寿再探索
探索·分享·引领
14th ANNIVERSARY
ReSearch

寿再探索

探索·分享·引领

总第十七期（2025年12月）

团险企业保障

- 全球团险保障市场及趋势研究
- 企业补充医疗保险的创新实践与体系构建
- 企业补充医疗保险中的健康管理服务研究
- 团体保险可持续定价策略探析
- 团险企业保障的运营研究
- 基于LIFE模型的团险员福业务破局之道和案例启示



中国人寿再保险有限责任公司
CHINA RE
CHINA LIFE REINSURANCE COMPANY LTD.

中再寿险
CHINA RE LIFE

寿再探索
探索·分享·引领
14th ANNIVERSARY
ReSearch

行业趋势 + 市场热点 + 产品创新 + 服务创新 + 技术赋能 + 生态链接

.....



寿再探索
展现专业风采

联系电话：86-10-66576304

目录 ／ CONTENTS

► 刊首语 ／ 01

► 全球团险保障市场及趋势研究 ／ 03

一、团险从何而来 ／ 04

二、国际主要团险市场发展形式 ／ 04

三、中国团险市场概况及发展困局 ／ 10

四、基于国际经验对中国团险市场的发展建议 ／ 12

► 企业补充医疗保险的创新实践与体系构建 ／ 14

一、企业补充医疗保险发展的宏观环境 ／ 15

二、传统企业补充医疗的发展痛点 ／ 17

三、未来企业补充医疗的升级方向 ／ 19

四、总结与展望 ／ 22

► 企业补充医疗保险中的健康管理服务研究 ／ 23

一、健康管理给企业带来的价值 ／ 24

二、国际市场企业健康管理经验——以美国市场的主导模式为例 ／ 25

三、我国企业健康管理政策、特点及展望 ／ 27

四、企业补充医疗保险配套健康管理的优势 ／ 29

五、方案及建议 ／ 31

六、结语 ／ 32

► 团体保险可持续定价策略探析 ／ 34
一、团险业务特点及发展趋势 ／ 35
二、现行团险定价机制与挑战 ／ 35
三、团险定价的核心风险 ／ 37
四、 再保险视角下的定价优化与风控建议 ／ 39
五、结论与展望 ／ 40

► 团险企业保障的运营研究 ／ 41
一、我国团险企业保障的运营现状 ／ 42
二、我国团险企业保障的运营风险与痛点 ／ 43
三、团险企业保障运营的优化策略 ／ 45
四、总结与展望 ／ 47

► 基于 LIFE 模型的团险员福业务破局之道和案例启示 ／ 49
一、引言 ／ 50
二、员工健康福利保障的发展瓶颈 ／ 50
三、员工福利管理 LIFE 模型 ／ 51
四、典型案例经验启示 ／ 52
五、结论与展望 ／ 57

刊首语

“团险企业保障”是以商业团体保险的形式，为员工提供医疗、身故、伤残等风险保障的员工福利计划。作为一项国际通用的人力资源管理制度，被企业视为吸引人才、塑造企业文化、推动可持续发展的战略举措，体现了组织的人才价值观。当下社会、经济、市场环境快速变化，员工个性化需求日益增长，对企业人力资源管理提出了更高要求。参照国际发达国家，团险企业保障是一项维护员工健康、激励员工发展的关键投资，由企业提供覆盖员工全生命周期、系统性的健康福利计划，从而提升员工幸福感与归属感，并最终推动企业组织效能提升与凝聚力的增强。这要求企业福利设计践行“以人为本”理念，真正从员工需求出发，在满足个性化需求与成本效益之间实现精准平衡，打造兼具温度与可持续的福利生态。

与企业需求侧的觉醒相比，当前中国团险市场供给侧仍然面临产品同质化、理赔经验差、产品服务创新不足等多重问题，距离提供有竞争力、满足不同员工差异化需求的保障尚有较大差距。如何破解这一难题，成为重要的行业课题。为此，中再寿险坚持“洋为中用”理念，从全球视角出发，梳理了团险发展的一般核心规律；从我国企业实践出发，广泛延请业内专家、客户开展访谈交流，从人力资源视角，围绕产品开发、核保核赔、健康服务等开展一手调研；结合 DRG/DIP 支付改革、团险 18 条等新政落地，提出了助力企业团险保障长期发展的中再解决方案。

我们秉持专业严谨的态度，基于对企业员福保障的研究成果，策划编辑本期《寿再探索》，以期对员工福利体系建设及团体员福保障计划变革创新有所裨益！本期主要内容如下：

1.**《全球团险保障市场及趋势研究》**：文章对全球代表性的团体保障市场开展全面梳理，基于国际主要团险市场对比，总结出团险的核心发展规律，结合中国团险市场现状，提出回归保障本源、规范管理、丰富保障责任、创新价值医疗管理等发展建议，为中国团险市场优化升级、服务“健康中国”战略提供参考。

2.**《企业补充医疗保险的创新实践与体系构建》**：作者为健康险专家，文章探讨企业补充医疗保险在多层次医疗保障体系中如何通过创新实现成本可控与价值提升。针对传统企业补充医疗方案的不足，研究提出产品结构重塑、健康委托管理基金合规转化、长期医疗生态构建等发展路径，助力企业提升员工健康福利价值。

3.**《企业补充医疗保险中的健康管理服务研究》**：作者为健康管理专家，文章研究企业补充医疗保险中的健康管理服务的价值与应用实践问题。通过总结我国企业健康管理实践的特点、定位和发展趋势，分析企业补充医疗保险配套健康管理服务的优势，提出了以企业健康小屋为抓手，推广全病程管理等适合企业的健康管理服务建议。

4.**《团体保险可持续定价策略探析》**：作者为精算师，文章基于对当前团险员福业务的特点、发展趋势、团险定价风险因素与定价模式存在的风险问题分析，从再保险视角提出了针对性的定价策略与风控建议，指出未来团险业务竞争模式的改变，将最终推动行业迈向数据驱动、生态协同的发展新阶段。

5.《**团险企业保障的运营研究**》：作者为核保核赔专家，文章聚焦我国团险企业保障运营，系统分析核保、理赔作业的现状、风险点与问题痛点，结合国家政策导向、医疗技术进步、保险科技发展对团险企业保障运营的影响分析，从再保险视角对团险企业保障运营提出优化策略。

6.**《基于 LIFE 模型的团险员福业务破局之道和案例启示》**：作者为团险与人力资源专家，凭借多年的团险员工福利设计经验，着重总结了互联网、电信等不同领域的企业设计员工健康福利保障计划的诉求差异，并总结了 LIFE 福利模型，从精益运营、创新设计、成本控制、情绪拉升四个维度分享了典型企业员福案例的经验启示，从销售视角为团险员福业务实现突破提供了有益的理论参考依据。

最后，衷心感谢您对《寿再探索》的长期支持！



全球团险保障市场及趋势研究

■ 金笑权 ■ 于洋 ■ 孔玢珏 （中再寿险战略研究部）

摘要：团体保险已演变为发达国家社会治理与企业人力资源管理的关键制度安排。本文基于美、英、加、法等国团险市场对比，总结出团险重要性持续提升、责任设置适配本土保障体系、差异化满足企业诉求、拥抱技术与服务创新的核心发展规律。在此基础上，结合中国团险市场现状，提出回归保障本源、规范管理、丰富保障责任、创新价值医疗管理等发展建议，为中国团险市场优化升级、服务“健康中国”战略提供参考。

关键词：团体保险；员工福利；保障责任；医疗服务网络

团险保障计划在国际上已成为最重要的一项员工福利。他山之石可以攻玉，对于国内的企业负责人、相关领域的从业人员，以国际经验为参考，从源头重新思考团险保障计划的价值，对改善中国的团体保障计划并福祉企业、员工及社会有着重要价值。

一、团险从何而来

团险的发展有着清晰的历史脉络，从古代分散风险的本能需求出发，在工业化时期借助劳资关系与政策环境实现大规模推广，在现代社会融入人本管理和社会责任理念，变得日益完善和重要，成为社会治理百宝箱中一个重要的风险管理工具。

（一）萌芽孕育阶段：源于分散风险的基本动机

无风险则无保险，人身保险的发展，根本上是源自人们对“生、老、病、死、残”等生命不确定性的恐惧和管理需求。中国宋代起，就在州县普设“太平惠民药局”（11 世纪后期），由官府以盐、茶、酒的税收垫资，平价售药、赈济贫弱，同时把药价、剂量及合格医者名单公开化。德意志、波西米亚与阿尔卑斯矿区于 15 世纪中叶设立矿工箱，按周收取低额工费，用于支付工伤、尘肺与遗属抚恤。这些朴素的风险管理做法奠定了当代团体保险的雏形。

（二）发展成熟阶段：在工业化社会因改善劳资需求关系而发展

现代团险的思想可追溯到 1907 年。美国哥伦比亚大学的海勒锡格教授提出雇主应当对雇员因意外事故、疾病、年老等所致的伤残、工作能力丧失、死亡等社会问题承担相应责任，最好的方式是由雇主支付保险费为雇员购买保险。此后，二战期间，为避免重蹈德国的恶性通货膨胀，美国联邦政府通过《物价稳定法案》控制薪资和价格增长，禁止雇主通过提薪的方式吸引工人，但单独对员工福利无限制。于是，雇主开始大量提高医疗保险待遇，以此作为限薪的替代福利，使得团险在美国得到了广泛推广，为团险的发展奠定了基础。

（三）价值提升阶段：因现代管理学“以人为本”的思想全面丰富

行为科学理论颠覆了管理学“经济人”假设，推动管理从过程的控制转向对人的激励，团险计划不被狭义地认定为一种成本，更多地是一种对员工的激励和认可。同时，企业作为社会的重要组成部分，其福利实践不仅影响内部员工，更对社会生态产生积极的外部效应，体现组织的社会责任感。在这一思想下，发达国家地区的团险计划得到了迅猛发展。

二、国际主要团险市场发展形式

在全球范围内，团险形态因各国政策导向及社会医疗保障体系架构不同而差异显著。美国凭借成熟的商业体系，让团险承担了社会健康保障的主体责任；英国、加拿大等国公费医疗体系发达，团险更多地扮演了提升就医体验与填补保障空白的角色；法国通过立法强制雇主为员工购买商业团险，作为社保的法定补充。这些各具特色的发展模式，反映了团险灵活适应不同社会需求的多样化实践。



（一）美国：以商业团险承接社会健康保障主体责任

美国是全球团体保险市场最发达的地区，其商业团体健康险承担了非老年人群社会健康保障的主体责任，依托税优与雇主雇员共同缴费，通过管理式医疗将医疗服务组织与成本控制内生化，药品端通过药房福利管理模式（PBM）控制药品价格与利用的不确定性。

1. 提供者多元：商业健康险公司、保险与医疗一体化机构两类，形成支付、治疗、药品提供闭环

美国商业团体健康险供给方大致分为两类：一是传统商业健康险公司，以全国性或多州运营为特征，如 CVS Health/Aetna、Cigna 等，通过广泛医疗服务网络签约来服务雇主客户。二是由医疗服务体系主导或深度参与的保险与医疗一体化机构，如凯撒医疗、联合健康等，与自有或紧密合作的医院与医生网络协同定价、管理质量与路径，形成“计划 + 网络”一体的雇主解决方案。

2. 产品责任设置：责任全覆盖、大小团体有别

根据《患者保护与平价医疗法案》（ACA）要求，美国团体健康险形成了强制小团体与弹性大团体的双轨格局：

对小团体（通常≤ 50 人，部分州至≤ 100 人），法律以强制方式标准化保障责任，必须覆盖十项基本健康福利，包括门诊、紧急服务、住院（住院护理）、怀孕 / 生育 / 新生儿护理、心理健康和物质使用障碍服务、处方药、康复服务和设备、实验室服务、预防 / 健康服务和慢病管理、儿科服务（含牙科和视力）。按不同档位确定自付比例，设置年度自付上限并禁止既往病史核保与年度 / 终身限额，配合社区费率与保证承保，将员工的自付风险固定在可预测区间。

大团体（≥ 51 人，且自保占比高）不强制使用基本健康福利与社区费率，雇主可在 PPO（优选医疗机构）/HMO（管理式医疗含健康维护组织）/HDHP（高免赔额健康计划）等网络和福利设计中更大幅度定制门诊、住院、产育、处方药、心理健康、康复等责任与免赔 / 共付 / 责任结构，但需满足雇主共同责任规则，向全职员工提供可负担且具最低价值的保障，以避免罚金。

3. 医疗服务网络：医疗网络和药品管理全产业链

美国商业健康险及部分社保按网络管控与支付机制可分为管理式医疗和药品管理两类模式。

管理式医疗含健康维护组织（HMO）、优选医疗机构（PPO）、指定医疗机构（EPO）、定点服务组织（POS）及新型责任医疗组织（ACO）。各模式适用人群不同，其中 HMO 以封闭网络提供保障；PPO 较 HMO 更开放，可以网络外就医，但自付比例高；POS 介于 HMO、PPO 之间，多为 HMO 的附加选项。近年来 ACO 倡导的价值医疗快速兴起，ACO 一般针对特定患者群体，核心是医疗放共担患者的质量与成本责任，在改善患者护理及慢病管理方面发挥较大作用。

药品管理模式的核心为药房福利管理（PBM），是药品管理关键中介，为保险计划制定药品处方集、与药企 / 药房谈折扣、处理理赔等，通过回扣模式降低药价，网络覆盖多数连锁及独立药房，方便参保人低价购药。市场集中度较高，三大 PBM 控制美国市场约 80% 处方量，2022 年四大 PBM 占七成市场份额。PBM 是药品多元支付中最重要的一环，有效提升了药品可及性。

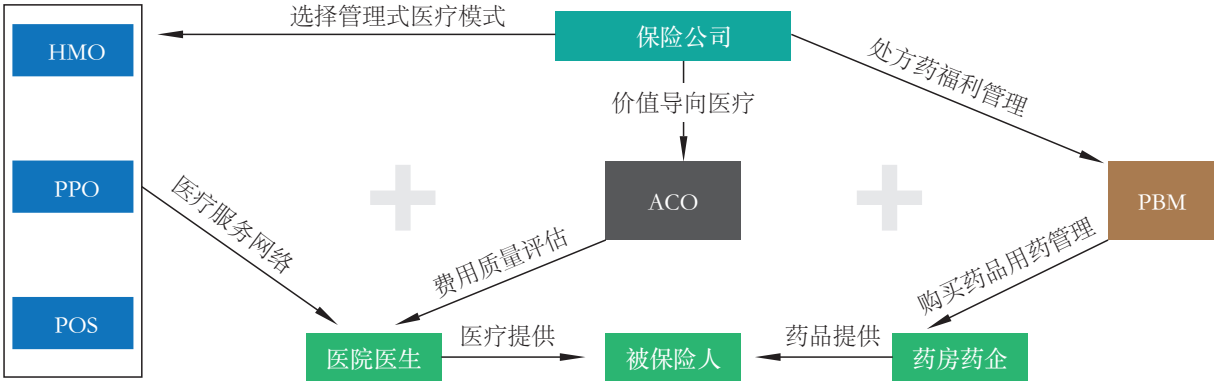


图 1 美国医疗服务网络闭环管理模式

（二）英国、加拿大：补充社保实现医疗体验边际改善

英国、加拿大均以公共医保为主导，商业健康险承担补位与改善职能，如使用私立医院网络跳过就医等待期和填补药、牙、视、康复等方面的社保缺口。

1. 提供者：以纯商业保险公司主导

英国、加拿大团险由纯商业保险公司主导供给，如英国的 Bupa、AXA Health、Aviva 等；加拿大的 Sun Life、Canada Life、Manulife 等。

2. 产品责任设置：项目对标社保，由私立医疗提供服务提升效率、增加牙科等消费医疗项目

英国团险保障定位是覆盖保单生效后发生的急性疾病与手术，总体上以住院 / 日间手术为核心，门诊为可选，进行不同额度分层，配套癌症保障、心理健康和康复治疗等，并通过认可医院 / 医生网络 + 费用表控费。加拿大团体补充医疗则主要用于补足公费医疗未覆盖或部分覆盖项目（如处方药、牙科、视光、辅疗、医疗器材等），其中处方药是最重要的部分，主要由于省级公费医疗对院外药并非全民统一保障，且设计差异显著。

3. 医疗服务网络：相对松散的私立医疗签约网络

英国市场的保险公司将全国私立医院和诊疗机构按地域与成本结构进行分层管理，形成可选的医院名单，通过开放 / 引导式转诊把患者从全科医生（GP）转诊引流至符合质量与价格门槛的专家与机构。

通过统一临床项目与打包计费口径、事前授权管理等方式控费。基于上述管理，英国团险实现了三项功能：一是通过提供更高效的私立医疗网络，实现参保人快速就医；二是报销费用在治疗前确认，避免纠纷；三是通过电子直付的方式简化账单流程，提升效率。

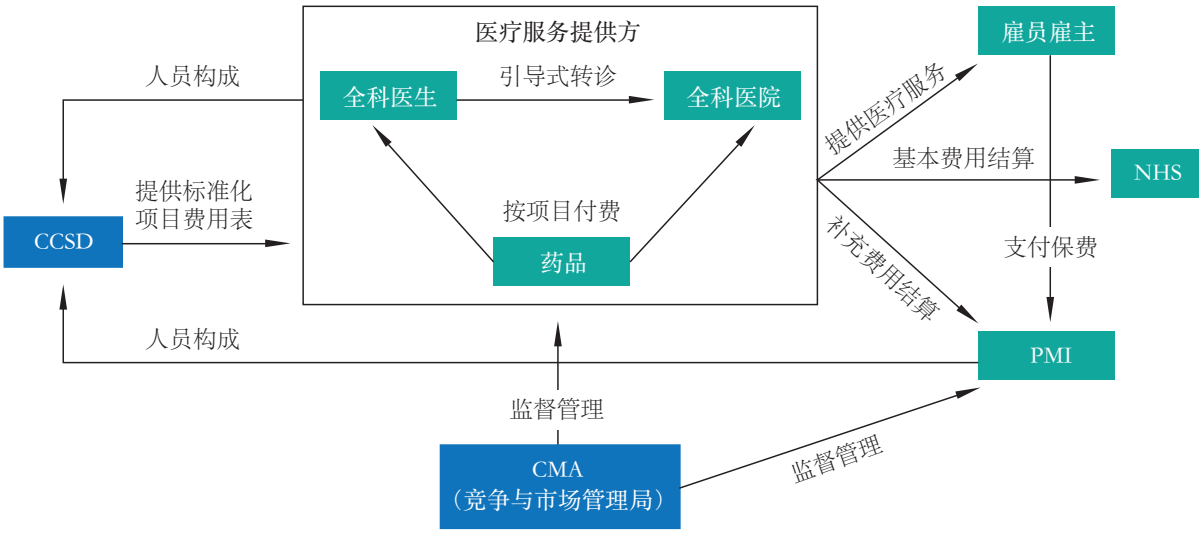


图 2 英国医疗服务网络运营模式

加拿大提供了诊疗、药品一站式结算的社保补充网络。在加拿大，政府既是第一支付方也是规则制定者，雇主与员工共同出资并确定福利框架，团险保险人、第三方管理人（TPA）与药品福利管理平台（PBM）承担承保、理赔与用药管理的枢纽职能，医院、医师、药房、牙科与辅疗等提供方通过直连网络或报销路径接收计划支付。

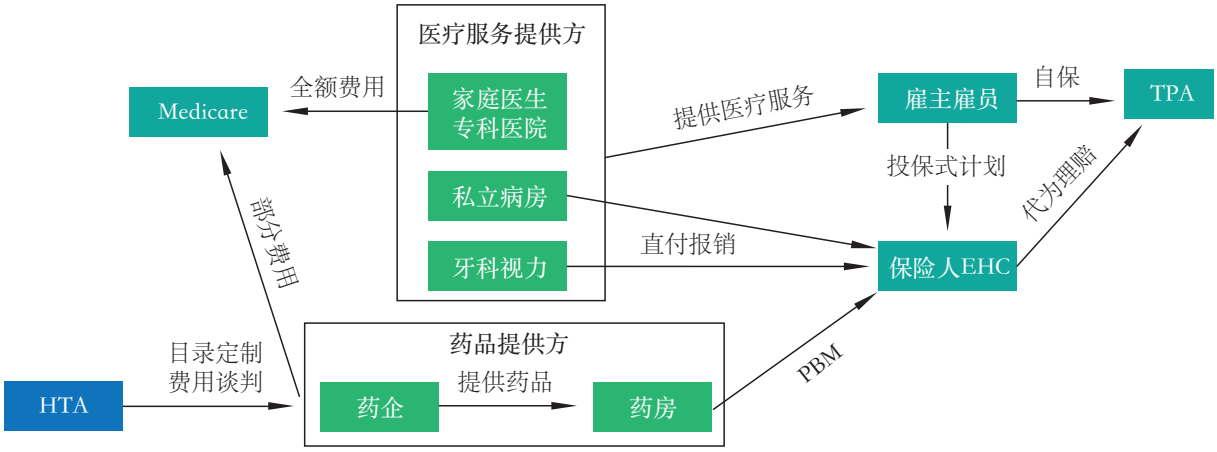


图 3 加拿大医疗服务网络运营模式

（三）法国：政府强制要求购买商业团险为社保补充

法国以商业团险作为社保的强制补充。法国社保体系通常只报销标准医疗费用的 70%，自付差额及



超额收费使民众面临持续自付风险。根据法国跨行业协议法案（La Loi ANI），自 2016 年起，法律强制要求所有私营部门[1]雇主为员工提供集体补充性健康保险，引发市场重心向团体合同倾斜。

1. 提供者：保险、互助、预防机构丰富多样的产品提供者

法国的团体补充健康保险提供商分为三类：

（1）互助社，非营利组织，所有权归属于会员，历史上主导着个人保险市场，在改革后积极适应团体市场需求。2023 年保费收入占健康险市场 46%，其中 34% 为团体合同。

（2）保险公司，营利性商业实体，近年来凭借强大的资本实力和市场营销能力，在团体保险领域积极扩张，市场份额持续增长。2023 年保费收入占健康险市场 37%，其中 52% 为团体合同。

（3）预防机构，非营利机构，由雇主代表和雇员代表共同管理，通过集体协议为企业及其员工提供补充性健康和预防保障服务。高度专注于团体保险市场，为整个公司或行业提供保障。2023 年保费收入占健康险市场 17%，其中 88% 为团体合同。

2. 产品责任设置：政府规定最低责任 + 可选责任

基于法国跨行业协议法案（La Loi ANI），雇主提供的保险合同必须覆盖法定的“最低保障项目篮子”和“100% 健康”(100% Santé) 改革：

最低保障责任，包括四方面内容：一是普通医疗，100% 报销社会医疗保险法定自付部分；二是住院治疗，全额报销每日 20 欧元住院费用，无天数限制；三是牙科治疗；四是视光学。

“100% 健康”改革责任，自 2021 年全面实施，在“最低保障项目篮子”基础上进一步扩展责任，要求团险报销金额与社会医疗保险报销部分之和能够完全覆盖“100% 健康”篮子内产品（配镜、安装假牙和使用助听器）的全部费用，从而使患者最终自付额为零。

可选保障责任，受市场竞争与员工期望提升驱动，雇主与保险公司普遍提供超法定标准的增值服务，包括专科医生费用、私人病房、替代疗法与心理健康支持、成人正畸与种植牙、远程医疗、预防与健康计划等。

---

[1] 特指那些完全由私人或股东拥有和运营的、以盈利为目的的企业，不包括公共服务机构、国企或以社会公益为目的的非营利组织。

3. 医疗服务网络：委托第三方网络平台整合服务资源，实现成本控制

法国医疗服务网络运作模式是补充性健康保险机构与网络平台签订服务合同，而网络平台则负责在全国范围内建立并管理一个由签约医疗服务提供方（如眼镜店、牙科诊所、听力中心等）组成的联盟。其核心职能是补充性健康保险机构通过承诺为签约服务方带来稳定的客流，来换取后者所提供的优惠价格和服务承诺。医疗服务网络的运营核心在于对服务提供方的严格管理，要求其必须遵守规范文件，对服务定价、使用材料质量标准、服务流程等方面都做出了明确规定。

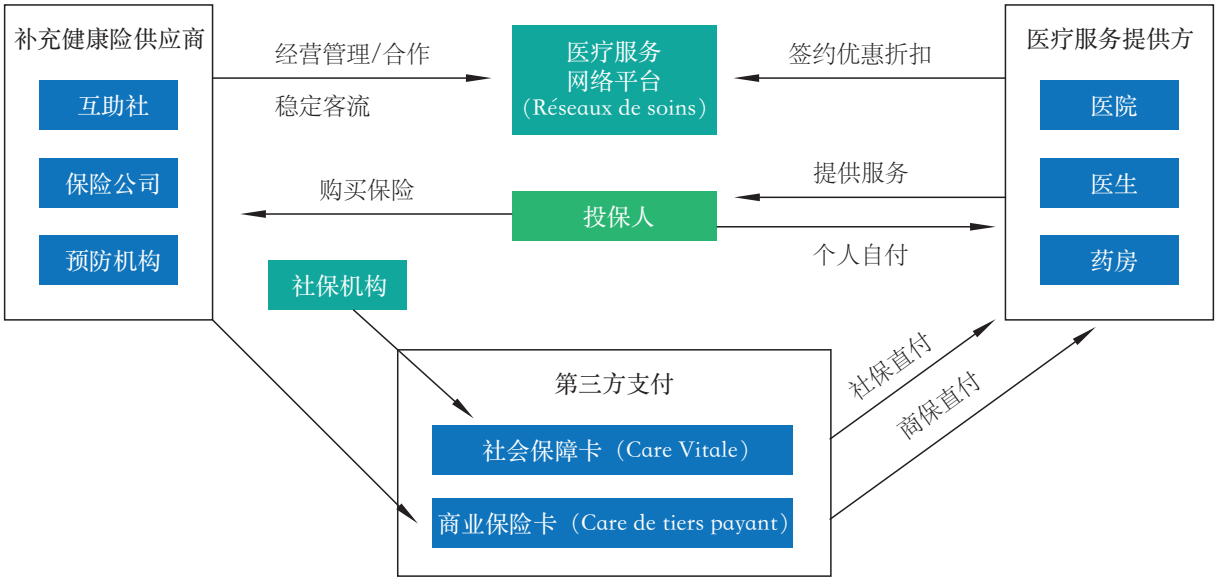


图 4 法国医疗服务网络运营模式

（四）国际团险市场发展规律总结

纵观全球，团险的发展始终与社会需求、企业痛点紧密相连，团险市场在长期实践中沉淀出共通的底层逻辑与演进规律。

1. 重要性持续增强，团险成为社会治理、企业管理的重要一环

从国际实践看，无论是以商业保险承担社会医疗保障主要责任的美国，还是社会保险相对发达的法国，均立法强制要求企业购买员工福利计划。更大范围内，在全面公费医疗的沙特、阿联酋等中东地区，企业也被要求为非当地居民购买员工福利计划。由此看出，在现代化国家、社会治理以及企业管理中，ESG（环境、社会和公司治理）理念深入人心，员工福利计划的要求不断提高。

2. 团险责任设置与当地保险支付体系、医疗服务供给体系密切相关

在英国这样全面享受医保、公立和私营医疗体系发达且费用差距大的国家，团体医疗保险主要解决公立医疗不堪重负情况下，病人分流和看病体验的问题；在美国这样缺乏社保兜底的国家，团体医疗保险的任务更加复杂，因此构建了医疗、医院、医生的商保闭环体系；在法国，团体商业保险的使命在于承担部分医保支付压力，同时适当向私立医院分流病人，因此法国团体医疗保险的设计有一部分与社保高度重合。

3. 差异化满足不同类型企业诉求

从世界范围看，中小企业和大型企业普遍采取不同的员工福利计划。中小企业解决的是基本保障有

没有的问题，而大型企业解决优不优的问题。具体来说，中小企业通常以标准化费率购买政府指定最低责任的团体保险。这类企业人数少、风险分散效应差，赔付波动大，团体商业健康保险在其中承担风险走廊作用，通过标准化责任和运营，将千千万万个中小企业整合起来，使风险得到分摊。对于大企业而言，团体商业健康保险多提供定制化产品服务方案，因为公司人数巨多可以实现风险分摊和自保，团体商业健康保险还可以提供服务网络，包括医疗、医药供应平台，以及科学化控费手段，从而优化其自身的保障计划。

4. 承保领域不断扩大，成为新技术、新服务进入保险业的前沿

团体员工福利计划不断突破传统意义上医疗健康险的边界。传统意义上的社保、商业保险主要关注诊断和治疗，而当今世界团险在项目上普遍纳入了配镜、安装假牙、使用助听器、精神治疗、以及健康管理、整骨疗法、营养咨询等非传统治疗领域和手段，在药品目录中也更加贴近于最新的创新生物药物，团险边界不断拓宽，吸引力不断增强。

三、中国团险市场概况及发展困局

作为全球保险市场的重要组成部分，中国团险在独特的政策与市场环境中走出了一条迥异于欧美国家的发展路径。中国团险的核心定位是政策驱动下的社保补充，随社保制度起步，团险发展经历过成长红利，近年却进入存量时代，面临显著困局。

（一）中国团险市场发展历史

与世界市场相比，中国团险市场更像法国，定位于社保补充，受政策推动明显。一是伴随中国社会保障制度的建立迎来第一次发展。1998 年，《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》首次提出“允许建立企业补充医疗保险。企业补充医疗保险费在工资总额 4% 以内的部分，从职工福利费中列支，福利费不足列支的部分，经同级财政部门核准后列入成本”，为企业补充医疗保险的发展提供了明确的政策依据和操作指引。二是医疗改革、个险快速发展背景下，团险遭受冲击而衰落，同时创新了医疗基金模式。2000 年后，受城镇职工基本医疗保险制度改革扩面，以及个人健康险、重疾险快速发展的替代效应影响，团体医疗险增速放缓，开始了夹缝求生的寻路。其中，健康保障委托管理业务因支取灵活、可以获取利息，快速发展并延续至今。三是不断发展、成熟和规范。2009 年以后，团体补充医疗的发展不断规范。一方面，保费税前扣除标准上调。财政部、国税总局联合下发《关于补充养老保险费、补充医疗保险费有关企业所得税政策问题的通知》（财税〔2009〕27 号），提出“为在本企业任职或者受雇的全体员工支付的补充医疗保险费，在不超过职工工资总额 5% 标准内的部分，在计算应纳税所得额时准予扣除”。另一方面，医疗基金大量整改。由于补充医疗保险资金委托保险公司管理，而非实际支付费用，因此该项尚未实际发生又未取得合规税前扣除凭证的款项，不得在计算应纳税所得额时扣除。在实际操作中，很多企业做了模糊处理。此外，对央企而言，除费用扣除外，医疗基金因独立管理、收取利息，在审计中涉嫌“私设小金库”，相关业务面临大面积整改。

（二）中国团险市场规模

2001-2022 年，人身险公司团体健康险市场从 24 亿元规模增长至 1234 亿元，年复合增速达 20%。分年份看，2009 年之前，市场处于从无到有的快速增长期，年份间波动较大。2010 年前后，“5% 扣除标准”

提出意味着团体医疗险进入二次稳定增长期。2020 年前后，团体健康险市场规模趋于稳定，增速开始下滑，进入存量时代。

（三）中国团险市场产品特征

经过多年发展，中国团体补充医疗市场基本定型，有相对固化的产品服务体系。基于中智经纪、极客等主要人力咨询机构、团险中介的统计及一手访谈，分析如下：

1. 产品责任：相对单一，主要提供“给付 + 报销”产品组合

在当前团险产品结构中，给付型多为主险，整体保障额度较低，保障多为固定额度，少数与薪资倍数挂钩。报销型方面，95% 的方案设计中员工医疗费用赔付比例高于 80%，子女报销比例集中在 50%，且几乎没有免赔额。

2. 保障主体：以员工为主

当前团险的保障主体以投保企业员工为主，部分方案向员工子女延伸，主要包括补充医疗保障、重疾保障；少量方案面向员工配偶提供保障；由于风险较高，极少方案将保障范围扩展至员工父母。

3. 保障额度：整体较低

当前团体保障额度明显不足。根据《工伤保险条例》，工亡补助金标准是上一年度全国城镇居民人均可支配收入的 20 倍，而给付型责任中疾病和意外的员工保障额度大都分布在 10-20 万之间，不足 4 倍 。住院补贴（150 元 / 天）和托育费（50 元 / 月）按实际时长给付，也难以覆盖实际费用支出。

（四）中国团险市场困局与挑战

中国团险市场相对固化且成熟度较低，不可避免地衍生出深层次的发展困境：持续恶化的赔付压力正倒逼保险供给萎缩；企业深陷“涨费换保”的恶性循环；同时，产品与服务创新陷入停滞。这些结构性挑战相互交织，严重制约了市场发展，亟需被正视与破解。

1. 赔付恶化，供给萎缩

从行业实践看，团体补充医疗险整体赔付率表现不佳：大型企业团险项目基本处于亏损状态；同时，团险使用率持续上升，尤其疫情后民众医疗需求释放，进一步推高赔付压力。赔付端的持续恶化，导致保险公司对团险业务的投入意愿下降，市场供给呈现萎缩趋势。

2. 企业陷入“涨保费换保司”循环，模式不可持续

众多企业将高赔付率作为团险采购核心指标，长期追求赔付率破百以体现员工满意度；保险公司也不愿意开展赔付率控制，期待来年涨价获取更多保费，形成“企业追求高赔付 - 保险公司次年涨价 - 企业换保”的恶性循环。这一现象的长期存在使得不规范报销成为员工习惯。当企业面临经营竞争加剧、控费压力时，原有模式难以为继，只能靠信息不对称，频繁更换保司的方法维系，但也无法长久。经访谈，头部人力咨询公司目前有大量赔付不佳的团体员工福利计划无法对接保险公司。

3. 产品服务创新迭代放缓

团险普遍被视为小渠道，行业上基本没有单独对团险开展经验分析和优化的思路，整体配备资源不足。在此情况下，团险长期维持着原有经营模式，在产品创新、产业融合方面远远落后于个险、互联网等渠道。

四、基于国际经验对中国团险市场的发展建议

中国团险市场的传统模式已面临瓶颈，要打破僵局，必须放眼全球，从成熟的国际实践中寻求破局之道。结合美国、英国、法国等国的先进经验，聚焦市场纠偏与创新升级，建议从理念回归、规范管理、责任丰富与价值创新四方面入手，实现中国团险市场的破局蝶变。

（一）从理念上回归保障本源

团体员工福利计划本质是保障，而不是另外一种薪酬现金福利。中国团险需摆脱医疗基金的资金池思维，回归保障本质。因此需要遵从精算原理、医学实践、管理学理论，设置科学评价体系，从参保率、风险覆盖广度、员工风险焦虑缓解程度、企业成本适配性、员工区分度等维度评估团险计划成效。同时要区分团险保障与现金福利，避免将团险作为变相薪酬发放通道，确保团险资源真正用于员工风险保障。

（二）规范管理，对滥用说不

好的员工福利计划需要严管。在计划经济时代，中国大量国有企业有“单位办社会”的传统，单位提供从摇篮到养老全覆盖福利网络，“一个人在好企业一家人看病拿药”的思维贯穿至今。但历史已经证明，“企业办社会”效率低下需要被剥离。团险并非免费福利，依据税法规定，企业团险保费税前扣除的同时，员工需缴纳个人所得税，滥用团险本质是对合规员工的不公平。企业和员工需要强化规则意识并建立合规机制。

（三）丰富责任，填补空白

对比美国、法国等团险市场的最低保障责任，中国团险需在三方面拓展保障范围，填补需求缺口。一是突破社保目录限制，将社保未覆盖的慢性病原研药、创新生物药纳入团险保障，解决保额高但目录外用药无法报销的问题；二是覆盖高频需求领域，新增牙科、视力保障，对接现代员工用眼过度、牙科费用高的高频需求。三是延伸健康管理服务，将预防医疗、术后康复、心理健康服务纳入团险，实现从疾病治疗到健康管理的延伸。

（四）创新价值医疗管理，实现企业与员工双赢

对于规模庞大的企业而言，自保是值得考虑的模式，我国部分电网、石油等企业已设立自保体。然而，即便是拥有自建医院的大型企业，仍可借助商业团险在成本控制与医疗网络管理方面的专业能力，进一步优化保障体系。具体而言：第一，整合内外部医疗资源。可参照美国由封闭的 HMO 向开放型 PPO（协议内服务计费和网络外共保）演进的趋势，将企业自有医院纳入网络内机构，同时通过商业团险引入外部优质医疗资源，为员工提供大病远程诊疗、第二诊疗意见及转诊服务，突破单一医疗资源的局限。第二，应用智能风控工具。依托 AI 与大数据技术建立智能核赔与风险控制系统，有效识别误赔、欺诈等行为，助力企业成本管控。第三，引入价值医疗评价机制。在员工福利计划设计中融入健康管理理念与医疗结果评价体系，推动团险由单纯费用报销向价值保障转型，从而实现企业成本可控与员工健康水平提升的双赢局面。

参考文献

[1] 丁少群，许志涛，薄览 . 社会医疗保险与商业保险合作的模式选择与机制设计 [J]. 保险研究 ,2013(12):58-64.

[2] 杜方冬，王瑞珂 . 美国医疗改革及对我国的启示 [J]. 中国卫生政策研究 ,2010,3(11):52-57.

[3] 李久辉，樊民胜 . 法国医疗保险制度的改革对我们的启示 [J]. 医学与哲学 ,2010,31(15):44-46,78.

[4] 刘芳芳 . 浅析我国商业健康保险对社会医疗保险的补充作用 [J]. 中国卫生政策研究 ,2010,3(7):38-43.

[5] 齐怡嘉，张璐莹，冯逸佳，李骄阳，俞纯璐 . 法国广覆盖的商业健康保险实施经验及启示 [J]. 中国医疗保险 ,2024(9):124-128.

[6] 王雁菊，孙明媚，宋禾 . 英国医疗保障制度的改革经验及对中国的启示 [J]. 医学与哲学 ,2007,28(15):18-20.

[7] 王小万，陈丽萍，刘丽杭 . 英国国民卫生服务制度 (NHS) 的结构性改革与治理模式 [J]. 中国卫生政策研究 ,2017,10(11):27-35.

[8] 文太林 . 美国医疗保险改革演进及对中国的启示 [J]. 中国卫生政策研究 ,2014(12):1-8.

[9] 谢世清，欧阳锦 . 加拿大医疗保险中的混合供给制度及其启示 [J]. 改革与战略 ,2009,25(10):180-183.

[10] 许闲，周源，余安琪 . 美国医疗保险改革的经验与启示 [J]. 复旦学报（社会科学版），2022,64(1):156-164.

[11] 殷东，王真，翟春城，等 . 加拿大健康服务整合：实践与启示 [J]. 中国卫生政策研究 ,2018,11(6):40-46.

[12] Benefits Canada. The Benefits Canada Healthcare Survey . 2024[R]. Toronto: Transcontinental Media, 2024.

[13] Canadian Life and Health Insurance Association (CLHIA). Canadian Life & Health Insurance Facts (2019 edition)[R]. Toronto: CLHIA, 2019.

[14] Competition and Markets Authority (CMA). Private Healthcare Market Investigation: Final Report[R]. London: CMA, 2014.

[15] Foubister T, Thomson S, Mossialos E, McGuire A. Private Medical Insurance in the United Kingdom[R]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies, 2002.

[16] Franc C; Pierre A; Jusot F; Sermet C; et al. Compulsory private complementary health insurance offered by employers in France[J]. Health Policy, 2015, 119(9): 1143-1148.

[17] Propper C. The demand for private health care in the UK[J]. Journal of Health Economics, 2000, 19(6): 855-876.



企业补充医疗保险的创新实践与体系构建

■ 李鸾　（中再寿险产品开发部）

摘要：本文旨在探讨如何通过产品创新，在企业补充医疗保险的长期成本可控与保障价值提升之间实现“双重平衡”。分析发现，在宏观层面，随着国家政策与医疗保障环境的变化，企业补充医疗保险的定位已由初期作为基本医保的“稳定器”，逐步演变为筑基我国医疗保障体系的“第二支柱”。在市场层面，企业在选择补充医疗保险时需综合权衡多重因素。基于上述宏观与市场背景，本文针对传统方案在成本控制、公平性及长期保障能力方面的不足，提出产品结构重塑、健康委托管理基金的合规转化以及长期医疗生态构建等创新路径，以探索企业补充医疗保险的可持续发展之道。

关键词：企业补充医疗保险；产品结构重塑；可持续发展

一、企业补充医疗保险发展的宏观环境

企业补充医疗保险的演进与发展，深受国家政策与医疗保障环境的双重驱动。从宏观环境分析看，企业补充医疗在助力多层次医疗保障体系建设中被赋予了新使命与广阔的发展空间。

（一）政策分析

企业补充医疗保险的发展与我国城镇职工基本医疗保障制度（以下简称“职工医保”）的实施进程密不可分，在职工医保发展过程中，企业补充医疗保险也被赋予了不同的历史使命，主要可分为以下三个阶段：

第一阶段：初步建立职工医保制度，企业补充医疗发挥“稳定器”的作用

1998 年国务院印发《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，在建立基本医保制度基础上作为过渡措施，允许企业建立企业补充医疗保险，维持员工较低的自负水平。这一阶段以“小额医保内住院医疗费用”为主要保障的企业补充医疗成为原有高福利企业的必选项，企业补充医疗保费规模快速发展。

第二阶段：基本医保持续深化推动，企业补充医疗成为“加油包”

随着我国医疗技术高速发展，政策层面从顶层设计支持、税收优惠激励、支付范围扩容等多维度强化企业补充医疗的“补充”作用，推动企业补充医疗赋能我国多层次医疗保障体系的建设。

在顶层设计支持层面，国家下发《财社〔2002〕18 号》等文件鼓励企业建立补充医疗保险，为职工减轻医疗负担，之后更直接将其纳入国家医保体系整体规划，政策明确且持续强化。在税收优惠激励层面，2009 年《财税〔2009〕27 号》文件通过明确的税前扣除政策，直接降低了建立企业补充医疗的实施成本，也间接降低了企业的决策成本。在支付范围扩容层面，随着城市定制型惠民保产品的兴起，各地医保局纷纷发文将其纳入企业补充医疗的支付范围，增强企业补充医疗方案的灵活度和保障能力。

这一阶段的企业补充医疗已逐步演变为企业结合自身预算、用好税优政策，通过设立丰富的“高频低损”类医疗保障责任来吸引优秀人才留存的一种薪资外延“加油包”，企业补充医疗逐步向小额线下门诊医疗、生育津贴、意外医疗等多样化责任拓展，产品供给丰富度不断提升，职工的差异化需求被部分满足。

第三阶段：职工医保回归基本，探索企业补充医疗构建医疗保障“第二支柱”

2025 年 8 月印发的《沪金发〔2025〕43 号》文件明确提出，应以团体保险产品为重要载体，积极探索建立企业与个人共同参与的保费分担机制，并推动基本医保个人账户资金用于支持团体健康保险的发展。紧随其后，2025 年 9 月印发的《金发〔2025〕34 号》文件，中进一步强调，应促进“团体健康保险与个人健康保险协调发展，致力于构建一个能够“覆盖全人群、服务全生命周期、满足多样化需求”的多层次健康保险市场格局。

在这一系列政策推进的过程中，伴随着医药、医疗、医保“三医联动”改革的持续深化，企业补充医疗保险功能进一步向“创新药械保障”与“康复医疗保障”等前沿领域延伸，保障人群向员工家属拓展。通过充分发挥团体商业健康保险在产品设计、风险覆盖和服务整合方面的优势，企业补充医疗保险旨在有效应对当前医疗保障体系所面临的三大结构性矛盾：即“基本医保保障范围的有限性与人民群众健康需求无限增长之间的矛盾”、“医保制度全国统一性与地方实际差异之间的矛盾”，以及“医保政策规则相对稳定与医疗技术快速迭代之间的矛盾”。

在这一背景下，监管期待能以企业为关键支点，推动企业补充医疗保险与基本医保体系协同发力，探索构建以基本医保为“第一支柱”、以企业补充医疗保险为“第二支柱”的医疗保障体系，从整体上增强

我国社会保障体系的韧性、可持续性与保障质量。

（二）医疗环境分析

1. 老龄化加剧，医保基金支付承压，推动三医改革进程

我国老龄化进程持续加速，预计到 2035 年将进入重度老龄化阶段。人口结构变化带来慢性病治疗与医疗需求的快速增长，加剧了医保基金的支付压力。

2024 年全国基本医保基金总收入同比增长 3.9%，而总支出增长 5.2%，收入增速持续低于支出，为应对基金可持续性挑战，我国持续推进三医改革。医药端通过集中带量采购降低药品耗材价格；医保端全面推行 DRG/DIP 支付方式改革，引导医疗机构控制成本、提升效率；医疗端强化基层诊疗与临床路径管理，推动合理就医秩序形成。三者协同，旨在构建更加高效、健康、可持续的医疗卫生体系。

2. 医疗需求多样化，推动企业端保障需求分层

随着三医改革的持续深化，基本医保正逐步从“全面覆盖”向“普惠保障”转型，以实现“保基本、广覆盖”的目标。企业补充医疗保险作为基本医保的重要补充，其保障水平与企业效益及原有保障水平密切相关。员工在满足普惠医疗基础上，对医疗保障提出了更高层次的品质要求，尤其聚焦于“好医好药”的保障诉求。

（1）对“好医”的需求：从“看得上病、看得好病”的基本需求到“便捷就医、高端医疗”的品质需求

企业员工更加关注就医效率与医疗质量，希望通过企业补充医疗获得补充。在便捷就医方面，期望获得快速就诊预约和线上线下无缝衔接的诊疗服务；在高端医疗方面，严重疾病若直接前往公立医院普通部治疗需要耗费大量时间等待，国际部、特需门诊价格昂贵，因此企业员工对包括专家诊疗、国际部、特需门诊、多学科会诊（MDT）、个性化治疗方案等高品质医疗资源的需求日益增长。

（2）对“好药”的期盼：与创新药品可及性、可负担性之间的鸿沟

企业员工的关注点已从基础药品保障，转向对创新药物的迫切需求。一方面，在重大疾病领域，许多创新药虽然疗效显著，但受高昂研发成本影响，价格昂贵，基本医保对其覆盖范围和报销比例有限。另一方面，在日常小病与慢病管理中，随着集采政策推进，原研药逐渐退出医院，仿制药成为主流，员工自费购买原研药增加了生活负担与医疗支出，因此希望获得对创新药、原研药的支持。

（三）市场环境分析

企业普遍认可补充医疗在经营成本优化与品牌影响力提升方面的独特价值，但在具体实施过程中，面临成本压力、公平性矛盾以及量化困难等现实挑战。

1. 企业补充医疗产生的价值

在企业经营成本优化上，一是通过补充医疗保险产品，将不可预测的高额员工医疗费用风险和企业个性化的职业风险转移给保险公司，使企业财务更可控；二是通过企业补充医疗，提高员工健康水平，减少员工因病缺勤和“带病上岗”带来的隐性生产力损失，可实现企业人力资源成本的优化。

从企业风险转移来看，重大疾病或高额医疗费用具有“低频高损”的特点，企业如果自担，可能因个别员工的医疗事件导致企业医疗支出出现剧烈波动，从而影响企业年度整体财务状况；企业补充医疗可以将这一不确定的风险转化为确定性的保费支出，借助保险公司医疗风险管理的专业优势，构建风险走廊，实现单个企业内员工健康状况的风险分散。

从优化人力资源成本来看，相比直接的医疗费用，员工健康问题导致的劳动效率下降才是企业面临

的主要隐性成本。日本学者指出，员工因在岗不适导致的人均成本（约占 64%）显著高于医疗与药品费用（占 25%）。中智《2024 年企业健康保障福利白皮书》显示，参与健康管理项目的员工，缺勤率平均降低了 27%，而工作效率提升了 15%。由此可见，企业为员工提供补充医疗保险，不仅能帮助员工及早治疗、缩短带病上岗时间，还能有效降低因健康问题造成的生产力损失，从而实现长期的人力成本优化。

从吸引、激励和保留人才来看，健康福利是增强企业在人才市场竞争力的重要手段。世界薪酬协会的调查显示，提供健康福利的企业，其员工满意度评分平均高出 18%，员工留存率提高 12%。健康福利能够显著增强企业在人才市场的吸引力，并降低关键人才流失风险。

从企业品牌影响力来看，部分企业对员工进行健康监测、健康管理、健康讲座等系列宣导，体现企业员工关怀，塑造良好企业品牌形象，获得了员工的高度认可。

2. 企业补充医疗面临的挑战

企业推行补充医疗，在成本控制、公平性和效果评估方面面临挑战。

在企业成本支出方面，一是全国整体经济增速放缓趋势下，企业倾向于维持或降低企业补充医疗成本，虽然国家通过顶层文件、税收优惠等方面大力支持企业建立企业补充医疗保险，但大部分企业并未用足 5% 工资总额的税前列支，对于部分经营压力较大的企业，企业补充医疗被视为可削减项目。二是企业期望成本支出可完全回馈至员工。现有企业补充医疗实际上是现收现付制，企业直接支出成本，保司定价仍以整个企业承保利润为核心，并未进行整体风险平滑，因此企业实质将企业补充医疗是为一项员工福利，并未实现真正意义上的风险转移。

在平衡福利公平性方面，传统企业补充医疗通过年轻员工贴补年长员工医疗风险的模式受到诟病，年轻员工少有获益。这种代际支付转移和公平性的矛盾，本质上与社保中的代际互助逻辑类似，如何平衡不同员工对于企业补充医疗的需求，也成为企业的关注重点。

在量化企业补充医疗效用方面，企业补充医疗对员工忠诚度、健康水平以及组织绩效的提升，往往是长期、间接的结果，这成为企业决策层最大的顾虑之一。一方面，企业管理层希望看到投入与产出的直接财务对应，但健康福利更多体现在减少隐性成本（缺勤率下降、在岗效率提升、敬业度提高），难以用单一财务指标衡量。另一方面，员工满意度、归属感和雇主品牌的增强本身属于“软性收益”，需要更科学的评估框架来捕捉。

未来，企业可引入更系统的评估机制，结合缺勤率、敬业度调查、员工健康指数、关键人才留任率等指标，逐步建立补充医疗投入与组织绩效间的因果链路，为管理层提供量化决策依据，使补充医疗效用更加可视化，从而在平衡成本与公平性的前提下，进一步发挥其在人才战略和品牌建设中的长期作用。

二、传统企业补充医疗的发展痛点

当前，传统企业补充医疗保险在需求与市场供给上陷入结构性困境，在方案设计上“保小不保大”，与企业员工真实的医疗保障需求错配；市场供给上则陷入同质化竞争与短期博弈，缺乏满足长期、精准保障需求的有效供给。

（一）“过度医疗”引发企业成本管控难题

企业希望在预算范围内，企业补充医疗保险能成为一份人人能用上，资金不白花的员工福利，因此要求保司提供低理赔门槛的线下门诊保障责任。近年来，随着民众健康意识的提升、DRG 改革下住院

需求向门诊需求溢出、亚健康调理需求的激增，导致此类低理赔门槛的线下门诊保障发生率和人均理赔金额都居高不下。经调研，市场中含线下门诊责任的企业补充医疗保险，该项责任占总成本 80% 以上，且大多集中于小病小痛。以我司承接的某企业补充医疗为例，首年线下门诊理赔占总理赔金额的 97%，某员工线下门诊理赔 47 次，超 13% 的理赔人员就诊次数超过 10 次。其次，越来越多的“过度医疗”行为，使得企业补充医疗整体赔付持续恶化，保司因此涨费，企业面临预算不断提升的难题。另外，年轻员工的多样化、差异化需求未真正满足，线下门诊的赔付仍集中于小部分高龄人群，导致企业补充医疗对于青年人才的留存和吸引力下降。

（二）保险保障效率不足，背离员工“大病兜底”保障初衷

传统方案的核心问题在于其设计仍停留在“保基本、保小病”层面，难以满足当前医疗保障环境下企业员工的医疗保障需求。

一是保障范围有限。基本医保回归“保基本”后，仅保障基本医保范围内“自付一 + 自付二”的传统企业补充医疗，无法满足员工对于基本医保范围外医疗费用和即期消费型医疗费用的需求，如先进医疗器械、线上门诊药品、齿科诊疗等。

二是保障额度有限。现有的企业补充医疗保额大多在 2 万 -5 万元额度，但若员工罹患重大疾病，保额距离实际治疗费用有较大缺口，如质子重离子一次治疗约 30 万元，且为全自费项目，现有企业补充医疗无法覆盖。

据《中智 2024 年企业调研报告》显示，77% 的企业有计划增加商业保险保障项目。但传统方案中，低理赔门槛导致企业补充医疗的成本持续上涨，企业转而通过“弹性福利计划”让员工自选该部分责任。这一“支付方”调整，使市场陷入“低供给→低参与→低转化→更低供给”的负向循环。大部分员工仅关注企业给个人的团体福利，对于“企业 + 个人”或个人在企业团体中付费模式认识较浅，即使这类产品价格、方案更优，在我国的熟人社会模式下，具有健康意识的个人仍会倾向于借助私人朋友渠道购买保险，导致保司开发团险创新产品的意愿严重不足，往往将个险渠道产品进行包装、降费后销售，使得弹性福利计划产品同质化严重，且与员工现有企业补充医疗保障高度重合，员工购买意愿进一步下降。最终，保险保障效率难以发挥，沦为员工薪资的补充，无法真正防范员工“因病返贫”。

（三）员工长期医疗保障需求旺盛，市场面临供给不足

企业补充医疗保险多是一年期短期团险产品，市场长期处于产品同质化严重、企业价格敏感性强、服务附加值低的内卷式竞争中。同时，部分企业员工身体健康状况随年龄增长而逐步成为健康险市场“次标体”，这部分企业员工在离职、退休后，发现自身陷入“无险可保”的困境，由此催生了长期可持续保障的医疗险产品需求。但从供给端来看，长期医疗保障的不确定性较高，且团体渠道特点使得长期风险敞口加剧，导致市场供给不足。

长期风险不确定性风险：一年期产品的定价多采用经验费率法，主要依据上年度赔付经验和参保结构进行调整，而长期产品则需要预测长周期下的医疗费用水平，面临医疗通膨、技术革新与疾病谱变化等多重变量，精算难度大、风险高，导致产品定价偏高、吸引力不足，企业投保意愿降低。

团体渠道长期医疗风险：一是企业通常要求保险公司采用较为宽松的团体健康告知，使得保司无法对企业员工当前的真实健康状况有充足认知；二是企业往往为确保方案的公平性，希望保司对于高龄人群（大于 65 周岁）和既往症人群（已罹患严重疾病人群）也能提供相同保障，使得保险公司必须针对

逐个团体进行长期风险测算，导致保司的长期精算模型准确预测难度大幅提升，同时企业由于其高议价能力，对于长期产品的调费接受度较低；导致保司长期风险敞口较大，最终供给动力不足。

因此，破解团体长期医疗保障的供给难题，一方面需要保险行业在数据积累、产品设计和风险管控技术上实现突破；另一方面也需要企业给予适度支持，协同保司共同填补这一关键市场空白，构建可持续的员工健康保障生态。

（四）健康委托管理基金合规性问题频发，持续经营不确定性较高

近年来，为规避传统保险产品的刚性约束与较高成本，不少企业转向采用健康委托管理基金模式，作为提供医疗福利的替代性方案。在该模式下，企业自主筹集资金并委托给保险公司进行资金管理，用于支付员工的医疗报销费用，并购买一些健康管理服务。这一模式在一定程度上赋予了企业更大的资金运用自主权和灵活性，能够根据自身实际情况定制报销规则，有效满足了部分企业，特别是中型企业和部分大型民营企业，对医疗福利成本可控性和方案灵活性的迫切需求。

基于上述灵活性，2020 年原银保监会下发《中国银保监会办公厅关于进一步规范健康保障委托管理业务有关事项的通知》，要求健康保障委托管理业务应回归业务本源，不得以健康保障之名行委托理财之实。同时，审计对于企业开展此类业务的合法合规性也提出质疑，一是资金结余处理问题：大部分企业实施的预算制度导致健康委托管理基金极少发生超额使用问题，多年结转后，账户中存放了较多资金，企业无法收回，但也难以消耗；二是资金流向问题，由于保险公司在健康委托管理业务中更多作为资金管理和经办方，难以对资金是否真正用于医疗健康保障进行管理。鉴于上述监管态势和审计质疑，已涉足健康委托管理基金业务的企业转为持观望态度；而未涉足该领域的企业则选择暂不布局。

基于上述背景，健康委托管理基金业务难以成为企业补充医疗保险稳定、可靠的替代方案，因此设计既可保有健康委托管理基金的灵活性和成本可控性，又可回归保险保障实质的健康委托管理基金替代性方案成为保司、企业共同的期待。

三、未来企业补充医疗的升级方向

为破解传统模式的发展困境，引领企业补充医疗向“第二支柱”升级，需进行系统性的改革与创新。本文从产品结构、运营模式与保障生态三个维度，提出具体升级路径，以实现企业福利成本可控、员工健康保障充分、保险保障效能提升的多方共赢格局。

（一）重塑传统企业补充医疗产品结构，构建团体产品新示范

基于传统企业补充医疗线下门诊赔付较差、保险保障效力发挥不足痛点，对传统企业补充医疗产品进行结构重塑，实现团体业务可持续发展。

总体宗旨：对于现有综合赔付率接近 100% 的业务，保持重构前后总成本不变，并实现总成本的长期稳定可控；对于现有综合赔付率超 100% 业务，实现总成本下降至企业、保司可接受区间，并长期维持稳定。

重塑方向：一是对原有团体业务进行责任优化和运营管理，重点聚焦高赔付的线下门诊责任。一方面通过产品方案调整，如设置次免赔、降低总保额、微调产品条款特约等形式，重点管控“频繁就医、过度医疗”人群，降低其发生率和理赔成本，从而实现线下门诊责任的成本管控；另一方面，通过再保

建立的精细化理赔运营管理系统，对超出产品责任范围的不合理费用、重复理赔发票逐单审核，实现“粗放式被动理赔”到“精细化主动管理”的业务模式。二是基于企业对于团体医疗保险保障和员工福利双重诉求，新增消费类和杠杆类两大产品责任，满足不同年龄层员工的不同医疗保障需求的同时，进一步提高企业员工获赔率。

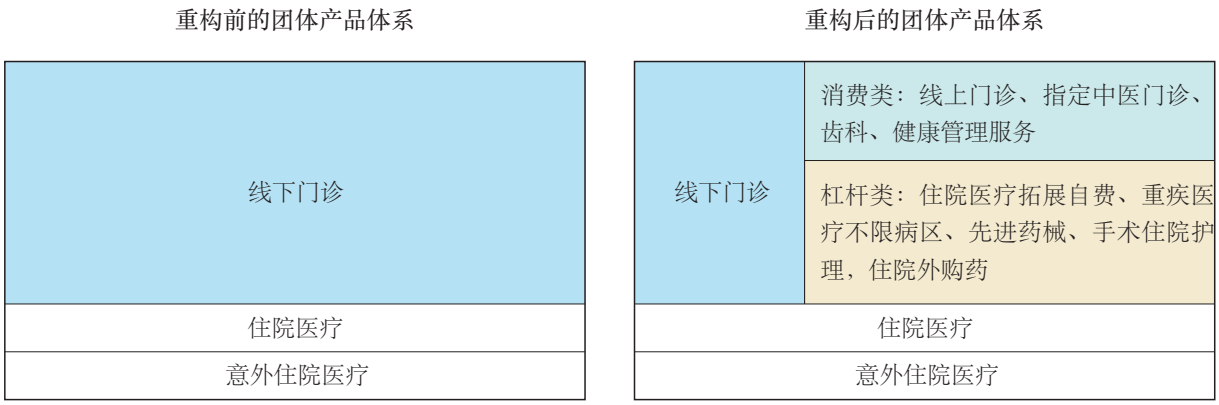


图 1 重塑前后团体产品体系

在消费类产品责任上，结合市场热点，聚焦三医改革下，企业员工对于优质医疗资源和便捷药品的需求，充分发挥保险公司和再保险公司对于医疗资源的整合能力，通过窄网络的医疗资源搭建和风险管理，实现员工对企业补充医疗的“高获得感”和保司对企业补充医疗的“风险可控制”的共赢局面。

在杠杆类产品责任上，充分发挥保险保障杠杆作用，聚焦高风险、高支出的大病保障，定向拓展与现有企业补充医疗完全衔接的保障方案，解决员工疾病风险的后顾之忧，并增强对企业的认同感，实现企业资金使用效率最大化。

表 1 消费类及杠杆类责任示例

责任分类	责任描述	责任亮点
消费类	常见病及慢病线上药品保障	契合互联网时代员工对于即时用药的需求、减少日常小病小痛请假需求
	中医门诊保障	聚焦中医治未病，解决亚健康员工提供中医慢病管理、中医调理需求
	健康管理服务责任化	为企业员工提供包括门诊挂号、检查加速、住院安排、手术安排等系列便捷就诊服务
杠杆类	住院照护责任	因手术治疗发生的住院护理服务，提供院内短期护理保障，解决双职工家庭住院照护问题
	住院医疗拓展重疾医疗特需责任	罹患重疾后可至特需部、国疗部就诊，解决员工对于优质医疗资源可及性
	住院外购药责任	结合DRG改革热点，解决院内急需药品短缺问题
	院外先进药械保障	恶性肿瘤基因检测+恶性肿瘤特定药品（CAR-T、质子重离子、靶向药品），提升员工对于高值先进药械的可及性

（二）长期企业补充医疗的思考

当前企补面临产品周期短、风险分摊浅、服务价值弱的市场痛点，企业每年重新议价，保险公司按年定价、短期博弈，导致双方都缺乏中长期激励。推动企业补充医疗从短期向长期转型，是解决当前市场痛点、打破年度困局的创新路径。如何解决团体长期医疗产品的远期风险问题，我们认为应该从产品、风控和生态三个维度进行重构。

产品设计重点聚焦特定疾病的医疗保障，相较于传统重大疾病保障，疾病种类和责任范围均可根据医疗技术发展进行动态调整和扩展，理赔触发机制也可根据企业预算进行一定调整，产品灵活度和丰富度更高；而且产品扛通胀能力更强，保险保障杠杆更高，有效抵御家庭因重大疾病导致的财务危机。

风险管理一是在前端核保方面，根据保险测算逻辑制定合适的承保规则，对于部分影响产品长期稳定存续的群体，通过探索定制化专病保险保障进行独立覆盖，而不在团体长期产品中承接，确保团体整体风险可控，费率更优；二是在健康管理方面，保险公司和再保险公司可通过资源共享建立企业健康管理服务平台，将保险公司的角色定位从“静态定价、事后理赔”转向“动态管理、事前管控”。一方面保险公司可在动态管理过程中，精准识别不同人群的长期风险，积累相关数据经验；另一方面可以通过慢病随访、体重管理、戒烟控糖计划等，帮助企业员工提升健康状况，从源头上降低疾病发生率，控制长期理赔成本，最终实现企业与员工的双赢。

从生态构建看，企业长期医疗的目标不仅是“病了有钱治”，而是“让员工更健康、组织更高效”。 保险公司有动力通过健康管理优化企业员工的健康状况，企业端也应给予适度支持，包括协同保险公司动员员工参与健康管理计划，配合进行主动性健康干预，与保险公司共同携手构建“保障 + 健康 + 服务”的闭环生态。这样企业支付的保费不再被动消耗，而是自主拆分成两个部分，一部分是风险保障成本，另一部分是投向员工健康的“投资基金”，通过提升员工健康水平来实现长期的福利成本优化和人力资本增值。

综上所述，企业补充医疗的长期化转型，不仅是产品周期的延长，更是企业治理逻辑的升级。它让保险不再是一次性的“福利预算”，而成为持续优化人力资本的管理工具。短期看，它解决了保费涨幅与理赔波动问题；长期看，它让企业在人力成本、健康投入与品牌形象之间，找到新的平衡点——真正实现“成本可控、健康可见、价值可衡量”。

（三）健康委托管理基金转化业务储备

1. 随着监管趋严，健康委托管理基金转化迫在眉睫

2025 年 9 月，国家金融监督管理局印发《关于推动健康保险高质量发展的指导意见》，强调保险公司应在委托业务中发挥专业优势，强化方案设计和支付的合规性、公平性。2025 年以来，国家审计署在对多家企业的审查中发现企业健康委托管理基金存在的重大问题和风险，并要求相关企业快速响应、限时整改。我们认为应在企业应对健康委托管理基金业务的转化路径方面提前做好产品储备和路径规划，避免在应对短期限时整改时，无法快速从市场上找寻到可替代方案，只得放弃此项业务或以极高成本进行转化，导致企业自身利益受损。

2. 健康委托管理基金转化产品方向

现有健康委托管理基金的核心保障方案与传统企业补充医疗相比，主要新增了离退休人员的医疗费用、住院津贴、药店购药、住院医保外费用等风险相对较高责任，部分解决企业对退休员工保障不足的问题。针对企业需求将上述保障内容分类为消费类和杠杆类。对于消费类责任，由于企业具有地域性，

可充分借助保司和再保公司的医疗资源，设计具有一定杠杆的合规性保险产品；对于杠杆类责任，可根据团体年龄结构，参照城市型惠民保定价逻辑，通过赔付比例、保障范围的调整，在一定程度上实现保障。

对于保司而言，基金转化后可作为保费计入规模，在再保支持下，可对产品形态进行精准定价、经验回溯；对于企业而言，若该产品的实际发生率低于预期，存在利润结余，该部分可和原有的传统企业补充医疗合并考虑，平滑企业整体企业补充医疗预算。

四、总结与展望

本文系统探讨了企业补充医疗保险在多层次医疗保障体系中的创新路径与发展方向。随着政策引导与市场需求双轮驱动，企业补充医疗已从基础的“费用报销”角色，逐步转向衔接基本医保与员工个性化健康需求的“价值型福利”。面对传统方案中门诊责任赔付高、保障效率不足、长期产品缺位等挑战，未来应持续推进产品结构优化，通过“消费类 + 杠杆类”责任组合增强保障精准性与员工获得感；推动健康委托管理基金在合规框架下实现模式升级，强化数据驱动与资源整合能力；并积极探索可持续的长期团体医疗保障，构建“保险 + 健康 + 服务”一体化的福利生态。

在健康委托管理基金等创新模式的探索中，企业应高度重视监管合规要求，密切关注资金透明度、使用规范性与账户管理的合法性。随着商业健康保险在多层次保障体系中作用的提升，预计未来监管政策将更加强调风险可控、数据安全与消费者权益保护。企业需在推进福利创新的同时，建立健全内部审计与风险管控机制，防范因政策变化或操作疏漏引发的合规风险。

展望未来，企业补充医疗将逐步超越传统成本视角，成为企业人力资本战略与可持续发展的重要支撑。通过结构创新、技术赋能与生态协同，有望实现从“被动理赔”向“主动健康管理”的系统转型，最终在控制成本、提升员工健康水平与增强组织韧性之间取得平衡，构建真正可持续的企员共赢保障体系。

参考文献

[1] 严霄，朱铭来，赵颖旭，等 . 团体补充医疗保险改革视角下的医、药、险高质量协同发展路径 [J]. 保险理论与实践，2025, (08): 1-31.

[2] 中智公司 . 中智 2024 年企业健康保障福利白皮书 [R]. 北京 : 中智国际商务发展有限公司，2024.

[3] NAGATA T, MORI K, OHTANI M, 等 . Total health-related costs due to absenteeism, presenteeism, and medical and pharmaceutical expenses in Japanese employers[J]. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 2018, 60(5): e245-e252.

[4] BELLET C S, DE NEVE J E, WARD G. Does employee happiness have an impact on productivity?[J/OL]. Management Science, 2023. DOI:10.1287/mnsc.2023.4766.

[5] Employer health care best practices survey[R]. Willis Towers Watson, 2023.



企业补充医疗保险中的健康管理服务研究

■ 李昕禾 ■ 潘玺茗　（中再寿险产融创新事业部）

摘要：健康管理服务已成为企业提升人才吸引力、降低商业保险支出、优化人力资源管理的战略工具。“健康中国 2030”规划纲要发布以来，企业决策者逐渐认识到员工健康管理服务的重要意义，购买健康管理的意愿不断提升。在企业购买的商业健康险方案中配套健康管理服务，具备明显优势：一是可享受企业健康险税优政策；二是企业可利用保司和再保险公司的专业优势、成熟的服务商整合能力，减少服务甄选难度，简化企业采购与管理流程；三是企业可享受到由保司和再保公司获取的稀缺医疗资源，控制供应链成本。本文研究在企业补充医疗保险中，健康管理服务的价值与实践应用问题。通过总结我国企业健康管理实践的特点、定位和发展趋势，分析企业补充医疗保险配套健康管理服务的优势，并比较美国联合健康集团的健康管理服务，提出了以企业健康小屋为抓手，推广全病程管理等有关建议。

关键词：健康管理；企业补充医疗保险；员工福利；税优政策

健康管理是指对人群的健康进行监测、分析和评估，对健康危险因素进行干预，控制疾病发生、发展，保持健康状态的行为，包括健康体检、健康咨询、健康促进、疾病预防、慢病管理、就医服务、康复护理等。健康管理最具价值之处在于将管理重心行为从患病后的治疗和康复，前移至疾病预防环节。“健康中国 2030”规划纲要提出“从以治病为中心向以人民健康为中心转变”战略以来，伴随着全社会健康观念的提升，健康管理已成为一种刚需，且在后疫情时代尤为显著。

于企业而言，员工健康状况已不仅仅是个人问题，也是关乎企业生产效率和可持续竞争力的一项“资产”。传统的企业健康福利以年度体检和补充医疗保险的医疗费用报销保障为主。然而，随着人均医疗支出增长、人口老龄化和慢病患病率攀升等各项因素，企业及其员工开始寻求更具前瞻性、战略性的健康投资方案。在国家政策指引和市场教育下，企业决策者对健康管理服务的认知与接受度逐渐提高，健康管理服务正从“锦上添花”逐渐变为一项“雪中送炭”的核心员工福利。

本文立足于企业补充医疗保险视角，首先阐述健康管理服务的动力和价值主张，借鉴海外成熟市场经验，探讨企业补充医疗保险与健康管理融合的发展模式；其次，分析企业补充医疗保险整合健康管理服务能够带来的税收优惠、资源配置和管理效率的三大明显优势；最后，立足中再寿险在健康管理服务全流程中积累的认知和经验，为企业补充医疗保险提供切实可行的健康管理服务方案和建议。

一、健康管理给企业带来的价值

首先，企业需要认可健康管理服务能带来的经济效益。我们认为其经济效益主要表现在人才吸引力提升、控制医疗开支以缓解财务成本压力与优化人力资源成本三个方面。

（一）提升人才吸引力与企业形象

人才是企业最宝贵的资源之一，团体商业保险及其健康管理服务在人才招聘中的重要性日益凸显，其作为一种员工福利，有利于企业在人才竞争中吸引并保留核心人才。咨询机构相关报告显示，超过 70% 的美国“千禧一代”员工将优秀的健康福利计划作为选择雇主时的重要考虑因素。同时，健康管理服务是体现企业人文关怀、增强企业正面形象的有力工具。根据相关披露要求，在我国上市公司、金融企业、非上市大型企业等公开披露的 ESG 报告和企业社会责任报告中需包含员工福利待遇及员工健康等内容，这些公开信息既可以彰显企业履行的社会责任，还能提升企业的公众形象。

（二）控制医疗开支，缓释企业财务支付压力

企业是团体保险的最终支付方和风险承担者，员工健康水平的下降将直接推高医疗理赔支出和续保成本。根据国家统计局公布的数据，2020 年来，我国居民人均医疗保健消费支出逐年上升，平均增幅超过 9%。基于下述因素，企业在医疗开支方面的即期和远期财务压力是现实存在的。

首先，人口老龄化叠加延迟退休年龄政策，使得部分企业的员工年龄结构老化。2024 年《中国人力资本报告》显示，全国劳动力人口平均年龄从 1985 年的 32.25 岁上升到 2022 年的 39.72 岁。同时，我国慢性病发病率也呈整体上升趋势，根据《中国居民营养与慢性病状况报告（2020 年）》的统计，2019 年中国因慢病死亡人数占总死亡人数比例高达 88.5%，随着慢性病患者生存期的不断延长，加之人口老龄化、

城镇化、工业化进程加快等对慢性病发病的影响，中国慢性病患者基数仍将不断扩大，因慢性病死亡的比例也会持续增加。

从卫生经济学角度，在健康管理上的投入所产生的健康收益，远大于患重病时的医疗投入。据相关统计，我国员工每年因病损失工作日天数达 9 天，而由于健康问题对工作效率产生影响员工占比达 53%。美国相关研究发现，企业在健康管理上每投入 1 美元，可带来 2-4 美元的经济回报，如将心理健康管理带来的经济回报也计算在内，则回报值可进一步提升到 6 美元。健康管理服务通过健康干预和疾病管理，提升员工健康水平，从源头上控制医疗开支，可缓解企业的财务压力。

（三）优化人力资源成本

一般而言，员工患病后其工作产出效率和出勤稳定性会受到影响，如果疾病恶化导致员工主动、被动离职甚至死亡，将会进一步增加企业的人力资源成本，影响企业的团队稳定性。《2024 企业健康保障福利白皮书》的研究表明，未建立健康管理体系的企业，员工因疾病导致的年平均离职率比建立体系的企业高 7.2 个百分点，团队稳定性差异显著。因此，配备健康管理服务还可以实现间接优化企业的人力资源成本的效果。

二、国际市场企业健康管理经验——以美国市场的主导模式为例

与中国人身险“重个险、轻团险”的市场格局不同，团险业务是美国私营医疗保险公司的主力盈利业务。根据美国健康保险计划协会（AHIP）统计数据，近 1.8 亿在职美国人通过雇主获得医疗保险，这为医疗服务支付方构成了重要市场。美国的商业健康险公司也是较早入局健康管理服务的市场主体。在政府支持下，保险公司充分发挥医疗供给机构的谈判能力，利用各类健康管理激励手段降低参保人风险并从中获得商业利益，健康管理市场就此得到充分发育。美国一些大型企业（主要是大型商业保险公司）逐渐形成“医疗服务 + 保险支付 + 药械耗材”的一体化经营模式，其中最具代表性的当属联合健康集团和凯撒医疗等。

以联合健康集团为例，作为美国最大的健康险公司，其健康管理业务板块发展很快[1]。截至 2024 年底，联合健康集团的健康管理服务板块 Optum Health 已为 470 万人（多为企业员工及家属）提供价值型康护服务，预计到 2025 年将增加服务 65 万名患者。美国健康险市场的团险客群庞大，加上健康管理服务商业模式成熟，企业可以在丰富的健康管理产品中选择、组合。Optum 在其网站列示了超过 40 种企业健康解决方案 / 工具，包括但不限于：

[1] 根据近 10 年来联合健康集团的财务数据，大部分年份中医疗服务板块（Optum Health）的增速超过 20%，远超过集团中传统医疗险业务板块（United Healthcare）和药品福利管理（PBM）的增速。2024 年 Optum Health 在联合健康集团收入的占比已经上升到 42%。此外，近年来联合健康集团在医疗服务投并购领域也出手频繁。

项目	类型	描述
肿瘤解决方案(Oncology Solutions)	医疗服务	提供肿瘤解决方案，帮助管理癌症成本，并改善护理结果和质量
减重手术资源服务 (Bariatric Resource Services)		降低减重手术相关医疗费用，并为员工、其家人及护理人员提供支持
移植资源服务 (Transplant Resource Services)		提供高质量的全国移植中心供应商网络和有竞争力的折扣
复杂护理管理 (Complex care management)		通过寻找针对复杂病症的解决方案，降低护理成本、管理风险并改善疾病结果
控制特药成本 (Controlling specialty drug costs)	药品使用	提供雇主和员工提供特药解决方案，使其拥有更好的体验和更低的成本
促进药物的合理使用 (Driving appropriate utilization of medications)		督导员工合理使用药物
健康报销安排 (Health Reimbursement Arrangements)	管理、数据分析和控费	协助员工报销医疗保健费用，并为雇主节税
COBRA法案相关管理服务 (COBRA Administration)		根据美国综合预算协调法案（Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act- COBRA），对于符合条件的个人在退休、离职或其他特定事件发生后，可临时继续享受原雇主提供的团体健康保险计划。Optum可提供COBRA相关管理服务
一站式供应商管理服务(Optum Hub)		提供可信赖的供应商合作网络
福利分析管理器 (Benefits Analytic Manager)		面向雇主的集成式数据和分析解决方案，帮助雇主掌控企业福利相关数据，更好地服务于企业决策
福利分析管理器 (Benefits Analytic Manager)		保护企业不会因过度医疗而产生大量费用，进而影响企业自行负担的雇主福利计划
健康食品福利 (Healthy Food Benefits)		激励员工购买营养产品的行为，鼓励员工购买新鲜农产品和健康食品

他山之石，可以攻玉。借鉴前述美国市场经验，用人单位可通过保险公司提供的丰富工具，主动、精细地管理员工健康。举例来说，企业可通过保险产品配套健康管理服务，为患有重疾的员工及其家属提供医疗相关服务，包括但不限于挂号、陪诊、诊中及诊后服务，从而直接、有效地降低员工病假或照护家人告假带来的运营损失和替换成本。另一方面，企业还可充分利用数据资源优势助力企业决策。区别于传统的员工调查问卷形式，企业决策者可利用分析管理器等工具了解员工的健康风险主要集中在哪些领域、哪些健康管理项目使用率最高、性价比最好、下一年度的健康管理预算分配等问题，从而实现资金配置优化，确保每一分钱都花在刀刃上。

三、我国企业健康管理政策、特点及展望

（一） 健康管理相关政策

近年来，我国已构建起多层次政策体系，推动企业健康管理从单纯的员工福利向战略性投入转变，其中亦强调国有企业示范作用与商业保险的创新支付价值。相关政策内容摘要如下：

年份	名称	相关内容摘要
2016	《“健康中国2030”规划纲要》	建立结果导向的健康投入机制，开展健康投入绩效监测和评价，充分调动企业开展健康管理的积极性，形成多元筹资格局
2016	国务院《十三五卫生与健康规划》（国发〔2016〕77号）	鼓励商业保险机构积极开发与健康管理服务相关的健康保险产品，加强健康风险评估和干预
2016	国家卫生计生委等22个部门《关于加强心理健康服务的指导意见》（国卫疾控发〔2016〕77号）	要求各机关、企事业和其他用人单位制定实施员工心理援助计划，为员工提供健康宣传、心理评估、教育培训、咨询辅导等服务
2019	《国务院关于实施健康中国行动的意见》（国发〔2019〕13号）	鼓励企业研发生产符合健康需求的产品，增加健康产品供给，国有企业特别是中央企业要作出表率
2021	国家卫生健康委等17部门《国家职业病防治规划 (2021-2025年)》（国卫职健发〔2021〕39号）	推动健康企业建设，提升职业人群健康水平。将“健康企业”建设作为健康城市建设的重要内容，大力推动健康企业建设
2022	国务院办公厅《“十四五”国民健康规划》（国办发〔2022〕11号）	完善用人单位职业健康信息及风险评估基础数据库，构建职业病危害风险分类分级、预测预警和监管机制。推动用人单位开展职工健康管理，加强职业健康管理队伍建设，提升职业健康管理能力
2022	《关于进一步加强用人单位职业健康培训工作的通知》（国卫办职健函〔2022〕441号）	加强用人单位职业健康培训工作，提高职业健康意识和责任意识，建立健全培训管理制度，以营造良好的职业健康氛围
2025	国家金融监督管理总局上海监管局、上海市医疗保障局等7部门《关于促进商业健康保险高质量发展助力生物医药产业创新的若干措施》的通知（沪金发〔2025〕43号）	人单位为职工或其近亲属投保的经备案且符合条件的团体健康保险，保费可以由单位与员工共同承担，其中个人承担的部分，经个人授权、单位收集、保险公司汇总后，可以由医保经办部门统一划扣医保个人账户历年结余资金。 鼓励开发由用人单位统一投保且单位缴费比例不低于一定比例、覆盖创新药械费用保障、与基本医保同步结算的团体健康保险产品。探索建立创新激励机制，给予保险行业正面支持引导
2025	《国家金融监督管理总局关于推动健康保险高质量发展的指导意见》（金发〔2025〕34号）	推动健康保险与健康管理融合发展。构建“事前预防、事中管理、事后保障”相结合的新型健康服务保障体系。支持通过提供医疗、康复、护理等服务的形式履行对被保险人的健康保障责任，推动全社会健康风险减量和人民群众健康素质提升。升级完善与养老配套的健康管理服务体系

（二） 我国企业健康管理的特点

随着健康评估、互联网门诊、企业医务室、心理健康支持、慢病管理等项目的推广，大型企业以及少量的中小型企业，已建立起初步的健康管理意识并展现出一定的支付意愿。在相关市场调研的分类下，在中国企业健康保障福利举措中，健康体检和商业补充保险是覆盖率最高的两个项目类型。

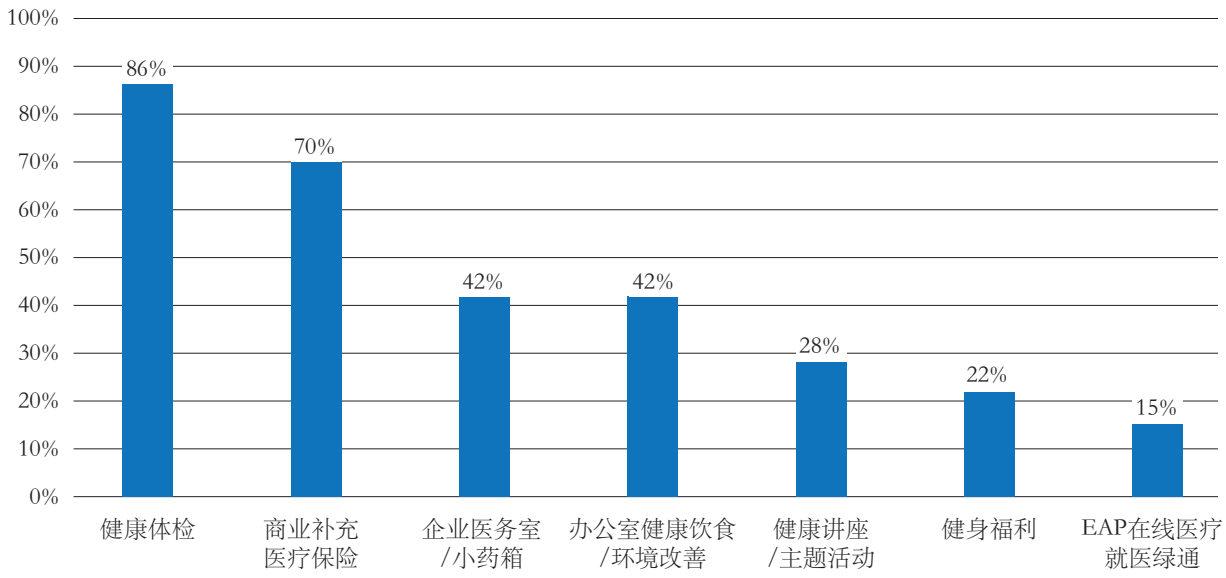


图 1 中国企业健康保障福利的项目类型

我们认为，企业健康服务具备场域性和感知度高且回报明确两大明显特点：

1. 场域性

尽管远程办公、混合办公等方式正变得更为普及，但对绝大多数企业而言，职场仍是员工工作、互动与价值创造的核心场所。这一物理空间是员工每日停留时间最长的环境，是企业健康管理服务触达员工、产生实效的场所，但这一空间也聚集了多种的健康风险——无论是传统制造业中的噪音与粉尘，还是久坐办公、屏幕蓝光带来的慢性劳损，或是人际压力与密闭空间共同作用的心理健康、疾病传播风险，这些风险的根源都与职场的工位布局、设施条件、工时安排及协作模式紧密相关。

2. 感知度高且回报明确

企业健康管理服务的资金预算和执行回溯决定了其必须在“员工体验”与“成本可控”之间找到平衡。企业端保险支出遵循 “以收定支”的原则，每一笔投入都需对应明确的成本边界与可感知的价值，若服务缺乏感知度，会导致“打水漂”，员工也难以认同；如果服务的回报性模糊，又会让企业陷入成本不可控的风险。

（三）我国健康管理服务的定位及展望

如前所述，与美国等成熟市场相比，我国健康管理服务行业起步较晚[2]。2016 年“健康中国 2030”规

[2] 2000 年前后我国才出现一批独立体检机构，2005 年原国家劳动和社会保障部新增“健康管理师”职业。此后，随着商业保险在社会保障体系中的地位确立，健康管理的理论体系开始发展。



划纲要发布以来，健康管理行业飞速发展，保险、体检、慢病管理等逐渐与健康管理融合。与美国由头部商业保险整合医疗服务的发展路径不同，我国的显著特点是以政府为主导，例如“三明模式”和“天津模式”通过公立医疗体系强化对居民健康的全程管理。此外，国内领先的公立医院，如华西医院、湘雅医院等，已率先通过制定全病程管理服务目录等形式，系统性地介入患者院后康复与健康管理等环节。

因此，对于中国商业保险公司来说，更为现实的路径是在政府主导的公立医疗体系之外，进行差异化补充与前瞻性布局。一方面，商业保险公司可区分客群，为高端或特定需求客户提供公立体系尚未充分覆盖的、更优质或更便捷的健康管理服务。在公立体系尚在探索的阶段，商业保险公司与各类医疗服务提供商建立深度合作、开发创新的健康管理产品，利用医疗服务提供商的服务体系与数据能力，积累运营经验。另一方面，从长远来看，未来政府主导的公立健康管理网络成熟完善后，商业保险公司可通过设计与之衔接的保险产品，继续为客户提供增值服务以及创新药品支付保障，打造公立体系健康管理外的“第二支柱”。

当然，现阶段我国企业通过商业保险配套提供健康管理服务还存在一些困境及问题。首先，企业对于补充医疗保险的审批预算、确定服务需求等环节的决策机制和效率不一，尤其是首年采购企业补充医疗保险的情形下，面对多种多样的可选服务，企业需要预留一定时间进行内部调研、说明及沟通。其次，目前企业补充医疗保险健康管理服务往往呈散装化，仅仅以宣传日、节假日等形式开展主题活动，还需要人力资源部门反复宣传，员工主动参与程度不足，更没有以员工个体为视角形成一人一套的健康管理方案。这些都是企业补充医疗保险及其健康管理服务尚需要磨合的问题。

四、企业补充医疗保险配套健康管理的优势

（一）企业可享受健康险税优政策

根据我国现行税收政策，企业为员工购买符合规定的商业健康保险（如包含健康管理服务的团险产品），可在当年企业所得税汇算清缴时，按照不超过职工工资总额 5% 的部分在税前扣除。如果企业自行采购健康管理服务，则无法享受这一专项税优政策，相同投入下需承担更高的税后成本。因此，选择

企业补充医疗保险配套健康管理服务能让有限的预算覆盖更多服务内容，间接提升福利性价比，实现“花更少的钱，做更多的事”。

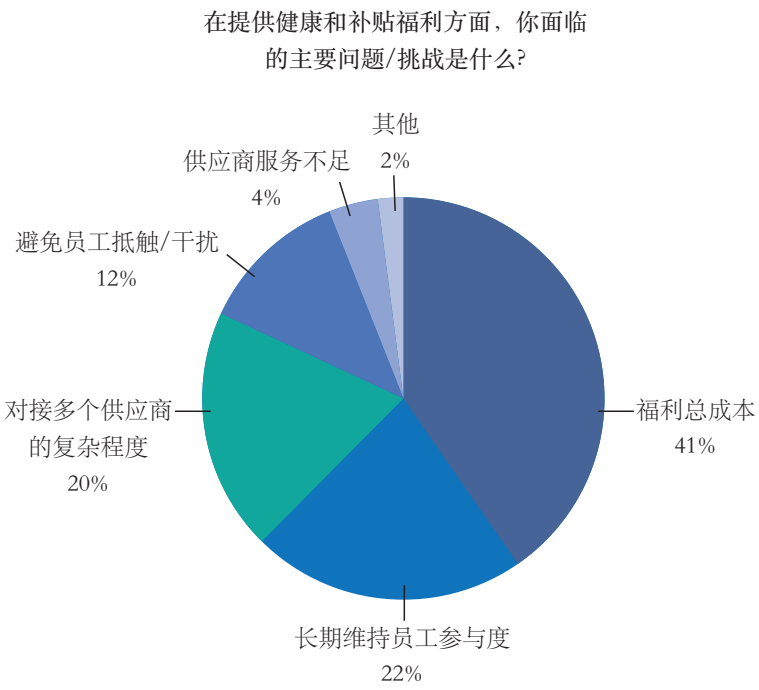


图2 企业在健康福利供给方面的主要问题/挑战

（二）企业可利用保司和再保险公司的服务整合能力，简化采购流程

根据 2023 年普华永道对美国 150 名企业健康管理决策人的调研，员工健康及福利计划决策者遇到的首要问题依次为整体预算、维持员工参与度、对接多个供应商、减少职场中员工间的冲突或干扰以及供应商服务不足等。

在企业直接采购服务的模式下，人力资源等部门需自行对接各类健康管理服务供应商，包括但不限于医疗服务、心理咨询、救援服务、药品供应等等，并开展供应商筛选、合同谈判、服务质量监督、费用结算等工作，需要占用相当一部分时间精力。如果遇到服务商拒绝履约甚至失联等情况，不仅需要紧急更换服务商，而且由于历史数据不互通，无法形成对员工健康连续评估。基于再保险公司沉淀对第三方服务商的遴选、采购、风控管理、履约监控和结算等丰富经验，保司及再保险公司可以为企业提供真正的“一站式服务”，企业只需与出单保司签订一套合同，即可覆盖各类所需服务；企业也通过保司或相关服务商提供的管理后台，查看员工参与率、费用支出明细、健康数据汇总等信息。这种整合式服务不仅可以减少企业的采购环节与沟通成本，更可以实现高效管理和精准决策。

（三）企业员工可享受保险及再保险的稀缺资源链接能力

保险公司凭借其行业资源整合能力，能为患病员工链接前沿医疗解决方案。保险公司（尤其是再保险公司）与全国乃至全球顶尖医疗机构、药企、医疗科技公司存在长期合作关系，其掌握的医疗资源广度与深度，远非单一企业可比拟。例如，保险及再保险公司可利用与药企的对接优势，针对某种疾病整合市场上可适用的各类患者援助项目（PAP）的入组机会，为患病的企业员工争取到尽可能多的治疗方案，大大节省企业及员工自身与多家药企单向联系的时间和精力；再例如，企业补充医疗保险健康管理服务可提供全病程管理服务，对于绝大多数疾病尤其是慢病来说，单独一次医疗服务并非结束，患者常常希望得到诊疗后的跟进，保险配套健康管理服务的优势之一恰恰是串联第三方服务商、健康管家甚至联合公立医院，闭环整个诊疗行为。不难看出，这类资源整合和链接能力是企业自行开展健康管理难以实现的，凸显了保险配套健康管理服务的显著优势。

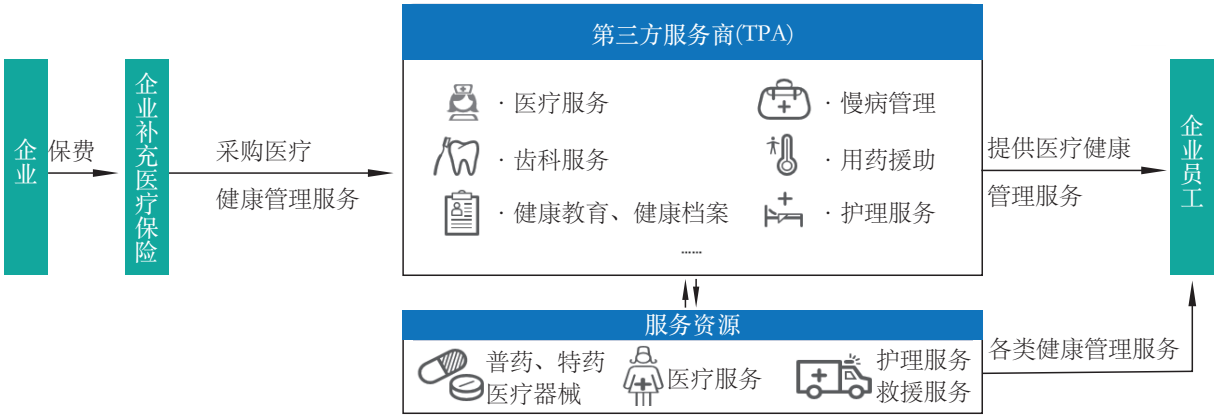


图 3 企业补充医疗中的健康管理

不得不承认的是，保险产品配套健康管理服务常常以宣传材料、口头承诺等形式存在，表述模糊笼统、责任不清晰。保险公司也可能出于成本控制、资源调整等原因减少服务项目或降低服务质量，企业及其企补保障内的员工难以维权。目前，中再寿险正在持续推广“服务责任化”，在该模式下，保险、再保险合同相关方会将健康管理服务写入条款，清晰界定包含哪些服务项目，量化服务标准时效、范围、频次，以及服务中断时的应急预案与保障机制。“服务责任化”模式，有助于切实保障员工应享受的健康管理服务权益。

五、方案及建议

（一）开展全生命周期监测和全范围健康指导，提升员工健康水平

随着“健康中国”战略的深化，企业补充医疗保险配套健康管理也迈向全周期监测、干预、指导的新阶段。目前对于全病程管理或全生命周期管理等市场常用表述尚无统一定义，一般指以患者为中心，围绕疾病从预防、诊断、治疗，到康复、长期随访的完整周期，整合医疗、护理、康复、营养等多学科资源，提供连续、系统、个性化健康服务的管理模式。全病程管理已被认为是应对重疾、慢性病的核心手段之一，其贯穿诊前、诊中、诊后，打通院内、院外，联动公立医院、互联网医院等线上及线下资源，以及医生、护士、护工和 AI 辅助手段，提供全面、持续的健康管理服务，提升员工健康水平，缓解企业负担重疾和慢性病员工的费用压力。企业可以优先、重点关注发病率高、医疗费用高的病种，如高血压、糖尿病、癌症、心脑血管疾病等，并逐步拓展到全病种，由专业服务机构构建管理体系，形成员工“一人一套”健康管理方案。

（二）企业健康小屋作为承接服务的载体，满足员工需求

职场是实施员工健康管理的核心场所，我们建议将“健康小屋”作为承接上述职场健康管理服务的载体，降低员工使用门槛，让健康管理从“被动参与”变为“主动触达”。按照全生命周期监测和全范围

健康指导的理念，企业健康小屋包括设置全自动血压仪、血糖检测仪、体脂秤、视力筛查仪等即时监测类产品，急救包、AED（自动体外除颤仪）等应急支持类产品；对于患病员工通过企业健康管理平台定期推送用药提醒，结合职场健康小屋的定期监测数据，由营养师、健康管理师为员工定制个性化饮食、运动方案；在员工就医时，提供诊前、诊中、诊后咨询和指导，弥补单项医疗和健康管理服务之间的关键空白。

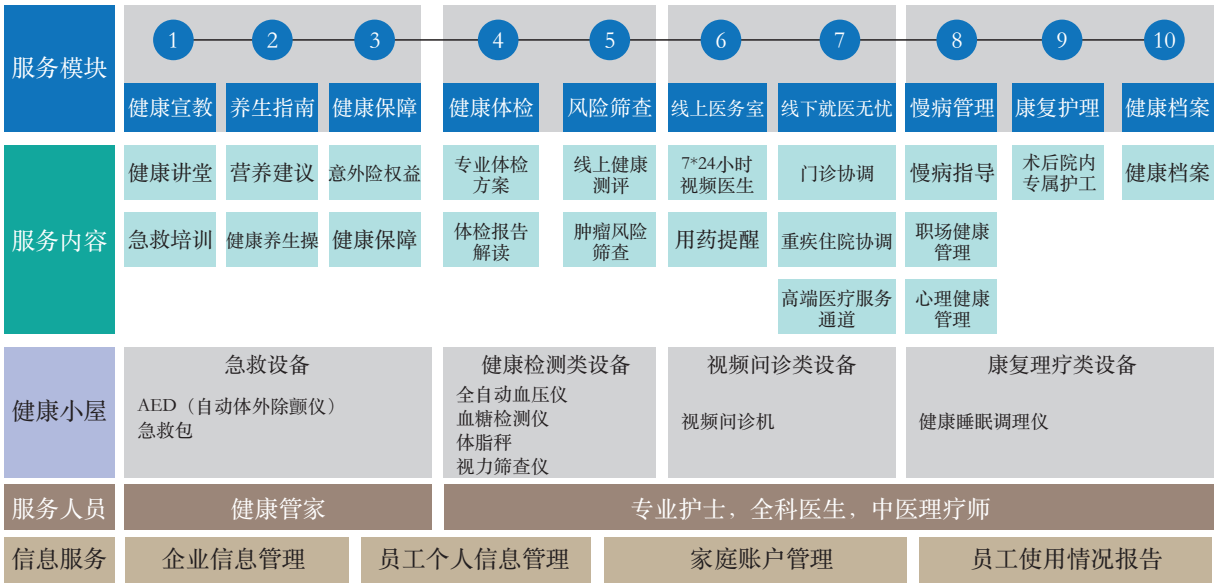


图 4 以企业员工为中心的全流程健康管理方案

六、结语

在“健康中国 2030”战略深入推进与企业人力资源管理升级的驱动下，企业补充医疗保险与健康管理服务的融合将成为企业提升核心竞争力的选择。对中国企业而言，借助企补整合健康管理服务，既能享受税优政策释放的财务成本空间，又能通过保险公司和再保险公司的资源整合能力突破医疗资源壁垒，实现从“被动理赔”到“主动干预”的管理升级。未来随着政策支持深化与服务模式创新，健康小屋等为场域载体、全病程管理为核心抓手、服务责任化为保障核心的保险健康管理体系，可以成为企业可持续发展的“健康引擎”，推动职场健康生态实现从福利供给向价值创造的跃迁。

参考文献

[1]《中国银保监会办公厅关于规范保险公司健康管理服务的通知》（银保监办发〔2020〕83 号）[A/OL]. (2020-09-03)[2025-10-16].

[2] 德勤．2025 年 Z 世代和千禧一代调查报告 [EB/OL]. (2025)[2025-10-16].https://www.deloitte.com/content/dam/assets-shared/docs/campaigns/2025/2025-genz-millennial-survey.pdf.

[3] 上海证券交易所．关于发布《上海证券交易所上市公司自律监管指引第 14 号——可持续发展报告（试行）》的通知 [EB/OL]. (2024-04-12)[2025-10-16]. https://www.sse.com.cn/lawandrules/sselawsrules/stocks/mainipo/c/c_20240412_10753180.shtml.

[4] 国家统计局．2025 年上半年居民收入和消费支出情况 [EB/OL]. (2025-07-15)[2025-10-16]. https://www.stats.gov.cn/sj/zxfb/202507/t20250715_1960406.html.

[5]《健康保险与健康管理协同发展的路径探索》[J]. 保险理论与实践 , 2020(6): 33-49.

[6] Soeren M, Liu H, Caloyeras u, et al. Do workplace wellness programs save employers money? [R/OL]. Santa Monica: RAND Corporation, 2014[2025-10-16]. https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_briefs/RB9700/RB9744/RAND_RB9744.pdf.

[7] 于莹，阎建军主编 . 中国健康保险发展报告（2024）[M]. 北京：社会科学文献出版社，2025: 151-167.

[8] 中智经济技术合作股份有限公司 . 2024 企业健康保障福利白皮书 [R]. 上海 : 中智经济技术合作股份有限公司 , 2024.

[9] PricewaterhouseCoopers. Employer benefits perspective survey[EB/OL]. (2025)[2025-10-16].https://www.pwc.com/us/en/industries/health-industries/library/employer-benefits-perspective-survey.html.

[10] 智研产业研究院 . 2025-2031 年中国全病程管理行业市场运营态势及发展前景研判报告 [R]. 北京 : 智研咨询集团 , 2025.

[11] 健康员工 = 健康企业：重塑企业医疗健康管理新认知 [EB/OL]. (2023)[2025-10-16]. https://finance.sina.com.cn/wm/2023-10-08/doc-imzqkuwi0336790.shtml.



团体保险可持续定价策略探析

■刘涵　■刘秋月　　（中再寿险精算定价部）

摘要：团体保险定价深陷于买方市场结构所引致的利润压缩与风险聚集双重困境。本文剖析了其现行定价机制高度依赖历史经验数据，并在买方预期、资源价值、成本水平与服务水平的四方博弈中形成了一种脆弱的平衡，导致定价职责错配至渠道部门。为破解此困局，本文提出，再保险角色需从被动风险承接转向主动风险管理，通过建立以项目整体盈利能力为核心的评估体系、构建全周期动态追踪机制、以及推动数据赋能的平台化运营，协助直保公司构建可持续的定价策略。展望未来，团险业务的竞争范式将从根本上发生转变，从单一的价格竞争升级为以“保险 + 服务”为核心的生态协同能力竞争，推动行业迈向数据驱动、生态协同的团险新范式。

关键词：买方市场；经验定价；风险识别；数据赋能；服务化转型

一、 团险业务特点及发展趋势

（一）业务范围：从基础保障到综合服务，三板块并存

当前团险业务呈现“三板块并存”格局：一是以医疗、寿险、意外险为主的核心保障业务，承担风险转移功能。其中，短期健康险占比高达 50%~60%，但因运营成本高与买方议价能力强，普遍处于微利或亏损状态，成为风险聚集与再保分出的重点领域；寿险与意外险经验相对较好，盈利空间尚存，但规模有限。二是以账户式医疗基金和企业年金为代表的管理服务业务，体现服务托付属性；市场竞争已将其管理费率从早期的 4% 左右压缩至不足 1%，加之监管明确此类资金不得用于投资运作，盈利空间极其有限。三是通过企业渠道向员工销售个人保险的团险 2C 业务，作为渠道衍生型增量业务，实践效果不佳：或因转化率低导致规模难以起量，或因逆选择导致赔付经验恶化，目前尚未形成稳定盈利模式，仍需持续探索。

（二）覆盖人群：以在职员工为核心，风险呈分层外溢趋势

团险保障结构呈现“核心—外围”双层特征：核心层为在职员工，通常依据职级实行差异化设计，但高管群体常因高保额与宽松核保规则形成显著风险敞口；外围层涵盖员工家属与退休人员，其赔付成本高、风险可控性弱，且因数据积累不足，尚未建立专门的经验分析体系，存在定价盲区。

（三） 发展趋势：定制化、服务化与增量探索

企业定制化需求持续深化，迫使保险公司在核保、责任、服务与价格方面作出妥协，弱化了承保风控能力。同时，“保险 + 服务”模式正成为竞争主战场，服务内容从基础理赔效率提升延伸至全生命周期健康管理。在增量探索方面，可着力于存量客户保障优化、中小企业市场开拓与职域销售模式突破，推动保障从同质重叠向差异互补转型。

二、 现行团险定价机制与挑战

从精算视角看，团体保险定价在本质上属于经验费率法（Experience Rating），其核心是利用投保团体自身的历史损失经验来调整未来保费，这与依赖大数法则和固定费率表的个险定价形成鲜明对比。经验费率法的有效性高度依赖于历史数据的信度（Credibility）——即数据的充分性与可靠性。然而，在团险实践中，由于企业个体经验方差大、数据质量参差不齐，导致了信度不足，使得精算模型的输出（理论价格）必须让位于渠道部门基于“四方博弈”的策略性定价，从而引发了目前团险定价职责的错配。

（一） 直保公司现行团险定价模式：多方博弈下的脆弱平衡

直保公司的最终报价是以下四方面因素综合博弈的结果，定价模式往往重策略、轻风险。

1. 买方预期与议价能力

企业对员福成本的预期来源于既往经验、员工需求、行业对标及公司战略四个方面。首先，企业会基于过往年度团险员福的保费、理赔经验情况确定当年的员福预算水平，在保障方案和计划没有大幅调整的情况下，当年员福预算大概率与历年波动不大。其次，企业会调研员工对过往员福的满意度，以及是否有其他的保障需求，例如老龄员工占比高的企业，可能增加慢病管理需求，企业会结合员工的调研

反馈调整当年的员福计划，如果保险公司提供的产品无法满足员工的保障需求，或无法在企业能接受的预算范围内提供保障，也难以争取到业务。此外，企业还会参考同行业、同规模的其他团体的员福计划标准，形成与行业匹配的保障预期及价格预期，同时邀请多家保险公司报价，将不同保险公司提供的保障与价格进行比较，不论是报价远高于其他公司，还是报价较低但保障不足，都不会被选择。最后，在经济下行周期，很多企业会采取压缩成本的战略，降本增效，明确要求“团险保费不增、保障不减”甚至“保费下降”，这会对保险公司的报价下限带来极大的挑战。

团险市场为典型的买方市场，议价能力主要由企业规模和合作价值决定。一方面，企业规模越大，议价权越强。员工数量多的大型国央企、上市公司等，是保险公司的核心客户。而这些企业也可能提出更严格的承保条件，保险公司为留住客户，往往以薄利换规模来维持合作。另一方面，企业合作价值越高，谈判空间越大。若企业本身是高价值客户，如金融机构、大型制造业集团，除团险外，还可能带来后续车险等业务需求。此外，团险覆盖的企业员工，还是保险公司优质的个险潜在客户，这些员工可能选择购买个险产品以提升保障水平。因此，保险公司可能通过压低团险报价，换取其他高利润险种的合作机会，用以弥补团险的短期收益缺口。

2. 长期资源价值

团险被视为客户资源沉淀和品牌背书的战略渠道，其长期资源贡献属性优先于短期利润贡献。团险是客户资源的沉淀，企业与保险公司之间可能已经建立长期稳定的合作关系，其他保险公司想要打破这种合作是比较困难的。企业可能出于对既往保险公司提供的产品和服务比较满意而愿意维持合作，保险公司也愿意综合考虑多年的承保利润情况而尽可能满足企业的价格和服务需求，积累稳定的客户资源。

另外，团险也可以提供品牌背书价值。若保险公司能为大型知名企业承保团险，可将其作为标杆案例，用于后续开拓其他企业客户，这种价值远高于单一团体的利润。因此，保险公司为这类企业报价时，往往会给出更优惠的条件，甚至牺牲部分短期利润。

3. 预估成本水平

保险公司在团险定价过程中主要关注团体的整体情况。通过收集团体的信息和数据，根据新单与续保，结合不同的业务类型、渠道的利润考核指标等进行风险评估，预估成本水平，为保险公司的承保决策提供参考。

对于新单业务，由于不了解团体风险状况和损失经验，需全面评估团体特征，风险评估的因素主要包括定性指标（团体性质、行业类别、企业性质、管理制度、投保目的、企业薪酬、福利制度、员工收入水平）、定量指标（团体规模、投保人数、团体成员参保率、职业工种分布、年龄结构、性别比例、流动率）、保障计划、保险金额、保费的负担方式、区域性风险、当地社保政策以及生活水平等。重点结合不同险种的特征，在基准因子的基础上进行适度调整，以确定合理的承保条件。

对于续保单或转保单业务，团体保险产品定价主要参考以往年度团体理赔记录或经验，即采用经验费率法。根据既往赔付情况，如是否有稳定的平均赔付水平、逆选择和巨灾赔付等，参保率、参保人数有无变化以及与原保险计划的差异等决定是否原价续保或者根据团体的整体风险状况进行费率调整。对于健康险，通过经验分析可以得到实际医疗费用发生水平和增长趋势；对于意外险，可以依据投保团体既往至少三年的理赔经验数据确定其发生率。对于既往发生过重大赔案的团体，还需要考虑是否对新年度的保险计划做出调整，如采用降低保险金给付比例等措施控制业务风险。

4. 服务水平

企业尤其看重理赔效率与健康管理等增值服务。对员工数量多、组织架构复杂的大企业而言，团险



的服务体验直接影响员工满意度与企业管理效率，因此服务水平往往与价格同样重要。这使得保险公司的报价与服务能力紧密相关，需要尽可能满足企业的服务需求，优质服务可支撑合理的价格溢价，但同时也推高运营成本，进一步侵蚀本已微薄的利润空间。

总体来说，保险公司的团险业务需在满足企业需求、守住风险底线、获取长期收益、提供优质服务之间找到平衡点，才能形成既具竞争力又可持续的定价方案。

（二）团险定价职责的“错配”

团险定价高度依赖投保企业的历史理赔数据与团体特征，一线渠道与运营团队最了解客户的过往理赔数据、合作细节与谈判底线。因此，团体保险定价的核心职责，往往不在精算或产品定价部门，而是归属于团险运营部门或其主导的跨部门报价委员会。

这种以个体经验为核心的定价模式，导致模型输出与实际报价之间可能存在显著差异，且不同团体间的经验方差极大，甚至从各个定价因子角度看起来很接近的两个企业员福项目，实际的理赔经验也可能存在较大差异。这与个险定价形成鲜明对比：个险定价依赖的是在大数法则下趋于稳定的“总体经验”和“共性趋势”；而团险定价反映的则是每个企业独有的、波动性强的“个体经验”。因此，尽管数据分析技术与风控手段不断进步，但团险定价的基本逻辑仍将受制于买方市场属性与企业经验数据的局限性，“四方博弈”的定价模式难以发生本质改变，保险公司必须在策略性让步与风险底线之间寻求平衡。

三、 团险定价的核心风险

（一）数据质量风险：根基不牢

数据是定价的基础，其质量直接决定了精算模型与成本预估的准确性。数据质量风险主要体现在数

据缺失、失真和滞后三个方面。

首先，数据缺失问题对于新单业务影响较大。不同企业能够提供的员工信息颗粒度不同，有的能提供具体到个人的年龄、性别信息，有的能提供分段的年龄结构及性别比例，有的仅能提供平均年龄、最高及最低年龄，由于无经验数据，对于全新的业务，部分险种仅依靠企业提供的粗略的信息难以支撑精准定价。此外，部分企业的保险保额还可能与员工薪资挂钩，由于薪资涉及员工的敏感信息，难以提供详细的数据，保险公司仅掌握平均薪资水平难以评估业务的实际风险敞口，影响承保决策。

其次，数据失真问题也会影响定价结果。对于续保业务，保险公司自身积累了既往的承保理赔经验数据，可以在后续定价时提供可靠的参考。然而，对于新保业务和转保业务，信息及经验数据都来源于企业，保险公司难以核实，可能存在企业为压缩成本或加快投保流程，隐瞒关键数据的道德风险，例如隐瞒近一年的大额理赔案例，隐瞒历史经验情况，或未及时告知保险公司由于工作场所、设备、人员、业务种类等变更导致危险显著增加的情况，导致定价不足风险。

最后，团险定价还存在数据滞后、预期不足的风险。因为团险定价通常依赖过去一至三年的历史数据，但医疗通胀、重疾发生率恶化、疫情后的集中理赔，这些动态风险都会导致经验的波动，无法通过滞后的数据充分反映，带来成本变化与风险变化的错配，因此在定价中还需要增加对未来的预期。

（二）各企业经验差异风险：定价因子难以标准化

企业员福的核心特征是按企业聚合风险，但不同企业的基本情况（行业属性、规模、员工结构等）、员福计划（福利偏好、保障方案、服务需求）差异极大。即便两个企业在行业、规模、员工年龄和性别结构等参数维度上高度相似，其实际的理赔经验也可能存在巨大差异。这种差异源于诸多难以量化的内在因素，如企业文化、员工福利使用习惯、管理松紧度乃至所在地域的就医偏好等。因此，在缺乏特定企业自身历史经验数据的前提下，并不存在一套普适的、能精准预测其未来赔付结果的定价模型或标准化因子。精算模型基于大数法则和群体共性，而团险定价却高度依赖个体经验。这种根本矛盾使得试图仅凭外部参数进行单个团体标准化定价的努力都面临预测失准的风险。

（三）责任涉及风险：高危盲区

员福计划责任设计的风险因素主要体现在高管计划、退休人员保障、员工家属保障及高风险责任方面。

首先，部分高管计划的风险敞口过大。高管的保障水平往往是企业关注的重点，高保额叠加免体检等宽松的核保规则，使得这类人群的风险更加不可控。

其次，退休人员由于年龄较大，意外、疾病、死亡的发生率会明显上升，医疗成本也比较高。在个险中通常会拒保的超高龄人员，在员福计划中被要求纳入，有些企业甚至要求退休人员与在职人员采用相同的费率，其风险和保费严重不匹配。

再次，团险产品逐渐让职工子女、父母等近亲属与员工享有同等保障的趋势，且可自行选择是否投保，增加了员福计划的逆选择风险。在自愿投保模式下，员工更倾向于为高龄和带病亲属投保。经调研，目前尚无保险公司专门分析过员工家属的经验情况，缺少定价参考依据。

最后，高保额重疾责任和高保额门急诊医疗责任本身风险极高。部分企业要求高额重疾保障，虽然发生概率低但损失金额大，若企业规模小，一旦在同一时期发生多起理赔，就会入不敷出，在极端风险冲击下导致亏损。高保额门急诊医疗责任发生率高，若免赔额低，理赔标准宽松则会导致员工理赔意愿

上升，实际理赔远超预估。企业员福计划的定制化需求使得业务风险加大，其中一些扩展责任本身具有高风险性，再加上企业要求纳入带病体保障，因数据稀缺、风险不可预测，成为定价中的盲区。

四、 再保险视角下的定价优化与风控建议

再保险作为风险分散与定价支持的核心参与方，在团险业务上应从被动承接转向主动管理，协助直保公司构建可持续的团险业务模式。

（一） 考量项目整体盈利能力

再保险公司通过风险分散与精准定价，平衡规模和利润，需重点解决团险员福业务企业议价压价、责任设计高风险、利润薄的核心问题。

一方面，大企业议价能力强，利润空间小，基本处于薄利甚至微亏，保险公司主要赚取投资收益。中小型企业议价能力相对有限，再保险公司需要将不同企业的业务做整体考虑，通过跨行业、跨规模、跨地域的业务组合，降低单一业务的风险波动，以实现规模和利润的平衡。

另一方面，团险员福业务中不同险种的经验也存在差异，高杠杆寿险、意外险往往经验较好，而重疾险、医疗险经验较差。再保险公司需要将一个团体所有险种的整体经验一起考虑，决定是否承接，制定再保条件。例如，可以通过分保结构优化，差异化自留额设计，多分入寿险、意外险业务，小份额承接风险较高的住院医疗、门急诊医疗、企业补充医疗责任，创造利润空间。

（二） 建立动态追踪机制

团险定价的核心风险之一是定价偏差，再保险公司需建立全周期动态追踪机制，应对参数不准及定价不足的风险。

首先，进行承保数据核验。核查直保公司提供的企业员工投保清单与企业员福计划说明书的一致性，重点排查虚增人数、虚报年龄、隐瞒高风险职业等数据造假问题。

其次，在业务存续期间，要求企业在员福计划发生重大变更（如扩展责任、团体危险增加）时及时通知再保公司，并触发再保条件的重新评估。

最后，进行赔付经验追踪。再保险公司可以通过季度账单数据分析企业员福业务的赔付率情况，对经验恶化的业务及时进行风险排查并干预，协助保险公司进行风控，避免经验进一步恶化。续转时，要注意与直保公司协同，对经验极差的责任可以考虑设置赔付率封顶机制等，一方面避免单向调整导致合作矛盾，同时通过利润分享机制的形式激励直保公司加强风险管控，共同提升利润水平。

（三）数据赋能平台化运营

一是针对直保公司长期合作的大企业业务，业务质量好，应积极争取。因其积累了大量的可靠数据，可提供完整的投保理赔明细数据，数据质量高，经验稳定，同时议价理性，重视服务而非单纯压价。

二是针对中小企业经验波动大、数据分散的痛点，单个直保公司缺乏足够的风控手段和合适的定价参数。可尝试推动建立“中小企业员福统一管理平台”，通过风险池机制分散单个企业的波动冲击。平台化运营不仅有助于积累多维度、跨来源的中小业务经验，从行业、地域、企业特征、员工结构、责任设计等多方面入手，逐步形成新业务定价参考基准，更便于识别高风险团体，实施针对性风控与管理改善，

从而系统性提升业务品质。对已有中小企业员福业务，可以对特定高额医疗责任（如特药、罕见病用药、高端医疗器械）进行拓展，通过模块化、定制化的产品设计，提供精准风险覆盖，同时控制保费水平。

三是再保险公司需要主动拓展数据来源，与地方医保局、医疗数据服务商、行业协会开展合作，提升数据的全面性与客观性。

（四） 推动服务从事后理赔到风控前置

服务已成为企业评价团险计划的核心维度之一，但其带来的成本压力也不容忽视。为避免服务增加带来的成本上升，保险公司应推动服务从“事后理赔”向“事前预防”转型，实现与客户的价值共创。保险公司应整合体检、健康咨询、慢病管理等健康管理服务，将其嵌入保险产品。此举不仅响应了客户服务体验升级的需求，更重要的是，通过与员工互动共同促进健康，能有效降低出险率，控制理赔成本，实现保险公司、企业与员工三方的价值共赢。这种模式将传统的风险承担关系，升级为长期的健康管理伙伴关系，是团险业务可持续经营的关键。

五、结论与展望

团险企业保障的定价风险，本质是数据、风控、服务与资本四者之间的动态平衡问题。未来，团险的竞争不仅是产品的竞争，更是以数据驱动为基础、以生态协同为核心的综合能力比拼。中再可依托资源整合能力，联合直保公司、企业客户、服务供应商、医疗机构等，共同构建团险新生态，实现定价更精准、风险更可控、服务更贴心、盈利更可持续的多赢格局，推动团险业务从价格战转向价值战，实现从风险承担者向健康管理伙伴的角色转变。唯有通过全行业协同、数据共享与风控前置，方能引领团险业务走向长期健康发展的新格局。

参考文献

[1] 吴斯旻 . 上海团险版商保目录呼之欲出新型团险定价“兼顾惠民属性”[N]. 第一财经日报 ,2025-09-01(A06).

[2] 杨文杰 . B 寿险公司洛阳分公司营销策略优化研究 [D]. 云南师范大学 ,2023.

[3] 赵月 . 惠蓉保定价方法及费率动态调整机制研究 [D]. 西南财经大学 ,2023.

[4] 赵旭 . Z 公司内蒙古分公司团体保险业务竞争战略研究 [D]. 内蒙古大学 ,2022.

[5] 李心愉 , 张越昕 . 我国团体保险需求影响因素分析 [J]. 西南金融 ,2012,(10):42-45.

[6] 刘磊 . 团体寿险的精算定价理论与应用 [D]. 西安电子科技大学 ,2007.

[7] 姜涵予 . 构建与市场竞争战略相适应的团体保险业务体系 [J]. 保险研究 ,2006,(10):41-43.

[8] 王勤 . 论我国团体保险的发展 [J]. 保险研究 ,2006,(02):14-16+42.



团险企业保障的运营研究

■ 于丁宁　■ 史程　■ 张博　（中再寿险核保核赔部）

摘要：研究聚焦我国团险企业保障运营，系统分析现状、痛点及优化策略。在运营模式上，核保采用“分类 + 动态”分级审批机制，多维度综合评估风险；理赔呈现传统人工、外包及线上自动化三类模式。在政策、医疗技术进步、保险科技赋能等外部环境变化的推动下，当前核保面临需求复杂化、逆选择加剧、分层方案精准度不足等痛点；理赔存在体验差、效率与准确性难以兼顾、高频小额成本叠加大额赔付威胁、标准化与个性化冲突等难题。面对这些痛点，文章建议核保强化直再协同，通过体系化风险管控方案、分层管控与精准筛选、大数据风控与动态规则优化等策略合理管控新型风险；理赔推进科技化转型、主动干预高风险案件、构建健康管理生态，并借助直再融合数据共享降本增效。未来团险运营将向科技驱动智能化、客户导向服务升级、开放协同构建生态方向发展，成为社会保障体系的专业赋能者。

关键词：团险企业保障；运营；核保；理赔

一、我国团险企业保障的运营现状

（一）运营模式解析

1、核保运营模式

（1）采用“分类”与“动态”审批机制

对于团险短期险业务，分级审批的方式是保险公司核保风险管控的核心机制之一，其核心在于通过“分类”与“动态”双维度设计，实现审批权限与机构风险管控能力的精准匹配。具体而言，保险公司通常依据分支机构业务规模、综合成本率及核保能力等核心指标，将机构划分为不同类别，匹配差异化的最大业务权限；同时结合核保人员专业能力、年度授权考试结果及具体业务场景，对个人权限进行分级界定，形成“机构 - 人员”双层的审批权限体系。在此基础上，为确保权限设置与实际风险状况同步，机构分类与人员权限均按年度动态更新，重大风险事件触发即时降级调整，从而保障审批权限始终与机构风控能力、赔付率数据等核心风险要素相匹配。

（2）核保评估维度与管控措施

团体保险的核保逻辑与个人保险存在显著差异，其重点不在于对每位成员进行可保性证明，而在于对投保团体的整体特征及其所申请的保障与服务类型进行综合分析。此外，对于续保或转保业务，还需评估该团体既往的理赔经验。从风险评估角度，团体核保所涉及的因素可分为以下三类：

核心风险因素：直接反映团体本身的风险水平，包括成员构成、职业类别、工作环境、员工流动率、团体规模以及所在区域的经济状况等。

逆选择防控因素：用于防范高风险个体集中投保所带来的非均衡风险，主要包括最低投保人数、投保比例、最高保额限制、员工对保额的选择权以及投保动机等。

操作管理因素：关乎保险方案能否顺利实施与管理，具体包括投保单位的配合程度、保费分摊方式等。

在实际核保过程中，需要对业务合规性、工作性质、人员结构、团体类型、保费模式、年龄与性别分布、保险给付规则、历史理赔经验、保险计划内容及保单持续可能性等关键维度进行综合研判，为团体风险评估分类和核保策略制定提供依据。

2、理赔运营模式

国内保险公司团险理赔运营模式主要分为以下三类：

传统人工模式：依赖纸质单证与企业 HR 收集邮寄，由理赔人员全人工操作，流程长、错误率高、成本高，正逐步淘汰。

外包模式：将部分环节委托第三方（TPA），可降低固定人力成本、提高效率，但存在服务质量不稳定、风控掌控弱及数据安全隐患。

线上与自动化模式：通过移动工具实现电子申请、单证上传及自动理算支付，员工可直接通过 APP/ 公众号提交单据，系统运用 OCR、规则引擎等技术处理，显著提升效率与体验，是主要发展方向。

技术进步正重塑理赔模式，当前应用集中于几方面：流程自动化（RPA）处理规则明确、重复性任务（如数据录入、支付触发）；光学字符识别（OCR）自动提取医疗单据关键信息（如金额、药品名），替代人工录入；规则引擎将条款、理赔政策转化为系统规则，统一审核标准、提升准确性。目前技术多处于“辅助人工”阶段，距全面智能化还有差距，未来可借大模型来探索小额高频案件的自动审核结案。

（二）外部环境变化对团险企业保障运营的影响

1、国家政策导向深刻重塑行业格局

近年来，国家医保局成立及“健康中国 2030”战略推进，叠加 DRG/DIP 支付方式改革、医保目录动态调整、带量采购及个人税优健康险等政策相继落地，为商业健康保险市场带来发展空间的同时，也对保司的运营管理和服务能力提出更高要求，亟需提升核保理赔精准度与效率，强化与医保系统的协同联动。

政策环境的演变直接推动了市场需求结构的升级。具体表现为，在补充医疗保险、意外医疗险、重大疾病险高覆盖的基础上，DRG 支付政策下的先进医疗、特需国疗、院外药械等责任的需求占比显著上升，推动团险保障需求从“基础覆盖”向“多层次、全面化”延伸。

2、医疗技术进步带来成本通胀挑战

靶向药物、质子重离子治疗、CAR-T 细胞疗法等突破性技术的临床应用，虽显著提升了疾病治愈率与患者生存质量，却也同步引发医疗成本的结构性攀升，直接推高保险理赔支出压力。这一趋势倒逼保险机构强化风控体系，承保端精准评估风险，理赔端高效管控高额赔案，推动核保与理赔形成风控闭环，抑制不合理支出。

3、保险科技发展提供全新解决方案

AI 大模型、区块链、大数据建模等技术的创新应用，使复杂病历解析、确保医疗数据流转全流程真实与隐私保护以及及精准用户画像与风险预测成为可能，在提效的同时，更重塑了风控模式与服务生态。

4、跨界竞争与合作倒逼保险商业模式升级

健康管理公司、医疗大数据企业、互联网医疗服务平台及人工智能大模型技术厂商等跨界主体深度介入保险行业，推动险企从传统的“风险承担者”和“事后赔付者”角色向“健康生态构建者”转型。当前，保险公司亟需突破固有业务边界，通过整合跨领域优质资源，为企业客户打造涵盖预防、保障、治疗与康复的全周期“保险 + 健康”综合服务解决方案，以实现商业模式的迭代升级与价值创造能力的系统性提升。

二、我国团险企业保障的运营风险与痛点

（一）团险核保的风险与痛点

随着员工及家庭对医疗保障需求的持续升级，团体保险方案设计日趋复杂多元，核保环节面临的新型风险与痛点具体表现为以下三个方面：

1、保障需求复杂化加剧风险评估难度

面对保障需求日趋复杂化，核保不仅需对补充医疗、意外、重疾等传统险种的风险特征实现精准识别与评估，更需应对因政策调整、医疗技术革新、医疗通胀及风控模式升级等因素而动态演变的新型中高端医疗风险，评估难度显著提升。

2、个人自主选择权扩大与家庭保障延伸加剧逆选择风险

当员工为近亲属自主参保时，由于员工可自主挑选保障方案并灵活扩展家属保障范围，那些近亲属健康状况欠佳、潜在医疗需求较高的员工，往往会更倾向于通过参保来转移风险。这容易导致高风险个体在保障池中大量聚集，使得逆选择风险被显著放大。保险公司虽然能够基于企业员工群体情况，对其

整体健康状况做出大致的判断，但对于员工背后每一位家庭成员千差万别的健康状况，却几乎处于信息盲区。在此情形下，保险公司与参保人之间的信息不对称矛盾急剧激化。保险公司难以精准地对风险进行评估，进而导致保险产品的定价与风险控制难度大幅攀升。

3、方案分层化对核保规则精准度提出更高要求

随着保险方案从传统的“全员统一”模式加速向“按职级分层”模式转型，资源向高管人才倾斜，易导致企业中占比极低的高管群体出现保障责任覆盖全面、保额额度显著高于普通员工的现象。由于高管群体普遍年龄高于普通员工，且因工作压力、应酬等因素导致健康状况整体弱于普通员工，更易出现个别高管因健康隐患集中（如慢性病、亚健康状态）叠加高保额需求，超出保险公司风险承接能力的情况。这对核保环节的差异化规则设计能力及个人风险评估精准度提出了更高要求。

（二）团险理赔的风险与痛点

1、低效和不佳的理赔体验在团险运营中普遍存在

尽管线上化已取得进展，但“最后一公里”的体验问题依然突出。流程割裂（如线上提交后仍需邮寄原件）、人工审核案件时效慢、理赔状态不透明、复杂案件仍需反复人工沟通等问题，导致员工投诉和企业 HR 的不满。对企业而言，本应作为员工福利的保险，却因理赔流程繁琐、低效而招致抱怨，没有达到增加员工获得感的目的。

2、理赔“快”与“准”的矛盾伴随团险运营始终

海量案件的压力驱使保险公司追求提升处理速度，但追求“快”往往可能牺牲“准”。自动化规则设置不完善、单证识别误差、以及面对复杂或模糊条款时系统的无力，都可能导致错赔、漏赔或误拒。如何在保证高速处理的同时，维持高水平的理赔准确性、合规性和一致性，是运营管理的核心挑战。

3、高赔付与高风险并存

团险业务的特性决定了其赔付率天然较高。一方面，逆向选择风险显著，企业为员工投保是基于整体风险，但员工个体的出险概率并非同质，带病投保、道德风险难以完全避免。另一方面，高频的小额赔付推高了运营成本，而重大疾病、猝死等低频但成本极高的案件，则对保险公司的赔付率构成直接威胁。另外建工险、船意险等团险还可能面临因管理不善、违反承保约定导致的聚集性巨灾风险，这些问题的识别与定责也为理赔风控带来挑战。

4、欺诈风险识别与防控能力不足是常态

保险欺诈是行业的顽疾，团险领域同样突出。其形式多样，包括虚构医疗事实、冒名顶替就医、夸大伤残程度、医患合谋开具虚假证明、故意制造保险事故等。由于理赔数据分散、跨机构信息割裂、调查资源有限，直保公司缺乏有效的工具和手段进行精准识别和有效震慑，导致欺诈成本较低，形成了黑色利益链。

5、标准化产品与个性化需求存在冲突

保险公司为追求规模效应和管控风险，倾向于推广标准化产品。然而，不同行业、不同规模、不同年龄结构的企业，其保障需求和风险特征千差万别。标准产品难以精准匹配，若提供定制解决方案，则对保险公司的产品设计、精算定价和风险管控能力提出了极高要求，形成了两难局面。另外，从再保角度，常见因直保公司为满足企业需求而做出的个性化承保、责任约定并未事先与再保公司统一意见，从而在理赔阶段得出不同的审核结论甚至出现纠纷。



三、团险企业保障运营的优化策略

（一）核保优化策略

1、直再协同构建体系化新型中高端医疗风险管控方案

再保公司凭借行业宏观视角、经验积淀与数据整合能力，精于产品开发与风险管理，直保公司依托一线市场，在基础数据积累、客户需求洞察及趋势研判上更有优势。针对医疗险先进医疗覆盖扩大带来的新型中高端医疗风险，双方可协同互补，从四方面实施精细化风控：

一是强化形态风控。直保公司基于一线数据与需求洞察，定位特需医疗过度使用风险；再保公司结合行业经验，协助设定特需责任免赔额、自付比例及床位费上限，完善责任免除条款（如除外体检、美容生育等）。双方通过“数据反馈 + 专业建议”模式，从保障范围与费用标准双维度约束资源浪费。

二是严控创新疗法风险。直保公司根据实际业务实践，反馈 CAR-T 等创新疗法的赔付特征表现；再保公司则依托自身积累的数据经验及对医疗技术前沿动态的把握，协助在条款中明确约定适应症范围，避免赔付责任过度扩大，有效管控风险敞口。

三是建立医疗机构监测机制。直保公司借助调查团队筛查不合理高收费、调查配合差的异常机构；再保公司利用数据整合与分析技术，共同建立医疗机构“黑名单”，动态更新清单并制定合作资质限制规则，从源头把控医疗服务合规性。

四是实施风险精准筛选。直保公司通过销售客服渠道收集新客户既往病史与适应症信息；再保公司结合产品责任设计差异化健康告知，运用大数据与理赔经验，核查健康风险并基于老客户理赔记录，共同构建转保、加保规则动态调整模型，全周期防范逆选择与道德风险。

2、强化逆选择风险防控机制

通过门槛设置与责任限制，防范短期集中出险、高风险人群集中投保等逆选择行为。

（1）**设置等待期与既往症除外条款**。针对通过医保个人账户加入保障的近亲属，延长等待期时长，并明确将既往重大疾病列为除外责任。

（2）**设定家属投保比例门槛**。通过控制家属群体的最低整体投保比例，构建风险分散池以降低集中投保风险。

（3）**职工家属附加保障独立核保**。针对职工自愿为近亲属投保的部分，设立独立严格的核保标准（如要求近亲属完成简易健康告知问卷、体检或医疗大数据筛查）。续保环节采用“经验费率法”，独立评估家属附加保障的赔付表现，针对性调整费率或承保条件。

3、职级分层与高管精准核保

针对高管与员工职级及风险差异，实施精准核保：一是构建职级分层规则，高管高保额匹配年龄、健康等评估维度并设“年龄 - 保额”联动阈值，普通员工沿用标准化流程提效控险；二是对高管单独开展个人核保，要求体检报告、病史声明，必要时专项问询，结合团体理赔数据排查隐患，对慢性病 / 亚健康高管调整保额或附加条件；三是动态校验保额合理性，建立保额与企业规模、行业、薪酬关联模型，回溯高管理赔数据，若高保额伴随高赔付则优化规则（如下调特定年龄段保额上限），避免保额与风险脱节。

4、大数据风控与动态规则优化

整合医保数据、体检机构数据及行业理赔数据，构建以“疾病 + 医疗行为特征”为核心的客户健康风险分级模型，精准识别高风险人群；同步应用智能风控技术实时监测异常数据，动态优化风控规则并迭代核保标准，确保风控体系与核保策略紧跟风险演进趋势，实现对新兴风险的及时应对与精准化管控。

（二）理赔优化策略

1. 理赔运营科技化转型

构建全流程数字化平台，打通企业 HR、员工端、保险公司中台，实现理赔申请、OCR 识别、自动理算、支付及进度追踪线上化闭环管理。深化 AI 应用，基于大模型开发智能风控模块，自动分类解析理赔材料、识别缺失项、提取关键字段，并辅助病历分析、责任判定，提升审核效率与风控精度。同步搭建多维反欺诈系统，整合内部理赔、第三方（征信 / 医疗）及企业数据构建客户风险画像，通过规则引擎、机器学习及社交网络分析实时拦截可疑赔案（如频繁 / 异地就医、异常医疗机构集中），联动再保电子发票核验平台（用于交叉核验相同发票在不同保司间的重复理赔风险）干预重复报销，避免因医疗获利所引发的道德风险，将风控前移至事中甚至事前。

2. 主动管理高风险赔案

突破传统被动等待索赔模式，构建高风险案件全流程主动干预机制：一方面，通过搭建直付网络医院体系、联动 TPA 控费，针对 CAR-T、人工器官等高值药品及器械实行“白名单 + 黑名单”双轨制赔付设计，实现医疗成本全流程管控；另一方面，针对疑难、高额及疑似欺诈案件，组建直保与再保理赔专家联合研判小组，协同外部医疗、司法、公估机构资源，系统性提升重大案件处置效能，形成“事前预防 - 事中管控 - 事后处置”闭环管理。

3. 打造健康管理增值服务体系

拓展保险功能至事前预防与事中管理：为企业员工提供健康风险评估、在线咨询及营养指导，从源

头降低疾病发生率；整合医疗资源，于重大疾病或手术时早期介入，借助就医绿色通道、第二诊疗意见评估方案合理性，规避过度医疗；为高血压、糖尿病等慢病定制管理方案与智能用药提醒，控制病情发展，减少并发症，实现客户健康价值与险企风控目标协同统一。

4. 直再融合协同创新

再保险公司不仅是风险的最终承接者，更可利用其行业视野、数据分析能力和专业技术，成为直保公司战略合作伙伴和价值共创者。在传统分保模式的基础上，进行合作创新，通过与直保公司的赔付率、欺诈识别率等数据联动，设计“与直保公司运营效能挂钩”的创新再保解决方案，激励共担风控责任；基于行业的赔付数据及全国医疗、医保数据进行综合分析，输出理赔风险回溯与趋势洞察，为直保公司提供风控支持和定价建议，助力直保公司优化产品设计，提升产品及服务竞争力。

例如，近年随着医疗发票电子化的迅速普及，票据重复报销带来的额外赔付风险激增，调查显示大量案例违背医疗险的补偿原则，造成保司额外赔付。针对行业理赔风控痛点，中再寿险牵头开发了基于再保数据的发票核验平台，用以提供票据验重服务，已支持直保公司实现了年化“千万级”的理赔减损效果，有效管控了重复索赔风险。未来，中再寿险将进一步探索数字化理赔风控的技术方案，提升行业产品与服务竞争力。

四、总结与展望

展望中国团险市场核保与理赔的运营发展，其正从“风险管控工具”向“价值创造引擎”转型，未来核心竞争力将聚焦以下三个方面：

一是科技驱动全链路智能化。核保端深化 AI 大模型应用，通过 OCR/NLP 自动核查信息、构建动态风险库，以规则引擎与机器学习精准校准规则；理赔端打造数字化平台实现线上闭环，探索大模型辅助病历解析，结合智能反欺诈系统事中拦截欺诈。

二是以客户为中心升级服务。核保端强化差异化，针对企业需求设计分层规则；理赔端延伸至事前预防与事中干预，通过健康管理降本、前置介入控费，整合资源优化体验。

三是开放协同构建生态。再保公司从“风险共担者”升级为“体系化合作伙伴”，通过创新共担模式、分享数据洞察，深度参与规则制定与流程优化，提升业务风控效能；搭建数据共享平台，获取实时医疗数据，增强核保风险识别与理赔反欺诈能力；与科技企业共建技术中台，推动核保智能化工具与理赔创新应用落地，最终形成“共担、共享、智能”的团体保障生态，赋能直保公司，为社会保障体系注入专业动能。

参考文献

[1] 中国银保监会 . 历年保险业经营数据 [EB/OL].

[2] 艾瑞咨询 . 中国商业健康险行业研究报告 [R]. 2023.

[3] 德勤 . 保险行业展望：科技赋能保险新生态 [R]. 2024.

[4] 王和 . 保险的未来 [M]. 中信出版社 , 2020.

[5] 中国保险行业协会 . 中国保险业智能化建设报告 [R]. 2023.

[6] McKinsey & Company. "The future of group insurance: Data-driven and customer-centric"[R]. 2022.

[7] 王一佳等 . 健康保险欺诈与防范对策研究 [J]. 保险研究 , 2021(5): 72-85.

[8] 中智 . 2024 企业健康保障福利白皮书 [R]. 2025.

[9] 智享会 & 保险极客 . 2025 企业员工保险的规划与管理：稳基固本 破局新生 [R]. 2025.

[10] 中国保险行业协会 . 人身保险核保 . 北京：中国财政经济出版社，2015：69-74.



基于 LIFE 模型的团险员福业务破局之道和案例启示

■ 陈朔（鼎源万家创始人兼 CEO）　■ 刘钰（璟越咨询合伙人）

摘要: 团险是社会保障的重要组成部分，但目前因产品同质化、客户老化、赔付攀升等问题，在中国社会保障体系中未能发挥应有的价值。在经济转型与人口老龄化的背景下，多层次健康保障体系面临前所未有的挑战。在员工福利领域，团体保险如何实现突破，是当前行业的关注点。鼎源万家在 20 年的经营实践中，形成了创新产品与保单一站式交付[1]的独特业务模式，依

[1] 保单一站式交付是一种创新型 TPA 服务，由 TPA 公司提供从投保、保全、理赔、客服在内的保单全流程服务。提供保单一站式交付服务的 TPA，客户为缺少团体健康险业务经验、运营和系统的保司，保单运营由 TPA 公司一站式完成。

托完整的2B2C业务数据优化产品，提升运营效率，形成飞轮效应，同步形成了独特的方法论——LIFE模型（Lean Operation 精益运营、Innovative Protection 创新保障、Financial Control 成本控制、Emotional Elevation 情绪拉升）。本文结合LIFE模型应用，总结分析了互联网、电信行业的实践案例，为中国团体健康险市场破局提供了实践范式与理论参考。研究发现，在当前健康保障存在缺口、市场供需错配、团险市场亟待创新的背景下，通过创新设计与精益运营，可帮助企业提高员工满意度与组织效能，并为险企创造新的增量客户和业务。

关键词：企业员工福利；团体健康险；员工福利管理LIFE模型；福利成本控制；团险精益运营；福利情绪价值

一、引言

中国保险市场在过去二十年间实现了跨越式发展，但在健康保障方面依然存在巨大缺口。2024年我国个人卫生支出占总卫生费用的比重，仍远高于世界卫生组织建议的水平，这意味着在国家医保覆盖率不断提升的情况下，居民医疗健康自付压力依然沉重。商业健康险市场长期过度单一的产品形态导致需求与供给间存在缺口，健康保障的刚性需求未能得到有效转化。团险员福业务具有抵御逆选择、扩大可保人群的优势。根据南开大学的研究，作为员工健康福利保障，未来企业补充医疗保险的筹资规模有望达到5000-8000亿元，将成为多层次医疗保障体系的重要支柱。如何激活这一潜在市场，成为行业共同关注的焦点。

二、员工健康福利保障的发展瓶颈

近十年，中国商业健康保险规模显著增长，但其中团体健康险占比很低。在人口老龄化背景下，迫切需要商业健康险发挥积极作用，作为员工健康福利保障的团体健康险，在多层次医疗保障体系中的作用尚有待提升。当前企业员工健康福利保障发展遇到瓶颈，集中体现在团险产品老化、客群固化、运营低效、员工无感等四个方面。

（一）产品老化

上世纪九十年代初，现行团体补充医疗保险在中国市场形成雏形，距今已有三十年历史。其产品起源有两大推动因素：一是国央企从公费医疗转轨到社保体系后需要为员工弥补转轨后的保障缺口；二是大量外企进入中国，普遍将员工补充医疗保险作为员工福利体系的核心组成部分。时过境迁，当前市场环境发生了根本变化，主要体现在以下三方面：第一，医疗和医药科技进步引发医疗通胀。随着医疗行业科技水平逐步提升，大量创新药物和器材进入临床，在改善了医疗水平的同时，也显著提高了医疗支出；第二，公立医院和社保体系改革力度增强。医保控费、DRG/DIP支付改革、集采等举措，使医保报销结构、药品目录和支付方式均发生显著改变；第三，员工的福利保险需求升级。员工的健康意识和保险意识显

著增强，员工的福利需求从“门诊小病”转向“大病医疗”，从“社保内”转向“社保外”，从“只保员工”转向“覆盖家庭”，对企业福利管理提出更高的需求。在此背景下，停留在传统“门急诊 + 小额住院补偿”框架下的团体补充医疗保险，长期处于填缝的市场定位，与员工和企业的保障需求存在结构性的供需错配和失衡。

（二）客群固化

团体健康险客户高度集中于国央企与外资企业，占中国劳动力市场 80% 以上的民营企业（多数是中小企业），推行团体健康险的比例并不高。国央企和外资企业建立员工福利计划，多是以员工福利和关爱为切入点与底层逻辑，在决策中重视合规、预算、赔付率等运营因素。而对民营企业主来说，普遍更关注“效益”“激励”“组织”等经营管理目标，在决策中更重视的是 ROI 投入产出比、性价比等投资性因素。目前民营企业的这些深层诉求，并未被险企有效关注。现有团险产品和保障方案，无法真正满足民营企业对于员工激励、健康保障、成本控制的深层需求，团险市场未被有效激发和启动。事实上，只有突破客户群体，将广大民营企业纳入进来，团险在保障人群的覆盖面及市场份额上才可能实现突破。

（三）运营低效

团险具有定制化的特征，每个企业客户的员工构成、行业风险、保障需求都不相同，保障方案往往需要量身设计。在运营实践中，这种前端定制的方案，对后端的交付和运营构成了很大挑战。首先，严重依赖线下作业。大多数保险公司项目管理主要依赖线下方式，大量人工录入、手工理赔核算以及大量的业务动作在线下完成。其次，保险公司的核保、理赔等职能部门，以完成保险产品的生产为目标，无力也无法走入客户，企业客户所需要的各种咨询、沟通、运营问题件处理等深度服务，只能由业务水平参差不齐的业务员完成。这种服务的非标性与服务的孤岛性，不仅影响服务的整体效能和用户体验，也拉低了销售渠道的产能和工作效率。另外，面临碎片化的数据和业务系统挑战，作为典型 B2B 业务形态，投保企业、销售渠道、承保公司、服务公司各自采用不同的业务系统，数据不互通，且缺乏完整的投保、保全、理赔等闭环流程。

（四）员工无感

作为团体健康险用户，员工体验是衡量项目成功与否，衡量项目投入产出比的重要指标。长期以来，多数团险的员工身故和大病的保额不高，很多不包含社保外用药和诊疗项目，且普遍仅覆盖员工本人（部分含子女，但配偶尤其父母通常不是团险的保障对象），团险的保障价值不高，员工对福利保险的认可度和感知度不高。

三、员工福利管理 LIFE 模型

与大型外企和大型央国企相比，中国民营企业这一特定的客户群体对员工健康保障的需求显著不同。大型外企遵循和沿用海外总部指定的全球福利政策和管理体系，本地决策和创新的空间有限，且这些客户大多数被外资团体健康险品牌供应商锁定，留给本土团险供应商的创新和突破机会不多。大型央国企的福利政策和方案设计，遵守国资委有关薪酬和福利的相关政策与指引，以市场化方式推进创新的空间同样有限。民营企业的市场化经营管理和决策机制，为团体健康险的创新提供了难得的机会。

在团体健康险领域，鼎源万家形成了创新产品与保单一站式交付的独特业务模式，并持续积累业务

数据，基于完整的 2B2C 业务数据进一步优化产品、提升运营效率。基于民营企业对于业务创新和成本控制的极致追求，驱使我们寻求突破性的业务解决方案，总结出兼顾创新与风控的系统性管理模型——LIFE 模型，旨在通过系统化、结构化的方法，实现企业健康福利的战略破局。LIFE 模型包括以下四个维度：

精益运营（Lean Operation）：团体保险普遍存在客户在保障责任和服务上的定制需求。这些保障责任和项目管理流程上的定制化特征，对产品运营的品质和效率都提出了很高的挑战。借助数字化的系统和流程设计，能实现运营品质和运营效率的提升。

创新保障（Innovative Protection）：通过创新设计，满足员工及其家庭在社保或个人保险市场无法被满足的健康保障需求，尤其是个人保险市场无法解决的老年人、带病体、门诊医疗等细分健康保障领域；通过团体保险的动员能力，使这些在个人保险市场无法解决的健康保障，以团体健康福利的形式落地。

成本控制（Financial Control）：推进福利保障创新的同时，兼顾企业作为投保主体在成本控制方面的需求，实现项目的长期健康可持续。

情绪拉升（Emotional Elevation）：旨在强调情绪价值的当代社会，企业需要善用传播，将员福项目与企业文化建设相结合，在员工福利沟通上进行投入，从而提升员工的安全感和幸福感，进而提升员工对福利和企业文化的感知。

LIFE 模型在逻辑上，精益运营是基础，创新保障与成本控制是两翼，情绪拉升是摸高。四个维度互为支撑，共同构建了一个可持续的福利管理体系。

四、典型案例经验启示

（一）大型科技公司打破产品同质化，创新福利思路

1. 案例背景

科技公司靠人才取胜，市场竞争与人才竞争并行。在科技行业，普遍以现金和期权为主的薪酬激励推行多年，手段相对较为单一，对企业 HR 来说难有实质性的突破。企业 HR 在激烈的人才市场竞争中，迫切需要一套能实际落地、让员工具有归属感的薪酬福利方案，同时能够彰显雇主品牌，打出一套组合拳。

经过多轮需求分析，鼎源万家为企业创新设计了“员工父母医疗保险”方案，打造了突破性的员工福利产品，关键在于：⑴ 具有创新性，打造行业标杆；⑵ 从实际出发，加强员工归属感；⑶ 成本可控，在创新的同时兼顾项目的长期可持续，使企业的福利成本控制在预算范围内；⑷ 提升雇主品牌。

这款定制化员福产品具有行业标杆特点，从员工需求出发，解决了老龄化与“421 家庭结构”下年轻员工普遍需承担双亲乃至四位长辈的医疗风险。同时，满足了员工“想为父母买、但买不到保险”的诉求。市场老年健康险产品普遍存在投保门槛高、既往症排除严格、社保地限制多、等待期长等问题。企业“员工父母医疗保险”方案不仅解决了员工家庭的核心痛点，员工充分感受到企业对自己及家人的关怀，进一步增强归属感，也使企业在人才竞争中塑造出兼具情感温度与品牌辨识度的雇主品牌形象。

2. LIFE 模型应用分析

结合 LIFE 福利模型分析，本项目在四个维度上均取得了良好成效。

（1）创新保障

企业“员工父母医疗保险”方案的核心创新在于打破传统健康险的年龄与健康门槛。这个方案首次实现了老年人群体的普惠医疗保障的“五不限”，即不限年龄、不限健康状况、不限既往症、不限社保地、不设等待期。同时，实现了“医保内 + 医保外”药品和诊疗项目全覆盖，能从“医疗必需”的角度覆盖癌症、

心脑血管等重大疾病。最具特色的便是它的公平性，兼顾不同家庭结构与地区差异，企业以团体福利形式，为员工父母提供统一可及的医疗支持。

表 1 鼎源万家 EPMI 企业员工父母医疗保险

方案概述	不限健康状况(不需要健康告知，可以带病投保)，承担一般和重大既往症
	不限投保年龄，不限住院病种
	无等待期
	承担自费药品和诊疗项目(涵盖社保甲乙丙类)
	父母有无社保均可投保，中国大陆2级和2级以上社保定点医院就诊
保险金额	员工父母每人每年 50万元(终身保额100万)
免赔额	3000元/年
赔付比例	甲乙类:社保结算后费用赔付80%，所有丙类费用和社保未结算费用赔付60%
保费预算	父母每人每年保费元(根据不同项目的规模、员工父母平均年龄而定)
补充说明	· 仅承保员工本人父母(括本人父母，含继父母、养父母);不含配偶父母。兄弟姐妹在一家公司工作时，原则上只以其中一人父母名义投保
	· 企业承担全部保险费用，符合福利政策的员工家属全部入保，不支持员工自选自费投保
	· 符合入保资格的员工人数全部投保，入保时的平均年龄与申报时的员工平均年龄相符
	· 父母医疗项目，可以随员工商业保险项目一起安排，也可以单独安排，保险生效时间不受限制
	· 本页标准方案要素可定制，如提高保额、降低免赔额;调整赔付比例等，但保费也会相应提高

（2）成本控制

成本预算控制是重点关注的因素。在方案设计时，引入了系统的成本控制逻辑。放开“五不限”承保的同时，从成本控制的角度做了必要限制，包括不追求过高的年度、终身保额和赔付比例，对老年人挂床住院、骨关节置换等容易滥用的项目进行限制等。

相比其他福利项目，方案采取由企业统一投保、统一付费的方式，以明补代替暗补，让成本更透明，从成本控制上增强了项目的可持续性，不仅最大程度减轻员工负担，提升员工满意度，也整体规避了逆选择。市场上员工配偶子女的医疗保险通常以自选自费方式提供，企业实际上是通过与员工的保险计划赔付率进行统算，以企业暗补的方式来维持可持续性。这样的方案设计往往达不到激励和保留员工的作用，员工更多认为是自己为家人买的保险，没有体现企业福利的好长。企业虽然暗补了保费，但因赔付恶化，后续还要承担保费持续增长的风险。

该项目首年对赔付成本做了精准预估，自 2018 年上线至今，保费成本长期保持稳定，保费涨幅与 2018 期初相比不超过 10%。

（3）精益运营

“员工父母医疗保险”的保障对象是老年人，住院频率高，重大疾病多，索赔金额高，对项目运营和服务体验提出了较大挑战。

针对本创新方案，企业 HR 与鼎源万家共同搭建了精益项目管理和运营体系。首先，针对老年人的常见病症，以场景化的形式面对员工和员工父母进行创新福利方案宣导。在有效宣传福利方案的同时，预见性地管理员工期待，避免过度期待和使用创新福利。其次，在企业内网 OA 打造系统平台。鼎源万家配合客户 IT 部，将员工父母的信息收集到理赔系统，植入企业内部 OA，便于员工使用，且企业 HR 团队可通过项目数据中台实时掌握赔付率、参保覆盖率、服务使用率等核心指标，并能为项目持续改善沉淀数据，实现福利管理的可视化与精益化。

（4）情绪拉升

“员工父母医疗保险”方案的影响远超保障本身。企业将方案发布安排在司庆活动中，引发全体员工的热评，相关公众号文章在当天全网转发 50 万次，员工家属也反响强烈，员工士气和满意度得到提升。此方案成为当年的行业热点，延续至今仍被很多企业所借鉴。

3. 案例成效与启示

“员工父母医疗保险”自 2015 年上市，截止目前已在包括滴滴、百度、新浪、发那科、高维学堂等多家头部企业成功落地，累计覆盖十万以上的员工家庭，取得了良好的社会效益和经济效益，为员福业务创新提供了有益启示：

为企业健康福利设计提供新范式。项目刷新了中国企业健康福利体系的设计理念，不仅有效扩大了保障人群，增加了员工对健康福利的获得感，还通过福利创新有效实现人才激励和管理创新。

团体健康险产品供给提升。目前的团体健康险主流产品，自 90 年代上市后，产品形态没有太大变化，也导致了目前的产品同质化和恶性竞争。通过本案例说明，只要供给侧能提供好的产品，市场潜在需求就能被有效调动和激发。

解决社会问题的同时为企业创造新价值。老龄化、老年人因病返贫等社会问题加剧，项目通过模式创新、能力更新、方案换新，在解决社会问题的同时为个人和企业创造了新的经济价值。对员工来说，企业以不到工资总额 1% 的成本，给每个员工家庭提供了一份高保障、低成本的老年健康险，减少了员工家庭看病支出。对企业来说，通过打造健康文化、温暖职场、增强员工的归属感和幸福感，使企业获得更高生产力。企业年度调查显示，员工敬业度提升了 2 个百分点，敬业度的提升与绩效存在正向关联，可为企业创造经济价值。

（二）大型电信企业从结构调整到体系焕新，以“大事福利”置换“小事福利”

1. 案例背景

某电信服务企业创业二十多年，是中国最早一批实现国际化布局的技术企业之一，随着企业业务和组织进入成熟期，员工的健康与保障福利积累了很多历史包袱。突出问题是赔付率持续攀升，导致企业成本压力骤增。原保障方案为“门急诊 + 小额住院”责任，赔付率持续攀升，企业整体成本逐年上升。由于以小额门诊费用理赔为主，员工及家庭的重大疾病保障缺乏，且员工的身故保障不足。尽管企业的保费投入持续上升，但员工对福利感知不强。加之医保改革，原方案既无法覆盖社保外的药品和诊疗项目，也未包含配偶与子女，对员工家庭的医疗保障也存在缺口。面对日益突出的矛盾，企业人力高层意识到，员工保险方案需要与时俱进。为此，鼎源万家基于 LIFE 模型对原有方案进行了结构性调整与创新再造。

2. LIFE 模型应用分析

本项目在 LIFE 模型的四个维度上均进行了系统落地，形成了兼具创新性与可持续性的解决方案。

（1）创新保障

首先，控制小事福利，引导员工主动降低门诊福利，合理使用门诊保险资源，遏制不合理的资源使用。其次，设计放开大事福利，显著提升员工身故保额与大病医疗的保额，将原有的“小额保障”升级为“高杠杆防护”。同时，引入“一份福利保全家”计划，新增配偶与子女为同等保障对象，构建以家庭为单位的保障体系，实现“一份保单覆盖全家”的设计逻辑。另外，设计在员工自主选择下的置换，对门诊福利没有一刀切限制，给予员工选择权，以“大事福利”置换“小事福利”。通过结构调整，实现了从“员工小额报销”向“全家大病防护”的根本转型，使福利回归保障本质。

表 2 “一份福利保全家”，以“大事福利”置换“小事福利”方案示例

<table>
<tr><td colspan="3" rowspan="2"></td><td>原方案</td><td colspan="3">调改后的新方案</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">保障项目</td><td rowspan="2">保障责任</td><td rowspan="2">员工一致</td><td colspan="3">说明(公司统一付费，员工自愿选择其中之一入保)</td></tr>
<tr><td>方案一</td><td>方案二</td><td>方案三</td></tr>
<tr><td>意外伤害保险</td><td>意外身故
意外伤残</td><td>因意外事故导致的身故或疗残</td><td>20万</td><td>40万</td><td>80万</td><td>100万</td></tr>
<tr><td>疾病身故保险</td><td>疾病身故</td><td>因疾病导致的身故</td><td>20万</td><td>40万</td><td>80万</td><td>100万</td></tr>
<tr><td rowspan="3">门诊医疗</td><td rowspan="3">补充门急诊</td><td>免赔额</td><td>0</td><td>次免赔50万</td><td>0</td><td>/</td></tr>
<tr><td>赔付比例</td><td>90%</td><td>70%，限社保范围</td><td>50%，限社保范围</td><td>/</td></tr>
<tr><td>保额</td><td>2.5万</td><td>2万</td><td>2万</td><td>/</td></tr>
<tr><td rowspan="6">住院医疗</td><td rowspan="3">普通住院</td><td>免赔额</td><td>0</td><td>0</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>赔付比例</td><td>90%赔付，
限社保范围</td><td>90%赔付，
限社保范围</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>保额</td><td>与门诊共用</td><td>1万</td></tr>
<tr><td rowspan="3">大额住院</td><td>免赔额</td><td rowspan="3"></td><td>1万</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>免赔比例</td><td>社保结算后的甲乙类费报销：90%
丙类及未经社保结算的甲乙类费用报销比例：70%</td><td colspan="2" rowspan="2">员工本人、配偶、子女住院超过1万以上的部分，全家共享100万保额，实现一份福利保全家</td></tr>
<tr><td>保额</td><td>100万(与配偶子女共用)</td></tr>
</table>

（2）成本控制

通过方案调改，成功实现不增加企业成本，且长期可持续的目标。企业员福计划的风险结构显著改善，赔付率从连续几年接近破百下降 20%，达到健康可持续状态，且连续数年保持稳定，既帮助企业 HR 控制了福利成本，又保证员工福利项目的权益最大化。

（3）精益运营

采取精益运营的管理举措，数字化赋能福利项目管理。通过重新梳理保险协议与理赔规则，清除历



史遗留的各类“补丁套补丁”责任，并帮助 HR 团队引入数字化福利管理平台，实现从投保到理赔全流程线上化，最大程度降低了 HR 团队的工作量。HR 团队可时刻关注企业福利项目的实施和运用情况，并及时获得数据分析报告，员工本人也可实时查看保障权益与理赔状态。这一举措有效提升了项目管理的效率和效果，确保项目实施准确有效，提升了 HR 团队的工作效率和员工体验。

（4）情绪拉升

本项目不仅是对员福保险方案的更新，更是企业福利文化的一次再造。在方案上线阶段，推出“一份福利保全家”主题宣传活动，通过海报、短片、内部访谈向员工传递关爱家人、关爱员工的价值理念。例如，采访员工与家人的真实故事，以真情实感强化福利项目的情感传播效果，请HR高层讲述福利调改的原因，介绍“一份福利保全家”的价值主张，将员工福利与企业价值观融合，加强宣传和引导。

3. 案例成效与启示

长期以来，企业的员工健康保障以“保门诊、保小事”为主，导致员工的保障水平无法提高，且受医疗通胀的影响造成企业成本攀升。通过对员福方案的结构化调整，在多个层面取得成效。在财务层面，企业保费支出有所降低，降低了企业投入成本，且长期保持稳定；在 HR 管理层面，引入数字化技术赋能福利项目管理，最大程度降低了工作量；在员工保障层面，提高员工家庭身故、大病责任，抗风险能力显著加强，让真正的保障回归；在员工体验层面，因公司提供了关键性的保障，员工福利感知度显著提升。项目自 2019 年 1 月推出后，成为团险方案调改和创新的标杆案例，被多家保险公司、经纪公司引入到其他项目中。

五、结论与展望

在业务实践中，鼎源万家认为做好员福业务不仅要具备保险专业能力，更要站在企业 HR 视角探索和洞察客户需求，探讨保险福利解决方案。企业 HR 在组织、人才、福利管理上遇到的问题各不相同，不同性质的企业招标采购、决策流程亦不相同。作为保险服务方，要与客户充分沟通，对于影响企业决策的问题和挑战，需要与客户共同面对解决，准确把握影响 HR 决策的关键因素，其中主要包括：

1. **预算管理**：因企业预算管理严格，需向企业决策者证明福利的投入产出价值，例如，反映福利投入对人才吸引和保留作用的量化指标等情况，确保企业成本可控。

2. **流程优化**：团体健康险理赔等服务需求密集，企业对流程和服务的定制化要求提高，对服务、系统、流程等提出了挑战。在精益运营上，加大 AI 等科技应用投入，持续优化业务流程和项目交付质量，可产生积极效果。

3. **理赔管理**：长期以追求理赔时效为主的作业方式，导致理赔产生了一定程度的跑冒滴漏现象。精益运营可提高理赔准确度与理赔管理效能及客户体验，是吸引和保留客户的重要抓手之一。

4. **业务合规**：近年来，保险行业监管力度不断加强。在经营管理、市场竞争、个人信息保护等问题上，监管部门对团体健康险业务合规提出了更高要求，相关经营机构和从业者需注意合规经营。

5. **数据保护**：因涉及大量员工个人信息，企业客户对于数据保护的重视程度显著增强。企业要求供应商签署各类数据安全协议，甚至设置很高的罚金和违约金。未来以加密数据方式传输和存储数据，可能成为行业服务标准。

6. **品牌优势**：企业重视品牌影响力，保险公司和保险中介具有的员福业务品牌优势对企业决策会产生很大影响。

综上所述，以 LIFE 福利模型作为理论基础和方法论，将有助于提供更优福利解决方案。在此过程中，重新梳理团体保险的定位、产品功能及服务范围，帮助企业改造优化员工健康福利项目，设计和匹配符合其需求的产品和方案，助力企业实现组织和人才管理的升级。

与国际成熟市场以团险为主的健康保障体系相比，目前我国员福团体健康险所占市场份额，还远未能承担起作为“社会保障第二支柱”的角色与责任。这是差距，更是机遇。

参考文献

1. 麦肯锡公司《奋楫正当时：中国商业健康险的挑战与破局》[R]. 麦肯锡全球研究院，2022.

2. 南开大学 .《商业健康保险与医药产业高质量协同发展——团体补充医疗保险改革新视角》[R]. 天津：南开大学，2025.

寿再探索

探索 · 分享 · 引领

编审组顾问：李奇、李明、赵小京、何瑛、敦浩、张楚
编审组组长：董向兵
编审组副组长：金笑权
主　　编：袁梅
编　　辑：王文然、姚默涵、李鸾
审稿专家：周俊、刘春林、张元、张颖、王明彦、陈檀、楼林
特邀审稿专家：朱铭来、王晓军

版权说明：

中国人寿再保险有限责任公司版权所有。
中国人寿再保险有限责任公司拥有本期《寿再探索》所有内容的版权，并保留所有权。
任何以商业用途或公开引用本期《寿再探索》整体或部分内容，必须事先得到中国人寿再保险有限责任公司许可，并注明引用自《寿再探索》第十七期。
本刊内容仅做信息交流用途，文章作者文责自负，并不代表中国人寿再保险有限责任公司立场。
中国人寿再保险有限责任公司不对文章信息的全面性和准确性承担责任。

敬请关注www.chinarelife.cn/寿再探索

地址：北京市金融大街11号中国再保险大厦
邮编：100033
电话：（008610）66576365
网址：www.chinarelife.cn