

数字赋能背景下我国慈善医疗的现状、问题及策略研究

刘研研

西南民族大学管理学院, 四川 成都

收稿日期: 2026年6月25日; 录用日期: 2026年8月6日; 发布日期: 2026年8月17日

摘要

疾病是导致许多家庭致贫、返贫的重要因素。对于许多癌症、罕见病、重大疾病等, 高昂的医疗费用对低收入人群造成了极大的经济负担, 慈善医疗是缓解居民重大疾病以及高额治疗费用的有益补充。文章立足多层次医疗保障体系, 结合现有政策分析发现伴随着数字化的发展慈善医疗暴露出资源供给不足与结构性失衡、与制度衔接不畅、动员能力不足、信息披露不足与过度披露等问题, 我国应当不断完善法律制度, 加强慈善医疗管理, 在保障公众知情权、监督权与保护受助者个人隐私的情况下, 提升慈善捐赠的透明度, 促进多方主体参与, 共同构建多层次社会保障体系。

关键词

慈善医疗, 多层次医疗保障体系, 数字慈善, 信息不对称

Research on the Current Status, Problems, and Strategies of Charitable Medical Care in China in the Context of Digital Empowerment

Yanyan Liu

School of Management, Southwest Minzu University, Chengdu Sichuan

Received: June 25, 2026; accepted: August 6, 2026; published: August 17, 2026

Abstract

Diseases are a major factor leading many families into poverty or causing them to fall back into

poverty. For many cases such as cancer, rare diseases, and major illnesses, the high cost of medical treatment places a significant financial burden on low-income groups. Charity-based medical care serves as a beneficial supplement to alleviate severe illnesses and exorbitant treatment expenses for residents. However, with the development of digitalization, charity-based medical care has revealed issues such as insufficient resource supply and structural imbalances, poor alignment with existing systems, inadequate mobilization capacity, insufficient information disclosure, and excessive disclosure. China should continuously improve its legal framework, strengthen the management of charity-based medical care, and, while ensuring the public's right to know and supervise and protecting the personal privacy of beneficiaries, enhance the transparency of charitable donations, promote the participation of multiple stakeholders, and work together to build a multi-level medical security system.

Keywords

Charitable Medical Services, Multi-Level Healthcare Security System, Digital Charity, Information Asymmetry

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

在人口老龄化进程不断加快的背景下，我国居民在医疗方面的经济压力不断加重，医疗费用刚性增长，健康需求日益多样化。疾病，尤其是重大疾病，是导致许多家庭陷入困境、加剧社会不平等的重要因素之一。根据《2018 年全国第六次卫生服务统计调查报告》显示[1]，近 5 年来，城乡居民的慢性病患病率为 34.3%，相较于 2013 年的 24.5%显著增长，其中农村地区的增长速度超过了城市，城市的患病率为 26.3%，而农村地区则为 22.7%。在调查地区的城乡居民中，患病率排在前五位的慢性病分别是高血压、糖尿病、椎间盘疾病、慢性胃肠炎和脑血管病。在居民的总消费支出中，居民的自付医疗费用不断增长，居民的医疗支出在总消费支出中的比重从 2002 年的 6.7%上升到 2022 年 8.6% [2]。2018 年参与基本医疗保险的患者中，住院费用的总自付比例仅为 44.6%，农村患者的自付比例为 47.2%，并且有 24.2% 的住院患者因经济困难主动要求离院[1]。构建多层次的医疗保障体系既是中国医疗保障制度的改革目标，也是应对积极老龄化，不断满足居民的疾病治疗和健康保障需求的必然选择。截至 2024 年底，全国基本医疗保险参保人数 132662.08 万人，参保率巩固在 95%。我国 2024 年在医疗救助基金资助 7915.67 万人参加基本医疗保险，全国医疗救助支出 792.32 亿元[3]。低收入人群几乎无法负担购买商业健康保险的经济压力，使其缓解自负医疗费用的问题。对于困难群体和发生灾难性卫生支出的家庭而言，社会性、慈善性的医疗救助仍然是不可或缺的重要补充环节。在此背景下，建立在社会捐赠基础上的慈善医疗成为了我国多层次医疗保障体系建设中不可缺少的一环[4]。它不仅是缓解“因病致贫、因病返贫”现象的重要社会缓冲机制，更是弘扬互助精神、推动健康公平的重要实践路径。

随着数字化时代的不断推进，各个行业都迎来了数字化变革。数字技术不仅推动了慈善医疗领域的发展，更为慈善医疗带来了许多困难和挑战。在慈善医疗领域，数字技术的应用极大地提升了慈善活动的效率与透明度，更从本质上使慈善的参与主体与服务模式趋向多元化，覆盖范围不断扩大，催生了许多以互联网个人大病求助平台为代表的运行模式，形成了具有本土特色的数字慈善医疗实践。近期，中国慈善医疗发展座谈会指出慈善医疗事业的发展需要把握数字化、网络化、智能化趋势，向规范化、专业化、体系化方向转型升级。因此，本文旨在系统梳理数字技术赋能我国慈善医疗的现状，结合现有的

官方数据研究慈善医疗中存在的问题,提出具有前瞻性与可操作性的优化策略,以期为推动我国慈善医疗事业的高质量发展、助力健康中国建设贡献力量。

2. 理论基础与文献综述

2.1. 多层次社会保障理论

多层次社会保障理论为定位慈善医疗在社会整体保障框架中的角色与功能提供了宏观制度视角。该理论认为,社会保障体系是一个复杂的系统工程,必须坚持优化结构,形成高效、功能良好的运行系统;坚持层次性,构建不同保障层级、多层次的保障项目[5]。具体而言,多层次社会保障体系的基本框架大致包括以下几个方面:保障结构、保障项目的多层次;保障基金筹集的多层次;保障方式的多层次;保障待遇水平的多层次[6]。从国际经验来看,单一的社会保障制度已难以应对各种频发的社会风险,完善社会保障体系需要建立真正多层次的保障机制[7]。在这一框架下,慈善医疗作为多层次保障体系中的重要补充层级,发挥关键作用。当基本医疗保险(第一层次)和企业补充保险、商业健康保险(第二层次)等无法完全覆盖特定群体的医疗需求时,慈善医疗能够通过社会力量的动员与资源整合,为困难群体提供及时的医疗救助。数字技术的介入,则为这一保障层级注入了新的动能:一方面,数字平台能够更高效地发现和识别保障盲区,精准对接救助需求;另一方面,基于数据分析的风险识别机制,有助于构建动态监测与主动预警的保障网络,从而提高整个多层次保障体系的协同效率与覆盖韧性。

2.2. 信息不对称

信息不对称理论是信息经济学的核心组成部分,为分析慈善医疗领域中的信任困境、资源配置与治理机制提供了有力的微观分析工具。该理论指出,在日常经济生活中,由于社会分工的发展、专业化程度的提高以及获取信息需要成本,社会成员之间获得的信息差别日益扩大,导致市场交易中一方比另一方占有更多的相关信息[8]。这一理论在医疗服务领域具有极强的适用性。医疗服务具备信息不对称理论的行为要件——交易,且市场中存在两个相互独立的经济利益主体:处于信息优势的代理人(医方)和处于信息劣势的委托人(患方)。医方由于掌握绝对的专业技术信息和医疗定价信息,患者在知识限制和搜寻成本的制约下,难以获取足以进行决策的充分信息,由此自然产生了信息不对称。信息不对称对医疗服务领域产生多方面的消极影响:一是影响医疗卫生资源的配置效益,医方败德行为导致大量不必要的检查和大处方,造成医疗资源浪费;二是导致医患之间缺乏信任,进而影响医疗服务行业的健康有序发展;三是抑制社会对基本医疗服务的需求,医疗费用高涨使许多低收入患者“看不起病、买不起药”。在慈善医疗领域,信息不对称问题同样突出。捐赠者与慈善组织之间、慈善组织与受助者之间、医疗机构与患者之间均存在多重的信息不对称关系——捐赠者难以完全掌握善款去向与救助实效,受助者可能难以充分了解可利用的慈善资源与申请条件,医方与患者之间的信息鸿沟则直接加剧了救助效率的损耗。

2.3. 慈善医疗现实困境相关研究

诸多学者从资源、制度、运营、监管等维度剖析了慈善医疗发展的现实难题。在资源配置层面,俞佳立等学者(2021)[9]发现我国医疗卫生资源存在显著区域差异,慈善医疗资源也随之向经济发达地区集中,农村、偏远地区救助渠道闭塞、资源供给短缺。胡翔凤等学者(2023)[10]提出,慈善救助项目存在病种偏向问题,白血病、先心病等热点病种获得大量资源,而慢性病、老年病等受众更广的疾病难以得到持续帮扶,资源结构性失衡问题突出。在制度衔接层面,龚曦等学者(2024)[11]从整体性治理视角指出,各医疗保障部门之间缺乏信息共享与协同机制,慈善医疗与基本医保、民政救助流程割裂,不仅造成慈善资源浪费,也降低了整体救助效率。在组织与动员层面,邓磊等(2020)[12]认为国内多数慈善组织专业

能力不足,缺乏医疗、公益、管理复合型人才,难以对接复杂的医疗救助场景;同时公众捐赠以小额、偶发为主,依靠情感驱动的动员模式稳定性较差。在信息监管层面,李论等(2025) [13]通过实证研究证实,信息透明度直接影响医疗众筹项目的筹款效果,而当前各大网络募捐平台披露标准不统一,善款使用、救助成效等信息追溯困难。同时,多位学者共同指出,医疗救助过程中患者隐私泄露问题频发,信息披露“过犹不及”成为数字时代慈善医疗的共性难题。

整体而言,现有研究已充分肯定数字技术对慈善医疗的推动作用,也识别出数字化转型过程中产生的各类问题,但多数研究偏向单一维度分析,将数字技术、慈善医疗、多层次医保体系三者结合,系统性分析现状、问题并提出落地策略的研究仍相对有限。本文立足数字化发展背景下,整合了现有的研究成果,借助“信息不对称-信任机制-系统衔接”的分析框架,探究数字赋能下慈善医疗的发展短板,并提出针对性优化路径,以期弥补现有研究的不足。

3. 我国慈善医疗的现状与发展动因

3.1. 国家政策的积极引导

在“十五五”规划、全面建设社会主义现代化国家新征程的关键时期,健全多层次医疗保障体系被置于民生保障的突出位置。国家医保局提出持续健全“1+3+N”多层次医疗保障体系建设,以全国统一的医保信息平台 and 大数据能力为核心,稳固基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重主体保障网络,并积极引导和支持包括商业健康保险、慈善医疗在内的多元社会力量协同发展。慈善医疗由社会力量基于公益原则,自愿提供的医疗资源与服务援助,为解决部分人群的“底线”保障而实施的制度。慈善医疗不仅有解决患者经济负担的直接作用,还有促进医保制度完善的间接效应和弘扬互助精神、缓和社会矛盾的扩散效应。

3.2. 社会需求的巨大缺口

尽管我国基本医疗保险参保率稳定在 95%以上,但其仍然不能为城乡居民提供最基本的保障,重大疾病患者仍需承担本部分自付费用[14]。以恶性肿瘤患者为例,年均医疗费用可高达几万至几十万元,远超普通家庭能够承受的经济负担[15]。与此同时,医疗资源在区域间的供给水平存在显著差异[16],加剧了医疗服务分配不均等问题。高额的自付压力与医疗资源分布不均的双重叠加构成了慈善医疗救助的刚性社会需求。现有研究显示,针对低收入住院患者的医疗救助体系,我国已持续探索政府、保险、慈善与个人付费四方组合支付的模式[17],其中慈善援助被视为非常关键的一环。在罕见病等特殊疾病领域,部分地区通过慈善组织、医保基金与民政救助的多方共付,已成功将患者自付比例压降至 10%以下,证明了慈善医疗的补充潜力。然而,当前具有公开募捐资格的慈善组织数量存在显著不足。根据民政部数据,我国慈善组织共计有 15,810 个,但其中仅 3451 个组织具有公开募捐资格,其中具备公开募捐资格的基金会仅约 14%,反映出慈善组织动员捐赠与资源分配的能力有限¹。尽管民政部已指定包括腾讯公益、水滴公益等 29 家互联网公开募捐服务平台,初步搭建了连接社会组织与个体需求的数字桥梁,但在多层次医疗保障体系中,慈善医疗的供给规模、规范性与可持续性上均存在显著缺口[18],亟待理论突破与制度创新以推动其发展。

3.3. 数字技术的广泛应用

在慈善医疗领域,数字技术的深度赋能使得互联网慈善的快速增长。根据民政部指定的互联网公开

¹数据来源:全国慈善信息公开平台,慈善中国。

https://cszg.mca.gov.cn/platform/login.html?service=%2Fj_spring_security_check&renew=true

募捐平台数据,近年来慈善组织募集的善款每年增长率都在 20%以上,2020 年募集金额达 82 亿元²。特别是腾讯公益发起的“99 公益日”,以网民捐赠为基础,在机构配捐的激励下发展成为独具特色的全民互联网慈善活动。2020 年仅三天时间,网上互动高达 18.99 亿人次,5780 万人次捐赠 23.2 亿元,加上爱心企业的配捐共募善款总额达 30.44 亿元³。互联网慈善有力促进了我国全民慈善的风尚,慈善组织的活力和社会公众的爱心善意在线上被进一步激发,是新时代中国特色慈善事业的显著特征。相关研究证实社会网络认证与信息透明度显著影响医疗众筹项目的筹款绩效。数字赋能不仅极大拓展了慈善医疗的覆盖范围与动员效率,同时也通过技术手段为精准对接社会需求提供了新的可能。

4. 我国慈善医疗的问题与困境

慈善医疗作为我国多层次医疗保障体系的重要组成部分,对于弥补基本医保覆盖不足、减轻大病患者家庭经济负担、促进社会公平正义具有不可替代的作用。然而,随着社会需求的日益多元化和复杂化,当前我国慈善医疗事业的发展仍面临深层次的矛盾与结构性困境。

4.1. 慈善资源不足与结构性失衡

慈善医疗的首要问题是资源供给不足和资源配置的结构性失衡。从信息不对称的视角来看,求助者与慈善组织之间、慈善组织与潜在捐赠者之间的信息鸿沟,是导致资源总量不足和配置失衡的重要结构性原因。在资源募集端,大量潜在捐赠者因缺乏对救助需求真实性的有效识别渠道,或因善款使用信息的不透明而降低捐赠意愿,致使慈善资源的总量供给受限。相对于庞大的社会医疗需求,慈善资源的总量稀缺。尽管互联网慈善募捐的规模增长迅速,但所募捐的资金相对于医疗卫生费用的支出来看,为居民提供医疗救助的作用微乎其微,无法从根本上满足居民在重大疾病、癌症、罕见病等方面产生的巨额需求。此外,慈善资源在进行配置的过程中还存在结构性失衡。在地域分配方面,资源存在地域性失衡。资源主要向经济发达、媒体关注度高、慈善组织活跃的地区倾斜,而偏远山区、农村等医疗资源薄弱地区,由于距离、信息技术、互联网等限制,信息不对称增加了求助者获取慈善医疗救助机会与渠道的难度。在疾病的种类方面,慈善项目主要聚焦于社会关注度高、易于引发公众共鸣的特定病种,如白血病、先天性心脏病等,专项病种救助覆盖范围有限^[19],许多长期影响居民的慢性或多发于老年群体的疾病等则难以持续获得充足的资源投入。虽然目前医疗卫生领域的捐赠总额巨大,但面对庞大的援助需求,慈善资源和服务仍然显著不足。

4.2. 与医疗保障制度的衔接不畅

慈善医疗在实践过程与其他医疗保障制度衔接不畅,主要表现在两个方面。从“信息不对称-系统衔接”的分析视角来看,衔接不畅的深层根源在于各保障主体之间的“信息孤岛”现象。慈善捐赠在多层次医疗保障体系中定位不清楚,缺乏有效的引导。慈善医疗在医疗保障体系中起着填补空缺的作用,但具体实践中,政策制度并未明确界定慈善医疗的具体功能,缺乏有效的政策指引,使得居民产生了许多认知误区。例如,经常出现在医疗救助覆盖范围的困难群体转而求助于慈善援助,或者一些慈善医疗救助的项目简单地以基本医疗保险目录为救助待遇标准,医疗救助的群体界定不清楚。这不仅降低了慈善资源的利用效率,也影响了制度整体的公平性。此外,制度不健全对慈善医疗与医疗保障体系的衔接产生了很大影响。多层次的有序衔接涉及多元主体与多个部门的协同参与,对于各个部门的责任分配与监管缺乏制度保证,各个部门之间缺乏及时的信息共享,可能会导致患者的救助待遇损失以及慈善资源浪费等行为,直接影响了患者的医疗保障水平,损伤了各方主体参与慈善医疗的积极性。

²同脚注 1。

³https://tech.cnr.cn/techph/20200910/t20200910_525248584.shtml

4.3. 慈善医疗动员能力有限

慈善医疗的社会动员能力，无论是广度还是深度，均显不足，难以将潜在的社会爱心转化为稳定、可持续的救助力量。从“信息不对称-信任机制”的分析视角来看，社会动员能力有限的关键制约因素在于信任基础的薄弱。从公众参与的积极性来看，尽管互联网捐赠参与的人数巨大，但人均捐赠金额低，持续性不足。公众参与仍以小额、偶发性的捐赠为主，动员多依赖于“情感驱动”和“互助精神”的影响，对疾病风险的系统性认知、对医疗公平的价值认同等深层次动因挖掘不够，慈善行为的韧性不足，容易受到舆论、组织公信力等影响。在慈善资源有限的情况下，分配在医疗领域的资源也相对减少。在慈善组织能力方面，慈善组织的专业能力与组织能力还有待提升。许多慈善组织在医疗项目的设计、执行和管理等流程中难以与复杂的医疗系统进行有效对接，影响了救助的精准性和公信力。

4.4. 信息披露不足与过度披露

信息披露是慈善公信力的基石，但在慈善医疗领域存在信息披露不足与过度的双重困境。从信息不对称与信任机制的视角来看，这种双重困境构成了对公众信任的“双向侵蚀”。公众捐赠后往往难以追踪善款的使用细节、受助人的具体情况及费用结算等情况。不同平台、组织间的信息披露标准不一等问题也使得公众对捐赠过程难以有效监督。过度披露或不当披露则是指捐赠者或受助者信息和隐私保护方面的风险。医疗众筹和慈善救助通常需要患者公开详细的病情、家庭经济状况甚至身份信息，从而获取公众的信任。这一过程会导致患者及其家庭的个人隐私暴露于公共空间，承受不必要的舆论压力。此外，部分捐赠者出于做好事不留名的心理帮助他人，不希望受助者知道自己。因此如何在保障公众知情权、监督权与保护受助者个人隐私、人格尊严之间取得平衡，是数字时代慈善医疗面临的主要困境之一。

5. 结论与建议

5.1. 优化资源供给与配置

针对资源供给不足与资源配置失衡这一问题，应当由民政部门牵头，联合卫生健康、医疗保障等部门，依托国家人口健康信息平台，建立全国性的慈善医疗资源信息库与需求的动态监测系统。在这一系统中系统整合慈善资源相关内容，并且居民就医结算的报销相关数据精准对接，精准识别需要保障的高危人群(如罕见病患者、低收入边缘群体)，实现资源的按需调配。此外，还应当重点关注对中西部地区、农村地区以及罕见病的支持力度。通过税收优惠、项目配套、政府购买服务等政策工具，激励大型慈善基金会、企业设立专项基金，定向支持中西部脱贫地区、县域医共体的能力建设。例如，可推广“定点联动”模式，由发达地区的慈善组织与欠发达地区的医疗机构结对，开展远程诊疗支持、医务人员培训和特困患者转诊救助。

5.2. 提升社会动员与专业能力

针对社会动员能力有限这一问题，我国应当积极采取相应的措施提升社会慈善组织的动员能力与组织能力，提升组织成员的专业能力。我国应积极拓展企业慈善、社区慈善、捐赠人建议基金(DAF)等多元渠道。捐赠人建议基金将公益慈善结合金融[20]，通过保有捐赠资产的建议使用权、代际传承与个人税收抵扣等方式，更具优势。此外，政府可以通过“以奖代补”“定向资助”等方式，引导社会资本流向慈善医疗领域。良好的税收优惠政策也是推动慈善发展的重要措施，通过提高企业和个人在慈善事业捐赠的税前扣除比例，从而激发居民的社会捐赠积极性。在组织成员专业化方面，应当培养懂医疗、懂慈善、懂管理的复合型人才，并对慈善医疗项目的成本效益、社会影响进行评估和考核。从信任机制的视角来看，专业化建设能够显著降低信息不对称——专业团队能够更准确地评估救助需求、更高效地执行救

助项目、更清晰地向公众传递救助成效,从而将公众的信任基础从脆弱的情感信任逐步升级为更加稳定的制度信任,将爱心转化为高效、可信的救助行动。

5.3. 规范信息披露与隐私保护

针对慈善医疗信息披露不足与过度披露的这一问题的,应当强化对慈善项目的过程监管。在制度方面明确规定强制公开、选择性公开和禁止公开的信息边界,对于项目进展、财务摘要、总体成效等宏观信息强制公开;对于受助者个人病历、家庭财产细节等微观信息则应严格保密,仅向特定监督方(如审计机构、重大捐赠人)依规开放。这一分类分级的信息披露制度设计,旨在从制度上缓解信息不对称与隐私保护之间的张力——既为公众提供足够的监督信息以建立信任,又不过度侵害受助者的人格尊严。在此过程中,不仅能够提升慈善项目财务等信息的透明度,还能够保护受助者的隐私,实现善款流向可追溯且不泄露隐私信息的双重目标。

参考文献

- [1] 国家卫生健康委统计信息中心, 编著. 2018 年全国第六次卫生服务统计调查报告[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2021.
- [2] 王海漪. 慈善医疗的发展规律、现实困境与路径选择[J]. 学术研究, 2023(10): 101-107.
- [3] 2024 年全国医疗保障事业发展统计公报[EB/OL].
https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202507/content_7031956.htm, 2025-07-14.
- [4] 许飞琼. 中国多层次医疗保障体系建设现状与政策选择[J]. 中国人民大学学报, 2020, 34(5): 15-24.
- [5] 郭静安, 廉如鉴. 系统论视阈下的社会保障制度及其构建[J]. 系统科学学报, 2013, 21(2): 71-74.
- [6] 郑定铨. 建立健全我国多层次社会保障体系[J]. 经济学动态, 1997(5): 25-28.
- [7] 李玲洲. 多层次社会保障体系的理论构想[J]. 重庆社会科学, 2009(5): 56-61.
- [8] 李红霞. 信息不对称理论之于医疗服务研究[J]. 医学与哲学, 2005(7): 46-47.
- [9] 俞佳立, 杨上广. 中国医疗卫生资源供给水平的区域差异及影响因素[J]. 统计与决策, 2021, 37(6): 69-72.
- [10] 胡翔凤, 刘启明. 农村大病患者家庭抗逆力的提升逻辑: 自主行动与循环调试——基于一个异地就医家庭聚集地的案例调查[J]. 中国农村观察, 2023(5): 145-163.
- [11] 龚曦, 王红波. 整体性治理视域下多层次医疗保障体系的概念厘定、发展困境及路径选择[J]. 中国卫生政策研究, 2024, 17(2): 1-8.
- [12] 邓磊, 段禹, 周杨. 青年公益人职业发展现状研究——基于重庆市的个案调查[J]. 中国青年研究, 2020(11): 29-35.
- [13] 李论, 颜志军, 尹秋菊, 等. 社会网络认证对医疗众筹项目筹款绩效的影响研究[J]. 管理学报, 2025, 22(8): 1508-1517.
- [14] 张铁娟, 潘艳, 马建军, 等. 医疗保险支付新模式减轻肺结核患者经济负担的效果分析[J]. 中国防痨杂志, 2021, 43(8): 778-782.
- [15] 李硕, 张鑫焱, 吕茵茵, 等. 安宁疗护与非安宁疗护医疗费用负担水平比较研究[J]. 医学与哲学, 2022, 43(18): 43-46, 67.
- [16] 高月霞, 郭芳琪. 共同富裕视域下如何有效提升人民的医疗保障与服务水平——基于 CHARLS 数据的实证分析[J]. 社会保障研究, 2024(4): 18-30.
- [17] 尉真, 卞丽香, 秦成勇. 部分低收入家庭住院患者医疗救助情况分析[C]//中国社会工作协会. 首届全国医务社工论坛文字交流材料汇编. 2010: 44-45.
- [18] 张宗良, 褚福灵. 中国多层次医疗保障体系再思考——兼析补充保障的模式创新与协同发展[J]. 经济社会体制比较, 2023(1): 79-92.
- [19] 王龙, 邵頔, 王佳敏, 等. 慈善医疗救助对广东省河源市白血病患者异地就医与直接非医疗经济负担关系的影响[J]. 医学与社会, 2025, 38(1): 79-86.
- [20] 卢永彬, 李文迪. 社会交换理论视角下美国捐赠人建议基金(DAF)发展优势分析[J]. 社会政策研究, 2020(3): 64-76.