会不平等[J]. 经济评论,2020(2):68-85.
- [30] 李致重. 中医要发展必须过三关[J]. 中国软科学,2009(1):8-14.
- [31] 楼宇烈. 中国的品格:楼宇烈讲中国文化[M]. 北京:当代中国出版社,2007:1-4.
- [32] 黄明安. 中医药现状与发展趋势研究[J]. 时珍国医药,2016(8):1956-1960.
- [33] 李明鉴,卢鲭宇,钱丝诗,等. 健康中国战略下中医药人才传承能力培养的思考[J]. 中国卫生事业管理,2021,38(12):929-931.
- [34] 余坚. 我国中药产业国际化市场战略分析[J]. 经济问题探索,2003(2):13-18.
- [35] 诺思. 经济史中的结构与变迁[M]. 上海:上海三联书店,1994:20-21.
- [36] 习近平. 谈治国理政(第三卷)[M]. 北京:外文出版社,2020:108.
- [37] 孙红玲,周良荣,张富泉. 生活性服务业就业问题国际比较研究[J]. 经济学家,2021(3):121-128.

(本文责编:王延芳)