



药品患者援助项目的模式梳理与“共建式慈善” 路径综述

王梓欣¹, 何艾萍¹, 徐晓新^{2,3}, 陈 任¹, 王 丽¹

1. 安徽医科大学卫生管理学院, 安徽 合肥 231200;

2. 北京师范大学政府管理学院, 3. 中国公益研究院, 北京 100875

摘要:当前我国疾病负担加重, 医保保障能力有限, 药品慈善救助已成为多层次医疗保障关键补充。文章梳理了国内外药品患者援助项目的发展与典型模式, 在分析美国多品种打包援助、英国国家医疗服务体系下患者支持、德国法定医保下的企业补充服务及澳大利亚全民药品福利计划等国际经验基础上, 归纳了我国共助、全额免费与资金援助三类主流模式的实施特点。进一步聚焦国内药品捐赠中“慈善”与“促销”边界模糊的现实困境, 揭示其制度与操作层面的深层矛盾。提出以“共建式慈善”作为协同治理的创新路径, 通过推动多方联合捐赠、构建药品资源池及完善政策支持体系, 提升药品可及性, 强化公益属性, 为我国药品慈善体系的优化与创新提供理论参考。

关键词:药品; 患者援助项目; 慈善赠药; 共建式慈善

中图分类号: R197.1

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2026)03-303-007

doi: 10.7655/NYDXBSSS250467

随着我国人口结构老龄化与疾病谱系转变, 恶性肿瘤新发与死亡病例已居全球首位^[1], 罕见病患者群体超过2 000万人, 年新增病例逾20万。重症、罕见病及慢性病患者对长期规范用药的需求日益迫切。近年来, 我国医药产业活力迸发, 众多创新药通过优先审评审批通道加速上市, 为患者带来了显著生存改善。但受高研发投入与专利保护等因素影响, 创新药价格普遍居高, 尽管基本医保已覆盖95%的人口, 但在老龄化与疾病负担加重的情况下, 医保基金承受压力日趋加大, 对创新药的支持力度有限。2024年医保谈判中创新药通过率降至不足50%, 审核更趋严格^[2]。医保目录每年一次的动态调整亦难以完全满足创新药、罕见病用药和临床急需药品的及时纳入需求。在基本医保之外, 商业健康保险的补充作用仍受“带病投保”“高龄投保”等限制, 普惠性不足。2025年7月国家出台《支持创新药高质量发展的若干措施》, 提出将增设商业

保险创新药目录, 完善多层次用药保障体系。但其推进面临参保人群不稳定、数据支撑不足、多方利益协调复杂等现实挑战^[3]。经济负担方面, 我国居民2025年上半年人均可支配收入为21 840元, 人均医疗保健消费支出占比达9.2%。此经济结构下, 患者往往无力承担多数未纳入医保的高价药品的费用, 因病返贫风险显著。2020年,《关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出, 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。其中, 药品慈善捐赠作为社会力量参与的重要形式, 在减轻重特大疾病患者负担、填补保障空白、提升药品可及性方面发挥着不可替代的作用。据统计, 2023年全国社会捐赠总额达1 280亿元^[4], 医疗卫生领域获赠554.78亿元(36.73%), 以药品为主的实物捐赠规模达337.68亿元^[5]。我国药品慈善捐赠模式也已从早期应急救

基金项目:安徽省高校哲学社科优秀科研创新团队“基层健康协同治理研究”(2023AH010036); 安徽医科大学医院管理研究所“国医科技”开放项目(2023jykj06)

收稿日期: 2025-11-13

作者简介: 王梓欣(2002—), 女, 山西晋城人, 硕士研究生在读, 研究方向为卫生政策、社会保障; 王丽(1981—), 女, 安徽宿州人, 博士, 教授, 研究方向为公共管理、社会保障, 通信作者, wangli.0602@163.com。

助逐步发展为系统化、常态化的患者援助项目。

药品患者援助项目(patient assistance program, PAP)^[6]是指制药企业通过第三方组织向符合特定条件的患者提供药品或资金援助,旨在提升其用药可及性。此项目涉及捐赠方、受赠方与受益方三方主体,已成为药品慈善捐赠的主要实现形式。本文通过系统梳理国际药品患者援助项目的模式与经验,重点探讨“共建式慈善”的创新路径,以期为我国药物慈善捐赠体系的优化提供参考。

一、国外药品患者援助项目的模式与经验

(一)美国药企主导的多品种打包援助

美国药品患者援助项目始于20世纪70年代。为弥补联邦医疗保险(Medicare)和医疗补助(Medicaid)在药品保障上的不足^[7],各州政府主导建立药品援助项目(state pharmaceutical assistance programs, SPAPs),为低收入老年人和残疾人提供支持^[8]。

20世纪80年代艾滋病危机推动制药企业开始参与药品援助,协助政府一同解决社会问题。20世纪90年代末至21世纪初,随着处方药支出飞速增长^[9]及传统医疗补助未涵盖多数门诊费用,制药企业自愿建立的患者援助项目逐步发展。如雅培公司为患者提供Norvir(利托那韦)和Kaletra(克力芝)等关键药物;诺华公司通过格列卫全球患者援助项目(GIPAP)为患者免费提供格列卫^[10]。2006年联邦处方药计划(Medicare part D)实施后,其“甜甜圈洞”(donut hole)^[11]设计缺陷使部分参保者因经济压力中断用药,制药企业的患者援助项目通过提供免费药品或共付额援助提供了重要补充^[7]。

在美国,《反回扣法》(Anti Kickback Statute)严禁制药企业向联邦医保和医疗补助的受益人提供任何形式的“报酬”(包括金钱和任何有价值物)。为规避法律风险并提升公信力,药企普遍通过向HealthWell、PAN等独立慈善基金会捐资,由基金会自主制定援助标准并负责审核申请和分发药品,形成了政府、制药企业与非营利组织三方协作的药品援助体系。如政府资助的瑞安·怀特计划(Ryan White HIV/AIDS program, RWHAP)与艾滋病援助计划(AIDS Drug assistance program, ADAP)等,为艾滋病患者提供基础保障;制药企业如艾伯维(AbbVie)对Kaletra药物、吉利德科学(Gilead sciences)对Biktarvy药物提供专项援助;非营利组织如Needy Meds、Rx Assist、Rx Outreach主要提供药品援助项目的信息及药品资源。目前,由制药企业主导的药品援助项目已成为主力。

在援助模式上,美国药企主导的“多品种打包援助”极具特色。企业将多个药品整合为一个综合项目(如阿斯利康公司的AZ & Me援助项目)统

一运营,以降低管理成本并为联合用药患者提供便利。企业依据药品特性及患者情况提供多元化援助方案,包括完全免费提供药品或要求患者承担部分费用,不同项目的年度最大援助数额标准不一^[12]。

各制药公司对于患者申请条件的设定存在差异,但普遍要求申请者无保险或保险覆盖不足、收入较低、需长期用药且为美国公民或合法居民。申请可由医疗专业人员或患者本人发起,但均需处方医生参与^[13]。申请渠道为通过电话注册或在线填写申请表并辅以相关证明。药品供应通常覆盖12个月,患者可通过书面或电话形式请求续订。药品通常配送至医生办公室或医疗机构,仅少数项目直接将药品送到患者手中^[6]。

此外,美国部分州建立的处方药回收项目(prescription drug repository programs),将医疗机构或药房中未使用的合格药品进行回收、检验后重新分发,进一步扩展了药品援助渠道。

(二)英国国家医疗服务体系下的患者支持项目

英国依托政府税收建立的国家医疗服务体系(National Health Service, NHS)为全民提供公平、全覆盖的医疗保障。在此体系下,以患者支持项目(patient support program, PSP)为核心的药品慈善捐赠通过免费供药与疾病管理优化,进一步提升用药可及性与治疗效果。英国药品和健康产品管理局(medicines and healthcare products regulatory agency, MHRA)规定,PSP是由药品上市许可持有人(marketing authorization holder, MAH)主导,通过信息收集、治疗监测、专项支持等综合服务,以优化患者治疗并提升药物可及性的组织化系统。研究显示,PSP在提升患者用药依从性、改善治疗结局、优化卫生服务利用及控制整体医疗成本方面具有积极作用^[14]。在运作机制上,英国的PSP虽由药企全额资助,但服务必须通过第三方专业机构执行,确保药企不直接接触患者,且项目不向NHS或患者收取费用。同时,PSP必须独立于企业的销售与市场部门,通常由企业内部医疗团队或药物警戒团队负责设计与运营。服务内容涵盖患者教育、用药监测、家庭医疗服务及个性化健康解决方案等^[15],体现出从信息提供向以患者为中心的整体服务趋势的转变。

监管层面,国家家庭护理药品委员会(national homecare medicines committee, NHMC)制定标准化合同并在部分地区推行,负责指导与规范PSP的执行。此外,药企必须遵循英国制药工业协会(the association of the British pharmaceutical industry, ABPI)的行为准则,该准则明确要求PSP与药品促销行为完全分离,从制度上防范了商业利益对公益目标的干扰。

(三)加拿大公共计划与企业支持协同多元保障

加拿大实行以省级公共药物补助计划为主的保障体系,主要由政府税收资助。各省计划各有特点,如安大略省药物福利计划(Ontario drug benefit, ODB)为约900万安大略省居民(包括65岁及以上、需特殊护理的患者等)提供处方目录上约5900种药物保障;为目录外的药物设置特殊准入计划(exceptional access program, EAP),医务人员可通过该计划为患者申请。不列颠哥伦比亚省的公平药物补助计划(fair pharmacare plan)则基于家庭收入水平决定补助范围,收入越低,补贴比例越高,覆盖处方药、医疗器械及部分药房服务(如用药评估等)。

当公共计划无法满足患者需求时,制药企业的支持计划成为重要补充。据统计,加拿大约10%的上市处方药都提供此类支持,主要集中在品牌药、生物制剂和高成本药物领域。这些计划通常委托第三方专业机构管理,提供包括财务支持、报销指导和病例管理等服务^[16]。

监管层面,加拿大主要依靠行业自律及具体指导原则进行规范。加拿大创新药物协会(innovative medicines Canada)制定的道德实践守则要求成员公司确保项目运作透明,禁止向医疗专业人士提供不当利益。

(四)德国法定医保主导下的企业补充服务

在德国,法定健康保险(gesetzliche krankenversicherung, GKV)提供的药物补贴是药品援助的核心形式。德国实行强制性法定医疗保险制度,约90%的居民参加法定医保^[17]。药品批准上市后,联邦联合委员会评估认定具有医疗价值,即可纳入医保报销目录,制药企业在药品上市12个月内拥有自主定价权^[18-19],医保基金按其定价进行报销。参保患者使用目录内药品时仅需支付少量固定共付额。这得益于医保体系的“参考定价”机制:为疗效相近的药品设定支付上限,若药品定价未超过该上限,患者通常仅需自付5至10欧元;若超出上限,患者则需自行承担超出部分的差价。

为进一步减轻患者负担,德国设立了医疗费用负担上限:参保家庭年度自付医疗费用(含药费)不超过其家庭年收入的2%,重慢性病的患者不超过1%。超出部分可凭证明向医保基金申请免除,部分罕见病患者的共付额也可依法申请豁免。

在完善的法定医保框架之外,德国制药企业提供的患者支持主要体现为患者教育及疾病管理等服务,如勃林格殷格翰的“天使计划”(angels initiative),不仅参与卒中急救网络建设,也为患者及家属提供多语言信息服务、教育资料和专家咨询支持,助力患者疾病管理。

(五)新加坡政府补贴主导与多方协作

新加坡建立以政府补贴为核心的药品援助体系。政府补贴直接拨付公立医疗机构,患者按补贴后价格支付费用。标准药物清单(standard drug list, SDL)面向新加坡公民和永久居民,为常见病药物提供分级补贴,公民最高补贴达75%,永久居民最高补贴达25%。SDL的纳入与调整由卫生部药品咨询委员会(MOH drug advisory committee, DAC)依据临床必要性、疗效及成本效益等评估确定。药物援助基金(medication assistance fund, MAF)补助未纳入SDL、但经临床证实具有效益的高成本药物,尤其针对癌症、罕见病及严重传染病等重大疾病用药。

针对慢性病患者,慢性疾病管理计划(chronic disease management program, CDMP)和健康新加坡慢性药物补贴计划(healthier SG chronic tier, HSG)已将援助延伸至社区和基层,持特定医疗卡的患者在诊所购买慢性病药物时最高可享受87.5%的补贴。部分保险公司也提供了包含免费筛查、健康评估、用药评估等在内的慢性病管理项目。

一方面,制药企业通过与政府合作参与药品援助。如卫生部将经评估具有临床价值与成本效益的癌症药物纳入癌症药物清单(cancer drug list, CDL),通过与药企谈判压低采购成本。政府整合强制性国民医疗保险(MediShield life)和MAF补贴患者治疗费用^[20]。另一方面,药企也提供分期付款措施减轻患者支付压力,如Zuellig Pharma公司推出6~12个月的无息分期付款方案。此外,药企的援助也常通过本地慈善组织间接实施。如新加坡防癌协会(Singapore cancer society, SCS)的癌症治疗基金为经济困难的患者补贴部分化疗药物及调强放射治疗(IMRT)费用。监管层面,新加坡药企协会通过行为准则对药企与患者相关活动提出明确规范,要求企业严格区分公益支持与商业推广,禁止以任何形式的补贴不当影响医生处方决策,并强调对患者数据隐私与信息安全的合规管理。

(六)澳大利亚政府主导的全民药品福利计划

澳大利亚通过政府全额筹资的药品福利计划(pharmaceutical benefits scheme, PBS)为全民及符合条件的外国居民提供可负担的处方药保障^[21]。该计划覆盖基本药物、专科药品、创新药、仿制药及部分高价值特殊药品。参保患者凭处方可在全国药房以补贴价格购买PBS目录内药品。

PBS设有科学的药品准入与定价机制。独立的药品福利咨询委员会(pharmaceutical benefits advisory committee, PBAC)负责对药品进行临床与成本效益评估^[22],政府基于评估结果与药企协商确定药品报销价格,并通过上市后再审查制度(PBS post-

market reviews, PMR)^[23]定期调整药价,以控制长期成本。

为加强保障,PBS设有“药物安全网计划”(PBS safety net),当患者年度自付费用达到规定门槛后提供费用减免或免费药品。PBS还设有专项补充计划,如救生药物计划(life saving drugs program, LSDP),可为罕见病患者提供免费的孤儿药治疗^[24]。此外,自2011年起实施的“药品注册与PBS准入并程序”允许药企同步向治疗用品管理局(therapeutic goods administration, TGA)和PBAC提交上市与报销申请,显著缩短了创新药从获批到患者可及的时间。尽管PBS覆盖面广,但仍有部分创新药或专科药因成本效益等原因未能及时纳入。对于这些药物,药企通常会通过患者援助计划,对未纳入PBS的药物提供费用分担。

观察国际药品援助实践,美国、德国、新加坡、澳大利亚等国均体现出政府在药品援助中承担的主体责任,慈善赠药援助被定位为医保体系的补充。政府通过公共筹资、价格谈判,以及设置自付上限、药物安全网等机制,有效控制患者自付费用,在制度层面划定了个人、政府与慈善三方责任边界。慈善药品援助更精准地用于填补经公共保障后仍存在的共付额缺口、覆盖目录外特殊药品或救助特定弱势群体。

为确保慈善的纯粹性与公信力,多数国家建立了独立且权威的第三方运作机制。美国依托《反回扣法》强制药企通过独立基金会实施援助,英国规定PSP在组织与财务上与销售部门隔离,加拿大依赖第三方专业机构进行项目管理,由中立第三方掌握准入与分发权,阻断商业利益对慈善资源的干预。

在提升运营效能方面,美国“多品种打包”模式与英国推行的PSP标准合同,分别通过资源整合与流程优化,降低了管理成本与运营摩擦。此外,在监管层面,一方面,以美国《反回扣法》为代表的刚性的法律法规,对商业贿赂等行为进行威慑;另一方面,以英国制药工业协会、新加坡药企协会等行业组织为代表制定的成熟行业自律准则,对药企与医疗机构的行为予以柔性引导。

二、国内药品患者援助项目的模式与经验

我国药品患者援助项目始于2003年,自跨国药企诺华携手中华慈善总会将癌症格列卫项目引入中国后,中国癌症基金会、中国初级卫生保健基金会等慈善组织陆续开展了多项药品援助项目,现已形成由慈善组织作为运行主体,制药企业提供资源支持的基本模式。目前,我国援助项目主要覆盖肿瘤、罕见病及自身免疫性疾病^[12]等治疗费用高昂的

疾病领域,并形成了以下三种典型援助模式。

(一)共助模式

共助模式是目前国内最为普遍的援助方式。该模式要求患者先自费使用一定周期或数量的药品,经审核符合条件后方可获得后续免费援助。中华慈善总会的易瑞沙慈善援助项目、瑞百安慈善援助项目等均采用该模式。该模式兼顾患者经济承受能力,并通过自费部分筛选真正困难的患者,也保障了制药企业的市场渗透。

(二)全额免费模式

全额免费模式主要面向低保等经济极为困难的患者群体。符合援助条件者可直接获得全程或特定周期的免费药品援助,直至病情进展或不再符合用药标准。中国初级卫生保健基金会启动“卫爱续航—肝癌患者援助项目”,为低保患者提供全程免费用药;欧狄沃患者援助项目为符合条件的低保患者提供最长2年的药品支持。全额免费模式显著减轻了弱势群体的用药负担,有助于提高其治疗依从性与生活质量。

(三)资金援助模式

区别于实物援助,该模式根据患者实际购药发票,按比例返还部分现金。援助比例通常结合地方医保政策、患者自付能力及其他慈善援助情况综合确定,在缓解患者经济压力的同时,也赋予患者更大的用药自主性和灵活性。中国初级卫生保健基金会的“血有止境,自由人生”患者援助项目,为符合条件的血友病患者提供自付药费的比例补贴,额度最高不超过药品总费用的20%,且单次不超过当次自付金额。

三、中国药品捐赠项目中“促销”与“慈善”的边界争议

慈善捐赠作为我国多层次社会保障体系与第三次分配的重要组成部分,在促进社会公平方面发挥着关键作用。在理论上,医药企业的捐赠行为被视为超越利润目标,履行社会责任,追求公共健康福祉的“利他性实践”^[25]。《中华人民共和国慈善法》与《卫生计生单位接受公益事业捐赠管理办法(试行)》均明确要求慈善捐赠应以促进卫生事业为宗旨,严禁谋取任何直接商业利益。《捐赠药品进口管理规定》进一步规定了“捐赠药品,不得销售”及全流程追溯等具体要求,从制度设计上赋予药品捐赠的公益性特征。但当前企业主导的药品捐赠实践面临“慈善”与“促销”边界模糊的问题。部分项目设置的“先购后助”模式要求患者“必须先自费使用t个月,经审核后获得后续T个月”的援助。如瑞士诺华格列卫赠药项目要求非低保患者在一个治疗年度(12个月)内先自费使用3个月药品,方可获得

后续9个月的援助。按该药单价1.2万元/盒,常规用量2盒/月计算,患者3个月的自费总额达7.2万元,医保报销后仍需自行承担1.2万元^[6]。此模式虽一定程度上减轻了患者用药负担,但其设计与商业促销的高度相似引发了公众对“慈善赠药”实质是企业营销手段的质疑。尤其当患者在自费期间出现耐药性时,后续的免费援助承诺便失去实际意义。目前捐赠项目也多为单一企业、单一药品,申请流程较为烦琐,有的要求患者提供低保或困难证明、医疗诊断及购药发票等多重材料,影响了患者的参与意愿^[26]。药品领取也存在不便,一般要求患者前往指定医院或药房,且不允许一次全部领取^[27]。此外,部分项目在运行中信息公开不足,申请材料递交后缺乏及时、透明反馈,这种信息不对称进一步削弱了药品捐赠项目的公信力。

研究指出^[25],企业捐赠动机可区分为战略动机与利他动机,战略动机主导的捐赠以实现企业价值最大化为目标。而药企的捐赠行为往往受到经济效益、市场竞争等因素的显著影响^[28],在实际运作中呈现出强烈的“战略慈善”特征。

尽管我国已通过《医药企业防范商业贿赂风险合规指引》《中华人民共和国药品管理法》等法规对药品捐赠行为进行约束,明确禁止通过捐赠影响处方,但现有监管框架仍存在不足。主要表现为现有法规多侧重于捐赠方与受赠方资格、捐赠品管理等原则性规定,对药品捐赠行为中更为复杂的利益关联行为缺乏清晰界定与细化规则,导致执行中存在较大的模糊空间。

四、以“共建式慈善”迈向协同治理

如上文所述,我国药品慈善捐赠体系中制药企业同时扮演捐赠方与市场主体的双重角色,使其公益性备受质疑。尽管当前主流的共助、全额免费与资金援助模式一定程度上缓解了患者负担,但以单一企业、单一药品为核心的援助方式本质上是分散和封闭的,存在资源有限、覆盖面窄、运营成本高问题,难以应对我国庞大人口基数下的多元化医疗需求。

一个成熟的药品援助体系,依赖于政府明确并履行其主体责任,从而为慈善力量划定清晰的补充边界。在我国,对于部分肿瘤、罕见病等高值药品治疗领域,当患者在基本医保、大病保险与医疗救助等多重保障后仍面临灾难性支出时,慈善援助常被动作为事实上的主要支付方,决定治疗能否继续进行,这使其在功能上异化为一种不稳定的“临时医保”。但该行为并不在政府接管范围之内,患者面临企业随时停捐的风险,如2024年发生的赛沃替尼停药风波。由此来看,政府主体责任的履行尚存提升空间。

在运作机制上,现行赠药项目虽多由慈善组织出面执行,形式上符合第三方运作,但在项目发起、援助方案制定(如赠药方式与周期)及患者数据管理等方面,药企通常拥有更多实质性的话语权。相较于美国“多品种打包”的集约平台或英国执行的标准化合同,我国的援助项目分散运营,各药企、各项目各自为战,申请标准与流程不一,患者面临巨大的信息壁垒,整体资源利用效率低下。

此外,我国现有法规多侧重于捐赠方资质、药品质量与流向管理等基础环节,对于援助目录、申请流程、受益人数据等尚无法律强制要求公开。同时,医保、药监、税务等部门之间也缺乏协同稽查与统一惩戒标准。这种现状凸显了对我国药品慈善援助体系进行革新的紧迫性。在此背景下,本文提出构建“共建式慈善”(collaborative philanthropy)的协同治理路径,见图1。

“共建式慈善”通过构建协同治理平台,汇聚多方资源,引导各相关方以整体思维审视成因复杂的社会问题,以合作关系替代孤立行动。它涉及慈善资助方、运营机构、受资助的执行组织及政府部门等多方主体。通过共同参与,有助于从多维度审视问题、协同规划并联合实施,从而使行动成果更契合实际需求。同时,参与各方能共享专家、渠道等稀缺资源,在知识及技术门槛较高的领域提升资源利用效率与整体能力。布利吉斯潘集团(Bridgespan Group)的报告中,超过80%的捐赠者因其能实现单独行动难以达成的目标(如提升效率、扩大社会影响力、系统化解决问题等)而对合作项目感到满意。

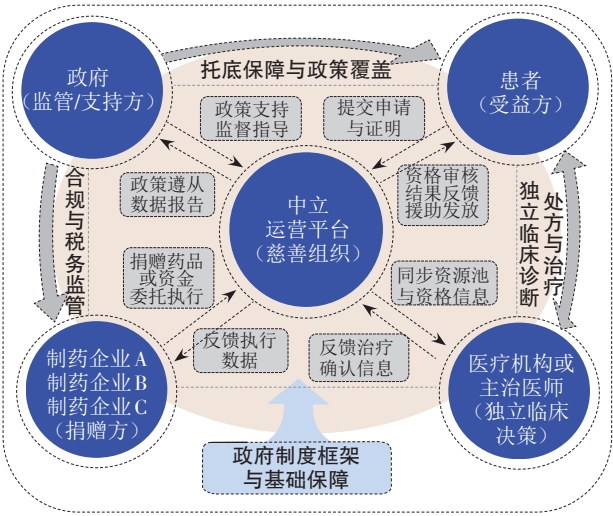


图1 共建式慈善协同治理示意图

目前,我国公益组织已在行业共创(如腾讯基金会“数字关爱平台”、美团“青山计划”)、联合行动(如爱佑慈善基金会等社会组织联合发起的“云开计划”、中国乡村发展基金会开展的“美好学校行动”)、联合资助[如默沙东携手中国癌症基金会人

乳头瘤病毒(HPV)疫苗捐赠]及深度共建合作(如“协和+贵医”蓝丝带项目、太平通津社区慈善、深圳壹基金联合多方发起的孤独症社区融合项目)等多个层面开展了丰富探索,为在赠药领域推行“共建式慈善”积累了实践经验。

我们在赠药领域倡导的共建式慈善模式,是一种针对特定病种,联合领域内多家药企,依托慈善组织开展协同捐赠的系统性方案,共同解决患者在医保报销封顶后的用药断档问题,保障治疗的连续性与规范性。推动慈善捐赠从单一企业主导的以“产品”为中心转向以“患者全程治疗需求”和“病种系统性保障”为核心。其一,建立中立的第三方协作平台,整合零散、孤立的企业慈善资源。平台承担信息集中发布、统一准入审核、流程监督与数据管理等职责;捐赠药企作为资源的提供方,参与共建规则协商并保障药品供应;政府部门可通过政策支持激励企业参与,并对各方工作进行监督指导。通过标准化流程的统一管理,可降低药企、慈善组织与医疗机构的重复投入与行政成本,提升整体资源利用效率与患者申请便利度。这种独立运作机制,有助于淡化单一企业的商业目的,将分散的企业社会责任履行升华为集体的社会问题治理。在我国“十四五”以来国产创新药主要集中于肿瘤、自身免疫性疾病等高价值、高竞争领域的背景下,该模式有助于减少慈善领域内耗与恶性竞争,为市场占有率较低的中小创新药企提供树立行业声誉的通道。其二,建设“药品资源池”,即平台将具有竞争或互补关系的药品纳入统一的捐赠目录,实现企业间风险共担。临床治疗决策权完全归属于主治医师,平台负责根据既定的、统一的医学标准和经济标准审核患者援助资格,不干预具体用药选择。若治疗中出现疗效不佳或耐受性问题,主治医生可基于临床评估,在资源池内为患者更换药品,从而避免单一药品援助项目终止而治疗中断。同时,这也形成一种基于临床价值的非商业化市场激励机制,使疗效优、安全性强的药品及其企业获得应有的临床认可与社会声誉。

共建式慈善的成功落地,依赖于药企、慈善组织、医疗机构与政府部门等多方主体的深度协同。该模式的推进也面临现实挑战。各方利益诉求差异可能推高协调成本,信息不对称亦会增加平台的管理难度与运营风险。配套政策体系目前尚不健全,在税收优惠、捐赠激励等方面缺乏专门支持,可能影响各方参与积极性。此外,公众认知不足也会制约项目的公信力与推广效果。推动赠药行业“共建式慈善”从理念走向实践,是一项需要系统推进的工程。因此,在政策层面,建议出台针对联合捐赠的专项激励措施(如提高免税额度、增加退税比

例等),提升企业参与共建意愿。同时完善相应监管体系,明确联合捐赠中各方的权责边界,并规范援助信息强制公开、药品质量全程管理、责任闭环追溯等关键环节。在行业层面,构建以患者为中心的价值共识,通过制定行业公约等途径,倡导超越短期商业利益的长期主义价值观。鼓励慈善组织、制药企业与医疗机构及药房合作,向患者宣传共建式慈善赠药服务。优先选择肿瘤、罕见病等需求迫切、社会关注度高的领域,开展区域性的共建式慈善试点项目,验证其运行效果,为模式的完善和推广积累实证依据。

参考文献

- [1] SUNG H, FERLAY J, SIEGEL R L, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA A Cancer J Clin, 2021, 71(3): 209-249
- [2] 王佳玮, 徐俊芳. 外部参考定价在我国创新药医保准入中的应用研究[J]. 卫生经济研究, 2025, 42(9): 29-33
- [3] 吴少杰. 创新药目录即将出炉, 各方有何期待?[N]. 健康报, 2025-09-15(7)
- [4] 杨团, 朱健刚. 中国慈善发展报告(2024)[M]. 北京: 社会科学文献出版, 2025: 34
- [5] 于俊如. 药品捐赠这十年: 各方协力推进多层次社会保障体系建设[N]. 公益时报, 2022-10-11(9)
- [6] CHOUDHRY N K, LEE J L, AGNEW-BLAIS J, et al. Drug company-sponsored patient assistance programs: a viable safety net?[J]. Health Aff, 2009, 28(3): 827-834
- [7] 黄伟, 陈玉文, 史录文. 美国药品援助项目对我国药品谈判的启示[J]. 中国药房, 2013, 24(5): 388-390
- [8] PEDNEKAR P, PETERSON A. Mapping pharmacy deserts and determining accessibility to community pharmacy services for elderly enrolled in a State Pharmaceutical Assistance Program[J]. PLoS One, 2018, 13(6): e0198173
- [9] GELLAD W F, DONOHUE J M, ZHAO X H, et al. The financial burden from prescription drugs has declined recently for the nonelderly, although it is still high for many[J]. Health Aff, 2012, 31(2): 408-416
- [10] GARCIA-GONZALEZ P, BOULTBEE P, EPSTEIN D. Novel humanitarian aid program: the Glivec international patient assistance program-lessons learned from providing access to breakthrough targeted oncology treatment in low-and middle-income countries[J]. J Glob Oncol, 2015, 1(1): 37-45
- [11] PARK Y J, MARTIN E G. Medicare part D's effects on drug utilization and out-of-pocket costs: a systematic review[J]. Health Serv Res, 2017, 52(5): 1685-1728
- [12] 蒋蓉, 陈童, 沈洁, 等. 美国制药企业药品患者援助项

目的发展现状与实施方式[J]. 医药导报, 2022, 41(1): 127-131

[13] CHISHOLM M A, DIPIRO J T. Pharmaceutical manufacturer assistance programs[J]. Arch Intern Med, 2002, 162(7): 780

[14] GANGULI A, CLEWELL J, SHILLINGTON A C. The impact of patient support programs on adherence, clinical, humanistic, and economic patient outcomes: a targeted systematic review[J]. Patient Prefer Adherence, 2016, 10: 711-725

[15] 于小泳, 叶京云, 童刚, 等. 药品慈善捐赠在完善我国多层次医疗保障体系中的作用[J]. 中国医疗保险, 2025(3): 34-43

[16] GRUNDY Q, QUANBURY A, HART D, et al. Prevalence and nature of manufacturer-sponsored patient support programs for prescription drugs in Canada: a cross-sectional study[J]. Can Med Assoc J, 2023, 195(46): E1565-E1576

[17] 石瑛, 从鹏萱, 王美凤, 等. 德国创新药品医保准入机制[J]. 中国卫生经济, 2023, 42(11): 92-96

[18] GRESS S, NIEBUHR D, MAY U, et al. Reform of prescription drug reimbursement and pricing in the German social health insurance market: a comparison of three scenarios[J]. Pharmacoeconomics, 2007, 25(6): 443-454

[19] 陈敬, 赵熙子, 赵亮, 等. 德国、日本和我国台湾地区药品价格规制经验及启示[J]. 中国药房, 2017, 28(25): 3464-3467

[20] 张欣桐, 吕兰婷. 昂贵药物目录与多层次保障体系的协同创新——新加坡癌症药品支付改革及启示[J]. 中国医疗保险, 2025(9): 78-85

[21] 邓斌, 赵瑛. 澳大利亚药品可及性政策介绍及对我国的启示[J]. 中国药房, 2025, 36(7): 779-783

[22] 陈蕾, 冷明祥, 胡大洋, 等. 澳大利亚医保目录的药品准入谈判对我国的启示[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2011, 11(5): 364-367

[23] 李大双, 颜建周, 邵蓉. 澳大利亚PBS药品上市后再审查制度介绍及对我国的启示[J]. 中国药房, 2023, 34(15): 1793-1797

[24] 关轶茹, 相维, 张方. 澳大利亚救生药物计划及对我国罕见病医疗救助制度的启示[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(8): 51-55

[25] 褚靖铭, 田祥宇. 企业捐赠与企业价值——基于捐赠动机的视角[J]. 科学决策, 2023(11): 76-88

[26] 蒋蓉, 杨姿锐, 邵蓉. 计划行为理论框架下药品患者援助项目中患者参与意愿研究[J]. 医学与社会, 2022, 35(1): 15-20, 25

[27] 李虹耀, 黄伟, 管晓东, 等. 中国药品谈判模式实践分析[J]. 中国药事, 2015, 29(11): 1125-1131

[28] 张国栋, 李太阳. 当务之急: 医药企业捐赠行为的合规强化[J]. 中国律师, 2016(2): 55-57

(本文编辑: 姜 鑫)

A review of patient assistance program models toward a collaborative philanthropy pathway

WANG Zixin¹, HE Aiping¹, XU Xiaoxin^{2,3}, CHEN Ren¹, WANG Li¹

1. School of Health Management, Anhui Medical University, Hefei 231200; 2. School of Government, 3. China Philanthropy Research Institute, Beijing Normal University, Beijing 100875, China

Abstract: With the rising disease burden in China and limited medical insurance coverage, the patient assistance program (PAP) has become a crucial supplement to the multi-level medical security system. This paper systematically reviews the development and typical models of patient assistance programs (PAPs) domestically and globally. Building on analyses of international experiences, including the U.S. multi-product bundled assistance, patient support under the UK's National Health Service (NHS) system, corporate supplementary services under Germany's statutory health insurance, and Australia's Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), the paper summarizes the implementation characteristics of three mainstream models in China: co-assistance, free drugs, and financial aid. The paper further examines the practical dilemma in domestic drug donations of blurred boundaries between charitable intent and marketing objectives, revealing underlying contradictions at both institutional and operational levels. Accordingly, the paper proposes collaborative philanthropy as an innovative path for collaborative governance. By promoting multi-source joint donations, establishing a centralized drug pool, and improving the supporting policy system, the approach aims to enhance drug accessibility and strengthen the public interest attributes of PAPs, thus providing a theoretical reference for the optimization and innovation of China's pharmaceutical charity system.

Key words: drug; patient assistance program; charitable donations; collaborative philanthropy