



# 补充保障形式 慈善捐赠与医疗互助： 健全完善多层次医疗保障体系





# 目录

---

序言	05
内容概述	07
<b>第一章:多层次医疗保障体系中慈善捐助和医疗互助的功能与定位</b>	11
一、我国医疗保障体系的历史发展进程	11
二、我国基本医疗保障体系的特征与面临的挑战	13
三、慈善捐助与医疗互助:多层次医疗保障体系的补充形式	16
<b>第二章:我国慈善医疗捐赠及大病网络众筹的发展与创新</b>	25
一、我国慈善医疗捐赠及大病网络众筹的发展历程	25
二、我国慈善医疗捐赠的行业现状与发展趋势	27
三、我国大病网络众筹的行业现状与发展趋势	37
<b>第三章:我国医疗互助行业的发展与创新</b>	45
一、政府主导医疗互助的发展与现状	45
二、网络医疗互助的发展与现状	48
三、我国医疗互助行业的创新业务模式	54
四、我国医疗互助面临的挑战	56
五、我国医疗互助行业的未来发展展望	57
<b>第四章:协同互补:推动慈善捐赠和医疗互助可持续发展的建议</b>	61
一、政策建议	61
二、行业建议	62
关于作者	64
致谢	65
参考文献	66



## 序 言

2020年注定是载入史册的一年。一场突如其来的新冠肺炎疫情以前所未有的速度和规模席卷世界，给全球的公共卫生体系及医疗保障制度带来危机和挑战。面对这场灾难，我国政府从中央到地方的领导层迅速制定了突发事件的应对策略，并协调执行疫情控制计划，全社会爱心涌现，奉献医疗物资、资金与志愿服务，共同谱写成功抗疫的协奏曲，让世界感受到中国特色的医疗保障体系的有效性。

医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。中国从1949年以来就探索建立具有中国特色的城乡医疗卫生事业制度，计划经济时期的公费医疗制度和农村合作医疗制度，为城乡居民的健康保障和中国卫生事业的进步做出了突出贡献。改革开放以后，尤其是本世纪初启动的新型农村合作医疗和2009年开启的医疗改革，使我国医疗保障制度在新的历史条件下不断发展和完善。

随着人民群众对健康福祉的需要日益增长，医疗保障领域发展不平衡不充分的问题也逐步凸显。当前，城镇化加速，2019年末城镇化率超过60%，统筹城乡发展任务更为艰巨。人口大规模流动成为常态，流动人口超过2.36亿。人口老龄化加速，慢性病患者数量庞大，高血压、糖尿病患者数量超过3亿，社会医疗费用负担较重。结构性、体制性、周期性问题相互交织。而由于基本医保体系在抵御家庭灾难性卫生支出方面效率有限，我国困难家庭和脆弱人群的医疗负担仍难以承受、不同医疗保障体系之间衔接不畅等问题依然存在，“因病致贫、因病返贫”的事件仍时有发生，亟需在宏观政策层面进行一定的补漏。

面对历史发展进程中的各类挑战，从深度解决人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分发展之间的矛盾出发，2020年2月，中共中央、国务院发出《关于深化医疗保障制度改革的意见》，明确新时代中国特色的医保制度建设目标，确定到2030年，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系；明确“促进各类医疗保障互补衔接，提高重特大疾病和多元医疗需求保障水平”；要求各地加强部门协同，采取多种措施促进多层次医疗保障体系发展；支持商业健康保险发展，丰富商保产品供给，加强市场监管，提高健康保障服务能力；积极鼓励社会慈善捐赠，统筹协调慈善医疗救助力量，支持医疗互助有序发展。

国家所规划的宏观政策格局，使得慈善医疗救助与医疗互助正式成为国家医疗保障体系的有机组成部分。也就是说，社会力量已经在政策层面实现了机制性的对接。从宏观政策的视角看，作为多层次医疗保障体系的一个层次和基本医疗保险的重要补充力量，医疗慈善捐赠和医疗互助的发展不可或缺。

在这样的社会背景下，《新的补充形式——慈善捐赠与医疗互助：健全完善多层次医疗保障体系》白皮书的发布正当其时。白皮书回顾了我国医疗保障体系、医疗慈善捐赠和医疗互助的发展历程，对医疗慈善捐赠和医疗互助的现状与发展过程中的创新之处进行了描述和剖析，并在最后提出了具有相应的政策建议和产业发展建议，所有这些，均为中国特色多层次医疗保障体系建设的探索并促使其尽快走向成熟、定型提供了有价值的参考。

我们特别感谢白皮书的艾社康咨询及研究团队，他们对于历史逻辑的梳理和宏观政策的分析，为我们提供了中国社会慈善捐赠与医疗互助的生动发展图景并提出了十分有启发的政策建议。社会政策的完善，特别需要从实践的层面进行咨询与研究的多角度拓展。他们的工作，富有历史意义和现实意义！

谨希望白皮书对于我国医疗保障体系中的慈善捐赠与医疗互助板块的建设有所裨益！

王振耀（北京师范大学中国公益研究院院长）

2021年元月5日于北京

## 内容概述

《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》的发布，从增进民生福祉出发，要求我国加快建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系。其中明确提出了力争到2030年，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的多层次医疗保障制度体系。

作为基本医疗保险的补充，商业健康险、慈善捐赠、医疗互助等多层次的保障体系近年来得到了长足的发展。其中商业健康险在政策和市场的双重驱动下快速增长，在覆盖人群、保费收入和产品创新几方面都有较大的突破。商保公司积极参与基本医保和大病保险的经办和承办，并且于近期密集推出与医保紧密衔接的普惠型城市补充健康险（惠民保）产品，目前已覆盖了全国几十个城市和二千多万参保人。反观慈善捐赠（包括大病众筹）和医疗互助行业，其发展相对独立于政府的医保和救助体系，未来发展应考虑如何衔接政府保障制度、融入多层次保障体系。

报告的第一章首先回顾了我国医疗保障体系的发展历史和成效，并分析了建立多层次保障体系的必要性。文中对医疗慈善捐赠、网络大病众筹以及医疗互助等保障层次的内涵定义、目标人群画像和定位作用进行了初步界定和阐述。

本报告的第二和第三章节分别对慈善医疗捐赠、网络大病众筹以及医疗互助行业的发展历程进行了回顾，并从资金体量、参与方、运营模式、行业创新和行业监管等几方面总结其行业现状。其中重点对每个保障体系的目标人群、筹资情况、保障内容进行了分析，深入探讨了其在多层次保障体系中的定位及其对目标人群的实际保障效果。最后，报告也针对各个保障体系目前面临的挑战和未来发展趋势进行了梳理和展望。

报告第四章提出了相关的政策和行业建议。从政府角度，我们建议推动多层次保障体系建设的落地，与慈善捐赠和医疗互助等相关方积极合作，以地方为单位进行多方合作的模式创新。政府也需要在强化监管、行业指导、信息共享等方面加快速度，为行业的有序发展和不同保障体制之间的合作交流打好基础。从行业角度，我们提出应转换思路，明确自身在多层次保障体系中的定位和作用，加强政府交流与合作，并推动业务模式创新。在多方共建的格局下，一方面行业可以从医疗保障体系的全局出发、更有效的配置慈善和互助资源，另一方面可以获得更多的政府指导和支持，规避行业发展中的风险。





# 第一章

多层次医疗保障体系中  
慈善捐助和医疗互助的功能与定位



党的十八大以来，在以习近平同志为核心的党中央领导下，我国医疗保障制度改革持续纵深推进，在破解看病难、看病贵问题上取得了突破性进展。目前，我国已建立了世界上规模最大的基本医疗保障网，全国基本医疗保险参保人数超过 13.5 亿人，覆盖面稳定在 95% 以上。职工医保和居民医保政策范围内住院费用报销比例分别达到 80% 以上和 70% 左右，住院最高支付限额分别达到职工年平均工资和居民年人均可支配收入的 6 倍左右。根据国家医疗保障局待遇司领导的公开发言，截至 2018 年年底，我国城乡居民大病保险覆盖 10.2 亿参保居民，在基本医保基础上报销比例平均提高 13 个百分点。低保对象、特困人员、建档立卡贫困人口等困难家庭人群政策范围内住院费用在年度救助限额内，救助比例达到 70%。我国医疗保障制度体系实现了从无保障到单位集体保障、再发展到以社会统筹为主的社会医疗保险模式，逐步确立了以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的多层次医疗保障制度体系。

## 一、我国医疗保障体系的历史发展进程

### （一）计划经济时期：我国医疗保障体系起步和探索阶段

在计划经济时期，城市医疗保障体系主要由劳保医疗及公费医疗组成；农村的医疗保障体系为以集体与个人合作分担医疗费用的形式，进行的小范围内的集体保障。

#### 1. 计划经济时期的城镇医疗保障制度

1951 年，以《中华人民共和国劳动保险条例》为依据，建立起劳保医疗制度，其保障对象为国有集体企业职工及其供养的直系亲属，各项费用均由实行劳动保险的企业或资方负担，保障水平为职工全额报销、家属半额报销。

1953 年《卫生部关于公费医疗的几项规定》发布，公费医疗制度建立。公费医疗所需经费由国家财政拨款负担，国家财政统一拨付给各级卫生主管部门统筹统支，保障对象为国家机关事业单位工作人员、革命残废军人、高校学生等。

#### 2. 计划经济时期的农村医疗保障制度

1955 年，在农村实行合作化的背景下，山西省高平市米山乡在农业社会保健站中实现“医社结合”，由社员群众出“保健费”和生产合作社公益金补助相结合的集体保健医疗制度建立。1956 年，《高级农业生产合作社示范章程》规定出台，首次赋予农村集体

组织介入农村社会成员疾病医疗的责任。

1968年开始，以农民自愿互助为基础，依靠集体经济的农村合作医疗制度在全国农村普遍建立。1979年原卫生部发布《农村合作医疗章程（试行草案）》从国家制度层面进行了规定。合作医疗制度被世界银行和世界卫生组织誉为“发展中国家解决卫生经费的唯一典范”。

## （二）改革开放以来：逐步开始了医保全民化的进程

改革开放后，城镇职工基本医疗保险在各地不断探索，与此同时，农村合作医疗逐渐衰落、城镇居民医疗保障缺失。伴随1998年城镇职工基本医疗保险制度建立，我国医疗保险逐步开始了全民化的进程，新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险的相继诞生，初步确立了我国社会医疗保险的制度框架。

1998年，国务院发布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，正式提出在全国范围内进行城镇职工医疗保险制度改革，标志着与就业关联的医疗保险制度正式建立。

2002年，《中共中央国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》，决定建立新型农村合作医疗和救助制度。2003年1月，国务院办公厅转发原卫生部等部门《关于建立新型农村合作医疗制度意见的通知》。同年，我国建立社会医疗救助制度，重点是解决重度残疾人、农村“五保户”和城镇“低保户”等困难群体的基本医疗保障，是体现社会政策托底功能的制度安排。

2007年，国务院出台《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》，在全国建立城镇居民基本医疗保险制度，重点解决城镇非从业人口（俗称“一老一小”）的基本医疗保障。

## （三）新医改以来：全民医保制度快速发展与完善

2009年3月，以《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》为标志，开启了新一轮医药卫生体制改革，全民医保制度也得到了新的发展和完善。2013年，我国建立疾病应急救助制度，并于2015年，整合城乡医疗救助制度，全面开展重特大疾病医疗救助工作。2016年1月，国务院发布《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》，整合城镇居民医保和新农合，建立城乡居民基本医疗保险制度。目前，已基本实现了覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理“六统一”。

## （四）十九大以来：多层次医疗保障体系蓝图确立

2017年，习近平总书记在党的十九大报告中提出，要按照兜底线、织密网、建机制的要求，全面建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次社会保障体系。这就标志着中国医保改革发展进入了新的改革发展时期，即全面建成中国特色医疗保障体系，推进中国医保高质量发展的新时期。2019年10月28日，习近平总书记在党的十九届四中全会进一步强调，要坚持应保尽保原则，健全统筹城乡、可持续的基本医疗保险制度。2019年11月26日，习近平总书记主持召开中央全面深化改革委员会第十一次会议，审议通过了《关于深化医疗保障制度改革的意见》，并于2020年2月正式颁布实施，为我国多层次医疗保障体系建设奠定了基调和方向。

## 二、我国基本医疗保障体系的特征与面临的挑战

### （一）我国基本医疗保障体系的特征

#### 1. 实现医疗保障全民覆盖

在保障对象上，我国基本上实现了制度全覆盖和人群全覆盖，建成了全民医疗保障体系。2016年，世界卫生组织在《中国—WHO国家合作战略2016~2020》报告中指出，中国在千年发展目标方面取得空前进展，表现在基本医疗保险几乎实现全民覆盖（95%），卫生费用在过去20年中增加了将近40倍，人民更长寿、更健康。2017年，《柳叶刀》杂志公布了基于“可持续发展目标”标准进行的数据评估和全球排名，2016年中国排名第92位，2017年上升至第74位，是全民健康覆盖进步较快的国家之一。2019年参加全国基本医疗保险135407万人，参保率稳定在95%以上。其中，参加职工医保32925万人，参加全国城乡居民基本医疗保险102483万人。

#### 2. 我国医疗保障体系筹资水平稳定提高

2000年至2019年，基本医疗保险筹资总额与人均筹资快速增长。2000年筹资总额尚不足200亿元，2019年医保各筹资总额合计已达到24421亿。从人均每年的筹资水平看，职工医保从2000年的392.4元上升到2019年的4812.5元；城乡居民基本医保上升到2019年的781元。商业健康保险筹资额从2014年的1587.18亿元上升到2019年的7066亿元。

### 3. 我国医疗保障体系待遇水平持续向好发展

我国享受医疗保障待遇人次增加，2019年参加职工医保人员享受待遇21.2亿人次。其中，普通门急诊18.1亿人次，比上年增长5.8%；门诊慢特病2.6亿人次，比上年增长19.4%；住院0.6亿人次，比上年增长6.8%。2019年，城乡居民医保参加人员共享待遇21.7亿人次，居民医保人均享受门诊待遇1.95人次。住院报销水平稳中略升。职工医保实际住院费用基金支付75.6%，城乡居民医疗保险实际住院费用基金支付59.7%。

### 4. 我国医疗保障体系推动了居民对医疗卫生服务的利用

2008年至2018年，医疗卫生机构服务量快速上升。其中，门诊服务量上升了将近1倍，住院服务量上升了超过1倍。基本医疗保险制度大幅降低了民众实际面对的医疗服务价格，使得医疗服务利用快速上升，在中国医疗保障制度主要定位保大病的基础上，住院服务利用上升较快。根据第五次全国卫生服务调查，我国应就诊未就诊率自2003年的新农合建立后不断下降，并且有加速下降的趋势。

## （二）以基本医保为核心的保障体系目前面临的挑战

### 1. 基本医保体系在抵御家庭灾难性卫生支出方面效率有限，亟需补充层进行补漏。

我国近年来人均医疗费增长率远超GDP增长率及居民可支配收入增长率，居民一旦罹患恶性肿瘤等重大疾病后，在扣除大病保险报销金额之后，个人自负部分加上康复费用约为30万元，“因病致贫、因病返贫”仍时有发生。同时，大病保险保障金额的进一步提高也陷入筹资困局。如各地大病保险制度的政策设计多数延用了基本医疗保险制度中以合规费用为计算基数，辅以起付线、封顶线、报销比例等参数的政策设置，一方面无法分担大量目录外费用的经济压力，另一方面自付费用的高补偿门槛也制约了制度的受益面，甚至可能导致逆向再分配问题。中山大学公共卫生学院研究表明，2008年至2012年新医改在医保方面的政策在减少家庭灾难性卫生支出的发生率和发生强度方面未能发挥有效作用；另有研究表明，大病保险制度对城乡居民家庭灾难性卫生支出影响较弱；黄霄等人对有慢性病患者的低保家庭进行调研发现医保制度对贫困家庭慢性病治疗费用的补偿力度不够，对降低灾难性卫生支出发生的作用有限。

### 2. 基本医疗保险基金收入增长面临挑战，保障责任负担超出长期支撑能力。

从基本医保基金收入结构来看，职工医保基金收入增长取决于工资增长，居民医保和新农合的筹资 80% 以上来源于各级财政投入，其基金收入增长取决于财政能力，因此三者均与总体经济增长水平高度相关。通过对比我国人均 GDP 和城乡居民人均医疗保健支出增长情况来看，2013 年以来，医疗保健支出增长率均高于 GDP 增长率，不同医疗保险的基金收支数据也显示基金支出较基金收入增长更快，2009 年至 2015 年职工医保基金收入年增长速度为 9%，支出年增长速度为 11%；居民医保基金（包括合并后的新农合）收入年增长速度为 39%，支出年增长速度为 45%。这意味着按现有的筹资和支付结构，基本医保的保障能力存在下降风险，随着我国进入经济新常态，经济发展增速放缓，基本医保的支出与收入的差距将进一步加大。

与此同时，“医疗保险”而非“健康保障”的制度设计不能适应老龄化趋势、疾病谱变化。2019 年，我国 60 岁及以上老年人口占比高达 18.1%，未来人口老龄化水平还将快速提高。老年人口医疗花费多，退休后不缴费，会对基金收支带来较大的冲击。此外，长期强化政府保障承诺使参保人群对基本医保的依赖程度较高，基本医保外的补充医疗保险发展缓慢。《2018 年中国商业健康保险发展指数报告》显示与基本医保高覆盖率的情况相反，居民对商业健康保险的投入较低。就多元保障格局而言，基本保障已非基本，近十年快速扩张的社会保障发展已经使得公众对基本保障的预期功能无限放大，实际保障责任负担超出长期支撑能力。

### 3. 我国困难家庭和脆弱人群的医疗负担仍难以承受，且相关保障效率和公平性不足。

目前我国建档立卡户、特困户、贫困户、低保户、低保边缘家庭等困难家庭大多是依靠政府的低保收入维持其基本生活，经济能力较差，一旦遇到大病大灾，昂贵的医疗费用将会是困扰他们的最大问题。根据杨自根教授的研究数据，这类群体用于其医疗费用的开支平均约占到其年收入的 28%，在医疗费用支付方面 69% 由个人支付，因此这类人群中非常容易导致因病致贫、因病返贫。再加之居住环境、营养和卫生等方面的原因，低收入人群相对更易患病，陷入疾病与贫困的恶性循环之中。同时，我国困难家庭对补充性的医疗保险的购买情况不容乐观。

另外，我国还存在大量缺乏保障的夹心层人群，例如很多流动务工人员及其家属未能参加工作地（流入地）基本医疗保险，成为我国医疗保障制度最主要的未覆盖人群。截至 2016 年，流动人口参加流入地基本医疗保险的比重仍然很低，绝大部分流动人口仍然以参加户籍所在地基本医疗保险为主。国家统计局发布的 2009 年至 2014 年《全国农民工监测调查报告》显示，历年农民工参加职工医疗保险的比例均未超过 20%。流动人口对

医疗保险关系转移接续和异地就医产生巨大的冲击。虽然异地就医全国联网结算平台基本实现了全国住院异地就医联网结算，但易造成非属地参保管理下的基金超支风险。

#### 4. 不同医疗保障体系之间衔接不畅

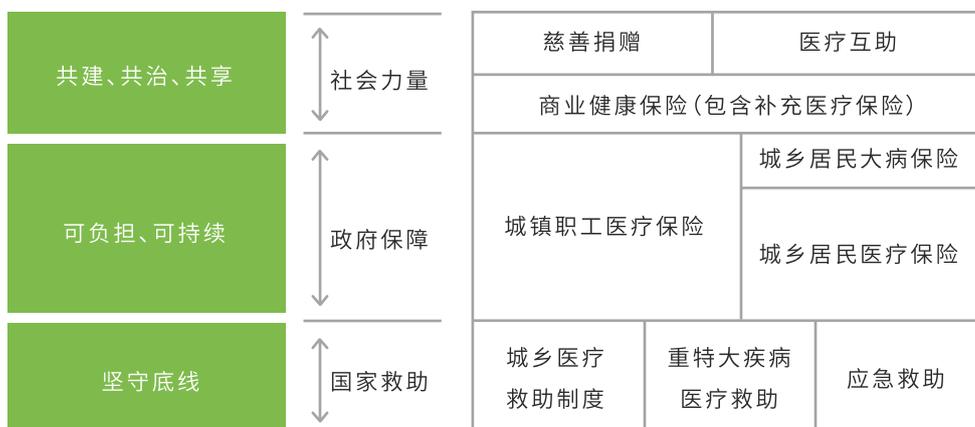
目前各个层次医疗保障制度所要解决的问题不够清晰，定位存在交叉重复，缺乏有效衔接。首先，补充保险与其他保障制度之间定位和责任普遍存在交叉现象。由于基本医保的保障水平不足，因此在此基础上又建立了针对部分人群的补充医疗保险，如职工医保中的大额互助保险和居民医保基础上建立的大病保险。这些补充保险资金来源于所有参保人，但仅对满足特定医疗费用条件的参保人群给予额外保障，相当于又增设了一条起付线。这一方面可能导致低收入者由于“门槛费”难以享受补充医疗保险待遇，造成逆向再分配；另一方面也可能诱发参保人过度医疗以获取补充医疗保险资格等问题。其次，基本医保与医疗救助制度存在交叉，部分地区混用基本医疗保险和医疗救助资金建立大病医疗救助计划，导致基本医保和医疗救助间边界不清、责任不清。除此以外，基本医疗保险的部分内容与商业医疗保险等实质上的补充医疗保险也缺乏衔接和整合，重复保障问题存在。慈善医疗捐赠方面，与政府医疗救助、基本医疗保险缺乏资源整合，大部分慈善医疗捐赠与政府医疗救助之间没有开展合作，慈善医疗捐赠项目之间也没有信息共享机制，救助效率不高。

### 三、慈善捐助与医疗互助：多层次医疗保障体系的补充形式

#### （一）我国多层次医疗保障体系的架构

目前，我国已经构建起以基本医疗保险为主体（政府保障），医疗救助为托底（国家救助），补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的多层次医疗保障制度体系（如图 1 所示）。具体表现为，城乡居民大病保险制度全面施行；城乡医疗救助制度从无到有，城乡分立到城乡合并，为城乡居民建立了医疗支出的兜底保障网；商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助等补充层不断发展，与基本医疗保险共同组成多层次的医疗保障体系

图 1.1 我国多层次保障制度结构



资料来源：艾社康研究团队总结

随着我国医疗保障制度的发展，目前我国医疗保障资金规模、覆盖人群、受益人群等均呈现整体向好发展趋势，保障了我国居民的健康需求。（见表 1.1）

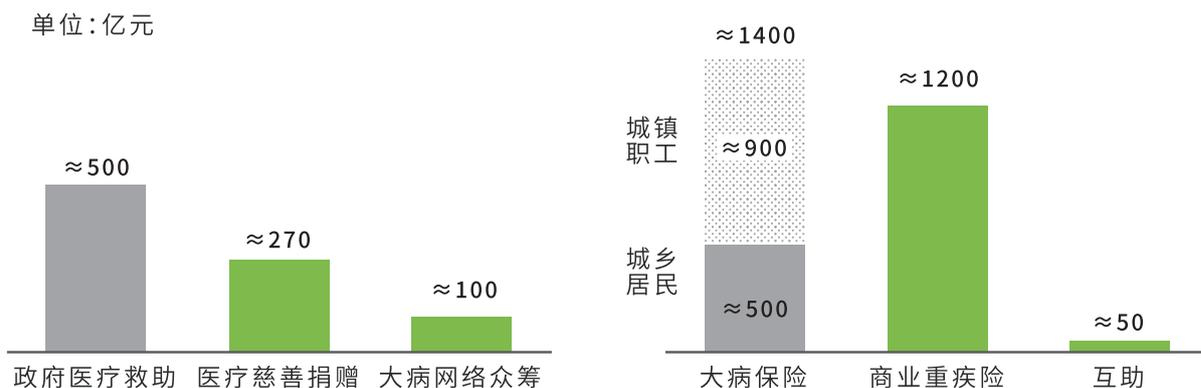
表 1.1 我国多层次保障体系发展规模现状

保障层次	保障类型	保障人数 (万人)	基金收入 (亿元)	基金支出 (亿元)	享受待遇 人次	报销水平 (%)
政府保障	城镇职工基本医疗保险	32925	15845	12663	21.2亿人次	75.6
	城乡居民基本医疗保险	102483	8575	8191	21.7亿人次	59.7
	城乡居民大病医疗保险 (2018)	102000	—	510.9	817亿人次	—
国家救助	医疗救助	—	—	502.2	1.38亿人次	—
社会力量	商业重疾险	—	7066	502.2	—	—
	医疗互助	>10000	—	>50	>3万人次	—
	慈善捐赠	—	272	—	—	—
	大病网络众筹	—	—	>100	—	—

注：所有数据除城乡居民大病医疗保险外均为 2019 年数据，医疗互助数据以网络互助为主。

资料来源：艾社康研究团队根据银保监会数据、《2020 上半年中国网络互助行业发展现状及趋势分析》、《中国慈善捐助报告》、国家医疗保障局待遇保障司领导采访发言、水滴筹及轻松筹的公开数据等，进行综合估算总结。其中因慈善捐赠没有公开的资金支出数据，此处以基金收入估算大致数值。

图 1.2 我国不同层次医疗保障体系的体量对比（2019 年）



注 1：因慈善捐赠没有公开的资金支出数据，此处以基金收入估算大致数值

注 2：所有数据除城乡居民大病医疗保险外均为 2019 年数据

注 3：因职工互助没有公开的年度数据，互助数据以网络互助为主

资料来源：艾社康研究团队根据银保监会数据、《2020 上半年中国网络互助行业发展现状及趋势分析》、《中国慈善捐助报告》、国家医疗保障局待遇保障司领导采访发言、水滴筹及轻松筹的公开数据等，进行综合估算总结。其中因慈善捐赠没有公开的资金支出数据，此处以基金收入估算大致数值

## （二）慈善捐赠与医疗互助的内涵界定以及本报告研究聚焦

### 1. 慈善捐赠

避免困难群体因疾病而导致生活更加窘迫从而进一步延伸贫困，及时救助因突如其来的重特大疾病而陷于困境的社会成员，需要很大规模的医疗救助资金。从世界各国医疗救助的实践看，医疗救助不仅仅是政府行为，而是一种由政府资助、慈善资金和各种道德力

量支持的社会性公益行为。通过动员社会慈善资源，为困难社会成员提供形式多样的医疗援助，是多层次医疗保障体系的重要组成部分。政府通过政策支持，发掘社会捐赠、慈善基金会、志愿者组织、个人和企业、国际组织等渠道筹集财力、物力、人力，以扩大医疗救助能力、提高医疗救助水平。

在民政部《关于加强医疗救助与慈善事业衔接的指导意见》（民发〔2013〕132号）文件中指出“当前，随着我国医疗保障制度不断完善，多层次的医疗保障体系日益健全，人民群众看病就医有了基本保障。”但由于基本医疗保障水平相对偏低，当困难群众罹患重特大疾病时，现有的保障水平仍难以从根本上解决其医疗难题，由此导致因病致贫、因病返贫以及无力看病、放弃治疗等民生问题非常突出。此类情况不仅受到党中央、国务院的高度重视，也是慈善力量广泛关注的重点。各类慈善力量通过动员社会资源，为困难群众提供形式多样的医疗援助，帮助其解决看病就医负担，成为多层次医疗保障体系的重要组成部分。加强医疗救助与慈善事业的有序衔接，形成协同合作、资源统筹、相互补充、各有侧重的机制，是促进医疗救助和慈善事业发展的重要方面，也是保障和改善基本民生的迫切需要。各地要充分认识加强医疗救助和慈善事业衔接的重要意义，坚持政府重点引导、社会广泛参与，从解决实际问题入手，探索加强体制机制建设，实现优势互补，促进社会公平正义。

在本报告中，将根据慈善捐赠发起方的不同，将慈善捐赠分为基金会发起的慈善医疗捐赠、个人发起的大病网络众筹以及制药企业发起的患者援助项目，并重点从慈善医疗捐赠、大病网络众筹两种形式对慈善捐赠的模式、价值、不足与挑战、未来发展方向进行深度分析。

## 2. 医疗互助

医疗互助是基本医保和商业健康险的重要延伸和补充。医疗互助的范围是以互助团体内部成员以共济为目的互助，方式直接。《关于深化医疗保障制度改革的意见》提出的“医疗互助”主要有两个部分。一是指传统线下的由政府主导的医疗互助项目，例如最早出现于上世纪90年代的职工互助项目，以及近些年在乡村扶贫工作中开展的农村医疗互助项目。二是指近些年来出现的由线上互联网平台发起的“网络医疗互助”新模式，一方面通过互联网技术将传统的职工互助模式扩展到整个社会的受众覆盖面，另一方面通过专业化运作改进产品风险抵御能力和核保等运营效率。

从政府主导的线下互助项目来看，其发展有着鲜明的时代特征，配合着我国医疗保障制度的完善而不断演进。以职工互助为例，截至2019年5月，各级工会建立职工互助保

障组织 100 余家，累计互助会会费收入 17 亿元，参保职工 2650 万人次，受益职工 90 余万人次，支付互助金 10 亿元。2019 年 12 月习近平主席签署的第 38 号主席令《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》明确将“职工互助医疗和医疗慈善服务”规定为“补充的、多层次的医疗保障体系”。但另一方面，“职工互助医疗”补偿额度较小，患 30 种重大事疾病时最高可领取 1 万元，每份会费仅为三、四十元，职工最多可参加 5 份即最高可领取互助金 5 万元，风险抵御和保障效率相对不足。

不同于传统的职工互助，网络医疗互助计划是一种互助性经济组织，利用互联网的流量导入和撮合功能，会员之间通过协议承诺承担彼此的风险损失，并采取小额保障，避免个人负担过重。门槛低、普惠、自传播性强的网络医疗互助为解决夹心层人群（尤其是底线城市和乡村）提高大病重病保障提供了新的思路，互联网企业的入局也加速了网络医疗互助行业的发展，实现了我国对更大群体的医疗保障覆盖。

### （三）慈善捐赠与医疗互助的目标群体

本报告以全国居民五等份收入分组和国家救助标准为参考，将我国人群划分为“中高收入人群”、“夹心层人群”及“国家救助的困难家庭人群”（以下简称“困难家庭人群”）。中高收入人群指中高收入及高收入人群，该人群年均家庭可支配收入在 10 万元以上，总人数约为 6 亿。夹心层人群指的是中等收入和中低收入人群，该人群未触发国家救助条件，处于中高收入人群和困难家庭人群之间，人群规模约有 6 亿。困难家庭人群为低收入人群，该群体包含建档立卡户、特困户、贫困户、低保户、低保边缘户等接受国家救助的人群，人数规模在 2 亿左右。

我国中高收入人群的基本医疗保障相对较好，也是保险公司的主要目标客群，可以通过基本医保和商业健康险的组合为家庭建立起良好的风险抵御机制。而在这类人群之外的社会底层的困难家庭人群和夹心层人群，是慈善捐赠和医疗互助的主要目标群体。因此本报告也将重点关注困难家庭人群和夹心层人群两类慈善捐赠和医疗互助能够发挥主要保障功能的对象。

我国政府对建档立卡户、低保户、低保边缘家庭等困难家庭人群提供医疗救助，包括资助参加医保，以及门诊和住院报销方面的救助。但因国家救助仅限医保内的合规费用报销，大病自负费用对困难家庭仍会造成沉重的经济负担，需要通过慈善捐赠等其他方式覆盖自负费用，使保障体系更为完善。

游离在中高收入人群和困难家庭之间的夹心层人群，不属于国家救助标准的范围。其

中部分人群的基本医疗保障因地区间报销待遇和医疗资源差异可能相对欠缺，尤其是其中的流动人口，他们一般仅加入了户籍所在地的城乡居民医疗保险甚至没有加入基本医疗保险。同时这类人群的经济能力和风险保障意识都较差，较少主动购买相对昂贵的商业健康险来抵御风险。因此这一类人群在医疗报销时，可能会因医疗保障不足以及自身经济条件较差，而造成家庭的灾难性医疗支出。针对夹心层人群的情况，在商业健康险还未广泛普及的情况下，可考虑推动他们参与性价比较高的医疗互助项目，并在医疗事件发生时通过大病众筹等筹资方式缓解大病带来的经济压力。

表 1.2 慈善捐赠与医疗互助的目标群体画像

人群	人群特点	补充层和托底层的医疗保障体系				
		补充层				托底层
		商保	互助	基金会	大病众筹	政府
中高收入人群	收入水平较高(一般家庭年收入10万元以上),有一定保障意识 多拥有城镇职工基本医疗保险,保障相对较好 抵御大病风险的能力较强,出现灾难性支出的可能性较小,因病致贫、返贫风险低(个案除外)	✓	✓		✓	
夹心层人群	中等和中低收入水平,但也不满足政府医疗救助条件,健康意识相对薄弱 普遍为城乡居民医疗保险,保障相对不足 家庭收入在不发生意外时可维持生活,抵御大病经济风险的能力较低,因病致贫、返贫风险高	✓	✓	✓	✓	
政府救助的 困难家庭人群	特困人员、低保户、建档立卡户等接受政府医疗救助的人群(普遍人均年收入6000元以下) 没有稳定的收入或资源,救助后自付费用仍会造成较大负担		✓	✓	✓	✓

资料来源：艾社康研究团队总结

#### (四) 慈善捐赠与医疗互助在多层次保障体系中的定位和作用

引入慈善捐赠与医疗互助是通过多种形式补充基本医疗保险的体现，作为政府救助和基本医疗 / 商业健康险的附加层，其作用十分重要。目前，我国慈善捐赠占医疗总费用支出仅 0.56%，远低于欧美等发达国家的水平，但与政府医疗救助的水平相对接近，形成了有益的补充。同时，近几年来我国网络互助发展非常迅速，覆盖了一亿多社会民众，其中多数为中低收入人群，这类人群往往基本医保和商业健康险覆盖不足。由此可见，各种形式的慈善捐赠和医疗互助应作为多层次医保体系中的“补充”部分，作用空间十分巨大。

在基本医保基金保障能力有限，商保门槛较高且参保压力较大，与人民群众福利刚性约束的条件下，慈善捐赠与医疗互助不仅仅是社会基本医疗保险有限的简单的补充，而是我国多层次医疗保障体系中必不可少的重要组成部分，其应主要承担的角色可包括以下几个方面：（1）对于因病带来灾难性支出的群体，发挥雪中送炭的作用；（2）对于游离夹

心层群体起到降低风险的保障作用；（3）对基本医保的补充及功能扩展作用；（4）进一步发挥社会和个人责任，实现“健康一个人都不掉队”目标的重要抓手；（5）多层次医疗保障体系中承担查缺补漏，弥合保障断点作用。

表 1.3 慈善捐赠与医疗互助各要素对比

项目	慈善捐赠	医疗互助
功能定位	基本医保补充	基本医保扩展
参与方式	被动接受	主动自愿、准入门槛相对较低
筹资模式	社会筹集	个人、企事业单位缴费
责任共担	不需	承担互助金分摊责任
缴费年限	无	当期缴费、当期受保
承办主体	企业、慈善组织、互联网平台	互联网平台、工会、政府
给付范围	符合慈善捐赠救助的标准和情形	互助计划预定情形
帮助形式	疾病治疗的药品、技术等援助项目，医疗费用现金补偿等形式	定额现金补偿或报销
作用时效	短期，雪中送炭	互助计划期内长期有效
社会效益	高	较高
政府职责	监管、信息共享、协调、政策扶持	平台与资金使用监管、建立良好制度环境

资料来源：艾社康研究团队总结

## 1. 积极发掘慈善资源，发挥其对基本医保的补充作用

慈善救助是一种补充保障形式，通过吸纳民间资源，为社会遭遇灾难或不幸的人员提供免费物质帮助，能有效弥补正规制度安排在覆盖范围和保障内容上的不足，体现了社会对困难家庭人群的保障责任。慈善捐赠属于生存型救助，是慈善救助的重要方面，包含慈善的所有要义，其目的是帮助贫困人群缓解因经济原因而无法看病的困境。

慈善医疗捐赠和国家医疗救助都是我国多层次医疗保障体系的重要组成部分，两者既有共性，又有显著差异。

（1）共性。慈善医疗捐赠与国家医疗救助的共性主要表现在目标定位与救助人群存在重叠。

目标定位：国家救助体现政府对穷人和其他困难家庭人群就医保障的责任；慈善救助则体现社会责任，更多体现的是人道博爱精神。两种责任性质不同，但目的都是为了保障困难和弱势群体获得及时、可负担的医疗服务，从而改善整个医疗保障体系的公平性和可及性。

救助对象：国家救助对象包括两类，一类是常规救助对象，包括农村五保户（城市三

无人员）、城乡低保户、重点优抚对象，低保边缘对象、低收入老年人、重点社会救济对象（如重度残疾人、精神病患者）等；另一类是临时救助对象，由地方政府自行规定。慈善救助对象的选择主要依据善款捐助方的意愿，面向全社会有医疗需求的困难家庭人群，救助人群更为广泛，没有严格的界定标准。

（2）差异。慈善医疗捐赠与政府医疗救助的差异主要表现在制度性质、功能定位、运行方式等方面。制度性质：国家救助属于制度安排，作为一项政策措施，以法律的形式固定下来，据此来明确政府的责任，以制度化安排保障贫困人口最基本的医疗需求；慈善救助则属于非制度化的社会公益事业，是社会人文关怀的体现，奉行“道德原则”，以募集、自愿捐赠或资助等方式对社会资源和社会财富进行二次分配。

功能定位：国家救助具有普遍性，是社会保障制度中的第一道防线，在医疗保障领域属于结构性补充，发挥着局部的主导性作用；慈善救助属于一种特殊保障形式，是社会保障制度中的补充。

运行方式：国家救助属于层级制管理模式，救助资金按级划拨，层层落实，地方政府对救助的目标、原则、对象范围、救助程序和组织管理有清晰的界定和阐述；慈善救助从筹资来讲，捐助没有强制性和确定性，大多以项目为主，更加关注效率、减少中间环节，实行直接救助，其内涵比较丰富，也更有灵活性、机动性和多元化。

## 2. 积极推广医疗互助，发挥其对基本医保功能的扩展作用

医疗互助对多层次医疗保障体系的补充作用主要有三个特点：一是对多层次医疗保障体系覆盖面发挥重要补充作用。二是参与门槛低、可及性好。例如网络互助平台加入方式简单便捷，线上操作即可实现，不受户籍地、流入地以及单位依托等限制。三是对由于重大疾病家庭成员导致陷入绝境的家庭具有明显补偿作用，可为有效防止因病致贫和因病返贫作出贡献。

总结来看，我国医疗保障体系是跟随着历史改革进程不断发展的。2009年新一轮医疗改革以来，我国已基本实现医疗保障制度全覆盖，但基本医疗保障体系面临基金收入增长难、保障效率和公平性不足等一系列挑战。在健康中国2030的战略目标和新的医改政策背景下，我国下一步将迈向高质量、全覆盖、多层次的医疗保障制度，其中慈善捐赠、医疗互助等社会力量的参与不可或缺。在下面两个章节中，我们将从发展历程、参与方、模式创新、运营监管等方面对慈善医疗捐赠、网络大病众筹及医疗互助的发展现状、面临挑战及未来展望进行深入分析及探讨，以期为我国多层次医疗保障体系的建立和完善提供内容参考。



## 第二章

我国慈善医疗捐赠

及大病网络众筹的发展与创新



慈善行为，指的是自然人、法人和组织以捐赠财产或提供服务等方式，自愿展开的公益行为。尽管《中华人民共和国慈善法》未将由个人发起的大病网络众筹纳入管理范围内，但由于捐款者在众筹平台上的捐款行为也符合慈善行为的广泛定义，因此我们在本报告中将个人发起的大病网络众筹（以下简称大病网络众筹）也纳入到医疗救助慈善行为的一部分。在本章节中，我们将先就慈善捐赠（包括慈善医疗捐赠和大病网络众筹）的发展历程进行阐述和总结，再分别对慈善捐赠及大病网络众筹这两种形式进行具体的分析。

## 一、我国慈善医疗捐赠及大病网络众筹的发展历程

我国现代意义的慈善捐赠始于上世纪 80 年代。伴随着我国改革开放和社会发展的进程，慈善组织和慈善事业在中国被重新接纳。1981 年中国儿童少年基金会的成立为慈善事业的发展开启了新的篇章；20 世纪 80 年代末至 90 年代初，中国红十字会在医疗领域的救助中发挥了重要作用。进入 21 世纪以来，随着社会经济发展及政府对慈善事业的不断推动，我国慈善事业快速发展，慈善组织开展的项目由最初的救灾、扶贫、教育领域逐渐向医疗、环境、动物保护等多个领域扩展。21 世纪以来，医疗领域的慈善捐赠主要可以分为以下三个阶段：

### （一）鼓励探索，互联网模式初现：~2014 年

2004 年，党的十六届四中全会决议首次明确慈善事业是社会保障体系的重要组成部分，提出要“健全社会保险、社会救助、社会福利和慈善事业相衔接的社会保障体系”。随后，政府持续鼓励慈善领域的探索，党的十七大、十八大报告中都指出，慈善救助事业是我国社会保障体系的重要构成部分，要大力支持慈善事业的发展。2013 年，民政部出台《关于加强医疗救助与慈善事业衔接的指导意见》，提出要建立医疗救助与慈善事业的衔接机制，进一步鼓励慈善组织开展补缺型和补充型医疗救助。

在该阶段，互联网慈善逐渐进入公众视野，并开始发挥在覆盖一般社会公众群体上的广度优势。2014 年，在互联网和社交媒体快速发展的大环境下，初步出现了腾讯公益、蚂蚁金服公益等公益平台。同年，轻松筹上线，大病网络众筹的新模式为医疗救助的社会慈善行为开创了新的方向。

### （二）互联网引领，依法治善：2015 年至 2017 年

随着移动互联网和社交媒体的普及，网络捐赠规模继续扩大，个人的慈善捐赠逐渐从线下发展为线上，网络平台的便利性和社交媒体对公益的推广作用，促进了更多公众参与慈善。2015 年，腾讯公益联合数百家公益组织、企业、明星名人、传播机构等发起中国首个互联网公益日，通过移动互联网、互动形式和移动支付的创新手段，发动网民进行小额现金捐赠，并通过步数捐赠等多种方式对公众进行公益教育。互联网捐赠体系因其受众广泛，具备强大的筹款能力。

此外，慈善法制建设也在该阶段取得重大突破。2016年，中华人民共和国第十二届全国人民代表大会第四次会议通过《中华人民共和国慈善法》，并于2016年9月1日起施行，其中明确了个人求助不在慈善法规定和管辖的范围内。慈善法的出台也提高了互联网慈善事业的透明度和问责制。同年，民政部发布首批慈善组织互联网募捐信息平台遴选结果，互联网慈善迎来规范化发展。

政策环境的不断优化也进一步促成了慈善行为和慈善捐赠金额的不断增长，在这个阶段，慈善筹资的总金额不断增长。捐赠金额从2015年的268.7亿增长为2017年的362.2亿，大病众筹平台数量在2017年1月底达到17家。

### （三）伴随改革，走上新征程：2018年至今

伴随着医药卫生体制改革的深化，医保局于2018年正式挂牌成立。医保药品目录动态调整机制紧随其后建立与实施，药物进入医保的周期缩短，慈善捐赠中由制药企业发起的患者援助项目数量和周期受到影响，在一定程度上影响了慈善医疗捐赠总额，使其呈现缓慢下降趋势。2018年，我国医疗领域慈善捐赠金额比2017年下降18.8%，主要就是患者援助项目和药品捐赠量的下降。

此外，慈善捐赠配套政策和大病网络众筹平台的自我规范也在不断完善。2018年，民政部发布了第二批慈善组织互联网公开募捐信息平台名录。同年，《民政部办公厅关于加强慈善医疗捐赠活动监管的通知》出台，对慈善医疗捐赠行为做出进一步的规范和整治。慈善医疗捐赠的透明度不断提升。同时，大病网络众筹平台发展也逐渐趋于稳定，行业内部开始推动自我管理规范。爱心筹、轻松筹和水滴筹等几家大病众筹网络平台头部机构先后联合发布《个人大病求助互联网服务平台自律倡议书》、《个人大病求助互联网服务平台自律公约》、《个人大病求助互联网服务平台自律公约2.0》，旨在通过加强平台自律管理，促进行业健康发展。至此，主流大病网络众筹平台数量回落至7家。

图 2.1 慈善捐赠及大病网络众筹发展历程



## 二、我国慈善医疗捐赠的行业现状与发展趋势

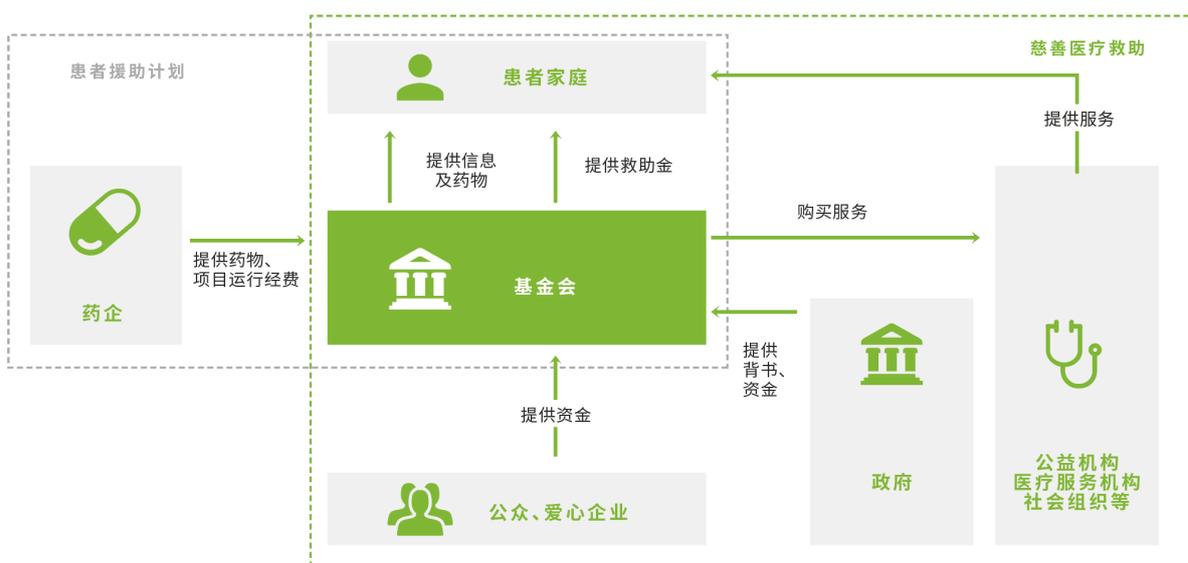
根据慈善捐赠主要发起方的不同，我们将慈善医疗捐赠分为基金会发起的慈善医疗救助以及企业发起的患者援助项目。

### （一）主要参与方及其定位

慈善医疗救助指基金会联合政府、医疗机构、企业、公益组织等参与方，针对经济困难的重大疾病患者，提供一定的资金援助、手术等免费医疗服务或综合性救助。患者援助项目（制药行业内也常称为 Patient Assistance Program, PAP 项目）是指企业通过与基金会、第三方平台等参与方进行合作，为使用特定药品的经济困难患者提供一定数量的免费药物或药物费用折扣。患者援助项目对于救助者有一定的限制，患者需要符合指定的适应症，且在使用药物一段时间后安全有效，并且符合援助对象的家庭经济条件（例如低保家庭）。患者援助项目覆盖的病种主要为肿瘤和罕见病，具体药物种类由捐赠企业决定，一般在新特药上市初期、进入国家医保前开展此类项目。

在慈善医疗捐赠中，主要参与方包括：患者、政府、企业、公众、基金会、公益组织、医疗机构。基金会在慈善医疗救助中链接患者、企业、公众、公益组织、医疗机构等相关方提供桥梁，面向企业和公众筹集资金，面向社会与政府进行倡导，并联合公益组织和医疗机构为患者提供资金和医疗援助；基金会在患者援助项目中负责项目的执行，对接企业和患者之间的信息和药品供应。政府在整个慈善捐赠事业中主要起到了指导监督作用。在部分慈善医疗捐赠项目中，政府会为其进行背书和宣传，帮助基金会提高筹资效率和水平，另外政府还会在小部分项目中出资。

图 2.2 慈善捐赠的主要参与方及其定位



资料来源：艾社康研究团队总结

## （二）慈善医疗捐赠的体量

根据历年《中国慈善救助报告》公布的数据来看，总体而言，我国近五年的慈善捐赠金额基本维持平稳发展，但慈善医疗捐赠金额占比呈现不断下降的趋势，从2016年的26%回落至2018年的20%。2019年，医疗相关捐赠占比进一步下降到16%，总额为272亿元。具体来看，我国慈善医疗捐赠方面的头部基金会接受了主要的捐赠资金。在我国2018年接受捐赠过亿的前30家基金会中，有11家提供慈善医疗捐赠项目。这11家基金会除腾讯公益慈善基金会外，均为民政部管理下的公募基金会。其中，中华慈善总会、中国癌症基金会和中国初级卫生保健基金会分别以105.75亿、48亿和22亿名列2018年度年度捐赠收入排行的前三位。然而，从2017年与2018年的数据对比来看，大部分基金会的捐赠收入均有下降。出现下降趋势的原因一方面可能在于慈善捐赠关注重点的转移，另一方主要是制药企业发起的患者援助项目受医保政策调整影响。

图 2.3 2017 年、2018 年基金会捐赠收入年度排行

机构名称	2017年度 捐赠收入(亿元)	2018年度 捐赠收入(亿元)
中华慈善总会	218.05	105.75
中国癌症基金会	60.67	47.99
中国初级卫生保健基金会	16.97	22.03
中国扶贫基金会	5.82	7.33
腾讯公益慈善基金会	8.25	7.31
中国社会福利基金会	5.58	6.32
中国妇女发展基金会	6.24	5.80
中华少年儿童慈善救助基金会	5.57	5.23
中国红十字基金会	3.35	4.47
爱佑慈善基金会	4.32	3.92
中国儿童少年基金会	4.67	3.14

资料来源：艾社康研究团队总结

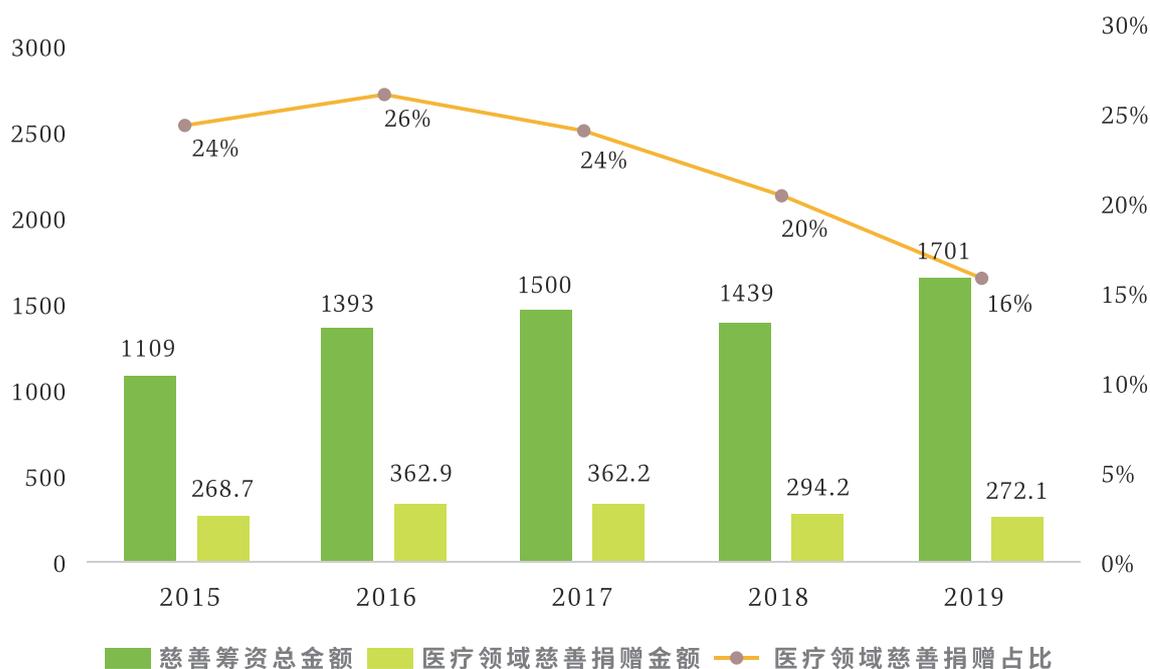
近年来，随着居民文化程度的提升，以及受国家脱贫攻坚任务的宣传影响，社会对教育、扶贫等领域的关注不断提升，在这些领域出现了更多慈善捐赠项目。因而，流向医疗领域的慈善捐赠资金有一定减少。同时，近年患者援助项目的金额及体量变化也致使医疗领域慈善捐赠金额出现下滑。在尚未建立医保准入专项谈判机制之前，由于缺乏明确的医保准入评估、路径及标准，一些用于治疗重大疾病的新特药难以及时纳入医保报销范围。在此情况下，制药企业（尤其是外资制药企业）针对符合要求的患者进行患者援助项目，在为基本医疗保险及政府医疗救助提供一定补充的同时，也为自身的产品进行前期的市场拓展。2018年医保局成立后，因创新药品医保准入机制的变革，创新药加速纳入医保，也导致患者援助项目周期缩短、捐赠药品价格下降、药品捐赠量减少，对医疗领域的捐赠金额产生了一定程度的影响。随着我国医保制度不断完善，以及医保目录动态调整机制的建立，

更多新药、特药有望快速进入医保，减轻我国大病患者尤其是困难群体的用药经济负担。然而，由于“广覆盖、保基本”的特点，基本医保药品准入及支付模式的制度性改革会对生物药、创新药的价格产生较大冲击。在此背景下，不少未能成功进入医保的药品企业纷纷扩大其患者援助项目的规模，并再次刷新各自的价格天花板。除此之外，部分原先已进入国家基本医保药品目录的高价药物也由于新进药品医保目录的同适应症、同类药物的降价挤兑效应，不得不通过延长患者援助项目的周期来完成降价。基于此，患者援助项目将在未来 3-5 年内有一定扩张趋势，项目数量及周期或有所增加，项目迭代会进一步加快，这可能导致慈善医疗捐赠总额在短期内会有小幅上涨。

从绝对体量上来看，慈善医疗捐赠对我国的政府医疗救助形成了重要补充，2019 年 270 亿元左右的慈善捐赠占同年的政府医疗救助 502 亿元的 53.7%。但另一方面，也可以看到医疗救助的社会需求还远远没有满足。据朱铭来教授的统计和测算，2016 年我国城乡低保户的医疗救助（含慢病和大病治疗资金需求）需求分别为 859 亿元和 778 亿元。而根据《社会服务统计公报 2016》，同期 2016 年政府财政支出的医疗救助资金为 332 亿元，离低保人群实际所需的医疗救助金额还相差甚远。而这仅是低保人群的医疗救助需求，如果按照低保收入的 1.5 倍作为低保边缘人群的标准，低保边缘的城乡困难家庭其医疗救助需求在 2800 亿元以上（2016 测算数据）。所以整体来看，处于社会底层的困难家庭存在较高的因病致贫、返贫风险，所需要的医疗救助金额存在很大的缺口，需要政府进一步加大救助力度，以及慈善医疗捐赠在政府救助基础上拾漏补缺。

图 2.4 2015-2019 年慈善捐赠金额及医疗领域慈善捐赠占比趋势

单位：亿元



资料来源：艾社康研究团队根据 2015 至 2019 年《中国慈善捐助报告》总结

### （三）慈善医疗捐赠的发展与创新

基于上述分析，本小节将从覆盖人群、筹资来源、救助内容、运营监管几个维度重点针对基金会发起的慈善医疗捐赠分析发展现状，挖掘慈善捐赠作为补充层对于基本医疗保障体系和政府医疗救助的价值与目前发展过程中的不足之处。

#### 1. 慈善医疗捐赠的覆盖人群

慈善医疗捐赠的目标人群可以通过人群收入以及疾病种类两种方式进行划分，具体的救助人群由基金会或捐赠资金的企业根据其自身的使命愿景或救助意愿进行确定。在下文中，我们将分别从收入水平和疾病种类两种角度，对慈善医疗捐赠的目标人群进行分析。

在本报告第一章节中，我们对不同保障模式覆盖的人群进行了一定划分。目前，由于政府医疗救助资金还存在缺口、救助人群标准缺失及审核困难等原因，不少头部基金会还是针对较为贫困的困难家庭人群进行救助与援助。这与政府的医疗救助目标人群较为一致，基金会通过慈善医疗捐赠来协助政府补充医疗救助的深度。例如中华慈善总会、中国癌症基金会、中国初级卫生保健基金会、中国扶贫基金会等政府主导基金会以贫困家庭为主要关注人群，同时针对夹心层人群中有一定支付药品能力，但没有长期支付能力的人群进行救助。另外，部分基金会还根据自身特点对救助人群进行一定划分。例如，中国妇女发展基金会重点关注妇女群体；中国少年儿童慈善救助基金会、中国红十字基金会、中国儿童少年基金会等重点关注儿童群体。

图 2.5 部分头部基金会重点覆盖人群及病种

机构名称	重点覆盖人群	重点覆盖病种
中华慈善总会	困难家庭人群为主, 包含一部分夹心层人群	无特定病种
中国癌症基金会	困难家庭人群为主, 包含一部分夹心层人群	肿瘤(包括乳腺癌、白血病等)为主
中国初级卫生保健基金会	困难家庭人群为主, 包含一部分夹心层人群	无特定病种
中国扶贫基金会	困难家庭人群	无特定病种
腾讯公益慈善基金会	大病困难家庭	无特定病种
中国社会福利基金会	困难家庭人群、儿童、老人	无特定病种
中国妇女发展基金会	妇女	乳腺癌、宫颈癌等
中华少年儿童慈善救助基金会	0-18岁少年儿童	无特定病种
中国红十字基金会	儿童、母婴等	无特定病种
爱佑慈善基金会	儿童	先心病、血液病、肿瘤等
中国儿童少年基金会	儿童	脑瘫、听障

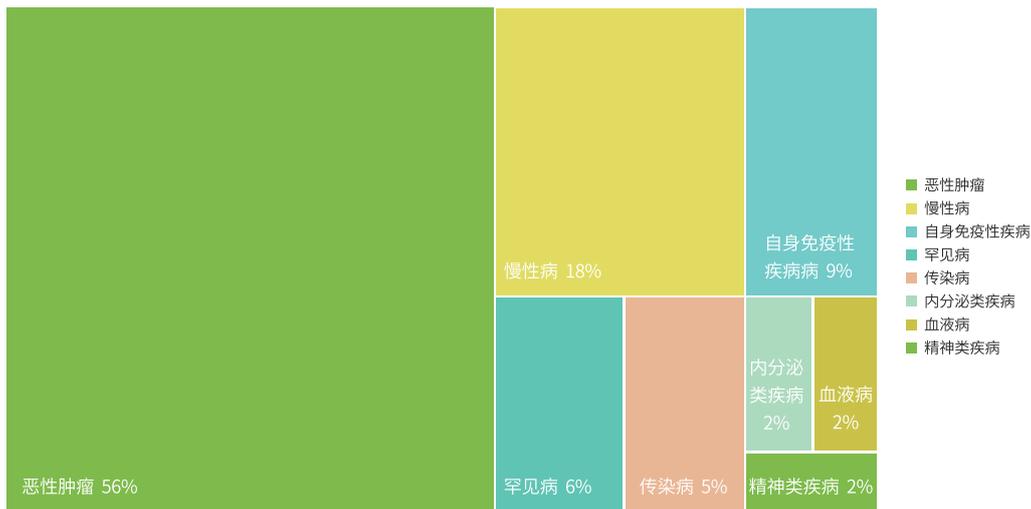
资料来源：艾社康研究团队总结

就救治病种分布来看，慈善医疗捐赠的大病种类在民政部发布的农村贫困人口大病专项救治病种的基础上有一定扩充，具体救助病种由各基金会主要根据其自身的使命愿景或捐赠资金企业的救助意愿确定。例如，中国癌症基金会、主要针对肺癌、乳腺癌、白血病、

淋巴瘤等恶性肿瘤展开医疗救助；北京病痛挑战公益基金会、爱佑慈善基金会分别针对罕见病、儿童先心病进行医疗救助。

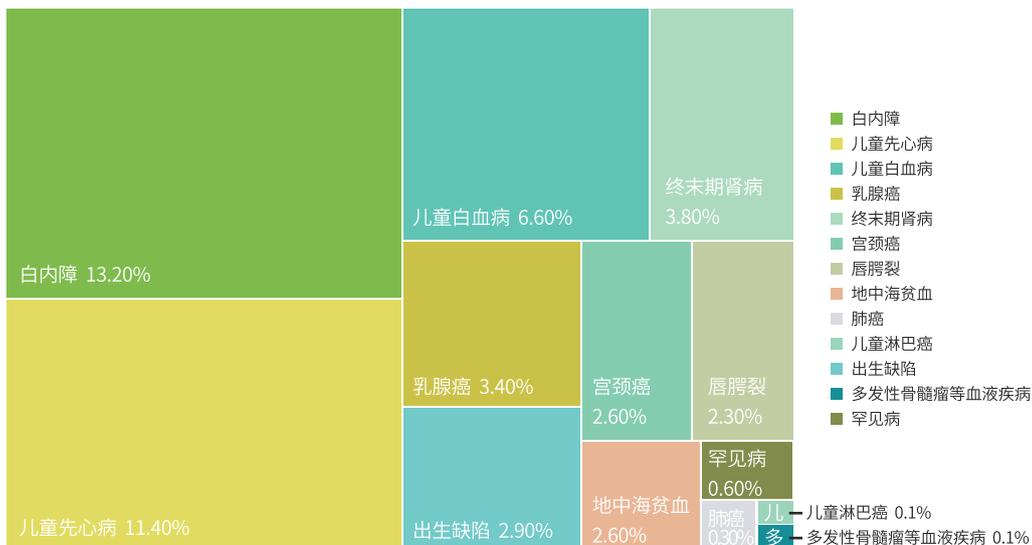
据北京师范大学中国公益研究院的不完全统计，2016年和2017年，超过60%的慈善医疗捐赠项目对农村贫困人口大病专项救治病种中的25种开展了救助。其中，肺癌、乳腺癌、宫颈癌、淋巴瘤等恶性肿瘤、慢性阻塞性肺气肿等慢性疾病是患者援助项目中救助最多的病种。白内障、儿童先心病、儿童白血病、乳腺癌、终末期肾病、宫颈癌、唇腭裂、地中海贫血、肺癌、儿童淋巴瘤是基金会参与救助最多的重大疾病。专项救治病种之外，自身免疫性疾病及出生缺陷（包括面部畸形等早期干预效果较好的病种）是基金会最多开设专病项目的疾病种类。

图 2.6 2016 和 2017 年患者援助项目病种项目占比（不代表金额占比）



资料来源：艾社康研究团队根据北京师范大学中国公益研究院公开的数据中 2016 年和 2017 年医疗领域的慈善捐赠项目数量、针对各病种的项目数量，以及中国大病社会救助平台公布的针对不同病种慈善捐赠项目中患者援助项目的占比进行估算总结

图 2.7 2016 和 2017 年慈善医疗救助病种项目占比（不代表金额占比）



资料来源：艾社康研究团队根据北京师范大学中国公益研究院公开的数据中 2016 年和 2017 年医疗领域的慈善捐赠项目数量、针对各病种的项目数量，以及中国大病社会救助平台公布的针对不同病种慈善捐赠项目中非患者援助项目的占比进行估算总结

基金会及慈善相关机构在救助病种方面符合政府导向的贫困人口大病救治方向，但其救助资源分布与需求存有结构性失衡。大多数基金会在救助病种方面偏向选择干预效果明确、投入产出比较高的病种，因此即使在基本医疗保障程度较高的情况下，基金会慈善医疗捐赠仍对白内障、儿童先心病、唇腭裂等病种进行大量的救治资源投入，而对儿童淋巴瘤、多发性骨髓瘤等血液疾病、罕见病等治疗费用高、治疗周期长的疾病救助力度则明显不够。不少专家指出，目前慈善医疗捐赠开展救助的大病种类偶然性仍较强，救助病种多与基金会创始人本身经历类似，尚未从大病保障体系出发，对覆盖病种进行系统梳理与合理划分。公众对大病（尤其是罕见病等特殊疾病种类）的认知有限、基金会资金规模不足以及追求救助的短期效果或是主要原因。

未来在覆盖人群方面，基金会在继续推动现有救助方向之外，也可以通过发声倡导、撬动各方资源等方式，引导救助资源流向更多治疗费用高、周期长的疾病种类。例如，已有部分基金会联动政府和企业，来推动罕见病的医疗保障水平。病痛挑战基金会联合罕见病社群、组织、媒体等伙伴机构，通过纪实影像、图文故事、公众科普等活动向政府和公众传达针对罕见病患者医疗救助的重要性，并建立罕见病医疗援助工程基金，与浙江、山西等地方政府合作，推动罕见病医疗保障多方共付模式，为罕见病群体提供有针对性的专业医疗援助。

## 2. 慈善医疗捐赠的筹资情况

基金会筹资来源于多渠道，主要为企业、个人及政府，在筹资渠道上实现了多层次的格局。其中，企业是最主要的基金会筹资来源，政府和个人捐赠占比相对较低。据统计，近五年来，我国企业捐赠款物持续占社会捐赠总量的60%以上。长期来看，可持续的慈善筹资离不开公众的大力参与。新型公益筹款平台（腾讯公益、蚂蚁金服公益、水滴公益等）的崛起，为公众和基金会建立了纽带，不仅为基金会打开了筹资渠道，也向公众提供透明的第三方平台。以腾讯公益为例，据统计2014年腾讯公益平台共筹得公众捐款1亿元。随着“99公益日”的开设，腾讯公益平台募集得到的公众善款逐年飞速上升。2020年在99公益日活动期间，5780万人次爱心网友通过腾讯公益平台捐出善款23.2亿元，相较2014年全年公众捐款金额上涨22.2%。

图 2.8 2015-2019 年腾讯“99 公益日”公众捐赠金额（亿元）



资料来源：中国公益研究院

整体来看，目前基金会的筹资规模离实际的医疗救助资金缺口差距较大。2018年，我国医疗领域慈善筹资总金额为294亿元，除去以物资形式的捐赠外，慈善医疗捐赠的资金规模最高为146亿左右，与困难家庭所需的上千亿的医疗救助金额还有较大的差距。可以看到，在慈善筹资规模有限和政府不断加大救助力的背景下，基金会的使命不在于进一步扩大筹资规模、推动普惠所有受众的医疗救助，而更应该是在特定领域探索更有效的救助和保障模式，撬动政府（医保、民政）和社会（商业保险）的相关资源，在多层次保障体系中起到动态补位的作用。

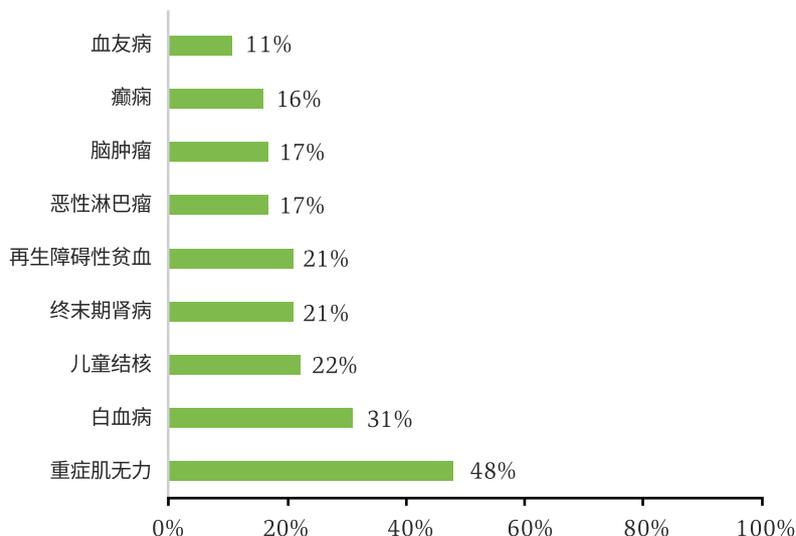
### 3. 慈善医疗捐赠的救助内容

根据对患者的救助时间点，慈善医疗捐赠形式可分为事前救助、事中救助、事后救助三种类型。慈善医疗捐赠的不同形式与救助人群、救助模式的不同特征有一定的相关性。事前救助指预先确定救助人群并采取事先风险预防手段，其救助模式一般为公益保险。事中救助通常为慈善组织与定点医院签订协议，被救助者在通过申请审批后可获得医疗资源对接、定点医院救治及资金、药品援助等服务，救助更为及时。事后救助一般指被救助者在接受治疗并垫付医疗费用后再根据单据进行救助申请，获取资金援助。

在救助内容方面，慈善医疗捐赠有相对多元化的救助模式。其中，资金、药品援助是大部分机构采取的慈善医疗捐赠方式。其次为免费手术，一般针对一次性手术治疗即可解决患者问题并且治愈率较高的病种，例如唇腭裂、简单先天性心脏病。部分机构还为患者提供大病公益保险、医疗资源对接、心理康复等多种援助项目，但相较于资金、药品援助和免费手术，这些救助模式使用资金占比较小。

尽管慈善医疗捐赠的模式与内容相对多元化，从待遇方面对医保和政府救助进行了补充，但整体而言慈善医疗捐赠对患者的救助程度还比较低。目前缺乏系统全面的数据统计，从捐赠金额相对较多、受关注程度相对较高的儿童大病救助数据来看，2016年我国共有83家慈善组织开展160余个儿童大病救助项目，覆盖了先心病、白血病、尿毒症等十几种医疗费用高昂的病种，每年支出医疗救助费用仅为10亿元左右。从资金援助项目的个案来看，据中国医学科学院血液病医院（血液学研究所）的研究数据显示，一位急性白血病患者在获得基本医疗保障、个人求助等相关社会支持后，仍有20-30万的资金缺口。而资金援助项目的救助金额一般不超过50000元/人次，相较于疾病造成的经济负担，其救助程度较低。

图 2.9 慈善组织提供的平均救助额度占大病患儿自付费用的百分比



资料来源：《中国儿童大病救助与慈善参与现状》

#### 慈善医疗捐赠创新案例一：

中国初级卫生保健基金会（简称初保基金会）于2013年正式设立“生命绿洲患者援助公益项目”，针对尚未进入医保目录的肿瘤、罕见病等多种高值药物开展患者援助项目。截至2018年，该项目帮助共50000余名患者解决其“治不了病救不起命”的社会难题。除此之外，初保基金会还联合多家制药企业在援助病种扩充、援助节点延伸两方面做出进一步探索。在病种方面，初保基金会将目标援助病种向心血管疾病、慢性阻塞性肺疾病等长期慢性疾病用药扩充，旨在改善中国患者自主断药的不良用药习惯，促进患者用药依从性，减少因不良用药习惯导致的公共医疗资源挤兑。在援助节点方面，初保基金会针对通过谈判进入医保目录后但价格仍然较高的产品，为支付能力较弱的患者家庭进行二次报销（例如，泰瑞莎）或进一步药品援助（例如，培美曲塞），切实提高没有长期支付能力的患者人群的用药可及性。

#### 慈善医疗捐赠创新案例二：

中国扶贫基金会和阿里巴巴公益、蚂蚁金服公益推动的“顶梁柱健康扶贫公益保险项目”，由中国扶贫基金会在互联网公益平台上为贫困地区募捐，捐款用于为贫困户买大病险，预防大病医疗支出的风险。公益保险的救助模式将慈善事业与市场手段进行结合，利用保险杠杆，在扩大保障覆盖人群的同时，也可实现资源有效配置。另外，互联网平台与数字技术的应用还提高了公益保险项目的信息透明度和执行效率。该项目已为四川、贵州、云南等12省份80县中18至60周岁的劳动力提供公益补充医疗保险保障。公益保险的模式一方面保障了专款专用，另一方面也发挥了保险的抗风险功能，为脱贫人口解决因病返贫问题，助力政府精准扶贫。在蚂蚁金服平台图像识别、区块链等技术的支撑下，该项目实现了全流程公开透明、材料自动传输、后台自动审核、案件自动理赔，大大降低了管理运营成本。未来，针对特定人群的公益保险或将成为慈善医疗捐赠模式的探索方向。

### 4. 慈善医疗捐赠的运营监管

21世纪初以来我国慈善事业得到快速发展，然而由于信息公开不足、监督管理缺乏等原因，我国慈善事业经历了一系列风险事件。为了增强慈善捐赠的信息透明度、改善慈善捐赠的社会公信力、提升慈善捐赠的资源配置有效性，行业与政府相继采取措施。由35家国内知名基金会联合发起的“基金会中心网”为基金会行业建立了信息披露平台，每年从基本信息、项目信息、财务信息三大维度对我国基金会自律透明水平进行评估和排名，促进了基金会体系的透明度提升。除此之外，我国政府也先后出台相关条例和法律法规，并于2016年颁布《中华人民共和国慈善法》，在事前审批环节对基金会和慈善组织的准入进行严格把关，同时从顶层设计角度对项目设计实施、信息公开机制、监督管理措施等提出了更加细化的规范管理要求。尽管在政府和行业的共同努力下，慈善捐赠的信息透明度和监管情况有所改善，但在实际落地推动与执行的过程中，目前慈善医疗捐赠仍然面临专业人才缺失、项目执行机制与标准不统一、缺乏数据评估体系、基金会管理“一刀切”等问题，有待进一步解决与完善。

## （四）慈善医疗捐赠行业面临的挑战

### 1. 挑战一：慈善救助与其他保障层次缺乏衔接

作为多层次医疗保障体系中的一部分，慈善医疗捐赠应当与主体层、托底层、其他补充层之间形成协调合作的关系。然而，目前慈善医疗捐赠与基本医疗保障、政府医疗救助的衔接有限，救助项目缺乏互补，难以形成整体性效应，降低了慈善医疗捐赠的效率和可及性。例如，从人群覆盖上来看，很多处在政府医疗救助标准边缘的人群既得不到政府救助，又不符合慈善组织救助标准；从疾病领域来看，部分政府医保可以完善覆盖的病种上仍聚集了较多慈善救助资源。

### 2. 挑战二：慈善医疗捐赠资源分配存在一定失衡

不同慈善组织选取救助领域的标准和初心各自不同，因此从救助领域上来看，存在一定的扎堆救助与无序救助现象。这导致了部分疾病领域项目重复，部分疾病领域项目难觅的现象。例如在基本医疗保障政策后，白内障、唇腭裂、儿童先天性心脏病等疾病患者自付费用较少的情况下，基金会仍对这些病种有较大的救助力度，而对罕见病、淋巴瘤、多发性骨髓瘤等经济负担重、治疗周期长、治疗效果不明显或者不确定的病种的救助力度较小。在这种情况下，慈善资源无法得到有效的匹配，越需要援助的群体可能反而得到的援助越少。

### 3. 挑战三：救助内容仍显单一

我国慈善医疗捐赠绝大部分是医疗费用援助，虽然有不少基金会积极探索公益保险、资源对接、心理援助等救助内容及形式，但由于多样化的救助内容对于项目执行人员的专业能力要求更加严格、项目执行成本及费用更高、项目效果难以被量化评估等原因，对于大多数基金会而言，在实际落地过程中难度较大。我国目前在慈善医疗捐赠内容的探索方面仍处于起步阶段，未来还需通过加强专业人才培养、加快建立数据与评估体系等多项措施的配合，共同推进救助内容的多样化发展。

### 4. 挑战四：执行标准、数据与评估体系缺失

在慈善医疗捐赠项目的具体落地执行过程中，缺少统一标准，执行口径不统一。例如，在申请审核方面，部分基金会的项目条件过于严苛，可操作性低；而与此相对的一些基金会项目却条件宽松，易发生管理漏洞。另外，在提供证明，资金给付等方面，相关机制设计多从基金会角度考虑，机制不够完善，导致整个救助申请流程复杂、求助者获得救助的

时效性差，符合条件的受助者获得救助有一定困难。另外，目前基金会执行方面的数据收集尚有欠缺，且各基金会项目执行的数据口径不一致，无统一的评价标准，导致无法对项目进行效果评估，难以及时对项目进行调整和改善。

## （五）慈善医疗捐赠的未来发展

### 1. 加强与政府保障制度的融合与合作

部分基金会已经开始积极探索与地方政府的合作，改变慈善救助与政府救助各自为政、缺乏合作的现状。目前一些地方推动将社会慈善救助系统纳入重特大疾病的保障中，构成了“大病医疗救助+社会慈善救助”的模式。困难群众在享受政府医保和救助制度的覆盖后，还可申请社会慈善救助，形成了多层次的大病保障体系。从未来发展看，在推动多层次医疗保障体系的指导方向下，政府将加强对慈善医疗资源的引导，而慈善机构也将发挥灵活补位的作用，双方形成更好的互补与合作关系。

### 2. 优化救助领域和救助模式

作为多层次保障体系中的一个组成部分，慈善医疗捐赠的重点疾病领域应进行灵活的调整，补缺政府救助和其他保障层次的覆盖盲区。例如近几年，部分基金会适时推出了罕见病患者的慈善救助，这是在政府医保纳入了相关罕见病高价药并报销了大部分用药费用的基础上，慈善机构可以就患者自费部分进一步补缺。而在政府相应保障制度出台前，单靠慈善力量对罕见病患者就行医疗救助是完全不可行的。

从救助模式上，事前保障与事后救助相比能更彻底的解决民众的健康问题，也避免了弱势群体因经济压力选择不去就诊，延误病情等情况。公益保险等事前救助的形式还能借助保险杠杆，使同等的善款最大程度的覆盖弱势群体，并保证所有资金都用于有需要的救助对象，大幅提高了救助金的使用效率和保障广度。在互联网公益平台的技术支持下，公益保险可以实现全理赔流程的线上开展并将项目具体情况及时公开，不仅降低了运营成本也提高了慈善项目的公信力，是未来慈善捐赠的发展方向。

### 3. 推动数据体系建设及标准制定

目前，针对医疗领域慈善捐赠以及慈善医疗捐赠项目执行情况的数据收集和公开并不全面和透明。在此情况下，很难对慈善医疗捐赠的整体发展和执行效果进行全面的评价。未来，民政部门可牵头并联合医保等部门推动慈善医疗捐赠的相关研究，加强数据体系建设和标准制定，引导民间慈善力量的发展以及慈善资源的合理配置。

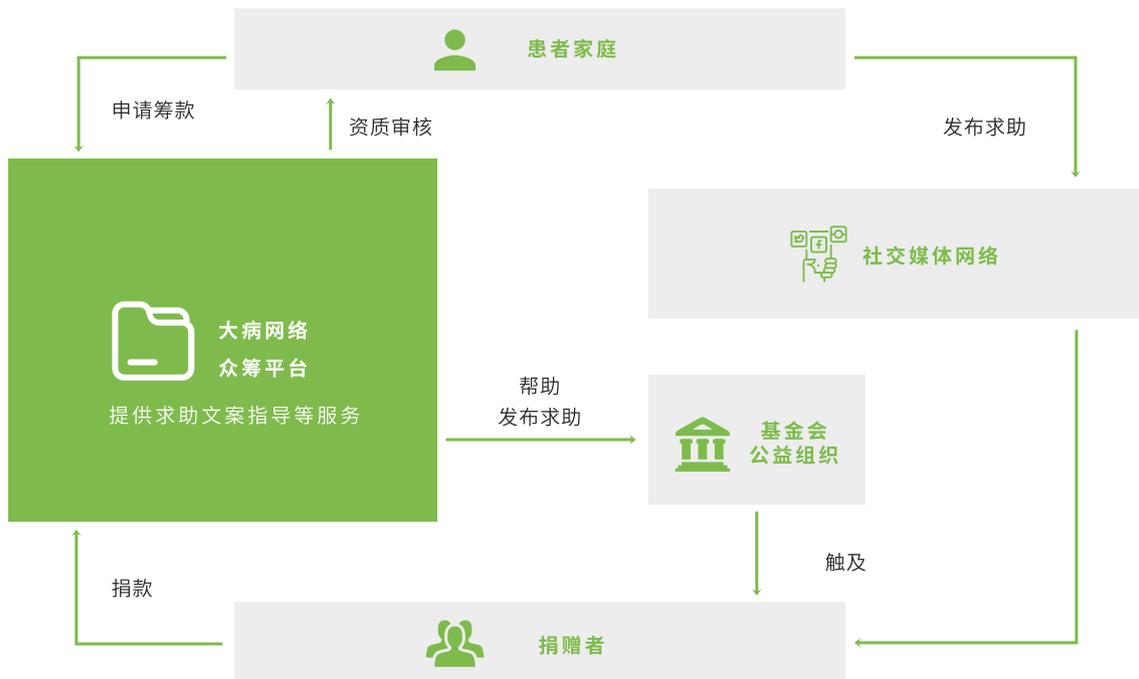
### 三、我国大病网络众筹的行业现状与发展趋势

大病网络众筹近年来备受关注，在本节中我们将对大病网络众筹的主要参与方、体量、覆盖人群、筹资情况、救助内容和运营监管进行归纳与分析，并对大病网络众筹目前面临的挑战及未来发展提出观察。

#### （一）主要参与方及其定位

个人发起的大病网络众筹是指由患者个人在大病众筹平台上发起求助，通过社交平台等网络媒介进行信息扩散，获得熟人间的筹资，帮助患者获得救助资金。在大病网络众筹中，主要参与方包括：患者家庭、大病网络众筹平台、部分基金会及公益组织和捐赠者。其中，患者家庭向众筹平台提交筹款申请，并在通过审核后，通过社交媒体网络向身边的熟人发起求助。而大病网络众筹平台主要负责对筹款人的患病真实情况进行审核，并为筹款人提供求助指导等服务。对于社会资源较差的患者家庭，大病网络众筹平台还会与部分基金会、公益组织进行协作，由基金会和公益组织帮助传播求助文案及信息，扩大筹资渠道。

图 2.8 大病网络众筹的主要参与方及其定位



资料来源：艾社康研究团队总结

#### （二）大病网络众筹的体量

从 2014 年轻松筹上线至今，先后有近 20 家大病网络众筹平台相继出现，但因资源始终聚集在头部平台，近年有少数小平台停止业务。当前市场上有 7 家主要的大病网络众筹平台，其中水滴筹、轻松筹、爱心筹三家平台的知名度远高于其他平台。《网络大病筹

款平台行业洞察报告》的数据显示，该三大品牌的第一提及率达到 85%。随着公众对大病网络众筹的认识与了解，筹款及捐赠者的增加使筹款规模不断提升。截至 2019 年 12 月，轻松筹累计筹款金额从 2015 年的 1.8 亿元发展为 360 亿元的累计筹款额，水滴筹累计帮助大病患者及家庭筹款超过 330 亿元。

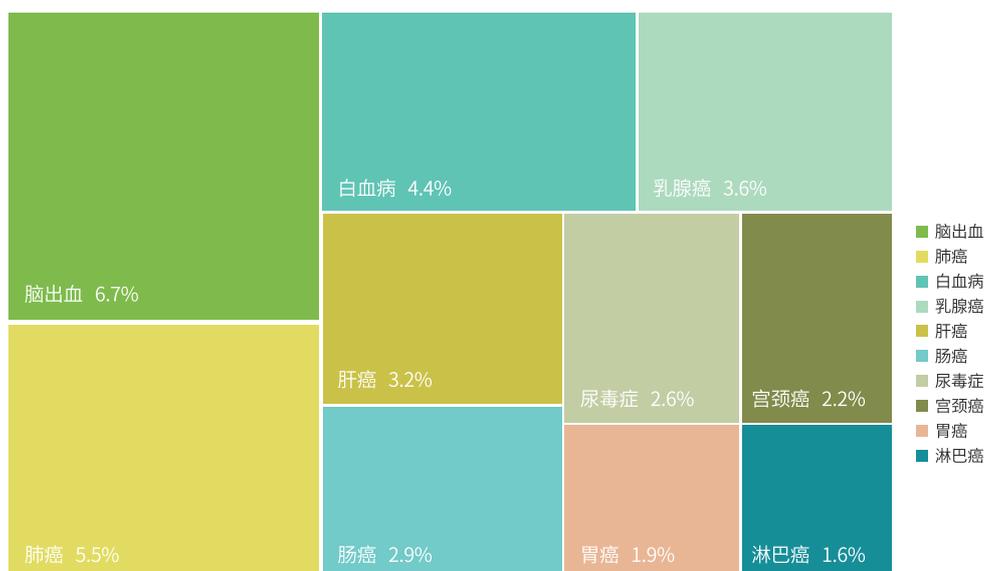
### （三）大病网络众筹的发展与创新

#### 1. 大病网络众筹的覆盖人群

大病网络众筹的覆盖人群较广，服务于基本医疗和其他救助形式之后还存在金额较大、较紧急的医疗支出需求的人群。从人群收入情况来看，与慈善医疗捐赠主要集中关注弱势群体不同，大病网络众筹对于救助患者的覆盖范围更为广泛。无论是低收入的困难家庭，或者患有重特大疾病的“夹心层人群”，还是收入相对较高的城市患者家庭，大病网络众筹都可以为他们提供应急保障的手段。据业内不完全统计显示，截至 2020 年 10 月底，已有超过 500 万的大病家庭通过大病网络众筹平台向社会公众求助获得 20 亿人次的爱心响应。

在救治病种方面，大病网络众筹为政府和慈善救助尚未覆盖的大病种类提供了救助的空间。与基金会根据其使命或意愿对特定病种进行项目制救助不同，大病网络众筹对于发起救助的大病种类没有特定要求。水滴筹、轻松筹公布的数据显示，脑出血、尿毒症、白血病是大病网络众筹平台中救助数量最多的病种。其中脑出血占到水滴筹所有筹款案例的 6.7%。除了政府和基金会重点关注到的肺癌、白血病、乳腺癌、宫颈癌等病种外，肝癌、肠癌、胃癌和淋巴瘤等高发癌症也在大病网络众筹平台十大救助病种中，大病网络众筹能够帮助这些大病患者提高救助可支付性。

图 2.10 据水滴筹统计大病网络众筹病种项目占比（不代表金额占比）



注：以上求助病种项目占水滴筹所有救助项目的 35% 左右  
资料来源：水滴筹公开数据

## 2. 大病网络众筹的筹资情况

在筹资渠道方面，由于是基于熟人的社交众筹模式，大病网络众筹的资金主要来源于患者的家人和朋友，并以患者家人和朋友为核心向外扩大辐射范围。大病网络众筹的筹资规模受患者家庭社会资源的影响较大。不同家庭社会资源差异较大，社会资源较好的家庭更加容易筹得目标资金，而社会资源较差的家庭筹得目标款项的难度较大。目前，不少基金会及公益组织针对社会资源较差的患者家庭（主要为低收入困难家庭）在审核信息后通过项目认领的方式发布并传播求助信息，帮助这些家庭扩大筹资渠道。根据轻松筹2015至2018年的公开数据显示，大学生身份比农民身份在轻松筹平台上的平均筹款额高出2万余元。未来，应加强大病网络众筹与基金会、公益组织的协作联动，改善筹款者因家庭资源不同导致的筹款差异问题。

另外，大病网络众筹的筹资金额也与疾病种类有关。据水滴筹统计，脑出血、肺癌、白血病、乳腺癌、肝癌累计筹款金额均超过10亿元，从筹款总额来看，在平台求助的白血病患者累计筹得31.2亿元，脑出血患者累计筹得20.6亿元。从单个患者筹资额度来看，白血病也是平均筹款金额最高的病种，其次是淋巴瘤、肝癌和尿毒症。

## 3. 大病网络众筹的救助内容

大病网络众筹的救助内容为资金救助，目前大病众筹平台的待遇设计以一次性提现为主，部分大病网络众筹平台在部分情况下要求将所筹款项直接拨付于求助人所在医院的就诊账户，或由发起人、求助人提供预期医疗计划、医疗花费清单等材料，经平台审核并公示后分批打款。例如，水滴筹对救助模式的设计中要求，求助人实际筹得金额超过（含）30万元或实际筹得金额超过（含）5万元且信息公示不完整的项目，须由平台实行就诊账户审核对接及分批打款。

目前患者家庭对于大病网络众筹平台的救助内容需求主要集中在资金援助上，对于提供医疗服务、对接救治渠道等救助内容的拓展，患者家庭的需求尚不显著。尽管如此，一些大病网络众筹平台仍表示正在积极探索发展更加多元化的救助模式，希望在解决治疗费用问题的基础上帮助患者家庭进一步优化救治渠道，提升救助可及性。

## 4. 大病网络众筹的运营监管

大病网络众筹的迅猛发展的同时，由于审核不严、监管缺失，大病网络众筹平台的争议事件近年来频繁发生。2016年的“罗一笑事件”、“德云社演员诈捐门”使得公众对于大病网络众筹平台的公信力产生质疑。随后，众筹平台之间的商业竞争，也催生了“医院扫楼筹款”、“众筹平台员工斗殴”等事件，更是将大病网络众筹推上了舆论的风口浪尖。

为了加强大病网络众筹平台的自律管理，爱心筹、轻松筹、水滴筹于2018年联合发

布《个人大病求助互联网服务平台自律倡议书》和《个人大病求助互联网服务平台自律公约》，提出与公募慈善组织对接、加强求助信息审核、搭建求助信息公示系统、建立失信筹款人黑名单等方案，以改善大病网络众筹平台的运营监管机制。在民政部的引导下，爱心筹、轻松筹、水滴筹、360大病筹于今年联合发布《个人大病求助互联网服务平台自律公约》2.0版，增加了平台的督促义务与资金使用限制，保障筹款用于医疗用途。另外，水滴筹还通过建立疾病花费库、大数据评估等技术手段，对筹款人患病情况、筹款金额进行评估，降低筹款信息造假的可能性。

## （四）大病网络众筹行业面临的挑战

### 1. 挑战一：大病网络众筹领域监管缺失

慈善众筹是个人以众筹的形式获得慈善捐赠的个人求助行为，虽然带着“慈善”二字，但是并不在我国2016年开始施行的慈善法的规制范围内。对于平台吸纳资金的行为和滞留资金的方式，目前也无明确的监管主体和监管方式。我国个人征信和信用机制尚未健全，法律法规监管不够完善，对于众筹资金数目及去向，现阶段主要是由平台自行实施监管。在此情况下，大病网络众筹容易出现诈捐、资金流向不透明等事件。尽管大病网络众筹近年来在行业自律方面有一定推动和发展，但在实际落地过程中，自律公约并无严格的约束力，对于在信息审核力度、资金使用限制等关键问题上的监管提升力度并不大。

### 2. 挑战二：商业与公益的边界模糊

大病众筹的平台公司有自己的商业模式和盈利需求，一般是通过社交平台上的众筹事件引入客户流量，以此打造保险教育场景，激发全民保险意识。因此大病众筹的平台公益和商业的结合，两者的边界在业务运营和公众认知上往往不明确。众筹平台出于竞争压力，重视线下推广来推动更多患者上公益平台求助，并进一步获取更多捐赠者的流量，转化成为其商业平台的保险客户。这样的行为会导致公益初衷和商业追求的利益冲突，容易在运营、伦理、法规等方面越界，并影响公众对平台及大病网络众筹行为的信任。

## （五）大病网络众筹的未来发展

### 1. 救助人群和筹资金额可能进入平台期

由于大病网络众筹的使用门槛较低，且可帮助筹款人通过较为简便的方式向身边的熟人发起求救，不同人群在遭遇灾难性医疗开支的情况下，均可使用大病网络众筹进行求助。短期发展来看，在覆盖人群方面，大病网络众筹或无重大改变。但长期来看，随着主体层、托底层医疗保障水平的提升以及公众对于健康保障意识的增强，大病网络众筹覆盖的筹款人数或不断减少。

除了筹款人的社会资源外，筹资金额还与捐款人的捐赠意愿及捐赠能力息息相关，而捐款人的捐赠意愿及能力又与其对大病网络众筹平台的信任程度和其经济能力密不可分。基于此，大病网络众筹的筹资金额具有一定不确定性。未来，随着大病网络众筹行业自律的提升、捐款人对于大病众筹平台的信任度提高等有利变化，大病网络众筹的筹资金额或会呈现一定增长趋势。

## 2. 使用数字技术推动大病网络众筹的审核及监管

筹款者欺诈行为是大病网络众筹最容易出现风险的部分之一，因此对筹款者的信息审核至关重要。然而大病网络众筹平台并无资格和权力对筹款者的个人财产等信息进行审核。在这种情况下，数字技术的应用可以针对个人在互联网发布的信息进行有效筛选或甄别，通过大数据分析、人工智能识别的手段准确识别出个人众筹信息的真实性。当然，对于个人信息的筛选和甄别仍然需要在国家网管机构或政府委托的专业互联网技术公司的监督下进行，避免引发个人信息及数据的安全性问题。

## 3. 通过对大数据技术，赋能医疗保障体系

由于大病网络众筹基于互联网平台，且人群覆盖范围较为广泛，对于大病患病情况、诊疗情况和医疗开支等数据收集与分析有较好的基础。这些大数据的分析可以体现患者的医疗负担和医疗保障，帮助不同的相关方（医保、民政、慈善等）了解情况，为下一步保障和救助计划提供依据。因此部分众筹平台已经开始建设数据中心，并对肺癌等平台上高发重疾进行流行病学、治疗路径和患者医疗负担上的分析，以期赋能整体医疗保障体系。





# 第三章

我国医疗互助行业的发展与创新



近些年，由于我国经济的快速发展，人民收入水平的提升，人们对于健康保障的需求也在增加。虽然我国基本医疗保障已基本实现全覆盖，但是保障水平仍然有限，尚不能完全满足人们对于大病医疗的需求。其次，我国保险市场的供给主体仍以利润为导向的股份制商业保险公司为主，对于一些承保利润低，或者承保风险高的领域往往不愿意涉足。因而，我国众多保险意识不高，且也无法承受较高保费的中等或者低收入人群成为了商业保险的盲区。

不同于传统的商业保险，医疗互助计划是一种互助性经济组织，利用线下社团组织或基层政府（例如依托工会的职工保险互助会或者村集体组织的农村互助）或者互联网线上平台的信息撮合功能，会员之间通过协议承诺承担彼此的风险损失，并采取小额保障，避免个人负担过重。门槛低、普惠、自传播性强的医疗互助为解决中低收入人群提高大病重病保障提供了新的思路，互联网企业的入局也加速了行业发展和市场渗透，实现了我国医疗保障对更大群体的覆盖。

## 一、政府主导医疗互助的发展与现状

### （一）职工医疗互助

#### 1. 发展历程：

工人群体内部的互助共济在我国有长期的历史，早在新中国成立前，工人群体的互助互济活动就是我国工人运动中密切联系工人群众的重要方式。最早的职工互助以救助失业工人为主要目标，在新中国成立初期，为应对国民经济恢复时期大量失业和半失业工人生活困难的现实需要，1950年全国总工会发出《为救济失业工人告全国工人书》，号召在业工人捐助一天工资救助上海等地的失业工人，在全国范围内开展了一次最大规模的互助互济活动。在随后的计划经济时期，职工互助的救助范围逐渐扩大，“互助储金会”针对部分职工收入水平较低、生活负担重的情况为部分困难职工解决了临时的经济困难。

进入20世纪90年代，在经济体制改革大背景下，部分企业无力继续承担劳保医疗等职工的保障，为对下岗工人提供保障，我国开始出现综合性职工互助项目（包含医疗、意外等），全国总工会也成立了全国统一的职工互助保障组织——中国职工保险互助会（以下称“中互会”）。通过职工互助活动开展，中互会对纳入统筹的职工个人自付医药费部分，实施再次救助保障，对职工基本医疗保障进行补充。2006年，为了缓解职工医疗费用负担过高的情况，总工会针对医疗事件，推出了独立的职工医疗互助计划，以提升职工因病致贫、因病返贫的医疗风险保障。

2009年政府《关于深化医药卫生体制改革的意见》指出“鼓励社会参与，鼓励工会等社会团体开展多种形式的医疗互助活动”，全国多地总工会积极响应，进行职工医疗互助的积极推动。2016及2018年政府深化医改重点工作计划中都提及了职工医疗互助，2019年12月习近平主席签署的第38号主席令《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》明确将“职工互助医疗和医疗慈善服务”规定为“补充的、多层次的医疗保障体系”，

职工医疗互助在多层次医疗保障体系中的定位得以确认。

## 2. 发展现状

我国现有的职工医疗互助项目是由中华全国总工会倡导组织、职工自愿参加，自筹资金、自我管理、自我保障的非营利性互助互济保障活动。我国多地在省市工会的领导统筹下，开展了职工医疗互助，互助金的来源除了职工或单位缴纳的互助金外，还包含政府和工会的补助，以及社会各界的捐赠与赞助等其他收入。

根据中国职工保险互助会五届四次理事会议（全国职工互助保障组织实现高质量发展现场推进会）上公布的数据，截至2020年9月，参保会员人数累计6342万人次，受益会员增长至326万人，互助金总收入增长至58.52亿元，互助金总支出增长至46.63亿元。虽各地职工医疗互助的保障深度及广度不一，但各地的职工医疗互助已形成了较为统一的运作及保障模式：

**1) 覆盖人群：**国家机关、企事业（含非公企业和民办非企业）单位、社会团体参加城镇职工基本医疗保险，受省市总工会管理的在职和退休职工，均可依据自愿原则，由职工本人所在单位工会统一组织参加职工医疗互助活动。多数地区的职工医疗互助对参与互助职工的健康程度没有要求。近年来，职工医疗互助的保障人群在职工群体和地域两个方面不断扩大。在保障的职工群体方面，职工医疗互助从之前主要在国有企业开展，自2010年起开始向乡镇街道和非公有企业延伸，越来越多的企事业单位参与了职工医疗互助项目。覆盖人群在近一年也有了大幅增长，从2019年5月的2650万人次发展至2020年9月的6342万人次。但从目前的参保职工的总人数来看，目前职工互助的覆盖面仍有较大的提升空间。在地域上，越来越多的地区开展了职工医疗互助，目前职工互助保障活动已实现全国31个省（区、市）全覆盖。但另一方面看，职工互助主要覆盖参与当地城镇职工医保的在保人员，流动和灵活就业人口在该模式下得到保障仍较为困难。

**2) 筹资情况：**职工医疗互助当前主要在省级或者地市层次进行统筹，筹资来源除职工个人缴费外，主要为企事业单位缴费，另有部分筹资来源为政府、工会补贴以及社会各界捐助。与基本医保类似，职工互助在部分地区的统筹层次也比较低，受地方经济发达程度与企事业单位参与意愿影响较大，各地的筹资规模差异较大，直接影响了当地的职工医疗互助保障水平。

### 3) 互助模式：

当前的职工医疗互助主要有三种互助产品模式，其中发展较为成熟、提供最多的是职工住院医疗费用保障，由职工或单位每年缴纳100~300元的费用，在参保职工发生住院时对起付线以上的政策内自付费用进行一定比例的报销。因各地经济收入与职工医疗互助开展情况差异较大，各地在保费、免赔额、报销比例、保额上都有较大差异。如上海对医保内住院费用报销70%，提供最高10万的保额；北京采取了分段报销的形式进行保障，最高提供20万保额；而青海等地区的保额在5万左右，保障深度相对不足。尽管在上海、

北京等一线城市，经过职工医疗互助保障后政策内职工住院医疗费用负担已大大减轻，但在门诊及医保外的住院医疗及医药费用上，职工医疗互助的保障还较为欠缺，目前仅有北京对门诊进行了二次报销，上海、杭州等部分省市覆盖了大病、特病与慢性病门诊，尚未见到职工互助对医保目录外的住院医疗及医药费用进行保障。

除职工住院医疗费用的互助外，不少地区目前也提供了特种重病的患病补贴，为发生重疾的参保职工提供一次性的重大疾病互助金，以补贴重疾造成的收入损失和生活费用。如无锡于2020年开始试行职工“住院+重疾+意外”三合一的互助保障项目，在报销参保职工40%的住院自费医疗费用（超出起付线部分）的基础上，对确诊患有急性心肌梗塞等30类重大疾病中的一种或者多种的患者提供15,000元的一次性重大疾病互助金。该类保障的保费通常在100元以内，对发生规定重大疾病的参保职工提供1~2万的补助金。该补助虽然在金额上对常规医疗非医疗费用超过30万的重度疾病来说保障非常有限，但基于其保费低廉，比起商业重疾险能覆盖更多中低收入群体，为职工家庭在困难时提供了一定的保障作用。另外，一些地区也针对特定人群设计了更具针对性和保障价值的互助保障，如为女性职工提供的两癌（乳腺癌、宫颈癌）保障。例如北京总工会的“在职女职工特殊疾病互助保障”进一步完善了女性职工互助计划的内容，为女职工的宫颈癌、子宫内膜癌、输卵管恶性肿瘤等12种特殊疾病提供了15,000元的互助保障。

整体而言，职工医疗互助为我国职工在基本医保外提供了门槛较低的补充保障，但该互助的费用补偿处于较低水平，大部分仍以医保目录内自负部分医疗费用的报销为主，未对自费部分进行保障，且对重疾的保障金较低，帮助家庭缓解疾病负担，避免因病致贫、返贫的保障力度仍有提升空间。

## （二）村级医疗互助

村级医疗互助是在我国脱贫攻坚任务的大背景下诞生的。在我国建档立卡贫困户中，因病致贫、返贫户占到42%以上，是农村人口贫困的主要成因，解决农村人口的医疗问题与健康保障至关重要。2016年12月，无锡江阴长泾镇和平村率先成立医疗互助会，在全市范围内第一个组织全体村民开展村级医疗互助，人均筹资100元。随后，江阴市内新桥镇郁桥村等七八个行政村相继加入，通过“农民出一点、村集体资助一点、社会赞助一点”的方式筹资，借助专业运作平台，以行政村为单位组织村民开展医疗互助，形成当地农民的“第二医保”。

2017年9月，江阴通过《关于在全市推进村级医疗互助制度的实施意见》，对村级医疗互助制度进行了进一步规范。截至2017年年底，村级医疗互助在江阴基本实现全覆盖，惠及人群86.2万人，当年补助资金达9500万元，补助达10万人次，帮助当地农民整体医疗保障水平提升近10%。在市内及省内多地试点后，2019年无锡村级医疗互助项目被民政部评为“全国社会救助领域十大创新实践案例”，村级医疗互助项目开始在全国范围内推广。新华日报的采访数据显示，截至2020年11月底，村级医疗互助模式已在全国7省55个县区实施，覆盖500余万群众，累计筹集资金5.16亿元，有43.9万人次

享受补助金 3.45 亿元。据统计，将住院村民的医疗负担平均降低 27.1%，为其中建档立卡户等困难群体平均减负 37.4%。

从江阴的村级互助保障制度设计来看，村级医疗互助的参与主体有村民、村集体、社会爱心人士（通常为同乡企业家）、第三方运营公司。村集体作为村级医疗互助的主导和管理者，向村民与社会爱心人士筹集资金，并在医疗互助资金筹集完成后，由村集体购买第三方运营公司“福村宝”的专业平台服务。村级医疗互助金全部放在各村村委会账户，专户储存、专人管理，全部用于村级医疗补助。对参与互助的患病村民医保报销后“农保”自费额超过 2000 元、“城保”自费额超过 3000 元的住院医疗费用，村级医疗互助提供自费部分报销。通过“同病同补、小病小补、大病大补”的方法，村级医疗互助对纳入救助范围的 1539 个病种进行补助，每次 300 元到 10 万元不等，且住院报销次数不封顶。

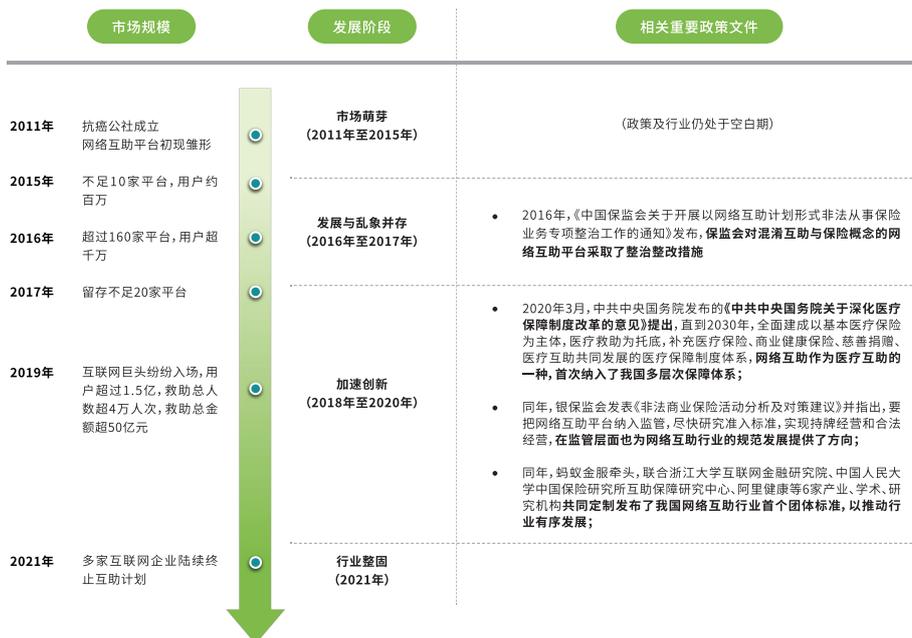
以村级医疗互助发源地江阴的筹资情况作为参考，村级医疗互助的人均筹资标准多在 100-200 之间，村民个人出资基本在 50 元以内，而村民、村集体、社会赞助平均比例约为 3:4:3。但该筹资模式以行政村级别为单位，统筹层次较低，且对村集体和社会力量的依赖性强，在我国 2020 年脱贫攻坚任务完成，救助资金方向转移的大背景下，可能面临未来可持续的问题。

## 二、网络医疗互助的发展与现状

### （一）发展历程

我国网络医疗互助行业始于 2011 年，大体可分为市场萌芽阶段、发展与乱象并存阶段，及加速创新和行业整固阶段。

图 3.1 我国网络互助行业的发展历程



资料来源：艾社康研究团队总结

### 1. 市场萌芽阶段：2011年至2015年

2011年，我国首家大病互助平台“康爱公社”（原“抗癌公社”）诞生，2014年开始团队扩大并正规化运营；同年泛华保险的e互助上线，具备网络互助雏形的平台开始出现。这一阶段的行业整体发展缓慢，到2015年仅有不到10家平台，累计会员总人数近百万。其中只有康爱公社、e互助、壁虎互助、夸克联盟四家平台实际完成了互助赔付案例。我国网络互助行业在此阶段进行了早期探索，为我国大病患者提高健康风险保障提供了新的思路。但是整体来说，这一阶段互联网技术应用水平较低，产品市场影响力也较小。

### 2. 发展与乱象并存阶段：2016年至2017年

随着移动互联网的发展和智能手机的普及，我国网络互助行业出现爆发式增长。据保险行业研究平台的不完全统计，2016年我国网络互助平台数已超过160家，会员数量排名前18位的网络互助平台涉及的用户就已经超过了1100万人（未去重）。此阶段的网络互助平台的互联网技术应用得到了强化，运营模式基本成型。其中以水滴互助、轻松互助为代表，借助第三方社交媒体的流量，快速渗透下沉市场。但是行业快速发展的同时也萌生了不少乱象，中小互助平台违规违法事件时有发生。例如部分平台通过成员提前预付款形成资金池沉淀，但缺乏相应的合规监管和信息披露，在很大程度上影响了互助行业的公信力。2016年12月，中国保监会发布《中国保监会关于开展以网络互助计划形式非法从事保险业务专项整治工作的通知》，对混淆互助与保险概念的网络互助平台采取了整治整改措施。接近三分之一的平台在保监会整治后关停业务，此前存在资质和技术问题、基础用户规模不足的平台也纷纷停止运营。2017年，我国的网络互助行业迎来了洗牌期，只有不到二十家平台仍在运营。

在此阶段，互联网企业逐步开始入局，通过移动互联网技术和运营模式应用加速了互助行业的用户教育和市场渗透。另外保监会也对行业划定了红线，一定程度上也推动了行业规范化发展。

### 3. 加速创新和行业整固阶段：2018年至今

2018年底，蚂蚁集团推出网络互助平台“相互宝”，推出成员零预付、后分摊的零资金池模式，上线十天就吸纳了1100万人会员。随着相互宝规模不断扩大，网络互助行业获得了更多的关注，也吸引京东、美团等互联网巨头相继入场。根据蚂蚁集团研究2020年5月发布的《网络互助白皮书》中的数据显示，截至2019年，我国网络医疗互助行业总成员数量达到1.5亿人（以不同平台30%的用户重叠率为计算标准去重后的估算），约覆盖全国人口的10.7%。

随着网络互助产业的规模扩大，行业监管和行业自律也提上了日程。2020年9月，银保监会发表文章《非法商业保险活动分析及对策建议》并指出，“要把网络互助平台纳入监管，尽快研究准入标准，实现持牌经营和合法经营”，在监管层面也为网络互助行业

的规范发展提供了方向。另外蚂蚁金服牵头，联合浙江大学互联网金融研究院、中国人民大学中国保险研究所互助保障研究中心、阿里健康等 6 家产业和研究机构共同制定发布了我国网络互助行业首个团体标准，提出了互助平台的“四要一不要”原则（要实名制度、全程风控、审核独立、公开透明，不要资金风险），以推动行业有序发展。

进入 2021 年，美团、轻松和水滴等互联网企业相继选择了终止互助计划。究其原因，一种以美团为代表，互助这一类保险性质的产品偏离其主营的本地消费业务，企业面临上升的逆选择风险和运营的专业性要求，选择了退出；另一类以轻松和水滴为代表，企业有近期的上市计划，在面临不确定的监管环境以及互助产品较低的短期盈利能力情况下，选择了关停互助而聚焦健康险业务，互助行业由此进入一个行业整固期。

## （二）行业现状

### 1. 市场参与者

图 3.2 我国网络医疗互助行业主要参与方及其定位



资料来源：艾社康研究团队总结

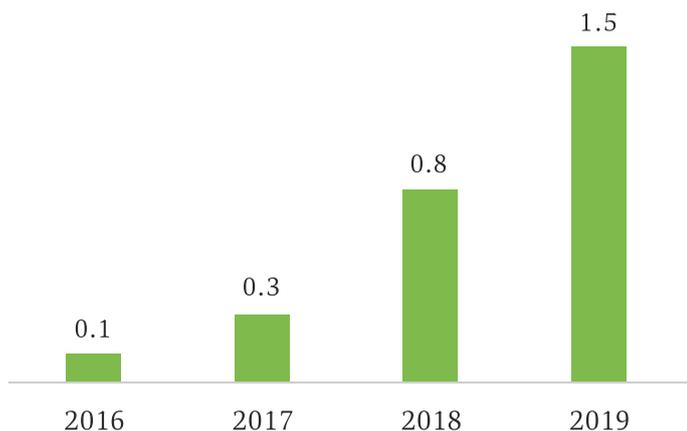
目前，我国网络医疗互助平台多以互联网金融等平台（蚂蚁金服等）为提供网络互助计划服务的主体，主要负责产品设计及平台实际运营。该类公司结合互联网、金融科技等创新技术优化互助保障流程，创造出新的可持续商业模式，有效降低健康保障产品的门槛。其次，主要参与方还包括第三方金融机构，例如公估公司提供对互助申请的审核，银行等金融机构为平台提供资金池托管。他们的参与提升了网络医疗互助平台的公信力和运营管理的专业性，并符合监管要求以及对社会公众的公开透明度。另外，近年也有部分药企、医疗机构（包括互联网医院）及其他健康相关服务提供商（例如体检机构、健康监测机构）开始尝试与互助平台进行合作，旨在协助网络互助扩展保障人群和丰富保障内容。

## 2. 市场体量

自 2018 年以来，我国网络互助行业的市场影响力不断扩大。根据蚂蚁集团发布的《网络互助白皮书》中的数据显示，截至 2019 年，我国网络医疗互助行业总成员数量达到 1.5 亿人（去重后，以 30% 的用户重叠率为计算标准）。其中，头部十几家服务平台服务约 1.7 亿人次，其余数十家平台服务约 3000 万人次。救助总人数规模超过 3 万人，行业救助总金额超 50 亿元。进入到 2021 年，由于多家企业的业务关停，互助计划的参与成员人数将有显著下降。

图 3.3 2016 年至 2019 年中国网络互助行业覆盖人数

单位：亿人



资料来源：艾社康研究团队根据新京报、慧保天下、一本财经、艾媒咨询公开数据总结

## 3. 不同互助平台运营及产品模式梳理

### 3.1 运营模式

目前，我国网络互助平台仍以直接面向终端客户为主。伴随着移动互联网和社交媒体的快速发展，网络互助行业逐渐衍生出了不同的运营模式。最初以康爱公社、e 互助等传统互助平台为代表的原生模式，不依托流量，主要依靠自运营的病友社群、网站等积累会员用户，通过管理费及延伸收入（例如广告投放）续存。该模式的发展较大程度依赖市场教育和产品创新迭代，获客成本较高，因而虽然该模式起步最早，但此类平台的用户积累规模较小。随后，行业出现了以互联网平台为主的第二类模式，依赖第三方社交平台的流量入口，通过大病众筹案例激发捐赠者的健康保障需求以实现获客，水滴互助是这一模式的典型。以相互宝为代表，依靠自身平台流量直接获客的第三种模式也开始快速发展。

除了直接面向终端客户，互助行业也出现了面向企业提供赋能服务的运营模式。以壁虎互助为代表，为开展互助业务的企业提供系统、架构设计、运营维护等全流程运营服务。目前行业内虽然只有壁虎互助一家赋能企业用户为主，但是在互助行业有序发展的前提下，

该模式有较好的市场前景，有可能成为部分具有数据技术优势的中小平台的未来发展方向。

### 3.2 产品模式

以保障内容划分，网络互助计划可分为综合性互助计划、单疾病领域互助计划和特定医疗事件互助计划三大类。相较于商业健康险对参保人的健康审核，网络互助计划门槛相对较低，但对目标保障群体的健康程度仍有一定的要求。

图 3.4 网络互助计划不同的产品模式

产品模式	定义	提供平台	案例	保障内容	最高额度	优势	劣势
<b>综合性互助计划</b>	在单个互助计划覆盖多个疾病领域的互助计划	相互宝等主要平台	大病互助计划	疾病负担较重的重大疾病(例如恶性肿瘤、心血管病、血液病)	10万~30万	<ul style="list-style-type: none"> <li>保障内容丰富</li> <li>覆盖疾病范围广</li> <li>购买便利</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>对中老年患病群体的保障力度不足</li> </ul>
<b>单疾病领域互助计划</b>	仅限于某一种特定疾病领域,甚至特定疾病领域中的单个疾病提供保障的互助计划	康爱公社、夸克联盟等元老级平台	少儿白血病互助、夸克孕婴安康互助计划	特定患病群体的并发症或终末期疾病、特定疾病或特定领域疾病	10万~25万	<ul style="list-style-type: none"> <li>保障内容通常不在综合性产品保障范围内,满足多元个性化需求</li> <li>有效提高高风险群体的保障</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>分摊费用较高</li> <li>对平台专业运营能力要求高</li> </ul>
<b>特定医疗事件互助计划</b>	针对特殊医疗事件的风险保障计划	康爱公社	手术意外互助、ICU重症监护	手术意外、ICU重症监护事件	5万、15万	<ul style="list-style-type: none"> <li>对有可能造成较大经济负担风险的医疗事件提供额外保障</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>支付意愿较低</li> </ul>

资料来源：艾社康研究团队总结

综合性互助计划是目前网络互助市场占据主要地位的产品模式，类似于商业健康险中的重疾险，在单个互助计划覆盖多个疾病负担较重的重大疾病（例如，恶性肿瘤、心血管疾病、血液病），且可为全年龄段（出生 18 个月至 65 周岁）提供不同的互助计划。综合性互助计划通常根据目标保障群体的年龄确定保障额度。面向 50 岁以下健康群体，不仅保障内容丰富，一般包含恶性肿瘤以及深度昏迷、脑中风等近百种重疾，而且保额较高，最高可达 30 万元。而面向 50 岁以上中老年人群或慢性病群体的互助计划，保障内容和保障额度相对有所限制，大多数仅限于恶性肿瘤，保额上限一般在 10 万元。整体而言，综合性互助计划的保障人群及内容覆盖都较为全面，为年轻的健康群体抵御大病提供了较好的经济补偿，同时也易被商业健康险排除在外的中老年和带病群体提供了基础的风险保障。

单疾病领域互助计划是指仅限于某一种特定疾病领域提供保障的互助计划，目前市场上主要由康爱公社、夸克联盟等传统互助平台提供。该产品保障人群和保障内容更为聚焦，通常面向患病人群及孕妇等高风险人群，保障范围与综合性互助计划互为补充。目前市场上的互助计划主要有针对特定患病群体的并发症（例如，糖尿病并发症）、终末期疾病（例如，终末期肾病，即尿毒症）、特定疾病（例如，少儿白血病）或特定领域疾病（妊娠期疾病）。保障额度根据具体疾病的经济负担和风险设计，为 10 万元至 25 万元不等，

如康爱的母婴互助（保障羊水栓塞等 4 种妊娠疾病和 6 种少儿先天疾病）最高额度为 10 万元，肾友尿毒症互助为 25 万元。相较于综合性互助计划，单疾病领域互助计划的等待期根据疾病特征差异性较大，例如康爱公社提供的先心病友互助社为 1 年，而阿尔兹海默症互助社为 5 年。从目前的运营现状来看，我们发现该类互助计划的可持续性挑战较大。一方面参与用户较少，风险不能得到有效的分散，用户的分摊费用也相对较高；另一方面，在产品的设计方面，对特定疾病的专业知识，以及发病率、疾病负担等数据要求较高，所以相较于综合性互助计划，单疾病领域互助计划在用户留存、风控管理、产品设计等多方面对专业运营能力的要求更高。

特定医疗事件互助计划是针对特殊医疗事件（例如，手术意外，ICU 重症监护）的风险保障计划。目前市场上该类互助计划种类较少，提供平台也仅有康爱公社一家，保障范围也较为局限，主要针对术后伤残、身故意外。

### 3.3 支付模式

目前我国网络互助计划的支付模式主要包括定额给付型和报销型，其中以定额给付型为主，类似于商业健康险中的重疾险。大部分网络互助平台会确定单一的支付模式，并适用于所有平台内产品。但也存在康爱公社等少数平台会根据互助计划的内容，提供不同支付模式。

图 3.5 网络互助计划不同的支付模式

支付模式	定义	互助成员保障水平	平台运营可持续性
定额给付型	发生互助事件时，平台根据成员提供的确诊证明材料，按照其加入的互助计划额度一次性。给付相应额度的互助金	 人均互助金较高，可较好地解决大病患者经济困难问题	 分摊费用较高，易造成互助成员流失
报销型	发生互助事件时，成员提供相关医疗费用票据，根据相应加入的互助计划保障责任范围给予单次或多次报销	 人均互助金较低，对大病患者的保障水平较低	 分摊费用较低，易留存用户，但对平台的专业运营能力要求较高



资料来源：艾社康研究团队总结

定额给付型是指发生互助事件时，平台根据成员提供的确诊证明材料，按照其加入的互助计划额度一次性给付相应额度的互助金。以相互宝、e 互助为代表的该类支付方式的

平台的优势为人均互助金较高，例如根据 2020 年 1 至 6 月数据显示，相互宝的人均互助金为 16 万元，e 互助为 22.3 万元。一次性给付较高额度的互助金能够有效的覆盖大病治疗费用，以及在治疗期间的生活费用，解决家庭的经济困难。但是其劣势也同样明显。正因为高人均互助金，导致人均分摊费用也相应较高，容易影响用户留存率。

由于定额给付型的分摊费用问题，依托于大流量获客的平台在实现初期用户积累后，都出现了用户留存数量明显下滑的现象。因而 2019 年开始，部分平台向报销型、定额给付与报销叠加型平台转变。报销型是指发生互助事件时，成员提供相关医疗费用票据，根据相应加入的互助计划保障责任范围给予单次或多次报销。报销型平台优势在于人均分摊费用较低，一定程度上解决了定额给付型平台上的用户流失难题。此外一年内可多次报销的机会（例如，轻松互助为不多于 3 次报销，水滴互助提供 4 次报销），对病程长的患者也更为友好，而且平台可根据成员的实际医疗支出科学配置互助金的使用。但另一方面，我们也发现该类平台的人均互助金也相对较低，基本为 10 万元以下，因而对大病发生后的家庭经济补偿能力相对不足。其次，报销型不仅在审核理赔、医保衔接等方面增加了平台运营的难度，而且容易与普惠型商业医疗险形成竞争关系。

### 三、我国医疗互助行业的创新业务模式

政府主导或推动的职工互助和农村互助项目，在筹资、待遇等产品设计层面和技术应用层面，都有与时俱进的创新尝试。而网络互助产业在经历了前期快速发展后，在拓展保障人群覆盖、丰富保障内容、规范平台运营管理等几个方面也有了显著的提升。

#### （一）职工和农村互助项目

职工互助发展多年，在理顺互助机制、丰富保障产品等方面有持续的进度。在互助项目统筹方面，积极推进了省级统筹，提高统筹层级。目前中互会有 8 个省级办事处，各地工会现有自办业务实施省级统筹的省份有 13 家，中互会计划未来积极推动其他地区的升级统筹，完善职工互助的治理结构和监管体制。职工医疗互助的保障人群和保障范围也在随着医疗体系改革和职工保障需求的变化而不断演进。例如从之前以主要在国有企业开展，2010 年起开始向乡镇街道和非国有企业延伸；从住院费用报销逐步扩展到门诊和急诊费用报销；从医疗费用补偿发展出针对罹患重疾的一次性给付，以及围绕特定人群的医疗保障。未来中互会计划继续推动城镇职工参保人员的覆盖率，并探索“八大群体”（家政、护工、中介、快递、保安、司机等外来务工和灵活就业人员）的低保障人群的覆盖。

农村医疗互助是基层政府在扶贫工作中的一次模式创新，把互助模式复制到村级单位，借助扶贫政策的支持以“农民出一点、村集体资助一点、社会赞助一点”的形式解决筹资的问题，并以政府推广模式较快速的覆盖到多个省份困难农村群众。同时积极采用技术手段，通过第三方服务平台，无需繁琐的报销手续；村民只需通过手机 APP 上传出院记录、

住院费用清单、基本医保结算单三项资料，平台就能自动识别病种、生成补助金额，村民可在村委会直接领取补助。

## （二）网络互助项目

**第一、拓展保障人群的覆盖范围：**互助平台深挖不同人群的需求，陆续推出由健康人群拓展至轻疾带病人群、60岁以上人群的综合性互助计划。例如，相互宝于2019年上线了“老年防癌计划”，面向60至70岁的老人提供防癌保障。紧接着于2020年5月“相互宝-慢病人群防癌互助计划”上线，为60周岁以下的三高、心血管等慢病人群提供防癌保障，并将已治愈的甲肝、戊肝、以及部分乙肝、丙肝等肝炎患者纳入保障人群。此外，部分深耕于互助垂直赛道的平台，则在商业健康险及综合性大病互助计划易被排除在外的特定人群和疾病领域弥补行业空白，例如康爱公社针对既往症康复后人群（甲状腺癌（结节）术后患者、先心病术后患者）提供互助计划。同时，网络医疗互助平台以健康扶贫为链接，探索与政府的合作模式。例如参与地方脱贫攻坚项目，提供直接捐赠、众筹绿色通道或公益服务，并为贫困家庭提供免费参与互助的资格，为可能因病致贫返贫的群众构筑起基本医保和商业保险之外的“第三防贫壁垒”。

**第二、丰富保障内容，提升互助计划的待遇水平：**互助平台根据市场痛点不断优化保障内容范围，以提升互助计划的待遇水平。一方面，去除基本医保保障水平已较好、患者负担相对较轻的轻度恶性肿瘤。例如相互宝将人均治疗花费不高，且基本医疗保障和预后情况较好的轻度甲状腺癌和轻度前列腺癌调出保障范围，优化分配有限的互助金资源。另一方面，将更多疾病负担较重的疾病种类纳入保障责任。例如相互宝于2019年底纳入了5种罕见病保障（戈谢病、法布里病、黏多糖贮积症、庞贝氏病、朗格汉斯细胞组织细胞增生症），2020年又将实施了骨髓移植或造血干细胞移植手术的“严重黏多糖贮积症”纳入了保障范围；康爱公社拓展至并发症保障，为原发性糖尿病慢性病患者提供特定的6种糖尿病并发症保障（脑中风后遗症、尿毒症、急性心梗、足部截肢、失明、酮症酸中毒）。其次，为了进一步减轻部分成员的分摊金负担，以相互宝为代表的互助平台新增入门版互助金方案，提供更为普惠的基础性保障。以相互宝30天至39周岁大病互助计划为例，标准版互助金额为30万元，入门版互助金额为10万元，相应的每月分摊金额也按互助金等比降低。灵活的互助金额度选择方案既让更多成员可按照自身的保障需求选择互助计划。

**第三、规范平台运营管理：**2020年初经浙江互联网金融联合会批准，蚂蚁集团联合浙江大学互联网金融研究院、中国人民大学中国保险研究所互助保障研究中心、阿里健康等发布了全国首个网络互助团体标准——《大病网络互助业务规范》，对网络互助平台架构、业务流程、数据安全、全程风控、调查规范等都制定了规则，加强了互助行业自我规范，为促进行业整体的可持续发展奠定了基础。此外，各平台也在不断优化互助规则的制定，以进一步强化互助平台的风险管理。例如，从早期不同形式的预付费缴纳入会、事前扣款制度，依托着互联网技术的应用，目前开始向“免费加入、后分摊费用”模式转变，

以防范潜在的资金池管理风险。再例如，相互宝等平台推出“评审团”制度，由会员集体表决处理赔付争议案件的判决。只要过半数以上的会员支持，申请人即可获得互助金，增加了用户参与感，进一步加深了平台与用户之间的信任度。其次，互助规则的制定也更加趋于人性化。以相互宝为例，在最新的互助规则优化中延长了分摊金缴纳期限，给予了成员更充裕的缴纳时间，以规避部分成员因资金不足而造成扣款失败、保障发生中断的现象。

## 四、我国医疗互助面临的挑战

### （一）职工和农村互助项目

由政府主导或推动的互助项目在宣传动员以及筹资来源等方面有自身的优势，但另一方面与最近快速发展的普惠型商业险对比来看，这类互助项目在待遇设计方面有一定的不足。职工互助或者村级互助的费用接近普惠险的保费，而在报销范围上，普惠险在报销额度和目录外保障的待遇明显优于职工和村级互助项目，一定程度上更能保障参保人员的大额医疗支出风险。未来双方（尤其是职工互助和普惠险）可能存在一定的竞争关系。

另一方面，村级医疗互助这种在脱贫攻坚背景下产生的模式创新，较为依赖阶段性的政策支持，例如其筹资有显著部分来自于村集体和社会慈善，其长期发展以及可复制性存在不确定性。另外作为一个医疗互助制度，村级医疗互助的筹资层级较低，报销范围较窄，未来需要在筹资和待遇的机制设计上进一步优化。

### （二）网络互助项目

在互联网时代下应运而起的网络互助是一种新型的健康风险防范手段，对重大疾病带来经济困境的部分家庭起到了及时的经济补偿作用。随着互联网企业的入局和运营，行业发展也逐步规范，但未来发展仍然面临着众多挑战。

**第一：明确的监管体系暂时缺位，行业发展仍存在不确定性。** 尽管网络互助具有一定的公益特点和保险产品的属性，但实际上目前既不属于《慈善法》所规范的慈善公益行为，也不在保险法、《相互保险组织监管试行办法》所定义的商业保险和相互保险监管范围内。监管主体和监管标准的不明确，使得我国网络互助行业在资金管理、规则制定、审核理赔、用户权益、信息公开、风控等方面依旧面对着不确定的金融风险、信息风险、法律合规和社会风险。其次在行业自律方面，虽然首个网络互助团体标准已于2020年出台，但是该团标属于企业牵头并联合几个高校和产业等提出，市场参与主体可按照自愿性原则采用，其覆盖范围和约束力仍不充分，行业的运行规则仍处于企业自发、自愿的状态中。随着网络互助的影响和覆盖面越来越广，监管问题已箭在弦上，而网络互助作为新产物其模式仍在不断衍变中，也加大了监管的难度。未来监管主体如何归属，如何定义网络互助的互助范围和内容，如何确定资金池的规模和管理机制，如何平衡互助与商业保险之间的关系等，都让行业未来的发展存在一定的不确定性。

**第二：互助产品性价比优势衰减，或面临普惠型商业健康险的竞争压力。**加入网络互助成员数量短期内的快速增长也带来了大批同时度过了等待期，符合救助规则的成员数量上升。其次，与保险一样，网络互助也存在着较大的逆向选择风险。低门槛的网络互助使得带病成员和高风险成员更倾向加入保障计划，从而导致成员患病比率相对较高，一定程度上导致了成员分摊费用成本的随之增长。以相互宝为例，2019年底，相互宝官宣2019年全年用户实际分摊金额为29元。而截至2020年7月第1期，今年用户分摊金额已达41.12元。互助计划实际费用的上涨将导致部分成员脱落，并可能面临定价较低、普惠型的商业健康险产品（以下简称“惠民保”）的竞争。惠民保与互助相比，虽然分属费用报销和定额给付两种不同保障，但两者具有较为相似的保障人群定位（中低收入人群）和缴费水平（年保费多低于百元），而且惠民保有较为高额的保障责任（一般为百万报销上限），丰富的特药保障范围，并且在地方政府的支持下进一步强化了产品的公信力。未来网络互助计划可能会面临这一类商业险的竞争冲击，尤其是报销型互助计划。

**第三：互助平台专业化运营管理水平仍需加强。**我国网络互助行业发展迅速、创新迭代频出的同时，也出现了互助平台之间专业化风控和运营能力层次不齐的问题，一定程度上制约了行业可持续发展。一方面，部分中小型互助平台风险控制能力较弱，在加入和理赔环节成员实名校验、身份和医疗信息审核等反欺诈技术能力较为薄弱，易导致互助金欺诈事件发生。另一方面，互助平台的运营能力不强，用户体验不佳，影响了平台的可持续发展。在网络互助行业产品同质化竞争激烈，流量红利进入后期的当下，如果无法通过专业化运营降低获客成本、提高用户留存率，即使是互联网巨头旗下的互助平台也同样面临着参与人数达不到预期的挑战。例如，百度旗下的“灯火互助”由于参与成员人数不足已终止互助服务，而美团由于互助偏离其主营业务以及互助成员逆选择风险加大的问题也关停这一业务。

## 五、我国医疗互助行业的未来发展展望

近几年，政府主导的互助以及网络互助的积极创新和加速发展，为建设我国多层次医疗保障体系做出了有益的探索，在加强人群覆盖、提高中低收入人群健康保障待遇水平等方面起到了积极补充的作用。但另一方面，我们可以看到，医疗互助目前仍然面临着外部监管缺位、平台自身专业化能力较弱、商业保险市场下沉带来的竞争等挑战。面对新形势、新要求，未来医疗互助行业有望在以下几个方面加快发展，真正成为我国多层次医疗保障体系的有益补充。

### （一）将明确适合互助行业发展特点的监管体系，推进行业规范发展

2020年2月，中共中央、国务院下发的《关于深化医疗保障制度改革的意见》已正式将医疗互助列为我国医疗保障制度体系一部分。同年9月，中国银保监会打击非法金融活动局在《保险业风险观察》撰文提出，要把网络互助平台纳入监管，尽快研究准入标准，实现持牌经营和合法经营。尽管目前医疗互助行业仍处在监管灰色地带，但在国家顶层政

策指导和相关部门的支持下，预计将迎来适合于医疗互助行业发展特点的新型监管体系，例如纳入保监会或者医保局的正式监管范围下。在政府引导的良好行业秩序下，行业创新将有序发展，不仅能够更好地服务于我国多层次医疗保障体系的建设，而且行业整体也会迎来优胜劣汰的发展趋势。

## （二）网络互助和政府主导的互助项目将协同共进，一起推动医疗互助模式的可持续发展

2019年12月习近平主席签署的第38号主席令《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》明确将“职工互助医疗和医疗慈善服务”规定为“补充的、多层次的医疗保障体系”，未来职工互助作为医疗互助的一个重要组成部分，将与网络互助模式一起协同发展。根据《中国职工保险互助会关于加强自身建设推进职工互助保障活动创新发展实施方案》，我国的职工互助在进一步扩大保障地区及保障群体、提高保障力度和丰富保障内容的同时，将完善对职工互助的管理，强化风险管控，保障资金安全，并通过信息平台建设，提高运营与监管能力。网络互助由于其技术平台和市场属性，在人群覆盖、保障设计、风险管理和信息平台建设等方面的经验积累和能力建议，可以赋能职工互助的发展壮大。而职工互助在统筹组织、筹资来源等方面的优势，也可供网络互助行业的学习和借鉴。双方应积极合作，共同推动医疗互助助力多层次保障体系的发展

## （三）医疗互助和商业保险行业将形成合力，朝着开放合作、互促互利的方向发展

作为我国多层次医疗保障体系“补充层”的两个重要组成部分，未来商业保险和医疗互助之间将会在不同的人群定位，不同的健康保障功能侧重点去更全面地覆盖和满足我国居民的健康保障需求。从中期发展来看，医疗互助主要是针对医疗可支付性和可及性都较弱的“夹心层”群体，为其提供医保之外的抵御健康风险的基础保障；而商业健康险则更多地是面向中高收入群体以满足其更为全面的、客制化的健康保障和服务需求。

其次，医疗互助和商业保险在获客、产品设计、风控、核理赔、市场培育等多个业务层面有相互合作、互促互利的空间，联合提升我国居民抵御健康风险的保障水平。一方面，以互助为主导继续推进人们健康教育保障知识的普及，通过互助平台持续渗透和转化人群，深入到原来线下代理人较难触及的市场领域，从而为过亿、且有一定健康保障意识的用户体量为保险产业低成本获客留下了合作的空间。另一方面，由于网络互助主要由互联网科技企业发起，有动力、有条件引入科技创新，来解决长期困扰保险业发展的道德风险、逆向选择等难题，为商业健康险提供技术支持，助力商业健康险开发定制化、多元化保障产品。相应地，商业保险公司具有良好的健康保障产品设计能力，以及专业的风控、核理赔能力等，可赋能互助平台提升运营管理能力，从而共同促进两个行业的专业化发展。



## 第四章

协同互补：推动慈善捐赠和医疗互助  
可持续发展的建议



随着多层次医疗保障体系的建设推进，亟需推动不同保障体系之间的合作与融合，以起到保障制度之间灵活互补，有效提升人民群众的医疗保障水平。以目前保费收入接近万亿的商业健康险为例，已经开始积极推动运营转型，衔接基本医保，与地方政府合作推出普惠性城市补充医疗保险，聚焦于患者自付和医保目录外费用保障。在慈善、互助等补充层领域，我们也欣喜的看到类似的初步成果，例如：网络互助覆盖了超过一亿成员，其中大部分是没有商业健康险保障的人群；多个慈善基金会与地方政府携手，针对特定的患病人群或者低收入群体，提供基本医保之外的多方共付体系和多层次保障网络。但另一方面，我们也观察到在慈善医疗捐赠、大病众筹和互助等补充层领域存在的一些问题，包括监管缺位、缺乏合作、资源错配、定位不清等问题，可能会影响到行业的长期发展。因此报告最后，我们针对多层次医疗保障、慈善和医疗互助行业的未来发展，分别提出相关政策及行业建议。

## 一、政策建议

**第一，鼓励地方政府根据自身对医疗保障的需求，与补充层形成合作关系，探索并建立系统性、可持续、定制化的保障机制。**在多层次医疗保障体系中，主体层、托底层、补充层之间应当形成协调合作的关系，在广度和深度上提高医疗保障的可及性。由于不同地区的资源背景、资金力量等情况不一，各地对于补充医疗保障的需求大相径庭。经济发达地区政府的基本医保覆盖较好，对多层次医疗保障的需求主要集中于某些经济负担高或病程长的重特大疾病群体（例如罕见病）。而经济相对落后地区其基本医保相对保障有限，补充层的保障体系应关注如何协助政府、提高低收入人群的保障水平。建议各地政府在梳理地区发展特点及对多层次保障需求的基础上，积极发挥引导作用，加强与慈善组织、大病网络众筹平台、医疗互助等机构的沟通与合作，探索并建立系统性、可持续、个性化的合作机制。例如，浙江、山西等省联合慈善组织探索政府、社会、公益机构、企业及患者个人等“多方共付”罕见病医疗费用的模式；广西等地在引入普惠性补充保险的同时，为了避免保险覆盖的盲区，也引入了大病筹款平台，通过筹款绿色通道、医疗救助专项基金等方式，为低收入人群提供多层次的保障网络。

**第二，强化监管及行业指导。**由于不少新兴的模式（例如网络互助、大病网络众筹等）具有线上化、涉众广、风控要求高、数字化技术要求高等特点，传统的监管方式并不完全合适，亟待政府在指导下建立适配于网络互助、网络筹资特点的监管体系。首先，明确监管归属，根据不同模式的特点纳入到专业对口的监管部门的监管范围。其次，相关监管部门需要制定监管规范，在准入与退出、资金管理、用户权益保障、信息公开等各方面制定标准。最后，网络互助和大病网络众筹带有一定的公益属性，也属于多层次医疗保障体系的一部分，又是互联网时代下创新的金融科技产物，需要多部门的配合，例如银保监会、民政部、工信部、医保局等相关部门形成相应的协同管理机制，共同逐步引导行业的良性发展环境。

**第三，推动建立多层次医疗保障体系的信息体系与共享机制。**近年来，基本医保之外的多层次医疗保障模式不断创新和发展，推动了特定人群的医疗保障水平的提

升。不同于医保严格的数据基础，医保之外不同层次的保障制度究竟覆盖了多大范围的人群、发挥了多大的保障作用，目前在全景层面和微观层面都缺乏全面的数据和证据。政府要建设多层次保障体系，在制度创新和行业发展之外，也要建立一定的数据基础来评价其发展进程、资源配置和实施效果。建议可以从全国或者地区层面，由政府部门牵头并联合学术研究机构，来探索多层次医疗保障的体系搭建、数据收集、分析评估及信息共享机制，为政府决策部门和多层次医疗保障体系中不同的参与方提供信息获取与交流平台。

## 二、行业建议

### （一）慈善医疗捐赠：补缺基本医保与政府救助

**第一，转换思路，从民间慈善行为到政府合作伙伴，推动项目创新并获得更多政府支持。**作为政府医保和医疗救助的补充层，医疗慈善组织或许面临新阶段的发展机遇。如同商业健康险和地方政府合作提供衔接医保的全人群覆盖的商保方案，医疗慈善组织也应考虑如何成为地方政府的合作伙伴。一方面，通过服务于地方的慈善医疗捐赠需求，可以更广泛、更有效的覆盖需救助人群，并在救助模式上可依托于基本医保和政府救助进行定制和创新，例如病痛挑战基金会与地方合作的罕见病援助工程。另一方面，慈善组织也可借由与政府合作获得背书，在项目宣传和筹资上获得更多的公信力。

**第二，调整救助领域及救助模式，科学有效的配置慈善资源。**政府医保和医疗救助是整个医疗保障体系中的核心力量，而慈善救助应当根据国家和地区基本保障程度的提高而灵活调整救助内容。随着国家谈判纳入越来越多的创新药，并通过集采大幅降低一般药械的价格，以及地方基本保障水平的不断提高，医疗慈善组织应该及时梳理自身关注的救助领域，及时调整方向，科学配置慈善资源。在救助模式上，也应探索从传统的事后救助往事先救助前移，例如采取公益保险形式和数字技术，扩大救助覆盖范围，提高救助效率。

**第三，推动建立慈善救助信息平台，提高信息共享和救助效率。**为解决慈善组织与政府缺乏沟通、以及慈善组织之间缺乏信息共享的问题，应与政府、研究机构和科技企业合作，推动建立社会保障和慈善救助的信息平台。一方面，慈善组织可以获得准确信息，及时对目标人群提供救助，减少执行成本，并对政府保障体系形成精准补位。另一方面，可以在慈善组织之间形成信息共享，避免重复救助，长期可以推动医疗慈善救助行业的整体效率。

### （二）大病网络众筹：融入多层次保障体系

**第一，融入多层次保障体系，与政府、慈善等加强合作。**大病网络众筹作为个人自发的救助行为，其发展独立于其他的传统保障制度，优点是及时性 and 灵活性，

但伴随而来的是一定程度上的监管缺位和管理不当。未来大病网络众筹模式在保持其灵活性的同时，也应积极的探索融入多层次医疗保障体系的路径。一方面，应加强与政府医保和救助体系的合作，部分机构已经开展了前期探索，例如与政府合作在基本医保和普惠型补充保险体系之上建立地方大病众筹平台。另一方面，应加强与医疗救助慈善组织的沟通，借助其疾病领域和人群救助的丰富经验，共同探讨特定人群的救助标准、未满足需求和合作机会。另外，众筹平台也可以利用大病救助的数据积累进行分析，解析群众的医疗保障困境，协助政府和慈善组织等制定相关保障决策。

**第二，继续加强审核及监管，提高行业公信力。**尽管大病网络众筹平台的头部机构在2018年、2020年分别联合发布、更新了平台自律协议，并建立了一系列的信息审核及公示系统，加强平台运营监管，但在落地实施的过程中仍存在较多难点。大病网络众筹平台应继续推进行业自律机制的细化，同时通过数字技术的应用，例如医疗大数据、人工智能等技术手段，进一步加强大病网络众筹的审核及监管，维护行业公信力。

### （三）医疗互助：补缺基本医保和商保的覆盖盲区，合力发展

**第一，提升中低收入人群覆盖率，补缺基本医保和商保覆盖盲区，织密织牢多层次医疗保障网络。**在2020年3月国务院发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》的支持下，医疗互助已被正式纳入医疗保障的一部分。互助应与商保合力发展，紧密衔接基本医保，作为补充层广泛覆盖到各自的目标人群，职工互助和网络互助行业都相应制定了扩展人群覆盖的未来发展目标。为达到这一目标，一方面应在分摊费率和保障待遇上优化产品，提高对中低收入人群的适用性，与普惠性商保产品错位竞争。另一方面，应与地方政府加强交流，探索互助产品与医疗救助、健康扶贫等工作间的衔接机制，以获得政府的更多支持，把互助保障深入整合到多层次医疗保障体系中。

**第二，进一步推进行业自律机制和专业化运营能力。**在期待监管环境完善的过程中，需要进一步推动行业自律，规避影响行业发展的不确定风险。主要互助平台应推动自律公约和团体标准，并联合政府部门抓好团标跟踪、实施、评价和监督，争取申请转化为国家标准或行业标准，促进行业的有序发展。在专业运营方面，一方面可积极探索与商业保险、医疗、医药等多方的协同合作机制，科学有序地拓展和细化保障责任，更全面地覆盖人群和提升待遇水平。另一方面，深化应用医疗大数据、区块链、人工智能等数字技术，在案件审核、风险控制、成员服务、理赔等场景应用上更加智能化、精准化，优化用户体验，提升行业效率。

## 郑蕊

艾社康咨询及研究部高级项目经理，主要参与创新支付、价值医疗等领域的咨询研究项目，参与编写《价值医疗在中国：推动行业合作和业务模式创新、加速医疗体系转型》。在加入艾社康之前，她曾在日本电气股份有限公司、北京思德库养老服务信息技术创新研究院工作，参与编写了《老年人能力评估基础操作指南》、《养老服务信息化认知与实践》等出版书籍。

## 张瀚文

艾社康咨询及研究部项目经理，主要负责世界卫生组织整合医疗研究项目，参与撰写《价值医疗在中国：推动行业合作和业务模式创新、加速医疗体系转型》、《加强中国罕见病患者用药保障：行业研究与政策建议报告》。加入艾社康前，她曾主导或参与了多个研究项目，包括澳大利亚健康与医学研究理事会基金项目“新南威尔士州药物副作用的流行病趋势”、国家体育总局基金项目“城市规划对于青少年肥胖的影响”等。

## 王雪屏

艾社康咨询及研究部项目专员，参与机构部分咨询和研究业务。研究领域包括罕见病保障、健康养老等。她曾参与撰写了《湖南省罕见病患者生存情况及疾病负担调研报告》以及北大高龄社会创研所与艾社康联合发布的《智慧宜老居家环境》、《中老年旅游旅居》、《老年餐饮与营养》等专题报告。

## 刘志

国家卫生健康委卫生发展研究中心助理研究员，主要研究领域方向：卫生体制改革、医院风险管理、卫生应急等。先后参与了世界卫生组织、DEFID、国家卫生健康委、省市卫生健康委等的多项课题研究，对国家医改政策方针、疾控体系改革、应急管理、健康养老等有一定的理论和研究基础。其中参与了《健康中国2030规划》的有关研究，并负责其中部分内容的政策解读；承担《中国健康事业发展与人权进步（白皮书）》部分内容的撰写；参与中挪联合编写的《卫生风险管理》、人卫高等教育教材《卫生应急管理》等书籍的撰写；并作为访问学者赴以色列开展医疗卫生服务体系建设与卫生应急管理交流学习。

## 指导委员会

**李群** 艾社康咨询及研究部高级总监、复旦大学健康金融研究室副主任

**谢宇** 中国药学会科技开发中心副研究员

**刘畅** 艾社康新加坡及大中华区主任，战略方向和研究顾问

## 致谢

本次研究由中国医药教育协会发起，由艾社康与复旦大学管理学院健康金融研究室合作完成。特别感谢辉瑞中国和武田中国对本研究的赞助与支持。

在报告撰写过程中，研究团队曾与多位专注于我国医疗保障体系、慈善援助和医疗互助研究与实践的政策专家及研究学者开展了相关探讨。在此，我们对他们给予的宝贵意见与指导表达由衷的感谢。同时，感谢来自公益组织、基金会、互联网平台、医疗互助等领域的合作伙伴及产业先锋为本报告提供了建设性的行业洞察、政策建议等丰富内容。

我们殷切希望看到，在2020年我国脱贫攻坚战取得了全面胜利的大背景下，行业能继续创新前行，助力脱贫攻坚的成果巩固，在未来进一步推动我国多层次医疗保障体系的可持续发展。

最后，我们要对来自艾社康和复旦大学等多方的项目团队成员表示感谢，报告的成文离不开他们对政策研究和产业创新的热情以及专业表现。

由于我国慈善援助及医疗互助事业仍处于快速发展阶段且具有明显的时代特征，本报告中的数据、观点与案例分析可能存在一定时间局限性。恳请各位读者与专家批评指正。

## 参考文献

1. 艾媒金融科技产业研究中心 . (2020). 艾媒咨询 |2020 上半年中国网络互助发展专题研究报告 . 艾媒网 . <https://www.iimedia.cn/c400/73964.html>
2. 保财哥 . (2020). 网络互助下半场：市场下沉、巨头混战、竞争升级 . 腾讯新闻 . <https://xw.qq.com/partner/vivoscreen/20200818A0S1FZ00?vivorcdmark=1&vivoRcdMark=1>
3. 保观 . (2020). 深度 | 网络互助行业全画像! . <http://www.baoxianguancha.com/content-11-4449-1.html>
4. 陈海峰 . (2020). 中国慈善捐助报告：2019 年全国接受款物捐赠超 1700 亿元 . 中国新闻网 . <http://www.chinanews.com/sh/2020/09-19/9295066.shtml>
5. 陈辉 . (2020). 完善大病保险筹资机制 宜以网络互助制度试点为突破口 . 新浪 . <http://finance.sina.com.cn/zl/china/2020-03-05/zl-iimxyqvz8147189.shtml>
6. 大河报 . (2020). 水滴筹首次公布平台十大求助病种数据 脑出血患者最多白血病平均筹款金额最高 . 水滴筹 . <https://www.shuidichou.com/mediaList/media/222>
7. 邓微 . (2014). 整合各种力量构建多层次医疗保障体系 . 湖南师范大学社会科学学报 , (5), 116-120.
8. 董克用, 郭珉江, & 赵斌 . (2019). “健康中国目标下完善我国多层次医疗保障体系的探讨 . 中国卫生政策研究 , 12(1), 2-8.
9. 公益筹款人联盟, 阿里巴巴集团社会公益部, & 瑞森德筹款研究中心 . (2015). 2014 年度中国网络捐赠第三方平台研究报告 . 阿里巴巴公益基金会 . <http://www.alijinhui.org/Uploads/editor/file/20151123/1448272002601506.pdf>
10. 公益网 . (2016). 红基会等八公益机构：儿童大病将统一救助流程 . 公益中国 . <http://www.appbw.com/news/articles-55.html>
11. 国家统计局 . (2020). 2019 年全国居民人均可支配收入 . 中国政府网 . [http://www.gov.cn/guoqing/2020-03/09/content\\_5362699.htm](http://www.gov.cn/guoqing/2020-03/09/content_5362699.htm)
12. 国家医疗保障局 . (2019). 2018 年全国医疗保障事业发展统计公报 . 中国政府网 . [http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/6/30/art\\_7\\_1477.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/6/30/art_7_1477.html)
13. 国家医疗保障局 . (2020). 2019 年全国医疗保障事业发展统计公报 . 中国政府网 . [http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/24/art\\_7\\_3268.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/24/art_7_3268.html)
14. 国务院新闻办公室 . (2004). 中国的社会保障状况和政策白皮书 . 人民日报 . <https://finance.sina.com.cn/g/20040908/09331008004.shtml>

15. 郭金龙, & 朱晶晶. (2019.12.02). 网络互助平台对提升大病医疗保障的作用. 学习时报, 5.
16. 郭晓斐, & 姚晓曦. (2018). 慈善组织参与重特大疾病医疗救助的协作机制研究. 中国初级卫生保健, 32(12), 1-3.
17. 环球网. (2020). 成立4年, 赢得10亿人次支持, 水滴筹凭什么? [https://www.sohu.com/a/409968519\\_162522](https://www.sohu.com/a/409968519_162522)
18. 黄雪丽, 张慧敏, 杨苗苗, 王梦川, 甄佳静, 马新娟, 张洋, & 解文君. (2019). 急性白血病患者家庭经济负担和客观社会支持调查研究. 卫生经济研究, 36(7), 38-40.
19. 慧保天下. (2016). 监管出手引导网络互助 或将集体转型为公益组织. 新浪. <http://finance.sina.com.cn/money/insurance/2016-10-21/doc-ifxwztrt0000018.shtml>
20. 今日保条. (2019). 《互联网保险业务监管办法(征求意见稿)》全文发布! . [http://www.360doc.com/content/19/1217/14/62460757\\_880322984.shtml](http://www.360doc.com/content/19/1217/14/62460757_880322984.shtml)
21. 凯度集团. (2020). 网络大病筹款平台行业洞察报告.
22. 李婷婷, 顾雪非, 向国春, 周晓爽, 张振忠, & 毛正中. (2014). 论慈善救助在医疗保障体系中的作用. 卫生经济研究, (9), 17-21.
23. 刘天宇, & 朱文浩. (2018). 网络互助计划在中国: 发展概观与性质厘定. 金融法苑, (1), 115-130.
24. 刘欣婕, & 王不留行. (2020). 参与人数约1.5亿, 网络互助成社会医疗保障有效补充. 新浪财经. <https://finance.sina.com.cn/chanjing/cyxw/2020-09-06/doc-iivhvpwy5244347.shtml>
25. 栾翔凌. (2019). 社会引领 | 基金会已成为我国大病救助的重要力量. 中国公益研究院. [https://m.sohu.com/a/338331975\\_120063265/?pvid=000115\\_3w\\_a](https://m.sohu.com/a/338331975_120063265/?pvid=000115_3w_a)
26. 罗万桥, & 李文胜. (2017). 健全多层次医疗保障体系 保障弱势人群的医疗需求. 社保观察, 363-364.
27. 蚂蚁集团研究院. (2020). 网络互助行业白皮书. 蚂蚁集团. <https://tech.antfin.com/research/study/thesis/912>
28. 民政部. (2019). 2018年民政事业发展统计公报. <http://images3.mca.gov.cn/www2017/file/201908/1565920301578.pdf>
29. 民政部, 财政部, 人力资源社会保障部, 国家卫生计生委, 保监会, & 国务院扶贫办. (2017). 关于进一步加强医疗救助与城乡居民大病保险有效衔接的通知. 中国政府网. <http://www.nhc.gov.cn/jws/s3581sg/201702/fcc1d7d07d314494b87922e3897f1bb7.shtml>
30. 乜琪. (2013). 慈善救助与政府救助的衔接: 国际经验与中国实践. 福建论坛·人文社会科学版, (2), 172-176

31. 墨菲 . (2017). 资本狂热追捧的千亿互助市场, 为何出现大面积倒闭? . 一本财经 . <https://www.huxiu.com/article/199458.html>
32. 彭旋 . (2016). 网络互助平台遭遇水土不服 . 新京报 . <http://www.bjnews.com.cn/feature/2016/12/15/427226.html>
33. 仇雨临 . (2019). 中国医疗保障 70 年: 回顾与解析 . 社会保障评论, 3(1), 89-101.
34. 仇雨临, & 王昭茜 . (2019). 我国医疗保险制度发展四十年: 进程、经验与展望 . 华中师范大学学报 (人文社会科学版), 58(1), 23-30.
35. 任琦, 林丽宝 . (2020). 慈善组织参与医疗救助的现状、问题与对策 . 锦州医科大学学报 (社会科学版), 18(1), 20-23.
36. 时正新 . (2002). 中国的医疗救助及其发展对策 . 国际医药卫生导报, (11), 5-11.
37. 水滴筹 . (2020). 水滴筹隐私政策 . <https://www.shuidichou.com/protocol/privacy-agreements>
38. 孙菊, & 甘银艳 . (2015). 慈善医疗救助发展的现状、问题与对策 . 社会保障研究, (2), 69-75.
39. 向国春, 顾雪非, 李婷婷, 张振忠, & 毛正中 . (2014). 我国医疗救助制度的发展及面临的挑战 . 卫生经济研究, (3), 3-5.
40. 王芳琳 . (2019). 国家医保局: 在增强大病保险保障能力上下功夫 . 学习时报 . [https://www.sohu.com/a/352047528\\_439958](https://www.sohu.com/a/352047528_439958)
41. 王梅 . (2019). 青海启动“基本医保”儿童白血病专项救助行动 . 人民网 . <https://baijiahao.baidu.com/s?id=1643642848487775938&wfr=spider&for=pc>
42. 杨冬妮 . (2019). 互联网相互保险发展研究 ( 硕士学位论文 ). 知网 .
43. 杨自根 . (2018). 我国弱势群体多层次医疗保障体系之健全研究 . 医学与法学, 10(1), 42-45.
44. 赵春雨 . (2020). 水滴筹、轻松筹, 谁更胜一筹? <http://m.kanshangjie.com/Index/Show?id=167801>
45. 赵国强, 孙晓杰, & 邵雨辰 . (2019). 我国慈善组织参与医疗救助的现状及困境分析 . 卫生经济研究, 36(2), 16-19.
46. 赵为爱 . (2016). 积极构建多层次可持续的医疗保障体系 . 山东人力资源和社会保障, (11), 34-35.
47. 郑秉文 . (2020). 网络互助应该纳入监管 . 中国银行保险报网 . [http://pl.sinoins.com/2020-09/03/content\\_361237.htm](http://pl.sinoins.com/2020-09/03/content_361237.htm)

48. 中国慈善联合会 . (2016). 2015 年度中国慈善捐助报告 <http://www.charityalliance.org.cn/u/cms/www/201612/010921413q6p.pdf>
49. 中国慈善联合会研究部 . (2017). 2016 年度中国慈善捐助报告 . 中华慈善联合会 . <http://www.charityalliance.org.cn/u/cms/www/201909/18145555tcbw.pdf>
50. 中国慈善联合会 . (2018). 2017 年度中国慈善捐助报告 . 中华慈善联合会 . <http://www.charityalliance.org.cn/u/cms/www/201809/20232201v09l.pdf>
51. 中国慈善联合会 . (2019). 2018 年度中国慈善捐助报告 . 中华慈善联合会 . <http://www.charityalliance.org.cn/u/cms/www/201909/23083734i5wb.pdf>
52. 中国扶贫基金会 . (2019). 顶梁柱健康扶贫公益保险项目 . <http://www.cfpa.org.cn/project/GNProjectDetail.aspx?id=85>
53. 中国公益研究院 . (2013). 中国儿童大病救助与慈善组织参与现状 . 中国红十字基金会 . <https://crcf-website-photo.oss-cn-beijing.aliyuncs.com/attachment/20200413/889105094e3c4ca29eb18c93c167f821.pdf>
54. 中国日报湖北记者站 . (2020). 18.99 亿人次参与公益互动, 2020 年 99 公益日让善意持续“破圈” . 新华网 . [http://www.xinhuanet.com/gongyi/2020-09/11/c\\_1210795943.htm](http://www.xinhuanet.com/gongyi/2020-09/11/c_1210795943.htm)
55. 周晋三 . (2019). 社会引领 | “99 公益日” 五年 : 近 1 亿人次参与捐赠, 累计筹款超 60 亿 . 中国公益研究院 . [https://www.sohu.com/a/358106155\\_120063265](https://www.sohu.com/a/358106155_120063265)
56. 郑秉文 . (2020). “多层次” 医疗保障体系三大亮点与三大挑战——抗击疫情中学习解读《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》 . 中国医疗保险, 13 (4) , 6-9.
57. 褚亮 . (2009). 贫困人口医疗救助的经济学分析 ( 博士论文 ) . 知网 .
58. 朱铭来 , & 胡祁 . (2019). 中国医疗救助的对象认定与资金需求测算 . 社会保障评论 , 3(3), 132-146.
59. 朱铭来 , & 孙赫阳 . (2020.01.22). 从“网络互助” 看医疗保障需求 . 健康报 , 7.



版权所有©

中国医药教育协会  
艾社康(上海)健康咨询有限公司  
复旦大学管理学院健康金融研究室