



AAAAAA

福建保险

FUJIAN INSURANCE

6

2022年第6期
(总第96期)

- 关于鼓励和加快福建省保险业高质量发展的实施意见
- 科技赋能保险业向高质量发展转型
- 网络安全保险发展路径探索与思考
- 理赔后督管理研究与应用
- 浅议寿险保险欺诈指标确定和量化的运用

福建省保险学会 主办

内部资料 免费交流

省保险学会获授“5A 级社会组织”



12月16日，省民政厅在福州召开全省社会组织评估工作会议，并举行2022年度社会组织评估等级授牌和颁发证书仪式。福建省保险学会获授“中国社会组织评估5A级”证书和牌匾。

省社会组织管理局林志鹏局长、刘明瑞副局长出席会议并参加授牌和颁发证书仪式。

省社会组织管理局林志鹏局长对下一步全省社会组织评估工作提出要求，一是要提高政治站位，充分认识社会组织评估的重要性；二是要进一步完善工作机制，广泛组织动员，科学设置指标，用好评估结果；三是要加强能力建设，彰显积极作为，从有形覆盖向有力覆盖转变。

会议安排福建省保险学会、福建省环保志愿者协会、福建省爱国拥军促进会、福建省启承三农文化发展中心等六家5A级社会组织在会上作典型发言。省保险学会驻会副会长温怀斌受骆少鸣会长委托，在会上详细介绍了省保险学会的职能定位、近年来的相关工作做法、主要成效及心得体会。

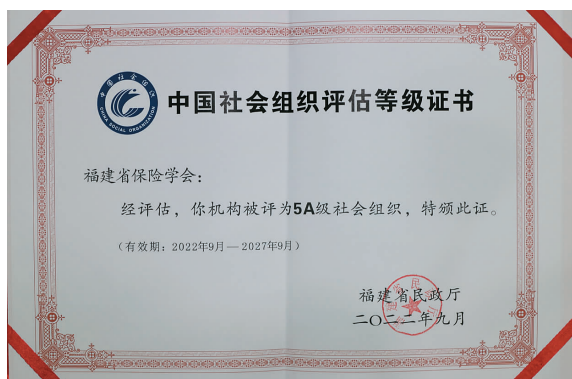
省保险学会成立于1986年。2019年5月换届大会以来，学会在福建省民政厅、福建省社科联、福建银保监局的领导下，以学会《章程》为准则，加强党对学会工作的领导，坚持“学术立会，创新强会，活动兴会，服务聚会”的办会理念。以学赋能，组织保险学术交流和知

识普及，在保险业同仁间的交流起到纽带和桥梁作用，为保险业创造核心价值。

2022年2月，省保险学会迎来了全省性社会组织等级评估，学会领导高度重视，将迎接评估的过程作为检视自身问题、落实整改、提升管理水平的契机，对照《福建省学术类社会团体评估指标（B类）》的各级指标进行逐项检查自评，做到以评促建、以评促改，加强自身建设，提高服务水平。

2022年7月，等级评估专家小组到保险学会秘书处进行实地考察，分别从“基础条件、内部治理、工作绩效、社会评价”4组大项117条小项进行现场评估。学会以视频短片形式向评审专家详细汇报了学会近年来的发展情况、服务管理及所取得成绩，充分细致的评估支撑材料获得了现场专家的一致好评。

5A等级评估结果充分展示省保险学会的综合实力，也是对省保险学会服务成效和内部管理的高度肯定和鼓励。省保险学会将以荣获5A等级社会组织为新的起点，持续践行“不忘初心，牢记使命”的宗旨，深入学习党的二十大精神，秉承“学术立会”和“以学立会”的办会理念，不断强化自身建设，创新服务理念，提高服务水平，踔厉奋发、勇毅前行，为福建保险业高质量发展做出新的更大贡献。



(图/文：福建省保险学会)



准印证号:(闽)内资准字 K 第 156 号

内部资料 免费交流

《福建保险》编辑委员会

主任委员: 骆少鸣

编委:

江龙海	苏康乐	林守道	刘 庆	温怀斌	潘 峰	林声霖	陈渊博
叶 青	张 毅	陈少榜	庄才钱	吕国忠	朱铭伟	王 久	庞亚军
郭 岚	杨 建	李朝晖	廖 磊	杨思桦	黄观峰	何应宗	林中清
张玉华	杨光芽	周妙亮	付兴胜	罗国祥	蔡文能	杨 文	闫文诚
陈 辉	李健成	张 文	方 丹	周 峰	王泽恩	程宗才	唐福阳
詹泽松	张学峰	耿继坤	范以波	程读淮	吴 鹏	张国能	何 海
洪建文	刘庆辉	曲志军	江明贤	黄德平	张慧斌	李长红	陈仰新
韩 薇	黄劲松	李 力	万卫国	李毅文	赖金达	张志起	伍慧明

主管单位: 中国银行保险监督管理委员会福建监管局

主办单位: 福建省保险学会

编辑部电话: 0591-87829737

编 辑: 谢圆虹、李于进、黄艺敏

刊名题字: 林志强

传 真: 0591-87875900

地 址: 福建省福州市鼓楼区五四路89号置地广场18楼1802A

邮 编: 350001

电子邮箱: bxh54233615@163.com

印刷单位: 福州华彩印务有限公司

编印时间: 2022年12月

目 录

指导文章

关于鼓励和加快福建省保险业高质量发展的实施意见 03

和你说保险

科技赋能保险业向高质量发展转型 王 和 06

财险天地

网络安全保险发展路径探索与思考 郑如潮 08

寿险天地

理赔后督管理研究与应用	李 莹	林少玲	卞灵赋	13
浅议寿险保险欺诈指标确定和量化的运用	陈稣彬	陈润东	戴晓玲	24

医保之窗

社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设研究——以福州市为例 吴 颖 30

清廉文化建设

发挥党建引领作用 筑起金融风险防火墙	曾晓和	39
不贪为宝，以廉为镜	谢惠真	42

保险漫谈

浅析养老金三支柱发展问题及建议——从泰康方案获得的启示 施曼莉 黄亚好 44

封二

省保险学会获授“5A 级社会组织” 图 / 文：福建省保险学会

封三

省社科界 2022 年学术年会“福建保险业高质量发展转型分论坛”在榕举办 图 / 文：福建省保险学会

封四

省保险学会举办二十大报告辅导讲座 图 / 文：福建省保险学会

省保险学会参加省社会科学普及宣传周活动 图 / 文：福建省保险学会

关于鼓励和加快福建省保险业 高质量发展的实施意见

为进一步吸引各类优质保险业资源来闽集聚发展，优化我省保险行业发展环境，加快形成机构主体完善、服务领域广泛、经营诚信规范、综合实力较强，发展速度、质量和效益相统一现代保险行业体系，不断满足多层次的社会保障需求，助力服务全方位推动我省高质量发展超越，特制定如下实施意见：

一、丰富保险机构体系，积极引入各类保险主体

（一）一次性落户奖励。支持新引进保险业各类法人市场主体，支持在闽新发起设立地方法人保险机构，对经中央金融管理部门批准设立或新引进的法人保险机构，给予实收资本3%、总额不超过5000万元的一次性落户奖励。推动境内外保险机构总部在闽设立产品研发中心、数据处理中心、创新实验室等职能机构，支持符合相关条件的市场主体在闽参与设立各类保险中介机构、保险资管公司等机构，对经中央金融管理部门批准，在闽新设立或新迁入的全国性保险职能机构、中介机构和资管机构，实收资本2亿元（含）以上的，给予500万元一次性落户奖励；实收资本在2亿元以下、1亿元（含）以上的，给予200万元一次性落户奖励；实收资本在1亿元以下、5000万元（含）以上的，给予100万元一次性落户奖励。

（二）办公用房奖励。对新设或新引进法

人保险机构和保险机构总部的职能机构、中介机构和资管机构，购买办公用房自用的，3年内可按房产原值的0.5%给予奖励；租赁办公用房自用的，可按租金市场指导价的40%给予一次性18个月的租金补助。每家机构享受的办公用房补助不超过1000万元。

二、壮大省内机构实力，夯实保险行业发展基础

（三）支持地方法人保险机构增资扩股。鼓励地方法人保险机构引进战略投资机构，增强资本实力，完善法人治理，推动公司向数字化、精细化、现代化转型。鼓励省内国有企业积极参与省内法人保险机构增资扩股。

（四）加强保险专业人才引进和培养。鼓励省内保险机构与高校加强交流合作，充分发挥校企双方优势，形成保险业与高校理论研究、人才培养的产学研联动机制。鼓励保险机构选聘具有科技背景的专业人才进入董事会或高级管理层。注重引进和培养金融、科技、数据复合型人才，强化对领军人才和核心专家的激励措施，提升保险行业创新驱动能力。

三、拓展保险保障功能，推动保险市场健康发展

（五）创新发展财产保险。支持保险机构创新符合新兴产业企业需求的保险产品，完

善科技保险保费补贴机制。持续加大对生物医疗、集成电路、新材料等战略新兴产业、“专精特新”企业的保险保障,创新开发“科创保”“知识产权保险”“人才创业险”等专项产品。持续深化车险综合改革,支持拓宽车险保障范围,创新发展新能源汽车等新生车险业务。加强营运车辆商业保险承保服务,优化承保条件,促进商业营运车辆保险愿保尽保。

(六) 巩固深化农业保险。用好用足中央财政保费补贴政策,重点保障关系国计民生和粮食、生态安全的主要大宗农产品,各级财政合计给予保费60%以上的保费补贴,巩固、提升中央财政补贴种植业和森林保险的覆盖面,逐步扩大养殖业(能繁母猪、育肥猪、奶牛等)保险覆盖面,开展病死猪无害化处理与保险联动机制建设试点工作。加大省级财政支持力度,对纳入省级财政保费补贴范围的地方特色农业保险,原则上给予不超过保费30%的保费补贴。落实烟叶种植保险奖补政策,并试点开展对地方优势特色农产品保险的以奖代补政策,对尚未纳入中央和省级财政保费补贴范围的地方优势特色农产品保险,由省级财政按照保费的一定比例给予各设区市(除厦门市外)奖补。积极推广各类渔船渔工责任互助保险,水产养殖互助保险,养殖品价格指数保险等险种,省、市、县各级财政依规给予相应比例的补贴或奖励。鼓励省内保险机构承保福建船东在省外、境外注册的船舶。支持我省渔业互保协会改革,加快推进我省渔业互助保险改制工作,大力推进渔民互助保险等形式的渔业保险。

(七) 高效实施责任保险。在国家规定的高危行业、领域依法实施安全生产责任保险制度,支持保险机构创新高危行业安全生产责任保险品种,满足高危行业企业投保需求;督促属于国家规定的高危行业、领域的生产经营单位投保安全生产责任保险,鼓励其他

生产经营单位、公众聚集场所投保安全生产责任保险。在全省范围内推动肉蛋奶和白酒生产企业、集体用餐单位、大宗食品配送单位、中央厨房和配餐单位主动购买食品安全责任保险。推动完善基本覆盖所有公立医院的医疗责任保险体系,引导非公立医疗机构购买医疗责任保险。推动建筑工程质量潜在缺陷保险在我省试点实施,鼓励以工程质量保证金保证保险替代施工方的工程质量保证金,探索年度投标保证金保证保险制度,减轻企业负担。发挥环境污染责任保险市场机制作用,逐步推行环境污染责任保险,引导环境高风险企业主动投保。

(八) 加大推广出口信用保险。支持出口信用保险机构为企业开展大型成套设备出口、高附加值机电产品、境外工程承包、境外投资提供国别风险、买方资信调查和风险保障等综合性服务。加大出口信保对关键产业链企业的买方限额支持,扩大“单一窗口+出口信保”模式对中小微企业的服务覆盖面。开展出口信保“白名单”银信合作模式,继续推广出口信用保险保单融资。

(九) 拓展提升健康保险。支持有条件的地区开展保险机构经办医疗救助试点,推动大病保险省级统筹,进一步提高大病保险筹资水平。探索推进“基本医保经办+大病保险+医疗救助”一体化服务模式,支持开通理赔直连通道,鼓励商业保险公司为包括新市民在内的群体提供多样化的商业健康保险保障和健康体检、慢病管理、就医绿色通道等增值服务。深入开展长期护理保险制度试点,逐步扩大试点地区和参保对象范围。允许我省职工基本医疗保险参保人员使用个人账户资金为本人购买,或使用个人账户资金设立家庭共济账户为家庭共济成员购买与基本医疗保险相衔接的,包括定制型商业医疗保险在内的非投资理财性商业补充保险。

(十) 加快布局养老保险。推动将符合规

定的商业养老保险产品纳入个人养老金投资范围，享受国家规定的税收优惠政策。引导保险机构精准细分客户群体，大力发展包括专属商业养老保险在内的各类符合长期养老需求和生命周期特点的商业养老保险业务。支持保险机构提供长期直至终身的养老金领取服务，探索将商业养老保险产品与养老、长期照护等服务相衔接，丰富养老金领取形式。鼓励吸纳新市民就业较多的企业为新市民投保专属商业养老保险提供缴费补贴支持。鼓励通过公建民营、民办公助、以奖代补、政府购买服务等形式，支持保险机构参与到居家社区和机构养老服务。

四、完善行业保障机制，营造保险发展良好环境

(十一) 鼓励创新保险产品。鼓励保险机构增强创新动力，积极探索新业态、新领域保险服务，将产品创新与推动经济高质量发展、增强中小微企业和“新市民”保险服务积极融合。引导省内保险机构积极参与每年“金融创新”项目评选，并对获奖机构予以相应奖励，一类项目1个（每个奖励50万元）、二类项目3个（每个奖励30万元）、三类项目6个（每个奖励10万元）。对在推动机构创新中做出突出贡献的团队和个人，获奖机构可给予适当的奖励。

(十二) 拓宽险资运用渠道。持续推进“险资入闽”，综合采用推介会、交流会等多种形式争取保险公司总部支持，以债权、股权、资产支持计划等形式积极参与省内基础设施、重点产业和民生工程建设。遴选保险资金投资项目，将引进保险资金纳入各级招商引资范围，多渠道遴选符合投资条件的重点项目，建立保险资金运用与我省重点项目常态对接机制，引导保险资金为我省战略新兴产业、现代制造业、重大基础设施建设等提供中长期资金支持。

(十三) 完善激励评价机制。对我省地方

法人保险机构和保险机构省级分公司在支持福建经济建设、服务实体经济发展、履行社会责任、业务发展情况等方面进行综合评价，对财产险公司和人身险公司分别考评，各设一等奖1名、二等奖2名、三等奖3名，相应授予“服务福建经济五星、四星、三星保险机构”称号，并分别给予200万元、100万元、50万元奖励，获奖机构可对本机构有贡献的高管及有关人员给予适当奖励。

(十四) 加强保险行业监管。建立健全保险行业的风险管理体系，加强动态监测、预警，提高应对和处置危机能力，维护保险市场安全稳定。发挥保险行业协会自律作用，维护行业秩序，营造公平竞争市场环境。加强保险消费者权益保护，建立和完善销售、承保、回访、保全和理赔给付等各环节服务标准。加大监督检查力度，建立常态化检查机制，严厉查处保险市场违法违规行为，加大对保险诈骗、恶意投诉、不良代理等行为的打击力度，维护保险业健康发展。

(十五) 主动做好宣传引导。加大保险政策和保险产品的宣传推广力度，通过营业网点、门户网站、手机APP、微信公众号等多种渠道主动加大宣介力度，形成全社会学保险、懂保险、用保险的氛围。同时，积极开展形式多样的保险知识普及活动，做好政策解读、教育引导和风险提示，及时回应社会关切，合理引导预期，增进各方共识，创造良好舆论环境，持续提升公众防范风险意识和依法维护自身权益的能力。

以上实施意见自发布之日起实施，有效期暂定两年（有明确执行期限的除外），此前有关政策与本意见不一致的，以本实施意见为准。有效期内各地已有或新出台更优惠政策，可从优执行。本实施意见中所涉及的奖励资金由所在地财政负责（另有规定的除外）。本实施意见厦门市可参照执行。

（来源：福建银保监局）

科技赋能保险业向高质量发展转型

● 王 和

党的十八大以来，我国保险业改革发展取得了有目共睹的巨大成就。数据显示，2021年，我国保险行业全行业保费收入达4.5万亿元，已成为全球第二大保险市场。从增速到提质，科技支撑对于保险业的革新作用越发凸显。

面向新时代，站在新起点，如何以科技力量助推行业实现跨越式发展，是中国保险业必须直面并回答的问题。近日，《金融时报》记者专访了中国精算师协会会长、仁和研究院院长王和，回顾我国保险业发展的“非凡十年”，并就科技为保险业带来的改变及其如何赋能行业实现高质量发展转型进行探讨。

王和：一般而言，衡量一个国家的保险业发展水平，通常会用两个指标，即保险深度和密度。党的十八大以来，我国保险深度从2.98%上升到3.93%，保险密度从人均1144元上升至人均3179元，实现了跨越式发展。但除此以外，我认为还有两个更重要的指标，一是保险业总资产从2012年的7.4万亿元增加到2021年的24.9万亿元，行业实力和社会作用进一步增强；二是保险业累计赔付达10.3万亿元，行业的损失补偿和社会稳定效用进一步彰显。这些数字充分表明，过去十年，我国保险业改革与创新取得了前所未有的成绩与可喜发展。

当然，上述这些数字只是从一个侧面反映了行业进步，只是一个结果，其产生的深层原因在于保险业“脱胎换骨”的转型过程，其中最主要的推动力在于“回归保障本源”。回望来时路，保险业的转型可被概括为“艰难”并“坚定”。一个行业的转型，涉及的往往不仅是技术和管理问题，还有发展和商业模式的革新，更有行业的基本价值观、经营理念和文化转变。所有这些问题均属于“思维定式”且根深蒂固，转变绝非易事。

可以看到，近年来，我国保险业义无反顾，坚定执着地全面推动深化改革。从2012年开始至今，在党中央、国务院的正确领导下，在保险监管部门强有力的推动下，保险业通过强监管进入到全面规范和自律发展阶段。科学和有效益地发展逐步成为行业的基本共识，通过全面规范市场、强化服务意识和推动行业改革等一系列举措，不仅保险业务得到了快速发展，行业的经营效益也有了显著提升。与此同时，在民生保障、服务国家战略、社会治理体系现代化建设以及服务“双循环”新发展格局等方面，保险正在发挥越来越重要的作用，保险业的社会形象显著改善，老百姓的保险获得感不断增强。

王和：在我国保险业的发展进程中，科技为行业解决问题和实现突破提供了可能性。新技术打造的新模式，为行业开辟了一条新出路。

近年来，保险业大力发展保险科技，进一步扩大保险服务领域，全面提高行业风险治理的效率，重构保险商业模式，实现行业的深刻转型和迭代发展。比如，利用无人机技术，改变了农业保险的传统经营模式，基本实现了“按图承保、按图理赔”，大大改善了农户的体验，提高了农业保险的经营效率。再如，车联网和智能驾驶技术被全面引入汽车保险领域，从根本上改变了经营和服务模式，实现了汽车保险的迭代发展。

从根本上讲，保险业经营管理出现问题多是源于能力不足。在传统保险经营模式的公平和效率以及风险控制能力受到挑战之时，基于新技术创新应用的商业模式创新成为保险业发展的最佳选择。

保险本质上属于认知科学，是基于风险认知的风险管理，其中包括了三个重要能力，即风险认知、风险定价和风险分散。在传统保险的技术框架

下，风险认知依靠传统的数据采集和积累，风险定价依靠传统的统计和精算技术，风险分散则是依靠传统的保险经营模式。而在科技赋能的今天，这三种能力都将面临来自新科技手段的挑战乃至颠覆，继而从根本上改变保险的商业模式和存在方式。

就保险经营管理而言，科技赋能意味着更为透彻的感知、更加全面的互联互通以及更深入的智能化。更为透彻的感知是指基于全新的感测技术，特别是穿戴式设备能够获取的各种生命体征信息，全面提升健康管理和风险预警能力。更加全面的互联互通，即通过互联网、物联网和人联网等技术，实现各类风险数据的全面、多维和实时的交互，动态地感知风险，继而管理风险。

无论是从过去十年的实践经验，还是未来的发展方向来看，以人民为中心，全面遵循价值创造理念，充分运用现代科技创新成果，才能推动行业高质量发展。同时，以科技赋能打造保险发展新格局和服务新模式，既是行业发展的必然出路，也是服务社会的必要模式，更是行业存在的价值所在。

王和：党的十九届五中全会和“十四五”规划对“打造数字经济新优势”作出了专门部署，提出“迎接数字时代，激活数据要素潜能，推进网络强国建设，加快建设数字经济、数字社会、数字政府，以数字化转型整体驱动生产方式、生活方式和治理方式变革”，明确了数字化的发展前景和目标。在新发展阶段，保险业开展数字化转型，是构建保险业新发展格局、打造高质量发展新引擎的现实需要，也是更好支持实体经济发展、更好满足人民群众日益增长的美好生活需要的内在要求。

行业数字化与数字经济是未来经济社会发展的基本形态。数字经济需要数字治理，保险的数字属性和治理能力是与生俱来的，数字化为社会风险管理和保险创新经营提供了一种全新的迭代可能。构建保险业服务数字经济发展新格局的能力，关键是既要“操其要于上”，又能“分其详于下”，不仅要充分理解并贯彻新发展理念，特别是风险治理新理念，更要打造保险服务经济新常态的新能力。

举例而言，传统保险经营更多是关注事后补偿，这种补偿是有些被动的。从传统保险的“等量管理”走向现代保险的“减量管理”是一个趋势和方向。“等量管理”是一种静态和消极的经营模式，只是简单地统计历史损失，并通过定价在被保险人之间分散。但“减量管理”的理念是通过科技赋能，特别是通过更加深入的智能化，全面导入风险智能化管理技术，科学识别风险，实时干预风险，有效改善风险，最终实现风险暴露的总体降低，这就是新能力的一种体现。

面向未来，随着科技的发展，全面数字化将是一个大趋势，而从风险管理的视角看，数字化既是机遇，也是挑战。数字化给了重塑经济结构、提升经营效率以机遇，也给风险治理和社会公平以挑战，而保险将成为把握机遇和应对挑战的有效市场化机制。保险不仅能够为数字经济发展安全保驾护航，同时，还能够为数字经济的发展营造良好环境。但作为前提和基础，保险行业自身数字化转型是关键，特别是要按照问题导向原则，全面提升行业的数字经营能力，更好地服务实体经济建设。

（来源：金融时报）

网络安全保险发展路径探索与思考

● 郑如潮

【摘要】 党的二十大报告指出“要加快建设网络强国、数字中国”，在当今时代背景下，数字经济已成为未来全球经济发展的助推器，同时也暴露出越来越多的网络安全问题，为今后中国走向“网络强国”埋下隐患。本文从市场需求、潜在风险、存在问题、现有解决方案、未来发展建议五个方面阐述网络安全保险目前的发展现状以及未来的创新路径。从网络安全保险发展的角度，思考如何化解网络安全风险，助推中国数字经济健康发展。

【关键词】 数字经济；网络安全保险；保险科技

2022年是中国经济全面向数字化转型的关键时期，党的二十大提出“坚持把发展经济的着力点放在实体经济上，推进新型工业化，加快建设制造强国、质量强国、航天强国、交通强国、网络强国、数字中国。”数字经济的重要性，已经被提高到了前所未有的高度。2021年中国数字经济规模达到45.5万亿元，占GDP比重的39.8%，数字经济为社会经济发展注入新活力，与此同时也带来越来越多的网络安全问题。

2021年8月，全国人大常委会通过《中华人民共和国个人信息保护法》，自此，我国形成了以《网络安全法》《数据安全法》《个人信息法》三法为核心基础的网络法律体系，也为网络安全保险的未来发展提供法律基础。2022年11月，工信部会同银保监会发布《关于促进网络安全保险规范健康发展的意见（征求意见稿）》，旨在推动网络安全保险政策标准体系建立，也进一步明确了国家通过保险管理工具解决网络风险的政策导向。在数字经济全面发展的大背景下，网络安全保险在转移残余网络风险、保障企业稳定经营中发挥着积极作用。如何将信息技术发展与网络安全保险有机结合，有效解决网络安全风险问题，将是中国未来向“网络强国”发展过程中的重要命题。

一、网络安全保险市场需求

2022年上半年，中国三大运营商共同检测发现分布式拒绝服务攻击约31.65万起；工信部网络安全威胁和漏洞信息共享平台共接报网络安全事件约1.57万件。在信息技术不断更新迭代的大环境下，各种未知的网络风险也层出不穷。安联《2022年风险晴雨表》指出，勒索软件攻击、数据泄露、远程办公导致的IT漏洞和云平台数据供应链中断是企业最为担心的四类网络风险。网络安全防御体系的建设作为企业对抗网络风险的主要手段，由于边际递减效应，当网络安全防御体系达到一定成熟度后，效果将大打折扣。面对难以通过技术手段完全清除的网络风险，越来越多企业选择通过保险手段转移残余风险，实现企业成本收益的最大化。

根据慕尼黑再保险公司2022年关于全球网络安全保险的调研结果，认为网络安全保险是经济成功数字化的基础。对于中国大陆的调研结果显示，49%的受访者担心遭受网络攻击，超过55%和60%的受访者曾分别受到过网络欺诈和数据泄露的影响。在全球范围内，网络安全保险已经逐步成为解决网络安全问题，提供网络安全风险治理能力的新途径。鉴于我国网络安全风险日益频发，在网

络安全保险服务供给与需求不足以匹配的市场环境的情况下，网络安全保险未来存在巨大的发展空间。

二、网络安全潜在风险

网络安全潜在风险主要包括第一方损失、第三方损失和其他损失。第一方损失主要包括被保险人因网络安全事故导致的营业中断、网络欺诈、网络勒索、数据恢复、紧急响应等费用损失；第三方损失主要包括被保险人因网络安全事故导致的网络安全责任、公司及个人信息泄露、知识产权泄露等费用损失；其他损失主要包括因保险事故导致的检测鉴定、法律抗辩、系统升级、媒体责任等费用损失。

从行业网络风险角度来看，不同行业遭受的网络攻击类型也不尽相同。在通讯及互联网行业，由于行业竞争、敲诈勒索等因素更容易遭受到DDoS攻击，导致用户无法正常访问，进而导致企业的经营服务中断；在电商行业，线上购物蓬勃发展的时期，电商行业存储着大量的用户资料、银行卡账号、交易记录等个人信息，极易由于系统漏洞导致信息泄露；在政务民生行业，由于倡导便民服务理念推动政务服务不断线上化，政务服务网站更大程度暴露在DDoS攻击风险下，不仅影响居民办理事务的效率，更严重影响政府部门的公信力。

以车联网行业为例，车联网是由车辆位置、速度和路线等信息构成的巨大交互网络，通过信息网络平台实现车辆动态信息的有效利用，提供包括交通管理、安全预警、汽配维修、紧急救援等多方面的功能服务。车联网网络安全风险主要集中在智能汽车车端、车联网服务平台、通信、数据等方面，仅2022年上半年针对车联网的恶意网络攻击行为超过百万次。伴随着车联网行业信息化和网络化的不断提高，汽车搭载的信息平台存储着巨量的信息数据，面对日益复杂的网络安全风险环境，轻则个人信息泄露，重则危害交通安全。

三、我国网络安全保险存在问题

由于我国数字经济的快速发展导致网络安全问题的不断暴露，市场对网络安全保险需求呈几何增长，推进网络安全保险的标准化、规范化也

迫在眉睫。目前，国内外尚未对网络安全保险做出统一明确的定义。结合相关国内外权威解释，网络安全保险的定义是当被保险人遭受网络安全事故而导致的营业中断、信息泄露等损失，保险人根据保险合同约定负责赔偿。由于我国网络安全保险起步较晚，虽然市场需求强烈，但还有许多问题亟待解决。

（一）行业标准待健全。

行业标准规范作为保险产品是否能大范围推广的先决条件，在我国现阶段还有待完善。现有市场环境下，各方在定价模型、保险责任、理赔流程、服务内容等方面难以达成共识，缺乏统一的行业标准。通过借用国外保险产品的经营模式，已很难满足国内企业对网络安全本土化需求，导致企业购买意愿不足。在缺乏行业标准的局面下，面对承保风险的复杂性、应用场景的多样性，国内网络安全保险的推广必然举步维艰。

（二）产品体系不完善。

在产品供给方面，我国网络完全保险产品供给体系所提供的保险方案较为单一，未能细分风险场景差异，为不同类型的企业客户提供定制化的保险保障。在保险服务方面，我国的网络安全保险方案依然沿用传统险种的模式，缺乏与大数据服务商、保险科技公司、风险管理机构等第三方的协同合作，使得网络安全风险判断不清晰，保险服务方案保障不全面，严重影响网络保险的市场化推广。在销售渠道方面，传统直销依然是主要的销售渠道，对于网络安全保险这一类的新兴险种，传统的销售模式难以快速实现业务的规模化。通过互联网线上平台或供应链上下游进行网络安全保险销售的新模式还有待挖掘。

（三）社会认知不充分。

整体来看，我国网络安全需求侧主体对网络安全保险的认知严重不足，尤其反应在中小微企业上。相较于网络安全这类难以获得直观收益的投入，中小微企业更愿意将资金投入到生产环节。对于现阶段的大型企业，虽然对网络安全的投入在逐年增加，但资金主要流向企业网络安全建设。意味着企业更倾向以信息技术手段消除网络风险，而尝试通过保险进行风险减量管理的依然少之又少。另一方面，保险机构自身对网络安全保险认知模糊也阻碍业务发展。我国保险机构囿于自身积累的保险

数据,对此类产品的方案设置、核保定价、风险管理等运作尚不成熟,难以根据不同的客户需求提供全面的保险服务,进一步导致市场对网络安全保险认知的偏差。此外,虽然近年来我国大力倡导数字经济发展,但是对网络安全保险的推介力度较小,具体表现在市场对此类保险产品反应冷淡,投保意愿不强。

四、现阶段网络安全保险解决方案

近年来,由于网络安全已上升到国家战略高度,网络安全保险巨大的市场需求也随之形成,针对网络安全问题可能造成的第一方损失和第三方的损失,社会各界急需一款本土化的网络安全保险为网络空间的平稳运行提供兜底保障。作为转移和防范网络安全风险的重要管理工具,基于网络安全保险的新型解决方案将在未来成为网络安全建设的重要组成部分。

现阶段,国内主流的网络安全保险主要包括营业中断保险、网络安全责任保险、信息技术服务费用保险、应急响应费用保险等险种,较为全面地保障了第一方损失和第三方的损失。从事故原因上看,现有的保险方案已将黑客攻击、DDoS攻击、信息泄露、诈骗窃取等主要网络安全事故原因涵盖在内;从损失类型上看,由于保险事故产生的经济损失、调查费用、法律费用等主要损失均可以承保。在产品保障范围层面,现有的保险方案基本可以当下的客户需求,具体过程如下。

(一) 承保前的风险评估。

承保前的风险评估阶段,通过网络安全评价、风险场景评估、漏洞扫描、渗透测试等方式,全面了解包括安全管理制度、安全防范等级、监测预警系统在内的相关信息,将不同场景下的潜在网络风险进行货币化量化,使客户对网络安全风险有更直观的感知,同时了解风险可能带来的预期经济损失。

对于保险公司,一方面通过量化风险评估技术可以快速掌握企业的网络风险管理水平,测算企业的风险敞口,不断优化定价模型,确保精准定价。另一方面,根据评估结果对客户的网络安全系统提出网络安全加固意见,即有利于保险公司控制承保风险,也便于后期参与到网络完全时间应急响应与恢复工作,降低网络攻击造成的损失。

(二) 承保中的风险管控。

承保中,结合7*24小时风险监测、风险安全态势分析、钓鱼邮件测试等手段,为客户打造主动型风险管理体系,实现风险全覆盖。与此同时,动态关注客户的风险变化,发挥保险风险减量管理作用,当风险发生异动时,采取适当的措施,将风险控制合理的范围内。

以DDoS攻击风险检测为例,DDoS攻击通过大量合法或伪造的请求占用大量网络以及设备资源,致使目标企业网络瘫痪,从而导致企业发生营业中断、信誉受损、信息泄露等损失。保险公司通过“保险+服务+科技”的模式,为企业的网络环境附加DDoS检测工具,当网络在短时间内拜访量急剧增长,风险预警系统及时通知网络安全服务公司的人员提供应急响应服务,减少企业损失。在日常企业运营期间,DDoS检测工具将定时扫描漏洞,清理植入程序,确保企业网络系统安全运行。

(三) 承保后的理赔定损。

网络安全保险的理赔流程基本按照“报案-现场查勘-责任认定-第三方鉴定-损失金额核定-赔款支付”的常规流程进行。在事故减损过程中,保险公司通过与具备网络安全服务资质的服务厂商合作进行应急响应、事件监测、风险抑制、风险消除四个阶段的服务工作,帮助企业减少网络安全事故损失,使企业尽快恢复生产经营。

在理赔定损过程中,业务部门与理赔部门协同开展网络安全事件进行调查,进行损失评估与责任认定,如发生争议则聘请权威机构做第三方鉴定,确保应赔尽赔。事后及时总结经验,在实践中逐步完善网络安全保险保障体系,推动业务的可持续发展。

综上所述,从保险产品供给侧来看,近几年,国内市场提供网络安全保险的公司以及产品正在逐渐增多。据统计,目前国内市场上已有超过50款注册备案的网络安全保险产品为客户提供网络安全风险保障。但与此同时,由于行业标准、服务模式、保险科技等其他环节的发展落后,致使我国网络安全保险产品并不能和市场需求有机结合,进而导致网络安全保险市场拓展缓慢。2021年我国网络安全保险保费仅约7000万元,不到网络安全产业规模的千分之一,覆盖面极低。因此,未来网络

安全保险的发展急需创新破局。

五、网络安全保险发展建议

目前,我国的网络安全保险还处于萌芽阶段,结合我国网络安全保险存在问题以及现阶段的保险解决方案,我认为应从以下五个方向进行发展创新。

(一) 推动行业规范,落实政策扶持。

建议政府相关部门及行业协会加快推动网络安全保险的行业标准规范,依托行业规范促进业务可持续健康发展。通过国家层面的学术研究力量,明确网络安全保险定义、规范条款措辞、统一承保服务流程、完善理赔定损机制,实现市场标准化,引导有序发展。在逐步实现行业规范化的同时,继续加强市场监管体系,完善相关法律法规,确保合规经营。2022年9月,上海市保险同业公会发布了国内首个网络安全保险服务团体标准《网络安全保险服务规范》,对保险公司开展网络安全保险业务的承保、风控、理赔等各环节制定了统一标准,该规范标志着上海地区网络安全保险产业发展开启新起点。下阶段应以此为契机,制定全国性的行业规范,最终引导网络安全产业健康有序发展。

在政策扶持方面,实践证明,有利的补贴政策是新兴保险业务快速铺开的强大推动力。从我国近几年全国各省份科技保险、知识产权保险的补贴效果来看,政策扶持直接推动保险产品供给扩大,拉动市场需求提高。通过补贴试点的模式,以点带面,让社会更快得接纳新兴保险产品的,也有利于保险公司在实践中探索发展。

(二) 创新产品供给,完善保障体系。

网络安全保险产品体系的不健全,是目前限制国内市场发展的桎梏,建议从以下四点进行改善。一是模型定价方面,应联合政府部门、头部企业、数据中介机构、网络科技公司等多方共同建立风险数据库,在实践中不断积累承保理赔数据,辅助产品精算,实现精准定价。二是产品创新方面,应重点围绕互联网、金融、交通等重点发展战略领域进行深入调研,挖掘市场对网络安全保险的不同需求,积极创新保险产品供给,提供个性化保险方案,实行差异化定价。三是服务模式方面,积极倡导推广“保险+服务+科技”网络安全新理念,将保险科技主动融入到保险服务中。充分应用人工智

能、区块链等前沿技术提高网络安全风险预防能力,打造前端技术控制、后端保险兜底的一体化服务模式,全方位保障企业的网络安全风险。四是销售渠道方面,在传统直销效果不佳的现状下,通过网络安全服务厂商进行保险产品销售将成为未来发展的主流方向。经由网络安全服务厂商筛选安全意识更强的目标客户,提供“技术+保险”的双重保障,使保险迅速渗透到企业的网络安全管理中,有效提高市场占有率。另一方面,网络安全服务厂商也一定程度上简化了保险公司风险评估工作,降低了承保风险。

(三) 加强宣传力度,引导客户需求。

针对社会对网络安全保险认知不足的现状,在发展初期,保险公司应通过多层次、多渠道相结合,全面开展宣传推介工作。通过协同政府部门、行业协会、行业龙头等多方共同宣传,不断提高企业客户对网络安全意识以及网络安全保险的认知水平,引导客户需求,快速打开市场。另一方面,积极总结国内外先进经验案例,通过论坛峰会、学术宣讲、主题沙龙等多种形式组织推介网络安全保险,激发企业的投保意愿,推动形成市场认可的网路保险服务模式。通过全方位的宣传工作,让社会公众更直地了解该险种的保障内容,刺激市场需求,加速推进网络安全保险的落地及深化。

(四) 培养专业人才,提升服务质量。

网络安全保险作为保险行业的新兴领域,产业发展面临着较大的技术壁垒,对保险公司业务部门、理赔部门、客服部门的相关人员的专业素质有较高的要求。提前布局,做好网络安全专业团队建设,是业务发展初期保险公司快速占领市场的关键条件。

由于网络安全专业人才培养难度较大,短期内难以匹配业务发展需求,建议保险公司与高校开展人才培养项目,培养网络安全保险专业人才,提升专业队伍素质。公司内部,通过聘请高校教师、行业专家进行授课,定期总结分享国内外行业优秀经验,不断提高从业人员专业能力。同时,可以针对网络安全保险设立专营团队,提高团队准入门槛及薪资待遇,激发队伍的活力。

(五) 增强协同合作,培育市场生态。

在大数据时代背景下,保险公司应强化行业内外共享合作,为客户创造新价值,是未来行业发

展的新赛道。建议保险公司、科技公司、网络安全服务公司加快保险业务的融合，聚焦前沿科技，创新技术服务，重塑网络安全管理体系。发展初期，以网络安全产品附加保险保单的模式打开市场。在保险产品获得一定程度认可的情况下，推动“保险+服务”模式，为企业提供全方位的网络安全管理服务，提升产品附加值，增强客户粘性。当网络安全保险产业形成规模时，引入大数据定价、智能风险评估、自动化等科技手段，以“保险+服务+科技”模式构建立体化网络安全管理矩阵，最终深度参与到社会各行业网络安全管理中。

此外，以保险公司为媒介，加快整合产业链上下游的生态发展，引入第三方鉴定机构、数据中介等角色，完善整个网络安全产业链条，在深度融合中，激发行业活力，构建培育健康的市场生态。

六、结语

我国网络安全保险市场虽然起步较晚，但随着法律法规的不断完善，相信网络安全保险业务发展即将迎来风口。预计未来将以“保险+服务+科技”模式为基础，布局网络安全保险产业发展，实现传统型保险保障向智能化保险服务转变。凭借网络安全风险和需求的不断扩大，保险行业与各行业将在

网络安全领域不断深化融合，实现多方共赢，助推网络安全产业业态迭代升级，为我国迈向“网络强国”打下坚实基础，助力数字经济腾飞。

参考文献

- [1]叶翔.网络安全保险在我国的发展和创新研究[J].科技前沿, 2022 (4): 5-9
- [2]孙倩文 陈羽凡.网络安全保险的应用难点与发展路径[J].科技前沿, 2022 (6): 8-11
- [3]唐金成 莫赐聪.数字经济时代网络安全保险创新发展研究[J].西南金融, 2022 (1): 52-64
- [4]赛博研究院 众安科技.2022网络安全保险科技白皮书[R/OL]
- [5]郑威, 姜鼎, 郭飞等.网络安全保险国内外产业发展研究[J].信息通信技术与政策, 2022, 48 (8): 43-51
- [6]李长连, 王娜, 贺译册, 刘果, 杨飞.网络安全保险业务模型

(作者单位: 人保财险福建省分公司)

责任编辑: 谢圆虹

责任校对: 黄艺敏

理赔后督管理研究与应用

● 李莹 林少玲 卞灵赋

【摘要】 本课题旨在研究中国人寿的理赔管理模式实现省级集中、服务模式向e化转型、作业模式向智能化转型的背景下，如何通过内置体系化赔案抽取规则的理赔后督系统，提升后督管理效能，有效防范新增的各类理赔风险，并根据理赔后督系统实际发现的问题，展望如何提升理赔事中的作业质量。课题研究结合中国人寿理赔后督管理实务、后督规则和系统建设等，立足当前后督岗位和人力配置，确保案件抽取满足新管理模式、新作业模式的需要，切实发挥理赔后督管理效能，避免增加不必要或效能低下的日常作业。

【关键词】 保险；理赔后督管理细则；理赔后督工作流程；后督风险规则模型；理赔后督智能系统

引言

保险业科技化创新的发展带动了运营管理模式的转变，构建系统化、智能化的风险防控体系势在必行，成为新运营模式下提升理赔风险管控能力和作业效能的首要任务。以智为帆，优化后的理赔后督管理体系，使中国人寿的理赔后督模式得到新突破，对提升理赔后督工作的效能取得一定成效。围绕“以创新作为发展的重要驱动力、全力推进后督工作数字化转型”的目标，福建国寿在系统内首家综合运用风险规则动态配置、智能检索引擎、指标动态监测、镜像部署等技术，开发理赔后督智能管理系统，打破工作流程瓶颈，创新工作模式，构建系统化、智能化的理赔风险防控体系。

一、研究背景与意义

2021年是“十四五”规划的开局之年，中国经济发展正处于新旧动能接续转换、经济转型升级的关键时期，保险业面临诸多挑战，也处在发展的黄金机遇期。中国人寿坚持以客户为中心的理念，以创新作为发展的重要驱动力，持续深化科技与寿险价值链融合，全面推进数字化转型，借助保险科技、网络大数据等全速加快科技化创新。国寿理赔

通过推动线上服务智慧升级，基于互联网进行客户智能身份识别，线上完成理赔申请、影像资料自助收集、理赔规则自动校验审核等理赔流程，使客户足不出户即可办理理赔业务，倾力为客户提供“简捷、品质、温暖”的理赔服务。

（一）保障保险企业利益和消费者权益需要完善的后督体系

加强理赔风险管理是保险企业履行保险金给付责任的保证，严格控制理赔风险，既不惜赔也不乱赔，才能保证理赔储备金充足，才能让客户在发生保险事故后及时得到经济补偿和生活保障；加强理赔风险管理是保险企业创立品牌、健康发展的需要，高品质的理赔是客户的需求、公司理念的反映，同时也是保险企业实现价值最大化的一个重要的内在因素；加强理赔风险管理是规范保险经营的需要，保险企业在各个方面、任何经营环节上的疏漏都会在理赔环节中体现出来，同时也增加了理赔风险；加强理赔风险管理，防止骗赔和错误理赔，才能保障保险行业秩序、保护消费者和保险公司免受损失，同时也是减少保险欺诈的重要举措。

（二）智能化、集约化的理赔作业模式需要高效的后督模式

目前中国人寿理赔已全面完成理赔业务省级集

中,实现智能化的理赔作业模式、便捷的E化服务模式。在科技化理赔模式不断发展的背景下,运营作业风险广泛存在于理赔业务环节。伴随理赔服务向e化转型,客户通过e化渠道申请的理赔业务占比逐步提高,增加了人为篡改、伪造医疗票据等虚假理赔和重复理赔的新型风险;理赔业务向智能化转型使全流程智能化作业的赔案占比极大提高,也新增了无法核对申请资料原件,无法逐案判断欺诈行为的风险;集约化的理赔工作模式将理赔案件中大量简单、重复的操作性工作外包,增加了外包人员作业质量不一导致的理赔风险,有效管控运营作业风险显得更加重要和迫切。

二、理赔后督工作现状分析

中国人寿现有的理赔后督模式缺乏完善的后督管理体系,后督工作流程不清晰,任务生成非系统化,数据统计非智能化。

(一) 缺乏系统应用

后督数据提取依赖人工作业,缺乏智能化作业应用。需根据不同风险因子在大量赔案的数据基础上手工筛选出后督任务,作业效能低下。

(二) 风险覆盖面狭窄

缺乏完善的后督风险规则模型应用于赔案风险识别,人工抽取数据对各类赔案的多项风险点覆盖面不够广泛,无法定期根据后督结果做到风险规则智能更新。

(三) 工作流程不规范

后督任务管理缺乏规范,后督工作流程不清晰,无法实现系统化地追踪和反馈任务处理过程。

(四) 人工统计数据单一

后督数据统计维度不全面,后督工作流程结束后,依靠人工仅能统计抽取率、阳性率等后督数据。无法智能化地多维度统计,例如风险规则阳性率、理赔作业人员差错阳性率等各项后督成效数据。

三、优化理赔后督管理体系

通过现状分析、问题查摆等综合分析,中国人寿对理赔后督管理体系研究的总体构想是结合理赔后督管理实务,细化解赔后督工作细则;立足后督岗位和理赔作业岗位职责,优化理赔后督工作流程;梳理后督风险因子,细化解赔后督风险规则,

提升作业效能;搭建理赔后督智能系统,提升理赔后督管理效能。确保后督流程、案件抽取规则、赔案检查标准、数据统计分析均能满足理赔工作新管理模式、新作业模式的需要,同时根据后督结论分析,将理赔风险规则反馈事中环节,切实提升理赔作业质量。

(一) 结合理赔后督管理实务,细化解赔后督工作细则

1. 权限分离,专人专岗

理赔后督工作应指定专人作为后督专岗,不具任何理赔业务处理权限,只拥有理赔查询权限。工作内容包括理赔业务处理事后监督检查工作,包括开展检查、发现和报告问题、提出整改措施、抓好省公司本级整改、督促基层整改,还包括定期通报后督情况和建立事中作业人员考核与处罚机制。

2. 根据检查内容细化检查标准

(1) 检查理赔案卷资料是否完整。包含申请人、受益人、法定继承人和被保险人的身份及关系证明是否完整,保险事故证明、医疗材料等是否真实、规范、完整,领款账户是否准确,并对与此次出险相关的影像资料的完整性进行检查。

(2) 理赔单证填写是否准确。核查申请人或权益人申请资料,包括申请书、交接单、保险金权益转让声明书、身故保险金分配声明书等内容填写是否准确及完整;认真执行CRS遵循工作的相关要求,了解客户的税收居民身份,识别非居民金融账户,妥善保管收集的资料并报送账户相关信息;收集受益人的声明文件,同时收集对应的证明材料副本,对合理性进行审查并签字确认。

(3) 检查理赔调查过程是否得当。主要检查理赔调查的完整性、准确性。包括前置调查案件中符合提调标准未提调的;死因不明案件在获知事故发生但在火化前未发出尸检通知书的;需要调查多个地点或相关人员但仅调查个别地点或人员的;是否存在应进一步展开与赔付结论密切相关的理赔调查却未处理。

(4) 检查核赔作业流程是否合规。包括各作业岗位人员是否按照岗位、权限管理制度作业;需提交调查、核保、法律事务岗、重大疑难委员会等其他相关部门出具意见的业务,相关资料及流程是否合规、齐全;检查理赔处理、理赔金给付、拒赔通知是否符合监管相关规定和时效要求;理赔协议

书、拒付通知书、解除合同通知书、理赔核定通知书等的签订和缮制是否符合法律规定及条款约定；是否有该次保险事故应处理而未处理的保单。

(5) 检查系统信息录入是否正确。包含对系统申请人、证件有效期、账户所有人、账号等关键信息是否准确；出险结果、出险时间、出险经过等赔案信息是否录入准确；系统委托信息是否未录入或录入错误、不完整的；反洗钱信息是否未录入或录入错误、不完整。

(6) 检查理赔结论是否准确。通过查询被保险人历史理赔记录，核实是否存在重复理赔风险；出险事故发生日期是否在保险合同有效期内；出险事故是否属于保单保险责任；出险人是否为合同约定的被保险人或投保人；根据条款责任、责任免除、保单特约、保单疾病除外责任等，核实理算公式、理算金额及理赔结论是否准确。

(7) 检查理赔委托及领款权益是否准确。该项主要对案件委托手续和领款人的理赔金受益资格进行核查：包括对保险金权益转让（或放弃）、委托代办业务是否进行临柜确认或事前电话回访、调查；委托、权益转让真实性的回访话术是否规范；权益人金额分配比例是否准确；系统录入实际领款人账户信息是否与资料一致；结案后理赔金是否到账。

(8) 其他内容检查。包括发现其他违反管理规定的情形；遗漏/延迟上报检查案件资料（含电话录音）；理赔保险金付款方式为现金、转账支票的案件；领款人非保险金权益人；理赔权限的遵守性；应付数据核查的准确性。

3.根据赔案类型细化检查标准

全流程自动化赔案，重点应关注赔付方案与保单特约的赔付比例等内容是否一致，系统自动理算的赔付金额是否准确。e化渠道申请的赔案，重点关注影像是否清晰真实，事故证明是否存在人为篡改，医疗资料是否存在造假等情况。拒付协议赔案，重点关注拒付通知发出是否符合监管相关规定和时效要求，理赔协议书、拒付通知书、解除合同通知书、理赔核定通知书等的签订和缮制是否符合法律规定及条款约定。不予受理或撤销的赔案，重点关注出险事故是否属于责任范围，理赔资料是否缺失，不予受理或撤销的理由是否充分，作业流程是否得当。理赔直付的赔案，因直付业务均由理赔

作业人员以清单的方式导入系统并结案，重点应关注是否存在重复理赔，确保医疗数据及直付赔案的真实、准确和完整。

4.定期通报后督情况

后督岗位人员按照规定抽查频率进行检查，当天完成后事后监督检查后，建立《业务事后监督检查情况登记簿》，对核查的业务进行登记，留存核查记录备查。每月根据后督结果和问题件整改情况，统计后督抽检比例、后督阳性率、后督规则阳性率、后督作业时效、赔案修改时效、整改率等多维度的后督指标数据，分析本月差错件类型与情况，形成后督月度通报，实行定期通报的机制。

5.建立后督考核与处罚机制

(1) 业务处理人员的考核和处罚。根据中国人寿《核赔部人员业务处理数量及质量考核标准》对后督核查发现各类型差错件或案件发调不合理等情况，对赔案作业人员进行相应月度绩效扣罚，理赔作业人员对差错件整改不及时也按相关标准进行月度绩效扣罚。

(2) 后督岗位人员的处罚。在审计以及其他各类检查中发现了省公司后督抽查件中存在后督时未发现的问题，将根据该问题性质和情节严重程度，对该抽查件后督人员在日常绩效考核中给予处罚。

(二) 立足后督和理赔作业岗位职责，完善理赔后督工作流程

中国人寿将理赔后督工作流程分为后督任务生成和分配、后督任务检查和整改、后督任务复查和确认三大环节，涉及理赔后督人员、理赔作业人员、柜面人员、财务系统、调查/核保人员五类岗位。

1.后督任务生成和分配

后督任务生成包含两种方式，一是根据配置的规则由系统自动抽取生成任务，后督系统每天上午8点前，根据我省配置的后督内置规则（各类必查及抽查的风险因子），在前一日进入数据库的已结赔案中自动抽取后督任务（按照不同赔案的数量占比比例抽取）。二是由人工手动发起生成后督任务，可支持后督人员手工录入赔案号或批量导入数据，查询出对应赔案后手动发起，生成后督任务。抽取的赔案以后督任务号为单位进入后督任务公共池内。

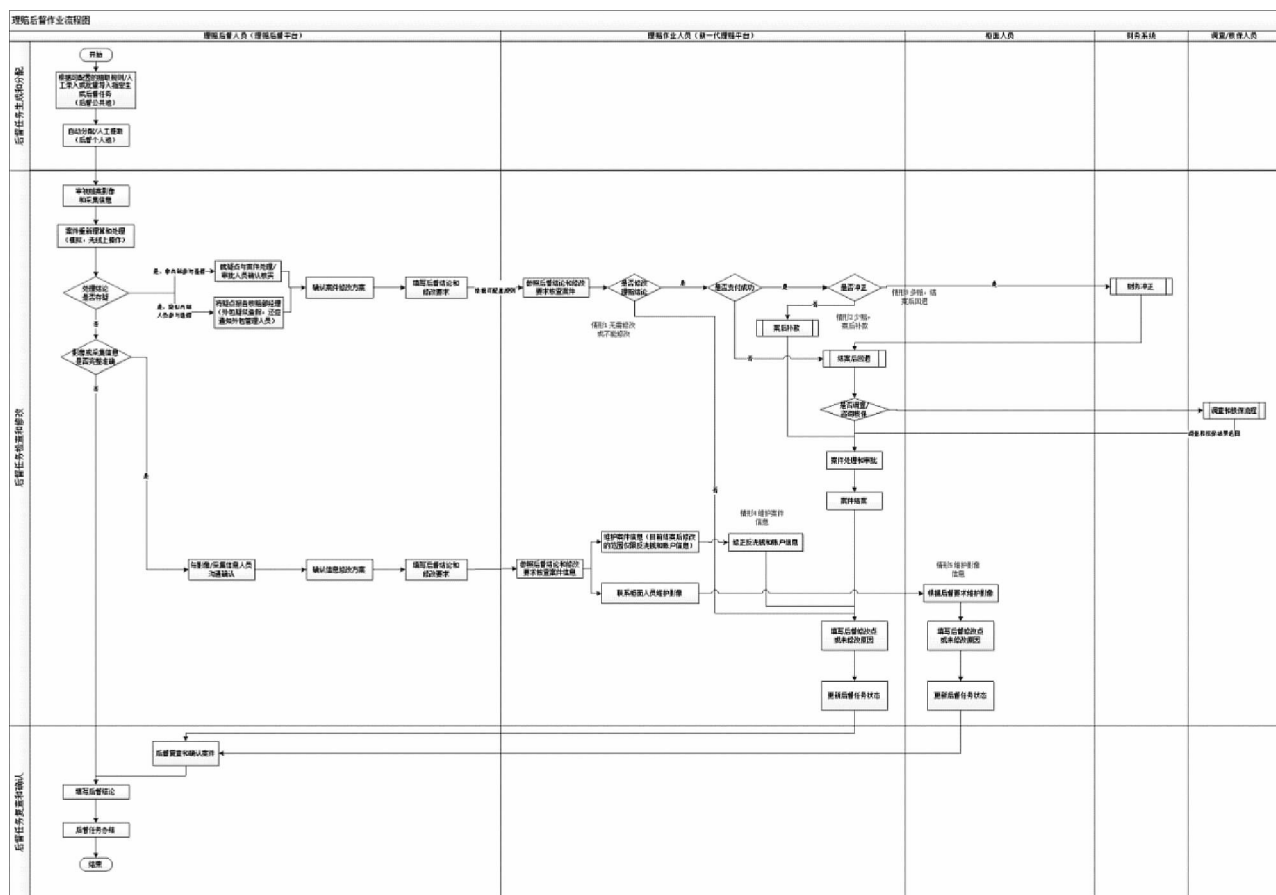


图1

理赔后督工作流程图

后督任务分配可由后督人员自行提取后督任务；或根据赔案类型、命中风险规则类型、地市等分类后督任务，并平均分配至各后督岗位等多种任务分配方式。

2.后督任务检查和修改

后督任务检查是后督人员根据分配的后督任务，全面审视赔案的影像、采集信息、流程、权限、质量，参照后督核查标准，模拟案件重新理算和处理，判断处理结论是否存疑。核查完成后，根据赔案是否检查通过进行以下两种处理流程：第一是未检查通过的阳性风险赔案，阳性结果又包括两大风险点：（1）处理结论是否存疑。后督人员确认处理结论存疑的同时核实是否为公司内部参与赔案造假，非内部参与造假则后督人员就疑点与案件处理/审批人员核实并确认案件修改方案，将整改任务通知对应的理赔作业岗位人员。（2）影像或采集信息是否完整准确。后督人员经审核发现赔案的影像或采集信息不完整或存在错误，与影像/采

集信息人员沟通后确认信息修改方案，将整改任务通知对应的理赔作业岗位人员。第二是检查通过的赔案，经审核赔案处理结论无误且影像或采集信息完整准确，填写后督结论后办结任务，该后督任务处理结束。

后督任务修改该流程由理赔作业岗位人员处理，根据处理结论存疑和影像/采集信息错误两类后督结论分为两种修改流程：

(1) 处理结论存疑修改流程。该流程包含三个环节：第一是核查修改案件。理赔作业人员查看后督问题件的个人服务号和后督结论、具体修改要求等信息，参照后督结论和修改要求核查赔案，进行问题件修改。第二是根据赔案的错误情况确认是否需要修改理赔结论。该环节分为两种处理流程，一是无需修改该赔案的理赔结论，理赔作业人员填写后督修改点或未修改原因，将结果反馈至后督岗位后办结问题件修改任务；二是需要更改赔案的理赔结论，则进一步判断该赔案是否已支付赔款。若

赔款未转账成功,理赔作业人员可进行“结案后回退”操作,待赔案回到理赔处理岗位再判断是否需要调查/咨询核保,若需要则发送任务至调查/核保人员,待结论返回后重新进行案件处理和审批,完成结案。若赔款已转账成功,理赔作业人员需根据赔案理算结论确认是多赔还是少赔,判断该赔案是否需要冲正赔款。少赔则无需冲正赔款,通过新一代系统“案后补款”流程进行立案处理并审批结案,多赔则需要通过财务系统冲正赔款,再由理赔作业人员进行“结案后回退”操作,待赔案回到理赔处理岗位再判断是否需要调查/咨询核保,若需要则发送任务至调查/核保人员,待结论返回后修改理赔结论并重新审批,完成结案。第三是反馈赔案修改情况至后督岗。理赔作业人员无法修改赔案或者已完成赔案修改并重新结案,将问题件修改情况和结论反馈至后督岗位人员。

(2) 影像或采集信息不准确修改流程。该流程包含三个环节:第一是核查修改案件,理赔作业人员查看后督问题件的个人服务号和后督结论、具体修改要求等信息,进行问题件修改。第二是根据要求维护案件信息或影像,包括三种情形,一是修改系统反洗钱的信息,可由省公司理赔作业人员通过理赔查询打开赔案后直接修改反洗钱界面的信息;二是修正账户信息,由柜面人员提交“结案后修订账户”的申请,省公司理赔作业人员进行审批;三是维护赔案影像,理赔作业人员联系柜面人员根据后督要求维护赔案影像。第三是反馈赔案修改情况和结论至后督岗。

(3) 后督任务复查和确认。该流程由后督人员处理,理赔作业人员反馈赔案修改情况,后督人员应查看其录入的修改情况,进行复查和确认,核查无误后可办结任务,工作流程结束。

(三) 梳理理赔后督风险规则,验证后督风险规则模型

中国人寿通过充分调动业务要素辅助风险挖掘,建立风险规则模型,并在此基础上验证后督风险规则,对理赔业务进行准确、高效的风险识别和排查,筛选可疑案件进行核查。



图2 理赔后督风险规则分类图

结合国寿新版核赔实务关于理赔质量和后督工作内容,日常理赔作业经验及后督工作分析,总结出16类理赔高风险类型,包括保险责任判断风险、高额高频风险、客户风险、重复理赔风险、全外包作业风险、全流程自动化风险、系统操作风险、保单风险、内部人员风险、反洗钱风险、销售人员风险、理赔结论真实性风险、调查风险、事故真实性风险、财务支付风险、投诉风险。

融合国寿现有理赔系统事中风险因子和原有八版系统后督平台风险规则,参考调查后督风险规则和基层调研问卷情况、其他公司的调研内容,从案件维度、保单维度、票据维度、出险人维度、赔案维度、人员维度、医疗事件维度考虑,根据16类高风险类型,梳理出88条后督风险规则,并在此基础上建立后督系统风险规则模型。

(四) 发挥科技赋能创新优势,搭建理赔后督智能系统

中国人寿通过搭建理赔后督智能系统,将风险规则模型置入系统,实现智能化识别赔案风险并生成后督任务。后督人员对抽取案件的影像、流程、权限、质量等进行核查,将后督结论通过系统反馈给理赔作业人员进行整改、追偿,实现后督人员核查及理赔作业人员整改过程系统化可追踪。

同时理赔后督智能系统具备完善的后督数据统

表1 理赔后督风险因子表

序号	风险类别	分数	风险维度	风险因子说明	必查/抽查
1	重复理赔	5	票据维度	不同赔案下, 出险人不同, 医院+票据号相同	必查
2			案件维度	不同赔案下, 出险人+出险日期相同	必查
3			票据维度	不同赔案下, 出险人+票据开始日期+票据申请金额相同	抽查
4			票据维度	医疗机构+票据号+票据起始时间相同	必查
5			票据维度	系统票据号录入为## (包含#) 的赔案	必查
6			票据维度	同一被保人同一天同票据申请金额有过申请	必查
7			保单维度	同一个保单下, 同一出险人, 存在住院申请, 且多次住院时间有重叠	必查
8			案件维度	同一保单同一被保险人同一出险日3次 (含) 以上理赔的理赔案件。	必查
9			案件维度	不同赔案下, 出险人+出险原因相同, 出险时间前后30日内的不同赔案	抽查
10			案件维度	出险人+保单号+出险时间相同	抽查
11			案件维度	出险人+保单号+理赔金额相同	必查
12	高额风险	2	案件维度	身故/伤残: 疾病身故/伤残案件, 理赔金达到15万元; 意外身故/伤残案件, 理赔金达到10万元。	抽查
13			案件维度	身故/伤残: 疾病身故/伤残案件, 理赔金达到30万元; 意外身故/伤残案件, 理赔金达到30万元。	必查
14			案件维度	重疾: 理赔金额达到10万元重疾案件	抽查
15			案件维度	重疾: 理赔金额达到30万元重疾案件	必查
16			案件维度	医疗/津贴案件: 疾病医疗/津贴案件, 理赔金达到3万元; 意外医疗/津贴案件, 理赔金达到3万元。	抽查
17			案件维度	医疗/津贴案件: 疾病医疗/津贴案件, 理赔金达到20万元; 意外医疗/津贴案件, 理赔金达到20万元。	必查
18			案件维度	人工处理、自动审批通过的身故赔案, 按赔案数量的10%随机抽取	抽查
19	高频风险	4	出险人维度	同一个保单, 一个保单内年度内, 出险原因为疾病, 申请理赔5次 (含) 以上	抽查
20			保单维度	同一个保单, 一个保单内年度内, 出险原因为意外, 申请理赔3次 (含) 以上	抽查
21			出险人维度	一年内, 相同出险人, 因疾病重复出险5次 (含) 以上	抽查
22			出险人维度	被保险人1年内发生小于3000元理赔件超过4件 (含) 以上	抽查
23			出险人维度	近2年内, 相同出险人, 因意外重复出险3次 (含) 以上	抽查
24	客户风险	3	出险人维度	疾病医疗/身故, 保单特约除外疾病与出险原因/疾病一致	必查
25			出险人维度	出险人职业与保单特约拒保职业一致	必查
26			出险人维度	系统录入的出险人/申请人信息与保单内信息不一致 (包括证件号码、出生日期、手机号码、职业等)	抽查

续表

序号	风险类别	分数	风险维度	风险因子说明	必查/抽查
27	客户风险	3	出险人维度	投保人、被保险人、受益人、报案人之一被纳入核保高风险客户名单。	抽查
28			出险人维度	机构投保人属于团险第三方重点关注名单范围	抽查
29			出险人维度	长期寿险两年内出险、观察期内出险，追溯生效日期间内出险	抽查
30			出险人维度	保单生效或复效后一年内疾病身故	抽查
31			出险人维度	短期险生效或复效观察期内出险	抽查
32			出险人维度	团单增人后10天内出险。	抽查
33			出险人维度	首次投保，意外出险日期在保单生效后10日（含）以内。	抽查
34			出险人维度	被保险人近2年存在非正常核保结论。（包括拒保、延期、次标准体、脱落，不限于公司内部，包括同业公司）	必查
35			出险人维度	被保险人近2年存在理赔结论为协议/拒赔的理赔记录包含当次案件（包括同业公司）	必查
36			出险人维度	同一出险人既往有重大疾病保险理赔记录。（包括公司内部和同业公司）。	抽查
37	全流程自动化	2	案件维度	自动处理且自动审批赔案，可由分公司按照实际人力，按金额设置抽查或者必查比例	抽查
38			案件维度	赔付金额低于系统录入票据金额的20%（含）以下	必查
39			案件维度	赔案中的医疗责任赔付金额高于系统录入票据金额的70%（含）以上	必查
40			案件维度	医疗+津贴，赔付金额超过系统录入票据金额	必查
41			案件维度	人工初审环节在票据初审中勾选后续治疗，核查是否在保险期间届满次日起90/15日内	必查
42	全外包作业	1	案件维度	初审、处理和审批作业，人工作业均为外包人员的赔案	抽查
43	内部人员风险	4	案件维度	受理、初审、处理、审批人员与出险人是同一人	必查
44			案件维度	受理、初审、处理、审批人员与申请人是同一人	必查
45			案件维度	受理、初审、处理、审批人员与投保人是同一人	必查
46			案件维度	受理、初审、处理、审批人员为离职理赔人员（抽取需分布不同年份，对于离职前1个月作业的要重点查）	抽查
47	系统操作风险	2	赔案维度	给付类型为承保约定协议的赔案	抽查
48			赔案维度	拒付案及协议案	抽查
49			赔案维度	系统理算的给付赔款金额超过系统录入的票据申请总金额	必查
50			赔案维度	短期险1月份结案在上一年度未计提的案件	必查
51	保单风险	2	票据维度	住院治疗费用结束日期超过保险期间届满次日起90日	必查
52			票据维度	门诊治疗费用结束日期超过保险期间届满次日起15日	必查
53			票据维度	无续保或未特约免除观察期保单在观察期内正常理赔	必查

续表

序号	风险类别	分数	风险维度	风险因子说明	必查/抽查
54	保单风险	2	案件维度	保单处于垫交状态发生理赔	抽查
55			案件维度	保单处于失效状态发生理赔	必查
56			案件维度	保单处于质押状态发生理赔	抽查
57			案件维度	保单处于借款状态发生理赔	抽查
58			案件维度	保单处于冻结状态发生理赔	必查
59			保单维度	理赔后合同状态异常的案件	必查
60			保单维度	团体保单赔付率大于等于100%	抽查
61	销售人员 风险 (自保/互保)	4	案件维度	赔款支付给保单销售人员的 (保单的投保人、被保险人非销售人员)	必查
62			案件维度	销售员自保件 (包括销售员作为投保人、被保险人、受益人, 或亲属关系保单) 投保3年内出险。	抽查
63			案件维度	委托件, 受托人为销售人员但与申请人关系非销售人员	抽查
64			案件维度	销售人员名下保单在1年内发生3次 (含) 以上不同客户无关联意外事故, 且投保时间集中 (近2年)。	必查
65			人员维度	销售员有被销售督察处罚记录。	必查
66			人员维度	销售员曾被纳入加强管控名单。	必查
67	反洗钱风险	1	案件维度	理赔金额10000 (含) 以上, 申请人与被保险人一致, 反洗钱信息与保单内客户信息不一致。	必查
68	调查风险	3	人员维度	该被保险人既往已结赔案中, 调查结论存在阳性记录。	抽查
69			人员维度	调查阳性率较低/调查效能低的调查人员所调查的案件	抽查
70	事故真实性 风险	5	案件维度	申请时间早于系统录入的票据时间/出险结果时间。	必查
71			案件维度	客户在系统内存在死亡登记, 死亡登记日期之后出险。	必查
72			案件维度	客户在系统内存在死亡登记, 死亡登记日期之后投保。	
73			案件维度	团单指定生效日/追溯生效日的保单 (除外续保保单), 出险时间在保费收取日期之前的赔案	必查
74			案件维度	出险结果为医疗, 赔案影像类型中未包含“医疗费用收据”类型	抽查
75			保单维度	中途增人或增减人的团单, 出险时间在系统增人时间之前的赔案	必查
76			医疗事件 维度	津贴案件, 被保险人单次住院天数超过40天 (含) 以上。	抽查
77	财务支付 风险	3	案件维度	结案后修改收款人、收款银行账户的案件	抽查
78			案件维度	付费方式为现金或转账支票以及理赔金转账账户所有人不为权益人的理赔案件	必查
79			案件维度	身故理赔款领款人与出险人非亲属关系	必查
80			案件维度	领款人与出险人非亲属/雇主关系	必查

续表

序号	风险类别	分数	风险维度	风险因子说明	必查/抽查
81	财务支付 风险	3	案件维度	身故案件，出险后变更系统指定受益人的理赔案件	必查
82			案件维度	同一账号一年内领取不同出险人的保险金5次（含）以上。	抽查
83			案件维度	同一银行账号不同保单赔付次数大于2	必查
84			案件维度	同一银行账号同保单号赔付次数大于1	必查
85	投诉风险	1	人员维度	按操作人员工号提取，提取不予受理和撤案案件率（不予受理+撤案案件/所有案件总数）大于系统均值的案件。	抽查
86	保险责任 判断风险	1	案件维度	按地市机构号提取，提取不予受理和撤案案件率（不予受理+撤案案件/所有案件总数）大于系统均值的案件。	抽查
87			案件维度	抽取不予受理类型为非保险责任、其他明显不属于保险责任范围的情况、无可赔付金额的赔案	抽查
88			案件维度	抽取撤案原因为非保险责任范围类型的赔案	抽查

计分析功能，可对后督赔案的数量、差错类型、整改时效等指标进行统计并实现多维度的报表展示。后督系统支持新增后督风险规则，修改风险规则的数值参数，定期自检风险规则阳性率，智能更新风险规则模型。

1.建立理赔后督系统数据库

搭建理赔后督管理系统需建立在完善的已结赔案数据库的基础之上，该数据库需满足系统进行高级筛选及查询后督任务时所涉及到的字段，还需满足理赔后督风险规则抽取任务时涉及的字段。通过对88条理赔后督风险规则梳理出的91个取数字段，

加上调查后督风险规则涉及的取数字段，经国寿科技部从数据服务平台等提取字段，设计出1个主表和4个附表共117个字段，组合成后督系统的已结赔案数据库结构。根据数据库表结构，对接中国人寿生产数据库，每日的已结赔案数据按照表结构传输至理赔后督系统，目前数据库以T+2的逻辑自动更新赔案数据。

2.设计理赔后督系统模块

中国人寿设计的理赔后督智能系统分为作业模块与管理模块两大部分：

作业模块主要实现：（1）自动生成后督任务。



图3 理赔后督系统模块图

通过配置的后督风险规则，实现智能化识别赔案风险并生成后督任务；支持人工录入及批量导入，手动发起生成后督任务。（2）系统连接工作流程。后督岗核查后将问题件通过系统通知理赔岗进行整改、追偿，修改后反馈后督系统，实现后督核查及理赔整改过程系统化可追踪。（3）调查理赔任务交互。实现调查与理赔后督任务交互，调查后督发现问题件可推送任务至理赔后督任务池。

管理模块主要实现：（1）修改新增风险规则。实现根据需求个性化配置风险规则，修改规则抽取比例、参数数值等。将风险因子可视化，支持新增风险规则。（2）智能更新规则模型。实现后督风险规则自我检验，根据系统计算的规则的阳性率，定期对风险规则的抽取比例等进行自动调整。（3）多样统计后督数据。后督任务数据可导出清单，具备完善的后督数据统计分析功能，支持多维度的报表展示各项后督成效。（4）统一用户权限登录。通过UAA对接实现统一账户权限登录，支持专人专岗，配置理赔后督组长、组员、理赔作业岗对应操作权限。

四、实践与效能评估

中国人寿研发的理赔后督智能系统经过不断测

试已上线使用，实现理赔后督工作模式向智能化、系统化、规范化的转变。

（一）智能生成任务，提升工作成效

国寿原有后督任务生成流程为人工抽取已结赔案数据，通过EXCEL工具手工匹配风险规则，筛选符合条件的赔案，表格登记后督任务。开发理赔后督智能管理系统，实现后督任务生成全自动流程，替代原有繁琐的人工作业模式。

理赔后督智能系统内置后督风险规则模型，智能匹配生成后督任务，提高风险识别的精准性，极大地提升后督核查效能。

（二）优化工作流程，提高作业效率

人工筛选后督任务环节需要耗费大量的时间，通过EXCEL工具处理数十万计的赔案数据清单，匹配一条风险规则至少需要半天，且处理过程中无法用电脑办理其他工作。且大部分规则无法通过人工处理匹配，需由科技部协助取数，抽取一条风险规则的后督任务至少需要1天，需根据各部门取数需求排期，所耗费时间难以预估，匹配一条规则平均花费0.75天，则匹配风险模型的88条风险规则至少需要66天。

理赔后督智能系统同时匹配多条风险规则，只需秒级生成后督任务。后督人员无需再花费时间进行后督案件筛选工作，直接进行后督任务核查环节，极大优化工作流程，提高作业效率的同时可节约后督人力配置。

（三）系统流转任务，流程更加规范

因缺乏系统应用，国寿原有后督工作流程中，后督岗与理赔岗间就差错件的通知、修改等互动环节，均通过口头或协同工具等线下完成。切合理赔后督工作流程开发的理赔后督智能系统，使后督及理赔岗位间作业交互均在系统内完成，实现后督工作流程系统化，工作轨迹可追踪，理赔后督工作更加规范化。同时，后督工作



图4 任务生成环节优化前后对比图

表2 后督任务筛选环节所需时间优化前后对比

优化前	VS	优化后
至少0.5天	人工筛选后督任务	0分钟
至少1天	系统抽取后督任务	0分钟

流程线上化省略岗位间无效沟通时间，阳性件整改效率及后督人均核查件数均得到大幅提升。

（四）联合调查后督，扩大风险覆盖

若调查后督发现调查流程不规范，存在虚假调查或保险欺诈情况，可通过理赔后督智能系统推送任务至理赔后督岗核查整改。系统实现调查与理赔后督任务交

互，在88条理赔后督风险规则的基础上增加32条调查后督风险规则，扩大风险覆盖面。

（五）灵活配置规则，兼顾个性需求

国寿原八版理赔系统后督平台的风险规则类型单一，且无法支持前台配置和更新规则。理赔后督智能系统优化了风险规则管理模式：一是实现了风险规则智能更新，定期通过对规则阳性率的分析，

智能调整规则开关和抽取比例等。二是支持灵活的个性化配置，各分公司可根据理赔作业情况和后督风险需求的变化，由前台人员选择是否打开风险规则开关、设置是否必查，手工调整各条规则的任务抽取比例、风险规则参数数值等。三是风险因子可视化，可通过自由选择风险因子进行组合，新增后督风险规则，优化风险规则模型，兼顾个性需求的同时使后督工作与时俱进。

（六）多样统计数据，反馈前端环节

既往后督数据统计依赖人工处理，仅每月初人工统计1张报表反映后督情况，需耗费人力时效且统计结果单一，无法多维度展示各类后督工作成效。理赔后督智能系统实现智能统计分析各项后督数据并以报表形式展示，选择统计时间范围即可一键生成报表，使后督工作成效一目了然。

通过统计各风险规则阳性率、各类后督差错类型比例，有利于总结赔案常见问题，反馈理赔前端环节，提示理赔作业人员风险点，从而提高理赔质量。

（作者单位：中国人寿福建省分公司）
责任编辑：李于进
责任校对：谢圆虹



图5 理赔后督工作流程优化前后对比图

表3 后督风险覆盖面优化前后对比

优化前	VS	优化后
风险规则类型单一，多为手工随机抽取数据	风险规则覆盖	风险规则模型包含88条理赔后督规则和32条调查后督规则

表4 风险规则配置优化前后对比

优化前	VS	优化后
风险规则无法智能更新与调整	后督风险规则模型	定期智能更新风险规则模型，根据需求前台调整配置风险规则

表5 报表统计优化前后对比

优化前	VS	优化后
人工统计1种报表	报表类型	系统统计5种报表
0.5个工作日/次	耗费时间	0分钟

浅议寿险保险欺诈指标 确定和量化的运用

● 陈稣彬 陈润东 戴晓玲

【摘要】 本文旨在对寿险保险欺诈的特点进行探讨和分析,提出保险欺诈是可以通过量化特异性现象进行系统识别的观点。希望通过对保险欺诈指标进行量化,从保险欺诈的不同阶段去归集和量化特异性现象,提高保险公司对保险欺诈案件的识别和打击力度。

【关键词】 欺诈指标;量化;特异性现象;欺诈风险识别

随着现代保险服务业的发展和金融市场一体化进程加快,保险欺诈行为频发并有蔓延趋势,欺诈范围不断扩大,涉案金额不断增加,行为途径更加隐蔽。打击保险欺诈行为,遏制保险欺诈风险,已成为保险业务风险防范的一个重要方面。保险公司需要进一步完善和提升对保险欺诈案件的识别技能和手段。

一、保险欺诈和保险欺诈的构成

(一) 保险欺诈

本文所指的保险欺诈是狭义的保险欺诈,是指投保人、被保险人或受益人为谋取保险金而故意制造保险事故或隐匿、编造事故事实及材料的行为。保险欺诈风险的识别主要是依靠对客观风险事件、历史经验数据和感性认识来判断,并加以适当的归纳、整理和提炼,从而找出各种明显和潜在的风险及其损失规律。

保险公司要有一套系统、科学、专业的方法对保险欺诈进行识别。保险欺诈风险的识别信号是开展保险欺诈风险识别工作的重要内容,分析这些风险预警信号,可以把握保险欺诈风险中普遍的特点,有针对性地找出可能存在的风险点,使风险具有可控性。

(二) 保险欺诈指标的构成

保险欺诈指标是指保险人针对保险欺诈在投

保、事故发生及索赔阶段所表现出的异常举止或特定行为方式等特异性现象进行归纳、分类、总结和量化,并为最终确定个案是否有保险欺诈企图及其程度所提供的参考依据。

保险欺诈是指投保人、被保险人或受益人以骗取保险金为目的,以隐瞒真相、虚构事实等手段,骗取保险人向其支付保险金的行为。定义中明确了构成保险欺诈的三个要件:一是谋取保险金的企图;二是实施或放入保险事故发展行为;三是对保险公司进行隐瞒。可归纳六个字:动机、行为、隐瞒。

下面举例欺诈案件,均是以获取保险金为目的,这些构成要件可以在欺诈的不同阶段得到体现和印证。

二、特异性现象是构成保险欺诈指标的核心

保险欺诈案件中的特异性现象可出现于投保过程、事故过程、索赔过程等各个阶段。计划性欺诈在投保过程中的特异性现象比较集中,而机会性欺诈则在索赔过程中的特异性现象比较集中。

(一) 投保过程中的特异性现象

凡是列入到投保过程中的特异性现象都说明投保人可能具有较为强烈的保险欺诈动机。这是因为寿险产品不同于日常生活与工作中的普通消费品,不具备主动购买、重复购买甚至超出支付能力购买的吸引力。利用投保过程中的特异性现象对案件欺

常见典型欺诈类事故的表现与分析

欺诈事故类型	动机（投保过程）	行为（事故过程）	隐瞒（索赔过程）
谋杀	受益人因追求高额保险金致被保险人死亡。该动机通常产生于投保前。	制定详细谋杀计划。因事故的发生过程蹊跷，事故过程通常作为理赔审核及调查重点。	受益人编造保险事故欺骗保险公司。保险公司需借助司法机关力量才能明确事故性质。
冒名治疗	借用他人保单降低医疗费用的开支。动机产生于事故后。	事故发生正常治疗。仅在时间上存在疑点，事故过程看上去相对正常。	针对保险事故的发生时间进行隐瞒。保单签单过程是理赔审核及调查重点。
编造事故	已发生了责任免除的事故，为获取保险金而谎称发生其他事故。该动机产生于事故发生后。	对事故所导致的理赔结果有清醒的认识并着手准备索赔。由于事故过程涉及责任免除事项可能性较大，故对事故过程的理赔审核及调查较为关键。	事故发生后设法用各途径隐瞒，并找事故处理机关开具正常理赔材料。
假死	谋取高额死亡保险金。该动机通常产生于投保前	假报失踪或寻求替身、制定假死计划。当事人对事故过程安排周密，保险公司对死者身份或失踪事实认定有一定困难。	开具虚假证明、伙同他人欺骗保险公司。在保险公司核查过程中常会发现被保险人在财务方面存在严重不实告知。
自残	为了高额残疾保险金铤而走险，多面临财务困境。该动机通常产生于投保前，并主动购买高额意外险。	制定自残计划，自己或伙同他人实施自残。致残经过通常成为当事人及调查人关注重点。	报案、索赔阶段极力主张意外。在保险公司核查过程中，往往会首先发现一些重要隐瞒项目，如财务方面不如实告知。
带病投保	本人已经患疾病，为减少庞大医疗费用开支而投保。该动机通常产生投保前，主动投保的可能性大。	对疾病的发生、发展、治疗清晰。因此调查过程中对当事人病程的了解有助于病史判断。	对医院、保险公司隐瞒病史。保险公司核查过程中，会发现一些投保前病史线索。

诈程度进行判断是最简单、最直接、最低成本的途径。获取特异性现象的途径通常为同业、代理人及投保人，比较容易操作。这个过程也包括失效后复效、新增附加险等过程。投保过程中的特异性现象归纳为以下六点：

1.主动投保或非主动投保但极短期内促成

主动投保的原因有很多：如险种停售、某个特殊节日或生日的纪念、盲从心理。主动投保并不一定就代表有保险欺诈动机，但大部分的欺诈案件都存在主动投保情况，因此把主动投保列入特异性现象。非主动投保但极短期内促成是指投保人最初并无投保意识，经保险代理人第一次讲解后马上投保、签单。该情况也往往预示着逆选择倾向。如已经患病，得知某保险产品可弥补日后的医疗开销，故极为顺利的投保。保险人不仅需要对是否为主动投保进行了解，针对非主动投保的还要进一步具体的签单过程，这一细节的了解也增加了对欺诈程度进行判断的砝码，但此情况容易被忽略。

2.被保险人与受益人、投保人关系异常

一般情况下，成年人由本人或配偶投保居多。理赔实务中，会遇到这样的一些案例：被保险人为成年人，无稳定职业、未婚，居无定所，不明原因死亡。投保人可能为被保险人的兄弟姐妹，少部分为父母，身故受益人也多产生于这个群体。同时，如果投保书不能确定为被保险人亲笔签字，则要考虑隐瞒告知被保险人的情况。毕竟，在不被患者所知的情况下为其投保是保险欺诈者最正常的选择。因此，这一点也被列入投保过程中的特异性现象。

3.保额、保费与收入不符或家庭保险需求不合理

投保人年交保费与其年收入的关系、被保险人保额与本人年收入的关系是最基本的投保原则之一，其目的是为了防范道德风险。事实证明，很多高保额案件的投保人或被保险人财务方面均存在问题，甚至基本的生活保障也无法保证。为了获取更多的保障，往往通过多家投保、虚报收入等变通投

保方式。

4. 格外青睐重疾、医疗、无等待期险种或高额意外险

为实现最大的投入产出比,有保险欺诈动机的投保人总会选择那些低保额、高保障的险种。投保人对已知风险的认识决定所投险种的性质。如有重大疾病发展方向的病史,则首选重大疾病险、一般疾病需择期手术的选择医疗险、不可逆疾病若导致短期死亡可能的多选择无等待期寿险、实施自残则较多投保高额意外险,因此了解投保人的险种选择过程也是判断保险欺诈的方法之一。

5. 主动回避体检或契约调查的倾向

主动回避体检的原因包括:客户繁忙无法配合完成、代理人尽快承保的需要或客户担心发现疾病而无法承保,其结果是降低保额,使保额接近体检或契约调查标准。而最后一种原因是保险欺诈者在投保过程中的惯用伎俩,常被其原因所掩盖,因此需要了解客户对保额方面的需求及增减的真正原因,以备参考。

6. 同时在多家保险公司投保且险种特点一致

这一特异性现象对保险欺诈的判断作用要相对大于前五点。因投保人对高保额的特别要求,同时又必须回避各公司《投保规则》对自己不利的承保条件,故选择多家公司投保以实现高保额目的。由于投保人不会全部认识各公司的保险代理人,故同时存在主动投保的现象。多家投保情况下,所发生的事故一般不会是常规医疗类事故,多为重大疾病、残疾、甚至死亡事故。

(二) 事故过程中的特异性现象

对于有保险欺诈动机的投保人来说,主观或客观上都不会让事故的发生拖的太久。也就是说,要么会尽快实施欺诈的计划,要么就是客观上病情的发展导致了事故的发生。因此事故过程这一阶段所反映出的特异性现象则主要体现在出险的时间、过程的合理性及当事人在事故过程中的相关作为等方面。在事故过程中,对欺诈程度判断较有价值的特异性现象归纳为以下六点:

1. 外伤及成因与主张事故经过不符或有造假嫌疑

在伤害事故中,存在相当比例是由于家庭内部纠纷、熟人之间一时情绪激动而导致的受伤或自伤。也有一些是涉及责任免除中的事故或故意行

为,如驾驶摩托车谎称骑自行车出险。而故意行为中又包括针对残疾保险金的欺诈动机,故为增加对意外事实的合理判断,把该项做为事故过程中的特异性现象之一。

2. 高额意外险伴随不危及生命的意外事故并导致残疾或残疾部位存在疑似病理基础

伪装成意外事故致残的“金手指”案在我国已出现了不止一例。把患有严重疾病的眼球摘除却刻意伪装成意外事故的案件也已出现。事故发生时,致害物对身体的伤害并无危及生命,形成的残疾对日后的生活影响相对较小,这是高额意外险致残的欺诈类案件所共同的特异性现象。

3. 短期出险或刚过等待期出险

投保后一年内发生意外事故的高额案件及两年内罹患重大疾病或疾病死亡等短期出险案件几乎大概率被各寿险公司提起调查,甚至通过系统设置自动完成提调,可见此项已被理赔审核人公认为保险事故过程的一种不正常现象。同时,某些寿险、医疗险都有不同时间的等待期,对某些有逆选择倾向的人来说,必须坚持到等待期过后才能公开就诊、治疗。因此短期出险及刚过等待期出险都同时预示着欺诈的可能而被列入特异性现象。

4. 理赔金或保额与治疗费及实际需求相符

此特异性现象针对医疗类、重大疾病类的欺诈判断较有帮助。某些特殊疾病的治疗、手术、后期治疗费用在当地会有一个相对稳定的区间,如尿毒症换肾前后的医疗费用累计大约50万左右,故投保时将保额计划在40-50万。少数情况下,被保险人可能存在财务上的危机,如偿还贷款、债务,故投保与其债务相近的保额,后期制造保险事故。在案件处置过程中,如能了解到被保险人投保前后的财务状况,则有助于结合保额、事故做出对欺诈的判断。

5. 非短期病程但表现出异常的发病经过

这是案件审核人对病史进行判断的常见依据。任何事物都有其客观的发展规律,疾病也不例外。当慢性迁延性疾病导致的重大疾病反映出违反规律、不合理的发病经过时,此特异性现象肯定要做为判断欺诈程度的参考之一。

6. 现场查勘阶段受益人极不配合或无正当理由不作为

保险欺诈者往往会有这样的理和举动,其对理

赔流程中所尽的义务比较了解。因条款有及时报案的要求,其担心保险公司以未及时报案为由给自己理赔造成麻烦,故能够履行及时报案义务。保险公司为明确事故性质、死亡原因,现场勘查阶段会动用一些公安、鉴定机构的力量,但受益人表现出极不耐烦、极不配合的态度,如尸表检查、关键信息的询问等等,最为典型代表就是宁可放弃保险金也不进行尸检。因此这一特异性现象也能够对欺诈程度的判断提供参考。

(三) 索赔过程中的特异性现象

索赔过程是指受益人为获取保险金而向保险人提出理赔申请的过程,这一过程包括:申请材料及事故证明的开具、理赔咨询及提交申请后等待理赔结果等阶段。由于理赔人员在此阶段可以搜集到更多的线索及信息,故发现的问题也比较突出和集中。在投保及事故过程中如果暴露的特异性现象比较少,则借助索赔过程所发现的特异性现象会更有助于对欺诈程度的分析,可以归纳为以下八点:

1. 不合理、不符合逻辑、某些现象无法解释

所有不适合计入其他特异性现象的情形均可放入此列,是比较常见的特异性现象。某些现象的出现并不一定代表有保险欺诈的可能,如父亲一气之下打儿子脸,造成听力受损而就诊,理赔时可能主张其他令理赔人员产生疑惑的原因,或者是遇到令人匪夷所思的保险事故。只要理赔人员在主观上感到某些现象有悖常理,需要了解真正原因才能进行下一步的调查,便可将该现象列入这一项目,但该项目一般要结合其他特异性现象而共同使用。

2. 调查走访均无法印证受益人主张或与主张不符

理赔调查获取的信息比较广泛,包括:事故经过、财务状况、家庭情况、工作及生活情况,甚至行为习惯等等。通过多人所了解的信息准确度和可信度比较高,这些信息所反映的结果可能与事故者的主张及告知不符或不能相互印证。

3. 明显回避或隐瞒针对性询问

在保险公司理赔人已经掌握明确线索或证据的情况下,受益人或知情人仍明确否认、隐瞒及回避针对性询问,说明当事人在主观上存在恶意欺骗的行为。

4. 事故处理机关对事故的态度暧昧

事故处理机关出于自身利益的考虑,会做出对

保险公司不利的行为,其背后通常隐藏比较关键的线索及证据,故该项目也列入特异性现象。

5. 疾病初、中、后期的病程及治疗过程脱节、不连贯

该特异性现象对判断疾病的不合理病程具有意义。在某些重大疾病事故中,具有欺诈动机的当事人或隐瞒病史、或变换身份及地点治疗,但却从不延误必要的检查和治疗。如发现糖尿病后3天自行注射胰岛素、尿毒症病史半月行透析治疗并准备换肾、不适于初诊的特殊检查项目。

6. 事故者、受益人等对事故陈述缺乏合理性

一般来说,欺诈案件受益人等相关人员在无准备的情况下接受理赔人员的询问会产生“表面镇定但心理紧张”的情况,表现为:陈述思前想后、所答非所问、拒绝回答、左顾右盼、谨小慎微、欲言又止,越是细节越是无法回忆。而正常事故中被保险人对事故形成伤害心有余悸,往往会记忆犹新,对整个经过的陈述比较坦然和顺畅。因此,这一有悖常理的特异现象也有益于对事故真实性及其欺诈与否的判断。

7. 索赔过程、意愿和表现与正常案件不同

理赔申请后马上给公司、理赔人员或调查人员施加压力,或以诉讼要挟、威逼或利诱相关处理人,这些现象在正常案件中都极少出现,所以这些特异性现象也被列入对欺诈程度的判断。

8. 索要材料无法及时、全面提供

理赔阶段,案件审核人对被保险人所发生的保险事故有一个较为全面的了解。包括:事故是否经某个机构处理、治疗前后有无相关的检查等等。如当事人拒绝提供这些材料、遗失或否认相关检查,则形成了正常案件不应出现的特异性现象,其对隐瞒重要信息的判断有较大作用。

三、保险欺诈指标的量化运用及说明

保险欺诈指标的量化运用的主要目的是判断案件欺诈程度,因此该方法更适用于疑难、复杂、特殊的短期出险及高额案件,借助欺诈指标全面分析案件性质,在此过程中保险欺诈指标涉及到相关特异性现场尤为重要。投保过程、事故经过、索赔过程中的特异性现象分别为6项、6项、8项,累计共20项。每项视为保险欺诈指标量化分值为1分,累计共20分。保险欺诈指标量化分值越高,则对保

保险欺诈欺诈指标概览表

	项	特异性现象	具体表现	程度	可能性分析与说明
投保过程	1	主动投保或非主动投保但是极短期内促成			
	2	被保险人与受益人、投保人关系异常或密件			
	3	保额、保费与收入不符或家庭保险需求不合理			
	4	格外亲睐重疾、医疗、无等待期险种或高额意外险			
	5	有主动回避体检或契约调查的倾向			
	6	同时多家保险公司投保且险种特点一致			
事故过程	7	外伤及成因与主张事故经过不符或有造假嫌疑			
	8	高额意外险伴随不危及生命的意外事故并导致残疾或残疾部位存在疑似病理基础			
	9	短期出险或刚过等待期			
	10	理赔金或保额与治疗费及实际需求相符			
	11	非短期病程但表现出异常的发病经过			
	12	现场勘查阶段受益人极不配合或无正当理由的不作为			
索赔过程	13	不合理、不符合逻辑、某些现象无法解释			
	14	调查走访均无法印证受益人主张或与主张不符			
	15	明显回避或隐瞒针对性询问			
	16	医院或事故处理机关对事故的态度暧昧			
	17	疾病初、中、后期的病程及治疗过程脱节、不连贯			
	18	事故者、受益人等对事故陈述缺乏逻辑性、连贯性、合理性			
	19	索赔过程、意愿和表现与正常案件不同			
	20	调查索要材料无法及时、全面提供			
结果	投保过程	事故过程	索赔过程	累计保险欺诈指数	

险欺诈的判断越准确，欺诈程度也越高，这是量化特异性现象的结果。

从实务中所积累的经验数据来看，当保险欺诈指标量化分值达到6分或大于6分，则可以认定为保险欺诈案件。仅单独通过任意一项来评判有无欺诈动机并不可取，需综合所有项目会更加准确。当欺诈指标量化分值不足6分时，必须对各项特异性现象做出相对合理的解释。为方便使用，在实务中以表格形式保险欺诈指标概览表统计各种特异性现象。

四、保险欺诈案件风险常用识别指标

保险公司可针对不同险种、不同类型案件可总结出一套适合所在公司的保险欺诈识别的欺诈指标量化分值，用于保险欺诈识别的推广与使用。而随着保险欺诈手段的不断更新，这些一般指标的缺陷与不足也会在保险欺诈识别实践过程中不断显现，需要定期和不定期进行修正，以使其更为实用和可靠。以下是一些供实践中参考的欺诈风险指标。

1.被保险人与受益人关系指标。主要根据血缘

亲近关系判断受益人对被保险人施加伤害而骗保的风险大小,一般来说受益人为投保人本人、父母子女的,这类风险事件发生概率要小于受益人为配偶、兄弟姐妹或其他情况。

2.投保与责任事故发生间隔指标。主要衡量先出险后投保、带病投保等欺诈风险,这类保单一般都会在投保后短期内报案索赔。

3.事故发生与报案时间间隔指标。考虑到保险公司一般要求受益人或被保险人在事故发生后第一时间报案,该指标主要衡量受益人或被保险人在事故发生后夸大损失或制作虚假的理赔申请资料骗保风险大小。

4.赔付资金流向指标。衡量的是道德风险,一般理赔资金流向被保险人本人、父母子女以外的人时,道德风险较大。

5.赔付金额与所交保费的比例指标。衡量的是投保人以极小的保费骗取大额赔款的风险大小,比例越大,骗保风险越大。

6.事故发生对被保险人正常生活的影响指标。衡量被保险人自残骗保的风险程度。

7.重要理赔申请资料的完整情况。衡量事故发生的真实性,同时也是衡量保险欺诈的一项重要指标。

8.是否在指定医院接受治疗指标。主要反映客户进行保险欺诈的难易情况,一般在指定医院接受治疗的欺诈风险要比在非指定医院接受治疗的风险小。

9.治疗费用与该疾病平均治疗费用比指标。主要反映客户是否存在过度治疗、虚增医药费情况。

10.承保体检情况指标。反映客户在投保时保险公司核保的严苛程度,一般在指定医院接受体检出现带病投保的风险较小。

11.索赔频率指标。反映被保险人在保险金额内通过多次小额的索赔而规避保险公司反欺诈调查的情况,一般索赔频率越高欺诈风险也越大。

五、欺诈指标量化的意义与功用

由于人身保险的保险标的是人的生命和健康,信息不对称较为严重,逆选择和道德风险比较突

出。其中健康险由于经营的是伤病发生的风险,涉及医疗服务等多方,其影响因素较为复杂,而人身意外伤害险欺诈往往涉及其他违法行为,甚至是较为恶性的犯罪行为。人身险领域的保险犯罪手段更为隐蔽、欺诈性更高、专业性更强、取证难度高,值得行业内外关注。因此风险识别的重点是信息收集、整理和分析。在整理人身保险标的的各种数据和资料,分析历史案件的风险特征,对比市场风险状况,通过内外部信息收集整理,对具有潜在风险的产品、事件、过程和人员进行分类归纳,提取出疑似欺诈风险的指标信息,最后判断和识别欺诈风险点,并根据人身险业务流程,有序开展风险点的识别工作。

保险欺诈指标量化分值的运用可以帮助保险公司提升对保险欺诈案件的识别能力。保险欺诈指标量化分值在使用是一种较为系统的通过对欺诈案件进行综合性分析和整理的工具。通过欺诈指标量化分值预测保险欺诈个案中普遍存在的信息,在保险欺诈在投保、事故发生、索赔阶段表现出异常举止或特定行为方式等特异现象进行归纳、总结和量化,并最终确定成为在保险欺诈企图及其程度所提供的一系列数据指标,在实践中探索出“与时俱进”欺诈风险识别模式。

六、结语

保险是经营风险的行业,保险欺诈风险管理是保险公司全面风险管理体系的重要组成部分。保险欺诈严重侵害保险消费者权益,破坏市场秩序和信用体系建设,危害保险业的健康稳定发展。因此,在保险欺诈风险的识别实践中,需要对欺诈风险特征进行分析,建立识别流程、识别指标和判断依据。保险公司无论是队伍建设还是业务技能培训,均应走在反保险欺诈的前列,以实际行动推动整个社会对保险欺诈的关注及管控,确保保险业持续稳健经营。在保险人共同努力下,保险业将迈着更加稳健的脚步,走向更加辉煌明天。

(作者单位:平安人寿福建分公司)

责任编辑:李于进

责任校对:黄艺敏

社会医疗保险与商业健康保险 互补合作建设研究

——以福州市为例

● 吴 颖

【摘 要】 本文以福州市为例进行分析，探讨社会医疗保险和商业健康保险的互补合作关系。阐述商业健康保险在参与社会医疗保险过程中发挥的作用，提出社会医疗保险与商业健康保险互补合作建设的对策和建议。

【关键词】 社会医疗保险；商业健康保险；互补合作；建设；建议

推动社会医疗与商业健康保险互补合作建设，不仅是多层次社会保障发展的需要，也是兼顾医疗保障体系公平与效率的必然要求。推进社会医疗保险与商业健康保险的互补合作建设，允许商业保险公司参与社会医疗保险基金运作，可以达到减轻医疗保险经办机构压力的目的。同时有助于健全完善医疗保障体系，提高社会保障水平，促进保险制度向多元化发展。

一、福州市社会医疗保险与商业健康保险互补合作建设的制约因素分析

(一) 社会医疗保险与商业健康保险发展均不充分

1. 参与社会医疗保险人数和参保覆盖面仍需扩大

根据福州市统计局公布的福州统计年鉴数据，2017年末基本医疗保险参保人数615.53万人，全市常住人口766万人^[6]，参保率80%；2018年末基本医疗保险参保人数630.32万人，常住人口774万人^[7]，参保率81%。

根据数据可知，福州市社会医疗保险的参保人数正在不断增长，参保覆盖面逐步提升

(参见图1、图2)。但是根据2018年全国基本医疗保险事业发展统计公报公布的数据，全国社会医疗



图1 2014-2018年福州市社会医疗保险参保情况

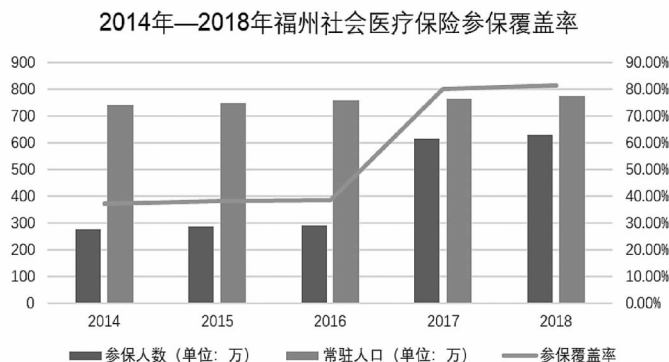


图2 2014年—2018年福州社会医疗保险参保覆盖率

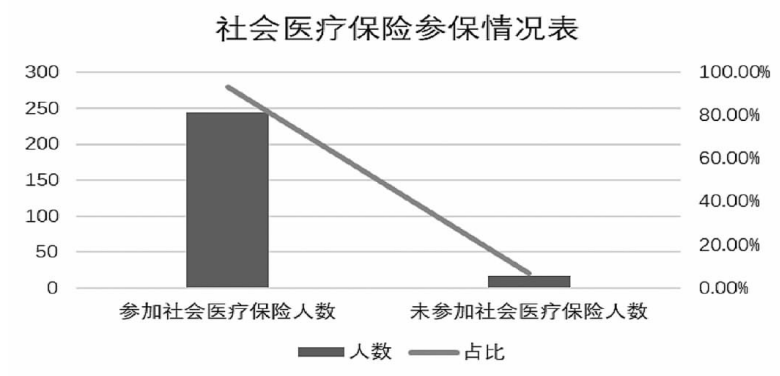


图3 社会医疗保险参保情况

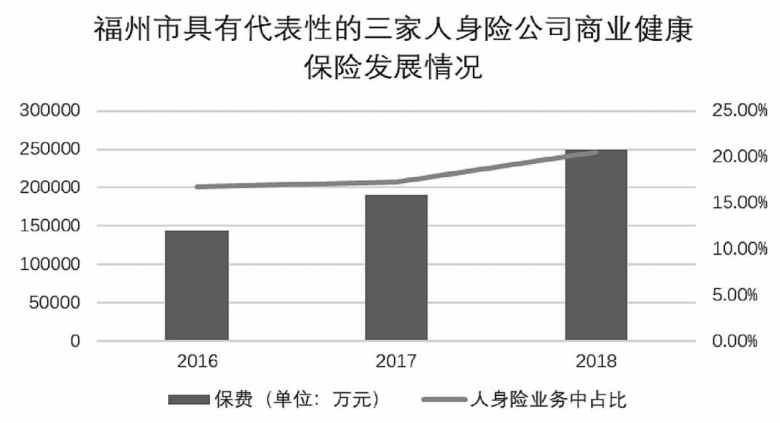


图4 福州市具有代表性三家人身险公司商业健康保险发展情况

保险参保率稳定在95%以上，福州市医保参保率与全国水平有较大的差距。从收集到的调查问卷统计结果来看，福州市仍有相当一部人未参加社会医疗保险(参见图3)。

社会医疗保险作为医疗保障体系的“地基”，是实现“广覆盖”的前提。在此基础上商业健康保险则从保障内容、保障类别、实际人群覆盖范围以及保障水平等方面提供补充服务，实现真正的“广覆盖、全方位、高水平”。社会医疗保险目前尚难以真正地覆盖到全体居民，而由商业保险公司运营的商业健康保险关注度低，参保率与社会医疗保险

相差较大。

2.商业健康保险在人身险业务中的占比仍需提高

根据中国保险年鉴统计的数据，选取福州市具有代表性的三家人身险公司数据分析商业健康保险在人身险业务中的占比。2017年福州市三家人身险公司商业健康保险保费190191万元，同比增长32.04%，在人身险业务中所占比例为17.30%，人身险业务总保费同比增长27.99%^①；2018年福州市三家人身险公司商业健康保险保费249111万元，同比增长31%，在人身险业务中所占比例为20.57%，人身险业务总保费同比增长10.12%^②。

福州市商业健康保险保费规模正在不断增长，增长的速度快于人身险业务保费增长速度。在人身险总保费中的占比也在不断提高，说明人们购买商业健康险的意愿在不断增强。根据发达国家的经验，商业健康保险在人身险业务中的比例应在20%—30%^③，福州商业健康保险在人身险业务中所占比例仍处于较低的水平，未来仍有较大的发展空间(参见图4)。

由上述可知，福州市的医疗保障体系依然是以政府提供的社会医疗保险为绝对主体，发展水平要远高于商业健康保险，商业健康保险发展程度低，其重要补充作用就无法得到有效发挥。

(二) 商业健康保险参与社会医疗保险缺乏有效的衔接机制

1.福州市社会医疗保险与商业健康保险互补发展的责权不明确

虽然早在2009年出台的《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中提出要将商业健康保险作为一种补充保险的形式满足人们日益增长的不同层次医疗保障需求。

①中国保险年鉴2018年卷[G].北京：中国保险年鉴社.2018.

②中国保险年鉴2019年卷[G].北京：中国保险年鉴社.2019.

对于福州市支持社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设的政策,受访的医疗保障基金管理中心相关人员指出,福州市并没有相关文件或者政策对社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设的范畴进行界定,没有明确划分政府医保部门、医疗卫生机构、参保人与商业保险公司之间的责任和权利。目前商业健康保险不是医疗保障体系中必不可少的组成部分,只能被视为社会医疗保险有限的简单补充。

2.政府部门对二者的互补合作关系建设缺乏长远的政策规划

政府部门的长远政策规划决定了社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设的未来方向。受访的医疗保障基金管理中心相关人员在谈到社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设制约因素表示,现阶段福州市政府指导社会医疗保障体系的长远规划和阶段性目标规划并不十分完善,要细化具体的实施细则。

3.二者互补合作关系建设缺乏相应的政策支持

近几年福州市政府对社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设给予更多的关注度,支持力度有所增强。2017年为进一步提升职工医保个人账户余额的使用效率,满足参保人员多样化、多层次的保障需求,福州市取消了职工医保个人账户购买商业健康保险要预留5000元余额的门槛限制,极大方便职工的购买。同时增加了合作保险公司的数量,参保人员购买商业健康保险有了更多的选择^[9],2019年参保人员可通过“e福州”APP平台购买。

福州市政府支持二者互补合作关系建设的政策从目前的情况来看,主要是支持使用医保卡购买商业健康保险与给予购买税优型商业健康保险参保人员税收优惠,并且局限性还不少。

4.二者互补合作关系建设的监督机制不健全

作为医疗体系的核心,社会医疗保险制度的完善程度影响二者互补合作关系建设。按照《福州市城乡居民基本医疗保险管理办法》的规定,福州市医疗保障基金管理中心负责基本医疗保险基金的统一征缴、管理和支付,并建立健全预决算制度、财务会计制度、财务预警分析制度、项目绩效评价制度和内部控制制度^[10]。社保基金的运作未实现“管理、办理、监督”的分离,容易造成民众的不信

任,也易诱发各种腐败问题。

(三) 政府的协调职能尚不够到位

1.信息共享平台建设相对滞后

社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设需要大量的数据累积,但这方面的经验累积仍显得不足,数据收集和分析尚不到位,信息共享平台建设相对滞后。福州政府主要将发展重心放在社会医疗保险,受访的保险公司相关人员在谈到福州市社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设制约因素时介绍,商业保险公司的信息系统与政府医疗机构的信息系统未形成有效的对接,无论是政府还是商业保险公司无法有效运用数据结果制定社会医疗保险与商业健康保险可持续发展战略。

2.缺乏社会医疗保险与商业健康保险的沟通机制

在谈到福州市社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设的制约因素时,受访的保险公司相关人员表示社会医疗保险与商业健康保险之间一直未建立有效沟通机制,导致在面对社会医疗保险改革时,商业健康保险往往面临被动滞后的局面,甚至出现脱节。

3.政府宣传力度不够

近几年福州市社会医疗保险的参保覆盖面不断扩大,有很多居民意识到重大疾病及慢性病发病率日益提高,发病年龄也呈现年轻化的趋势。政府部门对社会医疗保险与商业健康保险政策的宣传力度远远不够,很多居民对福州市政府出台的支持社会医疗保险与商业健康保险互补发展政策不甚了解。通过网络媒体或者其他主流媒体了解政策的人数较多,且所了解到的信息大多是碎片化的,媒体关注的负面报道太多,无法系统认识福州市社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设的实际情况。

(四) 医疗保险领域管办不分,医疗费用控制有难度

伴随着医疗技术水平的提高和经济社会的发展,医疗卫生费用支出逐年递增,而与之相对应的是有限的缴费增长。根据2019年福州统计年鉴,2016年福州医疗卫生费用支出为620287万元,同比增长7%;2017年上升到755334万元,同比增长22%;2018年达到839612万元,同比增长11%,

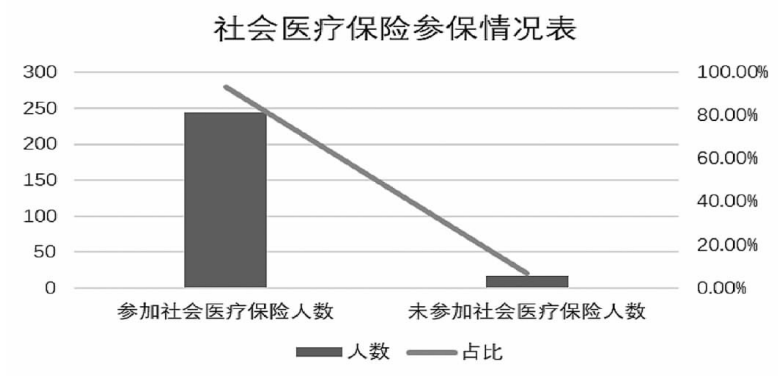


图3 社会医疗保险参保情况

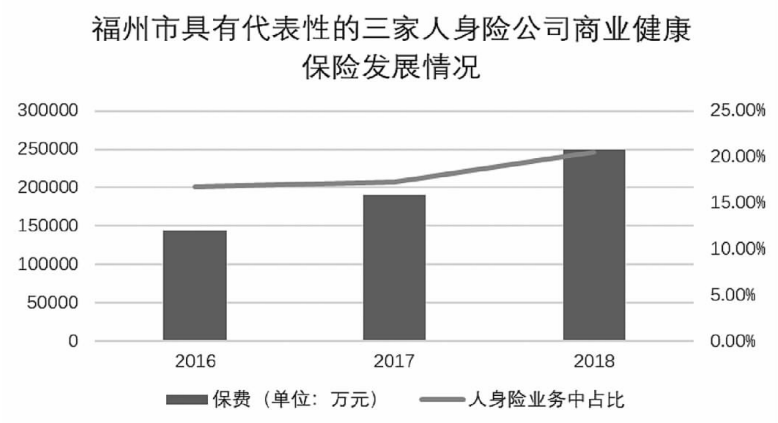


图4 福州市具有代表性三家人身险公司商业健康保险发展情况

保险参保率稳定在95%以上，福州市医保参保率与全国水平有较大的差距。从收集到的调查问卷统计结果来看，福州市仍有相当一部人未参加社会医疗保险(参见图3)。

社会医疗保险作为医疗保障体系的“地基”，是实现“广覆盖”的前提。在此基础上商业健康保险则从保障内容、保障类别、实际人群覆盖范围以及保障水平等方面提供补充服务，实现真正的“广覆盖、全方位、高水平”。社会医疗保险目前尚难以真正地覆盖到全体居民，而由商业保险公司运营的商业健康保险关注度低，参保率与社会医疗保险

相差较大。

2.商业健康保险在人身险业务中的占比仍需提高

根据中国保险年鉴统计的数据，选取福州市具有代表性的三家人身险公司数据分析商业健康保险在人身险业务中的占比。2017年福州市三家人身险公司商业健康保险保费190191万元，同比增长32.04%，在人身险业务中所占比例为17.30%，人身险业务总保费同比增长27.99%^①；2018年福州市三家人身险公司商业健康保险保费249111万元，同比增长31%，在人身险业务中所占比例为20.57%，人身险业务总保费同比增长10.12%^②。

福州市商业健康保险保费规模正在不断增长，增长的速度快于人身险业务保费增长速度。在人身险总保费中的占比也在不断提高，说明人们购买商业健康险的意愿在不断增强。根据发达国家的经验，商业健康保险在人身险业务中的比例应在20%—30%^③，福州商业健康保险在人身险业务中所占比例仍处于较低的水平，未来仍有较大的发展空间(参见图4)。

由上述可知，福州市的医疗保障体系依然是以政府提供的社会医疗保险为绝对主体，发展水平要远高于商业健康保险，商业健康保险发展程度低，其重要补充作用就无法得到有效发挥。

(二) 商业健康保险参与社会医疗保险缺乏有效的衔接机制

1.福州市社会医疗保险与商业健康保险互补发展的责权不明确

虽然早在2009年出台的《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中提出要将商业健康保险作为一种补充保险的形式满足人们日益增长的不同层次医疗保障需求。

①中国保险年鉴2018年卷[G].北京：中国保险年鉴社.2018.

②中国保险年鉴2019年卷[G].北京：中国保险年鉴社.2019.

等方面的缺点,使得社会医疗保险与商业健康保险互补合作的潜力无法充分挖掘。

2. 风险意识的缺乏,保险业粗放型经营意识明显

对于保险公司在社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设中存在的问题,部分保险公司对商业健康保险与人寿保险之间的区别认识不清,经营商业健康保险采用人寿保险的经营方式,无法挖掘商业健康保险的市场潜力。商业保险公司市场运作经营目的在于最终的盈利,而商业健康保险长期处于亏损的状态,这与商业保险公司经营目的背道而驰,降低了商业保险公司参与社会医疗保险和商业健康保险互补合作关系建设的积极性。

二、社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设的对策建议

无论是社会医疗保险还是商业健康保险,都属于社会医疗保障体系的范畴,是互补合作的关系^[11]。社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设不仅能满足不同人群的需求,完善医疗保障制度的层次,应对老龄化问题的挑战,也能进一步促进社会医疗保险与商业健康保险的发展,提升医疗资源的利用率。

(一) 加强社会医疗保险与商业健康保险建设

1. 推动社会医疗保险建设,着力深化医保改革

推动社会医疗保险建设,要坚持以人民健康为中心的发展思想,按照“保基本、兜底线、促公平、可持续”的原则,着力深化医保改革,全面落实全民参保计划,做到应保尽保,扩大社会医疗保险覆盖面。

全面系统地深化医保支付制度和支付方式改革。医保制度最核心的机制是医保支付机制,是具有资源配置、成本控制、利益调节、激励创新、维护基金安全等功能的重要制度设计。受访的医疗保障基金管理中心相关人员在谈到社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设的对策和建议时指出,建立适应不同人群、不同疾病、不同服务特点的多元复合式医保支付方式,需要通过加强医保基金预算管理,全面推行医保付费总量控制,重点推广按疾病类型或按疾病诊断分组等付费方式。同时应建立科学合理的医疗服务质量评价和指标体系,完善医保服务协议管理。

积极发挥医保制度的托底作用,完善医保经办服务体系。进一步完善大病保险制度,探索适当向贫困阶层倾斜的具体办法,通过提高报销比例和降低起付线等措施,致力于解决困难群体因疾病引起贫困、因病陷入贫困等的问题。做好社会医疗保险、大病保险、医疗求助制度的衔接工作,为群众“病有所医”兜住底线。创新经办服务模式,加强医保经办管理,积极探索政府购买服务的内容、方式和管理规范,促进多元化竞争格局的形成。优化、简化经办服务流程,在移动互联、大数据等信息技术的帮助下,加强电子社保的应用,建立“一站式”结算机制,为群众提供更加方便快捷的服务,使社会医疗保险经办服务效率和质量得到进一步提升。

2. 加强商业健康保险建设,拓展完善产业链条

目前商业健康保险产品主要集中于传统的疾病保险与医疗保险,对于长期护理保险、医疗意外险、医疗责任保险等项目较少涉及。

从保险的真正意义着手,明确社会医疗保险与商业健康保险的界限,充分研究社会医疗保险,找出它的不足之处,以产品创新为契合点研发与社会医疗保险互补的产品。比如社会医疗保险的赔付面临起付线和最高支付额度的问题,一旦超过最高支付额度,医疗费用是无法进行报销的,这就给大病医治带来较大的困难,“因病返贫”的现象时有发生。而商业健康保险大病保险的出现改善“因病返贫”的状况,根据购买的保额确定具体给付费用。可以将社会医疗保险中个人自付部分、超限额部分、超药品目录等问题作为研发思考的重点,也可针对老龄化进程加快的现状设计更高质量的产品,创新中高端补充型产品,促进服务质量的提升,开拓保险市场,真正满足居民多样化与个性化的需求,从而减少无效供给增加有效需求^[12]。

(二) 加强社会医疗保险与商业健康保险互补合作的有效衔接

1. 制定互补合作长远规划,明确各方权利义务

政府要明确医疗保障体系的长远规划和阶段性目标规划,制定具体明确的实施细则,将商业健康保险纳入到医疗保障体系的发展中,有层次、分阶段制定发展任务。逐步解决社会医疗保险和商业健康保险互补合作关系建设在具体实施过程面临种种困境,统筹推进医疗保障制度整体框架的构建和具

体运行方式的实施。

推动法制化建设，明确各方权利义务。充分考虑“政府”和“市场”两大因素的作用和特点，实现优势互补，将商业健康保险作为社会医疗保障体系中一个至关重要的补充部分，适当给予其与社会医疗保险平等发展的机会。在社会医疗保障体系建设过程中应当通过明确的法律来约束各个行为主体的权利与义务，如明确政府部门只负责政策的制定，并对政策执行的过程和效果进行监督。医疗保险机构负责医疗保险的具体经办事宜，同时也需要政府秉承法治思想，自觉遵守预先制定的规则。以政策法规或者文件的形式明确社会医疗保险与商业健康保险的地位，指定牵头职能部门负责推进社会医疗保险与商业健康保险的互补合作，协调各方的利益，促进社会医疗保险与商业健康保险在社会医疗保障体系中的可持续发展，实现资源互补、合作共赢。

2. 优化政策优惠，为政策落地实施提供保障

社会医疗保险与商业健康保险的互补合作关系建设必然离不开政策的扶持。政府可逐步放开商业保险公司参与医保卡购买商业健康保险的准入许可，优化税优政策，夯实社会医疗保险与商业健康保险互补合作的制度基础。

首先，政府要放松税优型产品的管制，提高免税额度。政府部门不应基于“理性的自负”对税优产品进行管制，而是要通过保护市场主体的充分竞争保护消费者的利益，放松税优型产品的管制，有助于税优型商业健康保险产品的推广^[13]。提高免税额度，有利于商业健康保险规模的扩大，且能够作为社会医疗保险的有效补充。目前，我国商业健康保险的个人优惠限额为每人每年2400元的免税额度，但是根据相关数据统计显示，部分发达国家税优型商业健康保险的限额大约在平均工资的10%

左右^[14]，如表1。所以按照国家统计局最新公布的2019年全国城镇非私营单位平均工资水平90501元测算^[15]，我国税优型商业健康保险减免税额应该在每年9000元左右，但是目前的限额大约在平均工资的2.65%。

其次，扩大保障和投保范围。受访的医疗保障基金管理中心相关人员在谈到社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设的对策和建议时指出，可以试点将特种疾病保险产品纳入到税收优惠政策的范围内。将税优对象由纳税人扩展到更广泛的人群，对不同的人实行不同的政策，如综合考虑根据收入、年龄制定不同的保费补贴标准，推行家庭健康保险产品，设计免税政策可以家庭为单位，购买者范围可为未成年子女、配偶父母等直系亲属，逐步扩大投保范围。

再者，为促进相关政策的落地实施，政府负责制定详尽的解读说明和具体操作方法步骤，做好政策方案的宣导，指导督促相关人员、机构对政策方案的执行，为二者的互补合作关系建设提供政策支持保障。

3. 加强顶层设计，建立健全监督管理机制

社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设，医疗服务市场秩序的规范化运行，需要政府对市场上各类医疗服务的经营主体进行整理与约束，充当好“守夜人”的角色，建立健全监督管理机制，对不规范操作或违规行为要加以纠正和严肃处罚。

当出现市场失灵，发生类似传染病蔓延社会公共卫生事件造成社会秩序混乱的局面时，市场机制是无法有效发挥作用，需要政府及时调整政策方向，进行强有力的干预与引导，采取控制传染源、疫苗研发等措施。当出现商业保险公司为追求利益最大化，做出破坏市场秩序的行为时，需要政府履

表1 部分国家商业健康保险个人所得税税收支出政策比较

国家	意大利	德国	奥地利	美国
税前列支限额（美元）	4988.61	3863.72	4029.31	3259
人均工资收入（美元）	29340	32640	41244	39156
税前列支限额/人均工资收入（%）	17.00	11.84	9.77	8.30

行监管职能,对商业保险公司进行纠正与约束,维护市场秩序的稳定运行。当出现因投保人和商业保险信息不对称造成的纠纷时,政府有责任出面协调解决,营造有序发展的市场环境。

做好监管工作,守住行业风险的底线,切实维护好消费者的合法权益。通过建立健全监督管理机制,明确社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设中的监管主体、监管领域和监管指标,切实做好监管工作。通过建立更加合理的保险主体进入和退出机制,实现鼓励优质资产进入、打击破坏保险市场行为的目的。

(三) 政府积极发挥协调作用,优化互补合作关系建设的环境

1. 搭建信息共享平台,开展多形式的合作

政府应该牵头逐步搭建保险公司、医疗机构、医保经办机构三方合作的信息共享平台,规范标准化准则,医保经办机构的信息系统与商业保险公司的信息系统形成有效的对接。统一平台数据管理,推行医药数据更新和共享机制,及时掌握使用医药方面、服务项目实际应用方面以及诊疗费用方面的最新信息资源,便于进行相关数据分析以提高被保险人健康数据的可靠性。医保经办机构优化精简运营管理模式,学习商业保险公司在精算管理、理赔服务等方面的专业优势,从而实现节约成本,提高产品质量,实现社会医疗保险与商业健康保险的及时结算。为投保人提供一站式、全方位的健康服务,有效约束不合理的医疗行为,推动社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设与发展。

2. 建立社会医疗保险与商业健康保险沟通机制

社会医疗保险与商业健康保险之间一直未建立有效沟通机制,导致在面对政府进行社会医疗保险改革时,商业健康保险总是处于被动滞后的局面,甚至出现脱节现象。建立一套有效的沟通交流机制,能够促进社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设。对于社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设的对策和建议,受访的保险公司相关人员指出政府可出面组织保险公司建立沟通部门,专门对接政府社会保障部门。每当政府社会保障部门出台政策或者做出改革时,可提前与该部门进行沟通交流,该部门将收集到的各家保险公司意见或者建议反馈给社会保障部门。当出现保险纠纷

或问题需要政府部门进行协调时,也可由该部门出面与政府社会保障部门沟通,利于相关问题的及时化解。

3. 强化宣传普及,提高保险意识

保险意识是指人们对保险作用的认识和态度,保险意识越强,人们的保险需求就越大。因此,加大宣传广度,普及民众对健康的正确认识是十分必要的。发挥我国国情特点,利用新闻媒体的话语效用,强化宣传功能,正面引导群众,全社会共同努力提高群众的保险意识。

强化宣传效用。加大主流媒体的宣传力度,强化大众媒体的宣传强度,充分利用新媒体的时效性、广度性和多样性的作用,提高公众的保险意识。在面对我国当前国情时,人们能认识到人口老龄化的严峻形势和我国社会医疗保障体制的局限。通过正面案例宣导,使人们了解到社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设对缓解患者家庭经济压力及困难的作用,改变人们的固有认识。

(四) 逐步开放医疗服务领域,改善医疗费用控制困难的局面

1. 医疗领域管办分开

医疗领域管办分开,让医保经办机构成为真正“保险人”,实现多元化运作。我国大部分医保经办机构是参编性质,不是社会开放的运作体系。让医保机构成为“真正保险人”,首先要剥离医保经办机构的行政属性,拥有独立的人事权力,通过完善医保经办机构的内部决策、执行和监督机制,使其自主决策并承担医保基金盈亏责任,真正承担起医疗保险运行的责任。坚持竞争原则,探索通过公私合营、第三方委托的方式,逐步将社会医疗保险经办向非国有机构开放,使政府管理下的经办机构和其他非国有经办机构特别是商业健康保险机构处于平等的地位,赋予商业健康保险机构和社会医疗保险经办机构同样的权利,让其成为医保经办机构的主要竞争者,实现医保经办机构多元化运作。

2. 推动公立医疗机构改革

我国医疗服务市场目前完全由公立医疗机构所控制,医疗服务市场准入的层层管制使得市场资本、民间资本以及一些国际资本较难跻身医疗服务市场。这种不充分竞争的市场环境使得商业健康保

险很难介入,社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设一些积极探索推动效果不理想。因此首先要积极推动公立医疗机构改革,保证医疗供给主体之间的平等竞争,主要从两个方面着手:一是建立公立医院的法人治理结构,以理事会为核心,赋予理事会实际的战略管理职能,执行医院的管理与协调,医院内部管理人员和医务人员组成决策委员会,对医院相关事务进行决策,明确政府卫生主管部门监管者的职能;二是改革人事管理制度,新入职员工不再设置编制,以劳动合同代替终身编制,以“老人老办法、新人新办法”进行过渡,按照医院的实际需求设定岗位,以聘任制实现医院和医生的双向选择,倒逼彼此提高医疗服务水平和质量,形成医疗服务市场人力资源新格局。

3.鼓励民营医院发展,探索“管理式医疗服务”

长期以来,我国对医疗服务市场的准入设置了层层审批和管制措施,如床位数量、医院资金等,大量市场资源和民间资本被拒之门外。国际经验表明,多种所有制医院并行能够有效刺激医疗服务市场主体提高服务水平和质量。因此,我们应该要鼓励不同所有制医院的发展,特别是民营医院,适度放宽市场准入的管制,资质审查适当简化审批流程,激活市场潜力。

对于社会医疗保险与商业健康保险互补合作关系建设的对策和建议,受访的医院医保办相关人员表示可以尝试探索商业健康保险公司与医院合作“管理式医疗”服务。通过信息化建设,利用大数据加强监控医院诊疗行为,监督医生的行为,避免出现过度消费,管控医疗卫生费用支出。资本实力雄厚的保险公司也可以自建医院,或者通过控股方式参与医院的管理,与医院签订合作协议。

(五)商业保险公司主动作为,积极参与医疗保障建设

1.注重人才队伍的建设,走专业化经营道路

商业健康保险是一项专业性和复杂性很高的业务,它近年来的快速发展需要一支高素质的复合型人才队伍。首先保险公司要增强自身的综合实力,必须要引进高素质复合型人才,任用具有多年保险公司管理经验的高管人员及专业化知识和技

能过硬的工作人员。其次,要修炼自身,提高竞争力,要对相关人才制定详实的培训计划,分别从理论教育和实践教学两方面入手,行改善和提高,建立完善专业人才库,为专业人才提供良好的工作环境。

商业保险公司通常将商业健康保险视为人寿保险业务的一部分,采用寿险业务的经营方式经营商业健康保险,将使商业健康保险的市场潜力无法得到有效挖掘。经营商业健康保险要秉持专业化经营的理念,同时商业保险公司要认识到商业健康保险的独立性,通过专业化的发展思路,增强自身的综合竞争力。

2.增强风险控制能力,提高理赔服务质量

商业保险公司的运营目标是获得利润,所以自身要增强风险控制能力,保持盈利的状态。要清醒认识到商业健康保险的特殊性,不仅仅涉及到投保人与保险人之间的关系,还涉及到投保人、被保险人、保险人与医疗服务提供者之间的关系。涉及各方主体较多,各方主体往往会出于对自身利益的考量,而给商业健康保险带来道德风险、财务风险、逆选择等多方面的风险。这时候就需要商业保险公司立足于当前的行业形势,准确把握保险市场发展的方向,与医疗机构进行合作,增强风险控制能力,提高风险管理的意识,预防各类风险的发生。控制落实保前、保后、理赔等各环节的风险,做好理赔服务工作,不仅能降低商业健康保险的赔付支出,也能有效提高保险公司的理赔服务质量,减轻被保险人高昂的医疗费用,提升客户服务体验。

参考文献

- [1]人民网-中国共产党新闻网.再次强调“人民至上”习近平提出维护人民健康新要求.[EB/OL]. [2020-06-03].<http://health.people.com.cn/n1/2020/0603/c14739-31734124.html>.
- [2]许宝健,石伟.没有全民健康,就没有全面小康.[EB/OL]. [2020-05-13]. http://www.qstheory.cn/e-conomy/2020-05/13/c_1125977310.htm.
- [3]福州市统计局. 2014年福州市国民经济和社会发展统计公报 [EB/OL]. [2015-05-05]. http://tjj.fuzhou.gov.cn/zz/zwgk/tjzl/ndbg/201505/t20150505_46688.htm.

- [4]福州市统计局. 2015年福州市国民经济和社会发展统计公报[EB/OL]. [2016-03-31]. http://tjj.fuzhou.gov.cn/zz/zwgk/tjzl/ndbg/201603/t20160331_46755.htm.
- [5]福州市统计局. 2016年福州市国民经济和社会发展统计公报[EB/OL]. [2017-04-20]. http://tjj.fuzhou.gov.cn/zz/zwgk/tjzl/ndbg/201704/t20170420_559156.htm.
- [6]福州市统计局. 2017年福州市国民经济和社会发展统计公报[EB/OL]. [2018-04-16]. http://tjj.fuzhou.gov.cn/zz/zwgk/tjzl/ndbg/201804/t20180416_2181147.htm.
- [7]福州市统计局. 2018年福州市国民经济和社会发展统计公报[EB/OL]. [2019-04-12]. http://tjj.fuzhou.gov.cn/zz/zwgk/tjzl/ndbg/201904/t20190412_2822520.htm.
- [8]朱俊生, 安领娟, 申静. “掘金”健康险[J]. 金融博览(财富), 2015 (09): 60.
- [9]福州市医疗保障基金管理中心. 活化医保个人账户使用效率 满足参保职工多层次保障需求[EB/OL]. [2018-11-16]. http://www.fuzhou.gov.cn/zgfztt/sybx/ylybzjj/ybdt/201811/t20181116_2680500.htm.
- [10] 福州市医疗保障基金管理中心. 福州市人民政府办公厅关于印发《福州市城乡居民基本医疗保险管理办法》的通知[EB/OL]. [2017-10-31]. http://www.fuzhou.gov.cn/zgfztt/sybx/ylybzjj/zchb/201710/t20171031_1809605.htm.
- [11]社会基本医疗保险与商业健康保险共促互补——访南开大学卫生经济与医疗保障研究中心主任朱铭来[J]. 劳动保障世界, 2014 (36): 15-17.
- [12]许玲, 黄滢然, 喻稔茹. 我国社会医疗保险与商业健康保险融合发展现状分析[J]. 财讯, 2019 (04): 1-3.
- [13]刘玉娟. 发达国家商业保险参与社会医疗保险的经验与启示[J]. 改革与战略, 2017, 33(02): 160-163.
- [14]中国保险行业协会. 商业健康保险国别研究报告[M]. 北京: 中国金融出版社, 2017: 123-125.
- [15]国家统计局. 2019年城镇非私营单位就业人员年平均工资90501元[EB/OL]. [2020-05-15]. http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/202005/t20200515_1745764.html.
- [16]李龙伊. 泰康同济(武汉)医院——军地协作勇敢战疫[M]. 人民日报, 2020-03-20 (04).
- (作者单位: 中银保险福建分公司)
责任编辑: 李于进
责任校对: 谢圆虹

发挥党建引领作用 筑起金融风险防火墙

● 曾晓和

百年征程波澜壮阔，百年奋斗成就辉煌。我们要更加紧密地团结在以习近平同志为核心的党中央周围，进一步增强“四个意识”、坚定“四个自信”、做到“两个维护”，做好新时期的党建工作。

一、金融保险行业加强党的领导、加强党建的重要性和必要性

刘鹤副总理在《必须实现高质量发展》一文中指出：百年党史深刻启示我们，坚持党的领导是我们取得胜利的根本保障。推动高质量发展是一场关系经济社会全局的深刻变革，必须加强党对经济工作的统一领导和战略谋划，完善党领导经济工作的体制机制。要在党的领导下，准确判断所处的历史阶段和面临的主要矛盾，从长远大势出发制定正确的重大战略，持之以恒加以推进，实现高质量发展。党员干部要在推动高质量发展中经受锻炼，增强工作的积极性、主动性，提升推动高质量发展的能力，发扬专业主义精神，以理性思维解决遇到的各种难题。坚持问题导向、目标导向，加强调查研究，务实开展工作。

金融是现代经济的核心，对经济社会高质量发展至关重要。保险行业在促进社会和谐、减灾救灾、社会重建中起着不可替代的作用。近年来，金融行业坚持围绕发展抓党建、抓好党建促发展，突出党建工作引领作用，突出思想政治建设在党建工作中的重要位置，把党建工作融入业务发展和工作全过程，筑牢发展的红色根基。以党建明方向、理思路、聚力量，对于金融行业的健康发展具有重要的引领作用。

（一）认清形势、把握大局，充分认识保险业基层党建工作的的重要性

加强基层党建工作是夯实党的执政基础的根本保障，是维护社会和谐稳定的迫切需要。党的基层组织分布在社会的基层，植根于人民群众之中，担负着联系群众、组织群众的重要责任。围绕中心抓党建，抓好党建促发展，这是一条宝贵的历史经验，在实践中我们也深刻的体会到凡是发展好、干劲足的地方，无一例外都是党建工作基础扎实。

（二）保险业是现代经济的血脉，在国民经济和社会发展中有着重要的地位和作用，在保险业要加强党的基层建设。

一是保证和促进保险业健康发展的需要。保险行业中的党员大都是所在机构的骨干力量，具有很强的影响和带动作用，是推动保险行业自身健康发展的重要保障。加强保险行业党建工作，有利于引导、监督保险行业依法经营，加强对从业人员的教育管理，提高管理水平，增强保险从业人员的凝聚力，有利于化解矛盾，协调、调动各方面的积极性和主动性。

二是解决当前保险行业基层党建工作存在问题的需要。与保险业的快速发展相比，保险业一些机构因地域分散和业务压力，党建工作存在空白点，组织生活不正常，党员先锋模范作用发挥得不够，一些组织隶属关系管理体制不顺的问题，解决上述这些问题需要进一步加强保险系统党建工作，完善党的组织设置，理顺党的组织关系。

二、优化完善保险业党组织体系建设，夯实保险业基层党建工作的核心基础，增强基层活力

（一）要创建学习型领导班子，发挥基层领导

班子的“领头雁”作用。各级机构党组织要坚持民主集中制，按照“集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定”的原则，建立完善公司内部议事规则和决策程序，民主决策；要创建学习型党组织，加强党员干部队伍建设。以创建“四强”党组织为载体，深入开展“两强促三会”活动，把创建“政治素质好、经营业绩好、团结协作好、作风形象好”的“四好”领导班子活动作为班子建设的重要载体，提高党员干部学习自觉性；要创建学习实践性团队，加强学习型党员队伍建设。以创建“四先党小组、四优党员”为主线，形成以党员生产骨干领衔的，包括规范化管理学习实践团队、业务推广学习实践团队等多个学习实践性团队，开展多种形式的学习模式，通过深度会谈、头脑风暴、技术讲座等活动，不断提升自身素质，在提高公司业务和效益方面起模范带头作用。

(二) 建立科学高效的运行机制，保障保险业基层党建工作落到实处。

一要落实党建工作责任。首先，在思想上解决职责定位的问题，牢固树立“抓党建是本职，不抓党建是失职，抓不好党建是不称职”的理念，正确的处理好党建工作和中心工作的关系，杜绝党建工作和中心工作“两张皮”现象，明确抓党建必须抓发展、抓发展必须抓党建。其次，在责任上解决落实不力的问题。要突出党委（支部）书记亲自抓，这项工作不能让其他人代替。最后，在落实上解决制度巩固的问题，进一步完善党建责任落实体系，用责任制管责任人，用责任人带一班人。

二要落实党建工作保障。基层党建不仅需要精兵强将充实基层，而且需要真金白银来投入基层，所以要强化经费保障、待遇保障、阵地保障等。三要落实党建考核工作。各基层党组织要把党建工作的目标任务细化传达下去，确保每项党建工作有专人在管、专人在抓，不能光应付考核，要与中心工作结合起来。要把党委（支部）书记抓党建工作的制度落实情况纳入到领导班子和领导干部综合述职考评体系当中，把考核结果作为提拔任用干部的重要依据。

三、把员工的思想政治教育工作有效纳入党建，实现基层党建工作与保险业发展双赢

(一) 把党建融入机构中心工作，以主题实践

活动为载体，开展一系列内容丰富、扎实有效地活动。如：在员工中大力倡导“只为成功想办法、不为失败找理由”理念，组织开展竞聘上岗活动，营造“想干事、能干事、干成事”的干事创业氛围；以庆祝建党周年活动为契机，组织开展“为党旗添光彩、为保险做贡献”主题演讲比赛等，增强团队凝聚力和创新力，全力推进各级机构业务又好又快发展。

(二) 创新文化建设，提升公司“软实力”。党组织要按照“战略统领、文化引领”的总体要求，努力在公司内铸造一种“务实、创新、阳光、激情”的工作氛围。通过定期组织开展各种方式的宣传和推广活动，将公司文化理念延伸和渗透进经营管理、创新发展、人才选拔等方方面面；组织党员开展捐资助学等公益活动，履行社会责任，树立公司形象；建立网站、展板、简报等文化载体，不断提升公司的软实力，促进各项任务的圆满完成。

(三) 选树创新典型，营造良好氛围。开展“岗位明星”评选、服务承诺等活动，为员工们树立榜样；注重对先进典型的管理、教育和培养，在公司内部营造学习先进、争当先进的良好氛围。

(四) 与业务拓展同步，全力促进公司跨越发展。根据不断变化的新形势、新目标、新要求，制定《党员干部学习教育制度》《公司员工思想动态分析制度》等系列党支部管理制度，着力推动基层党组织建设，进一步明晰工作思路和工作定位，为公司业务稳步发展和效益提升提供坚强的政治保证。

(五) 构建以人为本、公正民主、诚信友爱、安定有序的和谐人际关系。在思想政治工作实践中坚持以人为本，就是要从公司可持续发展的大局出发，尊重员工的人格、保障员工的权利、维护员工的权益。

(六) 关注员工思想动态，坚持有的放矢构和谐。思想是行动的指南，思想不是静止的，而是随着时代的发展而改变的。因而思想政治工作者要紧跟时代发展的节奏，围绕提高员工的素质、促进员工全面发展的目标，牢固树立顺应时代发展潮流的科学发展观，时刻以现代的思维方式来审视员工的思想变化，关注员工的思想动态，耐心细致地做好思想政治工作。

(七) 关注员工多种需求，坚持多策并举促和

谐。现代人的需求是多方面的,既有得到物质方面消费的需要,更有满足精神生活的渴求。这就要求思想政治工作要特别关注员工的精神需求,通过开展感染力强、富有实际意义的各种丰富多彩的活动,提升员工精神领域需求的层次,从而提高员工队伍的整体素质。

(八) 关注员工各方利益,坚持公正民主求和谐。思想政治工作要从公平正义出发,妥善协调员工各方面的利益关系。作为业务单位,既要保证公司在市场经济条件下取得最大利润,确保公司不断发展壮大,又要切实保障员工的合法权益,特别是涉及员工切身利益的重大决策时,要充分考虑员工的权益,维护公平与正义。

(九) 关注员工喜怒哀乐,坚持诚信友爱创和谐。要把诚信友爱作为开启员工心灵的金钥匙和沟通的桥梁。诚信友爱,就是要教育和引导广大员工互帮互助、诚实守信、平等友爱、融洽相处,努力构建公司和谐诚信的人际关系。

(十) 关注员工工作环境,坚持安定有序创和谐。安定有序,既是构建社会主义和谐社会的重要保证,也是公司内部强化员工思想政治工作的基本准则。

四、打造精干的思想政治工作队伍

思想政治工作是做人的工作,队伍素质的优劣是决定成败的关键。打造一支专兼职思想政治工作精干队伍,是做好新形势下企业思想政治工作的前提。思想政治工作者除了自身要有良好的思想政治素质外,还应具备五个方面的能力:

(一) 战斗力。在日常思想政治工作中,要敢于立场坚定讲原则,旗帜鲜明论是非,做到好人好事有人夸,坏人坏事有人抓。

(二) 创造力。思想政治工作的创造力,不仅要有坚定的理想信念和精神动力,还要有政治敏锐性、洞悉问题本质的判断能力。

(三) 感召力。思想政治工作不是虚假的东西,而是实实在在的工作,只有既做“知”的典型,又做“行”的楷模。把严于律己、言传身教和动之以情、晓之以理统一起来,才有强大的号召力和感召力。

(四) 说服力。思想政治工作不但要说,还要让员工服。只有通过刻苦的学习,不断地总结和修炼,才能提高说服力。

(五) 应变力。数字时代,信息社会,瞬息万变,保险市场情况、员工的思想状况也是动态的,不断变化的,这就要求与时俱进,顺时而变,以变应变。

五、加强党建工作,必须把工作有机结合

必须尊重保险行业业务发展规律,必须与行业监管部门开展的各项合规治理工作有机结合。

近年来,行业监管部门为贯彻落实党中央、国务院关于治理金融市场乱象的决策部署,开展了金融反腐、扫黑除恶、乱象整治及回头看、反恐反非融资、内控合规管理建设、“三防”(防高管 防基层 防基础)等一系列市场乱象整治工作。各家经营主体的各级党组织基本都能履职尽责,与具体负责部门研究、部署、落实、追踪、考核这些工作的开展。从总体上来说,市场乱象情况得到遏制,市场环境得到清理,各家经营主体在内控体系建设、案防管理体系建设、合规文化培育、员工行为排查、消费者权益保护、打击黑产、案件处置等环节开展了大量工作,成效显著。但受新冠肺炎疫情、经济下行压力等外部因素影响及监管趋严,市场环境整治依然任重道远,合规工作永远在路上。保险行业各级党组织必须牢固树立底线思维,提升本领,勇于担当,积极投身防范金融风险攻坚战,引领行业自律自警,始终围绕客户利益,促进行业合规健康发展。

站在新的历史起点上,回望过往的奋斗路,眺望前方的奋进路,我们心潮澎湃、壮志在胸、豪情满怀。奋斗新时代、奋进新征程,全党全军全国各族人民在以习近平同志为核心的党中央坚强领导下,全面贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想,团结一心、顽强奋斗,风雨无阻向前进,全面建成社会主义现代化强国的目标一定能够实现,中华民族伟大复兴的中国梦一定能够实现!

(作者单位:合众人寿福建分公司)

责任编辑:黄艺敏

责任校对:李于进

不贪为宝，以廉为镜

● 谢惠真

亘古至今，有许多朝代和政权因为腐败这颗毒瘤而被推翻，一桩桩一件件历史教训摆在我们的眼前，让我们深刻的领悟到这可毒瘤无法被清除，无法被控制，将后患无穷。新时代、新征程中，从党中央到银保监会系统、各大保险公司等从上到下都十分重视反腐倡廉工作。

保险行业是重要的金融行业，行业的风清气正是扎实推进清廉金融文化建设的重要抓手之一。正因如此，在行业及各保险公司内部务必做好反腐倡廉各项工作，输出风清气正的保险特色清廉行业文化。紧紧围绕中国银保监会《关于深入推进银保监会系统清廉金融文化建设的指导意见（试行）》，推进保险行业清廉金融文化建设。

一、强化思想建设，坚持以党建为引领

保险业是一个经常与金钱打交道的行业，无论是承保、理赔还是其他岗位都容易与权钱交易等挂钩，如果思想不坚定，很容易将自己送上不归路。正因如此，更应当积极强化反腐倡廉方面的思想建设，坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指南，深入领悟党的各项会议精神，坚持学习党史、党风廉政教育、廉洁教育等，依托于清廉文化建设以及反腐倡廉学习教育、合规守法教育等，全面推进廉洁文化、廉洁思想意识注入全员的脑中、心里，筑牢清廉思想防线。

紧紧围绕党中央、银保监会关于反腐倡廉工作的重要部署，坚持以党建为引领，紧跟党的步伐，坚持党的领导核心地位不动摇，坚定政治立场，确保方向正确。以思想政治工作为基础，行业内各单位要定期开展基层检查、自查自纠、巡查等，全面将廉洁工作落实到位；同时由银保监会牵头，坚持每年至少组织一次保险行业各企业融合大检查，抽

调思想端正、专业技能良好、对反腐倡廉有深刻认识的人员，组成队伍进入不同的保险公司进行巡查，在巡查的过程中，不仅仅要以问题为导向，深入检查，也要坚持通过召开进驻会议、撤离会议等形式，将廉洁文化带入到每一个巡查的企业中，务必筑牢清廉之思。

二、建立健全廉政建设体系

习近平总书记指出“我们必须清醒认识到，腐败和反腐败较量还在激烈进行……”。保险系统的各家公司必须清楚的认识到了习近平总书记关于反腐倡廉讲话的重要精神，切实的担当起时代赋予的使命，担当起清廉金融文化建设的责任，紧紧围绕党中央《关于加强新时代廉洁文化建设的意见》以及银保监会《关于印发深入推进银保监会系统清廉金融文化建设指导意见（试行）》，各公司需将清廉文化建设纳入日常工作管理布局发展战略之中，建立健全廉政建设体系，依据公司实际情况以及地域情况，制定集团、分支机构清廉文化建设制度以及方案，明确清廉金融文化建设的任务目标以及具体实施计划和细节，将清廉金融文化建设工作与人员的绩效考核挂钩，让公司从上到下，共同维护廉政体系建设。

定期召开清廉工作开展情况会议，务必将该项工作落实到位；建立清廉金融文化学习培训、宣传制度和全年规划计划，将清廉教育作为体系建设的重点内容之一。开展多元化的党风廉政建设、反腐败工作活动，例如设立各公司的清廉金融文化建设日、创建清廉金融文化宣传口号、开展清廉金融文化朗诵比赛、文艺汇演等等。

三、抓住领导干部这个“关键少数”

习近平总书记指出“要保持反腐败政治定力，

不断实现不敢腐、不能腐、不想腐一体推进的战略目标。”而领导干部正确用权，时刻自省自警，严守纪法规，积极发挥先锋模范作用，以身作则，以上率下，扣好廉洁从政、廉洁从业的扣子，是全员廉洁奉公的榜样，是斩断腐败的先锋。

保险行业各级管理人员，应当写好人生之“最”：官大官小，清官最大；权重权轻，责任最重；位高位低，在位最高；身贵身贱，人格最贵；成功失败，长水东流；幸福平安，青山依旧。紧抓领导干部，定期开展民主生活会、领导干部谈心会、自查自纠检查汇报等等，切实的从干部的日常管理入手，关注干部各个时段的生活形态，谨慎交友，定期清理“朋友圈”，持续提升管理层抵制不良风气，摒弃不良嗜好，净化身边人，净化圈子的自觉性。

抓住领导干部这个关键少数，积极的宣传廉洁文化，做好各项反腐倡廉工作，树立典型，发挥领头羊作用，推进群雁效应，常思贪婪之害，常怀廉洁之心，将廉洁文化铭记于心。做好廉洁表率是每一位领导干部必须做到的，党风廉政记心中，问心无愧走一生，廉洁奉公心坦荡，爱党爱国爱行业。

四、家司共建，推动清廉家风建设

保险行业各公司需深入贯彻落实习近平总书记关于注重家庭家教家风建设重要论述精神，将廉洁家风建设作为加强清廉金融文化建设的着力点，积极开展家司共建，以优良的家风涵养党风、政风，引领司风，共同维护行业的风清气正，营造崇尚廉洁的社会风气。

家风连着党风和司风，家廉推动政廉。良好家风是砥砺品行的“磨刀石”、抵御贪腐的“防火墙”。将家风建设与公司建设、行业建设紧密相连，注重家风的传承性、传播性，重视家风建设的感染力，立足于各单位情况，加大家司共建力度，善于挖掘司内、行业内优秀的家风，推进廉洁家风建设，厚植廉洁家司共建根基，打造保险行业特色家司共建品牌。

行业内各公司要依据各自的实际情况，在集团内部、分支机构之间，积极推广家司廉洁共建活动计划。由党组织、工会等共同牵头，积极走进员工的家中，开展家访、邀请家属谈心等活动，切实的以实际行动走进员工的家中，共同交流共建清廉文化事项，相互传达廉洁思想，推广家司共建廉治理

念的同时，挖掘优良家风。邀请党员、干部家属、优秀职工家属、模范家庭等参与公司的廉洁共建活动，将优良的家风、家训在公司内传播，将公司的“廉洁风气”传入员工的家庭之中，让员工的“廉洁家风”引入公司清廉文化发展中。打造家司共建廉德基地、家风家训司风司训室、廉政文化示范点等等，组织职工家属参观等，推动清廉文化建设。

创新开展清廉文化建设家书活动，党员干部、职工将自己的廉洁奉公思想和实践定期通过书信的方式传送给家庭成员，家庭成员依据书信内容对党员干部、职工进行回信，指出优点和存在的不足，在书信的往来中强化家司廉洁共建。

五、以廉为镜，以案促廉洁

廉洁是滋补身心的良药，廉洁是进步的阶梯。以廉洁为镜，以身边的案例为镜，让廉洁文化滋养每一位员工，树立正确的人生观、价值观、清廉观。近年来，行业内出现了不少高官贪腐现象，这一桩桩、一件件血的教训，令人痛心疾首。

“以铜为镜，可以正衣冠；以古为镜，可以见兴替。”这句出自唐太宗李世民的名言，深刻的道出了镜子的真谛。在世界百年未有的大变局之中，保险从业人员面对的诱惑是前所未有的，我们每个人都需要有一面镜子，通过身边的一面面镜子看清自己，强化反腐倡廉，持续不断的深入学习和剖析各类高官因为贪腐，自毁前程的案例，时刻提醒自己敲响警钟，“贪廉一念间，荣辱两世界”，贪念如洪水，坚决与腐败斗争到底，坚决不触碰法律红线，不逾越鸿沟。向身边的廉洁榜样和典型学习，让他们成为我们的重要指引，坚定立场，坚决与腐败斗争到底。

作为金融行业的重要一员——保险行业，应当以清廉金融文化建设为契机，做到以廉为荣，以贪为耻，不以善小而不为，不以恶小而为之。每一位保险行业从业领导干部，应当把个人放在镜子面前，找出行为的正斜，争做廉洁的表率；应当把集体放在镜子的面前，找出大环境的清浊，树立风清气正的氛围。以廉为镜，让廉常相伴，严于律己，廉洁奉公，让浩然正气留在保险行业，让保险世界绽放廉洁之光！

（作者单位：人保财险三明市分公司）

责任编辑：谢圆虹

责任校对：黄艺敏

浅析养老金三支柱发展问题及建议

——从泰康方案获得的启示

● 施曼莉 黄亚婷

【摘要】 老龄社会与长寿时代给政府和企业带来了许多机遇和挑战。发展银发经济，应对老龄化挑战，这需要在养老支付端和服务端两侧进行不断的变革和探索。本文着重浅析支付端的养老金三支柱的现状和问题，并提出相关建议，以共同建设更健康、更长寿、更富足的和谐老龄社会。

【关键词】 养老金三支柱；养老支付端；养老服务端

老龄社会、长寿时代是未来人类社会的新常态，以福建省为例，根据2020年第七次人口普查数据显示，福建省老龄人口比重快速上升，全省60岁及以上人口占比16%，低于全国比例，但相较10年前第六次人口普查快速上升了4.56个百分点。如何更好的应对老龄社会，是福建省“十四五规划”提出的要求，也是当下时代的热点课题。

发展银发经济，应对老龄化挑战，这需要在支付端和服务端两侧进行不断的变革和探索。其中，就支付端方面，我国目前的养老金体系主要包括三大支柱：第一支柱公共养老金、第二支柱企业养老金、第三支柱个人养老金；服务端方面，主要包括居家养老、社区养老、机构养老等。本文着重浅析支付端的养老金三支柱的现状和问题，以及支付端链接服务端等建议，并阐述从泰康保险集团应对长寿时代方案中所获得的启示。

一、我国养老金三支柱发展现状

我国的养老支付端主要来源于养老金三支柱，即政府、企业和个人共同承担的养老保障：第一支柱是政府提供的社会基本养老保险；第二支柱是企业事业单位为员工设立的企业/职业年金、各类退休计划；第三支柱是职工个人购买的个人税收递延型商业养老保险、养老年金保险、养老基金等。我国养老金三支柱的发展现状如下：

（一）第一支柱基本养老金存在一定程度的缺口

截至2020年底，全国社会保障基金资产规模近3万亿元，城镇职工/城乡居民基本养老保险基金累计结余5.81万亿元，受新冠疫情等因素影响，较2019年出现了一定程度的下滑，出现收支缺口，历史上首次动用全国社保基金。目前我国第一支柱养老金占我国GDP的比重很低，比例不足9%，远低于全球养老金规模前茅国家67%的比例，仍有很大的发展空间。对此，国家采取了中央调剂、央企划拨等措施，增强第一支柱的可持续性。其中，福建省在2020年调剂中属于净调出地区，年度净贡献169亿元，净贡献金额排名全国第三位。

（二）第二支柱企业/职业年金发展有待市场扩面

企业年金方面，市场普及缓慢推进，截至2020年底，全国企业年金规模超2万亿元，企业数仅11万家，市场普及率偏低。职业年金方面，2020年是职业年金基金运作以来第一个完整年度，截至2020年底，全国职业年金规模超1万亿元。随着2021年年金投资新规的出台，我国第二支柱养老金的管理逐步规范化、体系化，引导有序合规发展。

（三）第三支柱个人养老金制度处于起步阶段

目前保险公司、银行、基金公司等均开发了不

同类型的个人养老金融产品，包括个人税收递延型商业养老保险、养老年金保险、个人养老保障产品、银行养老金融产品、养老目标基金等。但试点规模有限，民众对养老金第三支柱的认知度不足。以个人税收递延型商业养老保险为例，自2018年5月试点以来（包括福建省等），累计实现保费收入不足5亿元，参保人数仅5万人。这亟待国家相关优惠政策出台，以鼓励第三支柱更好更快地发展。

二、浅析养老金三支柱存在的问题

（一）养老金第二、三支柱普及率低

第二支柱企业年金覆盖面不足。以福建省为例，截至2020年底，福建省企业年金规模375亿元，参与企业数仅2084家，排名全国第10，与GDP排名第7相比，福建的企业年金发展仍有上升空间。此外，以市场公开的上市公司年报披露数据为例，目前建立企业年金的上市公司约1千家，占全部上市公司数量不足30%。上市公司的年金普及率尚且如此，其他企业的年金覆盖率更为低迷，这限制了第二支柱对民众未来养老的补充效用。第三支柱个人养老金储备方面，如上文所述，无论产品的规模及设计都处于起步阶段，在养老金三支柱体系中所占比重最小，普及率亟待提升。

（二）养老金第二、三支柱账户相互独立，无法统筹使用

目前的养老金三支柱，仍然是账户分别独立设置的模式：基本养老金、企业/职业年金、个人商业养老金分别有三个账户。

各个账户相互独立，无法统筹使用。比如第二支柱的企业/职业年金，存在转移接续的问题，如果员工流动到没有企业/职业年金的单位，账户余额无法随之转移，不利于个人养老金的连续性与统筹安排。

相较而言，其他养老制度比较成熟的国家普遍将第二、第三支柱打通，当参加者在工作变动或退休的时候，可以将第二支柱养老金转移到第三支柱个人账户中，增强补充养老金制度的连续性。例如，美国个人退休账户规模超过12万亿美元，之所以积累了如此庞大的储备规模，很重要的原因是美国第三支柱IRAs（Individual Retirement Accounts）承接了大量第二支柱账户资金转入，当更换工作或退休时，可以将第二支柱401K账户的余

额转入IRA账户。据统计，IRA账户中70%以上的资金来源于第二支柱的资金转入，养老金具备便携性和连续性。

（三）支付端与服务端缺乏链接，不利于养老资金定向消费

养老金三支柱（支付端）与养老服务（服务端）联系度不足，不利于养老资金的定向消费。造成的问题主要体现在：

一是支付端方面，无法实现养老资金的有效定向使用的规划，容易造成“老而破产”的危机。根据福建省老龄工作委员会发布的《福建省老年人生活状况与老龄事业发展研究》，抽取样本的福建六地市的五千多名老人对自己的经济状况进行评价，非常宽裕/比较宽裕占比仅21%，基本够用/比较困难/非常困难的占多数。我国的多数民众养老过度依赖第一支柱和第二支柱，对构建自身第三支柱的意识还比较薄弱，且资产配置结构不够合理，养老资金普遍缺乏定向及长远的规划，支出具有随机性。

在缺乏养老资金规划的前提下，随着年龄的增加，收不抵支的风险开始增加。据清华大学调查显示，59.50%的受访者担心退休后会“无力支付医疗费用”的问题；即使是高收入的群体，他们对于“无力支付医疗费用”的担忧也依然较高（26.29%）。这说明即使是较富裕的家庭，养老与健康危机造成的财务冲击也会对家庭产生较大的影响。养老与医疗资金支出的不确定性，容易引发“老而破产”的风险。

二是服务端方面，养老服务产业潜力未完全激发。目前养老服务是以居家为基础、社区为依托、机构为补充、医养相结合的体系，呈现供给较为不足的现状。以福建省为例，截至2020年，福建养老机构和设施总数1.4万个，各类养老床位总数25万张，每千名老年人拥有养老床位数37张，这与发达国家每千人拥有50-70张养老床位的水平仍有较大差距。

三是支付端和服务端缺乏链接。由于养老支付端与服务端缺乏有效链接，存在需求与供给不匹配的现象——例如，支付端的养老金无法匹配最合适的养老服务，资金使用缺乏规划和效率；服务端的某些养老机构床位空置率较高，造成了资源的浪费。

三、浅析养老金三支柱发展建议

(一) 推动养老金第二、三支柱政策支持,提升民众养老积累

一是**推动税收优惠政策出台**。加大企业年金、个人养老金产品的税收优惠力度。目前第三支柱的税收优惠力度存在不足,是制约个人养老产品发展的重要因素。譬如个人税收递延型商业养老保险退休领取的税率是7.5%,税负偏高。建议降低税率,或参考企业年金,分期领取即可降低税负的模式。

二是**提升可选产品的多样性**。目前,我国居民存款已经超过90万亿元,可转化为长期养老资金的金融资产非常可观,规范发展第三支柱的条件比较成熟。在投资产品的选择上,将符合规定的商业养老保险、储蓄存款、银行理财、公募基金、股票、债券等,都可作为个人养老金产品的开发方向,个人可根据不同的风险偏好自主选择。提升第三支柱产品的吸引力,引导更多的民众通过第三支柱进行长期养老储备。

(二) 实现个人养老账户制,打通第二、第三支柱

一是**引导建立个人养老账户制**。个人养老账户可以实现税收优惠、个人投资选择、权益记录、打通第二、第三支柱等功能,具有灵活便捷、避免重复征税等优点。个人以身份证号申请开户,具有唯一性。账户管理机构与中证登、税务系统实现信息交互。在个人账户制下,个人购买各类符合规定的养老金融产品,在一定额度范围内都享有税收递延,可避免多产品税收征管不便的问题。根据清华大学调研显示,有56%的受访者表示支持政府通过税收优惠政策,鼓励公民参与个人养老账户制度,是民众喜闻乐见能够接受的政策趋势。

二是**实现养老金第二、第三支柱打通,提升养老金体系的灵活性**。未来我国个人养老账户的发展可借鉴美国的账户互转模式,打通第二、第三支柱。如果离职或退休,第二支柱中的资金可以转移到第三支柱个人养老金账户继续运营,统筹管理,为后续对接养老服务筹备更充足的资金。此外,税收优惠方面也可考虑将二、三支柱的打通,譬如对于没有企业年金的员工,允许其在第三支柱共享年金的个人所得税税收优惠额度,进一步提升居民储备个人养老账户的意愿。

(三) 个人养老账户(支付端)对接养老服务(服务端),从产品层面/政府层面实现

进行以上养老个人账户的建立和充分积累后,最终目的是为了提升民众养老消费力,对接各类养老服务。根据清华大学老龄社会研究中心调查显示,未退休者关于养老生活的愿景,75%和68%的受访者选择了“完善的医疗服务”和“良好的居住和服务设施”。同时,根据福建省老龄工作委员会办公室发布的《福建省老年人生活状况与老龄事业发展研究》显示,抽样受访的福建省六地市(福州/南平/莆田/泉州/厦门/漳州)老年人对社区老龄服务的前五大需求分别是:上门看病、上门做家务、健康教育服务、心理咨询与聊天、康复护理,但社区(村委会/居委会)老龄服务的供给十分有限,明显低于需求率。

针对以上这些现状,显示出一个重要的发展方向是:链接养老账户积累(支付端)与养老服务(服务端),为解决养老需求提供更精准的产品供给与支付渠道。要实现支付端与服务端的链接,可通过以下方式实现:

一是**通过产品层面实现**。可在养老产品的设计上,附加相应的养老服务。以产品为纽带,将养老积累和最终的养老消费进行对接,省去了个人选择养老服务的信息不对称性,提升养老储蓄的使用效率。例如,在养老年金保险产品中嵌入养老社区服务;在长期护理保险产品中嵌入护理服务;在疾病或医疗保险中嵌入健康管理服务;在养老目标基金中嵌入投资咨询顾问服务等。

二是**通过政府层面实现**。由政府进行统筹筛选入围、监督、评价养老服务商,个人养老账户需要进行养老消费时,由账户直接向养老服务商进行支付。支付过程点对点,直接对接政府筛选的优质养老服务商,规划长线消费,减少养老资金缺乏规划所导致的“老而破产”风险。

政府如何让居民的养老金消费物有所值,需要担任支持者、筛选者、监督者等角色,即政府筛选优质资源,为居民的养老金支出提供优质供应商渠道,可提供生活照料、家政服务、康复护理、精神慰藉等服务。以福建省为例,“十四五”期间,福建将完善居家社区养老服务网络,改造提升养老机构护理能力,积极引导社会力量打造综合型养老社区、医养结合型养护中心。同时,对福建省而言,

一个重要优势是可以与台湾进行交流，积极引进台湾的养老产业经验，提升养老服务供给端的品质。

综上所述，通过产品端的设计，可实现养老积累与养老消费的前期绑定；或可通过政府端的引导、筛选、监督，提供一批优秀的养老服务商的指导性目录，未来实现与居民养老储蓄账户的点对点对接，将养老金融和养老服务实现有机整合，提升养老资金的使用效率。通过以上这些方式，将养老的支付端和服务端对接，形成了完整的资金与资源的闭环。同时，由政府作为服务的评价者与监督者，客户可以享受到优质的养老服务，降低养老金错用滥用的风险。

四、案例：从泰康方案可获得的启示

长寿时代下，如何让每一个国民能够生活的更健康、更长寿、更富足，是政府与企业都需要考虑的长远课题。

从政府与社会角度来看，支付端方面，依靠我国养老金体系三支柱；服务端方面，则是居家养老、社区养老、机构养老等模式相结合。支付端存在着三支柱发展不均衡的现状，且支付端与服务端缺乏有机的衔接，尚未形成完整成熟的链接闭环。

从企业角度来看，目前泰康保险集团力求打造的“长寿、健康、财富”闭环（如图1），本质上是保险支付端与医养服务端相结合，可以说是社会的缩影，这为政府打造养老支付与养老服务大闭环可以提供一定意义上的启示。

如图1所示，长寿时代的泰康方案，通过三大闭环链接了支付端与服务端：

一是长寿闭环。支付端提供寿险和年金产品；服务端提供全国连锁、候鸟式养老的长寿社区。客户通过购买保险，同时可享受养老服务。

二是健康闭环。支付端参与政府医保、企业补充医疗、个人健康保险等；服务端提供综合医学中心及全流

程健康管理服务。

三是财富闭环。是前两个闭环的基石，通过提供保险资金、退休金、财富产品的投资服务，让客户能更好地积累资金应对长寿时代的养老与健康支出。

泰康保险集团通过以上三个小闭环的融合，打造了一个大闭环：即保险支付端与医养康宁服务端的链接。企业经营是社会发展的缩影，这可以为政府打造养老支付与养老服务的大闭环提供如下启示（如图2）。

一是做大养老支付端，鼓励三支柱均衡发展。

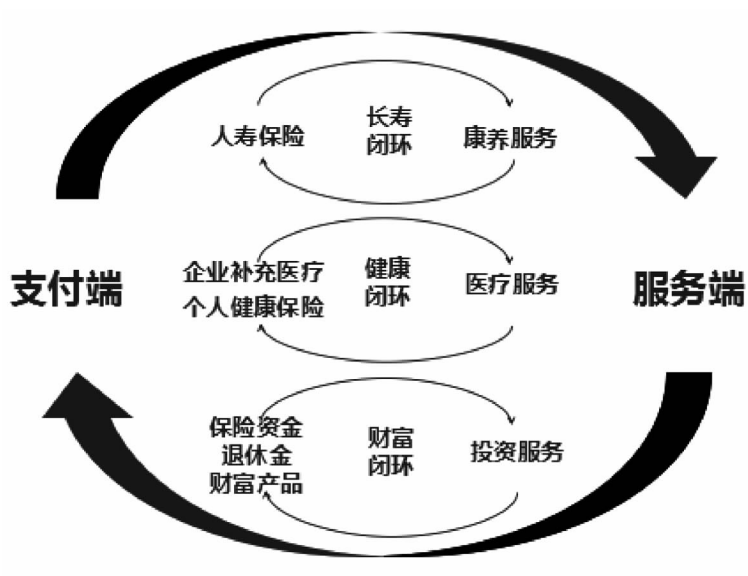


图1 长寿时代，泰康方案：支付端与服务端链接示意图

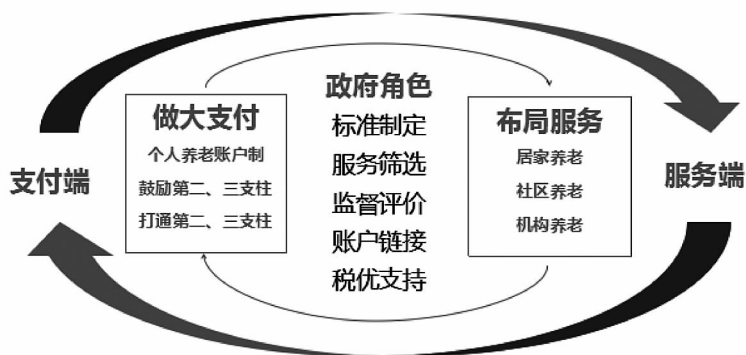


图2 政府可打造养老支付端与服务端链接示意图

如上文所述，政府可推进建立个人养老账户制，通过一个账户，实现税收优惠、个人投资选择、权益记录、不同产品统一征税、打通第二、第三支柱等功能。逐步鼓励做大第二支柱企业年金和第三支柱的个人养老金，提升居民在养老支付端的积累与消费能力。

二是布局养老服务端，发展“居家为基础、社区为依托、机构为补充、医养相结合”的养老服务体系。鼓励发展居家养老、社区养老；通过直接建设、委托运营、购买服务、鼓励社会投资等多种方式发展机构养老；鼓励医疗卫生机构与养老机构开展协议合作，进一步整合优化基层医疗卫生和养老资源，为老年人提供医疗救治、康复护理、生活照料等服务。

三是做好支付端与服务端的链接。政府从中担任的职责是：标准制定、服务筛选、监督评价、账户链接、税优支持等。通过政府端的引导、筛选、监督，提供一批优秀的养老服务商的指导性目录，建立健全养老服务标准和评价体系，加强对养老机构建设和运营的监管，为个人养老账户的建立与实施提供税优等政策支持。未来实现居民养老储蓄账户与养老服务的点对点对接，将养老金融（支付端）和养老服务（服务端）实现有机整合，提升养老资金的使用效率；同时，通过服务端养老产业的繁荣发展，反向促进支付端的需求与消费，实现双向闭环。

五、小结

老龄社会与长寿时代给政府和企业都带来了许多机遇和挑战。支付端方面，建议加大养老金三支

柱的积累和改革，鼓励第二、第三支柱的发展和打通，通过建立个人养老账户制度，丰富养老产品，加大税优吸引力，逐步提升民众的养老消费能力；服务端方面，鼓励多种养老服务模式并行发展；同时，链接支付端和服务端，政府做好引导者、筛选者、监督者的角色，统筹养老资源，提升民众养老金的使用效率，共同实现长寿时代下更健康、更长寿、更富足的和谐老龄社会。

参考文献

- [1]董克用，孙博，张栋.《中国养老金融发展现状、挑战与趋势研判》.社会科学文献出版社 2021.10
- [2]胡兵，孙博.《养老金金融：一、二支柱持续发展，第三支柱亟待出台》.社会科学文献出版社 2021.10
- [3]曹伟，叶向峰.《养老保障管理产品：监管引导下的调整与转型》.社会科学文献出版社 2021.10
- [4]陈东升.《长寿时代：从长寿、健康、财富的角度透视人类未来》.中信出版集团 2021.8
- [5]清华大学老龄社会研究中心，腾讯.《国人养老准备报告》 2020.10
- [6]徐永光.《养老产业发展之管见》.社会科学文献出版社 2019.6
- [7]福建省老龄工作委员会办公室.《福建省老年人生活状况与老龄事业发展研究》.厦门大学出版社 2018.2

（作者单位：泰康养老福建分公司）

责任编辑：李于进

责任校对：谢圆虹

省社科界 2022 年学术年会

“福建保险业高质量发展转型分论坛”在榕举办

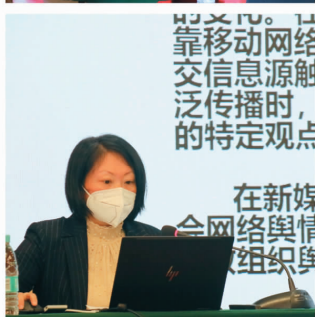
为进一步深入学习党的二十大精神,推动福建保险业高质量发展,12月21日,在福建省社会科学联合会的指导下,福建省保险学会、福建省价格协会、福建省中直会计学会共同主办的“福建保险业高质量发展转型分论坛”在福州举行。省保险学会、省价格协会、省中直会计学会、各价格评估机构、保险学会各会员单位、热爱保险学术研究的从业者近80人参加交流。

省保险学会骆少鸣会长代表主办单位致辞。他指出,本次论坛有三个特点:一是社科联第一片区三个协会、学会联合举办。参与者社会覆盖面广,体现了学术研究的广泛性,提升了参与度。二是撰写论文的保险从业者来源广。既有保险市场经营产险、寿险、政策性保险的保险主体,又兼顾大、中、小保险公司的经营特色。三是选题覆盖面广。参加交流

论文的研究方向涉及保险公司全流程,包括承保、理赔、产品开发、科技赋能、品牌宣传、舆情管理等方面。他希望通过大家的展示和交流,为福建保险业的高质量发展转型建言献策,添砖加瓦,进一步促进理论与实践的有机融合,使保险业健康可持续发展。

论坛上,10位优秀理论研究工作,分别就各自的研究课题作了大会交流。他们从不同角度围绕行业重点、热点、难点问题开展理论研究,报告内涵深刻,为保险业高质量发展转型提供有决策参考价值和可操作性的研究成果。参会人员表示深受启发、受益匪浅。会议达到预期目的。

(图/文:福建省保险学会)



省保险学会举办二十大报告辅导讲座



12月7日省保险学会在榕举办八闽保险大讲堂第六讲，邀请省社会主义学院刘晓楠教授作《深入学习贯彻二十大精神 团结奋斗创造新伟业》专题辅导讲座。省保险学会骆少鸣会长、温怀斌副会长、林声霖秘书长，会员单位的领导、党务工作者、热心保险理论研究的从业者和省社科联社会组织行业党建联系第一片区学会代表近110人参加学习。

刘晓楠教授以《深入学习贯彻二十大精神 团结奋斗创造新伟业》为题，从过去5年工作和新时代10年伟大变革、马克思主义中国化时代化的新境界、新时代新阶段中国共产党的中心任务、在团结奋斗中实现全体人民共同富裕等四个方面，结合丰富史料、详实数据，深入浅出地解读了党的二十大精神。

刘教授的讲座内容丰富、脉络清晰，系统梳理和解读党的二十大报告。既有历史纵深感，又有现实针对性，为大家进一步学深悟透党的二十大精神

提供了明确的指引。

会员单位代表纷纷表示，二十大报告科学擘画了未来中国的宏伟蓝图，明确了未来一段时间我们党的中心任务，将进一步增强学好党的二十大会议精神的政治自觉，把学习贯彻落实党的二十大精神与实际工作相结合，坚持学思用贯通、知信行合一，做好年底收关工作，谋划明年工作思路；坚持自信自强、守正创新、踔厉奋发、勇毅前行，在新征程上展现新担当、新作为；更加自觉地以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，为实现第二个百年奋斗目标而团结奋斗。

(图/文：福建省保险学会)

省保险学会参加省社会科学普及宣传周活动

12月23日，“学习贯彻二十大 砥砺奋进新征程”——2022年福建省社会科学普及宣传周启动仪式在福州福山郊野公园举行。

省保险学会作为唯一的5A级学术性社会组织，在福榕园主会场设置展位，通过向参加活动的群众发放“保险知识问答”折页和宣传品，现场解答群众对保险知识的疑难或困惑问题，获得主办单位领导和群众的一致赞誉。

(图/文：福建省保险学会)

