

匡时·金融学系列

普通高等教育“十一五”国家级规划教材

上海市普通高校优秀教材

# 保险公司经营管理

(第6版)

魏巧琴 编著

## 图书在版编目(CIP)数据

保险公司经营管理 / 魏巧琴编著. —6 版. —上海:上海财经大学出版社,2021.3  
(匡时·金融学系列)  
ISBN 978-7-5642-3623-6/F·3623

I. ①保… II. ①魏… III. ①保险公司-企业经营管理-高等学校-教材  
IV. ①F840.32

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2020)第 146375 号

责任编辑:袁 敏  
封面设计:张克瑶  
版式设计:朱静怡

## 保险公司经营管理(第6版)

著 作 者:魏巧琴 编著

出版发行:上海财经大学出版社有限公司

地 址:上海市中山北一路 369 号(邮编 200083)

网 址:<http://www.sufep.com>

经 销:全国新华书店

印刷装订:上海叶大印务发展有限公司

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:18.25

字 数:357 千字

版 次:2021 年 3 月第 6 版

印 次:2021 年 3 月第 1 次印刷

印 数:86 001—90 000

定 价:48.00 元

## 第6版前言

保险业的管理包括宏观管理、行业自律和自我管理三个层次,宏观管理偏重于原则性方面的管理,行业自律偏重于技术性方面的管理,自我管理偏重于保险公司内部的经营管理。由于宏观监管和行业自律都是从保险公司外部的角度加强保险公司的经营管理,从效果上看具有间接性和滞后性。只有保险公司自身加强经营管理,才是提高市场竞争力和增强偿付能力的关键。

随着保险经营环境的变化、保险市场竞争的加剧和保险经营风险的日趋复杂,加强保险公司经营管理的科学化和规范化,成了保险监管机构和保险公司关注的重点。在经济全球化和金融混业经营的趋势下,我国保险公司只有转变经营理念、加强经营管理、提高经营技术、防控经营风险,才能在激烈的市场竞争中立于不败之地。此外,在深入推进供给侧结构性改革的背景下,互联网、大数据、物联网、人工智能、基因诊疗以及区块链等保险科技提供了改善保险业服务方式和服务效率的重要契机。保险业要积极拥抱保险科技,以科技为根本驱动力,不断拓展保险保障职能,并以保险科技作为保险业转型发展的核心竞争力。

为了体现教材的理论性、时代性和实务性,笔者对教材的内容进行了修改更新和补充。修改更新和补充的主要内容包括保险科技对保险业的影响、互联网营销模式、大数据和互联网保险、保险公司经营状况的评价指标、保险公司经营成果的评价指标等。修订后的教材结构框架完整、内容简洁新颖,密切联系了国内外保险业发展的新业态,避免了教材内容与实际现状的脱节。

为了方便教师的课堂教学,此次修订时为每一章后的“复习思考题”配备了参考答案,同时为本教材配备了多媒体教学课件。使用本教材的教师如有需要,可登录上海财经大学出版社网站下载专区。

《保险公司经营管理》在2009年荣获中国大学出版社协会举办的华东地区第八届优秀教材一等奖,2010年荣获上海市普通高校优秀教材二等奖,2018年获得上海财经大学优秀教材一等奖。本教材曾为普通高等教育“十一五”国家级规划教材。

本教材适合作为保险专业和精算专业本科生的教学用书,也可以作为保险专业研究生的辅助用书,还可以作为保险从业人员在研究和业务工作中的参考用书。

笔者在保险公司工作的同学和学生为教材的修订提供了许多资料和建议,在此表示衷心的感谢。限于笔者的理论水平和实践经验,疏漏和不当之处在所难免,敬请读者批评、指正。

**编著者**

2021 年 1 月

# 目 录

## 第 6 版前言 / 1

### 第一章 保险公司经营导论 / 1

#### 第一节 保险经营的商品属性 / 1

#### 第二节 保险公司的经营环境 / 11

#### 第三节 保险公司的经营原则 / 17

#### 第四节 保险公司的经营目标 / 21

#### 本章小结 / 26

#### 复习思考题 / 26

### 第二章 保险市场管理 / 28

#### 第一节 保险市场的特点与构成要素 / 28

#### 第二节 保险市场的组织形式与组织结构 / 31

#### 第三节 保险市场供需分析 / 41

#### 第四节 保险市场机制的运行 / 46

#### 第五节 保险市场的监管 / 48

#### 本章小结 / 60

#### 复习思考题 / 61

### 第三章 保险营销管理 / 62

#### 第一节 保险营销概述 / 62

#### 第二节 保险新险种的开发 / 66

#### 第三节 传统的保险营销模式 / 70

#### 第四节 创新的保险营销模式 / 73

#### 第五节 大数据和互联网保险 / 79

#### 本章小结 / 83

#### 复习思考题 / 84

## **第四章 保险承保管理 / 85**

第一节 保险承保的基本程序 / 85

第二节 承保选择与承保控制 / 89

第三节 核保要素分析 / 94

第四节 保险合同的保全 / 101

本章小结 / 106

复习思考题 / 107

## **第五章 保险理赔管理 / 108**

第一节 保险理赔的功能与任务 / 108

第二节 保险理赔的宗旨与原则 / 109

第三节 保险理赔的基本程序 / 111

第四节 人身保险的理赔实务 / 121

本章小结 / 128

复习思考题 / 129

## **第六章 保险投资管理 / 130**

第一节 保险投资的资金来源与性质 / 130

第二节 保险投资的条件约束 / 134

第三节 保险投资的形式 / 137

第四节 保险投资主体模式的选择 / 140

第五节 保险投资风险的管理 / 143

本章小结 / 151

复习思考题 / 152

## **第七章 保险公司财务管理 / 153**

第一节 保险公司的资产管理 / 153

第二节 保险公司的负债管理 / 158

第三节 保险公司成本费用和利润分配管理 / 167

第四节 保险公司的财务报表 / 171

第五节 保险公司财务稳定性分析 / 178

本章小结 / 183

复习思考题 / 184

## **第八章 保险公司偿付能力管理 / 185**

第一节 偿付能力的概念和种类 / 185

第二节 保险公司偿付能力的影响因素分析 / 188

第三节 保险公司偿付能力的静态监管 / 191

第四节 保险公司偿付能力的动态监管 / 201

第五节 我国保险公司偿付能力的监管 / 204

本章小结 / 209

复习思考题 / 210

## **第九章 保险公司的再保险管理 / 211**

第一节 再保险运用的动因分析 / 211

第二节 再保险业务的安排 / 213

第三节 再保险业务的规划 / 215

第四节 再保险业务的经营管理 / 225

本章小结 / 229

复习思考题 / 230

## **第十章 保险公司计划与统计管理 / 231**

第一节 保险计划管理概述 / 231

第二节 保险计划的种类和指标 / 234

第三节 保险计划的编制、执行和控制 / 238

第四节 保险统计管理 / 242

本章小结 / 245

复习思考题 / 245

## **第十一章 保险公司人力资源管理 / 247**

第一节 保险公司人力资源管理概述 / 247

第二节 保险公司人事绩效考核 / 253

第三节 保险公司人力资源培训 / 257

第四节 保险公司人员激励机制 / 262

第五节 保险公司劳动工资管理 / 263

本章小结 / 266

复习思考题 / 267

## 第十二章 保险公司经营效益评价 / 268

第一节 寿险公司利源分析 / 268

第二节 保险公司经营状况评价 / 270

第三节 保险公司经营成果评价 / 276

本章小结 / 280

复习思考题 / 281

参考文献/ 282



# 第一章 保险公司经营导论

保险经营是一种商品经营,它必须遵循商品经营的一般原则。保险商品是一种特殊的商品,它的经营受到外部环境和内部环境的制约,它要求保险经营必须遵循风险大量、风险选择和风险分散的原则,在业务经营中树立正确的经营理念,制定合理的经营目标,以保证保险公司经营的正常运作。

## 第一节 保险经营的商品属性

保险经营作为一种商品经营,这种商品是用来交换的经济保障劳务,是一种特殊形态的商品。保险商品与其他商品一样,具有使用价值和价值两种属性。我们可以从保险商品的使用价值、价值和价格方面的分析来看出保险商品的特性。

### 一、保险商品的使用价值

根据马克思的商品价值论,商品能够满足人们某种需要的属性是商品的使用价值。不同的商品,由于它们的自然属性不同,因而使用价值也不同。不同使用价值的商品,满足人们不同的需要。保险作为一种商品,有它自己的使用价值,这种使用价值表现在保险商品作为社会稳定器、经济助动器和社会管理器的功能上。

#### (一)社会稳定器

保险是指投保人根据保险合同的规定,向保险人支付保险费,保险人对于合同中约定的保险事故所造成的财产损失承担赔偿责任的责任,或者当被保险人因死亡、伤残、疾病或达到合同约定的年龄、期限时承担给付保险金责任的商业保险行为。从保险的概念中可知:一方面,保险承保的风险来源于社会,如保险合同条款中订明的自然灾害和意外事故,这些风险事先随着保险合同的订立由被保险人转移给保险人,风险事故发生造成被保险人经济损失时,由保险人及时、准确、迅速、合理地进行赔付;另一方面,保险公司作为处理风险的专业机构,将成千上万的投保人所面临的共同风险集中起来,并将其合理地进行分散,将少部分被保险人可能遭受的巨大灾害损失分摊

给所有的被保险人,达到风险共担、利益共享的经济保障目的。

总之,通过保险的经济补偿和风险分摊,使被破坏了的生产条件和生活环境得到重建与重置,保持社会再生产的稳定性和连续性。

## (二)经济助动器

经济助动器功能是从社会稳定器功能中派生出来的,这是保险投资的结果。由于保险费收取与保险金赔付之间存在着“时间差”和“数量差”,为保险投资提供了可能。保险公司必须对保险资金进行投资运作并保证资金的保值与增值,才能保证将来保险金的赔付和增强保险公司的偿付能力。随着保险承保能力的日趋过剩、保险竞争的日益加剧以及资本市场的不断完善,保险投资不仅是推动保险业前进的车轮,也是弥补承保业务亏损、维持保险业继续生存和发展的生命线。现代保险企业已经由补偿性企业向既有补偿职能又有融资职能的综合性企业发展,承保业务和投资业务的并驾齐驱已成为保险业发展的一种潮流。在西方资本市场上,保险公司尤其是人寿保险公司既是中长期资金的主要供应者,又是重要的机构投资者,为稳定资本市场秩序和国家经济建设发挥了积极的作用。

## (三)社会管理器

保险的社会管理职能不同于国家对社会的直接管理,它是通过保险内在的特性,促进经济社会的协调以及社会各领域的正常运转和有序发展。保险的社会管理职能是在保险业逐步发展成熟并在社会发展中的地位不断提高之后衍生出来的一项职能。保险的社会管理职能具体体现在社会保障管理、社会风险管理、社会关系管理、社会信用管理四个方面。

### 1. 社会保障管理

商业保险是社会保障体系的重要组成部分,在完善社会保障体系方面发挥着重要作用。商业保险一方面可以扩大社会保障的覆盖面,另一方面可以提高社会保障的水平、缓解政府在社会保障方面的压力,为维护社会稳定和保障人民生活做出积极贡献。

### 2. 社会风险管理

保险公司利用积累的风险损失资料 and 专业的风险管理技术,为全社会风险管理提供有力的支持。同时,保险公司还直接配合公安消防、交通安全、防汛防洪等部门,实现对风险的控制和管理。

### 3. 社会关系管理

在保险事故发生时,保险公司介入灾害事故处理的全过程,可以提高事故处理效率,减少当事人可能出现的各种纠纷,为维护政府、企业和个人之间正常有序的社会关系创造有利条件,减少社会摩擦、提高社会运行效率。

#### 4. 社会信用管理

保险公司经营的产品实际上是一种以信用为基础、以法律为保障的承诺,在培养和增强社会的诚信意识方面具有潜移默化的作用。同时,保险公司经营过程中可以收集企业和个人的履约行为记录,为社会信用体系的建立和管理提供重要的信息资料,实现社会信用资源的共享。

## 二、保险商品的价值

保险商品的价值从量上考察,是凝聚在保险商品上的社会必要劳动时间。社会必要劳动时间是在现有的社会正常的经营条件下,在社会平均的劳动熟练程度和劳动强度下经营某一经济保障劳务所需要的劳动时间。保险商品价值量的大小取决于经营经济保障劳务所耗费的劳动时间的多少。经营保险商品所需要的社会必要劳动时间会随保险公司经营条件和经营技术的改善而变化。保险公司经营管理水平越高、经营管理技术越先进,凝结在保险商品中的劳动量就越小,单位保险商品的价值量也就越小;反之,保险公司的经营管理水平越低,凝结在保险商品中的劳动量就越多,单位保险商品的价值量也就越高。因此,保险商品的价值量与体现在保险商品中的劳动量成正比,与这一劳动的经营水平和经营条件成反比。

《保险经营管理学》编写组编写的《保险经营管理学》(西南财经大学出版社 1993 年版),对保险商品的价值量作了下述的剖析:

如果用  $L$  表示用于补偿经济损失的那部分价值,用  $R$  表示用于将来赔付或其他用途的各项准备金,用  $C$  表示保险经营过程中所占用的固定资产转移的价值、各项利息和费用支出,用  $V$  表示为提供经济保障劳务所耗费的一切活动价值,用  $M$  表示保险公司的利润,也就是保险公司职工的剩余劳动所形成的价值,这样,保险商品的价值可以用  $L+R+C+V+M$  表示。

如果用劳动形式来表示,则保险商品的价值为物化劳动( $L+R+C$ )和活劳动( $V+M$ )两部分。

如果用资金形式表示,则保险商品的价值为损失赔付金( $L$ )+责任准备金、任意准备金( $R$ )+固定资金和流动资金( $C$ )+工人的工资( $V$ )+税金、公积金、公益金以及奖励基金( $M$ )。

如果用保险费形式表示,则保险商品的价值为纯保费( $R+L$ )+附加保费( $C+V+M$ )。

值得一提的是,纯保费是用于保险公司保险金赔付的部分,它是由精算师依据过去大量的损失统计资料测算出来的未来损失发生的概率厘定的。附加保费是用于保险公司的业务开支部分,它与保险公司业务费用支出有关。由于保险经营是一种商品

经营,既然是商品经营,就必须讲求经济核算,因此我们有必要划分保险商品的价值,这对降低经营成本、提高经济效益具有重要意义。

### 三、保险商品的特性

保险与旅游、通信、技术服务、医疗保健、教育、娱乐等行业所提供的劳务形态的商品一样,是一种特殊形态的软商品。这种特殊形态的商品具有以下几个特性。

#### (一)保险商品是一种无形的商品

保险公司经营的是一种看不见、摸不着的风险,生产出的商品不能以某种物理属性直接满足人们生活和生产的需要,它不像一般物质形态的商品可以让人立即感受到使用价值和价值。保险商品对保险消费者来说是一纸承诺,是一种无形的极富观念性的东西,只有在约定的保险事故发生或约定的保险期满时,这种承诺才得以履行,才能让人真正感受到保险的存在。

#### (二)保险商品是一种“非渴求商品”

所谓非渴求商品,是指消费者不会主动去购买的商品。由于保险商品给予消费者的是一种风险事故发生后的经济补偿,风险虽然是客观存在的,但是风险是否发生,何时发生,发生的方式、状态,以及造成损失的严重程度都是不确定的,因此很多人在风险事故发生前往往存有侥幸心理,一般不会主动去购买保险,除非法律有强制性的规定。因此,保险商品与其他金融商品相比,不是一种顾客明显需要的商品,只有充分发掘了潜在的保险需求后,保险商品才开始作为一种商品而产生,而其商品的功能却始于约定的保险事故发生之后。

#### (三)保险商品的消费是一种隐性消费

保险消费者购买保险商品并交付了保险费后得到的是一纸保单,在消费保险商品的过程中,没有像其他有形物质商品那样具有直观感觉。只有当风险事故发生造成经济损失获得补偿时,才会真正体会到保险商品的存在。

正因为保险商品是一种无形商品、一种非渴求的商品,所以保险公司只有依靠富于想象力和创造力的推销方法以及行之有效的广告宣传才能吸引保险消费者。由此可见,保险营销对保险业务经营是非常重要的。

### 四、保险商品的价格

保险商品的价格即保险费率,是保险人按单位保险金额向投保人收取保险费的标准,也是被保险人为获得每一单位保险金额的保险保障应缴纳的保险费的比率。保险费率是由不同种类保险标的的损失概率的大小、损失程度的高低以及保险人的费用率大小决定的,通常用千分率(‰)或百分率(%)表示。保险费率是保险人向投保人收取

保险费的依据,也是保险人承担赔偿责任和给付责任的费用代价。

### (一) 保险费率的种类

保险费率可分为理论费率、实际费率和监管费率三种。

理论费率是保险精算人员依据不同风险单位和保险公司的业务费用支出而厘定的费率。理论费率由纯费率和附加费率两部分组成。在财产保险中,纯费率是一定时期内保险赔款总额与保险金额总和的比率,是一定时期内保险人的保险金额损失率情况的综合反映。在人身保险中,纯费率是依据预定的死亡率和预定的利息率由精算师精算出来的,依据纯费率筹集的纯保费是保证用于将来保险金赔付的。从技术上讲,纯费率的厘定有两种方法:一种是按每个风险单位精确计算其价格,以反映这个风险单位的价值;另一种是对所有风险单位收取一个平均价格,以充分补偿所有业务的平均成本。在实践中,由于影响风险事故发生的因素很多,估计的损失也不完全准确,建立精确的理论保费模型是不可能的,因此纯费率一般介于上述两种方法厘定的结果之间。如果对纯费率作进一步剖析的话,纯费率包括用于未来赔付的预期值以及考虑到预期损失与实际损失可能偏差的安全加成。附加费率通常是依照保险合同的业务费用支出与保险金额来确定的,附加费率中除行政管理费用外,还包括作为提供保险服务的保险公司承担风险责任的一定报酬,表现为风险费率,由其决定的风险值就是保险公司应获取的利润。依据附加费率筹集的附加保费用于弥补保险公司经营保险业务所耗费的各项费用,随着保险公司经营规模的扩大和经营管理水平的提高,附加费率一般可保持在较低水平。

保险公司厘定的费率是否合理、准确,必须接受保险市场的检验,以反映保险市场中的供求关系和竞争状况,因此,保险实际费率是保险理论费率的市场化,但是保险实际费率并不是完全市场化的费率,即使在保险业发达的国家,保险实际费率也是政府宏观监管下的费率。

监管费率是为了保护被保险人的利益,由保险监管机构代表政府对保险实际费率做出的最低要求。

理论费率、实际费率和监管费率既相互联系、相互制约,又相互冲突、相互矛盾。相互联系和相互制约表现在,理论费率是实际费率的基础,实际费率在保险监管机构规定的监管费率的限度内,按照市场的供求关系和保险市场主体之间的竞争,总是围绕理论费率上下波动,但波动的幅度受到监管费率的约束,一般不允许超出监管费率的界限。在完全垄断的市场模式中,监管费率往往高于理论费率,而实际费率在很大程度上反映了监管费率;在垄断竞争型的市场模式中,监管费率往往低于理论费率,但

能保证保险公司的赔付,而实际费率往往介于监管费率和理论费率之间。<sup>①</sup> 相互冲突和相互矛盾表现为:理论费率是从技术上反映保险公司承保单位的成本,一般对保险双方均是有利的,既能激发投保人的保险需求,又能保证保险公司对风险事故造成损失的赔付责任;监管费率是为了避免保险公司之间为谋求短期盈利而牺牲被保险人的利益进行的恶性费率竞争;实际费率无论怎样波动都代表了保险公司自身的利益。显然在垄断竞争型的保险市场上要协调实际费率和监管费率之间的冲突,并非市场本身所能解决,往往需要通过保险行业的中观自律和保险监管机构的宏观监管来协调解决。

保险费率通常是由保险监管机构委托保险行业自律组织厘定的,一般是对保险费率设定一个弹性范围,由保险公司根据保险市场的供求和自身的实际情况上下浮动。随着各国保险监管机构对保险费率监管的放松,保险费率在很大程度上取决于保险市场的供给和需求。

## (二)财产保险费率的厘定

财产保险费率厘定的基本方法有判断法、分类法和增减法三种。

判断法是对每个保险标的分别评价,判断其损失概率和损失程度,制定出符合特定情况的个别保险费率。由于费率在很大程度上取决于承保人的判断,因此很难保证费率厘定的科学性。判断法通常是在损失风险形式多样且多变,不能使用分类法时或不能取得可信的损失统计资料时才采用。海上运输保险和一些内陆运输保险中广泛使用判断法,因为各种船舶、港口、货物和危险水域的情况错综复杂且各不相同。

分类法是现代保险经营中确定费率的主要方法,它把具有类似特征的损失风险置入同一承保类别,收取相同费率,收取的费率反映该类别的平均损失经验数据。分类法的主要优点是便于应用,同类保险标的的保险费率只要在保险手册上就能很快查到。但是使用分类法制定的费率不能保证与单个保险标的的实际损失率完全吻合,所以在使用分类法厘定保险费率时应尽可能分类恰当,以提高分类费率的精确度。保险实务中,分类法在机动车辆保险、火灾保险等业务中得到了广泛的应用。

增减法是在分类法确定的基本费率的基础上,根据承保标的的风险进行增减变动来确定保险费率的方法。采用增减法,实际上是对分类法中的较大的分类,根据实际情况再进行较细的分类。因此,现在的一般趋势是在采用分类法时,如果分类较少,为了确保费率的合理,则可以根据实际情况采用增减法对费率进行补充修正。因此,增减法既具有判断法的灵活性,又可以针对特种风险单独计费,符合不同保险标的的实际风险情况,较分类法更为科学,费率厘定也更公平合理。

财产保险费率多采用分类法和增减法来厘定。不管采用哪种方法厘定保险费率,

---

<sup>①</sup> 卓志:市场经济条件下保险费率分析,《保险研究》,1995年第1期。

都必须首先确定各个承保类别或险种的基础保险费率。财产保险的基础保险费率又称毛费率,它由纯费率和附加费率两部分构成。由于基础保险费率是由某一承保险别总的保险金额损失率和费用率来确定的,因而对于单个投保标的保险费率的确定,必须根据投保标的的实际风险状况,对基础保险费率进行调整。调整后的费率就是我们通常所说的保险级差费率。

### 1. 纯费率

财产保险费率的厘定是以保额损失率为基础的,通过对保额损失率和均方差的计算,求出纯费率,然后再计算附加费率,最后将纯费率和附加费率相加得出营业费率。

依照费率厘定的原则,纯费率是一定时期内保险赔款总额与保险金额总和的比率,是一定时期内保险人的保险金额损失率情况的综合反映。纯费率的确定,一方面要研究有效索赔的概率,即保额损失概率,另一方面要研究有效索赔的金额。通常,保险人根据以往若干年(一般为5年)保险赔款额和保险金额的统计资料计算出单位保额的平均损失率,然后,估计未来单位保额的有效索赔额,进而确定纯费率。

从数量上看,保险金额损失率与承保的保险标的数量 $N$ 、承保标的的保额 $I$ 、标的发生风险的次数 $L$ 、受损毁的数量 $Q$ 、受损标的的保险金额 $S$ 、受损标的的赔付额 $P$ 有关。

保险金额损失率( $P/I$ )等于每个保险标的发生灾害事故的频率( $L/N$ )、每次事故中受损标的的数量即损毁率( $Q/L$ )、单位受损标的的保险金额中所需赔付的金额即损毁程度( $P/S$ ),以及受损标的的平均保险金额与承保标的的平均保险金额的比例即风险比例( $S/Q:I/N$ )的乘积。

为了使平均保额损失率能够比较精确地描述未来损失,必须选择适当的历年保额损失率。在选择历年保额损失率时应当注意以下几点:(1)必须有足够年份的保额损失率,至少需要有保险事故发生比较正常的连续5年的保额损失率;(2)每年的保额损失率必须是基于大量统计资料计算出来的;(3)保额损失率必须是比较稳定的;(4)要动态地考虑保额损失率的逐年变化规律。

此外,为了防止各年度实际保险金额损失率偏离保险金额损失率的期望值,保险人通常采用在平均保额损失率上附加均方差的方法来确定其纯费率,使保险纯费率与保险人的实际保险金额损失率更加接近,以应付异常的损失赔付,保证保险公司财务的稳定。但是根据费率厘定的原则,附加均方差的次数必须适当,否则会加重投保人的保费负担。因此一般认为,所附加均方差与平均保额损失率之比在10%~20%较为合适。

### 2. 附加费率的厘定

附加费率主要是根据保险公司的营业费用确定的。财产保险公司的营业费用主要包括:按保险费的一定比例支付的业务费、企业管理费、代理手续费和缴纳的税金,

以及支付的职工工资及附加费用等。因此,附加费率的计算公式是:

$$\text{附加费率} = \frac{\text{营业费用总额}}{\text{保险金额}} \times 100\%$$

当然,附加费率也可以用纯费率的一定比例来表示,如规定附加费率为纯费率的20%等。

财产保险的营业费率是由纯保险费率和附加保险费率相加构成的。其计算公式为:

$$\text{营业费率} = \text{纯保险费率} + \text{附加保险费率}$$

### (三)人寿保险费率厘定

人寿保险费率的厘定与财产保险完全不同。由于人寿保险承保的风险是生存或死亡,生存与死亡发生的概率随被保险人年龄的变化而变化,再加上人寿保险期限长,一般采用均衡保险费方式,需要考虑利息因素,所以人寿保险费率的计算要依据死亡表和一定的利息率而定,由此形成了一套人寿保险专用的计算技术——寿险精算。

人寿保险费率厘定要考虑以下三个基本要素:

#### 1. 死亡率或生存率

由于人寿保险是以被保险人的生命作为保险标的,保险事故是被保险人的生存或死亡。因此,保险费率计算时必须依据被保险人的生存率和死亡率。

生存率与死亡率来自生命表。生命表是根据一定时期、一定国家或地区、一定的人口群体为统计基础,计算出某一人群各种年龄的人的生存和死亡概率,并将其汇编而成的一种表格。在人寿保险中,不管是以生存作为给付条件的年金保险,还是以死亡作为给付条件的定期寿险,都与生命表中的生存率和死亡率密切相关,因此生命表中所记载的生存率和死亡率是人寿保险费率厘定的重要依据。

为了保证费率计算的合理性和准确性,保险公司必须根据业务性质选择合适的生命表。例如,经营人寿保险业务应选用经验生命表而不是国民生命表,因为国民生命表是没有经过保险公司的风险选择,它的死亡率要高于经验生命表的死亡率。又如,年金保险的生命表应有别于死亡保险的生命表,因为年金保险与死亡保险的死差损益(即预期死亡率与实际死亡率之间的差异产生的损益)正好相反,年金保险费率计算时采用年金生命表,年金生命表的死亡率要比死亡保险使用的生命表的死亡率低。因此,在人寿保险费率厘定选用生命表时应遵循三个基本原则:一是当前承保的被保险人的生命状况应与生命表所反映群体的生命规律尽量接近。因为生命表是群体统计规律的概括,表中反映的生死概率并非一个人真实发生的生死概率,只有使实际生死概率与生命表所反映的偏差非常小,才能保证费率厘定的准确。二是承保的被保险人足够多,满足大样本的要求。因为生命表是建立在大样本的基础上的,只有选择的被保险人足够多,才能充分体现生命表所固有的应用性,减少实际生死概率与预期生死



概率的偏差。三是根据科技的进步、医疗保健水平的提高、人的平均寿命的延长,定期对生命表进行修正,以减少误差。

## 2. 利息率

由于人寿保险的长期性,保费的收取和保险金的给付之间存在着很长的时间差,因此在寿险费率厘定时还要考虑利息因素。由于预定利息率贯穿于保险公司业务经营的整个过程,一旦保单成立,预定利息率是确定不变的,当保险事故发生时或保险期满时,保险公司必须按预定利率水平以复利的方式给付保险金。市场利率是不断变化的,市场利率与预定利率的偏差不仅会影响寿险公司的经营行为,而且会影响寿险公司的经营结果。因此,如何准确地确定保单的预定利率就成了精算师的一大难题,尤其是利率完全市场化后,寿险费率的厘定更加困难。为了规避利率风险和通胀风险,寿险公司大量开发了分红保险、投资连结保险和万能保险。

寿险公司纯费率厘定要考虑死亡率或生存率及利息率,然后根据精算意义上的收支平衡原则确定纯保费,用于将来保险金的给付。

## 3. 营业费用率

由于寿险公司业务经营过程中的各项费用开支都由被保险人来负担,因此在附加费率计算时就要考虑营业费用率。其实,不论是财产保险还是人寿保险,附加保费的估计应适度、公平,既能抵补保险公司未来的实际费用支出,又能兼顾保险经营与被保险人的实际利益以及不同业务的差异。附加费用过高或者过低,都不利于保险公司业务的发展。

一般情况下,附加费率的确定需要精算师的评估和财会人员的配合,先由公司的成本会计人员分析保险公司所发生的费用以及未来业务费用,决定费用额;然后将费用在保险合同各风险单位之间分配;最后将分配后的费用与保险金额挂钩决定附加费率水平。

人寿保险中附加费率的计算是以人寿保险公司的各项费用支出、税款和预期利润为基础,可以采用比例法、固定法、混合法确定附加费率。比例法是不论人寿保险的种类和投保人的年龄,都按纯费率的一定比例作为附加费率。固定法是按保险金额的一定比例作为附加费率。而混合法是将附加费率分成两部分:一部分按保险金额的一定比例来确定;另一部分按纯费率的一定比例来确定。我国人寿保险的附加费率采用比例法计算。

在人寿保险费率厘定时,为确保费率厘定的准确、合理,除了要考虑生存率与死亡率、利息率、营业费用率这三个基本要素外,还要考虑其他因素,如保单退保率、分红率、残废率以及保单中嵌入的各种选择权被保单持有人行使的概率。

(1)退保率。退保是指投保人因各种原因不能继续缴纳保费而导致人寿保险合同

失效。退保率会影响保险公司的经营效率。因为个人寿险采用佣金制方式销售保单,首年度支付的成本很高,且首年的费用成本要靠以后几年的续期保费逐渐摊回,一旦保单因不再缴费而失效时,不但寿险公司的有效保单不能增加,而且首年度垫付的费用也无法摊回,再加上寿险保单具有现金价值,被保险人在退保时可以取得退保金。这一系列行为不仅影响了寿险公司的资金运用,使寿险公司遭受经济上的损失,还将影响寿险产品的定价,退保率高,会动摇寿险费率厘定的可靠性,因此在寿险费率厘定时,必须考虑到保单的退保率。

(2)分红率。分红保单的红利来源于死差、费差、利差这三差收益。三差收益来源于保单对预定死亡率、预定营业费用率、预定利息率的保守估算。从寿险公司的稳健经营出发,保单分红应事先予以考虑,并依据经验或其他因素,确定死差、费差、利差的分红率。这样,寿险公司费率厘定时,对死亡率、营业费用率、利息率的选择与确定只有与分红率相匹配,才能保证实现保单的分红。因此,寿险费率厘定时必须考虑分红率因素。

(3)残废率。残废率是指健康人在保险期限内发生残废的概率。过去,寿险只注重被保险人的生存率和死亡率,随着寿险业的发展和寿险市场竞争的加剧,许多寿险公司都开发了一些综合性的寿险险种,除了传统的死亡、生存给付外,还附上了残废给付或残废优惠。保险责任的扩大,相应要求寿险公司在费率厘定时必须考虑残废率,以确保保险费率厘定的准确和保险双方权利与义务的对等。

(4)保单中嵌入的各种选择权被保单持有人行使的概率。为了增加寿险保单的灵活性和市场竞争力,满足保单持有人多层次的保险需求,保险公司为保单持有人提供了多种选择权,如保险金给付选择权、保单质押贷款选择权、退保选择权、超额储蓄选择权等,这些嵌入选择权是以保险公司的利益牺牲作为代价让保单持有人受益,保险公司在设计寿险合同和厘定费率时必须考虑这些选择权将来被保单持有人行使的可能性的影响,否则会影响保险费率厘定的准确性。

不管是财产保险还是人身保险,保险人在厘定费率时一定要贯彻权利和义务对等的原则,即厘定保险费率必须遵循充分、公平、合理、稳定灵活和促进防损的基本原则。充分是指保险费的收取足以支付保险金的赔付以及合理的营业费用、税收和保险公司预期利润,核心是保证保险公司有足够的偿付能力。公平是指保费收入应与预期的赔付相对应,投保人所负担的保费应与被保险人所获得的保险权利相对应,风险性质不同的被保险人应承担有差别的保险费率。合理是指保险费率应尽可能合理,不可以因为保险费率过高而使保险人获得超额利润。稳定灵活是指保险费率在一定时期内应该保持稳定,同时也要随着风险、保险责任以及市场需求等因素的变化而调整,具有一定的灵活性。促进防损是指保险费率的制定有利于促进被保险人更好地加强防灾防

损工作,对防灾防损工作做得好的被保险人,可以降低费率;对损失少或无损失的被保险人,实行优惠费率;对防灾防损工作做得差的被保险人,可以提高费率或加费续保。

## 第二节 保险公司的经营环境

保险经营环境是指与保险公司业务经营有关的各种内部因素和外部因素的总称。这些因素相互联系、相互影响和相互制约,使保险经营环境呈现出相关性和复杂性。分析和研究影响保险业务经营的内部环境和外部环境,对制定科学合理的经营策略、实现经营目标具有十分重要的意义。

### 一、保险公司经营的外部环境

保险公司经营的外部环境包括自然环境、人口环境、经济环境、政策环境、社会环境、文化环境和市场环境。这些环境因素对保险公司来说属于不可控的因素。

#### (一) 自然环境

保险经营的自然环境包括保险公司经营过程中可以利用的各种自然资源和自然界的不规律变动而导致的自然风险两部分。与其他工商企业一样,土地、水、能源等自然资源会直接制约保险公司的经营活动。但是更重要的是,保险公司作为经营风险的专业机构,由于自然界的不规律变动而导致的风险(如地震、洪水、海啸、飓风等),对保险公司的影响远远大于一般工商企业,它使保险业的经营经常处在一种不确定的自然环境之中。虽然保险业通过大量的观察和研究已经对自然灾害的发生掌握了一定的规律,但是灾害事故发生的随机性还是很大的,实力再雄厚的保险公司,一旦发生巨灾,也只能面临亏损和倒闭的境况。由于人口的快速增长、经济的密集型发展,再加上人类自身对自然环境的破坏,自然灾害给整个世界带来的危害日趋严重,已成为世界各国关注的焦点。根据瑞士《西格玛》杂志对 1970~1997 年 28 年间的巨灾统计资料分析,从 1989 年起,巨灾风险的发生进入高峰期,巨灾发生的频率大幅度提高,在 1970~1997 年间发生的 10 次最大的巨灾损失中,有 8 次发生在 1989 年之后。巨灾损失越来越严重,1970~1988 年间,10 亿美元的损失发生属于偶然事件,巨灾损失仅占世界 GDP 总值的 0.02%。但是从 1989 年开始,几乎每年都有超过 10 亿美元的损失发生,还出现了几次超巨额的损失,巨灾损失上升为世界 GDP 总值的 0.07%。以巨灾损失最为严重的 1992 年为例,保险损失占当年世界 GDP 总值的 0.12%。1992 年美国的“安德鲁”飓风,保险损失达 183 亿美元;1994 年美国的北岭市地震,保险损失达 135 亿美元;1991 年日本的“蜜瑞儿”飓风,保险损失为 65 亿美元。从 20 世纪 80

年代后期开始,世界上巨灾风险频繁发生,保险公司的赔款直线上升,严重威胁了保险业的财务稳定,不少保险公司因巨灾风险而倒闭,世界上最大的保险垄断组织之一的劳合社也出现了连年亏损的情况。

## (二)人口环境

人口环境是指人口密度、出生率、死亡率、人口的年龄结构、地理分布、婚姻状况、受教育程度,以及因人口的性别差异、文化差异、地域差异、种族差异和职业差异而导致的生活习惯和消费方式的差异。人口环境不仅决定了保险市场需求的潜在容量,还决定了保险市场的需求格局。

人口环境与人身保险经营的关系非常密切。从整个世界的人口环境来看,随着生活水平的提高、医疗技术的进步,一方面婴儿的出生率和死亡率降低,另一方面人的寿命不断延长,人口老龄化趋势加剧,使人们对养老保险的需求不断上升;家庭结构和功能的变化,削弱了传统的家庭互助和赡养功能,增加了人们对商业性人身保险的需求;城市化进程和全球性市场的形成,使人口的流动性增大,对保险产品和保险技术提出了新的挑战。

## (三)经济环境

保险经营的经济环境包括经济周期和一个国家的经济发展水平。一国经济发展水平是指国民经济发展的总体状况,它包括各种产业结构和发展水平以及人们的消费结构和消费水平。保险业作为第三产业,是构成国民经济总体的最基本要素,国民经济形势作为宏观经济环境因素,直接制约着保险业的发展速度和发展规模。从经济周期来看,经济周期的不同阶段会对保险公司的供求和业务经营产生很大的影响。因为保险是通过集合全体投保人所缴纳的保险费建立保险基金来承担被保险人转移给保险人的风险,保险基金的大小在很大程度上取决于人们的缴费能力和保险需求,而缴费能力和保险需求在很大程度上取决于国民经济总水平和发展速度。在经济繁荣时期,社会生产力大幅度提高,国民生产总值大大增加,人们的收入水平不断提高,缴付保费的能力增强了,对生活质量的追求也更为强烈,从而激发了有效的保险需求,使保险公司的保费收入大幅上升,从而积聚起更多的保险基金,增强自身抵御风险的能力。在经济衰退时期,社会生产力遭受破坏,人们的生活水平日益降低,保费的缴付能力下降,保险的有效需求不足,从而削弱了保险公司的财务力量。从险种结构来看,财产保险业务大多为短期性业务,它受经济周期波动的影响较小。人寿保险大多为长期性、储蓄性的保险业务,受经济周期波动的影响较大,尤其是经济周期变动中的通货膨胀因素和利率变动因素,对寿险公司的偿付能力构成威胁。此外,人寿保险采用年缴保费的方式,对于一些新签发的保单,一旦经济步入衰退期,投保人因支付不起保费而退保,使寿险公司的保单继续率降低,保单继续率的高低将直接影响寿险公司的利润和

财务的稳定。因此,经济环境因素对一国保险业的经营水平、发展速度、经营规模起着决定性的作用。

#### (四)政策环境

政策环境主要是指一个国家政策变化、经济发展策略和相关法律调整,特别是国家对保险公司政策的变化会直接影响保险公司的业务经营。作为保险公司来说,必须在国家既定的宏观政策和法令法规下运作,政策环境的宽松与否直接影响到保险业的经营。

##### 1. 税收政策

税收政策是国家为了保证财政收入、调整与公司之间分配关系而实施的政策。国家税收政策的调整,对保险公司的纳税金额和结构都会产生影响。我国政府从1998年1月1日起,将保险业的所得税率从55%统一下调到33%。所得税率的下调,促进了保险业的公平竞争,使保险公司有更多的资金用于经营活动。此外,国家对人寿保险业采取的税收优惠政策也促使人寿保险业快速发展。例如,企业为改善职工福利,给职工投保各种团体保险,保费可以税前列支。又如人身保险中规定的指定受益人领取的保险金可以免交遗产税,分红保险中的红利分配也可以免税,以及在上海等地推出的个税递延型养老保险、税优型健康保险等都从不同程度上刺激了人们的保险需求。

##### 2. 利率政策

利率政策是国家调整宏观经济的杠杆,国家为了达到宏观调控的目的,频繁地运用利率杠杆来调节资金供求。由于寿险业务的长期性、返还性,预定利率是以当期银行利率为基础且长期不变,而银行利率是经常变动的。当银行利率上调时,虽然可以刺激保险需求,但会增加保险投资风险。当银行利率下调时,不仅会影响投保人的投保行为和保单持有人的保单维持行为,还会影响保险公司的资产、负债和利润。

##### 3. 汇率政策

汇率政策是国家为了保障本国经济发展、稳定货币、改善国际收支而采取的政策。随着保险业的全球化,一国的汇率政策也会对保险业务尤其是出口信用保险、投资保险、海外的旅游保险等业务产生影响。

##### 4. 国家对保险投资的限制

为了保证保险资金运用的安全,各国保险法都明确规定了保险投资的范围和比例。投资限制的宽松与否直接影响保险公司的利润和财务的稳定。

#### (五)社会环境

社会环境是人类在自然环境的基础上,经过长期有意识的社会活动所创造的人工环境,如政治环境、经济环境、文化教育环境、法治环境、道德风俗环境等。人们的社会

实践活动总是在一定的社会环境条件下进行的,社会环境必然通过人们的生活观念、生活习惯、日常行为、态度等因素,影响保险公司经营的价值观和策略观。如果保险公司在业务经营中忽视了这些社会因素的影响,必然会对保险业务的开展产生消极作用,阻滞保险公司经营目标的实现。

保险公司在研究社会环境因素时,必须明确两点:一是社会环境具有较强的区域性。不同地区、不同民族的人们有着不同的风俗习惯,这些风俗习惯会影响人们对生活的态度、观念和行为准则,从而影响人们的价值观。不同的价值观对保险商品的需求必定会产生深刻的影响。例如,同样在我国的农村,东部沿海地区开放较早,人们的保险意识比较先进,对生活的态度是追求生活质量,计划生育政策也贯彻得较好,很多人会通过购买保险来解决自己“老有所养、病有所医”的问题,因此东部地区保险业比较发达,保险密度和保险深度都较高。而在西部地区和一些少数民族地区,“养儿防老”的思想根深蒂固,在很大程度上影响了保险业务的开展。因此,保险公司有必要深入细致地研究不同地区人群的生活习惯、行为、信念,了解他们的保险需求偏好,以开发适销对路的新险种和拓展新的保险经营领域。二是社会环境具有可变性。随着科学技术的发展、教育文化水平的提高,以及国际间经济、文化交往的日趋频繁,人们的生活信念、态度、风俗习惯和行为也会发生变化,这将为保险业的发展腾出更多的空间。

#### (六)文化环境

文化环境潜移默化地影响甚至决定着人们的价值观、生活方式和消费习惯。人们的风险意识和保险意识是保险经营中非常重要的文化环境。明确而积极的风险意识和保险意识,不仅为保险经营提供了良好的心理氛围,便于保险业务的营销,提高保险深度和密度,而且还有利于降低保户的心理风险,促进他们加强保险标的的风险管理,减少风险损失发生的概率,提高保险公司的经济效益和社会效益。明确积极的风险意识和保险意识有利于推动保险业的发展,因为投保人可以根据自身风险的特点和保险需求自行设计投保方案,保险公司根据保户的投保方案开发特种保险业务,为保险公司的险种开发提供各种信息,减少因信息不对称而导致的险种开发定位风险。明确积极的风险意识和保险意识,使投保人可以为保险经营提出各种建议,监督保险公司的经营活动,保护自己的合法权益,促进保险公司不断加强内部管理,提高经营管理水平。消费习惯也直接影响和制约着人们对保险的接受程度,例如,东方人注重储蓄,习惯于通过自我储蓄和家庭成员互助实现保障,对保险的接受需要一个过程;而西方人喜欢超前消费,乐于将风险通过财务处理的方式转嫁给保险公司。此外,人们受教育的程度也决定了一国国民对新生事物的接受程度。因此,保险公司必须利用各种机会,通过行之有效的保险宣传,教育、引导和培养人们的风险意识和保险意识,提高人

们识别、评估、处理风险和利用保险手段管理风险的能力,为保险业的经营创造一个良好的保险文化环境。

### (七)市场环境

保险经营的市场环境主要是指保险市场的发育和完善程度以及保险市场上的竞争方式和竞争激烈程度。保险市场不完善,往往会导致不正当的保险市场竞争,恶性竞争会影响保险公司经营的稳定性。此外,保险市场的结构模式和市场的开放程度也会影响保险公司的业务经营。

## 二、保险公司经营的内部环境

保险公司经营的内部环境主要有劳动者、经营技术、资金、信息等。

### (一)劳动者

劳动者历来是公司中起决定性作用的生产要素,保险公司的员工也不例外,他们是保险经营活动中最具创造力的经营资源,是保险公司活力的源泉。保险经营的任何一个环节,无论是展业、险种开发,还是承保、理赔和投资,都是靠公司的员工来完成的。难怪有人说,21世纪保险业的竞争归根结底是人才的竞争,谁拥有一流的高素质、业务精的保险人才,谁就能在激烈的市场竞争中取胜。因此,保险公司在建立和完善展业、承保、理赔和投资方面的内控机制时,还要建立员工激励机制和干部任免机制,加强对员工的业务和思想道德教育,提高员工的精神境界,充分发挥其主观能动性,激发其工作热情,创造一个和谐的、催人奋进的公司环境,提高公司员工的凝聚力,使保险公司充满生机和活力。

### (二)经营技术

保险经营技术是指保险经营活动中应用的各种技能、技巧、知识和方法。它是保险经营活动的科学基础,也是提高保险经济效益的根本保证。保险经营技术包括两大类:一类是自然科学技术,它是保险公司在经营活动中所需要的风险识别、衡量、控制技术,损失勘查和定损时所需的生化、医学、数学、逻辑推理等知识和方法,以及保险费厘定和准备金提存中所运用的精算技术,等等。另一类是社会科学技术,主要指保险公司经营过程中的经营管理技术与能力。例如,保险经营的调查、预测和决策技术,保险营销的技巧和保险的宣传,保险公司各职能部门之间的协调艺术,保险公司的劳动人事组织与管理技术,保险财务及多元化的投资策略技术,保险公司的公关技术,等等。

在金融科技蓬勃发展的背景下,保险科技也成为保险业未来转型发展的核心竞争力。保险科技既包括大数据、云计算、物联网、人工智能、区块链等基础技术,也包括和保险行业应用场景结合相对更加紧密的车联网、无人驾驶、基因诊疗、可穿戴设备等应用技术。这些技术都已经在各个保险领域开展尝试:在产品端,多维大数据辅助

保险精算更准确地度量风险实现产品创新和个性化定制;在销售端,人工智能的精准推荐和线上的客户服务不仅极大地降低了人力成本,而且优化了客户体验;在理赔端,5G 等图像识别技术实现了快速定损和反欺诈识别。保险科技对保险业务流程的全面渗入,提升了业务效率,改变了产品形态,改进了服务和交互方式,构建了新的保险生态。例如,保险业将人脸识别技术应用于保单变更服务,启动人工智能核保和理赔,运用智能机器人客服代替人工服务;又如,保险公司运用区块链的去中心化特点,重构信用体系,实现差别定价,并且运用区块链的分布式技术来帮助保险公司进行客户身份识别,防止保险欺诈事件的发生;再如,基因诊疗技术在人身保险领域的运用,有助于保险公司辨别发病风险,并依据风险的高低进行更准确的定价。

科技赋能保险,科技正在全方位地影响保险业的未来。作为业内首款智能保险顾问,中国太平洋保险推出的“阿尔法保险”运用大数据和人工智能技术,为用户家庭资产配置提供保险保障建议。同时,“阿尔法保险”具备自然语言的理解能力,客户通过手机可以随时随地咨询保险,获得个性化的保险建议报告。

### (三)资金

资金既是保险公司履行经济补偿职能的保证,也是保险公司经营实力的集中体现。由于保险经营的特殊性,保险资金具有以下几个特点:一是从保险资金来源来看,为了避免保险公司在开业之初的费用支出和早期保险费收入不足以赔付的情况,法律规定保险公司在成立时必须具备一定的资本金。国有保险公司的资本金来源于国家财政拨付,股份制保险公司的资本金来源于股东。除了资本金外,保险公司的资金主要来源于投保人依据保险合同缴纳的保险费。二是从保险资金核算来看,由于保险事故发生的随机性以及保险年度与会计年度的不相吻合,保险公司不能把当年的保费收入算作当年的利润,必须按各种保险业务性质提存未到期责任准备金,用于保证将来的赔付责任。三是从保险资金积累来看,保险公司的利润除了上缴国家利税外,还必须提存保险总准备金,以增强保险公司的偿付能力。四是从保险资金运用来看,由于保险公司运用的资金来源主要是各种责任准备金,责任准备金具有负债性,这要求保险公司投资时首先必须注意资金的安全,在保证资金安全的前提下实现收益性和流动性的平衡。因此,加强对保险公司的资金管理和增强保险公司的资金实力,将直接影响着保险公司经营的信誉、承保能力、竞争能力和保险公司持续稳定的发展。

### (四)信息

信息是保险公司经营管理者了解公司内外经营环境、确定保险经营决策的依据。由于现代社会是信息社会,信息是保险公司的重要资源。保险公司信息掌握是否及时、准确、全面,对保险经营的预测、决策 and 经营控制起着非常重要的作用。保险信息包括一切与保险经营活动直接或间接相关的社会、经济、政治、人文、科技以及自然界



的信息。例如,在保险公司开发新险种时,必须了解和收集市场上的各种信息,如市场占有率信息、潜在客户信息、竞争对手的营销策略等,否则保险公司开发的险种就会因信息不对称而不能满足市场需要,使保险公司在激烈的市场竞争中失去先机。又如,保险公司的投资管理者在作出投资策略时,必须充分了解资本市场、不动产市场的信息,了解国际投资市场的信息,否则会影响保险投资的安全性和收益性。由此可见,信息是保险公司经营活动的一个非常重要的内部环境,保险公司必须重视对保险信息的收集和管理。

### 第三节 保险公司的经营原则

保险公司的经营原则是保险公司从事保险经济活动的行为准则,是适应、协调和改善保险经营环境的客观要求,也是保险经营策略得以顺利实施和保险经营目标得以圆满实现的保证。由于保险经营是一种商品经营,它既有一般商品经营的共性,又有保险商品经营的特性。因此,保险公司经营原则也有一般性和特殊性之分。

#### 一、保险公司经营的一般原则

经济核算原则、随行就市原则和薄利多销原则作为商品经营的一般原则,同样适用于保险公司经营。

##### (一)经济核算原则

经济核算是指利用价值形式,记录、计算、分析和比较生产经营活动中的劳动耗费和劳动成果,使公司以收抵支并取得盈利。经济核算原则是商品生产经营的基本原则,为什么保险商品的生产经营必须遵循经济核算原则,主要是由以下几方面的原因决定的。

##### 1. 保险商品的生产经营要实行经济核算是由节约劳动时间规律所决定的

节约劳动时间是发展社会生产力的必要条件。在保险商品经营中,这种节约包括两个部分:一是保险商品生产消耗的节约,具体包括物化劳动和活劳动的节约;二是保险经营生产资料占用的节约,也就是物化劳动占用的节约。保险公司要持续发展保险商品的社会生产力,不断扩大保险商品社会再生产的规模,就必须实现这两部分的节约。为了节约时间,保险公司必须对保险商品生产经营过程中的劳动耗费和劳动成果进行记录、计算和分析,必须实行经济核算。

##### 2. 保险商品生产经营要实行经济核算是由保险公司相对独立的经济利益决定的

在社会主义市场经济体制下,保险公司是自主经营、自负盈亏、自我约束和自我发

展的法人实体和市场竞争主体。保险公司的这种地位决定了保险公司在经营过程中必须树立竞争观念、效益观念,必须考虑经营过程中所占用和消耗的物化劳动和活劳动,考虑收支相抵后能否取得良好的经济效益。显然,保险经营实行经济核算是非常必要的。

### 3. 保险商品的生产经营要实行经济核算是贯彻按劳分配原则的要求

为了贯彻按劳分配原则,保险公司在经营过程中必须核算公司的经营消耗和成果,核算每个劳动者的劳动消耗和贡献,这样才能为每个劳动者的成果分配提供客观依据,才能合理地确定保险公司和职工的经济利益,激发职工的主观能动性和主人翁精神,才能正确处理好国家、公司、个人三者之间的利益关系。

由此可见,保险公司在生产经营过程中必须实行经济核算。保险公司经济核算原则的贯彻,有助于保险公司权、责、利组合机制的完善,使保险公司在保证完成各项经营指标的前提下,有更多、更灵活的自主经营权。由于保险商品经营的特殊性,保险公司的经济核算主要围绕保险成本核算、保险资金核算、保险利润核算等内容展开,其核算形式也分为公司全面经济核算和分险种单独核算两种,核算方法有保险会计核算、保险统计核算和保险业务核算三种。

### (二)随行就市原则

随行就市原则是市场观念的具体体现,它要求商品生产者必须以市场需求为导向,根据不断变化的市场行情,通过调整商品结构和调整商品价格水平,以适应市场需求的主动性行为。

保险经营必须遵循随行就市原则,因为保险市场上同样存在着保险供给和保险需求之间的种种矛盾,需要保险公司以市场需求为导向进行保险商品的经营,尤其是随着保险市场竞争的加剧,保险公司对市场的依赖程度越来越大,要想在激烈的市场竞争中立于不败之地,就必须摸准市场的脉搏,捕捉市场信息,根据市场行情的变化及时作出灵敏的反应,随行就市,不断调整保险商品结构和价格水平,促使保险商品供求平衡,以最终实现保险商品的价值。

调整保险商品的结构,保险公司要根据保险市场需求的变化以及自身经营能力和经营技术,适当调整老险种,组织开发新险种,完善保险服务的内容和形式,以适销对路的险种和优质的保险服务赢得客户,提高市场占有率。调整保险商品的价格水平,要求保险公司根据成本状况、市场需求、国家宏观经济政策和竞争对手的价格水平等因素,适当调整保险费率水平。但是切记保险费率主要是由保险灾害事故发生的概率决定的,如果保险费率水平低于纯费率水平就是所谓的“自杀性费率”,这将对保险公司的财务和业务稳定带来消极的影响。

因此,随行就市,不但要求保险经营要适应市场行情的变化,更重要的是保险公司

要树立市场观念、竞争观念,全面、细致、深入地分析和研究影响保险市场行情的各种因素,准确地预测和判断市场发展变化的趋势和规律,只有这样,保险公司才能不失时机地抓住经营机会,降低经营成本、提高经营效益,在激烈的市场竞争中取胜。

### (三)薄利多销原则

薄利多销原则是商品生产经营的重要原则,也是商品经营者迅速占领市场、提高市场竞争能力的有效手段。薄利多销是指商品生产者利用价格杠杆,针对消费者价格选择心理,以扩大销售量、保证盈利为目的的一种促销手段。

在保险市场中,薄利多销同样适用。因为在多家保险公司并存,各家保险公司提供的保险商品在投保条件、责任范围等方面相差无几的情况下,投保人往往会比较权衡保险商品的价格来决定自己的购买行为。其实在保险经营中,恰当地运用薄利多销手段是符合保险经营的一般原理的。因为保险公司在国家保险监管机关允许的范围内,在保证获得保险利润的前提下适当降低保险商品的价格水平,不仅可以打开销路、扩大市场份额、提高市场竞争力,还可以集中更多的风险单位,让大数法则发挥作用,保证保险公司财务和业务的稳定。

## 二、保险公司经营的特殊原则

保险公司在经营中,除了遵循商品经营的一般原则外,还必须遵循保险经营的特殊原则,即风险大量原则、风险选择原则和风险分散原则。

### (一)风险大量原则

风险大量原则是指保险人在可保风险的范围内,根据自己的承保能力,努力承保尽可能多的风险和标的。虽然保险是对付风险尤其是对付损失发生频率低、损失程度大的风险的一种科学有效的方法,但是保险公司并不愿意承保所有的风险,保险公司仅承保可保风险。

风险大量原则是保险经营的首要原则。因为,第一,保险经营的过程实际上是风险的集中和分散的过程,由于风险发生具有不确定性,保险人只有承保尽可能多的风险和标的,才能聚集雄厚的保险基金,才能保证保险的分摊风险和经济补偿职能的履行。第二,保险经营是以大数法则为基础的,只有承保大量的风险和标的,才能使实际保险责任事故发生的概率接近于损失期望值,使业务经营趋于稳定。第三,扩大承保数量,实行规模经营是保险公司提高经济效益的一个重要途径。承保的标的越多,保险人的经营收入就越多,营业费用相对就越少。

因此,风险大量原则为保险人的经营活动提出了一个规模要求,合理的保险经营需要有一个最低限度的合同数量规模,然后不断扩大。风险大量原则,要求保险公司积极拓展保险新领域,扩大保险服务范围,在维持、巩固原有业务客户关系的基础上,

不断发展新的客户关系,拓宽承保面,扩大承保数量,通过各种营销渠道实现保险业务的规模经营。

## (二) 风险选择原则

保险公司为了有效贯彻经济核算原则,保证保险经营的稳定,不仅需要集中大量的、以承保风险标的为内容的保险合同,还必须对所承保的风险加以科学的选择。

风险选择原则要求保险人充分认识、准确评价承保标的风险种类与风险程度以及保险金额的恰当与否,决定是否承保。风险选择原则强调保险人对保险标的与风险的主动性选择,否定保险人无条件地盲目承保。

风险选择包括事前选择和事后选择两种。事前选择是指在承保前,通过对“人”(即投保人或被保险人)和对“物”(即保险标的)的选择,决定是否接受承保。保险人在事前选择时要尽量选择同质风险的标的承保,使风险从量上得以测定,实现风险的平均分散。事后选择是对已经签订的保险合同作出淘汰性的选择。保险合同的淘汰通常有三种:一是保险期满后不再续保;二是按照保险合同规定事项注销合同;三是发现被保险人有欺诈行为而中途解除保险合同。

风险大量原则是对保险人数量的要求,风险选择原则是对保险人质量的要求,科学的保险经营原则应该是风险大量和风险选择的有机统一。

## (三) 风险分散原则

风险分散原则是指由多个保险人或被保险人共同分担某一风险责任,使其承担的保险责任被控制在可承受的范围之内。事实证明,如果保险人承担的风险过于集中,一旦发生较大的风险事故,将导致保险公司偿付能力不足,不仅损害被保险人的利益,也威胁保险人自身的生存与发展,因此为了确保保险经营的稳定,保险人应将承担的风险尽可能地分散。

按业务处理程序,风险分散可分为核保时的分散和承保后的分散两种。核保时的风险分散主要体现在:一是保险人在核保时要运用一定的工程专业技术知识和手段,科学、合理地划分风险单位,按每个风险单位的最大可能损失确定保险金额,对超过自身承保能力以外的部分不予承保,使保险人所承担的风险责任控制在可接受的范围内;二是对承保的风险责任加以适当控制,通过控制保额、限制赔偿程度来减少被保险人或投保人的道德风险,通过明确保险责任范围、规定免赔率、共同保险、无赔款优待等措施来规避被保险人因保险而产生的心理风险。

承保后风险分散的传统做法就是运用再保险手段来分散风险,将保险人所承担的超出自身承受能力以外的风险转移给再保险人,以实现财务的稳定。但是原保险公司利用再保险分散风险受到再保险人自身偿付能力和经营效益的限制,因此保险风险证券化作为一种新型的风险分散方法应运而生,它突破了保险界长期以来传统意义上的

风险管理和保险方式,将保险风险极大限度地分散于资本市场中,由资本市场上的投资者直接承担风险,这种方式比传统的保险保障更加稳定。

## 第四节 保险公司的经营目标

保险公司的经营活动由一系列相互联系、彼此制约的环节组成,包括营销、承保、合同维持、理赔、投资、计划与统计等。保险公司的经营活动是经营过程和管理过程的统一。保险公司经营管理是为实现保险经营的合理化和取得最佳经济效益而对保险经营各环节与要素进行计划、组织、指挥、协调和监督的过程。因此,保险公司经营目标的确定,直接关系到保险公司管理组织的合理建立与协调,关系到保险公司管理形式和管理内容的多样化以及管理手段的现代化。

### 一、保险经营理念

保险经营理念是保险公司从事经营活动、解决各种经营问题的指导思想。保险经营者的经营哲学、经营战略、经营目标、经营政策的依据等都受到经营理念的制约。科学的保险经营理念,有助于保险公司顺利实现经营目标,实施经营战略,取得最佳的经济效益。

由于保险经营是一种商品经营,保险公司经营过程既受宏观经济环境(如自然环境、经济周期与经济发展水平、市场竞争环境、国家对保险公司的政策等)的影响,还受到保险公司内部的微观环境(如劳动力、资金、经营技术水平、信息等)的制约,因此现代保险公司经营必须树立以下经营理念。

#### (一)市场理念

市场理念要求保险经营者在经营过程中要有强烈的市场意识,以市场需求为导向,按照保险市场的需求变化和市场经济规律来安排保险经营活动,实现资源的最佳配置,取得最佳的经济效益。

在保险市场上,保险经营者只有开发出符合市场需要的保险商品,才能实现保险商品的价值。因此,现代保险公司一定要强化保险经营的市场观念,改善保险服务质量,加强对保险市场的预测、调查和研究,把握市场运行的脉搏,按照保险市场的供需变化来安排组织保险经营活动。

#### (二)竞争理念

竞争理念是指保险经营者在经营过程中应该具有强烈的竞争意识,树立在竞争中求生存、求发展的经营理念,遵循优胜劣汰的市场竞争规则。

保险市场作为整个市场的不可或缺的一部分,不可能避免或排斥竞争。随着保险市场主体的不断增加、保险市场承保力量的日趋过剩,保险行业的内部竞争将会更加激烈。另外,银行保险业务的开展也加剧了保险业的竞争程度。因此,保险公司要想在竞争中立于不败之地,保险经营者必须在市场竞争机制的作用下,不断拓展市场,改善保险服务质量,提高对市场的灵敏度,合理配置公司内部的各种资源,凭借优质的保险服务和可靠的信誉赢得客户的信任,掌握市场竞争的主动权。

### (三)效益理念

效益理念是指保险经营者在经营过程中必须树立效益观念,以追求经济效益最大化为自身经营的目标。

在市场经济体制下,检验公司经营成败的唯一标准就是公司的经济效益能否实现。追求经济效益是公司经营管理的出发点和归宿点,保险公司作为生产特殊商品的公司也不例外。保险公司的经济效益表现在以一定的劳动支出和劳动费用所能提供的保险保障上,表现在保险公司运用保险资金所取得的经济收益上。因此,保险公司要实现经营目标,就要树立效益理念,加强经济核算,用尽可能少的资金占用、劳动力占用和费用开支取得尽可能多的经营收益。

### (四)信息理念

信息理念是指保险经营者必须具备的在经营过程中对市场各种信息的敏感性以及对保险公司内部各种信息进行收集、整理、存储、分析和利用的主动意识。现代社会是信息社会,市场竞争的重要方面就是信息的竞争。一个成功的公司经营者,必须具有控制信息来源并运用信息进行反馈的能力。由于保险经营与外部的经济环境、市场环境、文化环境、社会环境关系密切,保险经营管理者只有掌握了大量准确的保险市场信息和各种业务技术信息,才能提高经营决策的有效性和科学性,才能减少保险经营中的决策风险和市场竞争风险。

## 二、保险公司经营目标

保险公司经营目标是指保险公司在充分利用现有经营条件的基础上,经过公司自身的努力所要达到的经营目的和标准。保险经营目标不仅是保险公司经营决策的前提,也是保险公司业务经营的指南。保险经营目标是依据保险经营理念、社会经济发展需要以及保险公司客观的经营条件确定的。

保险公司经营的总目标是通过保险服务,充分发挥保险分摊和经济补偿的职能,保障社会再生产的持续进行,稳定社会秩序,安定人民生活,满足人们日益增长的物质和文化生活的需要。

以保险经营的总目标为中心,保险公司还可以根据不同时期、不同角度划分为多

种经营目标。

### (一)长期目标、中期目标和近期目标

从保险公司发展战略角度考虑,保险公司的经营目标可以分为长期目标、中期目标和近期目标。

#### 1. 长期目标

长期目标是指保险公司从战略发展的高度出发所预期的公司未来发展规划。一般指 10 年或 10 年以上的远期规划目标。长期目标是保险公司经营总目标的粗线条蓝图,是保险经营者为保险公司发展方向、经营规模、主要经营指标可能达到的程度等确定的较长期的战略目标。长期目标具有纲领性和预见性等特点。

#### 2. 中期目标

中期目标一般指 5 年经营活动的预期规划,它是长期目标的进一步分解和具体化,是保险经营总目标的次粗线条蓝图。保险经营中期目标设定 5 年为周期,目的是使保险经营中期目标与国民经济中期规划相衔接,保险业的发展水平与国民经济发展水平相适应,保险业的发展速度与国民经济的发展速度相协调。

#### 3. 近期目标

近期目标一般指保险公司的年度、季度或月度目标,是中期目标的进一步分解和具体实施,是保险经营总目标的详细描述。近期目标具有效益性和实践性等特点。保险公司在经营过程中,通过及时调整和修改近期目标,合理组织保险公司的日常活动,使各个经营环节相互衔接和平衡,确保公司经济效益的实现。近期目标是中长期目标得以逐步落实的保证,因此,保险公司在制定近期目标时必须使近期目标与中期和长期目标相衔接。

### (二)社会贡献目标、公司利益目标和个人利益目标

从保险经营人和不同利益者的利益角度考虑,保险经营目标分为社会贡献目标、公司利益目标和个人利益目标。

#### 1. 社会贡献目标

社会贡献目标是指根据保险公司在国民经济中的地位和作用,为实现国民经济发展战略目标而制定的,具有良好社会效果的经营目标。简单地说,就是保险公司在实现自身经济效益的同时要兼顾社会效益目标。保险公司社会贡献目标内容十分丰富,主要包括:通过经济补偿,保证社会再生产的持续进行和人民生活的安定,为社会提供优质保险商品与服务,满足日益增长的社会需求;提高社会的风险管理意识,指导社会团体和个人进行风险管理,降低风险事故发生的频率和损失程度;积极开展防灾防损工作,提高整个社会和人类抵抗灾害的能力,不断开拓新险种,以应对经济和科技发展过程的新风险;积极开展保险业务,为国家提供更多的建设资金和税金;促进国际经济

交流,为国家创造更多的外汇收入;等等。

## 2. 公司利益目标

公司利益目标是保险公司生存和发展所必需的经济目标,是保险公司经营活动的直接内在的动力。公司利益目标不仅关系到保险公司职工的工作条件、生活条件和公司发展的后劲,而且关系到保险公司社会贡献目标的实现程度。

## 3. 个人利益目标

个人利益目标是指保险公司职工在经营活动中追求的物质利益和自我价值实现的目标。个人物质利益是保险公司职工从事保险经营活动的内在动力,也是保险经营目标的重要内容。自我价值实现目标是保险公司职工追求自身发展和完善的更高层次的需求,是公司职工工作积极性和创造性的前提条件。如果公司职工的自我实现目标一直得不到实现,则必将影响职工工作的主动性,使保险公司面临严重的危机,尤其是现代保险业的竞争归根结底是人才的竞争,保险公司应该努力为职工创造个人发展的良好环境,满足职工多层次的需要,帮助职工实现自我价值,使公司拥有一个稳定的高素质的劳动团体。值得一提的是,个人利益目标的实现,是以社会贡献利益目标和公司利益目标的实现为前提的。没有社会贡献目标的实现,就没有保险商品价值的实现,也就无法实现公司利益目标。公司若不能实现经济利益,就不能增强公司的偿付能力,也就不能保障保单持有人的利益,不能增强公司股东们的投资信心,在这种情况下,保险公司职工的个人利益也就无从谈起。

### (三)财务稳定性目标、持续发展目标和盈利目标

从保险公司财务管理的角度考虑,保险经营的目标为财务稳定性目标、持续发展目标和盈利目标。

#### 1. 财务稳定性目标

财务稳定性是保险公司资金运转和融通能力的主要保证,资金运转和融通能力就是保险公司的偿付能力。保险公司作为服务于社会的第三产业,作为履行补偿和给付职能的经济组织,作为社会的稳定器和经济的助动器,无论什么时候都要有赔偿和给付的款额,都能向保户兑现自己的承诺,履行保险合同中规定的义务。因此,对于一家保险公司来说,偿付能力风险是保险公司面临的最大、最可怕的风险,甚至是导致保险公司破产的灭顶之灾。保证保险公司有足够的偿付能力,至少具有与其业务规模相适应的最低偿付能力,是保险公司经营管理的最基本目标。

#### 2. 持续发展目标

保险公司的停滞不前是其经营失败的前奏。保险公司生存的环境是市场,优胜劣汰是市场机制的内在原动力。在激烈的保险市场竞争中,保险公司只有不断开发适销对路的新险种,不断增强风险管理能力、提高保险服务质量,才能在激烈的市场竞争中



占据有利地位,保持业务持续发展,否则,必将被其他保险公司所排挤。保险公司的发展集中表现在保费收入的增长速度上。保险公司的发展速度包含了三层含义:一是规模速度,指保险公司所经营的保险业务总量的增长幅度,它适用于粗放式经营下的考核指标。二是结构速度,指保险公司在业务动态发展中,各险种结构在注重效益的基础上重新组合和变化,对不同险种发展的驱动和作用的幅度,这是保险公司注重经济效益,尤其是注重短期核算业务带来的利润的结果,是提高效益、增加利润的新起点。三是质量速度,指保险公司在较为健全的运行机制、约束机制和激励机制的相互作用下实现集约化管理,有效进行保险责任控制和成本控制的业务增长速度。质量速度可以克服规模速度和结构速度的不足,使发展速度与利润同步。因此,在追求持续发展目标时,必须以质量速度作为最终和唯一的选择。

### 3. 盈利目标

保险公司经营的目的是盈利,虽然还有财务稳定性目标和持续发展目标,但是增加盈利是保险公司最具综合能力的目标,它不仅体现了保险公司的出发点和归宿点,而且还可以概括其他目标的实现程度,并有助于其他目标的实现。

### 4. 三个目标之间的关系

在明确了保险公司经营管理目标的基础上,重要的是处理好它们之间的关系。

财务稳定性目标与盈利目标的关系:保险公司的利润主要来源于承保利润和投资收益。有的承保项目风险大、保费收入高,但保险公司承担的赔付责任也大,并且还可能面临应收保费坏账损失的风险,投资收益与投资风险成正比,风险越大,收益越高。虽然利润的增加可以增强保险公司的经济实力和偿付能力,提高保险公司的竞争力,但是如果保险公司一味追求高利润而忽视风险因素,那么保险公司在财务决策时就会优先选择高风险的项目,而项目一旦出现不利情况,保险公司将会陷入财务困境甚至破产。

财务稳定性目标与持续发展目标的关系:保险公司如果一味追求业务发展的高速度,必将导致盲目竞争,费率下降,忽视承保选择和承保控制,使保险公司面临更大的赔付责任;同时,利润的降低和一些巨灾风险、特殊风险的出现,将直接威胁保险公司的财务稳定。反过来,保险公司的财务稳定又会制约保险业务的发展速度。

盈利目标与持续发展目标的关系:不断发展保险业务,开拓保险市场,增加保险险种,提高服务质量,是提高保险公司经济效益、增加利润的前提条件。此外,保险公司以风险为经营对象,以大数法则为科学依据,也决定了保险公司只有发展业务、扩大承保面,才能有效降低经营风险、增加利润。但是如果保险公司盲目追求发展速度,追求保费收入,那么不仅会使保险经营管理和与利润直接有关的赔付率以及应收保费的监控失灵,而且会导致保费资源的浪费、业务结构的失衡,严重影响保险公司的经济效

益。但是利润是保险公司发展的目标和保证,利润的增加可以增强保险公司的实力,促进保险业持续、稳定地发展。

因此,作为保险公司的经营管理部门,应当将财务稳定性目标、持续发展目标、盈利目标有机地结合起来,正确处理好三者的关系,在强调保证财务稳定性目标的基础上,对持续发展目标和盈利目标加以适当平衡;否则,利润和发展就成为无源之水、无本之木。



## 本章小结

保险经营是一种商品经营,但是保险商品是一种特殊形态的商品。保险商品的使用价值表现在保险商品作为社会稳定器和经济助动器以及社会管理器的功能上。保险商品的价值从量上考察,是凝聚在保险商品的社会必要劳动时间,这一社会必要劳动时间会随保险公司经营条件和经营技术的改善而变动。

保险商品是一种特殊形态的软商品,其特殊性表现在:保险商品是一种无形的商品;保险商品是一种“非渴求商品”;保险商品的消费是一种隐性消费。

保险商品的价格即保险费率,可分为理论费率、实际费率和监管费率。这三种费率既相互联系、相互制约,又相互冲突、相互矛盾。财产保险费率厘定要依据灾害事故发生的概率而定,其厘定的基本方法有判断法、分类法和增减法三种。人寿保险费率厘定要考虑死亡率(或生存率)、利息率、营业费用率三个基本要素,另外还要考虑保单解约率、分红率、残废率以及保单中嵌入的选择权被保单持有人行使的概率等因素。

保险公司经营环境包括外部环境和内部环境。外部环境有自然环境、人口环境、经济环境、政策环境、社会环境、文化环境和市场环境等不可控的因素。内部环境主要有劳动者、经营技术、资金、信息等。

保险公司在经营中,除了要遵循一般商品经营的经济核算原则、随行就市原则和薄利多销原则外,还必须遵循保险经营的特殊原则,即风险大量原则、风险选择原则和风险分散原则。现代保险经营必须树立市场理念、竞争理念、效益理念和信息理念。保险经营目标从保险公司发展战略角度考虑,可以分为长期目标、中期目标和近期目标;从保险经营人和不同利益者的利益角度考虑,可分为社会贡献目标、公司利益目标和个人利益目标;从保险公司财务管理角度考虑,可分为财务稳定性目标、持续发展目标和盈利目标。



## 复习思考题

### 1. 名词解释:

理论费率    实际费率    管制费率    纯费率    附加费率

### 2. 简述寿险费率厘定的要素。

### 3. 分析保险公司经营的外部环境。

4. 分析保险公司经营的内部环境。
5. 简述保险经营的特殊原则。
6. 从保险公司财务管理的角度分析保险经营的目标以及相互关系。

## 第二章 保险市场管理

市场是商品经济的产物。狭义的市场是指买卖双方实现商品或劳务交换的具体场所；而现代意义上的市场是一种广义的市场，是指买卖双方实现商品或劳务让渡交换关系的总和或者商品或劳务供求关系的总和。保险商品作为一种特殊的商品，只有通过市场交换，才能实现其使用价值和价值。近代保险市场是商品经济发展的产物，有人认为保险市场是人们进行保险经济活动的场所，这是从狭义概念上理解保险市场。有人认为保险市场是保险交易行为，因为现代保险交易活动尤其是再保险活动很少局限在固定的时间和地点，这是从构成市场的经济内容的角度来考察市场。虽然这些观点都从某一角度揭示了保险市场的特征，但并没有揭示保险市场的真正属性，其实保险市场是保险商品交换关系的总和，或者是保险商品供求关系的总和，它既可以是固定的交易场所，也可以是所有实现保险商品让渡的交换关系的总和。

### 第一节 保险市场的特点与构成要素

#### 一、保险市场的特点

作为现代市场经济的有机组成部分，保险市场除了具备一般市场的特征以及遵循商品交换的一般规律外，还具有其自身的特点。

##### （一）保险市场交易的对象与风险直接相关

一般商品市场的交易对象本身并不与风险联系，市场风险来自交易行为。保险市场的交易行为同样也存在风险。由于保险市场的交易过程实际上是保险人集合并分散风险的过程，保险交易对象是为各类风险提供保障，与风险本身直接相关联。风险的客观存在是保险市场形成和发展的前提条件。由此可见，保险市场是一个直接经营风险的市场，这一点决定了其交易行为和方式的特殊性。

### (二) 保险市场是一种特殊的“期货”交易市场

由于保险市场交易的对象是风险,而风险的发生具有不确定性,所以交易的结果在相当程度上取决于风险事故的发生。也就是说,保险人是否履约取决于在保险合同约定的时间内是否发生约定的风险事故以及这种风险事故造成的损失是否达到保险合同规定的补偿或者给付条件。只有当约定的保险事故发生并导致经济损失时,保险人才有可能对被保险人进行经济赔偿;只有当被保险人在保险期限内发生死亡、伤残、疾病、年老等保险事故或者生存至保险合同约定年龄或期限时,保险人才能给付保险金。可见,保险交易在某种程度上具有期货交易的性质,保险市场是一种特殊的“期货”交易市场。

### (三) 保险市场是非即时结清市场

在一般商品交易中,合同的签订往往意味着交易的完成。由于风险的不确定性和保险合同的射幸性,决定了保险交易的结果在交易完成时无法确定,因此不能立刻结清,保险合同的订立意味着交易的开始。保险交易的完成或结清,往往需要较长的时间,尤其是一些责任险种,其追溯期很长,保险双方权利义务关系要在保险合同期满后多年才能了结。

## 二、保险市场的构成要素

保险市场发展初期,保险公司数量较少,保险产品主要采用直销方式。保险市场由三个要素构成:一是保险交易活动提供各类保险商品的卖者或供给方;二是各类保险商品的购买者或需求方;三是具体的交易对象即各类保险商品或保险经济保障。只要具备这三个要素,保险交易活动就可以完成。随着保险业的不断发展、承保技术的日益复杂、承保竞争的日趋激烈、保险商品营销的不断区域化和国际化,仅由买卖双方直接参与的交换关系已远远不能适应保险市场发展的需要,这时保险市场的中介力量应运而生。保险中介人的参与,使保险交换关系变得复杂,也使保险市场更加成熟和完善。因此,现代保险市场就由四个要素构成,即保险商品的供给方、保险商品的需求方、各类保险商品以及促成保险交易的保险中介方,而保险中介方逐渐成为保险市场中不可缺少的一个要素。

### (一) 保险市场的主体

保险市场的主体是指保险市场交易活动的参与者,包括保险商品的供给方——保险公司,保险商品的需求方——投保人,以及充当保险供需双方媒介的中介方——代理人、经纪人、公证人等。

#### 1. 保险商品的供给方

保险商品的供给方是指在保险市场上提供各类保险商品,承担分散和转移投保人

风险的各类保险人。

在保险市场上,保险人按其组织形式不同可分为国营保险组织、私营保险组织、合作保险组织、专业自保组织和个人保险组织。每种保险组织都各有特色,但无论何种形式的保险组织,都必须经过国家有关部门的审查认可并取得专门经营保险业务的执照才可以营业。在保险业发达的国家,90%以上的保险组织是私营保险组织,其中股份制保险公司是保险业组织形式发展的一种趋势。人寿保险公司大多采用相互保险公司的形式。目前,世界上唯一一家个人保险组织是英国的劳合社。我国根据《中华人民共和国保险法》(以下简称《保险法》)的规定,保险人的组织形式只能是国有独资公司和股份有限公司。也就是说,在我国保险市场上,只允许法人组织经营保险业务,不允许自然人经营保险。

## 2. 保险商品的需求方

保险商品的需求方是指保险市场上所有现实的和潜在的保险商品的购买者,也就是保险市场上的各类投保人。

在保险市场上,不同投保人有着不同的保险需求,这要求保险商品的供给方应该按照不同的保险需求开发出不同的保险产品。

保险公司在开发新险种之前一般要开展市场调研和预测,将投保人按其不同需求做一些分类。例如,按照投保人不同的需求特征,划分为个人投保人、团体投保人、低薪收入的投保人、高薪收入的投保人;按照保险需求的层次,划分为当前的投保人和潜在的投保人;按照投保人的年龄结构,划分为青年投保人、中年投保人、老年投保人;按照投保人的需求效应,划分为保障型的投保人、储蓄型的投保人和投资型的投保人,然后根据投保人的不同需求开发适销对路的险种。

## 3. 保险中介方

保险市场的中介方既包括充当保险供需双方媒介并促成保险合同成立的保险代理人(或保险代理公司)、保险经纪人(或保险经纪公司),也包括独立于保险方与投保方之外,以第三者身份处理保险合同当事人委托办理的有关保险业务的公证、鉴定、理算、精算等事项的保险公证人、保险律师事务所、保险精算事务所、保险理算师等。保险中介方是保险市场中不可缺少的要素。

### (二) 保险市场的客体

保险市场的客体是保险市场上供给方和需求方交易的对象——保险商品。保险商品是一种特殊形态的商品,它的特殊性表现在:保险商品是一种无形的商品,保险商品是一种非渴求的商品,保险商品的消费是一种隐性的消费。

## 第二节 保险市场的组织形式与组织结构

### 一、保险市场的组织形式

保险市场的组织形式是指在一国或一地区的保险市场上,保险人在经营保险业务时所采取的组织形式。根据财产所有制关系的不同,保险市场的组织形式有以下几种。

#### (一) 国营保险组织

国营保险组织是由国家或政府投资设立的保险经营组织。国营保险组织既可以由政府机构直接经营,也可以通过国家法规或法令规定由某个团体来经营。国营保险组织依据各国的社会经济制度不同,可分为完全垄断型国营保险组织、商业竞争型国营保险组织和政策型国营保险组织。完全垄断型国营保险组织是指完全垄断了一国所有保险业务的保险组织,它担负着保险监管机关和保险业务经营实体的双重角色。这种国营保险组织形式大多存在于保险业不很发达的第三世界国家的保险市场。中国人民保险公司(PICC)在1988年以前就属于完全垄断型的国营保险组织。商业竞争型国营保险组织是指国营保险组织可以与其他保险组织一样,经营各类保险业务,开展公平的市场竞争,并以营利作为经营的重要目标。中国人寿保险公司、中国人民保险公司就属于商业竞争型的国营保险组织。政策型国营保险组织是指为了保证国家某种社会政策的实施,专门经营一些强制性或特定的保险业务的组织。我国的农业保险公司、出口信用保险公司,美国的联邦存款保险公司,都属于政策型的国营保险组织。

国有独资保险公司是一种典型的国有保险组织形式,它是由国家授权投资的机构或国家授权的团体或部门单独出资设立的有限责任公司。对一些关系到国计民生的行业,适合由国有独资保险公司经营管理。其实,在西方国家,对于社会保险、政治风险保险、犯罪保险、罢工险,以及一些私营保险公司不愿承保的巨灾风险,如地震保险、洪水保险等,往往由国有独资保险公司经营。

国有独资保险公司具有以下几个特点:

#### 1. 国有独资保险公司是一种特殊的国有保险公司

国有独资保险公司适用于《中华人民共和国公司法》(简称《公司法》),实行的是公司制度。但是国有独资保险公司与国家或政府之间不是行政隶属的上下级关系,而是平等的民事主体关系。

## 2. 国有独资保险公司是一种特殊的独资公司

根据《公司法》的规定,个人独资不能设立有限责任公司,而国有独资保险公司以国家作为投资主体,可以成立有限责任公司。

## 3. 国有独资保险公司是一种特殊的有限责任公司

有限责任公司一般要求投资主体多元化,股东必须在两人以上,而国有独资保险公司的投资主体为国家授权投资的机构或国家授权的团体或部门,投资主体单一,股东只有一个。

在我国保险市场上,中国人民保险公司、中国人寿保险公司、中国再保险公司就是国有独资保险公司。

### (二) 私营保险组织

私营保险组织是指由私人投资设立的保险经营组织。在保险业发达的国家,90%的保险经营组织是私营保险组织。

保险股份有限公司和相互保险公司是两种典型的私营保险组织,其中,保险股份有限公司是现代保险公司制度下最典型的一种组织形式。

#### 1. 保险股份有限公司

保险股份有限公司是由一定数目以上的股东发起组织的,通过发行股票(或股权证)筹集资本,股东以其所认购股份承担有限责任。《公司法》具体规定了公司发起人的人数、公司债务的限额、发行股票的种类、税收、营业范围、公司的权力、申请程序、公司执照等。

保险股份有限公司作为一种现代保险公司制度,因其严密而健全的组织形式而备受各国保险业的推崇。保险股份有限公司具有以下几个特点:

(1)保险股份有限公司所需要的大量资本通过发行股票(或股权证)筹集。由于入股人数多,保险股份有限公司比较容易筹集到大额资本,使其经营资本充足、资金实力雄厚,有利于业务扩展和风险更广泛地分散,使经营更加安全,从而对被保险人的保障能力也更强。

(2)保险股份有限公司采用所有权与经营权相分离,又以营利作为经营的首要目标,这促使公司不断改善内部经营管理,开发适销对路的新险种,提高保险服务质量,提高经营管理效率,增加保险公司的利润和偿付能力,使保险经营走上正规化、科学化的良性循环轨道。

(3)保险股份有限公司采取确定的保险费制,使投保人的保费负担能够确定,排除了向被保险人追补的情况,既符合现代保险的特征和投保人的需要,又便于保险业务的扩张。由于保险股份有限公司的经营目的是为了营利,所以它比较适合那些风险较大、投机性较强的财产保险业务。在美国的财产和责任保险业中,保险股份公司是占



支配地位的保险组织形式,约占私营财产和责任保险保险费总收入的 3/4。

## 2. 相互保险公司

相互保险公司是由所有参加保险的人自己设立的保险法人组织,是人寿保险业特有的一种非营利性的公司组织形式,它在西方国家的寿险业中占有特别重要的地位。相互保险公司具有以下几个特点:

(1)相互保险公司的投保人具有双重身份。它既是公司的所有人,又是公司的客户;既是投保人或被保险人,又是保险人。在相互保险公司这一组织形式下,投保人只要缴纳保险费,就可以成为公司的社员,社员关系与保险关系结合在一起,保险关系一旦终止,社员关系也就消失了。

(2)相互保险公司是一种非营利性组织。相互保险公司没有资本金,公司创立时所需的经营资金称为基金,由各社员以缴纳保险费的形式筹集,用以承担将来的全部保险责任,不足额部分可以向外筹措。保险费的收取采用不定额保费,如果有盈余,在支付借入基金的利息及社员所缴纳的基金利息扣除外,分配给社员或作为以后的保险费。如果亏损,向社员增收保险费或采取保险金减额给付、减少公积金等办法来弥补。

(3)相互保险公司的加入者同时成为社员,可以参与公司的经营和盈余的分配,社员的利益也就是被保险人的利益,利益关系密切,相互依存、彼此监督,可以有效避免保险人的不正当经营和被保险人的欺诈行为。此外,由于相互保险公司不以营利为目标,保险费中不包括预期利润,因此,保险费负担较轻。

相互保险公司比较适合于人寿保险公司。作为现代人寿保险开端的英国公平保险公司就是于 1962 年以相互保险公司的形式成立的。美国最大的人寿保险公司,如谨慎人寿保险公司、大都会人寿保险公司等都是相互保险公司。随着寿险业的发展,相互保险公司最初的相互性正在逐渐消失,与保险股份有限公司之间的区别已不再明显。一方面,由于激烈的市场竞争和保险股份有限公司开办分红保险,使保险股份有限公司与相互保险公司接近;另一方面,相互保险公司可以办理不分红保险,使它与股份保险公司的区分标志不复存在,再加上相互保险公司大量招揽投保人,随着社员数量的增加,公司自治与社员意识逐渐削弱,社员已不能直接参与公司的经营,社员对相互保险公司的责任变成仅以保险费为限度的有限责任。

事实上,保险股份有限公司和相互保险公司可以相互转化,不少相互保险公司最初也是以保险股份有限公司的形式设立的,然后通过退股转化为相互保险公司。例如,美国在进入 20 世纪 90 年代后,由于成立相互保险公司的条件非常严格,要成立相互保险公司几乎不可能,唯一的方法就是先成立股份寿险公司,待财务状况稳定后再转为相互保险公司。由于保险市场竞争加剧,利润下降,对资本的需求增加,许多相互保险公司转化为股份制保险公司,而且随着金融业的国际化发展,相互保险公司向保

险股份有限公司转化的势头将进一步加强。

### (三)合作保险组织

合作保险组织是由社会上具有共同风险的个人或单位,为了获得保险保障,共同筹资设立的保险组织形式。合作保险组织可分为消费者合作保险组织和生产者合作保险组织。消费者合作保险组织是由保险消费者组织起来并为其组织成员提供保险的组织。合作保险组织的形式有相互保险公司和非公司形式的相互保险社、保险合作社。

#### 1. 相互保险社

相互保险社是最早出现的保险组织,也是最原始的保险组织形态,每个社员为其他社员提供保险,每个社员同时也获得其他社员提供的保险。相互保险社目前在欧美国家仍相当普遍,如美国的同胞社、英国的友爱社以及海上保险方面的船东相互保障协会等。与相互保险公司和保险合作社相比,相互保险社具有以下几个特点:

(1)相互保险社的成员之间相互提供保险保障,体现“我为人人,人人为我”的思想。

(2)相互保险社无股本,保险费采取事后分摊制,事先并不确定。经营资本来源于社员缴纳的分担金。在相互保险社中,赔偿和管理方面所需要的款项和开支由社员共同分担,社员先交付暂定分担额和管理费,在年度结算时计算出确定的分担额后再多退少补。

(3)相互保险社的最高管理机构是社员选举出来的管理委员会。在通常情况下,委员会指定一个有法人资格的代理人主持社务,处理有关保险与社内财务等一切事务。

(4)相互保险社的经营对象是社员,相互保险社并不对外公开营业,其组织规模较小,纯粹为社员服务。

#### 2. 保险合作社

保险合作社是由一些具有相同保险需求的人组织起来、共同经营的相互保险组织。保险合作社与相互保险社很相似,相互保险社通常是按照合作社的形式建立起来的,因此有些保险学者常常将两者互相替代,其实,保险合作社和相互保险社之间还是有区别的。

(1)相互保险社无股本;而加入保险合作社,社员必须缴纳一定金额的股本。也就是说,社员是保险合作社的股东,其权利以其认购的股金为限。

(2)相互保险社经营资金的来源为社员缴纳的分担额,保险社与社员之间是为一时目的而结合的,如果保险关系终止,双方自动解约。保险合作社的资金来源于社员的股金和向社员或非社员借入的基金。保险关系的建立必须以社员为条件,但社员不

一定必须建立保险关系,保险关系消灭也不影响社员关系的存在,因此保险合作社与社员的关系比较长久,只要社员认缴股本后,即使不利用合作社的服务,仍然可以与保险合作社保持联系。

(3)相互保险社保险费采取事后分摊制,依据实际需要和实际损失分摊,事先并不确定,而保险合作社采用确定保险费制,事后不再补缴。

(4)保险合作社的业务范围仅局限于合作社的社员,只承保合作社社员的风险。

美国的蓝十字会和蓝盾医疗保险组织是美国非营利性的医疗保险组织,它们以州或社区为经营范围。蓝十字会提供住院费保险,蓝盾则提供非住院的内科医疗费用保险。美国各地共有 70 个这样的组织,大约 2/5 的美国人蓝十字会成员,1/3 的美国人参加了蓝盾保险。这两种组织是由医院和合作的承保组织联合向成员提供医疗保险的。

美国的保健团体是一种健康保险合作组织,又称为管理式医疗保险组织,它向成员提供综合性的医疗和保健服务。虽然其重要性不如商业性人寿保险公司和非营利性的蓝十字会及蓝盾组织,但它在 20 世纪 70 年代以后得到了迅速发展。

日本的农业合作社是日本办理人寿保险最活跃的合作社,它是根据昭和二十二年(1947 年)的《农业合作社法》,由农民组织建立的互助组织。互助组织的种类有建筑物互助、人寿保险、损害保险等。社员与基层社签订互助契约,再由部、道、府、县的联合会提供再保险,联合会再把超过自留额的部分向全国互助农业合作社联合会再保险,即转分保,实际上基层社不负有互助责任。费率和条款在全国是统一的,所聚集的资金大部分存入农业合作社系统的信用农业合作社联合会或农林中央金库,或用来购买农林公债和金融机构发行的债券。<sup>①</sup>

#### (四)专业自保组织

专业自保组织是由某一行业或公司为本系统或本公司提供保险保障的组织形式。在第一、第二次世界大战期间,专业自保组织首先在英国出现。到了 20 世纪 50 年代,美国也开始出现了专业自保组织。我国的新疆生产建设兵团保险公司就属于这一性质的保险组织。

专业自保公司一般是由母公司为保险目的而设立和拥有的保险公司,它主要向母公司及其子公司提供保险服务。目前,美国已有 1 000 多家专业自保公司,《财富》500 强中已有 48% 的公司建立了专业自保公司。专业自保公司的主要优点是:

(1)减少公司的保险费用。专业自保组织用比商业性保险公司更经济的办法提供保险业务。

<sup>①</sup> 许谨良:《保险学》,上海社会科学院出版社、高等教育出版社 2000 年版,第 313 页。

(2)容易参加再保险。这是因为许多再保险公司只与保险公司做交易,而不与被保险人打交道。

(3)公司盈利的一项来源。专业自保组织除了向母公司及其子公司提供保险外,也向其他单位提供保险业务。

(4)税收考虑。向专业自保组织缴付的保险费可以从公司应税收入中扣除。

#### (五)个人保险组织

个人保险组织是以自然人的名义承保风险业务的一种组织形式。迄今为止,英国的劳合社是当今世界上唯一一家个人保险组织。

劳合社是从劳埃德咖啡馆演变而来的,其演变史可以成为英国海上保险发展的一个缩影。1683年,一个名叫爱德华·劳埃德的人在伦敦泰晤士河畔开了一家咖啡馆,后来,这家咖啡馆逐渐成为经营远洋航海的船东、船长、商人、经纪人和银行高利贷者聚会的场所。1691年,劳埃德咖啡馆从伦敦塔街迁至伦巴第街,不久成为船舶、货物和海上保险交易的中心。随着海上保险业务的发展,在咖啡馆内进行保险交易已变得不太方便了。1771年,由79个劳埃德咖啡馆的顾客每人出资100英镑,另觅新址专门经营海上保险,这笔资金由经过无记名投票选出来的一个委员会管理,它是第一个劳合社委员会,直到1871年,经议会通过法案,劳合社才正式成为一个社团组织,其业务也从海上保险扩展到一切保险业务。

劳合社不是一个保险公司,而是一个社团,更确切地说是一个保险市场。它与纽约证券交易所相似,只是向其成员提供交易场所和有关的服务,本身并不承保业务。劳合社的承保人均为个人,各自独立核算、自负盈亏、单独承保,并以个人的全部财力对其承保的风险承担无限责任。在历史上,劳合社设计了第一张盗窃保险单,为第一辆汽车和第一架飞机出立保单。近年来,它又是计算机犯罪保险、石油能源保险和卫星保险的先驱。劳合社承保的业务十分广泛,简直无所不保,尤其在海上保险和再保险方面起着十分重要的作用。

我国《保险法》第六条规定:“经营商业保险业务,必须是依照本法设立的保险公司。其他单位和个人不得经营商业保险业务。”第六十七条又规定:“保险公司应当采取下列组织形式:(一)股份有限公司;(二)国有独资公司。”事实上,我国保险市场在近年来的发展中还出现了其他保险组织形式,包括相互保险公司、中外合资保险公司以及外国保险公司在我国境内设立的分公司等。

在我国保险市场上,1949年10月23日成立的中国人民保险公司及其在1996年7月23日经重组后下设的中保财产保险、中保人寿保险、中保再保险三个子公司都是国有独资保险公司。1988年,我国成立了第一家股份制保险公司——深圳平安保险股份有限公司。1991年又成立了第一家全国性的股份制保险公司——中国太平洋保

险股份有限公司。除了国有独资保险公司外,我国保险市场上保险公司的组织形式主要是保险股份有限公司。

我国的保险股份有限公司已经纷纷开始寻求公开上市,以募集更多的资本金,增强保险公司以及整个保险业的偿付能力。中国人民财产保险股份有限公司作为国内第一家境外上市的金融企业,于2003年11月6日在中国香港成功发行股票,募集资金62.2亿港元。中国人寿保险股份有限公司也于2003年12月17日和18日分别在美国纽约、中国香港两地上市,成为第一家在境外上市的中国寿险公司和第一家在境外两地同步上市的中国金融企业,并创下当年全球最大融资规模的纪录,募集资金34.8亿美元。2004年6月24日,中国平安保险(集团)股份有限公司在香港联合交易所首次公开发行股票,募集资金140多亿港元。2007年,中国人寿保险公司和中国平安寿险公司又在国内A股市场成功上市。

2001年12月18日,中国国有独资的政策性专业出口信用保险机构——中国出口信用保险公司正式揭牌运营,为我国出口贸易的发展保驾护航。2003年年底,中国保监会开始筹划农业保险,深入探索建立政策性农业保险制度,充分发挥保险的社会管理功能,服务于“三农”。2004年11月,经保监会批准,我国第一家相互保险公司——阳光农业相互保险公司获准筹建。

中外合资保险公司是我国政府或组织与外商共同投资建立的合营保险组织。第一家中外合资保险公司是1996年11月26日由中化集团对外贸易信托投资公司与加拿大宏利人寿保险公司合资设立的中宏人寿保险有限公司。还有1998年10月16日由中国太平洋保险股份有限公司与美国安泰人寿保险公司合资设立的太平洋安泰人寿保险有限公司,以及1999年1月由德国安联保险集团与中国大众财产保险股份有限公司合资设立的安联大众人寿保险有限公司等。

外国保险公司国外分支机构是指外国保险公司依照所在国公司法和保险法的规定,在所在国境内设立的经营性保险组织。自从1992年9月29日美国国际集团(AIG)全资附属的子公司美国友邦人寿保险公司在上海设立分公司开始,目前我国保险市场上已有多家外国保险公司分支机构,如瑞士丰泰保险(亚洲)有限公司上海分公司、英国皇家太阳联合保险集团上海分公司、日本东京海上火灾保险公司上海分公司、韩国三星火灾海上保险公司上海分公司等。其中,除了友邦保险公司是唯一一家人寿保险公司外,其他外国保险公司分支机构均为财产保险公司。在中国设立分支机构是外资财产保险公司目前进入中国保险市场的主要形式,随着我国保险市场对外开放的扩大,外资财产保险公司也可以通过设立合资公司或独资子公司等形式进入中国保险市场。

此外,我国保险市场上也存在着合作保险组织和专业自保组织等保险组织形式。

但是我国的《保险法》对此未作规定,而是由法律、行政法规另作规定。

## 二、保险公司的组织结构

在国际上,保险公司的组织形式主要有保险股份有限公司和相互保险公司两种。不论哪种组织形式的保险公司都必须经过严格的法律程序才能设立,通过建立和完善内部组织结构和各项规章制度来保证保险业务经营的正常运转。

保险公司的组织结构是指保险公司为了达到有效经营管理的目的,确定各个职能部门及其职能部门员工的职责以及不同职责间的相互关系,使所有参加者既有明确的分工,又能通力合作的一种形式。<sup>①</sup>

### (一)国有独资保险公司的组织结构

国有独资保险公司的组织结构是由董事会、监事会和经理组成。国有独资保险公司的最高权力归国家授权投资的部门或团体,有关公司合并、分立、解散、增资和发行公司债券等重大事宜,都由国家授权投资的机构或部门决定。

#### 1. 董事会

国有独资保险公司的董事会由国家授权投资的机构或部门委派或更换,董事会成员为3~9人,包括由公司职工民主选举产生的职工代表。每届董事会任期3年。董事长是国有独资保险公司的法人代表。董事会除行使由国家授权投资的机构或部门授予的股东大会的部分职权外,还要执掌公司的决策大权,例如拟定公司合并、分立及变更公司形式、解散的方案,决定公司的经营计划,制定公司的年度财务预决算方案、利润分配方案和弥补亏损方案等。

#### 2. 监事会

监事会由保险监督管理机构、有关专家和保险公司工作人员的代表组成。监事会对国有独资保险公司的经营行为进行监督。具体职权为监督国有独资保险公司的各项准备金的提取、最低偿付能力、国有资产的保值增值以及高级管理人员违反法律、行政法规或公司章程的行为。

#### 3. 经理

国有独资保险公司的经理由董事会聘任或者解聘。经理负责执行公司的具体方针和政策,例如拟定公司内部管理机构设置方案、基本管理制度,制定公司的具体规章,组织实施公司年度经营计划和投资方案。

### (二)保险股份有限公司的组织结构

保险股份有限公司的组织结构是股东大会、董事会、监事会和高级经理人员。

---

<sup>①</sup> 唐运祥:《保险经纪理论与实务》,中国社会科学出版社2000年版,第349页。

### 1. 股东大会

股东大会是保险股份有限公司的最高权力机构,它由股东组成。在股东大会上,股东选举董事会,并对公司的重大决策,如公司合并、解散等进行投票表决,一般采取“一股一票”的表决权。由于不少公司规模较大,大多数股东不会出席股东大会,因此,公司向每个股东发放一份由股东签署的代理投票的委托书。

### 2. 董事会

董事会每年度至少召开两次会议,也可以召开临时会议。

### 3. 监事会

监事会由股东代表和公司职工代表组成,成员一般不少于3人。监事的任期为3年,任期届满可以连选连任。监事会应依照公司法律、行政法规、公司章程,忠实履行监事职责。其主要职责是监督董事经营执行公司职务时违反法律、行政法规或公司章程的行为;检查公司财务;要求董事、经理纠正损害公司利益的行为;提议召开临时股东大会等。

### 4. 高级经理人员

高级经理人员必须遵守公司的章程,忠实履行职务,维护公司利益,不得利用在公司的地位和职权为自己谋取私利。

值得一提的是,相互保险公司的组织机构与股份公司类似,社员大会或社员代表大会是相互保险公司的最高权力机关,由它们选举董事会,再由董事会任命高级管理人员。相互保险公司本应由会员参与经营管理,但是随着公司规模扩大,董事会和高级管理人员实际上已经控制了公司的全部事务,会员很难真正参与经营管理。目前,大部分相互保险公司委托具有法人资格的代理人营运管理,负责处理一切保险业务。

## 三、保险公司的主要职能部门

保险公司不论其组织形式如何,一般设有以下几个主要职能部门(以寿险为例):

### (一)市场营销部

市场营销部的主要职能是从事市场调研,协同公司其他部门开发新险种和修改现有险种,以满足客户的需要。市场营销部通常还开展业务宣传,建立公司的业务推销制度,如代理人制度、经纪人制度、零售和批发制度。

### (二)精算部

精算部的人员是从数理基础上观察公司的业务经营活动,制定风险选择原则,计算各险种的费率、准备金、红利、退保金、保险单质押贷款额度等,考核公司的财务成果,调查和统计公司被保险人的死亡率和疾病发生率数据,协同其他部门设计和修改

险种,并对公司的新险种做可行性研究。精算部还参与公司长期计划的预测和制定。

### (三)承保部

承保部的职能是确保公司承保的被保险人的死亡率、疾病发生率不超过预定的比率,以保证公司业务经营的稳定性。该部门通常在精算部、医务主任的配合下,根据被保险人的年龄、体格、体重、个人和家庭病史、职业、经济状况等因素来确定其风险程度,决定是否承保。承保部还参与公司的再保险计划的制定和管理。

### (四)客户服务部

该部门专为公司的被保险人、受益人提供服务,诸如解释保险条款,按被保险人的要求变更保单内容,如变更被保险人的地址、变更指定的受益人、变更保险费缴付方式等。服务部还定期向保户发出缴费通知,并收取保险费,办理保险单质押贷款,处理不可没收现金价值的选择以及保险单红利的分派和退保。有些公司的服务部还负责支付代理人的佣金。

### (五)理赔部

在保险事故发生时,理赔部人员要按照保险合同的规定处理保险金给付申请。为了正确、及时、迅速、合理地处理给付申请,理赔部必须配备专职人员进行调查和审核。如果因保险公司与被保险人或受益人对保险金给付发生争议而引起诉讼,理赔部人员必须在法庭上为公司提供有效证据。

### (六)投资部

投资部的主要职能是调查和研究金融市场的行情,为公司的投资委员会提供信息,并对公司的投资项目进行管理。该部门负责股票、债券、抵押放款、不动产等的投资。当公司计划合并或收购其他公司时,投资部要担任董事会和总经理的顾问。由于人寿保险具有长期性和储蓄性的特点,公司拥有了巨额的资金,资金运用是否合理、有效,不仅影响到公司的经济效益,也影响到被保险人的经济利益。因此,稍具规模的人寿保险公司都设有投资部,专门从事投资业务的经营和管理。

### (七)财务部

财务部的主要职能是负责保持公司的全部财务记录,编制财务报表,控制公司的收支差额,监督公司预算的执行,核定公司的工资金额,并协同法律部确保公司的一切财务活动符合法律和税法的规定。

### (八)法律部

法律部的主要职能是确保公司的经营活动符合法律和保险监管部门的要求,研究现行法律对公司业务经营的影响,协助财务部确定公司的税金,帮助制定和修改公司使用的保险单格式、条款和其他合同。在公司投资,保险单转让,不动产、债券、股票等所有权的取得或转让等涉及法律方面的事务中,维护公司的权益。



### (九)人力资源部

人力资源部负责处理与公司员工有关的事务,包括制定公司员工的聘用、调动、考核、晋升、培训、解雇等方面的规章制度,规定员工的工资标准,以符合法律的规定。此外,人力资源部还负责制定公司员工福利计划,如团体保险计划、养老金计划。

### (十)信息部

信息部专门从事公司计算机系统的开发和维护工作,这些计算机系统包括数据处理系统、文字处理系统和自动化系统。随着计算机运用技术的普及和提高,计算机在保险公司中的作用日趋重要。信息部帮助公司其他部门购买、使用、开发计算机系统和软件,储存公司信息 and 数据,以备统计之用。

## 第三节 保险市场供需分析

### 一、保险市场的供给

保险市场的供给是指在一定价格(保险费率)的水平上,保险市场上各家保险公司愿意并且能够提供的保险商品的数量。保险市场的供给包括质和量两个方面。质的方面是指各种保险产品的品种、质量及产品结构;量的方面是指一定时期内保险市场能够提供的保险商品数量,一般用保单数量和保险费总量来衡量,也可以用保险金额或赔付总额来衡量。

保险市场的供给有两种表现形式:一是有形的保险供给,即对投保人遭受的保险事故导致的损失给予经济或物质上的补偿;二是无形的保险供给,保险产品可以使被保险人遭受的事故损失得到补偿,从而为被保险人及其家属提供一种安全感。

作为保险供给必须同时满足三个条件:一是风险的可保性;二是保险人的承保意愿;三是保险人的承保能力。因此,保险供给是由保险人的承保能力所决定的保险商品的供给数量。保险供给是以保险需求为前提的,在给定保险需求的前提下,保险市场的供给主要受到以下因素的影响。

#### (一)保险费率

保险供给与保险费率呈正相关关系,保险费率上升,会使保险供给增加;反之,保险供给则会减少。图 2-1 中供给曲线 S 呈向右上方倾斜的趋势,表明保险供给与保险费率之间是一种正向变化的依存关系。但是,当保险费率的上升超过人们对保费的经济承受能力,就会限制保险需求的增长;当保险费率的下降使保险人减少的收益小于因保险费率降低刺激保险需求而使保险人增加的收益,保险供给就会因薄利多销而

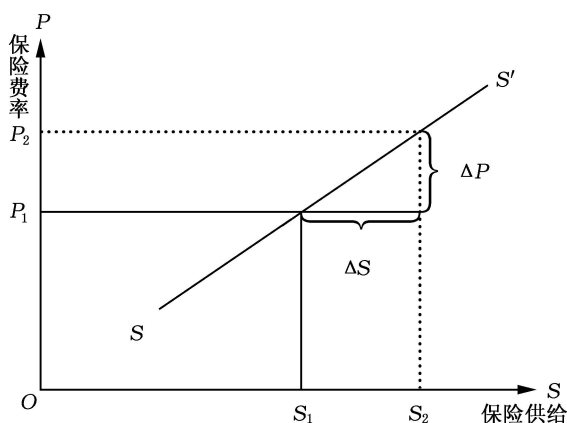


图 2-1 保险市场供给曲线

增加。

### (二) 偿付能力

各国保险法律对保险公司都有最低偿付能力标准的规定,如果保险公司的偿付能力低于法定最低偿付能力标准,监管机构就要限定保险公司签订新的保险合同。因而保险供给会受到偿付能力的制约。

### (三) 保险技术

保险的技术性很强,有些险种无技术能力设计,即使有市场需求,也难以供给。因此,保险技术的难易程度制约了保险供给。

### (四) 市场的规范程度

竞争无序的市场会抑制保险需求,从而减少保险供给;而竞争有序、行为规范,则使保险市场信誉提高,从而刺激保险需求,扩大保险供给。

### (五) 政府的监管

保险业是一个特殊的行业,各国政府都对其加以监管,只是监管程度不一,有宽松的,也有严格的,有的甚至极为苛刻。因此,即使有潜在的保险需求,由于监管过严,如对设立保险公司的资本金要求过高、征收的税率太高,则保险供给一时也难以扩大。

保险商品供给弹性通常指的是保险商品供给的费率弹性,即保险费率变动引起的保险商品供给量变动,一般用供给弹性系数来表示:

$$E_s = \frac{\Delta S / S}{\Delta P / P}$$

式中: $S$  表示保险商品供给量; $\Delta S$  表示保险商品供给量变动; $P$  表示保险费率; $\Delta P$  表示保险费率变动。

由于保险费率与保险供给量呈正向关系,所以保险供给弹性的比值为正数,表明保险费率上升或下降 1% 时,保险供给量所增加或减少的百分比。保险商品的供给由

于受多种因素的影响,使得其供给弹性表现出不同的情况:供给无弹性,即  $E_s = 0$ ,无论保险费率如何变动,保险商品供给量都保持不变;供给无限弹性,即  $E_s = \infty$ ,即使保险费率不再上升,保险商品供给量也无限增长;供给单位弹性,即  $E_s = 1$ ,保险费率变动的比率与其供给量变动比率相同;供给富于弹性,即  $E_s > 1$ ,表明保险商品供给量变动的比率大于保险费率变动的比率;供给缺乏弹性,即  $E_s < 1$ ,表明保险商品供给量的变动比率小于保险费率变动的比率。

虽然保险商品的供给弹性表现为不同的种类,但从保险商品总体而言,其供给弹性又有自身的特殊性。

首先,保险商品供给弹性的变化较为稳定,它不易受经济周期波动的影响。因为保险承担的是风险责任,并且保险供给和保险需求同时存在,不论经济繁荣还是经济衰退,保险商品的供给量无显著变化。

其次,保险商品供给弹性较大。其原因:一是保险商品价格中占主导地位的是依据风险事故发生的概率测算出来的纯费率,而纯费率是一个相对稳定的量,这决定了保险价格的升降幅度较小。由于保险公司属于第三产业,当国民经济有较大的发展且宏观经济环境和国家政策有利于保险业发展时,保险商品价格的小幅上升,保险供给量就会有较大幅度的增长。二是在保险总资产和保险成本中固定资产投资比例较低,再加上供给与需求同时产生,供给不必通过大规模调整就能适应社会需求。三是保险商品作为一种特殊的商品,除人寿保险和年金保险外不存在替代品,因此,保险价格的变化对保险供给量的变动,或者保险供给量对保险价格变动的敏感度就强。

最后,保险商品的供给具有长期性。投保人提出保险要约,保险人做出保险承诺,签发保险单,并不意味着保险交易的完成。因为保险是提供在将来特定的风险事故发生造成损失时支付一定保险金的承诺,其实际履行与否取决于将来风险发生的不确定性。因此,保险交易的完成,少则几小时、几个月,多则 20 年、30 年甚至更长时间。

## 二、保险市场的需求

保险市场的需求是指在一定的保险费率水平下,保险消费者从保险市场上愿意并有能力购买的保险商品数量。保险市场的需求主要受下列因素的影响。

### (一) 风险状况

风险的客观存在是保险需求产生的前提条件。风险越大,对保险的需求也越大。只有当风险超过投保人自身的承受能力时,才会产生对保险的需求,而且只有“损失频率低、损失程度大”的风险使用保险方式处理才具有经济上的合理性和技术上的可行性。因此,投保人面临的风险状况对保险需求的数量和结构都有着重要影响。

## （二）保险费率

保险费率与保险需求呈负相关关系,保险费率上升会使保险需求减少;反之,保险需求会增加。

## （三）国内生产总值和消费者的货币收入

当国内生产总值增加时,作为保险商品的消费者——个人的货币收入、公司的利润——也会随之增多,缴费能力增强,保险的需求也就随之扩大。

## （四）互补商品与替代商品价格

汽车保险与汽车是互补商品,当汽车的价格下降时,会引起汽车需求量的增加,从而导致汽车保险商品需求量的扩大;反之,则会引起汽车保险商品需求量的减少。一些保险商品特别是人寿保险商品是储蓄的替代商品,当储蓄利率上升时,人寿保险商品的需求就会减少;反之,则会增加。

## （五）人口状况

保险业的产生和发展依赖于社会环境,其中人口状况是影响保险市场需求的重要因素。一是人口总量影响市场需求总量。一国的人口总量构成保险尤其是人身保险需求的潜在市场,在其他影响因素既定的条件下,人口规模越大,保险市场需求总量就越大。二是人口结构影响保险需求的结构,具体表现为:

(1)年龄结构。由于不同年龄的人口面临的风险不同,因此人口的年龄结构会影响保险需求的结构。例如,青少年人口面临意外伤害的风险较大,故对意外伤害保险的需求较强烈。又如,老年人口对社会保险和商业健康保险的需求较大。

(2)职业结构。不同的职业,面临的风险不同,对保险的需求也不同。例如,从事危险职业的人越多,对人身意外伤害保险、雇主责任保险的需求就越大;而专业人员(如律师、医生、建筑师等)所占比例越大,对职业责任保险的需求就越大。

(3)素质构成。人口素质主要体现在人口受教育程度。一般来说,文化程度越高,对保险的认同度也越高,保险需求就越强;反之,文化程度较低者,往往侥幸心理强,对保险持排斥态度,其保险需求也较弱。

## （六）文化传统

保险需求在相当程度上受人们的风险和保险意识影响,而人们的风险和保险意识又受特定的文化传统制约。在我国,由于长期受封建社会的统治和封建迷信的影响,人们的风险和保险意识比较薄弱,从而抑制了保险需求。

## （七）经济和法律制度

在计划经济体制下,企业不是独立的经济主体,其风险损失由财政兜底,故企业没有投保的动机;职工个人的生、老、病、死也由国家负责,也没有保险的必要。而在市场经济条件下,企业和个人会面临更多的风险,这一切不再由国家包揽解决,那么保险就

是一种最好的对付风险的方法,保险需求也就随之提高。由此可见,经济体制的变化也会影响保险需求。当然,一国社会保障制度和强制保险的实施,对保险需求的总量和结构也会产生一定的影响。保险商品需求与保险费率呈负相关关系(见图 2-2)。

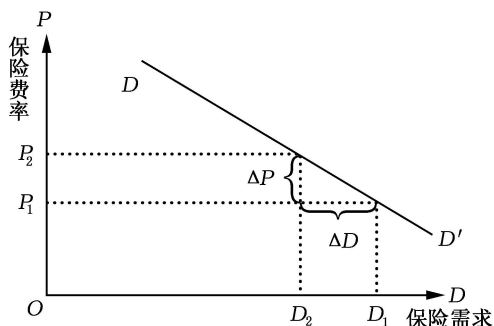


图 2-2 保险市场需求曲线

保险商品需求弹性是指由于保险费率变动而引起的保险需求量的变动,一般用需求弹性系数来表示:

$$E_d = \frac{\Delta D / D}{\Delta P / P}$$

式中: $D$  表示保险商品需求量; $\Delta D$  表示保险商品需求量变动; $P$  表示保险费率; $\Delta P$  表示保险费率变动。

由于保险费率与保险需求之间呈负相关关系,所以保险需求的费率弹性为负值,但一般用其绝对值表示。当 $|E_d| = 0$ 时,称完全无弹性,即保险需求量不因费率的上升或下降而有任何变化,如强制保险;当 $|E_d| < 1$ 时,称缺乏弹性,即当该险种的费率下降时,保险需求的增加幅度小于费率下降的幅度,如大部分责任险;当 $|E_d| > 1$ 时,称富于弹性,即当该险种的费率下降时,保险需求量的增加幅度大于费率下降的幅度,如大部分的汽车保险;当 $|E_d| = 1$ 时,称单位弹性,即保险需求的变化与费率变化成等比例;当 $|E_d| = \infty$ 时,称无限大弹性,即保险费率的微小变化会引起保险需求量无限大的反应。

研究保险需求的费率弹性,基本目的是了解保险费率与保费收入之间的关系。保险费率变动引起保险需求量的变动,进而影响到保费收入。此外,保险需求与消费者的货币收入呈正相关关系。一般来讲,保险需求的收入弹性大于一般商品。首先,保险商品特别是人身保险带有很大的储蓄性,随着消费者货币收入的增加,必然带动储蓄性保险需求量的增加。其次,人们的消费结构会随着货币收入的增加而变化,一些高额财产、文化娱乐、旅游等消费支出比例会增大,而与其具有互补作用的消费会随着消费者货币收入的增加而增加,例如汽车保险、家庭财产保险、旅游意外

伤害保险。最后,对于大多数低收入的消费者而言,保险尚属奢侈品,当他们的货币收入增加时,必然会对保险商品产生需求。

### 三、保险市场的供求平衡

保险市场供求平衡,是指在一定保险费率水平下,保险供给恰好等于保险需求的状态,即保险供给与需求达到均衡点, $S=D$ 。保险市场的均衡状态如图 2-3 所示。

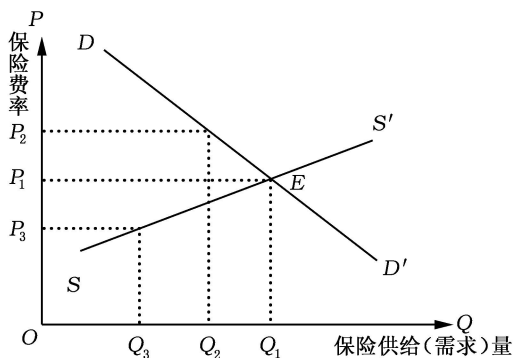


图 2-3 保险市场供需平衡

保险市场供求平衡受市场竞争程度的制约,市场竞争程度决定了保险市场费率水平的高低。在不同的费率水平下,保险供给与需求的均衡状态也是不同的。如果保险市场达到均衡状态后,市场费率高于均衡费率,则保险需求减少,迫使供给减少以维持市场均衡;反之,如果市场费率低于均衡费率,则保险供给减少,从而迫使需求下降,以实现新的市场均衡。值得一提的是,保险市场的均衡是动态的,影响这一动态均衡的因素有保险总供给与总需求、国民平均收入水平、保险公司的数量和经营策略、政府的监管等。

## 第四节 保险市场机制的运行

现代意义上的市场,是以市场机制为主体进行经济活动的系统和体系,保险市场上有多种组织形式的保险公司参与活动,要搞活市场,单凭行政命令和有关的法律法规是不够的,必须运用市场机制加以调节。市场机制归根结底就是价值规律、供求规律和竞争规律三者之间相互依存、相互制约、相互作用的关系。保险市场机制要发挥作用,必须满足以下几个条件:参与市场活动者必须有自身特殊的经济利益;要有一定幅度的浮动价格;要有一定幅度的自由供求关系;要有一定限度的资金自由流动。保

险市场在保险交易过程中随着价格的波动,调节着保险供给和需求,但是由于保险商品的特殊性,在保险市场中,价值规律、供求规律和竞争规律表现出特殊的作用。

### 一、价值规律

价值规律是商品生产和商品交换的基本经济规律,它的主要内容是商品的价值量是由生产商品的社会必要劳动时间决定的,在市场上,商品按照价值量进行等价交换。价值规律在市场中的运动表现为价格的运动。商品价格既反映价值量,又反映供求状况,使商品价格以价值为中心,围绕价值上下波动。

市场经济条件下,价值规律的作用主要表现在两个方面:一是通过供求关系变化而表现出的价格与价值的背离以及市场价格的上下波动,自发地调节各种资源(包括劳动力)在各个社会生产经营部门之间的分配,使生产经营各部门自发建立起大体上平衡的比例关系;二是通过社会必要劳动时间和个别劳动时间的矛盾运动,自发地刺激商品生产者改进生产技术、改善经营管理、提高劳动生产率。

在保险市场中,由于保险经营主体是自主经营、自负盈亏、自我约束和自我发展的法人实体和市场竞争主体,保险经营又是一种商品经营,这就要求保险经营者必须根据商品经营原则,运用价值指标计算保险服务中消耗的劳动量,并尽可能使个别劳动时间低于社会必要劳动时间,以提高经济效益。保险经营者必须遵循价值规律,以价值规律作为调节保险市场的基本规律,一方面调节保险总劳务量在各险种之间的合理分配,也就是说,运用社会必要劳动时间来衡量每一个险种经营的劳动消耗量,并把全部保险劳务中的必要劳动时间按一定比例分配在各类险种的经营上;另一方面运用保险经营的个别劳动时间和社会必要劳动时间的矛盾运动,促进保险公司不断改进保险经营技术,提高保险经营管理水平和风险管理能力,提高保险商品的质量和服务效率。

虽然价值规律是保险商品市场的基本规律,但是其作用却受到一定的限制。对于一般商品,其价格是由价值规律决定,而保险商品是一种特殊商品,它的价值表现在两个方面:一是保险人所提供的保险经济保障所对应的等价劳动的价值;二是保险公司员工所消耗的社会必要劳动时间。保险商品的价格——保险费率,由纯费率和附加费率构成,纯费率由精算师依据过去大量的损失统计资料测算出来未来损失发生的概率,附加费率是与保险公司业务费用支出有关的费率。价值规律对保险费率的自动调节只能限于凝结在费率中的附加费率部分的社会必要劳动时间,即通过要求保险公司改进经营技术、提高服务效率来降低附加费率,因此价值规律对保险商品的价值形成具有一定的局限性。

## 二、供求规律

供求规律是市场经济下的又一条重要规律。供求规律表现为供给与需求之间的关系,通过对供需双方力量的调节达到市场均衡,从而决定市场的均衡价格,即供求状况决定商品的价格。当市场供不应求时,商品价格上升,当价格高于商品价值时,会抑制需求、刺激供给;当市场供过于求时,商品价格下跌,当价格低于商品价值时,就会刺激需求、抑制供给。虽然从短期看,供给与需求很少正好相等,但从长期发展趋势看,通过价格的波动,供给量与需求量总是相等的。

对一般商品而言,供求状况直接决定商品的价格,但是保险市场上保险费率的形成,一方面取决于风险发生的频率;另一方面取决于保险商品的供求状况。例如,财产保险的费率是根据以往灾害事故发生的概率厘定的,人寿保险的费率是由精算师根据预定的死亡率、预定的利息率、预定的营业费用率来厘定的,而不是完全根据保险市场的供求关系由市场决定。因此,保险费率在厘定时尽管要考虑保险市场的供求状况,但是供求状况本身并不是确定保险费率的主要因素。

## 三、竞争规律

竞争是商品生产和商品交换的一般规律,只要存在商品生产和商品交换,就必然存在竞争。竞争是由商品内在的使用价值和价值之间的矛盾决定的。竞争是最终实现商品价值的重要手段,是商品经济运行的客观规律。正如恩格斯指出的:“只有通过竞争的波动从而通过商品价格的波动,商品生产的价值规律才能得到实现,社会必要劳动时间决定商品价值这一点才能成为现实。”

在一般商品市场竞争中,价格是最有力的竞争手段。但在保险市场上,竞争规律受到一定程度的限制,其原因是保险费率的主要决定因素是风险损失发生的概率,供求仅仅是费率形成的一个次要因素。如果以价格作为保险竞争的重要手段,尤其是以低于纯费率的价格进行竞争,必将削弱保险公司的偿付能力,导致保险公司倒闭和破产,最终影响被保险人的利益。因此,一般商品市场价格的竞争机制,在保险市场上必然受到某种程度的限制。

## 第五节 保险市场的监管

保险监管是指一个国家对本国保险业的监督和管理,它主要通过一套健全和科学的保险监管制度来实现。保险监管制度通常由两部分构成:一是国家通过制定有关保



险法规,对本国保险业进行宏观指导和管理;二是国家专司保险监管职能的机构依据法律或行政授权对保险业进行行政管理,以保证保险法规的贯彻实施。

## 一、保险监管的必要性

保险企业有其独特的经营对象,它经营的是风险而不是一般商品,这决定了保险企业在经营上必须采用特殊的技术,再加上保险具有广泛的社会性,保险企业经营是否健全,直接影响到广大民众的切身利益,因此,对保险企业加以正确引导并实施严格的监督管理就显得十分必要。

### (一)保险经营的公共性

保险是一种互助合作的公共性业务。公共性表现在其经营的负债性、保障性和广泛性三个方面。负债性是指保险公司通过向投保人收取保险费建立保险基金,而保险基金的绝大部分是保险公司为履行将来赔付责任而提存的责任准备金,这些责任准备金在保险公司的资产负债表上表现为保险公司的负债,而不是保险公司的资产,在保险合同期满之前不为保险人所有。保障性是指保险的基本职能是当保险责任范围内的事故发生时,及时、准确、迅速、合理地履行其经济补偿或给付的职能,如果保险公司不能履行其基本职能,必将直接影响社会再生产的正常进行和人民生活的稳定。广泛性是指保险涉及各行各业、千家万户,成为社会生产和生活中必不可少的一环,它就像一张无形的网,环绕在人们周围,使人们产生一种有了经济保障后的安全感。如果保险经营失败,其影响的不仅是保险企业本身,还影响到被保险人的生产和生活,严重的将威胁整个社会的稳定。由此可见,保险的公共性决定了国家必须对保险公司的经营活动进行监管,以维护被保险人的利益。

### (二)保险合同的特殊性

保险合同的特殊性表现为保险合同是射幸合同、对价有偿合同、要式合同和最大诚信合同。射幸合同与要式合同这两个特性与保险监管关系密切。保险合同的射幸性是由于保险合同双方当事人因合同产生的权利与义务之间不具有等价关系,这种不对等的关系需要利用政府监管手段加以平衡,以确保保险合同交易的公平合理。保险合同的要式性表现为,虽然保险合同是由保险双方在自愿基础上签订的,但是任何一份保险合同,都是由保险公司根据自身的承保能力确定承保的基本条件,规定双方的权利和义务,投保人只能全盘接受保险公司拟定和印制在保险合同上的条款,没有与保险人讨价还价的余地,也不能要求增加或删除某些条款。其实,保险关系是一种在信息不对称的基础上建立起来的关系,为了保护被保险人的利益,国家必须对保险合同的条款、保险费率等内容进行严格审核,以保证保险合同的公平合理。

### (三) 保险技术的复杂性

随着保险业的发展,保险标的可谓无所不包,大至核电站、飞机、卫星发射,小至家庭宠物,还有许多无形的保险标的;保险承保范围越来越广,有财产、责任、利益、信用,还有生、老、病、死、残等各种风险。保险费率厘定以概率论与数理统计为基础,保险法规、保险条款涉及的都是一些专业术语和技术,并非一般投保人所能完全理解。因此,为保护投保人的利益,必须由国家保险监管机构对保险条款、保险费率进行严格的审核。

### (四) 保险交易过程的特殊性

保险公司保险产品的开发和销售是同步进行的,现代保险采取的是损失事先分摊的方式,即先按照保险合同收取保险费,风险事故发生了再赔付或给付,保险交易过程的周期较长,使得保险公司的经营风险具有隐蔽性、累积性和社会性。

## 二、保险监管的目标

### (一) 保证保险公司的偿付能力

由于保险经营的负债性和保障性,对一家保险公司来说,最大的风险是缺乏偿付能力。偿付能力风险不仅严重损害保险企业的经营能力,破坏企业的声誉和形象,而且使广大投保人、被保险人、受益人的安全感荡然无存,进而影响社会的稳定。因此,保证保险企业具有足够的偿付能力是保险监管的核心。通过国家对保险业实行监督管理,可以保证保险企业的偿付能力,促进保险企业稳健经营,及时发现保险企业经营上的隐患,敦促其改正,这样就可以最大限度地避免出现保险企业无力偿付的现象,从而保护被保险人的利益。

### (二) 维护保险市场的正常秩序

保险市场是一个竞争的市场,一些保险公司为了在竞争中取胜,采取一些不正当的竞争手段,严重扰乱保险市场的正常秩序,甚至因恶性竞争导致保险公司业务亏损,最终损害被保险人的利益。通过国家对保险市场的适当干预,并对保险公司的经营行为进行严格的监督和管理,可以防止不合理、不正当竞争的出现,保证保险市场的健康发展。

### (三) 保证保险合同的公平和公正

保险合同是要式合同,保险条款和保险费率都由保险公司事先拟定,投保人只有选择的权利。如果保险公司制定的保险条款和保险费率对被保险人不利,就会影响保险合同的公平和公正。通过国家对保险业的监管,有助于维护保险合同的公正性,促使保险人依法办事,维护被保险人的利益。

#### (四)防止保险欺诈

保险行业的欺诈表现在以下三个方面:一是投保人方面的欺诈,投保人或者被保险人利用自己在信息方面的优势牟取不当得利,例如投保人在投保时故意隐瞒足以影响到保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的重要事实,或者被保险人或受益人为了牟取保险金故意制造保险事故,或者未发生保险事故,被保险人或受益人谎称发生了保险事故等;二是保险人方面的欺诈,鉴于保险合同的复杂性和专业性,如果缺乏监管,保险人有可能通过玩弄技巧和误导等方式对被保险人进行欺诈,或者利用虚假广告等蒙骗消费者;三是其他组织或个人的欺诈,如保险公司以外的其他组织或个人未经批准非法从事保险经营活动等。因此,为了保护投保人和保险人的利益,各国政府都设立专门的保险监管机构对保险市场进行监管,各国《保险法》和刑事法规都对保险市场主体和社会其他方面的欺诈行为规定了具体的处罚措施。

### 三、保险监管的形式

在不同的历史阶段和不同的市场结构条件下,各国监管保险市场的方式有所不同。从国际保险市场来看,保险监管的方式主要有三种:公告监管、规范监管、实体监管。

#### (一)公告监管

公告监管是指政府对保险业的经营不做直接监督,只规定各保险人必须依照政府规定的格式及内容定期将营业结果呈报政府的主管机关并予以公告。至于保险业的组织形式、保险公司的规范、保险资金的运用都由保险人自我管理,政府不对其多加干预。公告监管的内容包括公告财务报表、最低资本金与保证金规定、偿付能力额度标准规定。在公告监管下,保险公司经营的好坏由被保险人及一般大众自行判断,这种将政府和大众结合起来的监管方式,有利于保险人在较为宽松的市场环境中自主经营和自由发展。但是由于信息不对称和保险经营的复杂性,会妨碍公众对保险企业的经营状况做出合理判断,从而难以对保险人进行有效监督。所以适用这种监管模式的国家必须具备一定的条件,如经济发达、保险市场较为成熟、保险企业具有一定的自我约束能力、国民文化水准较高、具备一定的选择和判断能力,等等。1994年以前,英国采用这种监管方式。随着现代保险业的发展,公告监管由于不能切实有效地保障被保险人的利益而被许多国家放弃。

#### (二)规范监管

规范监管又称准则监管,是指国家对保险业的经营制定一定的准则,要求保险业者共同遵守的一种监管方式。在规范监管下,政府对保险经营的若干重大事项,如保险公司最低资本金、资产负债表的审核、资本金的运用、违反法律的处罚等,都有明确

的规范,但对保险人的业务经营、财务管理、人事等方面不加以干预。这种监管方式强调保险经营形式上的合法性,比公告监管方式具有较大的可操作性;但由于未触及保险经营的实体,仅靠一些基本准则难以起到严格有效的监管作用。

### (三)实体监管

实体监管是指国家订立有完善的保险监督管理规则,保险监管机构根据法律赋予的权力,对保险市场尤其是保险公司进行全方位、全过程的有效监督和管理。实体监管过程分为三个阶段:第一阶段是保险业设立时的监管,即保险许可证监管;第二阶段是保险业经营期间的监管,这是实体监管的核心;第三阶段是保险业破产和清算的监管。实体监管是国家在立法的基础上通过行政手段对保险公司和保险中介人进行强有力的管理,比公告监管和规范监管更为严格、具体和有效。世界上很多国家采取实体监管,如美国、瑞士、日本、中国等。

## 四、保险监管体系

从严格意义上讲,保险监管体系由保险监管法规、保险监管机构、保险行业协会和保险信用评级四个部分组成。

### (一)保险监管法规

保险监管法规是调整国家对保险业进行管理过程中所形成的权利和义务关系的一种法律规范,它包括对保险监管对象的规定和对保险监管机构授权的规定两部分内容。保险监管法规作为保险法律体系的一部分,一般均以单独法规形式出现,也有些国家按保险监管的不同内容分别立法,构成保险监管的法规体系。

保险监管法规的主要内容有:(1)保险业务许可;(2)保险企业组织形式;(3)保险准备金;(4)再保险安排;(5)最低偿付能力;(6)保险资金运用;(7)保险企业的资产评估;(8)保险会计制度;(9)审计制度;(10)财务报表;(11)破产和清算管理;(12)保险中介人管理。

### (二)保险监管机构

为了使保险监管有力,需要一些专门的机构来实施监管职能。国外保险监管机构的设置大致分为两种情况:一种是设立直属政府的保险监管机构;另一种是在直属政府的机构如财政部、商业部、中央银行、金融管理局等下设立保险监管机构。

英国保险市场的监管机构是工贸部,具体监管工作由工贸部的保险局来执行。美国保险市场的监管机构主要由各州的州政府负责,一般在州政府内设立专门的保险管理局实施对保险公司的监督管理。州立法机构通过制定保险法来管理保险,州司法机构通过保险判决来管理保险,州行政机构通过行使行政权来管理保险。保险管理局由保险监督官负责,大多数州的保险监督官由州长任命。日本保险监管机构是大藏省,

大藏省通过其银行局下设的保险部实施对保险业的实体监管。保险部的第一课负责监管人寿保险公司,第二课负责监管财产保险公司。大藏省对保险公司的监管主要集中在两个方面:一是对保险公司偿付能力和财务状况进行监管;二是对保险公司公正经营进行监管,取缔保险公司的违法经营行为,以维护保险市场的秩序。

我国保险监管机构最初是中国人民银行非银行金融机构管理司的保险处。1995年颁布《保险法》后,中国人民银行成立保险司,专门负责保险市场的监管。1998年年底,我国成立了中国保险监督管理委员会(简称“保监会”),直属国务院。保监会下设8个部,具体负责行使保险监管职能。我国《保险法》赋予了保监会广泛的职权。根据《保险法》规定,这些职权主要有:(1)依法制定和执行国家保险事业发展的方针、政策;(2)根据法律、行政法规的规定,拟定保险业管理的规章和实施办法;(3)审查、批准保险公司的设立,并颁发经营保险业务许可证;(4)审查保险公司分支机构、代表机构的设立,并颁发许可证;(5)审查、批准保险代理人、保险经纪人的设立,并颁发许可证;(6)制定商业保险的主要险种的基本保险条款和保险费率;(7)监督和管理保险人、保险代理人、保险经纪人的保险业务活动,包括组织变更、财务管理、人员资格等,纠正、制裁保险业务活动中的违法行为;(8)纠正、制裁非保险公司经营商业保险业务;(9)对有严重偿付能力问题或损害被保险人利益行为的保险公司有权决定进行整顿或接管。

为了深化金融监管体制改革,统一维护银行业和保险业合法、稳健运行,防范和化解金融风险,保护金融消费者合法权益,维护金融稳定,2018年4月银监会和保监会合并,合并后全称为中国银行保险监督管理委员会,简称“银保监会”,整合中国银行业监督管理委员会和中国保险监督管理委员会的职责。

### (三)保险行业协会

保险行业协会是协调保险市场竞争、提高保险技术、谋求保险同业共同发展的行业自律性民间社团组织,它从横向的角度,协助政府对保险业日常经营活动过程中大量的具体问题进行协调和监督。保险行业协会的基本职能是自律、协调、监督和服务,一方面解决保险公司内部之间的问题,另一方面协调保险组织与国家保险监管机构以及其他行业的关系。因此,保险行业协会不附属于任何行政管理部门,也不是保险公司及保险监管机构的分支机构,它是独立的社会法人团体,是一种自律性质的自愿性民间组织,以非强制手段调节与约束保险同业在保险经营上的行为,协调彼此的关系,在国家保险监管机构和保险企业之间起着桥梁作用和监督管理的辅助作用。

中国保险行业协会于2000年11月16日成立,它是一个经民政部门登记注册的社团法人,由具有法人地位的国有保险公司、股份制保险公司和中外合资保险公司组成。其职责是:(1)制定保险行业共同遵守的行业自律规则;(2)督促会员贯彻执行各项金融法规、政策,辅助国家保险监管部门实施国家对保险业的监督和管理;(3)规范

同业间的竞争,协调各个会员之间的矛盾和争议,接受保险当事人的咨询;(4)代表保险人利益,与保险监管部门及其他政府部门沟通,反映保险人的共同愿望和建议;(5)促进中国保险业与国外保险业的联系和交往;(6)组织对中国保险业发展的调查研究和信息交流活动;(7)初审保险条款和保险费率;(8)接受保险监管部门委托办理的事项。协会下设寿险、产险、中介、精算师四个工作委员会。除中国保险行业协会外,有三家以上保险公司分公司的地区也可以成立地区保险行业协会。目前,全国已有 2/3 以上的省、自治区、直辖市成立了地区保险行业协会。这些协会对于沟通保险信息、加强行业自律起着越来越重要的作用。

#### (四)保险信用评级

在保险业发达国家,保险信用评级机构在保险客户和保险公司提供信息服务以及完善保险市场监管、促进保险业公平竞争等方面发挥了积极的作用。保险信用评级是由独立于保险人及政府机构之外的评级机构对保险人的财务状况进行分析,并为保险公司的客户及投资者提供相关的信息。国际上著名的保险评级机构有 Standard & Poor's、Moody's Investor Series 等。

保险信用评级机构的功能在于把保险公司的财务信息转换成易于理解的各种等级以反映保险公司的实力。保险信用评级机构根据保险公司的法定财务报表、公认的会计准则基础的财务报表、保险公司内部管理的财务报表以及监管者的检查报告、注册会计师的审计报告和相关的精算报告等方面的信息,对保险公司的财务状况进行定量和定性分析并作出评级决策公之于众。保险信用评级机构除了评级之外,还对保险业的一些相关问题进行研究,如保险公司偿付能力不足的原因、保险欺诈行为的表现形式等,为保险监管机构提供相关资料和政策建议。保险信用评级克服了保险监管资源不足的缺陷,降低了保险监管的成本,提高了保险监管的效率。此外,保险信用评级作为风险信息的预警系统,向保险监管机构提供客观的预警信号,保险监管机构通过将信用评级机构的评级结果与监管机构的信息系统得到的结果进行比较,可以减少因信息不充分引起的监管失误。

保险信用评级机构对保险公司的评级结果虽然不能直接影响保险人的运营,但是保险评级会对保险公司的财务状况产生间接的影响。如果保险公司取得或者保持某个著名评级机构的高资信等级,不仅为自己的声誉提供了一个最具说服力的证据,而且会对保险公司的业务经营产生积极的推动作用。对保险公司来说,高信用等级有利于降低保险公司的融资成本,有利于保险公司董事会履行对股东和保单持有人的信托责任,还有助于保险公司进入国际保险市场。对投保人来说,信用等级会影响投保人的投保决策、投保行为以及保单的维持行为。一般情况下,对于长期寿险保单,保险公司的信用等级是投保人决定是否购买保险的首要条件。投保人一般会选择信用等级

为 AAA、AA 级的寿险公司。保险公司信用等级提高,会增强保单持有人的信心;保险公司信用等级下调,会削弱保单持有人的信心,并伴随退保率的上升,严重时会影响保险公司的偿付能力。据报道,美国相互利益人寿保险公司于 1991 年破产就是由于评级降级而导致挤兑资产引起的。不仅对于个人消费者而言如此,企业与政府机构决定与哪家保险公司签订保险合同时,也同样要参照和使用信用评级结果,一般会选择评级高、信誉好的保险公司作为合作的对象。

由此可见,信用评级的公开化、评级机构的专业化以及独立于保险人及监管者的地位,使保险信用评级作为保险监管机构有效监管的辅助工具,促使保险人关心自身的偿付能力状况,以期在信用评级中获得理想的等级。

## 五、保险监管内容

保险市场行为监管的对象主要包括保险人和保险中介,鉴于这两类市场主体的不同作用和地位,各国均把保险监管的重点放在对保险人的监督管理上。对保险人监管的具体内容概括起来有三个方面:偿付能力监管、市场行为监管和公司治理监管。下面主要介绍保险公司的市场行为监管和公司治理监管。

### (一)保险市场行为的监督管理

保险市场行为的监督管理是指对保险公司经营活动过程进行的监督和管理,包括保险机构的设立、高级人员的任职资格,以及对保险费率、保单条款、保险资金运用和再保险等经营行为的监督和管理。

#### 1. 对保险机构的监督管理

对保险机构的监督管理主要包括三个方面:一是对保险人组织形式的限制。二是保险公司申请设立的许可。对于保险公司申请设立,目前各国大致有两种制度:一种是登记制,即申请人只要符合法律规定的进入保险市场的基本条件,就可以提出申请,经政府主管机关核准登记后进入市场;另一种是审批制,即申请人不仅必须符合法律规定的条件,还必须经政府主管机关审查批准后才能进入市场。我国对保险市场的准入采用的是审批制。三是对保险公司停业解散的监督管理。如果监管机构发现保险公司存在某些违反保险法的行为时,可以责令保险公司限期改正,若保险公司在限期内未改正,保险监管机构可决定对保险公司进行整顿;对于违法、违规行为严重的公司,保险监管机构可对其实行接管;被接管公司已资不抵债的,经保险监管机构批准可依法宣告破产。

我国《保险法》第六十八条规定:“设立保险公司应当具备下列条件:(一)主要股东具有持续盈利能力,信誉良好,最近三年内无重大违法违规记录,净资产不低于人民币二亿元;(二)有符合本法和《中华人民共和国公司法》规定的章程;(三)有符合本法规

定的注册资本;(四)有具备任职专业知识和业务工作经验的董事、监事和高级管理人员;(五)有健全的组织机构和管理制度;(六)有符合要求的营业场所和与经营业务有关的其他设施;(七)法律、行政法规和国务院保险监督管理机构规定的其他条件。”第六十九条规定:“设立保险公司,其注册资本的最低限额为人民币二亿元。保险公司的注册资本必须为实缴货币资本。”

我国《保险法》第七十条规定:“申请设立保险公司,应当向国务院保险监督管理机构提出书面申请,并提交下列材料:(一)设立申请书,申请书应当载明拟设立的保险公司的名称、注册资本、业务范围等;(二)可行性研究报告;(三)筹建方案;(四)投资人的营业执照或者其他背景资料,经会计师事务所审计的上一年度财务会计报告;(五)投资人认可的筹备组负责人和拟任董事长、经理名单及本人认可证明;(六)国务院保险监督管理机构规定的其他材料。”

我国《保险公司管理规定》第九条规定:“中国保监会应当对筹建保险公司的申请进行审查,自受理申请之日起6个月内作出批准或者不批准筹建的决定,并书面通知申请人。决定不批准的,应当书面说明理由。”第十一条规定:“经中国保监会批准筹建保险公司的,申请人应当自收到批准筹建通知之日起1年内完成筹建工作。筹建期间届满未完成筹建工作的,原批准筹建决定自动失效。筹建机构在筹建期间不得从事保险经营活动。筹建期间不得变更主要投资人。”第十二条规定:“筹建工作完成后,符合条件的,申请人可以向中国保监会提出开业申请。”第十四条规定:“中国保监会应当审查开业申请,进行开业验收,并自受理开业申请之日起60日内作出批准或者不批准开业的决定。验收合格决定批准开业的,颁发经营保险业务许可证;验收不合格决定不批准开业的,应当书面通知申请人并说明理由。经批准开业的保险公司,应当持批准文件以及经营保险业务许可证,向工商行政管理部门办理登记注册手续,领取营业执照后方可营业。”

## 2. 对保险业务的监督管理

(1)对经营范围的监督管理。对经营范围的监督管理,就是规定保险企业所能经营的业务种类和范围,一般表现在两个方面:一是兼业问题,即保险人可否兼营保险以外的其他业务,非保险人可否兼营保险或类似保险的业务;二是兼营的问题,即同一保险企业内部是否可以同时经营性质不同的保险业务。保险公司的经营范围由保险监管机构核定,保险公司只能在被核定的经营范围内从事保险经营活动。

(2)对保险条款和保险费率的监督管理。保险条款和保险费率是保险合同的核心内容,由于保险的专业性以及保险合同的要式性,保险条款和费率的监督管理是国家对保险市场进行监督管理的重要内容之一。在保险监管比较宽松的国家和地区,基本条款和费率多由保险行业协会制定,由保险公司共同遵守,保险监管机构仅负责维护



条款和费率的统一以及对违规行为的制止或处罚。在保险监管严格的国家和地区,保险公司制定的条款和费率必须经监管机构批准认可并备案后方可使用。

我国《保险管理规定》第四十三条规定:“保险机构应当公平、合理拟订保险条款和保险费率,不得损害投保人、被保险人和受益人的合法权益。”第四十八条规定:“保险机构不得将其保险条款、保险费率与其他保险公司的类似保险条款、保险费率或者金融机构的存款利率等进行片面比较。”

(3)对再保险的监督管理。发达国家,由于其保险公司经营实力雄厚、管理技术先进、保险市场的商业化特点显著,政府对再保险很少直接进行行政干预,也无具体的法定分保规定;但在发展中国家和地区,政府一般会对再保险进行监督管理。

在我国,《保险法》及《保险管理规定》均规定保险公司应当按照保险监管机构的有关规定办理再保险。保险公司需要办理再保险分出业务的,应当优先向中国境内的保险公司办理,坚持优先国内分保原则。保险监管机构有权限制或者禁止保险公司向中国境外的保险公司办理再保险业务或者接受中国境外再保险分入业务。《保险法》第一百零二条规定:“经营财产保险业务的保险公司当年自留保险费,不得超过其实有资本金加公积金总和的四倍。”《保险法》第一百零三条规定:“保险公司对每一危险单位,即对一次保险事故可能造成的最大损失范围所承担的责任,不得超过其实有资本金加公积金总和的百分之十;超过的部分应当办理再保险。”

### 3. 对财务的监督管理

保险公司的财务监管即对其资产和负债的监管。其中,资产监管又涉及保险公司的资产价值认定和资金运用两个方面,负债监管则主要是针对准备金的监管。

(1)资产价值的认定。保险公司资产价值的认定一般遵循由财政部制定的通用会计准则及行业会计制度,包括2006年我国新颁布的《企业会计准则》以及1998年颁布的《保险公司会计制度》。新的会计准则引入了公允价值计算的方法,规定对分红保险、投资连结保险、万能保险等保险合同衍生产品,以及投资性房地产、非共同控制下的企业合并、债务重组和非货币性交易等方面应采用公允价值进行计量,从而改变了原有会计准则下对资产认定所遵循的“历史成本”原则。

基于偿付能力监管的考虑,保险公司应当按照中国保监会制定的保险公司偿付能力报告编报规则定期进行偿付能力评估,计算最低资本和实际资本,进行动态偿付能力测试。保险公司的实际资本,是指认可资产与认可负债的差额。认可资产是保险公司在评估偿付能力时依据中国保监会的规定所确认的资产。认可资产适用列举法。保险监管部门对保险公司认可资产的价值认定、监管主要依据监管会计准则。

(2)资金运用监管。保险资金运用的监督管理的主要内容就是规定资金运用的范围、形式及各投资形式的比例限制等。这部分内容将在第六章做详细介绍。

(3)准备金监管。由于准备金是履行未来债务的资金准备,如果计提不充足,就不能保证被保险人及时得到赔偿和给付。准备金的提取直接关系到保险公司未来的偿付能力,因而各国监管机构均把对保险准备金的监管作为负债监管的核心内容。在各国的保险法规中,都有准备金提取的明确规定,且内容大体一致。我国《保险法》和《保险公司管理规定》都规定:保险公司应当根据保障被保险人利益、保证偿付能力的原则,提取各项责任准备金。保险公司提取结转责任准备金的具体办法由国务院保险监督管理机构制定。保险公司应当按照已经提出的保险赔偿或者给付金额,以及已经发生保险事故尚未提出的保险赔偿或者给付金额,提取未决赔款准备金。

## (二)公司治理及内控监管

国际保险监督官协会(International Association of Insurance Supervisors, IAIS)在 2004 年年会上首次提出将公司治理与偿付能力和市场行为并列为保险监管的三大支柱。完善保险公司治理结构是提高监管实效的需要。国际保险监管的实践表明,公司自身的内控是有效监管的基础。只有保险公司具有健全的内控机制,保险监管才能达到事半功倍的效果。而完善的公司治理结构又是内控机制有效运行的前提,只有在完善的公司治理结构下,董事会和经理层才会更加重视内控机制,内控机制才能真正发挥作用。因此,许多国家和地区的监管部门开始逐渐重视保险公司治理结构在防范化解风险、促进保险市场稳定发展方面的积极作用。

2006 年《国务院关于保险业改革发展的若干意见》中,明确将公司治理结构监管与偿付能力监管、市场行为监管一并列为保险监管的三大支柱。保险监管机构也开始高度重视保险公司的治理问题,随后颁发了一系列有关公司治理的法规文件。并且针对我国保险公司存在的公司治理问题、我国保险监管机构对规范保险公司治理结构提出了如下意见:

(1)强化主要股东义务。对保险公司经营管理有较大影响的主要股东,应当具有良好的财务状况和持续出资的能力,支持保险公司改善偿付能力,不得利用其特殊地位损害保险公司、被保险人、中小股东及其他利益相关者的合法权益。保险公司股东之间形成关联关系的,应当主动向董事会申报。保险公司应当及时向中国保监会报告股东之间关联情况。

(2)加强董事会建设。包括明确和强化董事会职责,建立独立董事制度,设立专业委员会(包括董事会下设的审计委员会和提名薪酬委员会)。

(3)发挥监事会作用。保险公司应当制定监事会工作规则,明确监事会职责,为监事会提供必要的工作保障。监事应当具备与其职责相应的专业知识和工作经验,审慎勤勉地履行职责。监事会发现董事会决议违反法律法规或公司章程时,应当依法要求其立即改正。董事会拒绝或者拖延采取改正措施的,监事会应当提议召开临时股东大

会。股东大会不接受监事会意见的,监事会应当向中国保监会报告。监事会应当每年将监事会的尽职情况向股东大会报告,并同时报送中国保监会。

(4)规范管理层运作。包括:健全运作机制;强化关键岗位(总精算师和合规负责人)职责;建立相关工作部门,包括审计部门、风险管理部门和合规管理部门。

(5)加强关联交易和信息披露管理。保险公司应当制定关联交易内部管理制度,并报送中国保监会备案。关联交易内部管理制度包括关联方的界定、报告与确认,关联交易的范围和定价方式,关联交易的内部审批程序、表决回避制度和违规处理等内容。保险公司应当按照相关法律、法规和监管规定披露财务、风险和治理结构等方面的信息,并保证所披露信息的真实性、准确性和完整性。保险公司应当建立信息披露内部管理制度,指定专人负责信息披露事务。

(6)治理结构监管。包括:对保险公司股东的资质以及董事、监事和高管人员的任职资格管理和培训;采用现场检查与非现场检查相结合的监管方式;等等。

## 六、保险监管的方法

保险监管机构对保险监督管理对象进行监督管理的方法主要有现场检查和非现场检查两种。我国《保险法》第一百一十条规定:“保险公司应当按照保险监督管理机构的规定,真实、准确、完整地披露财务会计报告、风险管理状况、保险产品经营情况等重大事项。”我国《保险公司管理规定》第五十九条规定:“中国保监会对保险机构的监督管理,采取现场监督管理与非现场监督管理相结合的方式。”

### (一)现场检查

现场检查是指保险监管机构及其分支机构派出监督管理小组到各保险机构进行实地调查。现场检查的重点是被检查保险机构内部控制制度和治理结构是否完善,财务统计信息是否真实准确,保险投诉是否确实合理。现场检查的内容包括:被检查保险公司的报告和报表的准确性,被检查保险公司的总体经营状况,内部控制制度的完善程度,承保和理赔情况,以及各项责任准备金提取数额,财务统计信息的完善程度,非现场或以前现场检查过程中发现的问题,执行保险法律法规的情况。

我国《保险公司管理规定》第六十一条规定:“中国保监会对保险机构的现场检查包括但不限于下列事项:

- (1)机构设立、变更是否依法经批准或者向中国保监会报告;
- (2)董事、监事、高级管理人员任职资格是否依法经核准;
- (3)行政许可的申报材料是否真实;
- (4)资本金、各项准备金是否真实、充足;
- (5)公司治理和内控制度建设是否符合中国保监会的规定;

- (6) 偿付能力是否充足;
- (7) 资金运用是否合法;
- (8) 业务经营和财务情况是否合法, 报告、报表、文件、资料是否及时、完整、真实;
- (9) 是否按规定对使用的保险条款和保险费率报经审批或者备案;
- (10) 与保险中介的业务往来是否合法;
- (11) 信息化建设工作是否符合规定;
- (12) 需要事后报告的其他事项是否按照规定报告;
- (13) 中国保监会依法检查的其他事项。”

## (二) 非现场检查

非现场检查是指保险监管机构审查和分析保险机构各种报告和统计报表, 依据报告和报表检查和审查保险机构对法律法规和监督管理要求的执行情况。非现场检查的目的在于它能反映保险机构潜在的风险, 特别是现场检查间隔时期发生风险的可能, 起到风险预警的作用。

由于保险监管机构在进行非现场检查时, 一般要报送各类报表, 通过对报表资料的归并、汇总和上报, 发现存在的问题。为确保非现场检查方式在保险风险监督管理中发挥应有的作用, 要求保险公司的报表具有时效性、准确性和真实性。

为有效发挥非现场检查的作用, 保险监管机构要制定各种各样的标准报表, 每个保险公司根据不同的内容分别按月、季、半年、年向监督管理机构报送。一般而言, 资产负债表按月报送, 反映资产流动性的报表按季报送, 反映经营业绩的报表按年报送。

我国《保险管理规定》第六十六条规定: “保险机构应当按照规定及时向中国保监会报送营业报告、精算报告、财务会计报告、偿付能力报告、合规报告等报告、报表、文件和资料。保险机构向中国保监会提交的各类报告、报表、文件和资料, 应当真实、完整、准确。”

现场检查方法可以获得非现场分析所得不到的重要信息, 具有真实性和全面性。非现场检查方法能够帮助监管机构有效地确定开展现场检查的范围, 调整进行现场检查的频率, 增强现场检查的针对性, 具有全面性和连续性。因此, 在通常情况下, 应该把现场检查和非现场检查有机结合起来, 综合运用, 充分发挥两种方法的作用。



## 本章小结

保险市场是保险商品交换关系的总和, 或者说是保险商品供求关系的总和。保险市场由四个要素构成: 保险商品的供给方、保险商品的需求方、各类保险商品以及促成保险交易的保险中介方。

保险市场的组织形式有国有保险组织、私营保险组织、合作保险组织、专业自保组织和个人保

险组织。国有独资保险公司是一种典型的国有保险组织形式,保险股份有限公司和相互保险公司是两种典型的私营保险组织,其中保险股份有限公司是现代保险公司制度下最典型的一种组织形式。相互保险公司是人寿保险业特有的一种非营利性的公司组织形式,在西方国家的寿险业中占有特别重要的地位。相互保险社和保险合作社是合作保险组织的主要形式。英国的劳合社是当今世界上唯一一家个人保险组织。

国有独资保险公司的组织结构由董事会、监事会和经理组成。保险股份有限公司的组织结构是股东大会、董事会、监事会和高级经理人员。相互保险公司的组织机构与股份公司类似,社员大会或社员代表大会是相互保险公司的最高权力机关,由它们选举董事会,由董事会任命高级管理人员。

保险公司的主要职能部门由市场营销部、精算部、承保部、客户服务部、理赔部、投资部、财务部、法律部、人力资源部和信息部组成。保险市场的供给受保险费率、偿付能力、保险技术、市场的规范程度以及政府监管的影响。保险商品供给弹性的变化较为稳定,它不易受经济周期波动的影响。保险商品供给弹性较大,其供给具有长期性。保险市场的需求主要受保险费率、国内生产总值和消费者的货币收入、互补商品与替代商品价格、文化传统、经济体制等因素的影响。保险市场的均衡是动态的,影响这一动态均衡的因素有保险总供给与总需求、国民平均收入水平、保险公司的数量和经营策略、政府的监管等。

在保险市场中,价值规律、供求规律和竞争规律表现出特殊的作用。价值规律对保险费率的自动调节只能限于凝结在费率中的附加费率部分的社会必要劳动时间,即通过要求保险公司改进经营技术、提高服务效率来降低附加费率。保险费率厘定时尽管要考虑保险市场的供求状况,但是确定保险费率的主要因素是灾害事故发生的概率而非供求状况本身。在保险市场上,价格竞争虽然是保险竞争的一种手段,但绝非是主要的或唯一的手段。

由于保险企业的公共性、保险合同的特殊性及保险技术的复杂性,为了保障被保险人的利益、保证保险公司的稳健经营和保险市场的有序竞争,需要对保险业进行监管。保险监管的内容包括两大方面:一是市场行为的监督管理;二是偿付能力的监督管理。市场行为的监督管理包括对保险机构的监督管理,对经营范围的监督管理,对保险条款和保险费率的监督管理,对再保险的监督管理以及对资金运用的监督管理。偿付能力的监管是保险监管的核心。保险监管的方法主要有现场检查和非现场检查两种。



## 复习思考题

### 1. 名词解释

国营保险组织      保险股份有限公司      相互保险公司      专业自保公司

2. 简述国有独资保险公司的特点和组织结构。

3. 简述保险股份有限公司和相互保险公司的特点。

4. 分析影响保险供给和需求的主要因素以及保险市场机制的特殊作用。

5. 简述保险监管的必要性和目标。

6. 列举保险监管的主要内容。