

乡村振兴背景下普惠健康 保险赋能广西农村医疗 保障的路径研究

杨 扬, 王 婷

广西大学经济学院, 广西 南宁

收稿日期: 2025年4月25日; 录用日期: 2025年6月18日; 发布日期: 2025年6月30日

摘 要

作为普惠型健康保险的重要创新,“桂民保”通过填补基本医疗保障空白,有效提升农村居民抗大病风险能力,在巩固脱贫成果和促进健康公平方面成效显著。然而根据调研发现,广西部分县域参保率仍然较低。“桂民保”在农村地区运营过程中存在农村居民认知不足、免赔额设置过高、财政支持力度不足等困境,制约了“桂民保”产品在农村地区的推广和普及。基于文章提出了优化路径:优化面向农村市场普惠健康保险的产品设计、加大财政支持力度提升普惠健康保险的保障水平、加强普惠健康保险在农村地区的宣传教育。研究结论为完善农村多层次医疗保障体系、推进健康中国战略提供实践参考,对其他地区普惠健康保险产品创新提供了借鉴价值。

关键词

普惠健康保险, 广西“桂民保”, 农村医疗保障

A Study on the Pathways for Inclusive Health Insurance to Empower Rural Medical Security in Guangxi under the Background of Rural Revitalization

Yang Yang, Ting Wang

School of Economics, Guangxi University, Nanning Guangxi

Received: Apr. 25th, 2025; accepted: Jun. 18th, 2025; published: Jun. 30th, 2025

Abstract

As an important innovation in inclusive health insurance, “Guiminbao” has significantly enhanced rural residents’ capacity to manage major illness risks by addressing gaps in the basic medical security system, playing a vital role in consolidating poverty alleviation outcomes and promoting health equity. However, research indicates that participation rates remain low in certain counties of Guangxi. In its rural implementation, “Guiminbao” faces several challenges, including limited public awareness, high deductibles, and insufficient fiscal support, which hinder its promotion and widespread adoption in rural areas. In response, this paper proposes the following optimization strategies: improving the product design of inclusive health insurance tailored to rural markets, increasing government financial support to enhance coverage levels, and strengthening publicity and education efforts in rural regions. The findings offer practical insights for improving the rural multi-tier medical security system and advancing the Healthy China strategy, while also providing valuable references for the innovation of inclusive health insurance products in other regions.

Keywords

Inclusive Health Insurance, Guangxi “Guiminbao”, Rural Medical Security

Copyright © 2025 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

近年来,我国医疗保障制度改革持续深入,多层次保障体系逐步成型。见表1,《关于深化医疗保障制度改革的意见》明确了到2030年,以基本医保为中枢、医疗救助为底层,协同商业健康保险、慈善捐赠和补充医疗保险等多元机制的立体化格局。在此背景下,商业健康保险创新业态凸显,普惠型健康保险成为社保与商保优势互补的示范模式。

Table 1. Main policy documents on inclusive health insurance from 2020 to 2025

表1. 2020~2025年关于普惠健康保险的主要政策文件

| 文件名 | 发布时间 | 相关内容 |
|-----------------------------|----------|---|
| 《关于深化医疗保障制度改革的意见》 | 2020年2月 | 普惠保险覆盖更多中低收入群体,优化健康保险服务 |
| 《关于推进普惠金融高质量发展的实施意见》 | 2023年10月 | 进一步细化普惠保险的管理机制,要求保险公司将普惠保险纳入绩效考核,并强调数据共享与风险管控 |
| 《关于推进普惠保险高质量发展的指导意见》 | 2024年6月 | “健全普惠保险体系,扩大基础保险服务覆盖面” |
| 《关于加强监管防范风险推动保险业高质量发展的若干意见》 | 2024年9月 | “健全普惠保险体系,扩大基础保险服务覆盖面” |

数据来源:地方政府公开资料。

2022年5月,《中国保险业发展“十四五”规划纲要》强调“促进普惠型保险健康发展”,指出其在满足基本医保之外需求、减轻就医负担方面的关键作用。自2015年深圳首推重大疾病补充保险以来,截至2022年12月,全国29个省区已开发263款“惠民保”产品,累计参保人次达2.98亿。其中,东部

沿海省份参保率多超 50%，而西部欠发达地区则普遍不足 10%。

“惠民保”凭借亲民保费、宽泛年龄、免体检等优势，大幅降低投保门槛并激发市场热情，迅速成为关注焦点。但推广不平衡：城市地区发展迅速，农村地区尤其是广西等地认知与参与度偏低；产品同质化、免赔额偏高、续保机制不明及监管体系不健全等问题，也亟待破解。未来需在政策引导下，坚持差异化设计与精准推广，强化农村地区普惠保险的可及性和可持续性。

2. 文献回顾

随着“健康中国”战略的深入推进，惠民保作为普惠型健康保险的典型代表，以“政府指导+商业承办”的运作模式在填补基本医保与商业健康保险保障空白方面发挥了关键作用[1]。其“宽门槛、低保费、高保额”的设计大幅提升了保障可及性，自 2020 年以来实现了爆发式增长，参保人数已超 1.4 亿[2]。在产品创新上，惠民保取消年龄限制、免除健康告知，显著改善了老年人及带病人群的参保环境，有效扩大了医疗保障的覆盖面[3]。

借鉴国际经验，美国《平价医疗法案》通过风险池平衡机制、防止拒保与过度加费，显著提高了全民医疗保障的公平性与持续性[4]。新加坡则构建了“终身健保 + 商业补充”分层体系，实现了公共与商业保险的有机衔接[5]。这些模式突出了政府与市场边界的明确划分、多方主体的协同运作，为我国普惠健康保险的深化改革提供了有益启示。

然而，在农村地区，惠民保的推广仍面临多重挑战：(1) 参保结构失衡，续保率下滑明显，部分地区次年脱保率超过 30%，逆向选择风险加剧[6]；(2) 产品同质化严重，约 76% 的方案仅覆盖住院医疗，缺乏门诊、康复等差异化保障[7]；(3) 定价机制不完善，个别城市赔付率超过 120%，导致业务持续性承压[8]；(4) 制度层面仍存数据壁垒、政府定位模糊和服务标准缺失等问题，制约了长期发展[9]。针对上述问题，学界提出了“三维”优化路径：政策层面：建立动态定价模型，开放医保数据接口，完善跨部门协同机制，推动政府、保险机构与第三方平台深度协作[10]。产品层面：在既有住院保障基础上，拓展至门诊特病、康复护理等领域，开发阶梯式保费产品，以满足不同风险偏好和预算需求[11]。技术层面：运用区块链构建智能风控系统，通过物联网实现健康管理前置，提升风险监测与理赔效率[12]。

此外，荷兰“管理竞争”模式通过官方比价平台提高产品透明度，欧盟跨境调解机制有效降低理赔成本，这些经验均可为我国完善惠民保监管与服务体系提供参考[13]；[14]。未来，应着力构建“保险 + 医疗”生态圈，整合预防 - 诊疗 - 康复全链条服务，力争到 2025 年实现农村地区参保率提升至 60% 以上，进一步推动普惠健康保险在乡村振兴背景下的高质量赋能[15]。

3. 城乡居民医疗保险制度需要惠民保的支持

3.1. 城乡医疗保障的现状

我国农村地区已逐步形成以基本医疗保险为主体、大病保险、商业补充保险与医疗救助为补充的多层次医疗保障体系。从《2023 年全国医疗保障事业发展统计公报》数据看，全国基本医疗保险参保人数达 13.4 亿人次，参保率超过 95%，大病保险覆盖逾 10 亿人次，医疗救助参保 7800 万人以上，县、乡、村三级医疗服务网络初步建成，并在农村低收入群体中实现了 99% 以上的参保率，各项医疗保险综合帮扶政策累计惠及就医 1.45 亿人次，减轻农村低收入人口医疗费用负担 1487 亿元。然而，在这一显著成就背后，城乡医疗保障仍存在诸多问题：首先，保障水平仍较低，部分参保项目的报销比例和保障额度无法满足居民面对高额医疗费用的需求；其次，医疗资源配置仍存在明显不均，城市与农村之间在医疗设施、医护人员和先进设备方面差距较大，进一步影响了农村居民的实际就医质量；再次，特定疾病的保障覆盖不足，部分农村高发疾病如慢性病和地方病未能获得充分关注和赔付支持；此外，理赔服务在农村

地区存在流程复杂、信息不透明等问题,降低了居民对医疗保险制度的信任度和实际参保意愿;最后,受制于城乡经济发展水平、居民收入水平和信息获取渠道等因素,农村居民对各类补充保险产品的认知和使用率较低,制约了多层次保障体系的持续优化和公平性提升。总的来说,虽然我国农村医疗保障体系在覆盖率和基本保障能力上取得了显著进步,但在提升保障水平、实现资源均衡配置、扩展疾病覆盖范围以及完善服务质量等方面仍面临严峻挑战,亟需通过政策支持、体制改革和服务创新等多维措施加以解决。

3.2. 农村医疗保障存在的问题

3.2.1. 城乡医疗资源分配不均匀

城乡医疗资源分配存在显著不均现象,见表2,2022年与2023年城乡医疗机构数据比对显示,城市医疗机构的数量和床位数明显高于农村基层医疗机构的相应指标,城市医院数量从2022年的36,976家增加至2023年的38,355家,而乡镇卫生院数量分别为33,917家和33,753家,基本保持稳定。此外,城市医疗机构床位数在2022年达到7,662,929张,并在2023年增至8,004,519张,而基层医疗机构床位数仅从1,751,081张增加到1,820,217张,说明城市在医疗设备配置上远远优于农村。卫生人员总数方面,虽然整体呈上升趋势,从2022年的1441.1万人增长到2023年的1523.7万人,但考虑到城市与农村人口基数及发展水平的巨大差异,其分布仍不均衡;特别是乡镇医生数量仅分别为153.1万人和160.5万人,显著低于城市内医疗人员的数量。这种资源分配不均问题源于历史上医疗资源向城市倾斜、财政投入的不平衡以及市场化运作机制的影响,使得农村地区在医疗设施、专业人才和服务质量上长期处于劣势,进而影响了农村居民的健康服务可及性和整体医疗保障水平。上述数据显示城乡医疗资源不仅在物理数量上存在差距,更反映出医疗服务能力和质量的不平衡,这对保障农村居民的基本医疗需求和实现医疗公平构成了严峻挑战。

Table 2. Comparison of data of medical institutions in urban and rural areas

表 2. 城乡医疗机构数据比对

| 类别 | 2022 | 2023 |
|-----------|-----------|-----------|
| 乡镇卫生院 | 33,917 | 33,753 |
| 城市医院数量 | 36,976 | 38,355 |
| 卫生人员总数 | 1441.1 | 1523.7 |
| 乡镇医生数 | 153.1 | 160.5 |
| 城市医疗机构床位数 | 7,662,929 | 8,004,519 |
| 基层医疗机构床位数 | 1,751,081 | 1,820,217 |

数据来源:《2023年全国医疗保障事业发展统计公报》

3.2.2. 农村医疗资源难以解决村民健康问题

自新医改以来,国家在人力、物力和财力方面不断加大对农村医卫事业的投入,但由于资金尚未完全到位,农村医疗卫生短板仍未得到根本改善。我国农村地区医疗资源薄弱长期以来一直是亟待解决的重要问题。与城市相比,农村医疗机构数量有限,医生和护士的配置相对不足,导致医疗服务供给不平衡,许多偏远地区缺乏基本医疗设施,村民往往需要长途跋涉才能获得必要的医疗服务。此外,医疗设备和药品供应的不足也是制约农村医疗服务的重要因素,一些诊所或卫生院缺乏先进设备,从而使疾病的早期检测和及时治疗面临困难。同时,药品供应链不畅使得部分药物价格居高不下,影响了村民的用药选择。更为严重的是,农村地区医疗从业人员稀缺,部分医生和护士趋向于在城市工作,进一步加剧

了农村医疗人才短缺问题,并在一定程度上削弱了农村地区应对突发疫情或传染病的能力。为解决这一问题,政府亟需继续加大对农村医疗资源的投入,改善医疗设施和设备条件,吸引和留住更多专业医疗人才。并且,应引入远程医疗等现代科技手段,扩展医疗服务覆盖范围,提高服务便捷性,从而在根本上缓解农村地区医疗资源不足对村民健康带来的制约。

3.3. 惠民保在农村医疗保障体系中发挥的作用

3.3.1. 惠民保有助于弥补医疗资源分配失衡

惠民保有助于衔接城乡居民基本医疗保险和商业健康险,被赋予构建多层次医疗保障体系的重要使命。2023年全国农村居民人均可支配收入为21,691元,全国城镇居民可支配收入为51,821元,二者差距较大,并且农村地区村卫生室服务难度大,基础医疗机构设备覆盖率低容易形成“低收入-高就医成本-低保障水平”恶性循环的模式。目前,市场上惠民保产品一次性缴费50~100元不等,就能获得几百万元的保障,投保限制条件相对宽松,能够满足大多数农村地区居民的医疗保障需求。并且,惠民保聚焦居民的重特大疾病保障,可有效保障基本医保目录内赔付不足部分,有利于构建多层次医疗保障体系,缓解老百姓医疗负担,弥补农村地区医疗资源分配失衡。见表3,以杭州“西湖益联保”为例,参加了基本医疗保险的经济困难人群免赔额设置在7500元,对于少年和大学生缴纳的费用只要100元/人,对于医保内的住院费用报销比例达到80%,医保外住院费用为0.7万~3万,赔付比例达到65%;3万以上达到赔付比例60%,特效药品的报销比例达到了60%,并且没有对于既往症的限制。作为基本医疗保险的补充,西湖益联保能极大的降低了困难人群的医疗压力,弥补医疗资源的分配不均。

Table 3. West lake Yilianbao guarantee plan

表 3. 西湖益联保保障方案

| 地区 | 项目 | 保费标准 | 既往病症 | 报销比例 | 免赔额 |
|----|-------|--|------|--|---|
| 杭州 | 西湖益联保 | 少儿、大学生 /100元/年 其他参保人员: 150元/年 | 没有限制 | 医保内住院费用: 80% 医保外住院费用: 0.7万~3万赔 付比例 65%; 3万以上: 60% 特定药品: 60% | 困难人员: 7500元 职工退休人员: 13,000元 其余人员: 25,000元 7000元 10,000元 |

数据来源: 各地惠民保官网。

3.3.2. 惠民保能够满足农村地区多样化的医疗保障需求

惠民保通过多层次保障体系构建、精准化产品设计及服务网络下沉,能够有效满足农村地区多样化医疗保障需求。2023年农村地区常住人口大约为4.77亿人,占全国人口33.8%,农村地区常住人口依旧拥有很大的市场空间。惠民保作为普惠性商业健康保险的创新实践,通过多层次、多维度的制度设计,能够有效回应了农村地区医疗保障需求的异质性与复杂性。首先,构建高额医疗费用风险分担体系,突破基本医保目录限制,覆盖肿瘤特药、先进疗法及罕见病用药,根据《中国普惠型健康保险发展报告》2023年全国惠民保产品平均涵盖25种高值药品,针对食管癌、胃癌等农村高发癌种的特药覆盖率达78.6%,使参保患者目录外费用报销比例提升至42.3%,灾难性医疗支出生率降低9.2%;其次,通过差异化费率设计与精准补贴机制实现可负担性,依托政府指导定价将农村地区年均保费控制在100元之内,能够降低低收入群体在健康保险上的经济负担。此外,创新“保险+服务”模式,整合远程问诊、慢病管理,并通过健康积分兑换保费优惠形成预防-治疗闭环;针对特殊群体,取消健康告知与等待期使既往症患者

者获赔率达 35%~40%，设立定向救助基金并开发“小额高频”门诊险种，显著改善农村地区留守儿童与失能老人就医可及性。总体而言，惠民保项目为弥合城乡医疗鸿沟提供了兼具普惠性与可持续性的制度方案。能够满足农村地区复杂多样的医疗保障需求。

4. 广西桂民保发展的现状与困境

4.1. 发展现状

广西桂民保的诞生，源于广西地区特殊的经济社会背景及居民医疗保障需求。作为中国西南边陲的少数民族自治区，广西经济发展相对滞后，农村人口占比较高，居民整体收入水平偏低。在这一背景下，传统医疗保障体系难以全面覆盖广大居民，特别是农村地区群体，因病致贫、因病返贫问题尤为突出，不仅影响居民生活质量，也制约了地区经济社会的可持续发展。

见表 4，2018 年，广西纳入国家金融开放试验区；2019 年，《创建保险创新综合试验区实施方案》强调保险与地方产业融合，为普惠型医疗保险提供政策基础。2020 年前后，广西借鉴东部“惠民保”模式，分城市试点“八桂惠民保”，保障内容基础、覆盖范围有限。

2022 年，广西银保监局会同地方金融监管局、医保局，率先实现省级统一部署，将“八桂惠民保”升级为“桂民保”。确立“低保费(79 元/年)、衔接医保、突破目录、大病补偿”四大原则，由国富人寿广西分公司主承保，并与中国人寿、华安财险等共保，配合第三方平台，形成“政府指导 + 险企共保 + 技术赋能”模式。

2023 年，“桂民保”新增特药 10 种，累计覆盖 30 种；引入健康管理服务体系；放宽参保条件，覆盖更多新市民；保费仍维持低价；推出分层保障方案，为老年人、带病体及一般人群提供差异化保障。熠保科技、宸汐健康、科大讯飞等数字化平台全面介入，优化产品设计、推广和理赔流程，提升运营效率和用户体验。

凭借多方协同与技术赋能，“桂民保”已成为广西普惠医疗保障的重要补充，有效提升了城乡居民的医疗服务可及性，为构建多层次立体化保障体系奠定坚实基础。

Table 4. The development history of Guiminbao

表 4. 桂民保的发展历程

| 年份 | 内容 |
|--------|-------------------|
| 2018 年 | 设立保险创新综合试验区 |
| 2019 年 | 《创建保险创新综合试验区实施方案》 |
| 2020 年 | 推出八桂惠民保试点 |
| 2022 年 | 更名桂民保 |
| 2023 年 | 新增药品，放宽参保条件 |

数据来源：地方政府公开资料。

4.2. 广西农村地区桂民保面临的困境

4.2.1. 农村居民认知不足

广西作为我国西部地区，农村居民对“桂民保”的认知水平明显滞后于城镇，这一差距在参保率上尤为显著。当前，“桂民保”的宣传主要依赖于微信公众号、政府公告等线上渠道，然而在农村地区，特别是老年群体中，智能手机的使用率不足 30%，导致大量居民难以及时获取相关信息。同时，尽管村委

会等基层行政网络具备一定的触达能力,但由于工作人员缺乏专业培训,难以精准解读保险政策,使得“桂民保”的核心信息未能有效传递,形成了最后一公里的信息断层。

宣传的缺失直接导致农村居民对“桂民保”的认知不足,进而影响其参保意愿。由于商业健康保险市场上曾出现过误导销售等负面案例,农村居民对商业保险的信任度普遍较低,加之获取外部信息的渠道有限,部分群体对“桂民保”持怀疑态度,甚至认为其是变相收费或骗局,从而进一步削弱了参保积极性。因此,在农村地区,“桂民保”的参保率始终低于城市,难以充分发挥其作为普惠性健康保险的保障效能。

4.2.2. 免赔额设置过高

“桂民保”作为普惠型医疗保险,其高额免赔额长期制约了其在农村地区的推广效果。根据广西统计局数据,2024年全区居民人均可支配收入为31,125元,较全国平均低10,189元,农村人均收入仅为19,954元,城乡收入比达2.16:1,反映出农村居民的经济承受能力明显不足。而“桂民保”住院及特定疾病医疗的免赔额高达2万元,甚至超过部分农村居民一整年的收入水平,远高于如重庆“渝快保”等将免赔额设定在1万元以内的产品。高免赔标准不仅提高了理赔门槛,降低了保障实效,也使基层就诊的农村患者难以受益,赔付率偏低进而削弱了参保意愿。这一现状既影响产品的推广与覆盖,也可能对保险机构的资金运作与可持续性产生负面影响,甚至加剧因病返贫现象。未来,应适当下调免赔额,或引入分层免赔机制,针对低收入及慢性病群体制定更具包容性的保障方案,同时借鉴其他地区经验,优化理赔政策,提升产品吸引力与保障实效,真正发挥普惠医疗保险在缓解农村医疗负担和完善医保体系中的作用。

4.2.3. 财政支持力度不足

在广西地区,政府对基本医疗保险的财政投入力度较大,2024年共筹措31.46亿元专项资金支持城乡居民基本医保,参保率高达99.14%,凸显“保基本”的政策优先导向。然而,作为普惠型商业补充医疗保险的“桂民保”,并未获得类似的财政直接补贴,缺乏独立预算安排,资金主要依赖保险公司自筹,制约了其在定价、推广及可持续发展方面的空间。同时,基本医保的大规模投入也压缩了补充医保的财政支持空间。尽管中央财政对困难群体有定向补助,但资源倾斜至特定福利项目,对“桂民保”形成支持不足。县级财政受政绩考核影响,通常优先保障医疗基础设施和社会救助,难以为“桂民保”提供持续性预算。加之乡村振兴补助资金结构调整,农村财政需兼顾多领域支出,进一步降低了对补充医保的优先级。总体而言,广西医疗财政仍以基本医保为主,“桂民保”在政策激励和财政支持方面相对薄弱。未来,政府可通过优化财政资源配置,设立专项补贴、降低参保门槛并引入税收优惠等措施,增强“桂民保”在农村地区的可及性与可持续性。

5. 惠民保赋能广西农村医疗保障的完善路径

5.1. 优化面向农村市场普惠健康保险的产品设计

普惠健康保险采取统一保费机制,因忽视参保群体的风险异质性,易触发“死亡螺旋”效应:统一费率难以匹配高风险群体的实际理赔需求,导致保险机构持续亏损;为弥补损失倒逼保费上调,致使低收入及高风险群体无力承担,本应受保障的弱势群体被排斥。由此引发参保规模缩减、赔付压力加剧的恶性循环,最终导致保险覆盖范围萎缩、服务对象锐减,逐步背离普惠初衷,弱化社会保障功能。

第一,实施差异化定价。根据年龄、健康状况、家庭收入及建档立卡贫困户身份等指标,结合精算模型测算各群体预期赔付成本,设定弹性费率区间。对贫困户给予保费补贴,确保其基本参与;对低风险或中高收入者适当提高费率,实现风险与资金的平衡。

第二, 逐步吸纳健康群体, 共担风险与稳固资金池。通过低费率吸引健康人参保, 并设立健康奖励、无赔款返还等激励措施, 鼓励参保者参与体检、慢病管理等健康干预。此举不仅可分散风险、降低整体赔付率, 还能借助健康管理提升参保人群整体健康水平。

第三, 动态优化费率与降低免赔额。建立与医疗通胀、人口结构变迁和赔付数据挂钩的动态精算模型, 按保费收入 5%~10%比例计提风险准备金, 并设定触发阈值自动启动补充机制; 同时适当降低免赔额, 减轻参保人初期负担, 提升产品吸引力。借助大数据和人工智能实时监控赔付趋势, 及时调整策略, 确保费率科学合理。

5.2. 加大财政支持力度提升普惠健康保险的保障水平

加大财政支出力度提升普惠健康保险的保障水平是提高广西桂民保整体服务质量与覆盖面的关键举措之一。

第一, 构建系统化财政支持机制, 设立普惠健康保险专项基金。可从自治区级医保基金结余中划拨资金, 加大财政投入, 强化政府深度参与。目前, 广西桂民保财政投入不足, 仅承担“信用背书”角色, 实际支持力度亟待提升。建议设立“桂民保可持续发展专项基金”, 优先用于农村低收入群体, 完善保费补贴与高额赔付风险池建设; 同时, 动态调整保障目录, 将地方高发疾病纳入核心范围, 并配套诊疗补贴。

第二, 政府应设立专门协调部门, 与保险公司开展常态化合作, 构建高效透明的资金保障机制, 防止资金短缺影响保障水平。保险公司应在产品设计上丰富普惠健康保险保障项目种类, 针对不同人群健康风险特征, 量身定制个性化方案。可引入更多社会保险产品, 覆盖老年人、儿童等弱势群体, 实现更精细化的风险管理与服务提升。

第三, 加快普惠健康保险信息化建设, 运用大数据与人工智能技术, 提升风险评估与理赔效率, 降低管理成本, 将更多资金用于实际保障。与此同时, 应加强政府财政与医疗机构、保险公司等相关方协作, 保证理赔服务及时、透明, 增强公众信任。通过上述措施, 桂民保保障水平将显著提升, 更好地服务广大民众, 推动社会保障事业持续发展。

5.3. 加强普惠健康保险在农村地区的宣传教育

一是深耕线下推广, 提升农村地区知晓率与参与度。围绕低收入、脱贫监测户和低保户等重点群体, 联动县级基层医疗机构、乡村扶贫干部和农业保险业务员, 定期在集市、文化广场、村委会等场景举办宣讲会、健康义诊、沙龙座谈, 发放图文并茂的宣传手册和投保指南, 将普惠健康保险与农业保险、家庭医生签约服务捆绑推出, 便于居民“一站式”了解和咨询。业务人员应深入走访、个性化解答疑问, 演示理赔流程和赔付案例, 消除误解和顾虑, 并通过签约仪式、集体参保优惠等方式, 激励村民主动加入。

二是巩固普惠健康保险产品的线上宣传, 扩大其影响力和覆盖范围。随着互联网时代的到来, 媒体报道已成为农村普惠健康保险传播和监督的重要渠道。充分利用网络媒体、直播平台和社交媒体等现代化传播手段, 广泛开展普惠健康保险的线上宣传, 使普惠健康保险产品能够在农村居民中提升关注度, 增加参与度。通过线上平台发布普惠健康保险的相关信息、成功案例和政策解读等内容, 吸引更多农村居民关注并参与其中。同时, 线上平台还应发挥监督作用, 对普惠健康保险产品的违规行为进行曝光, 促使保险公司在承保过程中保持透明和公开, 保障参保人权益。通过线上与线下的有机结合, 不仅可以提升普惠健康保险的知名度, 还能有效推动其在农村地区的健康发展, 确保普惠健康保险真正发挥其在社会保障体系中的作用。

参考文献

- [1] 陈新建, 农心悦. 西部地区普惠医疗保险如何实现高质量发展?——基于广西惠民保的案例分析[J]. 区域金融研究, 2025(1): 53-62.
- [2] 许闲. 惠民保的前世、今生与未来[J]. 上海保险, 2021(5): 13-20.
- [3] 苏泽瑞. 普惠性商业健康保险: 现状、问题与发展建议[J]. 行政管理改革, 2021(11): 90-99.
- [4] Ermer, T., Walters, S.L., Canavan, M.E., Salazar, M.C., Li, A.X., Doonan, M., *et al.* (2022) Understanding the Implications of Medicaid Expansion for Cancer Care in the Us. *JAMA Oncology*, **8**, 139-148.
<https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2021.4323>
- [5] Lim, M.K. and Lee, C.E. (2021) MediShield Life and Integrated Shield Plans: Balancing Public and Private Roles in Singapore's Health Insurance System. *Health Systems & Reform*, **7**, e1921902.
- [6] 顾东明, 周明, 张易知. 商业健康保险的相关政策变迁——基于多源流理论框架的分析[J]. 中国卫生事业管理, 2023, 40(9): 661-664+697.
- [7] 刘云堃, 杨强, 董田甜. 惠民保可持续发展的协同治理模式探究——基于江苏典型地区的比较分析[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(4): 30-35.
- [8] 袁理, 刘强, 杨璐. 养老社区相关保险产品的分析及发展[J]. 中国保险, 2022(9): 15-18.
- [9] 《惠民保发展模式研究》课题组, 金小桃, 王琴, 陈诗雨, 王起国, 戚开铭, 谢远涛. 惠民保发展模式研究[J]. 保险研究, 2022(1): 3-20.
- [10] 朱俊生, 冯鹏程. 普惠补充医保的当下和远方[J]. 中国卫生, 2021(9): 23-25.
- [11] 范娟娟. 促进商保与医保衔接融合[J]. 中国金融, 2021(11): 76-77.
- [12] 唐金成, 黎宝鑫, 张伟. 健康保险: 物联网赋能下的创新发展[J]. 中国保险, 2021(11): 51-55.
- [13] Van de Ven, W.P.M.M. and Schut, F.T. (2020) Regulating Competition in Dutch Health Insurance: Lessons for Universal Coverage Systems. *Health Economics*, **29**, 66-81.
- [14] Saltman, R.B. and Duran, A. (2022) Cross-Border Health Insurance in the EU: Towards a Harmonized Framework for Portable Coverage. *Health Policy*, **126**, Article 102489.
- [15] 杨思创, 邱服冰, 汤修齐, 等. 澳大利亚残疾人辅助技术服务政策与发展研究[J]. 中国康复理论与实践, 2021, 27(8): 889-899.