

慈善医疗的发展规律、现实困境与路径选择^{*}

王海漪

[摘要] 疾病是直接影响城乡居民生计的重要因素。慈善医疗作为自古以来就存在的民间力量，是新时代缓解低收入群体疾病医疗费用负担的有益补充机制。然而，受相关医疗保障制度衔接不畅、慈善医疗行为有待规范、慈善动员能力不足、相关制度制约等影响，我国慈善医疗发展的潜力尚未充分释放，国家应当尽快出台专门的政策性文件，扎实推进慈善医疗与法定医疗保障制度有效衔接，促使慈善医疗健康持续发展，充分发挥其补充医疗保障的作用。面向未来，慈善医疗应从医疗费用补偿走向健康普惠，从多层次医疗保障体系的有机组成部分升华为建设健康中国的有生力量。

[关键词] 慈善医疗 多层次医疗保障制度 制度衔接 高质量发展

〔中图分类号〕F842.0; C913.7〔文献标识码〕A〔文章编号〕1000-7326(2023)10-0101-07

一、引言：慈善医疗及其当代价值

疾病自古以来就是影响居民生计的重要因素。随着2021年脱贫攻坚战的全面胜利，我国扶贫工作取得历史性进展。但重大疾病仍然是影响巩固拓展脱贫攻坚成果和扎实推动共同富裕的关键因素，也是实现联合国2030年可持续发展的卫生健康目标的重大挑战。数据显示，当前居民自付医疗费用居高不下，居民医疗支出占总消费支出比重从2002年的6.7%上升到2022年8.6%。^①2022年，我国职工和居民医保住院费用目录内基金支付比例分别为84.2%和68.3%。^②我国有超过7成的居民在政策范围内的报销比例不足70%，且大病患者使用创新药等医保目录外药品可能性更大，个人负担更加沉重。实际上，2018年有基本医疗保险的患者住院费用的总自付比例仅为44.6%，农村患者的自付比例高达47.2%。^③在住院患者中，有24.2%因经济困难要求自动离院。^④这说明，虽然基本医疗保障制度较之前有很大改善，但医疗保障制度的总体供给与实际需求仍有较大差距，尤其是低收入大病患者负担较重。在相对贫困长期存在的背景下，重大疾病仍然是致贫、返贫的重大风险。低收入群体几乎不可能通过购买商业健康险解决自负医疗费用问题，这使建立在社会捐献基础之上的慈善医疗成为我国多层次医疗保障体系建设中的独特层次和现实需要。^⑤

^{*} 本文系国家社科基金重大项目“中国社会保障体系建设与扎实推进共同富裕研究”(21STA002)、北京市社会科学规划重大项目“新发展阶段实现全体人民共同富裕的理论内涵和实践创新研究”的阶段性成果。

作者简介 王海漪，中国人民大学中国社会保障研究中心博士研究生(北京，100872)

① 来源于国家统计局网站的年度数据。

② 国家医保局：《2022年全国医疗保障事业发展统计公报》，2023年7月15日。

③ 国家卫生健康委统计信息中心：《2018年全国第六次卫生服务统计调查报告》，北京：人民卫生出版社，2021年，第58页。

④ 国家卫生健康委统计信息中心：《2018年全国第六次卫生服务统计调查报告》，第56页。

⑤ 许飞琼：《中国多层次医疗保障体系建设现状与政策选择》，《中国人民大学学报》2020年第5期。

慈善医疗建立在恻隐之心和救急解难的社会伦理之上，是通过无偿捐助的慈善手段汇集社会力量为有需要者解决就医费用负担的民间机制。据统计，我国每年约有 27% 的慈善资源用于医疗健康事业。如果将所有涉及医疗卫生的项目统计在内，医疗健康与教育项目的差距可能缩小或反转。^①除慈善组织举办的医疗项目，网络大病个人求助的作用不容忽视。以水滴筹为例，截至 2023 年 3 月 31 日，累计约 4.32 亿人次共捐赠 584 亿元，救助了 286 万多名患者。^②这表明慈善医疗是值得重视的、可以助力解决困难患者疾病医疗费用问题的社会力量，可以在流向医疗领域的慈善资源逐渐增加的趋势下，继续弥补医疗保障供给之不足，帮助困难患者缓解医疗费用负担。

除了具有为经济困难患者解决疾病费用负担的“直接效应”，慈善医疗还具有“间接效应”和“扩散效应”。一是慈善医疗促进其他医保制度完善的“间接效应”。慈善组织对于贫困患者的需求有着深入了解，可以通过合理的途径促进法定医疗保障制度完善，与保险公司合作探索更具社会责任感的保险产品。此外，慈善组织还可通过政策倡导和资源整合促进社会关注弱势群体。调研发现，全国多个慈善组织在满足罕见病患者特殊需求方面作出了独特贡献。二是慈善医疗缓和医患矛盾等冲突的“扩散效应”。利他主义认为，慈善是利他的表现，其提供了鼓励和表达利他主义的机制，有助于培养公民的相互责任感，帮助他们实现道德潜能。^③因而慈善医疗是缩小贫富差距、缓和阶层心理对抗的良性机制，也是弘扬社会主义核心价值观的有益途径。总之，帮助困难群体全面解除疾病医疗后顾之忧不仅需要法定医疗保险与医疗救助，还需要社会力量参与。慈善医疗是义利相融且兼具精神力量与物质力量的社会机制，可以成为解决困难群体疾病医疗与健康服务问题的补充力量，应当成为发展我国慈善事业的优选方向。

但是，慈善医疗未引起理论界和实务界的足够重视。一方面，在多层次医疗保障制度体系的研究中，慈善医疗的研究处于“真空”状态。政府、业界和学界主要探讨法定医疗保障和商业健康保险，实践中也没有将慈善医疗作为多层次医疗保障制度体系中的一个层次推进。另一方面，慈善理论缺乏对慈善医疗发展规律与特殊性的研究。慈善医疗是慈善资源流向最多的领域之一，与医疗、医保、医药关系密切。但在实践中，慈善医疗处于无序供给的状态，未能形成理论共识和良好的社会氛围。有鉴于此，本文试图探讨慈善医疗的发展规律，总结现实困境，提出未来的发展路径，以期为慈善医疗的实践提供参考。

二、慈善医疗的发展规律

慈善医疗作为医疗保障制度之一，内嵌于社会制度之中。因此，在探讨慈善医疗制度与实践时，不仅要分析规范这一特定活动的规则本身，还应当了解规则在更大的制度环境中的运作方式。这些制度实际是一系列相互关联的规范，它们支配着人们的关系，最终影响慈善医疗的发展走向。慈善医疗的发展取决于需求规模与供给水平两个方面。具体而言，法定医疗保障制度决定了慈善医疗的需求规模，文化和技术是影响慈善医疗供给结构与能力的重要因素，贫富差距对慈善医疗的需求与供给均有影响。

（一）慈善医疗与法定医疗保障制度紧密相关

历史上，慈善医疗的产生与发展往往与法定医疗保障制度的缺失和不足密切相关。慈善医疗在中国历史上早已存在并一直延续到新中国成立，只是不存在政府负责或主导的医疗保障制度，慈善医疗一直在民间发挥着对贫病患者的救助功能。新中国成立以后，党和政府高度重视医疗保障制度建设。1951 年针对城镇就业人口及其供养的直系亲属建立了劳保医疗制度，1952 年针对机关和事业单位工作人员建立了公费医疗制度，两项医保制度均惠及其供养家属。农村于 1955 年开始依托合作社建立了覆盖农村居民的合作医疗制度。伴随城乡医疗保障制度的建立，旧式慈善医疗成为历史。但在这一时期，民间互助仍然存在，城乡居民团结合作的精神尤其浓厚。

^① 亚洲公益事业研究中心：《中国社会公益慈善指南：医疗卫生》，研究报告，2021 年，第 17 页。

^② 黄佐春：《水滴筹声明称遭遇水军攻击 仍会坚持补贴》，央视网：<https://jingji.cctv.com/2023/07/13/ARTIsVq1aNQcmvgM0Wtlw9ay230713.shtml>，2023 年 7 月 13 日。

^③ [英] 艾伦·肯迪：《福利视角：思潮、意识形态及政策争论》，周薇等译，林闽钢校，上海：上海人民出版社，2011 年，第 2 页。

改革开放后,传统医疗保障制度变革与社会阶层分化为慈善医疗的出现与发展提供了条件。一方面,伴随城乡经济体制改革,面向城镇职工的劳保医疗制度丧失了组织基础与财政基础,改革劳保医疗制度成为必然。1998年,国务院决定在全国范围内建立城镇职工基本医疗保险制度,这场深刻的制度变革重构了权利义务关系,所有参保职工均须承担法定的缴费义务并依法享受相应的医保权益。职工家属被剔除在外,成为没有医疗保障的群体。同时,乡镇企业、个体户是否参保并未强制统一,致使这一部分劳动者也缺乏医疗保障。在农村,伴随20世纪80年代初期土地承包责任制的全面推行,农村集体经济迅速解体,农村合作医疗制度迅速衰落,覆盖率从1976年的90%下跌至1989年的4.8%。^①绝大部分农民失去了集体性质的医疗保障,重新回到自费医疗阶段。医疗保障制度改革引致的巨大保障空白与个人医疗费用负担的骤然加重迫切需要社会力量的援助。另一方面,社会阶层分化使慈善医疗发展成为可能。经济结构多元化、分配方式多样化及鼓励部分地区、部分群体先富起来的政策转向使我国贫富差距日益扩大。当发生疾病风险时,低收入困难群体难以支付医疗费用,又因法定制度保障不足陷入困境。不断增加的社会需求为慈善医疗提供了发展空间,使之逐渐发挥出对法定医疗保障制度的补充功能。

再观国外,亦可发现两者的关联性。从19世纪末建立社会保障制度开始,伴随着无法定医疗保障、建立国家医疗保障制度、新公共管理运动下的医保改革三个阶段,英国慈善医疗的定位和功能经历了从独立供给到供给空间压缩再到提供政府购买服务的三次转型。^②在北欧国家,社会民主制的“强理论”观点认为,国家才是福利最适合的提供者。^③因此,北欧国家的福利主要由国家提供,以解决医疗费用为目的的慈善医疗的发展空间较小。在美国,作为单独将医疗保健的生产、分配和支付几乎全部交给私人领域的国家,政府的努力仅限于公立医院、退伍军人的医院护理和学校免疫接种等事务,为穷人提供慈善医疗一直是社会需要努力的事业,这创造了独特的慈善医疗体系。^④从现实出发,慈善医疗项目仍是美国安全网的重要组成部分。概而言之,法定医疗保障越健全,慈善医疗越没有发展空间。其背后的逻辑是,一个时期和空间范围内的医疗保障需求总量是既定的,法定医疗保障制度承担得越多,社会援助的需求就越少;反之,不健全不充分的法定医疗保障制度会使一部分人陷入需要救助的境地。这部分人难以通过购买商业保险的市场机制解决救助需求,只能由慈善医疗分担。

(二) 慈善医疗与所在国家与地区的慈善文化相关

新制度主义认为,制度约束会在社会化过程中内化于人的心理结构,并构成人们习惯性的“行动纲领”,从内部支配人们的行为。^⑤郑功成也指出,慈善无国界,慈善事业有国界。^⑥在我国历史长河中,慈善医疗思想源远流长,影响着慈善医疗实践的发展。慈善医疗的思想来源于中国传统哲学中的人性观,儒家思想对我国民众影响最深。^⑦早在春秋时期,以“仁”为本的儒家思想就为包括慈善医疗在内的中国传统慈善文化奠定了思想基础,这在孔子对大同世界的描述中可得印证。在“仁”的基础上,孟子提出“四端说”,认为慈善的动机是恻隐之心,回答了“人为什么要做慈善”这个问题。儒家思想的另一个核心概念是“孝”。“孝”不仅被视为“仁”之根本,也是中国传统慈善思想的伦理基础。“孝”的渊

^① 顾昕、方黎明:《自愿性与强制性之间——中国农村合作医疗的制度嵌入性与可持续性发展分析》,《社会学研究》2004年第5期。

^② Eddy Hogg, Susan Baines, “Changing Responsibilities and Roles of the Voluntary and Community Sector in the Welfare Mix: A Review”, *Social Policy and Society*, vol.10, no.3, 2011, pp.341-352.

^③ [澳]柯文·M.布朗、苏珊·珂尼、布雷恩·特纳等:《福利的措辞:不确定性、选择和志愿结社》,王小章、范晓光译,杭州:浙江大学出版社,2010年,第15页。

^④ Jonathan Engel, *Poor People's Medicine: Medicaid and American Charity Care Since 1965*, North Carolina: Duke University Press, 2006, p.7.

^⑤ 王宁:《消费行为的制度嵌入性——消费社会学的一个研究纲领》,《中山大学学报(社会科学版)》2008年第4期。

^⑥ 郑功成:《中国慈善事业发展:成效、问题与制度完善》,《中共中央党校(国家行政学院)学报》2020年第6期。

^⑦ 一般认为,儒释道对中国慈善思想均有所影响,但佛教和道教思想是在唐代经过中国化和俗世化之后才迅速兴盛起来的。

源是以家为核心的“宗族文化”，这也形塑了中国人的行善伦理：先血缘后地缘，由私及公、由近及远的差序救助位次。由上可知，儒家学说虽然没有专门论述慈善，但是回答了何为慈善、为什么要有慈善以及如何做慈善三个关键问题，这些思想至今仍然是中国人行善的基本遵循。第一，公众捐赠主要是出于恻隐之心，并且倾向于对陷入急难的贫病者进行救助。从古至今，慈善医疗始终是宗教慈善、家族慈善及民间互助中极为重要的内容之一。例如，最早完全由民间主体举办的慈善机构——唐代“悲田养病坊”就是抚恤、收养贫病者及残障老人的慈善机构。再如，历史学家普遍认为，范氏义庄是后世家族互助的典范，^①其规定对贫病交加的族人应予以特别照顾。^②笔者在调研中也发现，现代慈善医疗救助项目的公众捐赠比例普遍高于其他项目。究其原因，中国人认为“大病至重”，贫病交加的患者最易激发公众的恻隐之心，人们愿意慷慨解囊去帮助大病患者及其家庭。第二，慈善医疗的公众捐赠受到社会关系的强烈影响。如上所述，我国公众遵循差序救助位次。当遇到困难时，中国人往往先向家人和熟人求助，公众也倾向于直接捐赠给与其有社会关系的人。通过“轻松筹”“水滴筹”等网络个人求助平台捐赠和直接捐给受益人成为公众捐赠的主要方式，而向慈善组织直接捐赠的比例很少。^③因此，只有认识到文化对公众参与慈善医疗的影响并顺应而为，中国慈善医疗乃至慈善事业才能取得大发展。

（三）组织化与技术进步为慈善医疗增能，激发了慈善医疗的潜能

传统慈善医疗以宗教慈善和家族慈善为主，救助范围仅限于一定地域范围和宗族体系之内。由于缺乏专业技术和组织基础，慈善医疗的救助手段较为局限，无法形成社会化机制，发挥的作用十分有限。现代慈善是技术进步的产物。一方面，工业革命带来的现代组织理论的发展和成熟运用使慈善事业走向现代化、平等化和专业化，也更加符合现代慈善理念。另一方面，信息化时代互联网、大数据、人工智能等技术的广泛应用为现代慈善医疗提供了更加丰富的空间资源和规模巨大的参与主体，将慈善医疗从小范围的熟人互助扩展为具有公共性的社会事业，形成了更加广泛的规模和社会影响。慈善医疗调动公众力量的能力迅速提升，也能够救助更多患者。

（四）贫富差距对慈善医疗的需求与供给均有影响

贫富差距是慈善事业存在的客观基础。共同贫穷的时代只会是个别的慈善活动，不可能有慈善事业，更不可能有慈善医疗，因为社会成员都需要援助，又几乎不具备援助他人的能力。共同富裕的时代也不需要慈善医疗，因为人们都具备了足够的经济能力应对疾病风险。唯有在贫富差距存在的条件下，一方是有捐助意愿、具备援助能力和渠道的捐助者，另一方是因病陷入生活困境、需要救助的弱者，慈善事业才会成为富人和穷人的共同需要。^④

国家统计局数据显示，2021年我国居民人均可支配收入基尼系数仍高达0.466，低收入群体规模依然较大。我国正处在医疗卫生体制和医疗保障制度全面改革完善的关键时期，法定医疗保障尚不能完全解除人民群众的疾病后顾之忧。高涨的民众医疗卫生需求和不断涌现的慈善资源表明，现在是慈善医疗发展的机遇期。此时，如果能够充分尊重并顺应社会文化结构，运用好现代技术，慈善医疗将会在保障人民健康方面发挥出最大效能。在现代化建设如期推进和走向共同富裕不断取得明显实质性进展之后，我国贫富差距逐步缩小，法定医疗保障就能够从根本上解决疾病医疗费用问题。到那时，以化解医疗费用负担的慈善医疗就完成了历史使命，将会升华为支撑健康中国建设的力量。

三、我国慈善医疗的现实困境

经过近三年的追踪调研，笔者发现我国慈善医疗在不断发展，客观上发挥了助力困难患者减轻医疗费用负担的作用，事实上扮演着弥补法定医疗保障不足的角色。一方面，专门化慈善医疗组织规模逐渐

^① 梁其姿：《施善与教化：明清时期的慈善组织》，北京：北京师范大学出版社，2013年，第20页。

^② 王卫平：《从普遍福利到周贫济困——范氏义庄社会保障功能的演变》，《江苏社会科学》2009年第2期。

^③ 韩俊魁、邓锁、马剑银等：《中国公众捐款：谁在捐，怎么捐，捐给谁》，北京：社会科学文献出版社，2020年，第30页。

^④ 郑功成、张奇林、许飞琼：《中华慈善事业》，广州：广东经济出版社，1999年，第10页。

形成，慈善医疗组织角色逐步多样化、服务需求更加多元、项目设计走向精准，慈善医疗专业化的趋势初步显现。综合慈善组织也作出了重要贡献，尤其是红十字会（包括红十字基金会）、慈善会等慈善组织系统规模庞大，既体现了中国特色，又形成了一批慈善医疗的“样板”项目。网络大病个人求助等新形态也值得关注。另一方面，慈善组织、商业主体等在慈善医疗项目中的探索也为多层次医疗保障制度衔接提供了有益的实践经验。但是，受医疗保障制度衔接不畅、慈善医疗有待规范和优化、动员能力不强、相关制度不健全等影响，慈善医疗发展的潜力尚未充分释放。

（一）慈善医疗与其他医疗保障制度缺乏有效衔接

党的二十大报告将健全社会保障体系作为增进民生福祉的具体行动，提出要促进多层次医疗保障有序衔接。但当前慈善医疗与其他医疗保障制度缺乏有效衔接，主要表现在三个方面。第一，缺乏引导，定位不清。明确慈善医疗的功能定位是制度有效衔接的前提条件。尽管中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》明确了多层次医疗保障制度体系的内涵和建设的时间表，但对于多层次各项制度的边界、慈善医疗的功能定位缺乏具体政策指引，导致政府部门、社会组织及市场主体发展理念模糊不清，难以达成共识。例如，当前存在为了完成多层次制度体系的建设任务和促进多主体共同参与而建立多层次体系的认识误区，将政府视作多层次中其他制度的竞争对象，造成政府责任缺失。一些人担心主体权责不清，对政社合作趋于保守，进而走向另一个极端。第二，待遇衔接不畅。制度衔接的最终目标是促进医疗保障的待遇提升，能否提升健康福祉是检验制度衔接最重要的标尺。在实践中，一些慈善项目简单沿用法定医疗保障的制度规定。例如，一些慈善医疗救助项目将基本医疗保险目录作为待遇标准，将低保、特困人员等政府医疗救助对象直接作为项目救助目标群体，这不仅加剧了“悬崖效应”，也难以从结构上精准有效地补充法定救助待遇。第三，管理衔接薄弱。一是信息共享难题有待破解。政府部门横向和纵向的信息共享以及政、社、商跨主体信息共享的体制机制普遍未理顺，提高了慈善医疗与其他制度的救助成本。二是经办衔接存在空白点。例如，同时享受法定医疗保障、商业保险和慈善医疗待遇的程序较为繁琐，甚至经办衔接政策缺失可能导致患者救助待遇损失和慈善资源浪费，直接影响患者医疗保障水平和各方主体参与慈善医疗的积极性。

（二）慈善医疗有待规范和优化

一方面，当前慈善医疗行为规范不足，不利于慈善医疗发展。一是慈善欺诈现象依然存在，求助者隐瞒事实骗捐、慈善组织项目造假、企业寻租或者利用慈善噱头营销、套捐、逼捐等问题偶有发生；二是市场相关主体参与的慈善项目无法隔离市场利益的干扰，一定程度上降低了慈善医疗项目的社会公益价值；三是网络大病个人求助存在法律监管空白。尽管《慈善法（修订草案）》将网络大病个人求助写入附则，但缺乏监管主体和规制办法，这将使商业主体在竞争压力下伤害社会价值的行为难以避免。小平台冒用其他平台身份拓展业务甚至诈骗跑路的现象影响行业整体发展。另一方面，慈善医疗项目有待优化。从筹资端来看，由于慈善特殊主义的存在，我国慈善医疗救助项目趋于同质化，捐赠主体更加青睐有短期效果、成本可控、社会影响力更广泛的慈善项目，社会又缺乏政策的合理引导与支持，慈善资源不足与浪费现象共存。

（三）慈善医疗动员能力有限

近年来，虽然每年约有30%的慈善资源用于医疗事业，总体呈现出稳步上升态势，但仍然无法满足庞大的社会需求。究其原因，一方面，我国慈善事业可动员的资源总体规模有限，这决定了慈善医疗总量亦无法满足现实需求。笔者在调研过程中发现，慈善资源不足会导致慈善组织无力或者赅于宣传项目。另一方面，与教育、抚养、环保等项目相比，慈善医疗的个体支出总量巨大且存在极大的异质性，救助效果难以满足部分捐赠群体的期待，导致对大额筹款吸引力不足。此外，尽管近年来网络慈善的发展促进了公众参与，但公众捐赠规模有限，捐赠深度和稳定性不足，这也限制了慈善医疗的动员能力，无法满足现实需求。

（四）相关制度不健全虚增了慈善医疗需求

医疗服务和药品价格直接决定医疗保障需求。当前，我国医保、医药及医疗制度的不健全、缺乏协同直接影响到慈善医疗资源的合理分配。一方面，公益性淡化是我国医疗机构存在的突出问题。医院的营利动机扭曲了医疗服务的价格机制，而医疗服务价格是医疗卫生资源配置的关键变量，供给诱导需求，医疗服务价格的扭曲致使医疗服务资源向购买力强的地区和获利多的领域集中。另一方面，价格虚高和供应短缺是药品领域的突出问题。中国新药研发能力不足进一步推高了患者对慈善医疗的需求，也不利于慈善医疗资源向最需要的地方流动，减损了慈善资源的利用率。

四、我国慈善医疗的路径选择

从法定医疗保障制度发展不平衡、不充分的现实条件出发，我国应当积极鼓励和高度重视慈善力量，改善相关制度环境，推动慈善医疗更好地发展。伴随国家现代化进程，慈善医疗应向着成为健康中国建设的有生力量迈进。

（一）现阶段慈善医疗的目标任务

中共中央、国务院印发的《关于深化医疗保障制度改革的意见》提出“到2030年，全面建成多层次医疗保障制度体系”，《国民经济和社会发展第十四个五年规划和2035年远景目标纲要》提出“到2035年，中等收入群体显著扩大，基本公共服务实现均等化”。可以预见，从当前到2030年，我国医疗保障制度将走向定型；到2035年实现基本公共服务均等化，实现“病有所医”的目标。现阶段，低收入困难群体难以自行解决医疗费用负担问题，对慈善医疗有较大需求。因此，当前是加快促进慈善医疗发展的有利时期。慈善医疗应当配合法定医疗保障制度，充分发挥补充作用，救助更多困难患者。在总目标的引领下，慈善医疗需要完成三项任务。

第一，慈善医疗应当成为一个定型的制度。建成多层次医疗保障制度体系的条件之一是慈善医疗制度能定型，这也决定了慈善医疗能否作为层次之一发挥作用以及发挥多大作用。为此，需要把握三个关键点：对慈善医疗的概念、范畴及遵循的规律形成基本共识；建立健全法律、法规和政策体系，从顶层设计上明确慈善医疗的定位和功能；形成可操作的制度，以规范和促进慈善医疗事业发展。

第二，慈善医疗应当有成熟的体系架构和运行机制。成熟的体系架构和运行机制能够从物理结构和内在机理上保障慈善事业顺利开展并逐步扩大规模，促使其发挥更大作用。具体而言，在体系架构上应当形成一定的参与主体规模和合理的主体结构。在运行机制上应当顺应公众行为伦理、保障参与主体的利益、设计有效的激励手段和制度衔接机制。

第三，慈善医疗应当尽可能地动员社会资源。社会资源多寡决定了慈善医疗的规模与效能。《“十四五”全民医疗保障规划》提出“到2025年，法定基本医疗保险参保率大于95%，城乡基本医疗保险政策范围内住院费用支付比例预期达到70%”。^①可以预测，到2025年，仍然有数以千万计无法参保的社会成员或自付费用较高的患者需要社会力量救助。当前，慈善医疗的供给规模有限，无法满足社会需求。只有尽可能多地动员资金、服务、产品等各类社会资源，慈善医疗的补充保障能力才能得到提升。

（二）创造有利于慈善医疗发展的条件

作为慈善事业的重要组成部分，慈善医疗建立在自愿捐献的基础上。如果缺乏相应的政策与社会环境，慈善医疗难以成长为多层次医疗保障体系中的成熟制度。因此，国家需要为慈善医疗的发展创造有利的条件。

第一，出台支持慈善医疗发展的专项政策。慈善医疗是扶贫济困型慈善事业，应当享受最优惠的政策支持，但当前缺乏相应的政策规范。因此，当务之急是相关部门等联合制定关于促进慈善医疗健康发展的政策文件，为解决慈善医疗发展中的问题提供依据。一是明确慈善医疗属于扶贫济困的范畴，据此对慈善医疗实行特别优惠的税收政策。二是实现民政、医保等部门与慈善医疗组织或平台信息共享，降

^①《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》国办发〔2021〕36号。

低慈善医疗的运行成本。针对申请者的信息，相关部门也应向社会组织等主体开放验证渠道，促进慈善医疗资源供需有效匹配，提高慈善医疗的精准性。三是更新监管理念，以监管促进慈善医疗发展。要从统一监管组织变为监管行为，将符合慈善医疗范畴的一切活动纳入监管。四是加强政、社、商合作，促进多主体共同参与。各地要结合实际需求，探索跨部门合作机制，扩充慈善医疗的社会资源。

第二，完善慈善医疗的体系架构与运行机制。在优化体系架构方面，一是要以专门化慈善医疗组织为发展主体，不断促进机构和项目专业化，提供精准专业的慈善服务，使社会资源利用更加高效。二是要充分发挥红十字会、慈善总会等系统的组织优势，带动更多社会力量融入慈善医疗。三是利用市场主体优势，合理运用市场化思维，促进慈善医疗的精准化、信息化及专业化。在完善运行机制方面，加强网络慈善平台的动态管理，对网络募捐信息平台应建立动态调整机制。尽快明确网络个人大病求助平台的监管主体和规制办法。当前，《慈善法（修订草案）》已将网络个人大病求助写入附则之中，从法律层面为监管提供了依据。在此基础上，要尽快出台规范个人大病求助网络平台的相关政策，平衡好商业和慈善的关系。

第三，加快改善相关环境。一是进一步完善医保、医疗、医药相关政策，推动慈善医疗需求合理化。二是根据人口分布等因素优化医疗卫生资源配置布局，强化医疗卫生服务的可及性与公平性。三是坚持并强化公立医院的公益属性，理顺医疗服务价格形成机制，促进医疗服务合理供给。同时，要完善药品、医用耗材的价格谈判及集采政策，让慈善医疗资源发挥更大效能。四是做好医疗腐败和医保监管工作，降低不合规的慈善医疗需求。

（三）慈善医疗未来趋势

中国慈善事业的现代化不是简单的“新瓶装旧酒”，而是一部传承、创新与升华的发展史。^①面向未来，可以预测慈善医疗的基本走势。

一方面，慈善医疗的发展理念应从保障疾病医疗升华为促进人民健康。面向未来，医疗保障需要将以人民为中心的发展思想转化为“一切为了人民健康”的理念。^②人民健康内涵丰富，不再局限于医治疾病，还包括健康生活方式、医药攻关、医用耗材研发、健康环境保护、健康服务提供、公共卫生维护等多个方面。随着中等收入群体扩大和社会对健康需求不断提升，社会成员将持续关注健康议题，这也将推动医药领域的突破、医疗健康产业的创新、健康生活的宣教、健康环境的改善以及全周期全方位健康服务的供给。因此，在法定医疗保障制度能够解除全体人民疾病医疗后顾之忧的条件下，慈善力量将聚焦更高层次的健康议题，在健康中国建设中发挥更大作用。

另一方面，慈善医疗的发展目标应由个体援助走向全民普惠。这种转变除上述提及的医疗费用解决的基本事实和发展理念转变的原因，还受到其他因素的影响。技术的不断创新将为全民慈善医疗提供强大的支持，医疗资源分配将会更加均衡高效，医疗服务覆盖人群更加广泛。例如，腾讯公司在宁夏等地开展的“健康普惠实验”项目通过技术手段降低了新生儿先天性心脏病筛查、诊治的医疗服务成本，有效缓解了低医疗资源地区居民“看病难”问题。可以预见，随着个人援助需求减少和更多社会资源的投入，慈善医疗将走向健康普惠。

责任编辑：张超

^① 张奇林：《共同富裕目标下慈善事业的使命担当与发展路径》，《社会保障评论》2023年第3期。

^② 郑功成：《中国式现代化与社会保障新制度文明》，《社会保障评论》2023年第1期。