**BỘ TÀI CHÍNH**

**QUÁ TRÌNH HÌNH THÀNH VÀ PHÁT TRIỂN**

**CỦA THỊ TRƯỜNG BẢO HIỂM MỘT SỐ NƯỚC**

*Hà Nội, tháng 7 năm 2022*

**MỤC LỤC**

[**PHẦN I. SỰ PHÁT TRIỂN CỦA THỊ TRƯỜNG BẢO HIỂM CANADA 3**](#_Toc89332989)

[**PHẦN II. THỊ TRƯỜNG BẢO HIỂM VƯƠNG QUỐC ANH 17**](#_Toc89332990)

[**PHẦN III. PHÂN TÍCH SỰ PHÁT TRIỂN CỦA THỊ TRƯỜNG29**](#_Toc89332991)[**BẢO HIỂM NHÂN THỌ VÀ PHI NHÂN THỌ NHẬT BẢN 29**](#_Toc89332992)

[**PHẦN IV. SỰ PHÁT TRIỂN CỦA THỊ TRƯỜNG BẢO HIÊM ẤN ĐỘ 43**](#_Toc89332993)

[**PHẦN V. THỊ TRƯỜNG BẢO HIỂM TRUNG QUỐC 49**](#_Toc89332994)

[**PHẦN VI. SỰ PHÁT TRIỂN THỊ TRƯỜNG BẢO HIỂM MỸ 54**](#_Toc89332995)

# PHẦN I. SỰ PHÁT TRIỂN CỦA THỊ TRƯỜNG BẢO HIỂM CANADA

Canada là quốc gia có diện tích đất liền lớn nhất ở bán cầu phía tây và là quốc gia lớn thứ hai trên thế giới nhưng đứng thứ 39 về dân số với khoảng 37 triệu người. Năm 2018, Canada có tổng sản phẩm quốc nội (GDP) xấp xỉ 1.711 tỷ đô la, doanh thu phí bảo hiểm đứng thứ 10 với thị phần 4,3% thị trường thế giới, trong đó, nhân thọ là 1,92% và phi nhân thọ là 3,11%; phí bảo hiểm bình quân trên đầu người là 3.457 đô la xếp thứ 18 thế giới, phí bảo hiểm so với GDP là 7,48% xếp thứ 15 thế giới. Một số điểm đáng chú ý về thị trường bảo hiểm Canada như sau:

**A. BẢO HIỂM NHÂN THỌ CANADA**

**1. Doanh thu bảo hiểm**

Năm 2018, Canada có 34 doanh nghiệp bảo hiểm nhân thọ. Các sản phẩm bảo hiểm nhân thọ và sức khỏe nhóm được bán thông qua đấu thầu cạnh tranh cho các công ty và sau đó công ty mua cho nhân viên như một khoản phúc lợi cho nhân viên, thường bao gồm các sản phẩm bảo hiểm y tế bổ sung. Bảo hiểm nhân thọ gồm bảo hiểm tử kỳ và bảo hiểm trọn đời. Bảo hiểm tử kỳ chỉ cung cấp quyền lợi tử vong và hợp đồng thường chấm dứt ở một độ tuổi nhất định. Phí bảo hiểm thường thấp hơn trong những năm đầu và tăng theo thời gian. Hợp đồng bảo hiểm vĩnh viễn, ngoài việc cung cấp bảo vệ tử vong còn bao gồm các giá trị tiền mặt tích lũy theo thời gian, có thể được sử dụng để đáp ứng các trường hợp khẩn cấp tài chính, dùng trả cho các mục tiêu cụ thể hoặc thu nhập hưu trí.

Bảo hiểm sức khỏe cá nhân là kết quả của hệ thống chăm sóc sức khỏe cộng đồng toàn cầu của Canada, dành cho những người không thuộc các chương trình bảo hiểm nhóm của công ty như nhân viên thời vụ hoặc hợp đồng hay người nghỉ hưu. Các sản phẩm bảo hiểm sức khỏe cá nhân này đa dạng như chăm sóc nha khoa, chăm sóc thị lực, chương trình bồi hoàn thuốc theo toa, bảo hiểm khuyết tật, lợi ích chăm sóc sức khỏe mở rộng, bảo hiểm bệnh tật và bảo hiểm chăm sóc dài hạn.

Trong giai đoạn 1990 - 2003, số tiền bảo hiểm ròng trung bình hàng năm của các công ty bảo hiểm nhân thọ tại Canada là 33,3 tỷ USD, tăng từ 23,6 tỷ đô la năm 1990 lên 46,5 tỷ đô la năm 2003, tương ứng tốc độ tăng trưởng gộp hàng năm là 5,3% mỗi năm.

Kể từ năm 2002, bảo hiểm sức khỏe trở thành nghiệp vụ quan trọng thứ hai của các công ty bảo hiểm nhân thọ Canada. Doanh thu phí bảo hiểm sức khỏe tăng lên 28% năm 2003 so với 21% năm 1990. Năm 2003, người dân Canada đã chi trả 13,06 tỷ đô la phí bảo hiểm y tế. Số tiền này cũng bao gồm phí bảo hiểm sức khỏe tại các công ty bảo hiểm phi nhân thọ, không bao gồm phí bảo hiểm của các hợp đồng sức khỏe nhóm 6,2 tỷ đôla năm 2003 do các công ty bảo hiểm nhân thọ quản lý (được gọi là dịch vụ hành chính). Bảo hiểm y tế cá nhân có tốc độ tăng trưởng kép hàng năm là 7% trong 13 năm, trong khi đó, bảo hiểm sức khỏe nhóm là 7,7%.

**2. Chi trả bảo hiểm**

Trong năm 2003, số tiền bảo hiểm được chi trả là 38 tỷ đôla, cao hơn so với 36 tỷ đôla năm 2002, không bao gồm các khoản chi trả cho hợp đồng không phải bảo hiểm do các công ty bảo hiểm nhân thọ quản lý với tổng trị giá 5,8 tỷ đôla. Trong đó, chi trả cho bảo hiểm nhân thọ là 5,2 tỷ đôla, bảo hiểm niên kim là 20,1 tỷ đôla (52,9%), bảo hiểm sức khỏe là 10,6 tỷ đôla (27,9%), chi trả lãi suất theo cam kết là 2,1 tỷ đôla (5,5%). Các hợp đồng nhóm chiếm gần 60% số tiền bảo hiểm được chi trả, hơn 40% còn lại là của các hợp đồng cá nhân. Trong giai đoạn 1990 – 2003, chi trả bảo hiểm nhân thọ có tốc độ tăng trưởng kép hàng năm là 5,6%.

**3. Kênh phân phối**

Tại Canada, các công ty bảo hiểm vẫn đóng vai trò chủ đạo trong phân phối các sản phẩm bảo hiểm bất chấp nỗ lực của các ngân hàng nhằm phá vỡ sự độc quyền này. Một số ngân hàng đã cố gắng thâm nhập thị trường bảo hiểm thông qua việc thành lập các công ty con bảo hiểm và chỉ rút khỏi thị trường sau khi nhận thấy các hoạt động bảo hiểm không tăng thêm giá trị khi không có mạng lưới đại lý rộng khắp để phân phối sản phẩm và thiếu chuyên môn về thiết kế sản phẩm, quản lý rủi ro. Đây vốn là thế mạnh của các công ty bảo hiểm.

Kênh phân phối bảo hiểm chủ yếu của các công ty bảo hiểm nhân thọ là môi giới, đại lý cá nhân toàn thời gian, tổng đại lý, đại lý cá nhân và một số kênh khác như phân phối trực tiếp (qua thư, điện thoại, internet), các tổ chức tài chính (ngân hàng, công ty ủy thác).

Năm 2003, kênh môi giới (PPGA) chiếm ưu thế với thị phần 44%, tiếp theo là kênh đại lý cá nhân toàn thời gian là 32%, kênh tổng đại lý và các tổ chức khác là 13%...

**4. Hiệu quả hoạt động**

Ngành bảo hiểm là thành phần chính của ngành dịch vụ tài chính Canada. Tuy nhiên, lĩnh vực bảo hiểm nhân thọ chiếm ưu thế về doanh thu phí bảo hiểm và tổng tài sản lần lượt là 46,5 tỷ đôla và 315 tỷ đôla so với lĩnh vực phi nhân thọ với phí bảo hiểm và tổng tài sản lần lượt là 31,4 tỷ đô la và 88 tỷ đô la năm 2003.

**4.1. Hoạt động đầu tư**

Trong năm 2003, tổng tài sản được quản lý là 315 tỷ đô la, trong đó có 214 tỷ đô la là tài sản nắm giữ trên bảng cân đối kế toán của các công ty, trong khi 101 tỷ đô la là tài sản nắm giữ và quản lý ngoài bảng cân đối kế toán như các quỹ tách biệt. Là trung gian tài chính, các công ty bảo hiểm nhân thọ đầu tư phần lớn thu nhập và dự phòng vào thị trường tài chính. Năm 2003, hơn 80% tài sản nắm giữ trong lĩnh vực bảo hiểm nhân thọ Canada ở dạng tài sản tài chính, phần còn lại là tài sản vật chất và các tài sản phi tài chính khác. Các công ty thường xây dựng chính sách đầu tư tương ứng với trách nhiệm. Do đó, tỷ lệ đầu tư thường phân bổ cao hơn cho các công cụ mang lại thu nhập cố định và an toàn như tiền mặt, trái phiếu và tỷ lệ nhỏ hơn cho các công cụ có thu nhập biến động như cổ phiếu, tương hỗ và các công cụ phái sinh

**4.2. Hiệu quả tài chính**

Đầu những năm 1990, bảo hiểm nhân thọ có hiệu quả tài chính thấp chủ yếu là do dự phòng rủi ro cho vay cao, đặc biệt là liên quan đến bất động sản thương mại và nền kinh tế phục hồi chậm chạp sau suy thoái kinh tế 1990-1991.

Kể từ giữa những năm 1990, tổn thất cho vay giảm do phân tích tín dụng tốt hơn và sự cải thiện của nền kinh tế, cũng như cải thiện tỷ lệ tử vong, do các tiêu chuẩn bảo hiểm tốt hơn và cải thiện sức khỏe của người dân, đã kết hợp để tăng thu nhập của ngành bảo hiểm trong nước từ gần như hòa vốn vào năm 1992 đến mức cao hơn nhiều vào cuối thập kỷ này. Do đó, các công ty bảo hiểm nhân thọ Canada có tỷ suất lợi nhuận tăng từ 8,62% năm 2000 lên 10,36% năm 2003. Trong khi đó, các công ty bảo hiểm nhân thọ nước ngoài có tỷ suất lợi nhuận ổn định ở mức 8,14%. Về sản lượng tài sản (tính bằng tổng doanh thu chia cho tổng tài sản trung bình), các công ty bảo hiểm nhân thọ Canada đã giảm từ 27,56% năm 2000 xuống 19,40% năm 2003, trong khi các công ty bảo hiểm nhân thọ nước ngoài tăng đáng kể từ 22,84% đến 30,98 % trong hai năm. Điều này cho thấy các công ty bảo hiểm nhân thọ nước ngoài có thể phục hồi tốt hơn các công ty trong nước sau suy thoái 2001-2002. Trong giai đoạn 1992 - 2003, ROE trung bình là 9,3% với độ lệch chuẩn là 2,96%. ROE thấp nhất là 3,3% vào năm 1992 và cao nhất là 13,1% năm 2003.

**4.3. Hoạt động tái bảo hiểm**

Tại Canada, hầu hết các công ty bảo hiểm nhân thọ đều sử dụng hợp đồng tái bảo hiểm như một công cụ quản lý rủi ro chính. Tuy nhiên, tái bảo hiểm chủ yếu được cung cấp bởi các công ty bảo hiểm nhân thọ lớn. Khác với bảo hiểm phi nhân thọ, phần lớn doanh nghiệp tái bảo hiểm nhân thọ (khoảng 65%) được thực hiện trực tiếp giữa các công ty bảo hiểm mà không có sự tham gia của các công ty chuyên về tái bảo hiểm.

Trong khi bảo hiểm nhân thọ truyền thống là phân khúc thị trường tăng trưởng thấp ở Canada, tái bảo hiểm nhân thọ đã trải qua một bước nhảy vọt đáng kể về phí bảo hiểm trong vài năm cuối thập niên 1990, cụ thể tăng hơn 49% chỉ trong năm 1997. Tuy nhiên, xu hướng này không được dự kiến ​​sẽ tiếp tục tăng vì tăng trưởng thị trường bị hạn chế, với các công ty bảo hiểm nhân thọ hiện đang giữ lại khoảng 95% hoạt động kinh doanh của họ. Tỷ lệ giữ lại này dự kiến ​​sẽ tăng ngay cả khi ngành bảo hiểm nhân thọ Canada tiếp tục củng cố và quy mô lớn hơn của các công ty mới tăng mức độ giữ lại.

**4.4. Mức độ đầy đủ vốn**

Mức độ an toàn vốn và sự vững chắc về tài chính của các công ty bảo hiểm nhân thọ được đo lường và giám sát bởi Yêu cầu thặng dư và vốn tối thiểu (MCCSR) được CompCorp thiết kế vào năm 1992 và được Cơ quan quản lý giám sát bảo hiểm Canada (OSFI) thông qua vào năm 1994. MCCSR là một hệ thống dựa trên tỷ lệ tương tự như các tiêu chuẩn vốn dựa trên rủi ro được Hiệp hội bảo hiểm quốc gia sử dụng để đánh giá sự vững chắc về tài chính của các công ty bảo hiểm nhân thọ của Hoa Kỳ. Tuy nhiên, MCCSR chỉ là một trong một số chỉ số mà OSFI sử dụng để đánh giá sự vững chắc về tài chính của công ty. Trên thực tế, các công ty phải thực hiện các bài kiểm tra an toàn vốn năng động hàng năm. Điều này đòi hỏi các công ty phải dự kiến ​​tình hình tài chính trong tương lai theo nhiều tình huống khác nhau để kiểm tra xem MCCSR có được đáp ứng vào cuối mỗi năm trong giai đoạn dự kiến ​​hay không cho từng kịch bản. Do đó, các công ty phải chịu một loạt các bài kiểm tra mức độ chịu đựng, bao gồm các giá trị tốt nhất, tồi tệ nhất và cực đoan của các biến chính. Ngoài ra, OSFI cũng yêu cầu các công ty tư nhân phải đáp ứng các tiêu chuẩn quản trị doanh nghiệp, thành lập các ban quản lý rủi ro, đo lường, giám sát và quản lý các rủi ro khác nhau mà công ty phải đối mặt và đánh giá sự đầy đủ của vốn.

MCCSR dựa trên hai tỷ lệ vốn được đo lường và giám sát đối với vốn pháp định: vốn cấp 1/vốn cần thiết và tổng vốn/vốn cần thiết. Do đó, định nghĩa về vốn bao gồm hai tầng: cấp 1 (vốn lõi) và cấp 2 (vốn bổ sung) bao gồm các khoản khấu trừ, giới hạn và hạn chế nhất định. Các định nghĩa tương tự như định nghĩa về vốn theo Basel I và Basel II cho các ngân hàng quốc tế và theo Khả năng thanh toán I và Khả năng thanh toán II của các công ty bảo hiểm nhân thọ châu Âu. Yêu cầu về vốn tối thiểu đối với các công ty bảo hiểm nhân thọ ở Canada là 60% cho vốn cấp 1 và 120% cho tổng vốn (cấp 1 và cấp 2). OSFI cũng đã thiết lập các mức mục tiêu giám sát thấp hơn khác để làm tín hiệu cảnh báo sớm, yêu cầu các công ty tăng vốn bổ sung nếu vi phạm.

Vốn cần thiết được tính dựa trên năm rủi ro chính có thể định lượng, mỗi rủi ro lại có yếu tố rủi ro riêng gồm: (1) rủi ro vỡ nợ tài sản, (2) rủi ro phát sinh tỷ lệ tử vong/tỷ lệ mắc bệnh/giả định, (3) rủi ro từ định giá lãi suất, (4) rủi ro do thay đổi trong môi trường lãi suất và, (5) rủi ro do các bảo đảm trong các quỹ tách biệt. OSFI chỉ định các yếu tố rủi ro thích hợp phải được áp dụng cho mỗi năm yếu tố rủi ro khi đến vốn cần thiết. Điều này sau đó trở thành mẫu số cho hai tỷ lệ vốn. Số vốn tối thiểu cần có từ các công ty bảo hiểm nhân thọ là 5 triệu đô la Mỹ.

Các yêu cầu về vốn trên áp dụng cho tất cả các công ty bảo hiểm nhân thọ trong và ngoài nước đã đăng ký tại Canada. Các chi nhánh của các công ty bảo hiểm nước ngoài hoạt động tại Canada, ngoài việc đáp ứng các hướng dẫn MCCSR, còn phải duy trì và bảo đảm tài sản ở Canada theo quy định về Kiểm tra về tính đầy đủ của tài sản và yêu cầu ký quỹ (TAAM). Điều này có nghĩa là các chi nhánh này được yêu cầu đầu tư một số phí bảo hiểm thu được ở Canada vào các chứng khoán được phê duyệt và dành chúng để giữ cho mục đích đáp ứng các khiếu nại phát sinh từ các hoạt động của Canada. Các yêu cầu ký quỹ cho các chi nhánh công ty nước ngoài đó cũng dựa trên năm thành phần rủi ro, như trong MCCSR được mô tả ở trên, và được tính bằng cách áp dụng các yếu tố rủi ro cho tài sản và chịu trách nhiệm đối với các hoạt động tại Canada của họ.

Từ năm 2001 - 2003, các công ty bảo hiểm nhân thọ lớn của Canada, trong quá trình tìm kiếm vốn lõi mới đã phát hành các công cụ tài chính có thiết kế tương tự như chứng khoán dựa trên sự tin cậy (TruPS) ở Hoa Kỳ. Những chứng khoán này tương tự như giấy nợ và cổ phiếu ưu đãi và thường là dài hạn, đáo hạn theo mệnh giá, với các tính năng hoàn trả sớm và thanh toán lãi hàng quý. TruPS được phát hành bởi các công ty ở Hoa Kỳ vì cách xử lý kế toán thuận lợi và linh hoạt.

Ở Canada, các công cụ tương tự được phát hành bởi các phương tiện đặc biệt (SPV), thuộc sở hữu 100%, các công ty con không hoạt động của các công ty bảo hiểm nhân thọ, được thành lập chỉ với mục đích huy động vốn. Tài sản chính của SPV là một công cụ nợ, do công ty bảo hiểm phát hành, thường ở dạng các khoản nợ được đánh giá cao có thể thu hồi mềm theo nghĩa là chủ sở hữu có quyền chọn, trong các điều kiện được chỉ định, để chuyển đổi các khoản nợ thành cổ phiếu ưu tiên sau mười năm. Những công cụ như vậy được Sun Life phát hành lần đầu tiên vào tháng 10/2001. Manulife, Clarica và Great-West Lifeco cũng đã phát hành các công cụ tài chính như vậy trong năm 2001 và 2002 để đưa vào làm vốn cấp 1. Tổng cộng, các công ty bảo hiểm nhân thọ Canada đã huy động được 1,9 tỷ đô la thông qua các giao dịch này.

**B. BẢO HIỂM PHI NHÂN THỌ CANADA**

**1. Quy định và quản trị doanh nghiệp**

Canada được chia thành mười bang và ba vùng lãnh thổ (tương đương với các tiểu bang ở Hoa Kỳ). Tại Canada, các ngân hàng và công ty bảo hiểm có thể được cấp phép thành lập và hoạt động do Nghị viện Bang hoặc Bộ Tài chính theo quy định tại Luật Ngân hàng và Luật Bảo hiểm. Các tổ chức nước ngoài được phép thành lập các công ty bảo hiểm ở Canada từ năm 1965. Các công ty bảo hiểm nước ngoài phải tuân thủ quy định về tỷ lệ vốn nắm giữ và hoạt động theo quy định của Canada, các công ty nước ngoài cũng được phép thành lập chi nhánh tại đây.

Tất cả các công ty bảo hiểm trong nước hoặc nước ngoài phải nộp đơn xin chính quyền bang cấp giấy phép hoạt động và bán sản phẩm, dịch vụ ở từng bang muốn kinh doanh. Đạo luật Công ty bảo hiểm (ICA) cho phép các công ty bảo hiểm ở Canada được tổ chức thành công ty tương hỗ hoặc công ty cổ phần. ICA cũng cho phép các công ty bảo hiểm hoạt động theo cơ cấu công ty mẹ-con. Điều này cho phép các công ty mở rộng quy mô và phạm vi hoạt động với chi phí tối thiểu. Do đó, thị trường bảo hiểm Canada được đặc trưng bởi các Tập đoàn bảo hiểm lớn trong và ngoài nước.

**2. Doanh thu phí bảo hiểm**

Doanh thu phí bảo hiểm phi nhân thọ chủ yếu là bảo hiểm ô tô, tài sản và trách nhiệm. Thị trường bảo hiểm phi nhân thọ Canada có điểm khác biệt là bảo hiểm ô tô do Nhà nước hoặc tư nhân cung cấp. Các bang British Columbia, Saskatchewan và Manitoba do chính quyền cung cấp bảo hiểm ô tô bắt buộc. Ở các bang này, chính quyền độc quyền về bảo hiểm bắt buộc, trong khi các công ty bảo hiểm tư nhân được phép cung bảo hiểm ô tô tự nguyện. Quebec cho phép kết hợp giữa bảo hiểm tư nhân (đối với thiệt hại tài sản) và bảo hiểm của Nhà nước (đối với thương tích cơ thể), trong khi các bang và vùng lãnh thổ còn lại đều do các công ty bảo hiểm tư nhân cung cấp. Quebec là bang đầu tiên áp dụng bảo hiểm không có lỗi (1978), tiếp theo là Ontario (1990), Manitoba (1994) và Saskatchewan (1995). Những quy định không có lỗi này bao gồm bảo hiểm thương tích cá nhân được chỉ định và hạn chế trách nhiệm cá nhân. Các bang và vùng lãnh thổ khác tuân theo hệ thống bồi thường cho các vụ tai nạn ô tô (Kleffher và Schmit 1999).

Bằng chứng thực nghiệm về tác động của các đặc điểm chính của chương trình bảo hiểm ô tô của mỗi tỉnh đối với chi phí khiếu nại là khá hạn chế. Một báo cáo gần đây do Viện chuyên gia tính toán Canada (CIA) công bố tập trung vào tổng chi phí yêu cầu bồi thường của các công ty bảo hiểm (cả tư nhân và công cộng) trong giai đoạn 1998 đến 2002 (trừ British Columbia). Kết quả cho thấy rất nhiều sự khác biệt trong chi phí yêu cầu trung bình cho mỗi chiếc xe (chỉ hành khách tư nhân) từ tỉnh này sang tỉnh khác. Năm 2002, chi phí ở tỉnh có chi phí cao nhất (Ontario) cao hơn 80% so với chi phí ở tỉnh có chi phí thấp nhất (Quebec). Phần lớn sự khác biệt này là do bảo hiểm và lợi ích khác nhau ở các tỉnh khác nhau (CIA 2005). Hơn nữa, cũng có những nghiên cứu cung cấp bằng chứng về tỷ lệ tai nạn cao hơn và tỷ lệ tử vong cao hơn ở các tỉnh có chương trình bảo hiểm do chính phủ điều hành (Kovacs và Leadbetter 2003).

Vấn đề chi phí và lợi ích của sự can thiệp của chính phủ vào bảo hiểm ô tô vẫn đang được tranh luận. Thật vậy, các vấn đề xung quanh khả năng chi trả và tính sẵn có của bảo hiểm ô tô thường là một phần của các nền tảng bầu cử cấp tỉnh. Trong cuộc khủng hoảng bảo hiểm ô tô gần đây nhất, đã có những đề xuất tư nhân hóa bảo hiểm bắt buộc ở các tỉnh dựa vào các công ty bảo hiểm của chính phủ và/hoặc luật không lỗi. Nhưng, đồng thời, cũng có những đề xuất quốc hữu hóa bảo hiểm ô tô ở một số tỉnh. Trong bối cảnh này, các tỉnh đã chọn bắt đầu các cải cách được thiết kế để sửa đổi, trong thời gian ngắn ít nhất, một số tham số của hệ thống hiện tại của họ. Điều này có nghĩa là các hệ thống bảo hiểm ô tô khác nhau có hiệu lực trên khắp Canada tiếp tục phản ánh các thay đổi trong mục tiêu và ưu tiên của tỉnh. Năm 2003, doanh thu phí bảo hiểm ô tô của các công ty bảo hiểm của chính phủ là 4,9 tỷ đô la, trong khi các công ty bảo hiểm tư nhân là 15,8 tỷ đô la.

Một điều đáng nói nữa là, ở Canada, hệ thống bồi thường của công nhân được vận hành ở cấp tỉnh là độc quyền của chính phủ, được gọi là Hội đồng Bồi thường cho Công nhân. Hệ thống này là một trong những chương trình xã hội lớn nhất của Canada vì nó bao gồm các chấn thương và bệnh nghề nghiệp liên quan đến công việc. Harrington và cộng sự. (2004) nói rằng: "Năm 2002, người Canada đã trải qua hơn một triệu thương tích có thể bồi thường và nhận được gần 6,1 tỷ đô la tiền trợ cấp cho người lao động" (trang 38).

Các cuộc thảo luận dưới đây chỉ tập trung vào các hoạt động của các công ty bảo hiểm tư nhân trong thị trường phi nhân thọ. Trong giai đoạn 1990 đến 2003, số tiền bảo hiểm ròng trung bình hàng năm bởi các công ty bảo hiểm phi nhân thọ hoạt động tại Canada là 18,5 tỷ đô la, bao gồm tất cả các nghiệp vụ bảo hiểm trong Canada, bởi cả các công ty trong và ngoài nước. Phí bảo hiểm ròng đã tăng 13,3 tỷ đô la năm 1990 lên 31,4 tỷ đô la năm 2003, với tốc độ tăng trưởng phí bảo hiểm kép hàng năm là 6,8% mỗi năm. Tuy nhiên, các công ty bảo hiểm phi nhân thọ tư nhân trong nước chỉ thu được 283,73 triệu đô la phí bảo hiểm ròng bên ngoài Canada vào năm 2003. Con số này ít hơn 1% tổng phí bảo hiểm tại Canada trong năm, cho thấy, trái với các công ty nhân thọ, các công ty phi nhân thọ trong nước không hoạt động bên ngoài Canada.

Phí bảo hiểm ô tô (gồm cá nhân và thương mại, trong đó có trách nhiệm của bên thứ ba) là thành phần quan trọng nhất của doanh thu phí bảo hiểm trong suốt mười ba năm, ngay cả khi chỉ chiếm 50,2% tổng khối lượng phí bảo hiểm năm 2003 so với 53,5% năm 1990. Trong thời gian này, phí bảo hiểm ô tô cá nhân có tốc độ tăng trưởng phí bảo hiểm kép hàng năm là 6,3%. Trong giai đoạn 1998 – 2003, phí bảo hiểm ô tô tăng nhanh hơn do sự gia tăng khiếu nại tại các tỉnh do các công ty bảo hiểm tư nhân thống trị.

Bảo hiểm tài sản (cả cá nhân và thương mại) bao gồm chủ nhà, người thuê nhà (người thuê trả tiền thuê nhà) và doanh nghiệp chịu thiệt hại cho các tòa nhà và nội thất bên trong căn nhà. Bảo hiểm tài sản cá nhân cũng bao gồm bảo hiểm trách nhiệm cá nhân. Nhìn chung, bảo hiểm tài sản là dòng bảo hiểm phi nhân thọ quan trọng thứ hai ở Canada. Nó chiếm 31% thu nhập phí bảo hiểm năm 1990 so với 28,6% trong năm 2003. Trong giai đoạn 1990 đến 2003, bảo hiểm tài sản cá nhân có tốc độ tăng trưởng phí bảo hiểm kép hàng năm trong phí bảo hiểm là 5,3%, trong khi bảo hiểm tài sản thương mại có tốc độ tăng trưởng phí bảo hiểm kép hàng năm là 7,1%. Năm 2003, người Canada đã trả gần 9 tỷ đô la tổng phí bảo hiểm cho bảo hiểm tài sản, chia gần như đồng đều giữa các dòng cá nhân và thương mại.

Mặc dù tỷ lệ đóng góp của các ngành kinh doanh ô tô và tài sản trong tổng phí bảo hiểm phi nhân thọ đã giảm trong giai đoạn này, nhưng về tương đối, bảo hiểm trách nhiệm thương mại đã đạt được tầm quan trọng trong giai đoạn này, bao gồm bảo hiểm cho trách nhiệm sản phẩm và trách nhiệm của người quản lý. Bảo hiểm trách nhiệm thương mại chiếm 9,8% tổng khối lượng phí bảo hiểm phi nhân thọ trong năm 1990 so với 13% năm 2003, với tốc độ tăng trưởng phí bảo hiểm kép hàng năm là 9,2%. Năm 2003, thu nhập bảo hiểm trách nhiệm thương mại là 4,1 tỷ đô la. Có nhiều loại bảo hiểm phi nhân thọ (chuyên biệt hơn) khác như bảo hiểm nồi hơi và máy móc, bảo hiểm lòng tin cậy và trung thực, và bảo hiểm hàng hải và máy bay. Một số công ty bảo hiểm phi nhân thọ cũng bán một số bảo hiểm tai nạn và bệnh tật. Các loại bảo hiểm phi nhân thọ khác này chiếm khoảng 8% (2,6 tỷ USD) trong tổng doanh thu bảo hiểm tại Canada năm 2003, với tốc độ tăng trưởng phí bảo hiểm kép hàng năm là 9,9% trong giai đoạn 1990 đến 2003.

Tóm lại, mặc dù có nhiều công ty bảo hiểm phi nhân thọ riêng lẻ (206) so với các công ty nhân thọ (108) hoạt động ở Canada năm 2003, nhưng về phí bảo hiểm ròng, lĩnh vực bảo hiểm nhân thọ vẫn có nhiều công ty lớn hơn và vẫn tiếp tục tăng trưởng. Tỷ lệ của phí bảo hiểm nhân thọ trong tổng doanh thu phí bảo hiểm cho năm 2003 là 60%, so với tỷ lệ 40% cho lĩnh vực phi nhân thọ. Điều này bất chấp tốc độ tăng trưởng phí bảo hiểm kép hàng năm trong lĩnh vực bảo hiểm phi nhân thọ là cao hơn (6,8% mỗi năm), so với tốc độ tốc độ tăng trưởng phí bảo hiểm kép hàng năm của lĩnh vực nhân thọ là 5,4% mỗi năm.

**3. Bồi thường bảo hiểm**

Trong giai đoạn 1993 – 2003, các yêu cầu bồi thường có tốc độ tăng trưởng gộp hàng năm là 5,4%. Trong năm 2003, bồi thường cao nhất là bảo hiểm ô tô, chiếm 59% (12 tỷ đôla), tiếp theo là bảo hiểm tài sản cá nhân và trách nhiệm là 25% (2,6 tỷ đôla), bảo hiểm tài sản thương mại chiếm 11% (2,2 tỷ đôla) và các loại hình bảo hiểm khác (máy móc, hàng hải, máy bay…) chỉ chiếm 5% (0,993 tỷ đôla). Trong bảo hiểm tài sản cá nhân, yêu cầu bồi thường do trộm cắp chiếm 22%, các nguyên nhân khác (mưa đá, gió) chiếm 39%, thiệt hại về nước đối với nhà ở là 27%, hỏa hoạn là 12%.

**4. Kênh phân phối**

Tại Canada, các công ty bảo hiểm vẫn đóng vai trò chủ đạo trong phân phối các sản phẩm bảo hiểm bất chấp nỗ lực của các ngân hàng nhằm phá vỡ sự độc quyền này. Một số ngân hàng đã cố gắng thâm nhập thị trường bảo hiểm thông qua việc thành lập các công ty con bảo hiểm và chỉ rút khỏi thị trường sau khi nhận thấy các hoạt động bảo hiểm không tăng thêm giá trị khi không có mạng lưới đại lý rộng khắp để phân phối sản phẩm và thiếu chuyên môn về thiết kế sản phẩm, quản lý rủi ro. Đây đã và vẫn là thế mạnh của các công ty bảo hiểm.

Mạng lưới phân phối của các công ty bảo hiểm phi nhân thọ có thể được phân thành ba kênh riêng biệt: môi giới độc lập, đại lý và kênh điện tử. Trong đó, môi giới giữ vị trí thống trị thị trường với thị phần khoảng 70%, đại lý 25% và kênh phân phối còn lại như điện thoại, Internet chỉ chiếm 5%.

**5. Hiệu quả tài chính**

Ngành bảo hiểm Canada là một thành phần chính của ngành dịch vụ tài chính Canada. Tuy nhiên, lĩnh vực bảo hiểm nhân thọ chiếm ưu thế về doanh thu phí bảo hiểm (46,5 tỷ đô la năm 2003) và tổng tài sản thuộc quyền quản lý (315 tỷ đô la năm 2003), so với phí bảo hiểm 31,4 tỷ đô la và tài sản thuộc quyền quản lý 88 tỷ đô la năm 2003 của lĩnh vực phi nhân thọ. Nhưng toàn bộ ngành bảo hiểm quản lý ít hơn 20% tổng tài sản của ngành dịch vụ tài chính Canada khoảng 2.000 tỷ đô la trong năm 2003.

**5.1 Hoạt động đầu tư và tài sản**

Tốc độ tăng trưởng gộp hàng năm của tổng tài sản của ngành trong giai đoạn này là 7,7%, cao hơn khoảng 1% so với tốc độ tăng trưởng gộp hàng năm của doanh thu phí bảo hiểm trong cùng kỳ. Trong năm 2003, tổng tài sản của ngành là 88,3 tỷ đô la, tăng đáng kể gần 14% so với năm 2002. Năm 2003, 60% tổng tài sản được đầu tư vào tài sản tài chính dài hạn, trong khi 40% tài sản còn lại bao gồm tiền mặt, công cụ tài chính, thu nhập đầu tư tích lũy và đáo hạn, và các khoản phải thu từ các đại lý/môi giới, chủ hợp đồng, công ty bảo hiểm khác, công ty con và chi nhánh.

Thành phần tài sản đầu tư của các công ty bảo hiểm phi nhân thọ Canada năm 2003 như sau: 51% trái phiếu chính phủ (chủ yếu là liên bang và tỉnh), 25% trái phiếu doanh nghiệp, 15% cổ phiếu (cổ phiếu ưu đãi và phổ thông), 6% tiền gửi có kỳ hạn, và cuối cùng, 3% trong các khoản thế chấp, bất động sản và các công cụ đầu tư khác. Với hơn 80% tài sản tài chính của họ được đầu tư vào các công cụ tài chính cố định an toàn và thanh khoản. Các công ty bảo hiểm phi nhân thọ của Canada dựa vào chính sách đầu tư thận trọng phù hợp với tính chất ngắn hạn của hầu hết các khoản nợ của họ.

Tóm lại, khoảng 80% tài sản của các công ty nhân thọ là tài sản tài chính, thì các công ty bảo hiểm phi nhân thọ chỉ nắm giữ 60% tài sản của họ là tài sản tài chính. Ngoài ra, trái phiếu an toàn, thanh khoản, chính phủ và doanh nghiệp chiếm khoảng 75% danh mục đầu tư của công ty bảo hiểm phi nhân thọ, trong khi số tiền này chỉ dưới 50% cho các công ty bảo hiểm nhân thọ. Đây có thể là một sự phản ánh của triết lý đầu tư bảo thủ của các công ty bảo hiểm phi nhân thọ, với nhu cầu của họ để đáp ứng hầu hết các yêu cầu bồi thường bảo hiểm trong thời gian ngắn. Nó cũng có thể là một sự phản ánh của trọng tâm thay đổi của các công ty bảo hiểm nhân thọ từ quản lý rủi ro thuần túy đến quản lý tài sản và tài sản cho khách hàng của họ.

**5.2 Hiệu quả tài chính**

Về kết quả kinh doanh bảo hiểm phi nhân thọ năm 2003, lần đầu tiên lĩnh vực bảo hiểm phi nhân thọ của Canada đã kiếm được lợi nhuận 559 triệu đô la trong 25 năm. Theo IBC, điều này là do phí bảo hiểm cao hơn, hành động của chính phủ nhằm giảm chi phí các yêu cầu bồi thường và cải thiện các hoạt động kinh doanh bảo hiểm của các công ty bảo hiểm. Khu vực này có tỷ lệ kết hợp, bao gồm tất cả các nghiệp vụ bảo hiểm, là 98,4% vào năm 2003. Đây là lần đầu tiên kể từ năm 1978, tỷ lệ kết hợp dưới 100%. Tuy nhiên, sự cải thiện tỷ lệ kết hợp trung bình này không đồng nhất trên tất cả các công ty (Voll 2004a). Điều này cũng giúp công ty bảo hiểm phi nhân thọ có lợi nhuận đầu tư thực tế là 6,2% trong năm 2003. Điều này dẫn đến lợi nhuận ròng 2.531 tỷ đô la cho toàn ngành. Trong giai đoạn 1990 đến 2003, lợi nhuận ròng có tốc độ tăng trưởng gộp hàng năm là 7,9%, mặc dù năm 2001 và 2002 là năm tồi tệ nhất.

Hai tỷ suất lợi tức trên vốn chủ sở hữu tốt nhất thu được vào năm 1996 và 1997 (lần lượt là 13,6% và 13,1%), trong khi hai năm tồi tệ nhất là vào năm 2001 với 2,6% và năm 2002 chỉ có 1,7%. Trong giai đoạn 1990 đến 2003, tỷ suất lợi tức trên vốn chủ sở hữu trung bình của ngành là 8,42% với độ lệch chuẩn là 3,58%. Trên thực tế, trong những năm từ 1998 đến 2002, tỷ suất lợi tức trên vốn chủ sở hữu trung bình chỉ 4,78%, thấp hơn 3,64% so với trung bình dài hạn là 8,42%. Nhưng, với tỷ suất lợi tức trên vốn chủ sở hữu là 11,6% trong năm 2003, khu vực phi nhân thọ của Canada đã trở lại mức sinh lời bình thường hơn sau 5 năm hoạt động yếu kém. Điều này cũng phù hợp với sự đảo ngược gần đây của xu hướng tiêu cực trên thị trường bảo hiểm chung toàn cầu.

Tóm lại, hiệu quả tài chính của lĩnh vực bảo hiểm (cả bảo hiểmnhân thọ và phi nhân thọ) có xu hướng theo chu kỳ kinh doanh, mặc dù có độ trễ nhẹ. Trong những năm sau suy thoái (1990-1991 và 2001-2002), ngành bảo hiểm đã thể hiện một tỷ suất lợi tức trên vốn chủ sở hữu thấp nhất. Cũng rất thú vị khi lưu ý rằng lĩnh vực bảo hiểm nhân thọ dường như đã thực hiện những cải cách đáng kể để chống lại các tác động theo chu kỳ như vậy, bằng cách đa dạng hóa các sản phẩm và dịch vụ của họ và quản lý rủi ro tốt hơn. Nhưng, lĩnh vực bảo hiểm phi nhân thọ dường như vẫn đang trong quá trình thực hiện.

**5.3 Hoạt động tái bảo hiểm**

Ngành bảo hiểm phi nhân thọ của Canada phụ thuộc rất nhiều vào các công ty tái bảo hiểm toàn cầu, những người phân tán rủi ro bằng cách hỗ trợ các công ty bảo hiểm gốc ở một số quốc gia và một số khu vực trên thế giới. Tái bảo hiểm là một trong nhiều công cụ quản lý rủi ro được sử dụng bởi các công ty bảo hiểm phi nhân thọ để đảm bảo rằng họ sẽ đáp ứng mọi nghĩa vụ phát sinh từ các khiếu nại bồi thường. Ví dụ, các công ty tái bảo hiểm đóng vai trò chính trong việc đáp ứng các yêu cầu bồi thường từ các cơn bão băng ở miền đông Ontario và miền nam Quebec vào tháng 1 năm 1998.

Trong khi doanh thu phí bảo hiểm cho tất cả các ngành kinh doanh phi nhân thọ ở Canada là 31,4 tỷ USD vào năm 2003, khoảng 10% (3,1 tỷ USD) doanh thu phí bảo hiểm đã được nhượng lại cho các công ty tái bảo hiểm. Doanh thu phí bảo hiểm ròng tái bảo hiểm phi nhân thọ có tốc độ tăng trưởng gộp hàng năm là 7,6%.

Tóm lại, trong khi lĩnh vực bảo hiểm nhân thọ phụ thuộc vào các công ty bảo hiểm nhân thọ lớn của Canada để tái bảo hiểm, thì lĩnh vực bảo hiểm phi nhân thọ sử dụng các công ty tái bảo hiểm toàn cầu để quản lý một phần rủi ro bảo hiểm của họ. Trong lịch sử, Canada không phải đối mặt với các thảm họa thiên nhiên lớn, như động đất và bão, như đã thấy ở các nơi khác trên thế giới. Tuy nhiên, thị trường phi nhân thọ Canada vẫn bị ảnh hưởng bởi các chu kỳ cứng và mềm của thị trường tái bảo hiểm toàn cầu.

**5.4. Thuế**

Theo một nghiên cứu do Cục Bảo hiểm Canada ủy quyền và công bố năm 2003, cấu trúc thuế của Canada là gánh nặng nhất đối với các công ty bảo hiểm phi nhân thọ. Kết quả của nghiên cứu này cho thấy hầu hết các nước G7 khác có mức thu thuế thấp hơn.

Hoa Kỳ và Nhật Bản đánh thuế ở mức cao, duy nhất hoặc một phần thay thế cho thuế thu nhập phải nộp. Không có quốc gia G7 nào áp dụng thuế vốn đối với các công ty bảo hiểm hoặc thuế bán hàng đối với phí bảo hiểm. Người mua bảo hiểm tại Canada phải trả tất cả các loại thuế này trong khi đó không có dịch vụ tài chính nào ở Canada bị đánh thuế giá trị gia tăng

Năm 2003, công ty bảo hiểm phi nhân thọ đã nộp 5 tỷ đô la tiền thuế cho chính phủ liên bang, tỉnh và thành phố. Trong tổng số này, 3,8 tỷ đô la được nộp dựa trên phí bảo hiểm, gồm thuế giá trị gia tăng hàng hóa và dịch vụ (GST) và thuế bán hàng của tỉnh (PST) đối với các hoạt động và bồi thường, PST về phí bảo hiểm ở một số tỉnh và thuế phí bảo hiểm có tỷ lệ khác nhau ở tất cả các tỉnh. Trung bình ngành bảo hiểm nộp thuế gấp 3 lần các ngành dịch vụ tài chính khác tại Canada.

**C. XU HƯỚNG PHÁT TRIỂN HIỆN TẠI VÀ TƯƠNG LAI**

**1. Xu hướng trong cấu trúc ngành dịch vụ tài chính**

Hai thập kỷ cuối của thế kỷ XX đã chứng kiến ​​những thay đổi đáng kể trong cấu trúc của ngành dịch vụ tài chính ở Canada. Điều này đã ảnh hưởng đến cấu trúc và hành vi của ngành bảo hiểm ở Canada.

Cho đến giữa những năm 1980, ngành dịch vụ tài chính ở Canada được cấu trúc theo khuôn khổ "bốn trụ cột" gồm: Ngân hàng thương mại (và các tổ chức lưu ký khác như công đoàn tín dụng), các công ty ủy thác (được định nghĩa là các tổ chức tham gia với tư cách ủy thác cho các cá nhân hoặc doanh nghiệp có trách nhiệm quản lý quỹ tín thác, bất động sản, sắp xếp lưu ký, bao gồm đăng ký và chuyển nhượng cổ phần, và các dịch vụ liên quan khác), các công ty chứng khoán (chuyên về ngân hàng đầu tư, dịch vụ tư vấn đầu tư và hoạt động giao dịch) và các công ty bảo hiểm (tập trung vào chuyển giao rủi ro). Mỗi trụ cột bị hạn chế chỉ hoạt động trong lĩnh vực của mình, do đó hạn chế cạnh tranh giữa các ngành và nền kinh tế. Làn sóng bãi bỏ quy định lớn đầu tiên xảy ra vào những năm 1980 và cho phép các công ty tài chính sở hữu các công ty chứng khoán. Nhiều ngân hàng đã mua các công ty chứng khoán lớn, ngành bảo hiểm không tham gia nhiều vào hoạt động mua bán này. Làn sóng bãi bỏ quy định thứ hai xảy ra vào giữa những năm 1990, trong đó các lĩnh vực khác nhau được phép vào tự do trong tất cả các lĩnh vực khác, với một hạn chế chính là ngăn các ngân hàng bán bảo hiểm thông qua mạng lưới chi nhánh.

Hiện nay, lĩnh vực tài chính ở Canada bị chi phối bởi hai trụ cột: ngân hàng và công ty bảo hiểm. Trong khi các ngân hàng cũng là những người chơi chính trong chứng khoán và các doanh nghiệp ủy thác, các công ty bảo hiểm đã tập trung vào kinh doanh quản lý rủi ro truyền thống của họ, đồng thời bổ sung quản lý tài sản vào danh mục hoạt động của họ.

Điều này đã làm tăng sự cạnh tranh trong các sản phẩm tài chính cá nhân, khi một số ngân hàng bước lĩnh vực bảo hiểm thông qua mua lại hoặc thành lập các công ty bảo hiểm. Mặt khác, các công ty bảo hiểm nhân thọ tham gia vào lĩnh vực ngân hàng thông qua việc mua lại các ngân hàng nhỏ và các công ty ủy thác. Đến nay, các công ty bảo hiểm cũng đã có được quyền truy cập trực tiếp vào mạng thanh toán và thanh toán bù trừ, trước đây là lĩnh vực độc quyền của các tổ chức nhận tiền gửi truyền thống.

**2. Xu hướng kiến trúc mở**

Trong thời kỳ bùng nổ Internet cuối những năm 1990, ngân hàng và công ty bảo hiểm sử dụng kênh điện tử để phân phối sản phẩm và không gây ảnh hưởng đến tỷ lệ sản phẩm bán qua ngân hàng và qua các đại lý, môi giới. Do sản phẩm bảo hiểm là các sản phẩm quản lý rủi ro và quản lý tài sản và chuyên sâu về dịch vụ nên đòi hỏi phải tiếp xúc trực tiếp giữa đại lý/người môi giới với khách hàng. Vì vậy, thông thường khách hàng sẽ thích các kênh phân phối truyền thống. Đối với các sản phẩm dịch vụ đơn giản (như bảo hiểm du lịch), được coi là sản phẩm đơn thuần, khách hàng hiểu rõ về giá cả và sử dụng các kênh điện tử để tìm giá tốt nhất. Do đó, các công ty bảo hiểm luôn cân bằng giữa hai kênh phân phối này. Xu hướng hiện tại cho thấy các công ty bảo hiểm vẫn cho rằng sản phẩm được bán và phục vụ tốt nhất thông qua tiếp xúc trực tiếp với khách hàng. Công nghệ cũng cho phép những tiến bộ mới trong kênh phân phối điện tử. Ngày càng có nhiều công ty và nhà môi giới sử dụng cổng thông tin từ Trung tâm nghiên cứu hoạt động bảo hiểm (CSIO). Điều này mang lại nhiều lợi ích cho những người tham gia. Tuy nhiên, sự thành công của một công ty bảo hiểm không chỉ phụ thuộc vào sự đổi mới trong việc phân phối sản phẩm mà còn phụ thuộc vào sự đổi mới trong chính sản phẩm.

Các công ty bảo hiểm có thế mạnh trong kinh doanh quản lý rủi ro trong khi đó ngân hàng thiên về hoạt động bảo lãnh. Một số chuyên gia trong ngành và các nhà nghiên cứu học thuật ủng hộ mô hình "kiến trúc mở" về phân phối các sản phẩm và dịch vụ tài chính nói chung, các sản phẩm và dịch vụ bảo hiểm nói riêng. Theo đó, một số công ty sẽ chuyên môn hóa trong việc tạo ra các sản phẩm và dịch vụ, trong khi các công ty khác sẽ đi theo hướng chuyên phân phối các sản phẩm và dịch vụ đó. Một sự sắp xếp như vậy thực sự có thể mang lại lợi ích cho xã hội chỉ đơn giản dựa trên nguyên tắc lợi thế so sánh của Adam Smith, thường thúc đẩy sự đổi mới nhiều hơn cả trong sản xuất và phân phối.

**3. Xu hướng trong quản lý, giám sát ngành bảo hiểm**

Giám sát các công ty bảo hiểm là một quá trình khó khăn do tính chất năng động của ngành bảo hiểm trong bối cảnh thế giới có nhiều thay đổi và xu hướng gia tăng cạnh tranh, đổi mới trong thị trường tài chính. Hơn nữa, các cơ quan quản lý và giám sát viên phải tính đến thực tế là chế độ giám sát phải hoạt động song song với các lực lượng thị trường, đặc biệt là hiện nay, phần lớn các công ty hàng đầu và các công ty phi nhân thọ đã chuyển từ TNHH sang sở hữu cổ phần. Mặc dù quy định và giám sát ban đầu của Canada chủ yếu tập trung vào các vấn đề liên quan đến khả năng thanh toán và an toàn vốn, năm 1999, Cơ quan quản lý bảo hiểm Canada đã áp dụng một công việc giám sát mới sử dụng quản trị rủi ro, quản lý rủi ro, điều kiện tài chính, kiểm toán nội bộ và tuân thủ là các thành phần chính để đảm bảo tính bền vững của các công ty bảo hiểm. Khung mới này kết hợp các rủi ro vốn có trong hoạt động bảo hiểm với chất lượng quản lý rủi ro của công ty để đạt được xếp hạng rủi ro ròng, sau đó được sử dụng cùng với đánh giá rủi ro tiềm năng trong tương lai để thiết kế bất kỳ biện pháp giám sát cần thiết nào như can thiệp và đình chỉ hoạt động, nếu thấy cần thiết.

Mô hình giám sát này tương tự như sáng kiến ​​Khả năng thanh toán II (Solvency II) của Ủy ban châu Âu. Trọng tâm chính của sáng kiến ​​Solvency II là xác định và phân tích các rủi ro hiện tại và mới nổi có thể ảnh hưởng đến khả năng thanh toán của các công ty bảo hiểm và thực thi quy định thận trọng phù hợp với các lực lượng thị trường. Khung tổ chức và quản trị doanh nghiệp, chiến lược và ra quyết định, và giám sát và thông tin được sử dụng làm công cụ để xác định rủi ro trong kiểm soát và quy trình nội bộ, rủi ro trong đầu tư, tín dụng và quản lý trách nhiệm tài sản, rủi ro trong bảo lãnh và quy định kỹ thuật và rủi ro trong tái bảo hiểm và chuyển giao rủi ro thay thế. Mục đích là xác định tính chất đa dạng của rủi ro và thiết kế khung giám sát sẽ cung cấp mức độ ưu tiên và kiểm soát rủi ro.

**4. Xu hướng quản trị doanh nghiệp, chuẩn mực kế toán và thực tiễn quản lý rủ ro**

Các vụ bê bối kế toán xảy ra trong vài năm đầu của thế kỷ XXI đã dẫn đến việc thắt chặt quản trị doanh nghiệp thông qua hoạt động của hội đồng quản trị hiệu quả, bao gồm cả trách nhiệm giám sát đối với quản lý rủi ro. Tương tự như vậy, những vụ bê bối này đã dẫn đến các chuẩn mực kế toán chặt chẽ hơn trên toàn thế giới. Canada cũng không ngoại lệ. Trong khi nhu cầu về cấu trúc quản trị tốt hơn và thực hành quản lý rủi ro đến từ các cơ quan quản lý và cổ đông trong nước, các chuẩn mực kế toán đang được Hội đồng Chuẩn mực Kế toán Quốc tế (IASB) đặt ra.

Để phù hợp với khung giám sát mới được Cơ quan quản lý dịch vụ tài chính Canada áp dụng năm 1999, cả ngân hàng và công ty bảo hiểm đều phải công bố trong báo cáo hàng năm các chiến lược và chính sách đã được hội đồng quản trị và ban quản lý áp dụng để xử lý các vấn đề rủi ro chính được xác định cho từng lĩnh vực. Đối với các công ty bảo hiểm, điều này bao gồm tuyên bố về các chính sách quản lý và đo lường rủi ro đối với các khía cạnh chính của rủi ro như rủi ro bảo hiểm (bao gồm thiết kế sản phẩm, bảo lãnh phát hành và dự phòng kỹ thuật), rủi ro thanh khoản, rủi ro đầu tư và rủi ro khả năng thanh toán. Trong khi cần phải thực hiện nhiều hơn trong lĩnh vực này, tín dụng phải được trao cho các cơ quan quản lý Canada và các công ty bảo hiểm để có vai trò hàng đầu trong lĩnh vực này. Tất nhiên, như trường hợp của hầu hết các thị trường phát triển lớn khác, các công ty bảo hiểm ở Canada cũng đang vật lộn với khái niệm tổng hợp nhiều rủi ro mà họ gặp phải trong khuôn khổ quản lý rủi ro tích hợp.

**5. Kết luận**

Một hệ thống tài chính an toàn và ổn định là điều cần thiết để thúc đẩy tăng trưởng và phát triển kinh tế ở tất cả các nền kinh tế. Với vai trò là một trong hai trụ cột chính của hệ thống tài chính Canada (bên cạnh ngân hàng), ngành bảo hiểm đóng vai trò chính không chỉ trong việc cung cấp quản lý rủi ro cho khách hàng mà còn tạo điều kiện phân bổ hiệu quả tài nguyên, quản lý tài sản và bảo vệ tài sản. Và, với tư cách là nhân tố chính trong thị trường tài chính, các công ty bảo hiểm cũng đóng góp vào hiệu quả chung của thị trường bằng cách giảm chi phí giao dịch, cải thiện dịch vụ thanh khoản và đóng góp cho môi trường cạnh tranh.

# PHẦN II. THỊ TRƯỜNG BẢO HIỂM VƯƠNG QUỐC ANH

**1. Giới thiệu**

Bảo hiểm sớm nhất ra đời tại Anh là bảo hiểm hàng hải vào thế kỷ 14 hoặc 15 bởi những người Oliver từ miền bắc Italy. Cùng với sự phát triển ban đầu của bảo hiểm hàng hải là các hợp đồng bảo hiểm nhân thọ lần đầu tiên được cho là đã được phát hành vào cuối thế kỷ 16 về cuộc đời của một thương gia đi thuyền. Bảo hiểm hỏa hoạn ở Anh bắt đầu muộn hơn một chút, với hợp đồng đầu tiên có lẽ được phát hành bởi Công ty Bảo hiểm Phoenix (tên ban đầu là Phòng cứu hỏa) vào năm 1680. Trận Đại hỏa hoạn đã phá hủy phần lớn London thời trung cổ là bước đệm quan trọng trong việc phát triển bảo hiểm hỏa hoạn và tổ chức chữa cháy. Vào tháng 6 năm 1861, vụ cháy đường Tooley lớn xảy ra ở bến cảng London, phá hủy các nhà kho, cầu cảng, cửa hàng, văn phòng và thậm chí cả tàu. Sau khi trả tổng cộng khoảng 2 triệu bảng, các văn phòng bảo hiểm bắt đầu áp dụng các điều khoản hạn chế hơn đối với các nhà kho và cầu cảng và áp dụng mức giá khác nhau để khuyến khích chủ sở hữu nghĩ về các biện pháp phòng cháy. Trong lĩnh vực bảo hiểm hàng hải, Thị trường bảo hiểm Lloyd's của London được thành lập vào thế kỷ 17 trong quán cà phê London thuộc sở hữu của Edward Lloyd. Năm 1760, Hội được đăng ký thành lập bởi các khách hàng của quán cà phê và in sổ đăng ký tàu đầu tiên vào năm 1764 để cung cấp cho cả bảo hiểm bảo lãnh và thương nhân về tình trạng của các tàu họ được bảo hiểm và thuê tàu. Năm 1834, tổ chức này được xây dựng lại thành Sổ đăng ký vận chuyển của Anh và nước ngoài của Lloyd. Trong hơn hai thế kỷ, sự an toàn và độ tin cậy đã được đảm bảo thông qua các cuộc khảo sát của Lloyd. Từ những khởi đầu này, thị trường bảo hiểm Vương quốc Anh đã phát triển để trở thành lớn nhất ở châu Âu và lớn thứ ba trên thế giới (sau thị trường Hoa Kỳ và Nhật Bản), chiếm 9% tổng phí bảo hiểm trên toàn thế giới.

**2. Cấu trúc của ngành**

**2.1. Doanh nghiệp bảo hiểm**

Cơ cấu của các công ty bảo hiểm của Anh rất phức tạp bởi sự tồn tại của một số nhóm lớn, bao gồm nhiều hơn một pháp nhân. Ví dụ, Nhóm Tương hỗ Hoàng gia Luân Đôn bao gồm Bảo hiểm Refiige, Bảo hiểm nhân thọ Scotland và Bảo hiểm nhân thọ Hoa Kỳ và những doanh nghiệp khác. Ngoài ra, một số công ty là công ty chuyên về bảo hiểm, được đăng ký theo Đạo luật Công ty và được sở hữu bởi các cổ đông, trong khi những công ty khác là các công ty tương hỗ lẫn nhau, thuộc sở hữu của các chủ hợp đồng. "Bancassurers" là các nhóm ngân hàng đã đa dạng hóa thành bảo hiểm (chủ yếu là bảo hiểm nhân thọ). Cả hai lĩnh vực bảo hiểm nhân thọ và bảo hiểm phi nhân thọ đều bị chi phối bởi các công ty chuyên về bảo hiểm, với các công ty tương hỗ chỉ kiếm được khoảng 15% phí bảo hiểm nhân thọ và dưới 5% phí bảo hiểm phi nhân thọ năm 2003. Các công ty bảo hiểm của ngân hàng có cổ phần lớn hơn của cả hai thị trường (khoảng 20% và 15% tương ứng). Các công ty bảo hiểm của ngân hàng ở Anh đã được hình thành chủ yếu thông qua các liên doanh và mua lại, cả hai đều cho phép ngân hàng hoặc tổ chức xã hội kêu gọi chuyên gia bảo hiểm bắt đầu hoạt động. Các công ty bảo hiểm của ngân hàng lớn ở Anh, cùng với doanh thu phí lớn là: HBOS (6,1 tỷ bảng), Lloyds TSB (4,8 tỷ đồng). Abbey National (1 tỷ bảng), Barclays Life (0,5 tỷ bảng) và HSBC Life (0,5 tỷ bảng).

**Top 10 Tập đoàn bảo hiểm tại Anh**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tập đoàn** | **Doanh thu**  **(tỷ Bảng)** | **Chủ sở hữu** | **Kênh phân phối** |
| AVIVA  Standard Life HBOS  Prudential  Lloyds TSB Group  Legal & General  AXA  Aegon  Zurich Financial services  Friends Provident | 8,184  7,175  6,072  5,420  4,786  4,162  3,664  2,949  2,750  2,507 | UK proprietary UK mutual  UK proprietary bancassurer  UK proprietary UK proprietary bancassurer  UK proprietary UK proprietary Dutch proprietary Swiss proprietary UK proprietary | I,D,O  I  B  I,D,O  B  I  I,D  I  I  I,D,O |

Ghi chú: I là kênh trung gian độc lập; D là lênh bán hàng trực tiếp; O là kênh đại lý chuyên nghiệp; B là kênh qua ngân hàng.

**2.2. Thị trường bảo hiểm Lloyd's**

Thị trường bảo hiểm Lloyd's của London là một thị trường bảo hiểm theo đúng nghĩa của nó. Các "thành viên" của Lloyd cung cấp vốn để bảo lãnh cho hoạt động kinh doanh bảo hiểm, bao gồm các cá nhân, được gọi là các công ty của Lloyd. Các thành viên cung cấp vốn cho thị trường thông qua Người đại diện, mỗi công ty được điều hành bởi một đại lý quản lý. Có 66 Người đại diện của Lloyd vào cuối năm 2003, chủ yếu chuyên về các lĩnh vực như hàng hải, hàng không, thảm họa, bồi thường trách nhiệm và bảo hiểm xe máy. Khách hàng đặt rủi ro vào thị trường London thông qua các nhà môi giới của Lloyd được công nhận, những người sử dụng kinh nghiệm của họ về thị trường để đàm phán các điều khoản và điều kiện thích hợp. Đến cuối năm 2003, có 169 công ty môi giới tại Lloyd's. Quy định của các nhà môi giới của Lloyd khác với các nhà môi giới khác vì tính chất độc đáo của thị trường của Lloyd. Kinh doanh bảo hiểm chỉ có thể được thực hiện tại Lloyd's bởi các công ty môi giới được công nhận bởi Lloyd's. Các trung gian khác muốn đặt doanh nghiệp tại Lloyd's phải thuê một nhà môi giới của Lloyd.

Hệ thống công nhận các nhà môi giới của Lloyd được giới thiệu vào năm 2001. Các tiêu chí để được công nhận bao gồm thành viên của Hội đồng Tiêu chuẩn Bảo hiểm (một tổ chức tự điều chỉnh cho các trung gian kinh doanh tất cả các loại bảo hiểm phi nhân thọ), hoặc đáp ứng các tiêu chuẩn tương đương của các nhà môi giới nước ngoài và một số yêu cầu tài chính nhất định. Giai đoạn 1980-1989 là giai đoạn mở rộng nhanh chóng cho lĩnh vực dịch vụ tài chính của Anh nói chung và Thị trường bảo hiểm Lloyd's của London nói riêng. Trong giai đoạn này, đã có sự gia tăng nhanh chóng số lượng thành viên của Lloyd, đạt đỉnh 32.433 vào năm 1988. Tuy nhiên, suy thoái kinh tế vào đầu những năm 1990 ở Anh rất nghiêm trọng ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự tồn tại của Lloyd. Gia tăng tổn thất bảo hiểm, chủ yếu là từ các khoản nợ dài hạn của Hoa Kỳ và một loạt các tổn thất thảm khốc, đã dẫn đến thảm họa tài chính đáng kể của các Người đại diện và thành viên. Đồng thời, chi phí giao dịch tăng làm suy yếu vị thế cạnh tranh của thị trường. Một nhóm đặc nhiệm đã được thành lập để nghiên cứu các vấn đề và tìm cách đối phó với chúng. Các khuyến nghị đã dẫn đến những thay đổi về quy định được thiết kế để tăng cường kiểm soát trung tâm đối với các đại lý và Người đại diện, hợp lý hóa các quy trình kinh doanh, sự hình thành của một công ty tái bảo hiểm (Equitas) để chịu trách nhiệm về các khiếu nại nổi bật từ những năm bảo hiểm trước năm 1993 và quan trọng nhất là kết nạp vào thị trường của các thành viên công ty (xem Lloyd's of London, 1993). Do sự tiếp nhận của các quỹ công ty, chiếm khoảng 30% tổng hoạt động thị trường trong năm 2003, Lloyd's đã thành công lớn trong việc thay thế hoạt động bị mất do sự sụt giảm lớn của các cá nhân hoạt động trong những năm 1990. Các cuộc tấn công khủng bố ngày 11 tháng 9 tại Hoa Kỳ đã tạo ra tổn thất lớn nhất dự phòng bảo hiểm cho khoản lỗ gộp hơn 6 tỷ bảng và lỗ ròng gần 2 tỷ bảng (Tillinghast-Towers Perrin, 2005). Sau khi đánh giá tác động của ngày 11 tháng 9, Hội đồng Lloyd đã hành động để cải thiện khả năng thanh toán của mình, chủ yếu bằng cách áp dụng phí bảo hiểm cho năm 2002 và 2003 với tỷ lệ tăng 2% cho hầu hết các lớp, ngoại trừ bảo hiểm nhân thọ và xe cơ giới ở Vương quốc Anh tỷ lệ là 1%.

**Cơ cấu sản phẩm và kênh phân phối**

Cơ cấu sản phẩm

Nhu cầu về các sản phẩm bảo hiểm mới ở Anh đã trải qua những thay đổi quan trọng trong những năm gần đây và có thể được quy cho ba yếu tố chính. Đầu tiên, những thay đổi về nhân khẩu học đã tạo ra những nhu cầu khác nhau cho các sản phẩm phù hợp hơn. Thứ hai, mô hình tiết kiệm đã thay đổi (hướng tới đầu tư thị trường vốn và thoát khỏi tiền gửi ngân hàng năng suất thấp) do điều kiện kinh tế thay đổi. Cuối cùng, mặc dù ngành bảo hiểm vẫn được đặc trưng bởi thông tin bất cân xứng, nhận thức của khách hàng nói chung đã tăng lên, buộc các công ty bảo hiểm nhân thọ và bảo hiểm phi nhân thọ phải cung cấp các sản phẩm cạnh tranh và tinh vi hơn trước đây. Xu hướng nhân khẩu học quan trọng nhất ở các nước phương tây trong những năm gần đây là sự suy giảm tốc độ tăng dân số và sự già hóa dân số. Một lý do chính cho sự thay đổi này là tỷ lệ sinh giảm, nhưng sự gia tăng liên tục về tuổi thọ ở các nền kinh tế phát triển do những tiến bộ trong chăm sóc y tế và điều kiện sống tốt hơn cũng góp phần gây ra lão hóa. Do đó, tỷ lệ phụ thuộc (nghĩa là tỷ lệ người nghỉ hưu được hỗ trợ bởi dân số làm việc) đã tăng lên. Hiệu ứng nhân khẩu học này, cùng với xu hướng tăng doanh số của “lương hưu đóng góp xác định” (thay cho “lương hưu được xác định”), có khả năng làm tăng nhu cầu về bảo hiểm niên kim khoảng 2% mỗi năm trong mười năm tới.

Điều này tạo cơ hội cho các công ty bảo hiểm của Anh mở rộng doanh số của các hợp đồng bảo hiểm niên kim liên quan đến đầu tư. Các mô hình tiết kiệm cũng đã thay đổi đáng kể trong những năm gần đây, do cả những thay đổi về nhân khẩu học, sự thịnh vượng cao hơn và kỳ vọng cao hơn về mức sống. Do đó, nhu cầu tiết kiệm tài chính dài hạn, năng suất cao ngày càng tăng. Ngoài ra, sự nhấn mạnh ngày càng tăng vào đầu tư thị trường vốn đã làm cho các công cụ tài chính trở nên hấp dẫn hơn so với tiền gửi ngân hàng năng suất thấp (Lafferty, 1991). Tỷ lệ lạm phát thấp hơn cũng đã làm cho các khoản đầu tư dài hạn an toàn hơn và có xu hướng tăng tiết kiệm hợp đồng dài hạn, chẳng hạn như bảo hiểm, gây bất lợi cho tiền gửi ngắn hạn. Một khuyến khích tiết kiệm khác được đưa ra vào năm 1999 khi chính phủ Anh giới thiệu Tài khoản tiết kiệm cá nhân, trong đó người tiết kiệm có thể giữ tiền gửi bằng tiền mặt, đầu tư thị trường trái phiếu hoặc trái phiếu và hợp đồng bảo hiểm nhân thọ và được hưởng lợi từ miễn thuế. Ví dụ: người tiết kiệm được phép giữ một hợp đồng bảo hiểm nhân thọ trong Tài khoản tiết kiệm cá nhân (tối đa khoản đầu tư tối đa 7.000 bảng), với lợi thế là tất cả thu nhập đều được miễn thuế thu nhập và mọi khoản lãi vốn đều được miễn vốn tăng thuế. Kinh doanh bảo hiểm nhân thọ ở Anh bao gồm một loạt các sản phẩm khác nhau. Chúng bao gồm bảo hiểm nhân thọ liên kết và không liên kết đầu tư, có lợi nhuận và không lợi nhuận và các hợp đồng niên kim chung, lương hưu và bảo hiểm bảo vệ thu nhập.

Tổng phí bảo hiểm ròng các sản phẩm bảo hiểm nhân thọ chính của Vương quốc Anh (tức là hợp đồng bảo hiểm nhân thọ, niên kim, hưu trí và hợp đồng bảo vệ thu nhập) từ năm 1990 đến 2003 có xu hướng tăng chung trong giai đoạn 1990-2000, sau đó đã giảm mỗi năm từ 2000 đến 2003. Ngoài ra, tỷ lệ phần trăm của tổng phí bảo hiểm nhân thọ và niên kim giảm từ khoảng 42% trong năm 1990 chỉ còn 32% trong năm 2003. Trong cùng thời gian, phí bảo hiểm hưu trí và bảo hiểm bảo vệ thu nhập tăng đều. Tóm lại, phí bảo hiểm nhân thọ tăng từ 32,2 tỷ bảng từ năm 1990 lên 89,8 tỷ bảng băn 2003.

Trong bảo hiểm nhân thọ hoặc bảo hiểm hưu trí được liên kết theo đơn vị ở Anh, giá trị của quỹ của chủ hợp đồng được liên kết trực tiếp với giá trị của các đơn vị đầu tư, chẳng hạn như các đơn vị trong danh mục đầu tư hoặc tài sản. Trong bảo hiểm nhân thọ hoặc hưu trí, chủ hợp đồng nhận tiền thưởng được trả trong tổng thu nhập đầu tư mà công ty bảo hiểm kiếm được.

**Doanh thu các dòng sản phẩm bảo hiểm nhân thọ chính tại Anh**

*Triệu bảng*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Bảo hiểm nhân thọ** | **Bảo hiểm niên kim** | **Bảo hiểm hưu trí** | **Bảo hiểm bảo vệ thu nhập** | **Tổng** |
| 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 | 12,858 15,391 17,886 20,507 19,748 20,784 24,630 26,629 30,019 36,470 38,768 37,567 35,747 28,639 | 713  1,182  988  938  655  380  851  413  423  128  199  181  209  244 | 18,318 21,329 22,628 23,040 20,961 22,072 26,717 32,622 40,266 49,891 75,429 54,067 58,416 58,408 | 308  343  400  438  461  531  597  672  968  1,270 1,618 1,832 1,982 2,529 | 32,197 38,245 41,902 44,923 41,825 43,767 52,795 60,336 71,676 87,759 116,014 93,647 96,354 89,820 |

*Nguồn: Hiệp hội các công ty bảo hiểm Anh*

Việc khách hàng tăng nhận thức về bảo hiểm và thay đổi trong lối sống đã dẫn đến phân khúc thị trường bảo hiểm lớn hơn. Trong lĩnh vực phi nhân thọ, người tiêu dùng có xu hướng lựa chọn các sản phẩm đơn giản và minh bạch hơn, điều này dẫn đến việc chuẩn hóa hơn nữa các sản phẩm phi nhân thọ. Nhiều sản phẩm phi nhân thọ phổ biến, như bảo hiểm xe hơi và bảo hiểm nhà, đòi hỏi ít tư vấn. Do đó, có khả năng sẽ có một thị trường đang phát triển để phân phối trực tiếp các sản phẩm chuẩn hóa hiệu quả. Tổng phí bảo hiểm phi nhân thọ trong giai đoạn 1990-2003 tăng trong giai đoạn 1990-2003, với tốc độ tăng trưởng lớn nhất là bảo hiểm trách nhiệm chung (tăng 156% giai đoạn 1990-2003) và bảo hiểm thiệt hại (tăng 214% trong giai đoạn từ 1990 đến 2003). Nhìn chung, phí bảo hiểm ròng bảo hiểm phi nhân thọ đã tăng từ 24,3 tỷ bảng năm 1990 lên 49,3 tỷ bảng năm 2003. Tuy nhiên, kết quả kinh doanh bảo hiểm thường âm đối với hầu hết các ngành nghề kinh doanh, nhưng thu nhập từ các khoản đầu tư đã bù đắp và tạo ra kết quả kinh doanh tích cực trong hàua hết các năm. Ngoài ra, có chu kỳ kinh doanh bảo hiểm trong bảo hiểm phi nhân thọ của Vương quốc Anh: có các chuyển động lên xuống thường xuyên trong cả kết quả bảo lãnh phát hành của từng ngành kinh doanh.

Ngành bảo hiểm phi nhân thọ của Anh cũng đối mặt với nguy cơ khiếu nại lớn từ thiên tai và khủng bố. Sự kiện khủng bố 11/9 dẫn đến những thiệt hại lớn nhất từng xảy ra, lên tới hàng chục tỷ bảng Anh. Vương quốc Anh đã có một lịch sử lâu dài và đau đớn về các cuộc tấn công khủng bố. Quân đội Cộng hòa Ailen vào đầu những năm 1990 đe dọa sẽ bảo hiểm đối với các hành vi khủng bố là không có. Điều này dẫn đến việc thành lập của Pool Re vào năm 1993, sau các cuộc thảo luận rộng rãi giữa ngành bảo hiểm và chính phủ Anh. Pool Re được thành lập như một công ty tái bảo hiểm tương hỗ để cung cấp bảo hiểm trên một ngưỡng nhất định cho thiệt hại tài sản và gián đoạn kinh doanh gây ra bởi các hoạt động khủng bố. Công ty này thuộc sở hữu của các công ty bảo hiểm tài sản lớn của Vương quốc Anh.

Kênh phân phối

Trước Đạo luật Dịch vụ Tài chính, có ba loại đại lý chính cung cấp tư vấn bảo hiểm là: đại lý của các công ty bảo hiểm, những người chỉ làm việc cho công ty của họ; môi giới bảo hiểm; và các công ty trả tiền hoa hồng để giới thiệu doanh nghiệp cho một số ít nhà cung cấp (chủ yếu là ngân hàng, đại lý bất động sản và luật sư). Quy định này được đưa vào như một phần của khung pháp lý vào năm 1987. Các quy định này áp dụng cho các tư vấn về các sản phẩm đầu tư trọng gói (như chính sách bảo hiểm nhân thọ, bảo hiểm hưu trí cá nhân và các chương trình tiết kiệm ủy thác đầu tư) và yêu cầu các công ty tư vấn cho khách hàng tư nhân phải trung gian độc lập hoặc đại lý liên kết. Các trung gian độc lập là các công ty có thể không có bất kỳ ràng buộc nào với các nhà cung cấp sản phẩm, nhưng phải thay mặt khách hàng của mình bằng cách khảo sát các sản phẩm có sẵn và tư vấn cho phù hợp nhất. Các đại lý liên kết, mặt khác, là các tư vấn gắn liền với một công ty hoặc nhóm sản phẩm và chỉ tư vấn khách hàng mua các sản phẩm trọn gói của công ty hoặc nhóm đó. Quy định này góp phần mở rộng kênh độc lập hiện bao gồm các loại trung gian khác nhau, từ các cố vấn tài chính độc lập, hiện đang được Cơ quan Dịch vụ Tài chính quy định, đến các trung gian độc lập (như kế toán viên và luật sư) được điều chỉnh bởi các cơ quan chuyên môn của họ. Do đó, các kênh phân phối chính hiện đang được các công ty bảo hiểm ở Anh sử dụng là: các trung gian độc lập, bán hàng trực tiếp và các kênh khác (bán hàng thông qua các nhà bán lẻ lớn như siêu thị Tesco, Sainbury…; ngân hàng…)

**Thị phần kênh phân phối tại Anh**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Năm** | **Đại lý độc lập** | **Đại lý trực thuộc** | **Bán hàng trực tiếp** | **Khác (bao gồm bảo hiểm qua ngân hàng)** |
| 1994  1995  1996  1997  1998  1999  2000  2001  2002  2003 | 54  57  59  60  58  58  61  63  63  61 | 15  16  17  17  16  11  11  10  8  7 | 13  14  14  15  16  17  17  21  21  22 | 3  2  2  1  1  7  10  12  16  16 |

Đối với bảo hiểm phi nhân thọ, mặc dù kênh tư vấn tài chính độc lập vẫn là lớn nhất, nhưng nó đang giảm dần về tỷ trọng (từ 69% năm 1994 xuống còn khoảng 55% vào năm 2003). Vai trò của trung gian là tập hợp người mua và người bán trên thị trường bảo hiểm. Nhưng các quy định cho các cố vấn tài chính độc lập để cung cấp lời khuyên tốt nhất đã khiến một số trong số họ trở nên chọn lọc hơn. Nhiều cá nhân hoặc các nhà tư vấn và môi giới tài chính độc lập bé hơn đã tham gia các mạng lưới lớn để giảm chi phí. Sự thay đổi đáng chú ý nhất trong mười năm qua là sự tăng trưởng của bán hàng trực tiếp, trong đó đóng góp cho kinh doanh mới đã tăng từ khoảng 13% năm 1994 lên hơn 22% vào năm 2003. Nhìn chung, bán hàng trực tiếp và cung cấp các dòng cá nhân theo chính các nhà bán lẻ đang tăng lên, trong khi doanh số của các trung gian và đại lý công ty đang giảm.

Nhiều công ty bảo hiểm và môi giới hiện đang bán các hợp đồng bảo hiểm xe máy và hộ gia đình trực tiếp cho người dân. Sự khác biệt giữa các kênh trung gian độc lập và bán hàng trực tiếp ngày càng trở nên quan trọng khi các doanh nghiệp tăng đầu tư vào công nghệ và việc xử lý khiếu nại trở nên hiệu quả hơn. Cụ thể, phí bảo hiểm của bảo hiểm ô tô tư nhân đã chuyển từ kênh môi giới bên thứ ba sang giao dịch trực tiếp với khách hàng, do đó làm tăng các doanh nghiệp bảo hiểm bán trực tiếp (Hiệp hội các nhà bảo hiểm Anh, 2003). Tỷ lệ tư vấn tài chính độc lập của dòng sản phẩm này đã giảm từ khoảng 70% năm 1994 xuống còn khoảng 40% năm 2003, trong khi bán hàng trực tiếp đã tăng từ 20% lên 40% trong cùng kỳ. Các kênh khác đóng góp vào 16% doanh thu phí bảo hiểm phi nhân thọ trong năm 2003. Các kênh này bao gồm các ngân hàng và xây dựng nơi một tỷ lệ đáng kể phí bảo hiểm là bảo hiểm tài sản được cung cấp làm tài sản thế chấp cho các khoản vay. Các kênh khác được sử dụng, như thư trực tiếp, telesales và thương mại điện tử đang trở thành phương tiện thay thế quan trọng để phân phối các sản phẩm bảo hiểm. Thị phần của các kênh tiện ích, nhóm mối quan hệ và nhà bán lẻ đã tăng từ 1% năm 1999 lên 11% trong năm 2003 với hầu hết sự tăng trưởng là trong dòng bảo hiểm kinh doanh cá nhân. Cũng đã có sự tăng trưởng đáng kể trong bảo hiểm hộ gia đình được cung cấp bởi các nhà bán lẻ. Năm 2001, chỉ có 3% sản phẩm bảo hiểm hộ gia đình được bán thông qua kênh này, tăng lên 11% trong năm 2003.

**2.3 Khả năng cạnh tranh của các công ty bảo hiểm**

Trong hai mươi năm qua, ngành bảo hiểm Vương quốc Anh đã phải đối mặt với sự gia tăng cạnh tranh toàn cầu, do giảm chi phí truyền thông và bãi bỏ quy định. Sự gia tăng cạnh tranh này có nghĩa là việc sáp nhập và mua lại có khả năng tiếp tục tăng trên thị trường bảo hiểm, chẳng hạn như thương vụ sáp nhập Tập đoàn Bảo hiểm Hoàng gia và Liên minh Mặt trời vào năm 1996. Việc sáp nhập này đã tạo ra một công ty lớn hơn, mạnh hơn với đại diện rộng hơn trên thị trường quốc tế. Phần lớn thương vụ hợp nhất hiện tại của ngành bảo hiểm phản ánh các động thái của các công ty bảo hiểm nhằm tái cấu trúc và khai thác các lĩnh vực có lợi nhất, với việc mở rộng thường đi kèm với đầu tư vào các lĩnh vực ít lợi nhuận hơn. Mở rộng ra nước ngoài thông qua sáp nhập và mua lại được đặc biệt ưa thích bởi các công ty bảo hiểm có thị trường chung trong nước rất phát triển, gần như đến mức bão hòa, như Vương quốc Anh. Kinh doanh ở nước ngoài ngày càng trở nên quan trọng đối với các công ty bảo hiểm của Vương quốc Anh, cho phép họ giảm sự phụ thuộc vào thị trường nội địa. Sự gia tăng đáng kể thu nhập phí bảo hiểm ở nước ngoài mà các công ty bảo hiểm của Anh kiếm được phần lớn là do mua lại (Hiệp hội các công ty bảo hiểm Anh, 2003). Mặc dù các công ty bảo hiểm có trụ sở tại Vương quốc Anh có thể bán sản phẩm ở thị trường nước ngoài từ một cơ sở của Vương quốc Anh (nghĩa là bán dịch vụ bảo hiểm), hầu hết các công ty bảo hiểm của Anh đều thích mua các công ty nước ngoài hiện có hoặc thành lập các công ty con, chi nhánh hoặc đại lý (nghĩa là bán trên cơ sở thành lập). Sự thành công liên tục của ngành bảo hiểm Vương quốc Anh trên thị trường thế giới phụ thuộc vào khả năng cạnh tranh tương đối của ngành bảo hiểm Anh và hiệu quả chi phí tương đối của các công ty bảo hiểm của Anh.

**2.4. Hiệu quả hoạt động của các công ty**

Các công ty bảo hiểm hiệu quả nhất về chi phí của Vương quốc Anh sẽ là những người được hưởng lợi nhiều nhất từ ​​các cơ hội được tạo ra bởi tự do hóa tài chính, toàn cầu hóa và hội nhập thị trường tài chính hơn nữa tại EU. Do đó, trong phần này, chúng tôi cố gắng đánh giá mức độ hiệu quả chi phí chung trong bảo hiểm nhân thọ và các lĩnh vực bảo hiểm của Vương quốc Anh. Để thực hiện điều này, chúng tôi áp dụng phân tích bao bọc dữ liệu (DEA) để ước tính một tập hợp các điểm hiệu quả kỹ thuật, phân bổ, chi phí và quy mô cho hai mẫu của 50 công ty bảo hiểm nhân thọ và 50 công ty bảo hiểm phi nhân thọ hoạt động ở Anh trong giai đoạn 1994-2001. Đối với mỗi mẫu, chúng tôi tính toán bốn thước đo hiệu quả: hiệu quả kỹ thuật thuần túy, hiệu quả phân bổ (hoặc giá cả), hiệu quả chi phí và hiệu quả quy mô. Hiệu quả kỹ thuật thuần túy đo lường mức độ hiệu quả của công nghệ được sử dụng trong các yếu tố đầu vào để đạt được một mức đầu ra nhất định. Hiệu quả phân bổ là thước đo mức độ mà một công ty sản xuất các đầu ra của mình với sự tối thiểu hóa chi phí đầu vào. Thước đo hiệu quả chi phí cho một công ty bảo hiểm nhân thọ sau đó được tính là sản phẩm của điểm hiệu quả kỹ thuật và phân bổ thuần túy. Một công ty được định nghĩa là hiệu quả về chi phí nếu chi phí của nó bằng với chi phí của một công ty 'thực tiễn tốt nhất' sản xuất cùng một gói đầu ra trong cùng điều kiện. Thước đo hiệu quả chi phí này có thể được coi là thước đo (không phải khối lượng) của hiệu quả X kinh tế (Mester, 1997). Hiệu quả của thang đo lường chi phí của mỗi công ty liên quan đến chi phí mà các công ty phải chịu với 'quy mô tối ưu'.

Phân tích dữ liệu

Những tiến bộ gần đây trong đo lường hiệu quả đã được thực hiện bằng cách sử dụng các phương pháp lập trình tuyến tính toán học không đối xứng (như DEA) cho phép ước tính hiệu quả của mỗi công ty trong một ngành so với tập hợp các công ty hiệu quả có tính tương đồng. DEA ước tính hiệu quả trong các công ty có nhiều đầu vào và đầu ra. Hơn nữa, nó ít đòi hỏi hơn so với các phương pháp tham số về mức độ tự do; không cần chỉ định hình thức của hàm sản xuất hoặc chi phí; và không cần phải đưa ra các giả định phân phối về một thuật ngữ lỗi ngẫu nhiên (Cummins và Weiss, 2001). Đây có thể là những thuộc tính hữu ích trong các nghiên cứu hiệu quả của ngành bảo hiểm trong đó đặc điểm kỹ thuật của chức năng sản xuất đa sản lượng của các công ty bảo hiểm nhân thọ có thể khó xác định và đo lường một cách nhất quán (Berger và Humphrey, 1997). Ngoài ra, DEA đặc biệt phù hợp cho các nghiên cứu về các mẫu tương đối nhỏ (như của chúng tôi), trong đó các công ty (hoạt động trong cùng ngành) có xu hướng sản xuất các loại đầu ra tương đối (đồng nhất) (Cummins et al, 1999). DEA có một lợi thế hơn nữa so với các phương pháp kinh tế lượng tham số (ngẫu nhiên) ở chỗ nó có thể dễ dàng.

Chúng tôi sử dụng dữ liệu hàng năm cho hai mẫu riêng biệt của 50 công ty bảo hiểm nhân thọ của Vương quốc Anh (chiếm khoảng 20% ​​số công ty trong ngành) và 50 công ty bảo hiểm phi nhân thọ của Vương quốc Anh (chiếm khoảng 8% doanh nghiệp trong ngành). Để đủ điều kiện đưa vào mẫu, một công ty phải: (a) đã hoạt động liên tục trong suốt thời gian tám năm, 1994-2001; (b) không chịu sự sáp nhập hoặc mua lại lớn; và (c) không phải là một công ty tái bảo hiểm hoặc quỹ ủy thác vì họ không trực tiếp bán nhiều bảo hiểm nhân thọ. Mẫu bảo hiểm nhân thọ của chúng tôi chiếm khoảng 30% phí bảo hiểm hàng năm của ngành bảo hiểm nhân thọ Vương quốc Anh và mẫu bảo hiểm phi nhân thọ của chúng tôi chiếm khoảng 40% phí bảo hiểm hàng năm của ngành bảo hiểm phi nhân thọ của Vương quốc Anh trong giai đoạn phân tích. Các mẫu cũng bao gồm một loạt các công ty bảo hiểm có quy mô và hình thức tổ chức khác nhau và bao gồm những doanh nghiệp mới tham gia (như doanh nghiệp bảo hiểm của ngân hàng) cũng như các doanh nghiệp lâu đời. Để mô hình hóa hành vi của các công ty bảo hiểm nhân thọ và bảo hiểm phi nhân thọ, chúng tôi áp dụng mô hình 'sản xuất' trong đó các công ty bảo hiểm được giả định sử dụng lao động và đầu vào vốn để sản xuất đầu ra dưới dạng hợp đồng bảo hiểm và đầu tư. Vì các đầu ra này là vô hình, chúng rất khó đo lường. Cách tiếp cận thực tế là xác định các dịch vụ mà các công ty bảo hiểm nhân thọ và bảo hiểm phi nhân thọ cung cấp và sau đó rút ra các tham số có khả năng tương quan chặt chẽ với các dịch vụ này. Rõ ràng, tất cả các công ty bảo hiểm tham gia vào nhóm rủi ro và chịu rủi ro bằng cách bán các hợp đồng bảo hiểm các loại. Trong bảo hiểm nhân thọ, các dòng sản phẩm chính là bảo hiểm nhân thọ, hưu trí, niên kim và bảo hiểm y tế (hoặc bảo hiểm thu nhập), trong khi trong bảo hiểm phi nhân thọ, các dòng sản phẩm chính bao gồm tai nạn và sức khỏe, xe cơ giới, tài sản, trách nhiệm của bên thứ ba, hàng hải, hàng không và bảo hiểm vận tải. Đồng thời, tất cả các công ty bảo hiểm tham gia trung gian tài chính bằng cách đầu tư các khoản tiền không cần thiết để thanh toán yêu cầu bồi thường hoặc để trang trải chi phí. Đối với mục đích nghiên cứu của chúng tôi, một số mức độ tổng hợp là cần thiết trong việc đo lường đầu ra bảo hiểm. Do đó, chúng tôi giả định rằng các công ty bảo hiểm nhân thọ chỉ tạo ra ba sản phẩm: (a) bảo hiểm nhân thọ, (b) hưu trí và niên kim, và (c) bảo hiểm sức khỏe và bảo hiểm khác.

Tương tự, chúng tôi giả định rằng các công ty bảo hiểm phi nhân thọ cũng chỉ tạo ra ba sản phẩm: (a) bảo hiểm tai nạn và sức khỏe, (b) bảo hiểm xe cơ giới, và (c) tài sản/trách nhiệm và bảo hiểm khác, tất cả đều được bảo đảm bởi phí bảo hiểm hàng năm thu nhập. Chúng tôi tiếp tục giả định rằng các công ty bảo hiểm nhân thọ và bảo hiểm phi nhân thọ tạo ra một "sản phẩm trung gian tài chính": đầu tư, được hỗ trợ bởi thu nhập đầu tư hàng năm kiếm được''. Chúng tôi nhận thấy rằng có một vấn đề trong việc sử dụng các biện pháp thu nhập của đầu ra bảo hiểm. Thật vậy, đã có nhiều cuộc thảo luận trong các tài liệu về các biến số tốt nhất để sử dụng cho các đầu ra rủi ro và chịu rủi ro. Nhiều nghiên cứu ban đầu đã sử dụng phí bảo hiểm làm chỉ số đầu ra chính, mặc dù đây là một dạng doanh thu và do đó đại diện cho giá\*số lượng, thay vì chỉ là số lượng. Vấn đề này đã khiến một số tác giả gần đây sử dụng giá trị của các khoản bồi thường và trả tiền bảo hiểm (nghĩa là các yêu cầu bồi thường) (xem, ví dụ, Cummins et al, 1999, và Cummins và Santomero, 1999). Nhưng có vấn đề với điều này. Cụ thể, tổn thất thực tế khác với tổn thất dự kiến, do đó, sử dụng các yêu cầu hiện tại làm thước đo đầu ra có thể tạo ra một "lỗi trong vấn đề biến" (mặc dù các phương pháp kinh tế lượng có sẵn để giảm thiểu điều này). Vấn đề là tìm một biến đầu ra phản ánh số lượng và đặc điểm rủi ro của bảo hiểm. Các khiếu nại (hoặc bồi thường tổn thất) dự kiến ​​dường như là một biến phù hợp, chúng ta có thể hợp lý hóa việc sử dụng phí bảo hiểm như một biến đầu ra vì phí bảo hiểm có tương quan cao với các khoản lỗ dự kiến. Ngoài ra, như đã nêu ở trên, chúng tôi xem chức năng bảo hiểm nhân thọ là sử dụng hai yếu tố đầu vào chính: lao động và vốn. Giá lao động được tính bằng cách lấy mức lương trung bình trong 'ngân hàng, tài chính, bảo hiểm, dịch vụ kinh doanh và cho thuê' ở khu vực Vương quốc Anh nơi đặt văn phòng hành chính chính của công ty. Giá vốn được ủy thác bởi chi phí cho mỗi mét vuông không gian văn phòng ở khu vực, thành phố hoặc thị trấn của Vương quốc Anh nơi đặt văn phòng hành chính chính của công ty. Các định nghĩa này cho phép chúng tôi tính toán mức lương và giá cho thuê khác nhau giữa các công ty trong mẫu cũng như theo thời gian. Đầu vào lao động được định nghĩa là số lượng nhân viên toàn thời gian tương đương, trong khi đầu vào vốn được tính bằng tổng chi phí vốn chia cho giá vốn. Dữ liệu về mức lương được lấy từ Báo cáo Xu hướng khu vực (được xuất bản tại Vương quốc Anh bởi Văn phòng Thống kê Quốc gia) và dữ liệu về giá cho thuê trong khảo sát hàng tháng về giá thuê văn phòng tại khu vực được công bố bởi các chuyên gia tư vấn tài sản Vua Sturge (1995-2002). Dữ liệu về chi phí và đầu ra cho năm 1994-2001 được lấy từ cơ sở dữ liệu Synthesys Life năm 2001, do Standard and Poor sản xuất.

**Kết luận**

Ngành bảo hiểm Vương quốc Anh sẽ đối mặt với nhiều thách thức trong những năm tới, không ít trong số đó sẽ là nhu cầu giải quyết sự gia tăng cạnh tranh trong bảo hiểm.

Tiếp tục tiến tới toàn cầu hóa có nghĩa là công ty bảo hiểm nhân thọ và phi nhân thọ của Vương quốc Anh không chỉ phải cạnh tranh với các công ty bảo hiểm khác của Vương quốc Anh, mà sẽ phải đối mặt với mức độ cạnh tranh ngày càng tăng từ các công ty nằm ngoài Vương quốc Anh. Sự tồn tại của các công ty nhỏ hơn ở Anh sẽ phụ thuộc vào khả năng đảm bảo thị trường thích hợp và/hoặc để đạt được sự tăng trưởng và đa dạng hóa thông qua sáp nhập hoặc mua lại, do đó có khả năng hưởng lợi từ các nền kinh tế có quy mô và phạm vi. Đồng thời, các công ty lớn hơn cần phát triển các chiến lược sản phẩm và phân phối cho phép họ hoạt động thành công trên thị trường toàn cầu. Mặc dù thực tế là có một số lượng lớn các công ty trong ngành bảo hiểm của Vương quốc Anh có mức độ tập trung thị trường tương đối cao. Điều này, cùng với sự tồn tại của thông tin bất cân xứng và các sản phẩm khác biệt, có nghĩa là ngành bảo hiểm Vương quốc Anh có cấu trúc thị trường tương đối phức tạp. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi về tỷ lệ xuất khẩu ròng và các chỉ số lợi thế so sánh cho thấy Vương quốc Anh vẫn có một trong những ngành bảo hiểm cạnh tranh nhất trên thế giới. Tuy nhiên, để duy trì vị trí này, ngành bảo hiểm nên cân nhắc các cách để cải thiện hiệu quả sản xuất và chi phí. Nghiên cứu DEA của chúng tôi về hiệu quả chi phí tương đối của các ngành bảo hiểm nhân thọ và phi nhân thọ của Vương quốc Anh cho thấy rằng cả hai ngành đều hoạt động ở mức độ kém hiệu quả kỹ thuật cao, và do đó mức độ kém hiệu quả về chi phí chung. Bằng chứng cho thấy các công ty bảo hiểm nhân thọ của Vương quốc Anh đã có hiệu suất trung bình chỉ 57%, trong khi các công ty bảo hiểm phi nhân thọ có hiệu suất chỉ 66%. Với mức độ kém hiệu quả như vậy, nếu không được giải quyết, có thể dẫn đến mất khả năng cạnh tranh quốc tế trong tương lai.

# PHẦN III. PHÂN TÍCH SỰ PHÁT TRIỂN CỦA THỊ TRƯỜNG

# BẢO HIỂM NHÂN THỌ VÀ PHI NHÂN THỌ NHẬT BẢN

**1. Thị trường bảo hiểm nhân thọ**

Như một minh chứng cho tầm quan trọng của ngành bảo hiểm nhân thọ ở Nhật Bản, 90% hộ gia đình ở Nhật Bản có ít nhất một hợp đồng bảo hiểm nhân thọ. Tuy nhiên, thị trường bảo hiểm đã có thay đổi lớn trong những năm gần đây. Nhu cầu của người tiêu dùng đã thúc đẩy đa dạng hóa các sản phẩm bảo hiểm truyền thống sang các sản phẩm bảo hiểm nhân thọ như chăm sóc y tế và chăm sóc sức khỏe. Hơn nữa, dân số già hóa và tỷ lệ sinh giảm đang thay đổi ngành kinh doanh bảo hiểm nhân thọ.

Viện Bảo hiểm Nhân thọ Nhật Bản (JILI) thường xuyên tiến hành nghiên cứu khảo sát về bảo hiểm nhân thọ. Khảo sát năm 2003 cho thấy 76,1% hộ gia đình đã mua bảo hiểm nhân thọ (bao gồm cả bảo hiểm niên kim cá nhân), 48,7% hộ gia đình mua bảo hiểm từ Công ty bảo hiểm nhân thọ Bưu điện và 15% hộ gia đình mua bảo hiểm của từ các hợp tác xã nông nghiệp. Do một số hộ gia đình mua bảo hiểm nhân thọ từ hai công ty trở lên, 89,6% hộ gia đình đã mua hợp đồng bảo hiểm nhân thọ.Theo điều tra năm 1978, tỷ lệ hộ gia đình mua hợp đồng bảo hiểm nhân thọ từ ba nhà cung cấp bảo hiểm này (tỷ lệ lưu hành) là 88,4% và tỷ lệ này tăng dần trong nhiều năm. Tỷ lệ cao nhất được ghi nhận là 95% theo khảo sát năm 1994. Do tình hình kinh tế không thuận lợi những năm 1990, tỷ lệ lưu hành đã giảm kể từ năm 1994.

Phí bảo hiểm nhân thọ từ năm 1990 đến 2003 cho thấy một số xu hướng đáng chú ý. Đầu tiên, 57,4% phí bảo hiểm trong năm 2003 đến từ việc bán bảo hiểm nhân thọ cá nhân. Doanh thu phí có xu hướng giảm từ năm 1995. Mặc dù doanh thu phí năm 2003 tăng 1,8% so với năm 2002 nhưng không đồng nghĩa với việc doanh thu phí có xu hướng tăng. Doanh thu phí của bảo hiểm niên kim cá nhân có sự tăng trưởng đáng kể từ năm 2002. Mặc dù nhu cầu bảo hiểm niên kim cá nhân tăng do sự già hóa của dân số, doanh thu phí bảo hiểm niên kim giảm 30% từ năm 1995 đến 2001. Mặc dù môi trường kinh tế vĩ mô và tài chính không thuận lợi, doanh thu phí của một số công ty bảo hiểm vẫn tăng. Điều này cho thấy rằng chỉ những công ty hoạt động tốt nhất mới có thể tồn tại trong bối cảnh tự do hóa thị trường.

**1.1. Cấu trúc ngành bảo hiểm nhân thọ**

Hiệp hội bảo hiểm nhân thọ Nhật Bản đại diện cho tất cả các công ty bảo hiểm nhân thọ hoạt động tại Nhật Bản. Tính đến tháng 3 năm 2004, Hiệp hội có bốn mươi công ty bảo hiểm nhân thọ thành viên. Trong năm tài khóa 1996, số lượng các công ty bảo hiểm nhân thọ tăng đột ngột bởi vì Luật Kinh doanh Bảo hiểm mới cho phép các công ty bảo hiểm phi nhân thọ thành lập các công ty con bảo hiểm nhân thọ. Con số đạt đến đỉnh điểm vào năm 2000 và sau đó giảm xuống. Các công ty bảo hiểm được phân thành ba nhóm.

Nhóm đầu tiên bao gồm các công ty truyền thống trong nước. Nippon Life, Daiichi Life, Meiji-Yasuda Life, Mitsui Life và Sumitomo Life là những công ty bảo hiểm nhân thọ truyền thống lớn. Số lượng các công ty trong nước truyền thống giảm do sáp nhập và phá sản.

Nhóm thứ hai bao gồm các công ty con của các công ty trong lĩnh vực khác và các công ty bảo hiểm phi nhân thọ. GRIX, một công ty tài chính phi ngân hàng hàng đầu, có ORIX Life và Sony có Sony Life là công ty bảo hiểm nhân thọ của những công ty này.

Nhóm thứ ba bao gồm các công ty liên kết nước ngoài. Công ty bảo hiểm nhân thọ Hoa Kỳ (ALICO) có trụ sở tại Hoa Kỳ lần đầu tiên gia nhập thị trường Nhật Bản vào năm 1973. Tính đến tháng 3 năm 2004, 17 trong số 40 công ty bảo hiểm nhân thọ thuộc sở hữu của các công ty nước ngoài. Công ty nước ngoài hoạt động tại Nhật Bản theo hai hình thức. Một số công ty nước ngoài thành lập công ty con tại Nhật Bản và công ty con này thực hiện hoạt động kinh doanh bảo hiểm tại đây. Ví dụ như AIG STAR LIFE, Aoba Life, AXA Group Life, AXA Life, Credit Suisse Life, GE Edison Life, Gibraltar Life, Hartford Life, ING Life, Manulife Life, MassMutual Life, PCA Life, Prudential Life và Skandia Life. Một số công ty nước ngoài khác không thành lập công ty con mà mở chi nhánh tại Nhật Bản. Các công ty hoạt động theo hình thức này gồm có ALICO Nhật Bản, American Family Life, CARDIF Assurance Vie và Zurich Life.

Nhóm các công ty truyền thống đã mất thị phần vì hai lý do. Thứ nhất, vì sự bùng nổ của kinh tế bong bóng và lãi suất rất thấp, hầu hết các công ty truyền thống có hiệu quả đầu tư thấp và gặp khó khăn về tài chính. Sau khi người dân Nhật Bản chứng kiến sự phá sản của một số công ty bảo hiểm nhân thọ, họ trở nên quá nhạy cảm về sự vững chắc tài chính của các công ty. Những công ty mới gia nhập thị trường, không bị ảnh hưởng bởi sự bùng nổ của kinh tế bong bóng, đã giành được thị phần. Thứ hai, hầu hết các công ty truyền thống có mạng lưới bán hàng lớn. Tuy nhiên, nhiều nhân viên bán hàng của các công ty truyền thống không thể làm hài lòng những khách hàng yêu cầu nhân viên bán hàng có kiến ​​thức tài chính tốt, trong khi một số công ty mới, như Sony Life, sử dụng nhân viên bán hàng có trình độ cao, có thể đáp ứng nhu cầu tư vấn của khách hàng. Hơn nữa, vì mạng lưới bán hàng lớn gây tốn kém về chi phí, các công ty truyền thống mất lợi thế chi phí trước những công ty bảo hiểm mới bán hàng qua điện thoại và Internet.

Mặc dù thị phần giảm nhưng đáng chú ý là nhóm truyền thống vẫn thống trị thị trường bảo hiểm nhân thọ Nhật Bản. Ngoại trừ ALICO và American Family, tất cả mười công ty bảo hiểm nhân thọ lớn nhất đều là những công ty truyền thống.

**1.2. Kênh phân phối**

Chỉ có đại lý bảo hiểm nhân thọ đã đăng ký mới được bán bảo hiểm nhân thọ. Một vấn đề quan trọng liên quan đến các kênh phân phối là yêu cầu doanh thu cao trong đội ngũ nhân viên bán hàng. Chẳng hạn, năm 2002, 132.556 người đã bỏ việc và các công ty phải tuyển dụng 119.452 người mới. Tỷ lệ doanh thu cao này không khuyến khích các công ty bảo hiểm đầu tư vào việc đào tạo nhân viên bán hàng, vì vậy rất khó để làm hài lòng những khách hàng muốn nhân viên bán hàng có kiến ​​thức tài chính tốt.

Sự phát triển của công nghệ thông tin như Internet và bán hàng qua điện thoại đã mở ra các kênh bán hàng phi truyền thống. Hơn nữa, doanh số bán sản phẩm bảo hiểm qua ngân hàng đã tăng lên. Kể từ tháng 4 năm 2001, các ngân hàng được phép bán các sản phẩm bảo hiểm liên quan đến các khoản vay nhà ở, như bảo hiểm nhân thọ cho người vay các khoản vay nhà ở và bảo hiểm hỏa hoạn bao gồm các ngôi nhà được tài trợ bằng các khoản vay nhà ở. Kể từ tháng 10 năm 2002, các ngân hàng được phép bán bảo hiểm niên kim cá nhân và bảo hiểm quỹ tích lũy tài sản (tiếng Nhật gọi là Zaikei-Hoken). Bởi vì các ngân hàng đã trở thành đại lý tổ chức của các công ty bảo hiểm nhân thọ, số lượng đại lý bảo hiểm tổ chức tăng lên đáng kể trong năm 2002. Trong tương lai gần sẽ ảnh hưởng đến các kênh phân phối bảo hiểm nhân thọ, vốn đã khá đa dạng.

**1.3. Các tổ chức cung cấp bảo hiểm khác**

***1.3.1. Các công ty bảo hiểm quan trọng***

Các doanh nghiệp này không được điều chỉnh bởi Luật kinh doanh bảo hiểm. Luật kinh doanh bảo hiểm nghiêm cấm mọi người ngoại trừ các công ty bảo hiểm được cấp phép tiến hành kinh doanh bảo hiểm. Tuy nhiên, nhiều nhà cung cấp bảo hiểm không được cấp phép theo Luật Kinh doanh Bảo hiểm có mặt hợp pháp tại Nhật Bản. Đầu tiên, luật pháp cho phép các tổ chức thành viên nhỏ (hợp tác xã bảo hiểm) thu phí bảo hiểm từ các thành viên của họ và trả các yêu cầu bồi thường cho các thành viên của họ. Tuy nhiên, các tổ chức thành viên lớn được coi là bất hợp pháp và phải được cấp phép. Thứ hai, có những luật khác cho phép các tổ chức thành viên lớn tham gia kinh doanh bảo hiểm. Ví dụ, Luật xã hội hợp tác xã nông nghiệp cho phép các hợp tác xã nông nghiệp tham gia kinh doanh bảo hiểm và Luật xã hội sinh kế tiêu dùng cho phép các hợp tác xã tiêu dùng làm như vậy. Những loại bảo hiểm gần như được ủy quyền bởi các luật khác cũng được gọi là Kyosai trong tiếng Nhật. Do đó, chúng tôi gọi Kyosai được cung cấp bởi các tổ chức thành viên nhỏ là "không được kiểm soát-Kyosai" để phân biệt họ với Kyosai mà các tổ chức được cấp phép theo luật khác cung cấp. Thứ ba, các tổ chức chính phủ tham gia vào các doanh nghiệp bảo hiểm. Hầu hết trong số họ, chẳng hạn như Tập đoàn Bảo hiểm Tiền gửi và Bảo hiểm Đầu tư và Xuất khẩu Nippon, có các mục đích bảo hiểm rất đặc biệt, và chúng nằm ngoài phạm vi của chương này. Tuy nhiên, Japan Post (Kampo) cung cấp các chính sách bảo hiểm giống như các công ty bảo hiểm tư nhân và có cổ phần đáng kể trong thị trường bảo hiểm nhân thọ.

***1.3.2 Bảo hiểm nhân thọ bưu chính***

Vào tháng 7/1916, Luật Bảo hiểm Nhân thọ Bưu chính và Luật Tài khoản Đặc biệt Bảo hiểm Nhân thọ Bưu chính đã được ban hành và Dịch vụ Bảo hiểm Nhân thọ Bưu chính được ra mắt như một dịch vụ của nhà nước vào tháng 10/1916. Kể từ đó, các bưu điện đã cung cấp Dịch vụ bưu chính, dịch vụ tiết kiệm bưu điện và dịch vụ bảo hiểm nhân thọ bưu chính. Bộ Bưu chính Viễn thông (MPT) đã vận hành các dịch vụ bưu chính trước tháng 1/2001, khi MPT được chuyển đổi thành Bộ Quản lý Công cộng, Nội vụ, Bưu chính Viễn thông (MPHPT). Vào thời điểm đó, Cơ quan Dịch vụ Bưu chính được thành lập để vận hành các dịch vụ bưu chính. Hơn nữa, chính phủ đã chuyển Cơ quan Dịch vụ Bưu chính cho một công ty đại chúng, Japan Post, vào tháng 4/2003. Tuy nhiên, các nhân viên của Japan Post được trao tư cách là công chức, điều đó có nghĩa là họ sẽ không bị sa thải ngay cả khi Japan Post phá sản. Ngoài ra, Japan Post được trao một số đặc quyền như một doanh nghiệp nhà nước. Japan Post được miễn nộp thuế doanh nghiệp. Quan trọng hơn, chính phủ chính thức đảm bảo các chính sách bảo hiểm được bán bởi Japan Post, mặc dù Japan Post không trả bất cứ điều gì cho việc được chính phủ bảo lãnh này. Theo Hiệp hội Bảo hiểm Nhân thọ Nhật Bản, giá trị của các đặc quyền mà Japan Post được hưởng trong thập kỷ từ năm 1991 đến năm 2000 lên tới 3,2 nghìn tỷ Yên. Nội các Koizumi đang xem xét việc tư nhân hóa Bưu chính Nhật Bản để san bằng sân chơi giữa Bưu điện Nhật Bản và các công ty bảo hiểm tư nhân.

Bảo hiểm nhân thọ bưu chính được phân biệt với bảo hiểm nhân thọ của công ty bảo hiểm tư nhân trong các khía cạnh sau đây.

(1) Vì bảo hiểm nhân thọ bưu chính được điều hành bởi chính phủ, lợi nhuận không phải là mục đích chính của nó. Theo Đạo luật Bưu chính Nhật Bản, mục đích của Japan Post là đóng góp vào sự tăng trưởng ổn định của cuộc sống hàng ngày của người dân và sự tăng trưởng ổn định của nền kinh tế quốc gia. Tuy nhiên, vì Chính phủ không cung cấp trợ cấp cho Japan Post, nên nó phải hoạt động trên cơ sở độc lập. Do đó, nó cần phải có được lợi nhuận hợp lý.

(2) Không yêu cầu kiểm tra y tế đối với các chủ hợp đồng và không có bằng cấp nghề nghiệp nào được áp dụng.

(3) Bảo hiểm nhân thọ bưu chính có sẵn trên toàn quốc vì mạng lưới bưu điện rộng khắp cả nước. Có 24.791 bưu điện vào cuối tháng 3/2003 và ít nhất một bưu điện được đặt tại tất cả 3.213 khu vực hành chính (tức là, thành phố, phường, thị trấn và làng). Ngược lại, các công ty bảo hiểm nhân thọ chỉ có 15.585 văn phòng vào cuối tháng 3/2003 và hầu hết các văn phòng đều được đặt tại các thành phố lớn. Do đó, thị phần của bảo hiểm nhân thọ bưu chính cao hơn ở khu vực nông thôn.

(4) Để hạn chế kinh doanh bảo hiểm nhân thọ bưu chính trong phạm vi bổ sung của các công ty bảo hiểm tư nhân, quy định về bảo hiểm tối đa cho các hợp đồng bảo hiểm nhân thọ bưu chính được áp dụng. Bảo hiểm tối đa cho các hợp đồng bảo hiểm nhân thọ bưu chính đã tăng từ 8 triệu yên lên 10 triệu yên vào năm 1977 và bảo hiểm tối đa cho các chủ hợp đồng có chính sách bảo hiểm có hiệu lực vào năm 1986 đã tăng từ 10 triệu yên lên 13 triệu yên.

(5) Bảo hiểm nhân thọ bưu chính được bảo đảm đầy đủ bởi Chính phủ. Bảo đảm này của Chính phủ mang lại cho Nhật Bản một lợi thế cạnh tranh rất lớn so với các công ty bảo hiểm tư nhân, những người tham gia bảo hiểm bị thiệt hại do phá sản trong những năm 1990.

***Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ bưu chính***

Japan Post đã có hiệu quả bán hàng kém trong những năm gần đây. Số hợp đồng bảo hiểm nhân thọ và niên kim mới đạt 6,1 triệu trong năm tài khóa 2000, 5,7 triệu trong năm tài khóa 2001, 5,2 triệu trong năm tài khóa 2002 và 4,4 triệu trong năm tài khóa 2003. Số hợp đồng bảo hiểm nhân thọ mới năm 2003 là 3,9 triệu, với mức phí bảo hiểm là 63,8 tỷ yên và một số tiền bảo hiểm 11 nghìn tỷ yên. Do doanh số bán hàng giảm, các hợp đồng bảo hiểm nhân thọ có hiệu lực đang giảm trong những năm gần đây. Những người ở cuối năm tài khóa 2003 là 68,5 triệu và có tổng số tiền bảo hiểm là 185 nghìn tỷ yên, trong khi năm 1999 là 81,3 triệu. Các hợp đồng bảo hiểm niên kim có hiệu lực vào cuối năm tài khóa 2003 lên tới 7,3 triệu với số tiền hàng năm là 2,6 nghìn tỷ yên, đã giảm so với năm trước.

***Đầu tư***

Japan Post nắm giữ tài sản 122 nghìn tỷ yên dưới dạng quỹ bảo hiểm nhân thọ bưu chính, trong khi các công ty bảo hiểm nhân thọ toàn bộ tài sản nắm giữ 184 nghìn tỷ yên vào cuối tháng 3/2004. Japan Post được yêu cầu quản lý các tài sản khổng lồ này dựa trên việc xem xét vì lợi ích công cộng Dịch vụ bảo hiểm nhân thọ bưu chính đã đóng một vai trò quan trọng trong việc đóng góp cho sự phát triển của cộng đồng địa phương thông qua việc đầu tư vào các quỹ của mình. Hơn nữa, để đảm bảo an ninh và lợi nhuận của khoản đầu tư và tránh những tác động méo mó của tài sản trên thị trường, việc đầu tư của các quỹ đã được quy định chặt chẽ hơn so với các công ty bảo hiểm tư nhân. Ví dụ, đầu tư vào chứng khoán nước ngoài đã bị cấm cho đến năm 1983 và cổ phiếu cho đến năm 1987.

Các quỹ đầu tư dựa trên kế hoạch quản lý năm tài chính và kế hoạch quản lý giữa kỳ của tập đoàn được phê duyệt bởi Bộ trưởng Bộ Quản lý Công cộng, Nội vụ, Bưu chính Viễn thông. Các quy tắc đầu tư cho Japan Post khác với các quy tắc dành cho các công ty bảo hiểm tư nhân. Japan Post vẫn bị cấm cung cấp các khoản vay cho các công ty tư nhân. Ngoài ra, Japan Post chỉ có thể gián tiếp đầu tư tiền vào cổ phiếu bằng cách đầu tư tiền vào các quỹ được ủy thác cho các ngân hàng ủy thác. Các ngân hàng ủy thác sử dụng quỹ ủy thác này để mua cổ phiếu theo hướng riêng của họ (tức là, Japan Post không chỉ định cổ phiếu nào được mua), trong khi Japan Post nhận cổ tức dựa trên hiệu quả đầu tư thực tế. Lý do cho việc sử dụng chương trình này là để giảm thiểu sự hiểu lầm thị trường rằng một công ty có cổ phiếu Japan Post nắm giữ được chính phủ hỗ trợ.

Đầu tư dưới dạng các khoản vay cho chính quyền địa phương được thực hiện dựa trên số tiền và điều kiện cho vay được chỉ định bởi MPHPT. Hơn nữa, đáp ứng yêu cầu của Bộ trưởng Bộ Tài chính, Japan Post bảo lãnh cho trái phiếu Chương trình cho vay và đầu tư tài chính (FILP) để hỗ trợ cải cách FILP. (131)

***1.3.3 Bảo hiểm hợp tác xã (Kyosai)***

Ngoài các công ty bảo hiểm tư nhân được cấp phép bởi Luật Kinh doanh Bảo hiểm, các nhà cung cấp bảo hiểm khác tại Nhật Bản bao gồm các chương trình bảo hiểm hợp tác (Kyosai bằng tiếng Nhật) được cung cấp bởi các hiệp hội hợp tác xã bảo hiểm. Theo Hiệp hội Hợp tác xã Bảo hiểm Nhật Bản (JCIA), với 60 hợp tác xã bảo hiểm được liên kết, các hợp đồng bảo hiểm được họ thực hiện là 144,9 triệu chính sách có hiệu lực và 1.112 nghìn tỷ yên được bảo hiểm vào cuối tháng 3/2003. Phí bảo hiểm nhận được và yêu cầu thanh toán cho các thành viên trong năm tài khóa 2002 lần lượt là 6,8 nghìn tỷ yên và 3,5 nghìn tỷ yên. Tổng tài sản của họ là 45,7 nghìn tỷ yên. Trái ngược với các công ty bảo hiểm, số lượng hợp đồng bảo hiểm và thu nhập phí được phát hành bởi các hiệp hội hợp tác xã bảo hiểm đã tăng đều đặn trong những năm gần đây.

Hợp tác xã bảo hiểm khác với các công ty bảo hiểm ở các khía cạnh sau đây. Đầu tiên, các hiệp hội hợp tác xã bảo hiểm là các tổ chức phi lợi nhuận và chỉ được phép cung cấp dịch vụ bảo hiểm cho các thành viên của họ. Tuy nhiên, vì dễ dàng có được tư cách thành viên trong một số hợp tác xã, 66 triệu người (khoảng một nửa dân số Nhật Bản), là thành viên của các hiệp hội hợp tác xã bảo hiểm. Thứ hai, các hiệp hội hợp tác xã bảo hiểm cung cấp các chương trình bảo hiểm không dựa trên Luật Kinh doanh Bảo hiểm, nhưng trên các luật khác. Ví dụ, Liên đoàn hợp tác xã bảo hiểm nông nghiệp quốc gia (JA Kyosai), nhà cung cấp bảo hiểm hợp tác xã lớn nhất, được cấp phép theo Luật Hợp tác xã nông nghiệp và được quy định bởi Bộ Nông nghiệp, Lâm nghiệp và Thủy sản, không phải là Cơ quan Dịch vụ Tài chính, Liên minh Hợp tác xã Bảo hiểm Lao động và Người tiêu dùng Quốc gia (Zenrosai) được cấp phép thông qua Luật Hợp tác xã Sinh kế Người tiêu dùng và được quy định bởi Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi. Hầu hết các hiệp hội hợp tác xã bảo hiểm cung cấp cả sản phẩm bảo hiểm nhân thọ và bảo hiểm phi nhân thọ. Hợp tác xã bảo hiểm là các tổ chức phi lợi nhuận. Do đó, phí bảo hiểm của Kyosai thường thấp hơn so với các công ty bảo hiểm tư nhân cho những rủi ro tương tự.

JA Kyosairen, liên kết với nhóm Nông nghiệp Nhật Bản (JA), bảo lãnh cho JA Kyosai. JA Kyosai được bán tại các chi nhánh của các hợp tác xã nông nghiệp cung cấp dịch vụ ngân hàng cũng như các doanh nghiệp bán lẻ. Có 1.182 hợp tác xã nông nghiệp, có 23.221 văn phòng trên khắp Nhật Bản tính đến cuối tháng 3/2002. Văn phòng của họ chủ yếu tập trung ở khu vực nông thôn. Do mạng lưới toàn quốc này, JA Kyosairen là nhà cung cấp bảo hiểm theo hình thức hợp tác xã lớn nhất tại Nhật Bản. JA Kyosairen cung cấp cả sản phẩm bảo hiểm tương hỗ và bảo hiểm nhân thọ. Thu nhập phí bảo hiểm cho năm tài khóa 2003 là 6,2 nghìn tỷ Yên và tổng tài sản vào cuối năm tài khóa 2003 lên tới 42,1 nghìn tỷ Yên.

Sản phẩm chính và độc đáo của JA Kyosai là bảo hiểm tài trợ xây dựng. Các hợp đồng có hiệu lực đối với loại bảo hiểm này vào ngày 31/3/2004, là 14 triệu về số lượng và 154 nghìn tỷ yên trong số tiền bảo hiểm. Sản phẩm này đảm bảo cho các tòa nhà và tài sản có thể di chuyển thuộc sở hữu của chủ hợp đồng hoặc người thân của chủ hợp đồng chống lại thiệt hại do hỏa hoạn, động đất hoặc thiên tai khác, trong khi các sản phẩm bảo hiểm phi nhân thọ thông thường đều miễn trừ thiệt hại do động đất gây ra. Ngoài ra, bảo hiểm tài trợ xây dựng bảo hiểm rủi ro hơn một năm trở lên, trong khi các sản phẩm bảo hiểm phi nhân thọ thông thường bảo hiểm trong một năm. Nếu các tòa nhà được bảo hiểm hoặc tài sản di chuyển tồn tại nguyên vẹn sau ngày đáo hạn, bảo hiểm tài trợ xây dựng cung cấp các khoản hoàn trả đáo hạn để tái thiết hoặc mua lại.

**2. Thị trường bảo hiểm phi nhân thọ**

Tăng trưởng về tổng số lượng hợp đồng bảo hiểm phi nhân thọ do nhiều yếu tố khác nhau, không chỉ do đầu tư nhà ở, sở hữu ô tô và giao dịch thương mại ở nước ngoài mà còn do các rủi ro đa dạng mới phát sinh từ thay đổi kinh tế xã hội và nâng cao nhận thức cộng đồng về bồi thường. Doanh thu phí bảo hiểm gốc tăng trưởng ổn định gần như tương đương với GDP cho đến năm 1996, sau đó xu hướng đã đảo ngược do sự cân nhắc về mức phí bảo hiểm và tình trạng trì trệ kinh tế kéo dài.

Tổng phí bảo hiểm ròng của các công ty bảo hiểm phi nhân thọ trong năm tài khóa 2003 đạt 7.437 tỷ yên . Bảo hiểm xe cơ giới là sản phẩm chính của các công ty bảo hiểm phi nhân thọ của Nhật Bản. Doanh thu phí bảo hiểm ròng của bảo hiểm xe cơ giới không bao gồm bảo hiểm trách nhiệm ô tô bắt buộc (CALI) chiếm 47,8% tổng phí bảo hiểm ròng năm 2003 và giảm 1,5% so với năm trước, mặc dù tỷ lệ phổ biến của bảo hiểm xe cơ giới tự nguyện đã tăng lên. Doanh thu phí giảm do cạnh tranh về phí ngày càng tăng.

Doanh thu phí bảo hiểm ô tô bắt buộc (CALI) tăng 76,8% trong năm 2002 và 18,2% vào năm 2003 do cải cách về quy định bảo hiểm ô tô bắt buộc (CALI). Luật Bảo mật trách nhiệm ô tô, được ban hành vào năm 1955 và có hiệu lực vào tháng 2 năm 1956, yêu cầu tất cả các tài xế phải mua CALL. Tỷ lệ phí bảo hiểm được quy định. Mặc dù giới hạn trách nhiệm tối đa hiện tại là 30 triệu yên trong trường hợp tử vong và 40 triệu yên trong trường hợp thương tật vĩnh viễn nhưng CALI không bao gồm thiệt hại về tài sản. Trước khi thực thi Luật sửa đổi vào tháng 4 năm 2002, tất cả các phí bảo hiểm CALI đã được Chính phủ tái bảo hiểm trên cơ sở tỷ lệ 60% và 40% còn lại được phân phối lại cho mỗi công ty bảo hiểm. Kể từ tháng 4 năm 2002, Chính phủ không thực hiện tái bảo hiểm CALI và tất cả các phí bảo hiểm CALI được phân phối lại cho mỗi công ty bảo hiểm

Mặc dù doanh thu phí bảo hiểm ròng của bảo hiểm hỏa hoạn lên đến đỉnh điểm vào năm 1997 và nhìn chung đã giảm kể từ đó nhưng năm 2003 tăng 1,4% so với năm 2002. Tỷ lệ doanh thu phí của bảo hiểm hỏa hoạn của các tòa nhà là 5,35% trong năm 2002. Doanh thu phí bảo hiểm tai nạn á nhân trong năm 2003 giảm 0,9% so với năm trước do sự sụt giảm doanh số của các hợp đồng bảo hiểm tai nạn cá nhân có hoàn lại khi đáo hạn. Doanh thu phí bảo hiểm hàng hải và vận chuyển hàng hóa tăng 3,4% so với năm trước. Cuối cùng, bảo hiểm trách nhiệm, bao gồm trách nhiệm chung, trách nhiệm bồi thường tai nạn công nhân và bảo hiểm toàn diện, chiếm 10,3% tổng phí bảo hiểm ròng trong năm 2003. Doanh thu phí bảo hiểm gốc của bảo hiểm trách nhiệm chung, trách nhiệm bồi thường tai nạn của công nhân và bảo hiểm toàn diện năm 2003 lần lượt là 3.566 tỷ Yên, 757 tỷ Yên và 1.132 tỷ Yên.

Tóm lại, bảo hiểm xe cơ giới và tai nạn cá nhân tăng đáng kể trong 20 năm qua, trong khi đó hỏa hoạn, hàng hải và quá cảnh, và các dòng CALI tiếp tục giảm. Xu hướng rõ ràng cho thấy những thay đổi lớn trong hoạt động kinh doanh bảo hiểm phi nhân thọ.

**2.1. Số lượng doanh nghiệp**

Tính đến tháng 9/2003, có 30 công ty bảo hiểm phi nhân thọ trong nước và 24 công ty bảo hiểm phi nhân thọ nước ngoài tại Nhật Bản. Số lượng các công ty bảo hiểm phi nhân thọ đã tăng từ 27 lên 33 vào năm 1997, bởi vì sáu công ty bảo hiểm nhân thọ đã tham gia thị trường bằng cách thành lập các công ty con bảo hiểm phi nhân thọ. Ngoài ra, Sony, nhà sản xuất thiết bị điện tử khổng lồ, đã tham gia vào thị trường bảo hiểm phi nhân thọ bằng cách thành lập Sony Assurance vào năm 1999. Mặc dù có các doanh nghiệp mới, số lượng công ty bảo hiểm phi nhân thọ đã giảm do phá sản và sáp nhập. Có hai công ty bảo hiểm phi nhân thọ đã phá sản vào năm 2000 và 2001. Nhiều công ty bảo hiểm phi nhân thọ truyền thống đã trải qua sáp nhập kể từ năm 2001. Các vụ sáp nhập lớn như sau: Dai-Tokyo và Chiyoda được sáp nhập vào Bảo hiểm Aioi vào tháng 4/2001; Koa và Nippon đã được sáp nhập vào Bảo hiểm Nippon-Koa vào tháng 4/2001; Dowa và Nissay đã được sáp nhập vào Nissay-Dowa vào tháng 4/2001; Sumitomo và Mitsui đã được sáp nhập vào Bảo hiểm Mitsui-Sumitomo vào tháng 10/2001; Tokio Marine và Nichido thành lập Millea Holdings và trở thành công ty con vào tháng 4/2004; và Nissan và Yasuda đã được sáp nhập vào Sompo Nhật Bản vào tháng 7/2002.

Ba công ty bảo hiểm phi nhân thọ trong nước đã giới hạn các hoạt động của họ để tái bảo hiểm. Chúng tôi có thể phân loại 27 công ty trong nước còn lại thành các nhóm nhỏ dựa trên các loại sở hữu: nhóm công ty nước ngoài, nhóm công ty bảo hiểm nhân thọ, nhóm công ty con của công ty công nghiệp và nhóm độc lập. Năm công ty bảo hiểm trong nước, như Bảo hiểm Allianz Fire & Marine Nhật Bản, Bảo hiểm phi nhân thọ AXA và Bảo hiểm tai nạn UNUM Nhật Bản, thuộc sở hữu của các công ty nước ngoài, nhưng, vì họ được thành lập như các công ty bảo hiểm Nhật Bản, chúng tôi coi năm công ty này là công ty trong nước. Bốn là công ty con của công ty bảo hiểm nhân thọ. Ví dụ: Bảo hiểm phi nhân thọ Sumisei và Bảo hiểm phi nhân thọ Meiji thuộc sở hữu của Sumitomo Life và Meiji Life. Nippon Life có 33,4% cổ phiếu đang lưu hành của Bảo hiểm tổng hợp Nissay Dowa.

Một số công ty bảo hiểm phi nhân thọ là công ty con của hoặc có liên minh chặt chẽ với các công ty công nghiệp. Ví dụ, Sony Assurance là công ty con của Sony Financial Holdings, công ty con 100% của Sony. Ngoài ra, Toyota Motors nắm giữ 33,3% cổ phần đang lưu hành của Bảo hiểm Aioi. Một số công ty bảo hiểm phi nhân thọ duy trì tình trạng độc lập. Theo đề xuất của công ty bảo hiểm phi nhân thọ lớn nhất trừ Bảo hiểm Aioi được phân loại vào loại độc lập này, các công ty độc lập này tạo thành cốt lõi của thị trường bảo hiểm phi nhân thọ Nhật Bản. Tokio Marine and Fire Insurance là công ty bảo hiểm lớn nhất (phí bảo hiểm cho năm tài khóa 2002 là 1,5 nghìn tỷ yên), tiếp theo là Bảo hiểm Sompo Nhật Bản (1,3 nghìn tỷ Yên), Bảo hiểm Mitsui Sumitomo (1,3 nghìn tỷ Yên), Bảo hiểm Aioi (0,8 nghìn tỷ Yên) và Bảo hiểm Nippon Koa (0,7 nghìn tỷ yên).

Luật kinh doanh bảo hiểm cho phép các công ty bảo hiểm phi nhân thọ là công ty tương hỗ. Có hai công ty bảo hiểm tương hỗ phi nhân thọ ở Nhật Bản là Công ty bảo hiểm cháy nổ Dai-ichi và Kyoei. Công ty bảo hiểm cháy nổ Dai-ichi đã phá sản vào năm 2000 và Kyoei đã thay đổi từ một công ty bảo hiểm tương hỗ thành một công ty đại chúng vào tháng 4/2003. Tất cả các công ty bảo hiểm phi nhân thọ hiện là các công ty cổ phần.

Tổng số phí bảo hiểm gốc của các công ty bảo hiểm phi nhân thọ nước ngoài đã tăng từ 292,7 tỷ yên trong năm tài khóa 1993 lên tới 427 tỷ yên trong năm tài khóa 2003. Bởi vì các công ty nước ngoài đã tăng trưởng nhanh hơn các công ty trong nước, sự hiện diện của công ty bảo hiểm nước ngoài tại Nhật Bản đã tăng đều đặn. Sản phẩm chính của các công ty bảo hiểm phi nhân thọ nước ngoài là bảo hiểm tai nạn cá nhân, với 39,5% tổng phí bảo hiểm gốc cho năm tài khóa 2003, tiếp theo là bảo hiểm xe cơ giới tự nguyện (32,7%).

**2.2. Kênh phân phối**

Hệ thống phân phối bảo hiểm phi nhân thọ ở Nhật Bản được chia thành đại lý, môi giới và phân phối trực tiếp bởi các cán bộ hoặc nhân viên của các công ty bảo hiểm. Các đại lý và môi giới phải được đăng ký với thủ tướng theo Luật kinh doanh bảo hiểm.

 Trong năm tài khóa 2003, các đại lý đã thu được 92,9% tổng phí bảo hiểm phi nhân thọ bao gồm các công ty bảo hiểm trong và ngoài nước. Phần còn lại, 6,9% và 0,2%, được thu thông qua phân phối trực tiếp và môi giới, tương ứng. Mặc dù đại lý là kênh phân phối chi phối, số lượng đại lý đã giảm do nhiều công ty bảo hiểm thực hiện các thay đổi quan trọng về tổ chức đối với các kênh phân phối của họ. Có 623.741 đại lý vào cuối tháng 3/1997 và 305.836 vào cuối tháng 3/2004. Tuy nhiên, quy mô trung bình của các đại lý đã lớn hơn nhiều so với trước đây. Điều rất phổ biến là một đại lý bảo hiểm có một số nghiệp vụ kinh doanh chính. Ví dụ, chủ trạm xăng thường được đăng ký làm đại lý bảo hiểm và bán bảo hiểm xe cơ giới cho khách hàng của họ. Do đó, 83,2% các đại lý vào cuối tháng 3/2004 là các đại lý bán thời gian. Ngoài ra, 21,2% các đại lý xử lý các sản phẩm bảo hiểm của hai hoặc nhiều công ty. Tổng số nhân viên bán hàng tham gia kinh doanh đại lý lên tới 1.716.006 người vào cuối tháng 3/2004.

Các đại lý thực hiện các chức năng sau: tư vấn bảo hiểm; tư vấn (đề xuất kế hoạch cho) và ký kết hợp đồng bảo hiểm với khách hàng; tính phí bảo hiểm; chấp nhận đơn đăng ký từ khách hàng và báo cáo hợp đồng cho công ty bảo hiểm; và nhận phí bảo hiểm và phát hành biên lai cho khách hàng. Hệ thống đại lý đã được xem xét vào năm 2001. Mức hoa hồng đại lý được quy định tùy thuộc vào trình độ cá nhân và phân loại đại lý theo hướng dẫn hành chính của FSA. Các công ty bảo hiểm muốn thiết lập mức hoa hồng của riêng họ. Các hướng dẫn liên quan đến mức hoa hồng đại lý đã bị bãi bỏ vào tháng 4/2001, nhưng các công ty được yêu cầu phải thông báo cho FSA về mức hoa hồng của riêng họ. Kể từ tháng 4/2003, các công ty không còn cần phải thông báo cho FSA về mức hoa hồng của họ. Sau đó, mỗi công ty bảo hiểm thực hiện các biện pháp riêng của mình để thúc đẩy sự phát triển hơn nữa của trình độ đại lý.

Hệ thống môi giới bảo hiểm được giới thiệu vào năm 1996. Các nhà môi giới bảo hiểm có thể cung cấp các dịch vụ sau: kinh doanh quản lý rủi ro; môi giới bảo hiểm; yêu cầu xử lý doanh nghiệp; dịch vụ phòng chống mất mát; và các dịch vụ khác như tư vấn về các kế hoạch lợi ích bên lề. Theo đề xuất của thực tế là chỉ có 43 công ty môi giới bảo hiểm được đăng ký kể từ ngày 1/8/2003, họ đóng vai trò không nhỏ trong việc phân phối các sản phẩm bảo hiểm phi nhân thọ.

**2.3. Hiệu suất và điều kiện tài chính**

Vì các công ty bảo hiểm phi nhân thọ của Nhật Bản đã tích cực bán các hợp đồng bảo hiểm dài hạn với các khoản hoàn trả đáo hạn (nghĩa là bảo hiểm hoàn trả đáo hạn) kể từ những năm 1980, tổng tài sản của họ đã tăng đều đặn.

Hiện tại, các tài sản liên quan đến Thị trường bảo hiểm Nhật Bản và các công ty có hợp đồng bảo hiểm loại hoàn trả đáo hạn chiếm tới một phần ba tổng tài sản. Tổng tài sản của các công ty bảo hiểm phi nhân thọ lên tới 32,1 nghìn tỷ yên vào cuối tháng 3/2004. Do cải cách quy tắc kế toán của Nhật Bản, các công ty bảo hiểm phi nhân thọ bắt đầu sử dụng kế toán định giá thị trường liên quan đến chứng khoán trong danh mục đầu tư của họ. Do đó, tổng tài sản tăng 4,1 nghìn tỷ yên lên 34,3 nghìn tỷ yên trong năm tài khóa 2000. Gần đây, do sự gia tăng hủy bỏ các hợp đồng bảo hiểm loại hoàn trả đáo hạn và giảm lợi nhuận chưa thực hiện trên thị trường chứng khoán do thị trường chứng khoán trì trệ, tổng cộng tài sản của các công ty bảo hiểm phi nhân thọ đã giảm. Sự phục hồi của giá cổ phiếu năm 2003 đã làm tăng lợi nhuận chưa thực hiện trên chứng khoán thêm 1,5 nghìn tỷ yên, dẫn đến việc tăng tổng tài sản từ 30,3 nghìn tỷ yên lên 32,1 nghìn tỷ yên.

Tổng nợ phải trả của các công ty bảo hiểm phi nhân thọ lên tới 25,7 nghìn tỷ yên vào cuối năm tài khóa 2003. Các quỹ, bao gồm dự phòng bảo hiểm (20,1 nghìn tỷ Yên) và dự phòng tổn thất chưa thanh toán (2,6 nghìn tỷ Yên), chiếm 88,3% tổng nợ phải trả ở mức 22,7 nghìn tỷ Yên. Vốn của các công ty bảo hiểm phi nhân thọ lên tới 6,3 nghìn tỷ yên vào cuối tháng 3/2004. Tỷ lệ vốn đơn giản (vốn chia cho tổng tài sản) là 19,9% tại thời điểm đó. Vốn của các công ty bảo hiểm phi nhân thọ bao gồm vốn cổ phiếu (0,9 nghìn tỷ yên vào cuối tháng 3/2003), thặng dư (2 nghìn tỷ yên) và thặng dư thẩm định liên quan đến chứng khoán trong danh mục đầu tư (3,2 nghìn tỷ yên).

Tất cả các công ty đều có tỷ lệ biên khả năng thanh toán lớn hơn tỷ lệ yêu cầu (nghĩa là 200%) vào cuối tháng 3/2004. Tỷ lệ biên khả năng thanh toán của các công ty bảo hiểm phi nhân thọ lớn như sau: Tokio Marine = 1.108,6% (1.087,5% vào cuối Tháng 3/2003), Sompo Nhật Bản = 1.036,3 % (774,8 %), Mitsui-Sumitomo = 1.064,3 % (930,7 %), Aioi = 910,1 % (683,4 %) và NipponKoa = 996,4 % (840,5 %).

Tổng phí bảo hiểm giữu (phí bảo hiểm + phí nhận tái bảo hiểm - phí nhượng bảo hiểm - phần tiết kiệm của phí bảo hiểm loại hoàn trả đáo hạn) được phát hành bởi các công ty bảo hiểm phi nhân thọ trong năm tài khóa 2003 đạt 7,4 nghìn tỷ yên, tăng 2,1% so với năm tài khóa 2002. Tuy nhiên, khi phí bảo hiểm loại hoàn trả đáo hạn giảm, tổng thu nhập phí bảo hiểm giảm xuống còn 9,1 nghìn tỷ yên cho năm tài khóa 2003. Phí bảo hiểm xe cơ giới (không bao gồm bảo hiểm trách nhiệm ô tô bắt buộc) lên tới 3,6 nghìn tỷ yên, chiếm 47,8% tổng phí bảo hiểm ròng.

Yêu cầu bồi thường đã thanh toán (bồi thường gốc + bồi thường nhượng tái bảo hiểm - bồi thường nhận tái) đối với tất cả các loại hình kinh doanh bảo hiểm trong năm tài chính 2003 lên tới 3,8 nghìn tỷ yên. Tỷ lệ tổn thất (nghĩa là tỷ lệ các khoản bồi thường cộng với chi phí điều chỉnh tổn thất so với phí bảo hiểm ròng) là 55,3%.

Chi phí hoạt động cho phát hành hợp đồng bảo hiểm (hoa hồng đại lý và môi giới cộng với chi phí hoạt động và quản lý chung) giảm xuống 2,5 nghìn tỷ yên cho năm tài khóa 2003. Mức giảm này là do nỗ lực nâng cao hiệu quả của mỗi công ty bảo hiểm. Tỷ lệ chi phí hoạt động (tỷ lệ hoa hồng đại lý và môi giới cộng với chi phí quản lý và chi phí quản lý chung) ở mức 33,2% cho năm tài khóa 2003, giảm 1,3% so với năm trước (và giảm 5% so với năm tài khóa 1993).

Thu nhập và chi phí đầu tư ảnh hưởng đáng kể đến hiệu quả kinh doanh của các công ty bảo hiểm phi nhân thọ. Tổng thu nhập đầu tư, bao gồm lợi nhuận từ bán hoặc mua lại chứng khoán, lên tới 669 tỷ Yên trong năm tài khóa 2003. Mặt khác, chi phí đầu tư lên tới 184 tỷ Yên, bao gồm các khoản lỗ do mất giá chứng khoán hoặc giảm giá chứng khoán.

Các công ty bảo hiểm phi nhân thọ của Nhật Bản đã kiếm được lợi nhuận dương kể từ năm tài chính 1947. Lợi nhuận gốc và ròng lên tới 660 tỷ Yên và 326 tỷ Yên cho năm tài khóa 2003. Tuy nhiên, năm tài khóa 2001 là ngoại lệ, vì lợi nhuận gốc trong năm 2001 là âm 149,2 tỷ Yên. Các khoản lỗ cho năm tài khóa 2001 là do (1) tăng yêu cầu bồi thường và điều khoản liên quan đến các vụ tấn công khủng bố vào ngày 11 tháng 9 và (2) các khoản lỗ lớn do mất giá trị sổ sách của chứng khoán do giá cổ phiếu giảm.

**2.4. Hoạt động đầu tư**

Chứng khoán đứng đầu danh sách đầu tư với 19,5 nghìn tỷ yên, tương đương 64,3% tổng tài sản. Cổ phiếu đã giảm đáng kể trong những năm gần đây, từ 10,3 nghìn tỷ yên vào cuối tháng 3/2001 xuống còn 6,7 nghìn tỷ yên vào cuối tháng 3/2003. Tuy nhiên, cổ phiếu vẫn là loại tài sản lớn nhất, tiếp theo là trái phiếu doanh nghiệp (4,3 nghìn tỷ yên), chứng khoán nước ngoài (3,9 nghìn tỷ yên), trái phiếu chính phủ Nhật Bản (2,8 nghìn tỷ yên) và trái phiếu chính quyền địa phương (1,2 nghìn tỷ yên). Các khoản cho vay chiếm 11,3% tổng tài sản ở mức 3,1 nghìn tỷ yên và bất động sản chiếm 4,9% tổng tài sản ở mức 1,5 nghìn tỷ yên.

**2.5. Vấn đề quan trọng hiện tại**

***2.5.1 Bảo hiểm động đất***

*Rủi ro động đất*

Nhật Bản thường xuyên phải hứng chịu các trận động đất cường độ lớn. Ví dụ, trận động đất lớn Kanto, xảy ra ở khu vực đô thị Tokyo vào năm 1923, đã gây ra cái chết cho 142.807 người. Thiệt hại tài chính ước tính khoảng 5,5 tỷ yên, lớn gấp ba lần rưỡi Chính phủ quốc gia, tương đương 36,8% GNP tại thời điểm đó. Vào tháng 1/1995, trận động đất Hanshin-Awaji (hay trận động đất lớn Kobe) đã gây ra những thiệt hại lớn, bao gồm 5.502 người chết và 41.527 người bị thương. Ngoài ra, 100.282 tòa nhà thương mại và dân cư đã bị phá hủy hoàn toàn, 108.402 bị phá hủy một nửa và 185.756 bị phá hủy một phần. Các công ty bảo hiểm đã trả khoảng 77 tỷ yên trong các khoản thanh toán bảo hiểm động đất. Các trận động đất khác có cường độ lớn hơn 8,0 độ Richter sẽ xảy ra trong tương lai gần đối với các khu vực đô thị Tokai và Nam Kanto, bao gồm Tokyo. Bởi vì các khoản thanh toán bảo hiểm động đất do các trận động đất này được ước tính là rất lớn, các trận động đất có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến khả năng tài chính của các công ty bảo hiểm Nhật Bản.

*Bảo hiểm động đất công cộng*

Mặc dù bảo hiểm động đất rất cần thiết trong nhiều năm, các công ty bảo hiểm tư nhân ngần ngại cung cấp bảo hiểm vì thiệt hại có thể quá nghiêm trọng và lan rộng.

Để đối phó với áp lực chính trị sau trận động đất Niigata năm 1964, chính phủ Nhật Bản đã đề xuất thành lập Đạo luật Bảo hiểm Động đất, có hiệu lực vào năm 1966. Đạo luật Bảo hiểm Động đất đã được sửa đổi nhiều lần kể từ khi thành lập. Các đặc điểm chính của hệ thống bảo hiểm động đất công cộng này như sau:

(1) Bảo hiểm động đất chỉ bao gồm các tòa nhà dân cư và đồ dùng gia đình. Chỉ những người mua bảo hiểm hỏa hoạn mới đủ điều kiện bảo hiểm động đất. Tuy nhiên, bảo hiểm hỏa hoạn Nhật Bản không bao gồm các tổn thất do trận động đất. Ví dụ, khi một ngôi nhà bị mất do hỏa hoạn do động đất gây ra, công ty bảo hiểm sẽ chỉ trả 5% tổng thiệt hại do bảo hiểm chi phí hỏa hoạn do động đất. Tất nhiên, vì Luật Bảo hiểm Động đất không cấm các công ty bảo hiểm rủi ro động đất với rủi ro của chính họ, một số công ty bảo hiểm bán bảo hiểm động đất của công ty.

(2) Bảo hiểm động đất chỉ bao gồm 30 đến 50% thiệt hại và mức bảo hiểm tối đa là 50 triệu yên cho các tòa nhà dân cư và 10 triệu yên cho đồ gia dụng.

(3) Tổ chức xếp hạng bảo hiểm phi nhân thọ của Nhật Bản (NLIRO) có thẩm quyền quyết định mức phí bảo hiểm. NLIRO định phí ở mức "hòa vốn", dựa trên những tổn thất do 375 trận động đất hủy diệt đã xảy ra trong khoảng thời gian 506 năm từ năm 1494 đến năm 1999.

(4) Hệ thống bảo hiểm động đất được cấu thành để hạn chế rủi ro của các công ty bảo hiểm tư nhân. Khi một công ty bảo hiểm tư nhân chịu rủi ro động đất, công ty bảo hiểm có thể tái bảo hiểm mọi rủi ro với Công ty Tái bảo hiểm động đất Nhật Bản (JERC), được thành lập bởi Đạo luật bảo hiểm động đất và được quản lý bởi Hiệp hội bảo hiểm phi nhân thọ Nhật Bản. JERC tái bảo hiểm một phần nhỏ những rủi ro này với các công ty bảo hiểm tư nhân và một phần đáng kể trong số đó với chính phủ Nhật Bản.

(5) Theo luật, các công ty bảo hiểm tư nhân và chính phủ được bảo vệ khỏi mọi nghĩa vụ phải trả bảo hiểm động đất vượt quá số tiền được xác định trước là 4,5 nghìn tỷ yên. Điều 4 của Đạo luật Bảo hiểm Động đất cho phép họ cắt các khoản thanh toán bảo hiểm trên cơ sở tỷ lệ. Ví dụ: nếu tổng số tiền yêu cầu là 9 nghìn tỷ yên (tức là gấp đôi số tiền tối đa), người được bảo hiểm sẽ chỉ nhận được 50% yêu cầu bồi thườngcủa họ.

Chính phủ đã khuyến khích các hộ gia đình mua bảo hiểm động đất. Tuy nhiên, chỉ có 7% hộ gia đình mua bảo hiểm trước trận động đất HanshinAwaji và nhiều hộ gia đình gặp khó khăn trong việc xây dựng lại cuộc sống. Chính phủ đã cải cách bảo hiểm động đất bằng cách (1) tăng mức bảo hiểm tối đa vào năm 1996 từ 10 triệu lên 50 triệu yên cho các tòa nhà dân cư và (2) hạ phí bảo hiểm khoảng 17% và đưa ra chương trình giảm giá dựa trên cấu trúc tòa nhà ở năm 2001. Nhờ những nỗ lực này, tỷ lệ lưu hành ngày càng tăng, nhưng vẫn chỉ có 17,2% hộ gia đình mua bảo hiểm động đất vào cuối tháng 3/2004. (138)

***2.5.2. Bảo vệ chủ hợp đồng và giải quyết việc phá sản của các công ty bảo hiểm***

*Phá sản các công ty bảo hiểm*

Hệ thống doanh nghiệp do Bộ Tài chính quản lý đã hạn chế cạnh tranh về giá và sản phẩm giữa các công ty bảo hiểm. Sự cạnh tranh bị hạn chế đã khiến các công ty bảo hiểm suy yếu trước năm 1997. Tuy nhiên, do hoàn cảnh kinh tế khắc nghiệt và tự do hóa thị trường, Bộ Tài chính không thể hỗ trợ sự sống còn của các công ty bảo hiểm và Nissan Life đã thất bại vào tháng 4/1997. Hầu hết các thất bại có nguyên nhân là do chênh lệch âm (thâm hụt giữa chênh lệch lãi suất được bảo đảm cho các chủ hợp đồng và lợi tức đầu tư thực tế). Một ngoại lệ đáng chú ý là Taisei Fire, đã phá sản vì các khoản thanh toán tái bảo hiểm khổng lồ gây ra bởi vụ tấn công khủng bố ngày 11/9.

Những thất bại này làm trầm trọng thêm sự mất lòng tin của công chúng vào các công ty bảo hiểm tại Nhật Bản, đặc biệt là vì sự phá sản đột ngột. Ngay trước khi phá sản, các công ty tuyên bố rằng họ là vẫn còn đủ khả năng thanh toán và tiết lộ số liệu không chính xác. Ví dụ như, Chiyoda Life thông báo biên khả năng thanh toán của họ là 263.1% năm 2000 và Tokyo Life là 446.7% năm 2000, nhưng cả hai công ty này đã phá sản một năm ngay sau đó.

*Bảo vệ chủ hợp đồng bảo hiểm*

Mặc dù chính phủ Nhật Bản đã bảo vệ tất cả những người gửi tiền thông qua bảo hiểm tiền gửi cho đến tháng 3/2002, nó chỉ cung cấp bảo vệ một phần cho các chủ hợp đồng bảo hiểm. Làm thế nào để đối phó với các công ty bảo hiểm phá sản và để bảo vệ các chủ hợp đồng bảo hiểm của họ vẫn là một vấn đề nóng tại Nhật Bản.

Luật kinh doanh bảo hiểm cũ, có hiệu lực đến tháng 3/1996, trao cho Bộ trưởng Bộ Tài chính quyền ra lệnh cho một công ty bảo hiểm sáp nhập với các công ty bảo hiểm thất bại. Luật mới đã tước quyền như vậy của Bộ trưởng Bộ Tài chính nhưng đã lại tạo ra Quỹ bảo vệ chủ hợp đồng bảo hiểm để đối phó với các công ty bảo hiểm thất bại. Quỹ có thể hỗ trợ một công ty bảo hiểm hợp nhất với một công ty thất bại. Ở đây, nếu không có công ty nào quyết định hợp nhất với một công ty thất bại, quỹ không thể bảo vệ các chủ hợp đồng của công ty thất bại. Các tập đoàn bảo vệ chủ hợp đồng bảo hiểm nhân thọ và bảo hiểm phi nhân thọ được thành lập vào tháng 12/1998 để củng cố sự yếu kém của các quỹ. Tất cả các công ty bảo hiểm được yêu cầu trở thành thành viên của một trong hai công ty và đóng góp, nhưng Kampo và JA Kyosai không phải tham gia một trong hai công ty.

Các tập đoàn này (1) cung cấp viện trợ tài chính cho công ty bảo hiểm nhận chuyển nhượng những hợp đồng bảo hiểm của công ty bảo hiểm mất khả năng thanh toán chuyển giao; (2) thực hiện các hợp đồng bảo hiểm của một công ty bảo hiểm mất khả năng thanh toán và/hoặc thỏa thuận với các chủ hợp đồng bảo hiểm đó, khi các công ty bảo hiểm của người cứu trợ không xuất hiện; và (3) thành lập một công ty con (công ty bảo hiểm cầu đường) để tiếp quản các hợp đồng bảo hiểm của một công ty bảo hiểm mất khả năng thanh toán khi các công ty bảo hiểm của người cứu trợ không xuất hiện. Tập đoàn điều hành hoạt động kinh doanh của công ty bảo hiểm cầu đường.

Kế hoạch bảo vệ các chủ hợp đồng bảo hiểm như sau: (1) Hợp đồng bảo hiểm được bồi thường khi không có bảo hiểm là tất cả các hợp đồng bảo hiểm nhân thọ (bảo hiểm cá nhân, niên kim, bảo hiểm nhóm và niên kim nhóm) và một số hợp đồng bảo hiểm phi nhân thọ, như bảo hiểm trách nhiệm ô tô bắt buộc, bảo hiểm ô tô, bảo hiểm hỏa hoạn cho các cá nhân hoặc doanh nghiệp vừa và nhỏ, bảo hiểm động đất và bảo hiểm tai nạn cá nhân. (2) Toàn bộ giá trị dự phòng kỹ thuật cho bảo hiểm trách nhiệm ô tô bắt buộc, bảo hiểm động đất và 90% cho bảo hiểm khác sẽ được bồi thường. (3) Các điều khoản hợp đồng, như lãi suất được bảo đảm, có thể được thay đổi. Ví dụ, sự cố Daihyaku Life dẫn đến việc giảm lãi suất được bảo đảm xuống 1%, điều này gây ra tổn thất lớn cho các chủ hợp đồng có hợp đồng bảo hiểm dài hạn dựa trên tiết kiệm. Trong trường hợp Daihyaku Life, lợi ích mà một số chủ hợp đồng sẽ nhận được đã giảm xuống dưới 30% lợi ích được bảo đảm ban đầu.

# PHẦN IV. SỰ PHÁT TRIỂN CỦA THỊ TRƯỜNG BẢO HIÊM ẤN ĐỘ

Ấn Độ là thị trường bảo hiểm lớn thứ 11 trên thế giới năm 2018. Bảo hiểm ở Ấn Độ có trải qua hai lần thay đổi toàn diện. Trước năm 1956, các công ty bảo hiểm là tư nhân với sự can thiệp tối thiểu của chính phủ. Năm 1956, các công ty bảo hiểm nhân thọđược quốc hữu hóa và thế độc quyền đã được tạo ra. Năm 1972, bảo hiểm phi nhân thọ cũng được quốc hữu hóa. Tuy nhiên, tỷ lệ sở hữu nước ngoài bị hạn chế, không quá 26%. Một kế hoạch cải cách toàn diện đã đến vào năm 1938. Điều này đã bị vô hiệu hóa thông qua quốc hữu hóa nhưng Đạo luật bảo hiểm năm 1938 bị bãi bỏ vào năm 2000. Với sự tăng trưởng mạnh mẽ bền vững của nền kinh tế trong thời gian gần đây, thị trường Ấn Độ có tiềm năng tăng trưởng đáng kể trong vài thập kỷ tới.

**1. Đánh giá bảo hiểm trước khi quốc hữu hóa**

**1.1. Bảo hiểm trong kỷ nguyên thuộc địa**

Bảo hiểm nhân thọ được thiết lập lần đầu tiên ở Ấn Độ năm 1818 thông qua Công ty Bảo hiểm Nhân thọ Oriental của Anh, tiếp theo là Công ty Bảo hiểm Bombay năm 1823 và Bảo hiểm nhân thọ xã hội Madras năm 1829. Tất cả các công ty này hoạt động ở Ấn Độ nhưng không bảo hiểm cho người Ấn Độ mà chỉ bảo hiểm cho những người châu Âu sống tại đây. Sau đó, một số công ty bắt đầu cung cấp bảo hiểm cho người Ấn Độ nhưng được coi là “không đạt tiêu chuẩn”. Năm 1850, Công ty bảo hiểm Triton là công ty bảo hiểm phi nhân thọ đầu tiên được thành lập, do người Anh sở hữu và điều hành. Công ty bảo hiểm phi nhân thọ nội địa đầu tiên là công ty bảo hiểm Mercantile Ấn Độ, được thành lập tại Bombay vào năm 1907. Vào thời điểm đó, kinh doanh bảo hiểm được tiến hành ở Ấn Độ mà không có bất kỳ quy định cụ thể nào. Các công ty bảo hiểm tuân theo Đạo luật Công ty Ấn Độ năm 1866 nhưng Chính phủ không kiểm soát bảo hiểm nhân thọ, mà chỉ thấy cần thiết phải kiểm soát bảo hiểm phi nhân thọ.

Trong giai đoạn đầu tiên của những năm này, Nước Anh tham gia Thế chiến thứ nhất, một thời gian sau, người Ấn Độ đòi tự do từ người Anh.  Sau đó, Ấn Độ đã được cấp "quy tắc nội vụ" thông qua Đạo luật Chính phủ Ấn Độ năm 1935, quy định hội đồng lập pháp cho chính quyền tỉnh cũng như cho trung ương chính quyền nhưng thẩm quyền tối cao của luật ban hành vẫn thuộc về người Anh. Thay đổi lập pháp quan trọng duy nhất trước Đạo luật Bảo hiểm năm 1938 là Đạo luật XX năm 1928, cho phép chính phủ Ấn Độ thu thập thông tin về (1) Các công ty bảo hiểm Ấn Độ hoạt động tại Ấn Độ, (2) công ty bảo hiểm nước ngoài hoạt động tại Ấn Độ và (3) Công ty bảo hiểm Ấn Độ hoạt động ở nước ngoài. Năm 1928, giá trị bảo hiểm trung bình của một công ty Ấn Độ là 619 USD so với 1.150 USD cho các công ty nước ngoài.

Năm 1938, giá trị bảo hiểm trung bình của hợp đồng bảo hiểm được bán bởi các công ty Ấn Độ đã giảm xuống còn 535 USD (so với 619 USD trong 1928), và của các công ty nước ngoài đã tăng lên tới 1.188 USD (năm 1928, giá trị trung bình là 1.150 USD).

**1.2. Đạo luật bảo hiểm năm 1938**

Năm 1937, Chính phủ Ấn Độ đã thành lập Ủy ban tư vấn. Đạo luật bảo hiểm đã được thông qua năm 1938. Đây là quy định pháp luật bảo hiểm toàn diện đầu tiên trong Ấn Độ, gồm cả bảo hiểm nhân thọ và bảo hiểm phi nhân thọ, có các quy định về tiền gửi, giám sát của các công ty bảo hiểm, đầu tư, hoa hồng của các đại lý và giám đốc được chỉ định bởi các chủ hợp đồng… Tuy nhiên, những quy định này không được áp dụng vì bảo hiểm nhân thọ được quốc hữu hóa vào năm 1956 và bảo hiểm phi nhân thọ được quốc hữu hóa vào năm 1972. Cuối thế kỷ XX, bảo hiểm được tư nhân hóa, Đạo luật Bảo hiểm năm 1938 lại là xương sống của pháp luật hiện hành của các công ty bảo hiểm. Cơ quan giám sát bảo hiểm được thành lập trong Bộ Thương mại sau đó chuyển sang Bộ Tài chính. Khi thị trường được mở trở lại với sự tham gia của tư nhân vào năm 1999, Đạo luật của Cơ quan quản lý và phát triển bảo hiểm năm 1999 được xây dựng trên cơ sở Đạo luật Bảo hiểm năm 1938.

Năm 1997, Chính phủ trao quyền tự chủ lớn hơn cho Tổng công ty Bảo hiểm Nhân thọ, Tổng công ty bảo hiểm phi nhân thọ và các công ty con liên quan đến việc tái cấu trúc hội đồng quản trị và tính linh hoạt trong định mức đầu tư nhằm mục đích chuyển các quỹ đến lĩnh vực cơ sở hạ tầng.

Năm 1998, Nội các quyết định cho phép thành lập công ty bảo hiểm tư nhân có 40% vốn nước ngoài (trong đó có 26% cho các công ty nước ngoài và 14% cho người Ấn Độ không cư trú, các nhà đầu tư tổ chức nước ngoài)

Năm 1999, Ủy ban thường trực quyết định vốn chủ sở hữu nước ngoài trong bảo hiểm tư nhân nên được giới hạn ở 26%. Dự luật IRA được đổi tên thành Dự luật quản lý và phát triển bảo hiểm. Năm 2000, Nội các đồng ý với Dự luật của Cơ quan quản lý và phát triển bảo hiểm.

**2. Bảo hiểm trong giai đoạn quốc hữu hóa từ năm 1956 - 2000**

**2.1. Quốc hữu hóa bảo hiểm phi nhân thọ**

Bảo hiểm phi nhân thọ được quốc hữu hóa vào năm 1972 (có hiệu lực từ tháng 1.1973). Thời điểm đó có 107 công ty bảo hiểm phi nhân thọ hoạt động tại thành phố lớn với quy mô khách nhau được chỉ định hợp thành 4 công ty: Công ty bảo hiểm quốc gia, Công ty bảo hiểm Ấn Độ mới, Công ty Bảo hiểm phương Đông, và Công ty Bảo hiểm Hoa Kỳ. Công ty tái bảo hiểm quốc gia. Theo luật, tất cả các công ty bảo hiểm trong nước đã nhượng lại 20% tổng phí bảo hiểm trực tiếp ở Ấn Độ cho Công ty tái bảo hiểm quốc gia của Đạo luật bảo hiểm năm 1938. Ý tưởng là giữ lại càng nhiều rủi ro trong nước càng tốt. Điều này được thúc đẩy bởi mong muốn giảm thiểu chi tiêu về ngoại hối.

**2.2. Hoạt động kinh doanh bảo hiểm nhân thọ**

Bảo hiểm nhân thọ Ấn Độ được quốc hữu hóa vào năm 1956. Tất cả các công ty bảo hiểm nhân thọ đã được sáp nhập với nhau thành một công ty duy nhất: Tổng công ty Bảo hiểm Nhân thọ. Đến năm 2000, bảo hiểm nhân thọ Tổng công ty bảo hiểm có 100 văn phòng tại bảy khu với 2.048 chi nhánh. Có hơn 680.000 đại lý đang hoạt động trên khắp Ấn Độ với tổng số 117.000 nhân viên trong Tổng công ty Bảo hiểm nhân thọ làm việc trực tiếp.

Có hai vấn đề với loại bảo hiểm này của ngành. Đầu tiên dân số Ấn Độ đã tăng từ 413 triệu người vào năm 1957 lên hơn 1 tỷ người 2000. Do đó, chúng tôi mong đợi sự tăng trưởng trong các hợp đồng bảo hiểm nhân thọ được bán do sự tăng trưởng dân số. Thứ hai, nếu chúng ta đo lường sự tăng trưởng trong bảo hiểm nhân thọ ở số tiền danh nghĩa, đối với một quốc gia như Ấn Độ, nơi có tỷ lệ lạm phát hàng năm trung bình 7,8% mỗi năm từ năm 1957 đến 2002, chúng tôi dự kiến tăng trưởng trong việc bán bảo hiểm nhân thọ bằng lực lạm phát tuyệt đối. Phân khúc lớn nhất của thị trường bảo hiểm nhân thọ ở Ấn Độ là bảo hiểm nhân thọ cá nhân. Các loại sản phẩm được bán chủ yếu là bảo hiểm nhân thọ trọn đời, bảo hiểm hỗn hợp và bảo hiểm hoàn tiền. Bảo hiểm hoàn lại tiền trả lại một phần giá trị danh nghĩa của phí bảo hiểm được trả bởi chủ hợp đồng sau khi chấm dứt hợp đồng. Cho đến gần đây, các hợp đồng bảo hiểm nhân thọ này vẫn không có sẵn ở thị trường Ấn Độ. Số lượng hợp đồng bảo hiểm mới được bán mỗi năm đã tăng từ khoảng 950.000 mỗi năm vào năm 1957 lên 22,49 triệu vào năm 2001. Tổng số hợp đồng có hiệu lực đã tăng từ 5,42 triệu vào năm 1957 đến 125,79 triệu vào năm 2001. Như vậy, tổng số hợp đồng đã tăng 25 lần. Tất nhiên, trong cùng thời kỳ này, dân số đã tăng hơn gấp đôi. Trên cơ sở bình quân đầu người, có 0,0023 hợp đồng bảo hiểm mới bình quân đầu người năm 1957 so với 0,0218 hợp đồng bảo hiểm mới năm 2001. Tổng cộng hợp đồng bảo hiểm bình quân đầu người đã tăng từ 0,0131 năm 1957 đến 0,1218 năm 2001. Do đó, dù xét về các hợp đồng bảo hiểm mới hoặc tổng số hợp đồng có hiệu lực, số lượng hợp đồng đã tăng gấp 10 lần. Nếu chúng ta xem xét số lượng hợp đồng bảo hiểm cá nhân là một dấu hiệu của sự thâm nhập, thì đã có sự tăng đáng kể, chủ yếu là do mở rộng hợp đồng bảo hiểm nông thôn có chủ ý của Tập đoàn Bảo hiểm Nhân thọ.

Từ năm 1985 đến năm 2001, kinh doanh bảo hiểm trọn đời có tăng từ dưới 18 tỷ rupee lên hơn 500 tỷ rupee. Trong giai đoạn này, chỉ số giá tiêu dùng đã tăng gấp bốn lần. Do đó, nếu không có thay đổi trong bảo hiểm nhân thọ mua theo giá trị thực, nó sẽ chiếm 78 tỷ rupee trị giá kinh doanh. Lưu ý rằng, ngay cả trong năm 2001, kinh doanh bảo hiểm nhân thọ cá nhân chiếm 92% thị trường bảo hiểm nhân thọ.

Trong những năm gần đây, tiết kiệm bảo hiểm nhân thọ đã đóng một vai trò lớn hơn trong tiết kiệm quốc gia. Trong khoảng thời gian 10 năm giữa 1991 và 2000, số tiền tiết kiệm bảo hiểm tính theo %GDP đã thay đổi từ khoảng 11% đến 14,4%. Hai thành phần của bảo hiểm nhân thọ bao gồm tiết kiệm tài chính này và bảo hiểm hưu trí đã tăng đều đặn qua các năm.

**2.3. Hoạt động kinh doanh bảo hiểm phi nhân thọ**

Sau khi quốc hữu hóa bảo hiểm phi nhân thọ vào năm 1972, chính phủ đã thành lập một công ty nắm giữ Tổng công ty Bảo hiểm Ấn Độ. Công ty này nắm giữ bốn công ty con.  Từ năm 1985 đến năm 2001, việc kinh doanh của bảo hiểm phi nhân thọ tăng gấp 10 lần lên 122 tỷ rupee. Như vậy, kinh doanh bảo hiểm phi nhân thọ ở Ấn Độ là một phần tư quy mô của kinh doanh bảo hiểm nhân thọ. Năm 1988, bảo hiểm hỏa hoạn (tính theo phí bảo hiểm kiếm được) chiếm tỷ trọng khoảng 25%. Tỷ lệ này vẫn giữ nguyên trong 14 năm tới. Bảo hiểm hàng hải đã bị thu hẹp tương đối. Nó đã giảm từ gần 20% xuống dưới 10% vào năm 2001. Bảo hiểm khác chiếm tỷ trọng 68% thị trường bảo hiểm phi nhân thọ. Bảo hiểm phi nhân thọ khác bao gồm bảo hiểm hàng không, kỹ thuật, và bảo hiểm cây trồng.

**2.4. Giới thiệu cấu trúc pháp lý mới**

Sau khi báo cáo của Ủy ban Malhotra được công bố, những thay đổi trong ngành bảo hiểm xuất hiện sắp xảy ra. Sự bất ổn của chính quyền trung ương đã làm chậm quá trình. Đỉnh cao kịch tính đến vào ngày 16 tháng 3 năm 1999, khi nội các Ấn Độ phê duyệt Dự luật của Cơ quan quản lý bảo hiểm (IRA) được thiết kế để tự do hóa lĩnh vực bảo hiểm. Chính phủ đã thất thủ vào tháng 4 năm 1999 đêm trước của dự luật.

Một chính phủ mới lên nắm quyền với cuộc bầu cử cuối năm 1999, và vào tháng 12 Ngày 7, 1999, chính phủ mới đã thông qua Điều lệ và Phát triển Bảo hiểm Đạo luật thẩm quyền. Đạo luật này đã bãi bỏ độc quyền được trao cho Tổng công ty Bảo hiểm nhân thọ vào năm 1956 và cho Tổng công ty Bảo hiểm vào năm 1972. Theo dự luật này, giấy phép mới đang được trao cho các công ty tư nhân. Các Cơ quan quản lý và phát triển bảo hiểm đã tách doanh nghiệp bảo hiểm nhân thọ, phi nhân thọ, và các doanh nghiệp tái bảo hiểm. Do đó, một công ty phải có giấy phép riêng cho từng ngành nghề kinh doanh. Mỗi giấy phép có yêu cầu về vốn của riêng mình (khoảng 24 triệu đô la cho bảo hiểm nhân thọ hoặc phi bảo hiểm nhân thọ và 48 triệu đô la cho tái bảo hiểm).

**2.5. Đặc điểm của Đạo luật điều chỉnh và phát triển bảo hiểm**

Đạo luật điều chỉnh và phát triển bảo hiểm năm 1999 đã quy định “Để thành lập một cơ quan để bảo vệ quyền lợi của những người tham gia bảo hiểm, để điều tiết, thúc đẩy và đảm bảo sự tăng trưởng có trật tự của ngành bảo hiểm và cho các vấn đề liên quan hoặc liên quan đến việc sửa đổi Bảo hiểm Đạo luật, 1938, Đạo luật Tổng công ty Bảo hiểm Nhân thọ năm 1956 và Bảo hiểm Tổng hợp Đạo luật kinh doanh (quốc hữu hóa), năm 1972”. Đạo luật đã phục hồi một cách hiệu quả Đạo luật Bảo hiểm năm 1938.

(1) Nó chỉ định việc thành lập và hoạt động của Ủy ban tư vấn bảo hiểm, đặt ra các quy tắc và quy định.

(2) Nó quy định vai trò của "chuyên gia tính toán". Chuyên gia tính toán phải là một thành viên của Hiệp hội tính toán Ấn Độ. Đối với các công ty bảo hiểm nhân thọ, chuyên gia tính toán phải là nhân viên công ty nội bộ, nhưng người đó có thể là người bên ngoài tư vấn nếu công ty là một công ty bảo hiểm phi nhân thọ. Người được chỉ định chuyên gia tính toán có trách nhiệm báo cáo cho Cơ quan quản lý bảo hiểm và Cơ quan phát triển một báo cáo chi tiết của công ty.

(3) Theo “Báo cáo tính toán”, việc định giá sản phẩm phải là được đưa ra chi tiết về các giả định cơ bản để định giá. Có những hình thức quy định phải được điền bởi chuyên gia tính toán, bao gồm các công thức cụ thể để tính tỷ lệ khả năng thanh toán.

(4) Nó quy định các yêu cầu đối với một đại lý, ví dụ, đại lý bảo hiểm nên có ít nhất một bằng tốt nghiệp trung học cùng với 100 giờ đào tạo từ một tổ chức được công nhận.

(5) Cơ quan quản lý và phát triển bảo hiểm đã thiết lập nghiêm ngặt hướng dẫn về quản lý tài sản và trách nhiệm của các công ty bảo hiểm cùng với yêu cầu biên khả năng thanh toán. Lợi nhuận ban đầu được đặt cao (so với các nước phát triển). Các công ty bảo hiểm nhân thọ được yêu cầu phải tuân thủ tỷ lệ khả năng thanh toán, được định nghĩa là tỷ lệ giữa khả năng thanh toán khả dụng với biên khả năng thanh toán. Biên khả năng thanh toán được quy định dựa trên dự trữ toán học và tổng hợp rủi ro và tài sản của quỹ chủ hợp đồng. Các biên khả năng thanh toán khả dụng là phần vượt quá giá trị của tài sản so với giá trị các khoản nợ bảo hiểm nhân thọ và các khoản nợ khác của các chủ hợp đồng và cổ đông của các cổ đông. Đối với các công ty bảo hiểm phi nhân thọ, đây là mức cao hơn của RSM-1 hoặc RSM-2, trong đó RSM-1 dựa trên 20% của tổng (i) cao hơn phí bảo hiểm nhân với hệ số A hoặc (ii) phí bảo hiểm ròng và RSM-2 dựa trên trên 30% cao hơn của (i) tổng số khiếu nại bồi thường ròng nhân với một yếu tố B hoặc (ii) khiếu nại bồi thường ròng

(6) Nó đặt ra yêu cầu tái bảo hiểm đối với bảo hiểm phi nhân thọ. Đối với tất cả bảo hiểm phi nhân thọ, quy định nhượng lại bắt buộc 20% sẽ không phân biệt ngành nghề kinh doanh với Tổng công ty bảo hiểm, công ty tái bảo hiểm quốc gia được chỉ định.

(7) Đạo luật nêu ra các chi tiết về yêu cầu đăng ký và gia hạn hợp đồng bảo hiểm. Đạo luật đưa ra nền tảng chi tiết cho từng nhân sự chủ chốt: giám đốc điều hành, giám đốc tiếp thị, bổ nhiệm chuyên gia tính toán, giám đốc đầu tư, giám đốc kiểm toán nội bộ và kế toán trưởng, nhân viên văn phòng. Chi tiết về lực lượng bán hàng, các hoạt động trong kinh doanh nông thôn và dự kiến giá trị của từng ngành nghề kinh doanh cũng được yêu cầu.

(8) Chi tiết về quảng cáo bảo hiểm trên phương tiện truyền thông và điện tử phải là báo cáo cho Cơ quan quản lý bảo hiểm. Các quảng cáo phải tuân thủ các quy định trong phần 41 Đạo luật bảo hiểm năm 1938.

(9) Tất cả các công ty bảo hiểm được yêu cầu cung cấp bảo hiểm cho khu vực nông thôn.

**3. Thị trường bảo hiểm Ấn Độ**

Tại Ấn Độ, phí bảo hiểm bảo hiểm nhân thọ năm 2002 lên tới 12,2 tỷ USD và kinh doanh bảo hiểm phi nhân thọ lên tới 3,3 tỷ USD. Vì vậy, kinh doanh bảo hiểm nhân thọ là gần gấp bốn lần kinh doanh phi nhân thọ. Tốc độ tăng trưởng hàng năm trong những năm 2001-2002 là 43% trong bảo hiểm nhân thọ và 13,6% trong bảo hiểm phi nhân thọ. Tổng phí bảo hiểm của Tập đoàn Bảo hiểm Nhân thọ của Ấn Độ là khoảng 11 tỷ đô la trong năm tài khóa 2001-2002.  Mười hai công ty trong khu vực tư nhân có sự tham gia của công ty nước ngoài đến giới hạn cho phép là 26% vốn. Trong khoảng thời gian 10 năm (1991 đến 2001), Tổng công ty bảo hiểm nhân thọ đã đạt tốc độ tăng trưởng thực tế là 12%.

Trong cùng giai đoạn 2001-2002, tổng thu nhập phí bảo hiểm gốc của bốn công ty con của Tổng công ty Bảo hiểm Ấn Độ là 2,9 tỷ USD. Tốc độ tăng trưởng thực tế trong khoảng thời gian 10 năm (1991 đến 2001) là khoảng 5% hàng năm. Kinh doanh bảo hiểm phi nhân thọ bao gồm bảo hiểm xe cơ giới, bảo hiểm hàng hải, bảo hiểm hỏa hoạn, bảo hiểm tai nạn cá nhân, bảo hiểm y tế, bảo hiểm hàng không, bảo hiểm nông thôn và bảo hiểm khác. Hiện tại, Tổng công ty bảo hiểm là công ty tái bảo hiểm duy nhất. Khoảng 140 triệu đô la đã được đầu tư vào các công ty bảo hiểm nhân thọ mới ở Ấn Độ.

**4. Kết luận**

Thị trường bảo hiểm Ấn Độ là một trong những thị trường bảo hiểm mới nổi quan trọng nhất trên thế giới. Bảo hiểm nhân thọ sẽ phát triển nhanh chóng trong thập kỷ tới. Động lực chính là nền tảng tăng trưởng kinh tế vững mạnh, sự gia tăng của tầng lớp trung lưu, cải thiệ quy định pháp luật và nâng cao nhận thức về bảo hiểm. Sự thay đổi cơ bản của Đạo luật năm 1999 đã làm nền tảng cơ bản cho sự phát triển của thị trường bảo hiểm Ấn Độ trong thời gian tới. Mặc dù bị giới hạn tỷ lệ sở hữu ở mức 26%, nhưng các công ty bảo hiểm nước ngoài đã thâm nhập được vào thị trường Ấn Độ. Các công ty bảo hiểm sở hữu nhà nước vẫn sẽ giữ thế độc quyền trong thời gian tới, nhưng điều này cũng có thể thay đổi. Trong thị trường bảo hiểm nhân thọ, các doanh nghiệp mới đã cung cấp những sản phẩm mới cho thị trường và cải tiến các kênh phân phối hiệu quả để có thể tiếp cận nhiều người hơn. Tiềm năng thị trường bảo hiểm hưu trí và sức khỏe chưa được phát triển còn rất lớn. Các công ty bảo hiểm phi nhân thọ Ấn Độ vẫn bị quản lý nặng nề. Cuối cùng, bảo hiểm nông thôn Ấn Độ còn nhiều tiềm năng phát triển cho cả lĩnh vực bảo hiểm nhân thọ và phi nhân thọ. Để khai thác tiềm năng này, việc thiết kế sản phẩm phù hợp là rất cần thiết. Doanh nghiệp bảo hiểm cần có sự nghiên cứu về đặc điểm của thị trường lao động ở nông thôn, như là sự xuất hiện của thu nhập bất thường và hướng tới các sản phẩm đơn giản, dễ hiểu.

# PHẦN V. THỊ TRƯỜNG BẢO HIỂM TRUNG QUỐC

Toàn cầu hóa kinh tế đang diễn ra mạnh mẽ khiến ngày càng có nhiều quốc gia và khu vực kinh tế tham gia vào thị trường thế giới. Tuy nhiên, toàn cầu hóa chứa đựng nhiều mâu thuẫn, không chỉ có tác động tích cực, mà chắc chắn sẽ phát sinh nhiều vấn đề. Ngành bảo hiểm Trung Quốc phải đương đầu với những thách thức này và tận dụng tối đa các cơ hội do toàn cầu hóa mang lại.

**1. Tiềm năng phát triển thị trường**

Cùng với quá trình công nghiệp hóa ngày càng sâu rộng ở Trung Quốc, nhiều ngành dịch vụ được hình thành và khuôn khổ ngành dịch vụ đã được hoàn thiện. Tuy nhiên, sự phát triển của khu vực dịch vụ chưa được đánh giá cao. Tỷ lệ đầu ra từ khu vực dịch vụ trên GDP đầu tiên giảm và sau đó tăng nhẹ trong giai đoạn từ năm 1992 đến 2003 với mức cao nhất 34% trong năm 2002 và thấp nhất là 30% vào năm 1996. Những số liệu này cho thấy khu vực dịch vụ của Trung Quốc không chỉ đứng sau các nước phát triển, mà còn đứng sau các nước đang phát triển trong giai đoạn phát triển kinh tế tương tự. Ví dụ: tỷ lệ đầu ra từ khu vực dịch vụ trên GDP của Ấn Độ là 36% năm 1980 và tiếp tục tăng sau đó. Hơn nữa, khu vực dịch vụ tài chính của Trung Quốc đóng góp vào đầu ra của ngành dịch vụ khá thấp so với các nước phát triển. Ngoài ra, thị phần dịch vụ tài chính đã giảm trong những năm gần đây mặc dù khối lượng đầu ra của ngành tài chính tiếp tục tăng. Cùng với sự tiến bộ trong phát triển kinh tế và cải cách hệ thống kinh tế của Trung Quốc, nhiều lĩnh vực như công nghệ thông tin, giáo dục và giải trí tăng trưởng nhanh hơn lĩnh vực tài chính. Điều này cho thấy lĩnh vực dịch vụ tài chính ở Trung Quốc vẫn còn kém phát triển và còn nhiều tiềm năng để mở rộng. Dự đoán ngành bảo hiểm Trung Quốc sẽ sớm đóng vai trò đặc biệt trên thế giới và trở thành trọng tâm của các doanh nghiệp bảo hiểm đến từ các nước phát triển.

**2. Động lực chính cho sự tăng trưởng của ngành bảo hiểm Trung Quốc**

***Triển vọng kinh tế lớn***

Các chuyên gia dự đoán rằng nền kinh tế Trung Quốc dự kiến ​​sẽ tiếp tục tăng trưởng mạnh mẽ ít nhất trong vài năm tới với tốc độ tăng trưởng thực tế hàng năm trên 7%. Thu nhập quốc dân tăng chắc chắn sẽ có tác động tích cực đến sức mua của người dân. Bên cạnh đó, sự gia tăng của tất cả các bất ổn đi kèm với sự phát triển công nghiệp hóa và đô thị hóa sẽ làm cho các cá nhân kỳ vọng rủi ro tăng lên và do đó sẽ có nhiều người sẵn sàng mua bảo hiểm. Theo văn hóa truyền thống của Trung Quốc, các cá nhân được thúc đẩy mạnh mẽ để chuẩn bị đối phó với các thiệt hại về kinh tế có thể xảy ra.

***Cải cách hệ thống kinh tế***

Cải cách theo định hướng thị trường đã thúc đẩy nhu cầu bảo hiểm và tạo ra thị trường bảo hiểm hiện tại ở Trung Quốc. Hơn nữa, các chính sách cải cách sắp tới sẽ thúc đẩy tăng trưởng bền vững nhu cầu bảo hiểm ở Trung Quốc. Hai trong số các chính sách cải cách chủ yếu bao gồm:

Cải cách hệ thống đầu tư. Hội đồng Nhà nước Trung Quốc ban hành Nghị quyết về cải cách hệ thống đầu tư vào tháng 7 năm 2004, theo đó đã bãi bỏ các biện pháp hành chính cũ về hoạt động đầu tư của các doanh nghiệp. Các biện pháp cũ yêu cầu mọi khoản đầu tư phải được sự chấp thuận trước từ cơ quan nhà nước cấp tỉnh hoặc khu vực dựa trên quy mô của khoản đầu tư. Hiện tại, hầu hết các quyết định đầu tư đều nằm trong tay của bản thân các doanh nghiệp, ngoại trừ những dự án có thể có tác động tiêu cực về lợi ích công cộng. Việc tiếp xúc với rủi ro đầu tư lớn hơn chắc chắn sẽ làm tăng nhu cầu bảo hiểm của các doanh nghiệp, đặc biệt là đối với bảo hiểm phi nhân thọ, vì chính phủ sẽ không còn chịu trách nhiệm cho rủi ro đầu tư của doanh nghiệp.

Cải cách hệ thống an sinh xã hội. Những nỗ lực của Trung Quốc để thiết lập hệ thống an sinh xã hội (trước đây gọi là hệ thống bảo hiểm lao động) bắt đầu ngay sau khi Cộng hòa Nhân dân Trung Hoa được thành lập và được tổ chức lại trong cuộc Cách mạng Văn hóa. Bộ Tài chính ban hành bản dự thảo Ý kiến ​​về cải cách hệ thống tài chính của một số doanh nghiệp nhà nướcvào tháng 2 năm 1969, trong đó yêu cầu các doanh nghiệp nhà nước ngừng thu quỹ bảo hiểm xã hội, và thay vào đó xử lý các khoản bồi hoàn chi trả bảo hiểm lao động như một loại chi phí quản lý. Do đó, bảo hiểm cho người lao động đã thực sự thay đổi thành hệ thống chi tiêu tùy khả năng trong doanh nghiệp. Hệ thống an sinh xã hội Trung Quốc hiện nay tập trung vào việc cung cấp an toàn tài chính cơ bản nhất cho người lao động. Cải cách đã dẫn đến khoảng cách ngày càng lớn giữa an toàn tài chính cung cấp bởi hệ thống an sinh xã hội và nhu cầu thực tế của người dân. Do đó, tồn tại nhu cầu cao đối với bảo hiểm nhân thọ và bảo hiểm sức khỏe thương mại.

***Sự thay đổi mang tính dân chủ***

Dân số Trung Quốc là 1,29 tỷ người vào cuối năm 2003, chiếm khoảng 1/5 dân số thế giới và vẫn đang tăng lên. Dự kiến ​​tỷ lệ phần trăm của những người từ 65 tuổi trở lên sẽ tăng từ 7,5% cuối năm 2003 lên đến 13,4% vào năm 2025. Dân số đông và hỗn hợp nhân khẩu học của Trung Quốc sẽ thúc đẩy sự tăng trưởng vững chắc của ngành bảo hiểm Trung Quốc, đặc biệt là bảo hiểm nhân thọ, bảo hiểm y tế và bảo hiểm hưu trí.

**3. Các yếu tố tác động tiêu cực đến ngành bảo hiểm Trung Quốc**

Một số yếu tố có thể cản trở tốc độ phát triển nhanh chóng của ngành:

***Thị trường vốn chưa phát triển***

Lịch sử ngành bảo hiểm thế giới đã chỉ rõ rằng quản lý đầu tư sẽ ngày càng quan trọng hơn đối với sự tồn tại và phát triển của các doanh nghiệp bảo hiểm khi ngành bảo hiểm mở rộng và phát triển. Hiện nay, các doanh nghiệp bảo hiểm Trung Quốc được phép đầu tư vào thị trường vốn trong nước và các kênh đầu tư sẵn có đã tăng mạnh trong năm 2004. Tuy nhiên, thị trường vốn của Trung Quốc vẫn chưa đạt đến điều kiện mong muốn và hiện đang tràn ngập đầu cơ. Tỷ lệ doanh thu trung bình của Sở giao dịch chứng khoán Thượng Hải và Sở giao dịch chứng khoán Thâm Quyến năm 2003 lần lượt là 251% và 214%, cao hơn nhiều so với thị trường vốn phát triển. Nếu các doanh nghiệp bảo hiểm đầu tư nhiều ở những thị trường này, tiềm lực tài chính của họ có thể bị đe dọa. Trên thực tế, các doanh nghiệp bảo hiểm Trung Quốc hiện vẫn miễn cưỡng đầu tư vào thị trường chứng khoán khi bị bắt buộc phải thực hiện vào tháng 10 năm 2004.

***Thiếu hụt chuyên gia trong lĩnh vực bảo hiểm***

Trong khoảng hai mươi năm trở lại đây, các doanh nghiệp được Chính phủ định hướng theo đuổi chiến lược phát triển theo chiều rộng do Chính phủ coi phí bảo hiểm như một hình thức tạo doanh thu và cách tiếp cận để thu được thặng dư tài chính. Chiến lược này thúc đẩy các doanh nghiệp tập trung vào tăng trưởng doanh thu bán hàng trong ngắn hạn, trong khi lợi nhuận, hiệu quả quản lý và mục tiêu phát triển dài hạn đã bị lãng quên trong một thời gian dài. Các doanh nghiệp bảo hiểm trong nước đã cạnh tranh quyết liệt cho phân khúc thấp và dành rất ít nguồn lực cho nghiên cứu và phát triển. Tồi tệ hơn, vấn đề được che dấu bởi tốc độ tăng trưởng cao chỉ do tiềm năng cao của thị trường bảo hiểm Trung Quốc. Chiến lược này không chỉ dẫn đến năng suất thấp và chi phí vận hành cao, mà còn dẫn đến việc thiếu tuyên truyền và đào tạo nghề nghiệp về bảo hiểm. Thiếu nhân sự chuyên nghiệp, đặc biệt việc thiếu các nhà quản lý cấp cao, đã được chứng minh là một nút thắt nghiêm trọng đối với sự phát triển ngành bảo hiểm của Trung Quốc trong dài hạn.

***Hình ảnh không thuận lợi của ngành***

Hình ảnh ngành bảo hiểm Trung Quốc, đặc biệt là các doanh nghiệp bảo hiểm trong nước không được như kỳ vọng và kêu gọi sự chú ý ngay lập tức. Nhiều người tiêu dùng tin rằng rất khó để có được khoản bồi thường bảo hiểm như đã cam kết và thủ tục nộp đơn yêu cầu giải quyết bồi thường là không hiệu quả. Một số đại lý và nhân viên bán hàng của các doanh nghiệp bảo hiểm được đánh giá có chất lượng thấp, không trung thực và không hoạt động chuyên nghiệp. Một số doanh nghiệp bảo hiểm đã không thực hiện đúng quy định và tăng chi hoa hồng, giảm phí bảo hiểm hoặc phí bảo hiểm thấp không đủ để bù đắp chi phí bán hàng. Tình hình trên trở nên tồi tệ hơn bởi trên thực tế người dân biết rất ít về bảo hiểm. Vì vậy, không có gì đáng ngạc nhiên khi những sai lầm của một số doanh nghiệp bảo hiểm có thể dễ dàng lan rộng và làm xói mòn niềm tin của công chúng vào các doanh nghiệp bảo hiểm và thậm chí toàn ngành bảo hiểm.

***Thiếu đức tin tốt***

Điều rất quan trọng đối với sự phát triển của ngành bảo hiểm là người tham gia bảo hiểm phải trung thực. Tuy nhiên, tình hình ở Trung Quốc hiện nay không phải như vậy và sự phát triển nhiều dòng sản phẩm, đặc biệt là bảo hiểm tín dụng và bảo hiểm bảo lãnh bị hạn chế. Từ các yêu cầu bồi thường có thể thấy rằng người được bảo hiểm thường tập trung trong một số khu vực hoặc một số nhóm nhất định và đôi khi có ý định gian lận rõ ràng.

**4. Xu hướng phát triển ngành bảo hiểm Trung Quốc**

Ngành bảo hiểm Trung Quốc dự kiến sẽ duy trì tốc độ tăng trưởng hai chữ số trong tám đến mười năm tới và tốc độ tăng trưởng sẽ giảm dần theo thời gian. Cũng như sự phát triển của ngành bảo hiểm, hệ thống thị trường sẽ dần dần theo kịp tiêu chuẩn quốc tế và các xu hướng sau đây sẽ là các đặc điểm nổi bật nhất trong môi trường toàn cầu hóa, hội nhập tài chính, dân số già và công nghệ thông tin năng động.

***Cạnh tranh ngày càng tăng trên thị trường bảo hiểm***

Thị trường bảo hiểm của Trung Quốc sẽ cạnh tranh hơn khi có nhiều dòng vốn nước ngoài chảy vào và số lượng doanh nghiệp bảo hiểm tăng lên. Sự cạnh tranh khốc liệt sẽ thúc đẩy các doanh nghiệp bảo hiểm tập trung nhiều hơn đến chất lượng dịch vụ và đặc tính của sản phẩm bảo hiểm. Tuy nhiên, về tổng thể, thị trường bảo hiểm Trung Quốc vẫn sẽ tồn tại độc quyền tập đoàn tập trung trong trung hạn.

***Hợp tác sâu rộng với các tổ chức tài chính khác, đặc biệt là các ngân hàng***

Kể từ tháng 10 năm 2004, các doanh nghiệp bảo hiểm Trung Quốc được phép đầu tư vào thị trường chứng khoán trong nước. Nhưng do thị trường vốn Trung Quốc vẫn còn non trẻ, các doanh nghiệp bảo hiểm sẽ rất thận trọng khi đầu tư vào thị trường chứng khoán do rủi ro thua lỗ tiềm tàng. Vì vậy, đầu tư của các doanh nghiệp bảo hiểm vào thị trường chứng khoán sẽ không tăng trên quy mô lớn trong ngắn hạn và triển vọng nâng cao vai trò của các doanh nghiệp bảo hiểm trên thị trường vốn sẽ phụ thuộc vào quá trình phát triển của thị trường vốn trong tương lai.

Sự hợp tác giữa các doanh nghiệp bảo hiểm và ngân hàng sẽ được tăng cường. Bancassurance đã thành công ở Trung Quốc, bởi vì các ngân hàng có lợi thế hơn doanh nghiệp bảo hiểm trong nguồn khách hàng và tiếp thị. Người dân Trung Quốc quen thuộc và có niềm tin kiên định vào ngân hàng và do đó, dịch vụ ngân hàng có thể dễ dàng được chấp nhận. Bancassurance được dự kiến ​​sẽ tiếp tục là một trong những kênh phân phối bảo hiểm nhân thọ chính. Bên cạnh việc tăng cường hợp tác chiến lược giữa hai ngành, sẽ có ngày càng nhiều công ty mẹ kiểm soát cả ngân hàng và các doanh nghiệp bảo hiểm.

Cuối cùng, với mục tiêu hội nhập tài chính sắp tới, nhiều sáng kiến về biện pháp kiểm soát rủi ro tài chính có hệ thống như chứng khoán hóa bảo hiểm sẽ trở nên phổ biến, nhưng không phải trong tương lai gần. Sự phát triển của chứng khoán hóa bảo hiểm là một dự án phức tạp là đòi hỏi đối với cả thị trường bảo hiểm và thị trường chứng khoán. Hiện nay, các điều kiện tiên quyết để chứng khoán hóa bảo hiểm bao gồm nghiên cứu lý thuyết, đào tạo chuyên gia và thiết lập cơ sở hạ tầng cần thiết (ví dụ: hệ thống pháp luật) chưa tồn tại ở Trung Quốc. Tuy nhiên, cơ chế chuyển giao rủi ro thay thế chắc chắn sẽ là phương tiện quan trọng để quản lý rủi ro của ngành bảo hiểm Trung Quốc.

***Tối ưu hóa danh mục sản phẩm***

Đối với lĩnh vực bảo hiểm nhân thọ Trung Quốc, nhu cầu về bảo hiểm sức khỏe và bảo hiểm hưu trí sẽ tăng ổn định ở mức cao cùng với dân số đang già đi và đi sâu cải cách an sinh xã hội. Về phía bảo hiểm sức khỏe, hiện tại Chính phủ cung cấp phần lớn dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở khu vực thành thị, tuy nhiên tỷ lệ này đang giảm dần. Do đó, vai trò của bảo hiểm sức khỏe tư nhân đang tăng lên. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng sự lựa chọn bất lợi trở lên nghiêm trọng và tồn tại rủi ro đạo đức, và các doanh nghiệp bảo hiểm trong nước thiếu kinh nghiệm kiểm soát rủi ro. Do đó, các doanh nghiệp bảo hiểm Trung Quốc cần cải thiện các sản phẩm bảo hiểm sức khỏe của mình và tăng cường hợp tác với các bệnh viện để kiểm soát chi phí y tế và giảm rủi ro lựa chọn bất lợi và rủi ro đạo đức. Các sản phẩm bảo hiểm chăm sóc sức khỏe sẽ được giới thiệu ở Trung Quốc và có khả năng sẽ trở thành mô hình hoạt động bảo hiểm sức khỏe chủ yếu trong năm đến tám năm tới. Về bảo hiểm hưu trí, ngành bảo hiểm phải đối mặt với những cơ hội lớn và các doanh nghiệp bảo hiểm nước ngoài chuyên về bảo hiểm hưu trí sẽ đóng vai trò quan trọng trong thị trường.

Đối với lĩnh vực bảo hiểm phi nhân thọ, bảo hiểm tài sản và bảo hiểm trách nhiệm dân sự của chủ xe cơ giới sẽ tiếp tục thống trị thị trường. Những loại hình bảo hiểm này dự kiến ​​sẽ chiếm hơn 50% doanh thu phí bảo hiểm phi nhân thọ trong 5 năm tới, chủ yếu là do số lượng ngày xe cơ giới ngày càng gia tăng (đặc biệt là ô tô tư nhân) và yêu cầu pháp lý bắt buộc mua bảo hiểm trách nhiệm. Bảo hiểm trách nhiệm, bảo hiểm công trình xây dựng, lắp đặt, bảo hiểm tài sản doanh nghiệp, bảo hiểm tài sản gia đình và bảo hiểm tín dụng phát triển vững chắc nhờ làm rõ dần khái niệm quyền sở hữu tư nhân, xây dựng cơ sở hạ tầng có quy mô lớn, tăng trưởng nhanh về sở hữu nhà, của cải gia đình và tăng nhận thức cộng đồng về giá trị và nhu cầu bảo hiểm.

***Đa dạng hóa kênh phân phối trong đó đại lý và môi giới vẫn đóng vai trò chủ đạo***

Các kênh phân phối phi truyền thống, bao gồm bancassurance, bảo hiểm bưu chính và bán bảo hiểm trực tiếp đã xuất hiện ở Trung Quốc và thị phần của các kênh này chắc chắn sẽ tăng theo thời gian. Các kênh phân phối bảo hiểm ở Trung Quốc sẽ ngày càng đa dạng. Đại lý và môi giới bảo hiểm sẽ vẫn đóng vai trò quan trọng và không thể thay thế do khả năng ứng dụng các kênh phân phối phi truyền thống sẽ phụ thuộc vào nhu cầu của người tiêu dùng đối với dịch vụ tư vấn do các kênh phân phối truyền thống hiệu quả hơn nhiều cho các hợp đồng phức tạp với thời gian bảo hiểm dài và số tiền lớn. Do đó vẫn sẽ cần đại lý và môi giới bảo hiểm để thường xuyên phục vụ trực tiếp khách hàng. Ngoài ra, mức độ giàu có tăng sẽ thúc đẩy nhu cầu về quản lý rủi ro toàn diện và dịch vụ lập kế hoạch tài chính thay vì đơn giản dịch vụ tư vấn về quyết định mua bảo hiểm. Các yêu cầu để đào tạo tốt đại lý và môi giới do đó sẽ cao hơn nhiều.

# PHẦN VI. SỰ PHÁT TRIỂN THỊ TRƯỜNG BẢO HIỂM MỸ

**A. THỊ TRƯỜNG BẢO HIỂM NHÂN THỌ MỸ**

Bảo hiểm nhân thọ và sức khỏe Hoa Kỳ có phí bảo hiểm thuần gần 500 tỷ đô la (sau khi trừ tái bảo hiểm), sử dụng gần 800.000 lao động và nắm giữ gần 4 nghìn tỷ đô la tài sản, bao gồm 1,2 nghìn tỷ đô la tài sản trong tài khoản riêng vào năm 2003. Chỉ riêng ngành bảo hiểm nhân thọ có phí bảo hiểm khoảng 17.000 tỷ đô la bảo hiểm (nhóm và cá nhân) còn hiệu lực. Để phù hợp với các xu hướng hợp nhất và phi tương hỗ hóa trong quá khứ, ngành bảo hiểm nhân thọ ngày càng giảm số lượng doanh nghiệp và tăng tỷ lệ công ty cổ phần thay vì hình thức tương hỗ. Loại trừ các công ty có thặng dư hoặc phí bảo hiểm ròng không tốt, chỉ có khoảng 550 công ty hiện đang hoạt động trong nước bằng gần một nửa số lượng công ty hoạt động ở một thập kỷ trước. Trong số này, chỉ có khoảng 60 (khoảng 11%) là các công ty tương hỗ. Sự sụt giảm đáng kể số lượng công ty bảo hiểm sức khỏe - nhân thọ này phần lớn là do sáp nhập và hợp nhất giữa các công ty bảo hiểm trong lĩnh vực bảo hiểm nhân thọ.

**1. Các nghiệp vụ bảo hiểm chính**

Các sản phẩm chủ yếu của các công ty bảo hiểm nhân thọ của Hoa Kỳ bao gồm: bảo hiểm nhân thọ dành cho doanh nghiệp, bảo hiểm nhân thọ cá nhân, niên kim cá nhân, bảo hiểm nhân thọ tín dụng, bảo hiểm nhân thọ nhóm, niên kim, bảo hiểm tai nạn và sức khỏe. Bảo hiểm nhóm thường được bảo hiểm thông qua các chương trình phúc lợi do nhà tuyển dụng cung cấp, trong khi bảo hiểm cá nhân (không thuộc nhóm) thì không. Bảo hiểm nhân thọ tín dụng thường được bán để bảo vệ các chủ nợ khỏi mất mát trong trường hợp người vay chết. Do đó, số tiền bảo hiểm thường giảm theo thời gian cho bất kỳ hợp đồng nào (ví dụ: cho vay tự động hoặc thế chấp). Bảo hiểm nhân thọ công nghiệp trong lịch sử được đại diện của các công ty bảo hiểm bán cho các gia đình có thu nhập thấp và trực tiếp tham gia hàng tuần hoặc hai tuần. Hình thức bảo hiểm nhân thọ này đã giảm mạnh theo thời gian vì nó đã được thay thế phần lớn bằng bảo hiểm nhóm được cung cấp cho người lao động thông qua các kế hoạch bảo hiểm của chủ lao động. Bảo hiểm tai nạn và sức khỏe bồi thường cho các chi phí bổ sung và thu nhập bị mất liên quan đến việc sức khỏe bị suy giảm hoặc mất khả năng làm việc khác.

Ngoài các sản phẩm bảo hiểm nêu trên, các doanh nghiệp bảo hiểm nhân thọ cũng thực hiện các hợp đồng tài chính không liên quan đến nhân thọ và sức khỏe. Các sản phẩm này, thường được gọi là loại hợp đồng tiền gửi, bao gồm hợp đồng đảm bảo đầu tư (GIC), niên kim nhất định, phí bảo hiểm và các khoản tiền gửi khác, tích lũy cổ tức và phiếu giảm giá, thanh toán xổ số và thanh toán theo cấu trúc. Các hợp đồng đảm bảo đầu tư (GIC) là các hợp đồng xác định lợi tức và thời hạn cho một mức đầu tư nhất định. Các hợp đồng thanh toán theo cấu trúc là các thỏa thuận, thường là kết quả của một vụ kiện theo luật, để bồi thường cho một bên bị thương vì những thiệt hại do một bên khác gây ra. Năm 2003, các hợp đồng tiền gửi này có dòng tiền vào khoảng 125 tỷ đô la, dòng tiền ra khoảng 110 tỷ đô la và mức dự trữ khoảng 405 tỷ đô la. Như vậy, đây là một ngành kinh doanh chính chiếm khoảng 20% thu nhập phí bảo hiểm cho ngành bảo hiểm sức khỏe – nhân thọ.

Các sản phẩm bảo hiểm khác nhau được đề cập ở trên rơi vào bốn nhóm chính: bảo hiểm nhân thọ, niên kim, bảo hiểm y tế và hợp đồng bảo hiểm dạng tiền gửi. Các nhóm này khác nhau đáng kể về thời gian xác định dòng tiền của hợp đồng bảo hiểm và do đó, liên quan đến trách nhiệm bảo hiểm của các dòng tiền này. Ví dụ: bảo hiểm nhân thọ thường liên quan đến việc xây dựng phí bảo hiểm xảy ra trong thời gian dài, nhưng các khoản trả tiền bảo hiểm liên quan đến một sự kiện duy nhất (tử vong). Hợp đồng niên kim có thể có hoặc không liên quan đến thời gian tích lũy dài, nhưng nhìn chung có liên quan đến thời gian trả tiền bảo hiểm dài. Bảo hiểm y tế được bán theo năm, giống như bảo hiểm trách nhiệm - tài sản. Hợp đồng bảo hiểm loại tiền gửi không liên quan đến rủi ro tử vong hoặc tỷ lệ mắc bệnh, nhưng có thể khác nhau về thời hạn của dòng tiền tùy thuộc vào loại hợp đồng. Hợp đồng bảo đảm đầu tư (GIC) có xu hướng có thời lượng ngắn, trong khi niên kim nhất định, ví dụ, có thể có thời lượng dài hơn đáng kể.

Mặc dù các công ty bảo hiểm trong lĩnh vực sức khỏe-nhân thọ có thể và thường làm kinh doanh cả 4 nghiệp vụ trên, nhưng có tỷ trọng nghiệp vụ khác nhau. Do đó, sự khác biệt trong bản chất của trách nhiệm bảo hiểm của các hợp đồng có tác động lớn đến dự phòng kỹ thuật và yêu cầu thặng dư theo quy định, rất khó để phân tích tất cả các công ty bảo hiểm sức khỏe và nhân thọ tương tự nhau. Ví dụ, so sánh các công ty bảo hiểm hoạt động chủ yếu trong lĩnh vực bảo hiểm sức khỏe với những doanh nghiệp hoạt động trong lĩnh vực nhân thọ trên cơ sở lợi nhuận đầu tư là không có ý nghĩa vì các hợp đồng bảo hiểm sức khỏe chỉ cho phép đầu tư ngắn hạn và không thể so sánh lợi nhuận với những doanh nghiệp quản lý quỹ dự phòng nghiệp vụ bảo hiểm nhân thọ, quỹ này có xu hướng đầu tư trong thời gian dài hơn.

**2. Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ còn hiệu lực**

Tổng giá trị hợp đồng bảo hiểm nhân thọ còn hiệu lực năm 2003 của các công ty là khoảng 16,7 nghìn tỷ đô la, tăng hơn 5,7 nghìn tỷ đô la (tương đương 50%) so với một thập kỷ trước đó. Năm 2003, bảo hiểm nhân thọ cá nhân chiếm tỷ trọng lớn nhất trong tổng số hợp đồng bảo hiểm nhân thọ còn hiệu lực ở mức 56%, trong khi bảo hiểm nhân thọ nhóm và tín dụng chiếm tỷ trọng 43% và 1% tương ứng.

Từ năm 1993 đến 2003, số lượng cá nhân được bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm cá nhân vẫn không đổi, trong khi giá trị hợp đồng tăng đều đặn trong giai đoạn trung bình 3,8%/năm. Bảo hiểm nhân thọ nhóm còn hiệu lực tăng với tốc độ cao hơn là 5%/năm, trong khi bảo hiểm tín dụng giảm cả về số lượng hợp đồng bảo hiểm và giá trị bảo hiểm (giảm ở mức 2,6%/năm).

Những con số này phản ánh xu hướng cung cấp bảo hiểm nhân thọ thông qua các hợp đồng nhóm lớn hơn là thông qua các kênh riêng lẻ. Sự thay đổi này có lẽ bị ảnh hưởng một phần bởi sự phổ biến của các chương trình ích lợi nhân viên được cung cấp bởi các chủ lao động trong những năm 1990. Các chương trình này cung cấp cho người lao động những quyền lợi dưới dạng một số tiền và cho phép nhân viên lựa chọn (trong giới hạn) số tiền sẽ được chi trả như thế nào. Thông thường nhân viên có thể chọn giữa nhận tiền mặt sau thuế hoặc trước thuế (nếu có thể) để gia tăng quyền lợi khác nhau thông qua các thỏa thuận nhóm được thực hiện bởi chủ lao động. Thông thường các quyền lợi bao gồm giá trị bảo hiểm nhân thọ nhất định thông qua thỏa thuận bảo hiểm nhóm của chủ lao động. Các thỏa thuận như vậy giúp cung cấp một cách hiệu quả các lựa chọn thay thế thuận tiện và hiệu quả về chi phí khi mua bảo hiểm riêng lẻ. Giá trị bổ sung thường có thể được mua trên cơ sở sau thuế thông qua chính sách nhóm tương tự (có giới hạn tối đa, thường được tính bằng bội số thu nhập).

**3. Phí bảo hiểm nhân thọ**

Thế kỷ 20 đã chứng kiến sự gia tăng đáng kể về doanh thu phí bảo hiểm của các các công ty bảo hiểm nhân thọ - sức khỏe trong ba phân khúc chính của doanh nghiệp bảo hiểm nhân thọ. Chỉ riêng doanh thu phí bảo hiểm nhân thọ đã tăng từ 776 triệu đô la năm 1915 lên xấp xỉ 130 tỷ đô la năm 2003. Phí bảo hiểm niên kim và phí bảo hiểm sức khỏe cũng cho thấy sự tăng trưởng ngoạn mục trong thế kỷ qua. Phí bảo hiểm sức khỏe đã tăng từ 1 tỷ đô la năm 1950 lên 109 tỷ đô la năm 2003 và phí bảo hiểm niên kim đã tăng 6 triệu đô la năm 1915 lên 265 tỷ đô la năm 2003.

Mặc dù xu hướng chung cho phí bảo hiểm sức khỏe-nhân thọ đang tăng rõ rệt đối với cả ba loại, nhưng tỷ lệ thu nhập phí bảo hiểm liên quan đến các sản phẩm bảo hiểm khác nhau đã thay đổi mạnh mẽ trong những năm qua, phù hợp với những thay đổi về nhân khẩu học liên quan đến hiện đại hóa và già hóa dân số. Đặc biệt, trong suốt nửa thế kỷ qua, bảo hiểm niên kim (nhóm và cá nhân) đã vượt qua bảo hiểm nhân thọ là nguồn thu nhập cao nhất của ngành bảo hiểm nhân thọ - sức khỏe, trong khi phí bảo hiểm sức khỏe cũng tăng lên như một phần của tổng phí bảo hiểm. Trong khi đó vào năm 1915, niên kim chiếm chưa đến 1% trong tổng số phí bảo hiểm ròng, năm 2003, chúng chiếm hơn một nửa tổng số phí bảo hiểm sức khỏe và nhân thọ, gấp đôi số phí bảo hiểm nhân thọ.

Từ năm 1950 đến 2003, phí bảo hiểm sức khỏe thể hiện xu hướng tương tự, chiếm tỷ trọng 12,2% phí bảo hiểm năm 1950 thành tỷ trọng 21,6% phí bảo hiểm năm 2003. Sản phẩm bảo hiểm niên kim cá nhân tăng trưởng nhanh nhất, tăng từ 22,4% lên 32,2% tổng phí bảo hiểm trong giai đoạn này.

Số lượng các giao dịch của doanh nghiệp bảo hiểm sức khỏe - nhân thọ trên khắp các tiểu bang và vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ khác nhau đáng kể. 5 bang có doanh thu phí bảo hiểm nhân thọ - sức khỏe lớn nhất là là Bang California (55 tỷ đô la), New York (49 tỷ đô la), Texas và Florida (37 tỷ đô la) và Illinois (29 tỷ đô la). Bang Pennsylvania (doanh thu phí 24 tỷ USD), Bang New Jersey (doanh thu phí 24 tỷ đô la) và Bang Massachusetts (doanh thu phí 22 tỷ đô la) là những tiểu bang quan trọng khác đối với bảo hiểm sức khỏe – nhân thọ.

**4. Mức độ tập trung thị trường**

Mức độ tập trung trong thị trường tài chính được tính toán theo tổng doanh thu của một ngành nhất định (hoặc một số thước đo sức mạnh thị trường khác) được phân phối trên các công ty thành phần của nó. Ngành có mức độ tập trung cao là ngành có ít công ty nhưng chiếm thị phần lớn trong tổng thị trường (ví dụ, như được tính toán theo doanh thu hoặc một số thước đo khác). Sự tập trung cao trong một ngành có thể được sử dụng để suy ra sự tồn tại của sức mạnh độc quyền (nghĩa là là sự thiếu vắng cạnh tranh) trong ngành công nghiệp đó. Từ năm 1993 đến 2003, thị trường bảo hiểm nhân thọ - sức khỏe ngày càng tập trung.

Từ năm 1993 đến 2003, tất cả các ngành nghề kinh doanh đều tăng mức độ tập trung được đo bằng tỷ trong doanh thu phí bảo hiểm ròng bởi các công ty lớn nhất (tức là 5 hoặc 10 doanh nghiệp) trong mỗi danh mục. Các sản phẩm bảo hiểm niên kim (cá nhân và nhóm) và các sản phẩm bảo hiểm sức khỏe và tai nạn giảm mức độ tập trung từ năm 1993 đến năm 1998 phù hợp với sự thay đổi lực lượng thị trường ủng hộ các công ty bảo hiểm nhỏ hơn và cho phép họ chiếm thị phần lớn hơn. Tuy nhiên, xu hướng ngắn ngủi này đã bị đảo ngược trong nửa sau của thập kỷ; và đến năm 2003, mức độ tập trung đã vượt quá những năm trước trong tất cả các dòng sản phẩm, bao gồm cả dòng sản phẩm bảo hiểm niên kim và bảo hiểm tai nạn-sức khỏe. Mức độ tập trung tương ứng cho toàn bộ ngành nhân thọ - sức khỏe tăng đối với cả 5 và 10 công ty hàng đầu, nhưng giảm đối với công ty lớn nhất.

Giá trị chỉ số cao hơn biểu thị mức độ tập trung cao hơn, tức là ít cạnh tranh hơn và chịu sự lạm dụng quyền lực độc quyền. Điểm 10.000 cho thấy sự độc quyền hoàn toàn, trong khi các ngành cạnh tranh cao có chỉ số Herfindahl gần bằng không. Nói một cách đơn giản, Bộ Tư pháp Hoa Kỳ (DOJ), cơ quan quản lý liên bang chịu trách nhiệm giám sát trong các vấn đề chống độc quyền, coi các thị trường có chỉ số Herfmdahl dưới 1.000 là không tập trung, những thị trường có chỉ số Herfmdahl từ 1.000 đến 1.800 là thị trường tập trung trung bình, các thị trường có chỉ số lớn hơn 1.800 là thị trường tập trung cao độ.

Khả năng cạnh tranh (hoặc tập trung) của một ngành có ảnh hưởng đến các loại hoạt động mua bán và sáp nhập mà các cơ quan quản lý (ví dụ, DOJ) sẽ cho phép trong bất kỳ thị trường nào. Sáp nhập và mua lại (M&A) dẫn đến một ngành có giá trị Herfmdahl dưới 1.000 thường nhận được sự chấp thuận của DOJ. Tuy nhiên, khi các hoạt động M&A dẫn đến các giá trị Herfindahl trong phạm vi từ 1.000 đến 1.800 thì phải chịu sự giám sát của DOJ. Các hoạt động dẫn đến sự gia tăng chỉ số Herfmdahl ít hơn 100 thường được phê duyệt, trong khi những hoạt động dẫn đến sự gia tăng lớn hơn về mức độ tập trung của ngành được coi là có vấn đề hơn. Các thị trường có chỉ số Herfmdahl trên 1.800 được DOJ coi là bằng chứng về sự tập trung cao độ trong một ngành và do đó, hoạt động mua bán và sát nhập trong các ngành đó phải chịu sự giám sát chặt chẽ hơn của cơ quan quản lý. Chỉ số Herfmdahl tăng dưới 50 điểm trên thang điểm thường được coi là bình thường, trong khi tăng vượt quá 100 được coi là có vấn đề.

Ngoại trừ dòng sản phẩm bảo hiểm nhân thọ, mà thực tế có thể bỏ qua được so với các dòng bảo hiểm khác, các dòng sản phẩm bảo hiểm nhân thọ - sức khỏe không tập trung theo tiêu chuẩn DOJ. Các dòng sản phẩm bảo hiểm tín dụng và bảo hiểm nhân thọ nhóm là gần với mức độ tập trung vừa phải với chỉ số Herfindahl tương ứng là 875 và 776, nhưng chúng cũng là những dòng tương đối nhỏ về thị phần (tỷ trọng kết hợp chiếm khoảng 5% tổng phí bảo hiểm ròng nhân thọ - sức khỏe). Hầu hết các dòng sản phẩm bảo hiểm (bao gồm gần 95% tổng phí bảo hiểm ròng) đều nằm dưới ngưỡng chỉ số Herfmdahl là 1.000.

Ngoại trừ dòng sản phẩm bảo hiểm niên kim nhóm, các chỉ số Herfmdahl có xu hướng tăng theo thời gian. Đáng chú ý nhất là toàn bộ ngành bảo hiểm nhân thọ - sức khỏe đã trở nên tập trung hơn trong giai đoạn này như được phản ánh trong sự thay đổi số lượng công ty bảo hiểm hoạt động và trong chỉ số Herfmdahl theo thời gian. Từ năm 1993 đến 2003, số lượng công ty bảo hiểm nhân thọ - sức khỏe đã giảm khoảng 50% từ 1.140 xuống còn 548. Trong cùng thời gian này, chỉ số Herfindahl tăng từ 184.1 lên 244.2. Xu hướng tăng mức độ tập trung không có gì đáng ngạc nhiên khi xu hướng tiếp tục hợp nhất trong ngành bảo hiểm vì các công ty bảo hiểm phải chịu áp lực cạnh tranh nhiều hơn từ các ngành dịch vụ tài chính khác từ bên ngoài.

**5. Hình thức tổ chức**

Ở Hoa Kỳ, các công ty bảo hiểm có thể được tổ chức một trong một số hình thức pháp lý. Mặc dù không có lý thuyết nào cho thấy các công ty bảo hiểm không thể thuộc sở hữu của một cá nhân hoặc đối tác, đặc biệt, việc kinh doanh bảo hiểm nhân thọ, đòi hỏi sự hoạt động lâu dài và sức mạnh tài chính nhất định. Do đó, các công ty bảo hiểm của Hoa Kỳ phải có hình thức hợp pháp của một công ty. Ngoài việc được tổ chức thành các tập đoàn, hầu hết các công ty bảo hiểm nhân thọ - sức khỏe đều có một trong hai hình thức tổ chức nổi bật: hình thức cổ phần và tương hỗ. Các công ty cổ phần bảo hiểm được tổ chức với mục đích chính là tạo ra lợi nhuận cho các cổ đông của họ, cho dù họ là nhà đầu tư cá nhân hay tổ chức. Trong các công ty cổ phần bảo hiểm, các chủ hợp đồng bảo hiểm không có quyền sở hữu hợp pháp của công ty; họ chỉ là người tham gia bảo hiểm. Mặt khác, các công ty bảo hiểm tương hỗ thực sự thuộc sở hữu của các chủ hợp đồng của công ty. Không giống như các công ty cổ phần có thể thuộc sở hữu của các công ty cổ phần khác hoặc công ty tương hỗ khác, các công ty bảo hiểm tương hỗ không thể thuộc sở hữu của bất kỳ thực thể nào ngoài các chủ hợp đồng bảo hiểm. Do đó, các công ty bảo hiểm tương hỗ không được coi là chủ sở hữu bên ngoài và có thể tập trung hoàn toàn vào việc theo đuổi các mục tiêu của các chủ hợp đồng. Điều này được thực hiện chủ yếu bằng cách cung cấp dịch vụ bảo hiểm và bằng cách phân phối lợi nhuận của công ty cho các chủ hợp đồng dưới dạng cổ tức cho hợp đồng của họ.

Công ty bảo hiểm tương hỗ có tỷ trọng sản phẩm bảo hiểm nhân thọ cá nhân chiếm khoảng khoảng 25% phí bảo hiểm. Bảo hiểm nhân thọ nhóm, bảo hiểm niên kim cá nhân và dòng niên kim nhóm có xu hướng bị chi phối nhiều hơn bởi hình thức cổ phần hơn là dòng sản phẩm bảo hiểm nhân thọ cá nhân. Đối với những dòng này, các công ty bảo hiểm tương hỗ có tỷ trọng phí bảo hiểm dưới 15% tổng phí bảo hiểm ròng.

Trước những năm 1960, các công ty bảo hiểm tương hỗ thường lớn hơn các công ty cổ phần bảo hiểm và có xu hướng chiếm lĩnh thị trường bảo hiểm nhân thọ, nhưng điều này đã thay đổi trong những thập kỷ gần đây. Tầm quan trọng ngày càng tăng của việc phát triển tài khoản riêng biệt và việc phi tương hỗ hóa của một số công ty bảo hiểm tương hỗ lớn nhất đã làm thay đổi. Thật vậy, sự tăng trưởng và tính cạnh tranh cao trong ngành bảo hiểm đã thúc đẩy các công ty bảo hiểm chuyển sang các hình thức tổ chức mang lại sự linh hoạt và quyền quản lý cao hơn.

Đã có nhiều thảo luận để hiểu và giải thích về sự tồn tại đồng thời của nhiều hình thức tổ chức trên thị trường bảo hiểm. Một điểm khác biệt lớn giữa hình thức cổ phần và các hình thức tương hỗ liên quan đến cách họ quản lý các mâu thuẫn tồn tại giữa ba vai trò chính là vai trò đại lý bảo hiểm, quản lý công ty (chịu rủi ro liên quan đến hoạt động của doanh nghiệp) và vai trò là khách hàng hoặc chủ hợp đồng bảo hiểm. Trong thực tế, các hình thức tổ chức khác nhau phát sinh là lựa chọn tối ưu từ phía các công ty bảo hiểm đối với tình huống mà họ gặp phải, cân bằng các xung đột giữa ba lực lượng hoặc vai trò này. Các hình thức tổ chức thay thế có những thế mạnh khác nhau trong việc xử lý các xung đột cụ thể. Ví dụ, các công ty cổ phần bảo hiểm có khả năng giải quyết tốt hơn các mâu thuẫn lợi ích chủ sở hữu vì cơ chế giám sát ưu việt có sẵn trong hình thức tổ chức sở hữu cổ phần để chủ sở hữu giám sát và kiểm soát các nhà quản lý, như tranh quyền đại diện và lương bổng đãi ngộ thông qua các quyền chọn cổ phiếu. Mặt khác, các công ty bảo hiểm tương hỗ có khả năng kiểm soát mâu thuẫn giữa chủ sở hữu và chủ hợp đồng tốt hơn vì vai trò của chủ sở hữu và chủ hợp đồng được hợp nhất trong hình thức tương hỗ. Công ty cổ phần cũng có lợi thế, không bị mất chi phí đại lý, có khả năng tiếp cận vốn vượt trội thông qua thị trường chứng khoán. Theo sau đó, xu hướng phi tương hỗ hóa trong những thập kỷ gần đây bằng cách nào đó phản ánh bối cảnh mà các công ty bảo hiểm phải đối mặt làm thay đổi khả năng cạnh tranh tương đối của các công ty cổ phần so với các hình thức tổ chức tương hỗ.

Sự pha trộn giữa công ty cổ phần bảo hiểm và các công ty bảo hiểm tương hỗ đã không thay đổi đáng kể trong những năm gần đây. Điều này có thể là do thực tế là sự hợp nhất giữa các công ty cổ phần bảo hiểm đi kèm với làn sóng phi tương hỗ hóa. Tuy nhiên, về doanh thu phí bảo hiểm thì tình hình hoàn toàn khác. Năm 2003, các công ty cổ phần bảo hiểm chứng khoán chiếm thị phần hơn 80% tổng phí bảo hiểm ròng của ngành, tăng từ khoảng 60% 10 năm trước đó. Khi thị trường tài chính ở Hoa Kỳ phát triển và tăng trưởng về quy mô và với việc thông qua Đạo luật Gramm-Leach-Bliley năm 1999, các công ty bảo hiểm đã cảm thấy áp lực phải tăng cường hoạt động kinh doanh bảo hiểm cốt lõi và mở rộng sang các thị trường dịch vụ tài chính mới. Trong một môi trường như vậy, việc tiếp cận vốn cổ phần được coi là một phần ngày càng quan trọng của sự thành công và thậm chí là sự sống còn của công ty còn bởi vì áp lực cạnh tranh có xu hướng áp đặt giới hạn về tỷ lệ tích lũy vốn thông qua quá trình giữ lại lợi nhuận. Khi xu hướng này phát triển, ngành bảo hiểm nói chung và ngành bảo hiểm nhân thọ - sức khỏe, đặc biệt đã trải qua một sự thay đổi rõ ràng từ hình thức tổ chức tương hỗ sang hình thức cổ phần.

Do các quy định về vốn và thặng dư ban đầu khắt khe điển hình của cơ quan quản lý bảo hiểm, hầu hết các công ty bảo hiểm mới được thành lập là công ty cổ phần bảo hiểm. Ngoài ra, trong khi các công ty bảo hiểm có thể chuyển đổi thành công ty tương hỗ, xu hướng hiện nay của các công ty bảo hiểm hiện tại là theo hướng ngược lại: các công ty tương hỗ đang chuyển đổi thành công ty cổ phần. Nhiều công ty bảo hiểm trước đây được tổ chức dưới hình thức tương hỗ đã hoàn thành hoặc đang tích cực theo đuổi quá trình phi tương hỗ hóa, theo đó họ trở thành công ty cổ phần bảo hiểm hoặc là dưới hình thức tập đoàn với một số khả năng (thậm chí có phần hạn chế) tiếp cận thị trường chứng khoán.

Mặc dù có nhiều yếu tố dẫn đến việc phi tương hỗ hóa, nghiên cứu cho thấy một động lực chính là khả năng tiếp cận vốn. Ví dụ, một nghiên cứu xác định sự gia tăng tính thanh khoản đáng kể của các tài sản do các công ty bảo hiểm nhân thọ - sức khỏe nắm giữ sau khi chuyển đổi từ hình thức tương hỗ sang hình thức tổ chức cổ phần. Vì tính thanh khoản của tài sản liên quan đến khả năng tiếp cận của các công ty bảo hiểm nhân thọ - sức khỏe đối với các loại vốn tức thời cần thiết để đối phó với khoản giải ước hợp đồng và các khoản dao động bồi thường bảo hiểm sức khỏe, nên có thể kết luận rằng động lực chính của việc phi tương hỗ hóa là do muốn tiếp cận nhiều hơn với nguồn vốn lưu động này.

Việc phi tương hỗ hóa có thể tiến hành theo một trong nhiều cách khác nhau. Việc phi hạt nhân hóa hoàn toàn liên quan đến việc chuyển đổi hoàn toàn hình thức tương hỗ thành hình thức cổ phần bằng cách mua sở hữu của các chủ hợp đồng trong công ty và phát hành cổ phiếu để thành lập công ty mới cho các cổ đông mới. Sự phi tương hỗ hóa này xảy ra khi công ty bảo hiểm tương hỗ được chuyển đổi được mua bởi một công ty khác. Một cách thức chuyển đổi gần đây liên quan đến việc hình thành một công ty cổ phần tương hỗ (MHC). Trong trường hợp này, một công ty cổ phần mẹ được thành lập, thông qua việc chuyển đổi, sẽ trực tiếp sở hữu công ty cổ phần bảo hiểm mới. Cổ phần ban đầu trong công ty cổ phần tương hỗ (MHC) được phát hành cho các chủ hợp đồng bảo hiểm và các cổ phiếu mới có thể được phát hành cho các cổ đông khác, nhìn chung hình thức này có những hạn chế đối với các chủ hợp đồng đối với phần lớn quyền biểu quyết trong công ty mẹ.

Mặc dù khả năng tiếp cận vốn là động lực chính cho việc phi tương hỗ hóa, nhưng cũng có những lý do khác khiến đây có thể là một sự thay thế hấp dẫn cho các công ty bảo hiểm. Chúng bao gồm sự linh hoạt hơn của liên kết đối với các công ty cổ phần bảo hiểm (ví dụ với các tổ chức tài chính khác, chẳng hạn như ngân hàng), lợi thế về thuế liên quan đến hình thức cổ phần và việc sử dụng cổ phần không liên quan đến tài chính doanh nghiệp (ví dụ như một loại "tiền tệ có thể giao dịch" để sử dụng trong các hoạt động mua bán và sát nhập và để sử dụng trong bồi thường quản lý). Trong số các động cơ thay thế này, có lẽ đáng kể nhất là sự linh hoạt hơn trong cách các công ty cổ phần có thể liên kết (tức là, sắp xếp cấu trúc công ty).

Ở Hoa Kỳ, bản chất của các chi nhánh của các tổ chức tài chính có ý nghĩa quan trọng đối với việc áp dụng các quy định đối với các chi nhánh công ty trực thuộc. Vì các công ty bảo hiểm tương hỗ phải thuộc sở hữu của các chủ hợp đồng, họ không thể liên kết với các công ty dịch vụ tài chính khác không thuộc chủ sở hữu hợp đồng: các công ty tương hỗ có thể sở hữu các công ty dịch vụ tài chính khác, nhưng các công ty dịch vụ tài chính khác không thể sở hữu công ty tương hỗ. Khả năng liên kết của công ty tương hỗ với các tổ chức tài chính khác bị hạn chế bởi thực tế là các công ty tham gia vào hoạt động bảo hiểm, nhìn chung mà nói công ty tương hỗ có yêu cầu bổ sung khắt khe hơn so với những loại hình khác về chất lượng tài sản, mức vốn và mức thặng dư. Do những yêu cầu này, nhìn chung các doanh nghiệp bảo hiểm cho dù là công ty cổ phần hay công ty tương hỗ không nên nắm giữ các công ty phi bảo hiểm như các công ty con. Trong một môi trường mà cả chiều sâu và chiều rộng của các dịch vụ tài chính mà một công ty cung cấp có ý nghĩa đối với khả năng cạnh tranh của nó trên thị trường, sự thiếu linh hoạt này đối với các công ty bảo hiểm tương hỗ được coi là một bất lợi thực sự.

Sự lựa chọn hình thức tổ chức thường có ảnh hưởng hoặc phản ánh các khía cạnh khác của hoạt động của các công ty bảo hiểm. Giả thuyết cấu trúc hiệu quả cho rằng các công ty bảo hiểm có thể cân bằng hiệu quả giữa quản lý, chịu rủi ro và xung đột lợi ích khách hàng, điều này khiến họ lựa chọn hình thức tổ chức tối ưu trong thực tế. Các công ty cổ phần, ví dụ, được đặc trưng bởi sự phân tách vai trò của người quản lý, chủ sở hữu và chủ hợp đồng. Điều này được cho là thúc đẩy chức năng chuyên môn hóa mà mỗi người thực hiện, do đó dẫn đến chi phí thấp hơn so với các công ty tương hỗ, công ty kết hợp vai trò của cổ đông và chủ sở hữu.

Mặt khác, vai trò kép của các chủ hợp đồng là khách hàng và chủ sở hữu của các công ty tương hỗ có ý nghĩa đối với việc quản lý công ty và hoạt động của công ty. Ví dụ, do các cổ đông chủ yếu quan tâm đến lợi nhuận, họ có thể muốn chịu rủi ro lớn hơn (tức là, bằng cách đầu tư tài sản dự phòng kỹ thuật vào các tài sản có rủi ro cao thay vì rủi ro thấp) để tăng mức lợi nhuận dự kiến. Mặt khác, các chủ hợp đồng, chủ yếu quan tâm đến khả năng thanh toán và do đó, thường sẽ thích phân bổ vào tài sản ít rủi ro hơn cho các tài sản của công ty. Trong trường hợp các công ty bảo hiểm tương hỗ có thể quản lý hiệu quả hơn xung đột giữa hai chức năng này (tức là bằng cách hợp nhất chúng thành một chủ hợp đồng sở hữu duy nhất), trong một số trường hợp, họ có thể có lợi hơn so với các công ty cổ phần bảo hiểm.

Kết quả là sự lựa chọn hình thức tổ chức có ý nghĩa đối với hiệu quả và lợi nhuận của các công ty bảo hiểm. Thậm chí hình thức cổ phần và tương hỗ có thể được coi là đại diện cho các phương thức kinh doanh khác nhau, vì chúng khác nhau đáng kể về mặt sản xuất, chi phí và doanh thu tương ứng. Không có gì đáng ngạc nhiên khi các công ty cổ phần thường có tỷ lệ vốn và thặng dư lớn hơn so với các công ty tương hỗ mặc dù sự khác biệt dường như đã giảm trong những năm gần đây. Điều này phù hợp với cơ sở các công ty cổ phần có thể huy động vốn thông qua việc chào bán cổ phần chẳng hạn. Trong hầu hết các năm đầu xảy ra trong giai đoạn 1993 đến 2003, các công ty cổ phần bảo hiểm có tỷ lệ chi phí trung bình cao hơn so với các công ty bảo hiểm tương hỗ, trong khi các công ty tương hỗ có tỷ lệ lợi ích lớn hơn. Tuy nhiên, những khác biệt này đã bị suy giảm và thậm chí đôi khi đảo ngược với làn sóng phi tương hỗ hóa bắt đầu vào cuối những năm 1990 và đầu những năm 2000.

**6. Hệ thống phân phối**

Ở Hoa Kỳ, doanh số bán bảo hiểm nhân thọ có thể được phân loại theo công ty dịch vụ tài chính liên quan đến tiếp thị và hệ thống bán hoặc phân phối sản phẩm bảo hiểm. Trong một số trường hợp có mối quan hệ khác biệt giữa hai bên. Ngày càng nhiều các công ty bán sản phẩm bảo hiểm nhân thọ - sức khỏe sử dụng một loạt các kênh phân phối khác nhau để bán sản phẩm của họ. Các kênh phân phối sản phẩm khác nhau có thể được chia thành ba loại chính, bao gồm trung gian bảo hiểm, bán bảo hiểm trực tiếp và các tổ chức tài chính (không bao gồm công ty bảo hiểm) khác.

Các trung gian bảo hiểm là kênh phân phối truyền thống nhất và cho đến nay là phổ biến nhất trong ba kênh phân phối. Phân phối thông qua các trung gian bảo hiểm chiếm hơn 90% doanh số bán bảo hiểm mới ở Hoa Kỳ. Trung gian bảo hiểm bao gồm các đại lý bảo hiểm, môi giới bảo hiểm và nhân viên bảo hiểm được trả lương. Họ tương tác với người mua bảo hiểm thông qua tiếp xúc trực tiếp để thực hiện bán hàng. Các trung gian bảo hiểm thường thuộc một trong hai loại tổ chức phân phối cơ bản: kênh phân phối xây dựng đại lý, trong đó công ty bảo hiểm chủ động thuê, đào tạo và tổ chức một lực lượng bán hàng của riêng mình và kênh phân phối là các tổ chức mà họ tạo điều kiện, tổ chức và ủy quyền bán sản phẩm của mình thông qua các cá nhân (và các nhóm cá nhân) hoạt động độc lập với các công ty bảo hiểm.

Hầu hết bảo hiểm nhân thọ được bán thông qua kênh xây dựng đại lý bởi các đại lý bảo hiểm được gắn trực tiếp với công ty bảo hiểm hỗ trợ các sản phẩm bảo hiểm được bán. Ở Hoa Kỳ, kênh phân phối này có một số hình thức cụ thể bao gồm: đại lý chuyên nghiệp, đại lý độc quyền (bán nhiều dòng sản phẩm) và nhân viên được trả lương của các công ty bảo hiểm. Đại lý chuyên nghiệp là hình thức phổ biến nhất của trung gian bảo hiểm đối với ngành bảo hiểm nhân thọ - sức khỏe. Các trung gian này hoạt động trên cơ sở hoa hồng và được tổ chức theo hệ thống chi nhánh hoặc hệ thống đại lý chung. Các hệ thống chi nhánh là hệ thống phân phối chính cho hầu hết các công ty bảo hiểm nhân thọ lớn của Hoa Kỳ. Đối với hình thức này, các đại lý bán hàng được tổ chức dưới một người quản lý được thuê bởi công ty bảo hiểm trực tiếp và chịu trách nhiệm thuê, đào tạo và cung cấp thông tin, dịch vụ văn thư và hỗ trợ khác cần thiết cho hoạt động đại lý trong một khu vực địa lý nhất định. Các hệ thống đại lý tương tự, nhưng được quản lý bởi một tổng đại lý thường nhận được ít hỗ trợ tài chính và hậu cần hơn từ công ty bảo hiểm, nhưng nhận được sự nhiều hoa hồng hơn dựa trên doanh số bán hàng trong khu vực mà đại lý đó chịu trách nhiệm. Các đại lý chuyên nghiệp thường hoạt động từ một văn phòng chung hoặc chia sẻ với công ty bảo hiểm của họ.

Hai loại kênh phân phối khác là đại lý độc quyền và nhân viên làm công ăn lương, đại diện cho các tỷ trọng nhỏ hơn đáng kể của doanh số bán bảo hiểm nhân thọ mới. Đại lý độc quyền bán một loạt các sản phẩm bảo hiểm cho một công ty bảo hiểm duy nhất hoặc cho một nhóm các công ty bảo hiểm trực thuộc, bao gồm cả các sản phẩm bảo hiểm tài sản – trách nhiệm và nhân thọ - sức khỏe. Các đại lý này hoạt động với sự giám sát và hỗ trợ ít hơn từ các công ty bảo hiểm so với các đại lý chuyên nghiệp và thường có văn phòng riêng thay vì hoạt động trong văn phòng chia sẻ. Một số lượng ít, nhưng ngày càng tăng các công ty bảo hiểm nhân thọ - sức khỏe sử dụng hình thức phân phối này. Sự tăng trưởng gần đây trong việc sử dụng hệ thống phân phối này được cho là do tỷ lệ mất chủ hợp đồng thấp hơn và tính kinh tế liên quan đến việc đưa ra một loạt các sản phẩm bảo hiểm khác nhau. Nhân viên hưởng lương của các công ty bảo hiểm thường được sử dụng nhiều nhất để bán sản phẩm bảo hiểm nhân thọ và bảo hiểm sức khỏe nhóm. Những nhân viên bán hàng này được trả tiền gần như độc quyền thông qua các thỏa thuận lương, mặc dù tiền thưởng bán hàng cũng được sử dụng để kích thích và khuyến khích các nỗ lực bán hàng.

Các kênh phân phối phi đại lý chính cho bảo hiểm nhân thọ - sức khỏe là các công ty môi giới và nhóm nhà sản xuất. Các công ty môi giới là nhân viên bán bảo hiểm hoạt động độc lập với các công ty bảo hiểm. Nói chung, mức lương thưởng của họ là dựa trên hoa hồng và không bắt buộc phải đáp ứng mức doanh số tối thiểu để duy trì mối liên hệ với các công ty bảo hiểm có sản phẩm mà họ bán. Các nhà môi giới bảo hiểm sức khỏe bán hợp đồng cho nhiều công ty bảo hiểm thường ở các thị trường cao cấp (phí bảo hiểm tương đối đắt hơn thường liên quan đến sự phức tạp hoặc khó khăn trong việc mô hình hóa rủi ro) trong đó sự bổ sung chuyên môn về sản phẩm có giá trị nhất. Nhóm nhà sản xuất là các tổ chức bán sản phẩm tồn tại độc lập với các công ty bảo hiểm. Các tổ chức này đàm phán thỏa thuận đặc biệt với các công ty bảo hiểm cung cấp hoa hồng hào phóng hơn, nhưng không được hưởng dịch vụ hỗ trợ cần thiết cho hầu hết các đại lý khác. Các dịch vụ hỗ trợ bảo hiểm là không cần thiết đối với nhóm này vì họ thường phát triển các hệ thống hỗ trợ nghiên cứu và bán hàng tinh vi của riêng họ, điều này mang lại hiệu quả cạnh tranh khi họ tìm cách tìm kiếm các công ty bảo hiểm với phù hợp với khách hàng.

Ngoài các kênh trung gian, nhiều công ty bảo hiểm sử dụng bán hàng trực tiếp để tiếp cận khách hàng tiềm năng. Bán hàng trực tiếp bao gồm các hoạt động bán hàng tiếp xúc trực tiếp chưa được xác nhận với khách hàng tiềm năng. Các kênh tiêu biểu được sử dụng cho loại hình tiếp thị này bao gồm quảng cáo trên truyền hình, chào mời qua điện thoại, gửi thư trực tiếp và Internet. Mặc dù hình thức tiếp thị và phân phối này tương đối không đáng kể (chỉ có 2% phí bảo hiểm nhân thọ năm đầu tiên năm 2001), nhưng nó có thể trở nên quan trọng hơn khi khách hàng ngày càng thông thái hơn và do đó sẵn sàng giao dịch trực tiếp với các công ty bảo hiểm thay vì qua trung gian bảo hiểm. Tuy nhiên, các phương thức bán hàng trực tiếp cũng có khả năng tiếp tục kém hiệu quả trong việc giảm thiểu các vấn đề bất cân xứng thông tin so với các phương pháp dựa trên đại lý hoặc nhà môi giới, nơi trung gian bảo hiểm cung cấp các dịch vụ bảo hiểm bổ sung, như tăng khả năng thu thập thông tin, liên quan đến bán cho khách hàng thông qua tương tác trực tiếp.

Các công ty bảo hiểm không phải là tổ chức tài chính duy nhất bán sản phẩm bảo hiểm. Trong số các loại hình dịch vụ tài chính khác mà các công ty bán sản phẩm bảo hiểm nhân thọ là các tổ chức ngân hàng thương mại và ngân hàng đầu tư, các tổ chức quỹ tương hỗ, tín dụng công đoàn và các tổ chức khác. Các tổ chức tài chính phi bảo hiểm có thể cung cấp các sản phẩm bảo hiểm cho khách hàng của họ trong nỗ lực tăng phạm vi dịch vụ tài chính mà họ có thể cung cấp cho khách hàng của mình. Mặc dù các công ty này có thị phần tương đối nhỏ trong thị trường bảo hiểm nhân thọ - sức khỏe (chưa đến 5% doanh số mới), nhưng họ có một phần lớn thị trường bảo hiểm và niên kim thả nổi (trên 20% doanh số niên kim mới). Trong một quyết định năm 1995, Tòa án Tối cao Hoa Kỳ đã quyết định rằng niên kim là sản phẩm tài chính nói chung và không nên được phân loại nghiêm ngặt như các sản phẩm bảo hiểm. Quyết định này đã đẩy nhanh sự thâm nhập của các tổ chức phi bảo hiểm vào thị trường bảo hiểm niên kim.

Trên cơ sở phí bảo hiểm ròng năm đầu tiên, các đại lý và môi giới chiếm thị phần gần như tất cả doanh số bán sản phẩm bảo hiểm mới trong tất cả các dòng sản phẩm. Vào năm 1993, hai kênh này chiếm gần 90% doanh số bán sản phẩm bảo hiểm mới. Năm 1998 và 2003, tỷ lệ này tăng lên hơn 94%. Trong khi phần lớn tiếp thị qua kênh đại lý và môi giới, các dòng sản phẩm bảo hiểm cá nhân khác nhau một chút về tỷ lệ doanh thu qua các kênh này. Ngoại trừ bảo hiểm niên kim cá nhân và nhóm năm 1993 và phân khúc bảo hiểm y tế và tai nạn, các phương thức tiếp thị không qua trung gian để đáp ứng trực tiếp và tiếp thị đại chúng tạo ra ít hơn 10% doanh số bán mới trong các dòng sản phẩm khác. Mặt khác, bảo hiểm tai nạn và y tế ít có khả năng được bán thông qua hai phương thức truyền thống là đại lý và môi giới. Đối với dòng sản phẩm bảo hiểm này, kênh bán bảo hiểm trực tiếp dường như đã tăng đáng kể trong những năm gần đây, đạt gần 15% trong năm 2003.

Mặc dù phí bảo hiểm ròng năm đầu tiên cung cấp toàn cảnh về hoạt động kinh doanh bảo hiểm mới trong năm, nhưng bỏ qua cân nhắc nộp phí liên tục cho các hợp đồng có hiệu lực từ những năm trước. Do nhiều sản phẩm bảo hiểm nhân thọ - sức khỏe có liên quan đến thời gian thanh toán phí bảo hiểm dài trước khi chấm dứt hợp đồng (bằng cách thanh lý tự nguyện hoặc do tỷ lệ các sự kiện được bảo hiểm), tầm quan trọng của việc gia hạn phí bảo hiểm là đáng kể.

**7. Tình hình tài chính và kết quả kinh doanh**

Tài khoản riêng của công ty bảo hiểm nhân thọ bao gồm chủ yếu các tài sản cơ sở bảo hiểm nhân thọ thả nổi, hợp đồng niên kim và hợp đồng hưu trí. Vai trò của các công ty bảo hiểm trong việc quản lý tài sản bao gồm tài khoản này có thể bao gồm từ việc tham gia tích cực vào việc lựa chọn đầu tư (ví dụ: lựa chọn chứng khoán riêng lẻ theo hướng dẫn khung do khách hàng xác định) cho đến chức năng chủ yếu là hành chính (ví dụ: khách hàng quyết định cổ phiếu đầu tư và công ty bảo hiểm chỉ việc thực hiện). Trong mọi trường hợp, chủ hợp đồng hoặc khách hàng phải chịu rủi ro đầu tư. Đặc tính này của các sản phẩm có tài khoản riêng phân biệt chúng với các sản phẩm bảo hiểm khác và cho phép các công ty bảo hiểm tránh các hạn chế đầu tư thông thường được áp đặt bởi các quy định của tiều bang. Mặt khác, một tài khoản chung của công ty bảo hiểm nắm giữ tài sản của các hợp đồng bao gồm các nghĩa vụ quyền lợi đảm bảo bằng tiền, các khoản thanh toán được thực hiện cho bảo hiểm nhân thọ thông thường và các thỏa thuận niên kim. Năm 2003, tài sản tài khoản chung chiếm tỷ trọng khoảng 68,9% tổng tài sản, tương đương 2,6 nghìn tỷ đô la. Trong số này, có khoảng 72% (1,9 nghìn tỷ USD) là trái phiếu, trong đó 55,4% trái phiếu doanh nghiệp và 16,6% trái phiếu chính phủ. Khoảng 22,4% trái phiếu là mua theo hình thức phát hành riêng lẻ (các điều khoản bán hàng được đàm phán trực tiếp giữa công ty bảo hiểm và công ty phát hành trái phiếu), trong khi 77,6% trái phiếu còn lại là mua trên thị trường chứng khoán. Các tài khoản riêng chiếm tỷ trọng 31,1% (khoảng 1,2 nghìn tỷ đô la) tổng tài sản.

Điều này cho thấy sự khác biệt về độ nhạy cảm tương ứng của hai tài khoản này đối với hiệu quả trên thị trường chứng khoán. Trong phần lớn thập kỷ rưỡi qua, vốn chủ sở hữu vượt trội so với tài sản đầu tư thu nhập cố định và điều này được phản ánh trong sự tăng trưởng của số dư tài khoản riêng so với tài sản tài khoản chung trong giai đoạn đó. Bắt đầu từ giữa năm 1999, thị trường chứng khoán Hoa Kỳ bắt đầu một thời kỳ trì trệ kéo dài đến hiện tại. Từ giữa năm 1999 đến 2003, các công ty bảo hiểm đã bị lỗ vốn trên tài khoản riêng của họ, trong khi tài sản tài khoản chung, chủ yếu bao gồm các khoản đầu tư phi cổ phiếu, tiếp tục tăng.

Trái phiếu doanh nghiệp là loại tài sản chiếm tỷ trọng lớn nhất trong tài khoản chung ở mức 58,3% (1,45 nghìn tỷ USD) trong tổng tài sản tài khoản chung. Trong đó, hai loại trái phiếu chiếm tỷ trọng lớn nhất là trái phiếu doanh nghiệp không liên kết có tỷ trọng 52,0% (1,3 nghìn tỷ đô la) và các trái phiếu ngành phục vụ công cộng có tỷ trọng 5,2% (130 tỷ đô la). Hầu hết trái phiếu doanh nghiệp được nắm giữ (71,3%) là các trái phiếu được giao dịch công khai, mặc dù các trái phiếu phát hành riêng lẻ cũng chiếm một tỷ lệ đáng kể là 28,7%. Vốn chủ sở hữu chỉ chiếm 3,9% tài sản tài khoản chung, nhỏ hơn so với các khoản vay thế chấp và khoản vay tạm ứng từ giá trị hợp đồng, tương ứng chiếm 10% và 4,1% tổng tài sản.

Hai xu hướng đáng chú ý nhất trong tổng tài sản trong thế kỷ trước là (1) sự gia tăng tương đối mạnh về tỷ lệ của các cổ phiếu nắm giữ (do sự gia tăng tỷ lệ cổ phiếu trong tài khoản riêng trong những thập kỷ gần đây) và (2) sự sụt giảm đáng kể trong tỷ trọng đầu tư vào các khoản vay thế chấp.

Sự khác biệt rõ ràng nhất giữa phân bổ tài khoản riêng và chung là tài sản tài khoản chung có tỷ trọng lớn nhất là đầu tư trái phiếu dài hạn (71,8%), trong khi tài sản tài khoản riêng biệt có tỷ trọng trọng nhất là đầu tư cổ phiếu (78%). Tài sản tài khoản chung được đầu tư thận trọng hơn vì phải tạo thành các khoản đầu tư dài hạn tương ứng với các khoản nợ dự phòng, do đó, thể hiện rủi ro từ phía các công ty bảo hiểm, những người phải sử dụng các tài sản đó để đáp ứng các nghĩa vụ hợp đồng của họ. Tài sản nắm giữ trong tài khoản chung cũng phải tuân theo các yêu cầu pháp lý liên quan đến chất lượng của chúng và liên quan đến tính phù hợp của chúng (tức là mức độ) liên quan đến trách nhiệm bảo hiểm của hợp đồng. Một ý nghĩa quan trọng liên quan đến sự khác biệt trong cách hai tài khoản này được đầu tư là lợi nhuận kết hợp trên tài sản của bất kỳ công ty bảo hiểm cụ thể nào và cho ngành sẽ phụ thuộc một phần vào sự kết hợp kinh doanh giữa tài khoản riêng và tài khoản chung.

Các khoản mục nợ phải trả chính đối với các công ty bảo hiểm nhân thọ - sức khỏe là dự phòng toán học (đối với các sản phẩm liên quan đến các khoản dự phòng bảo hiểm nhân thọ cũng như các hợp đồng loại tiền gửi), dự phòng bồi thường bảo hiểm, dự phòng cổ tức và dự phòng định giá tài sản. Dự phòng toán học là khoản mục chiếm tỷ trọng lớn nhất cho đến nay với gần 2 nghìn tỷ đô la. Các khoản trách nhiệm này bao gồm khoảng 722 tỷ đô la dự phòng cho bảo hiểm nhân thọ (thương mại, thông thường, tín dụng và nhóm), 974 tỷ đô la dự phòng sản phẩm bảo hiểm niên kim (cá nhân và nhóm) và khoảng 117 tỷ đô la dự phòng cho các loại bảo hiểm khác. Dự phòng bảo đảm lãi suất và dự phòng định giá tài sản (IMR và AVR) chiếm tỷ trọng tương đối nhỏ, nhưng đáp ứng các yêu cầu theo luật định được thiết kế để cung cấp một bước đệm chống lại tác động của lợi nhuận đầu tư bất lợi và biến động lãi suất. Dự phòng định giá tài sản hấp thụ cả lãi và lỗ vốn chưa thực hiện và không liên quan đến biến động lãi suất, trong khi dự phòng bảo đảm lãi suất chỉ hấp thụ lãi hoặc lỗ liên quan đến việc thay đổi lãi suất thị trường. Các tài khoản riêng có khoản nợ phải trả khoảng hơn 1 nghìn tỷ USD, khoảng 85% trong số đó là bảo hiểm niên kim cá nhân và nhóm. Các tài khoản riêng của hợp đồng bảo hiểm niên kim nhóm thường liên quan đến các chương trình hưu trí của các doanh nghiệp bảo hiểm nhân thọ thay mặt các doanh nghiệp làm, trong khi đó các hợp đồng bảo hiểm niên kim cá nhân thường là rất khác nhau. Vốn và thặng dư cho ngành bảo hiểm nhân thọ - sức khỏe đạt 218 tỷ USD năm 2003, tăng 12% từ 2002.

Tổng thu nhập là 710 tỷ USD trong năm 2003, bao gồm hai mục chính: thu nhập từ phí bảo hiểm và thu nhập đầu tư. Thu nhập phí bảo hiểm chiếm 70,3%, trong khi thu nhập đầu tư chiếm 20,2% còn 9,5% còn lại đến từ hoa hồng, chi phí dự phòng và điều chỉnh dự phòng về nhượng tái bảo hiểm, thu nhập từ phí quản lý tài khoản riêng, phí và lệ phí liên quan đến hợp đồng loại tiền gửi. Các chi phí bao gồm các trả tiền bảo hiểm, thay đổi trong dự phòng toán học, hoa hồng, cổ tức cho các chủ chính sách và các chi phí hoạt động khác. Trong số này, các khoản trả tiền bảo hiểm (361 tỷ USD) là chi phí lớn nhất chiếm tỷ trọng 53,8%. Trong số tiền này, các khoản trả giá trị giải ước và rút tiền được coi là khoản lớn nhất (173 tỷ USD), khoản bồi thường cho thương tật vĩnh viễn lớn thứ hai (82 tỷ USD), và khoản trả tiền niên kim và tử vong mỗi khoản khoảng 50 tỷ USD. Năm 2003, hoa hồng lên tới khoảng 9,2% phí bảo hiểm ở mức 46 tỷ đô la. Thuế thu nhập liên bang lên tới 19,7% lợi nhuận ròng trước thuế, và, năm 2003, ngành bảo hiểm đã trải qua khoản lỗ vốn ròng với số tiền 4,6 tỷ USD.

Do tính chất dài hạn của bảo hiểm nhân thọ và hợp đồng bảo hiểm niên kim và thời gian tương đối chênh lệch giữa việc trả tiền bảo hiểm với khi thu phí bảo hiểm, phương pháp tính toán tỷ lệ bồi thường không được sử dụng thường xuyên để đo lường hiệu quả hoạt động như khi chúng được sử dụng trong ngành bảo hiểm trách nhiệm - tài sản và các ngành bảo hiểm tai nạn và bảo hiểm y tế, với các hợp đồng có xu hướng ngắn hạn (thường có thời hạn một năm). Các tài khoản riêng của bảo hiểm niên kim nhóm thường được liên kết với các chương trình hưu trí được quản lý bởi các công ty bảo hiểm sức khỏe thay mặt các công ty, trái ngược với tài khoản riêng của bảo hiểm niên kim cá nhân thường thuộc loại thả nổi.

Điều đầu tiên cần lưu ý là tỷ lệ chi phí thay đổi rất ít trong thập kỷ qua đối với tất cả các ngành nghề kinh doanh. Trong đó, có một số năm vào cuối những năm 1990 và đầu những năm 2000, ngành bảo hiểm cải thiện được tỷ lệ chi phí với tỷ lệ 19,3% trong năm 2003 hầu như không thay đổi so với năm 1993; mặc dù thực tế là tỷ lệ chi phí có tăng lên trong mỗi dòng sản phẩm riêng. Điều này chủ yếu là do sự thay đổi trong thành phần kinh doanh đối với các dòng sản phẩm bảo hiểm niên kim (có tỷ lệ chi phí thấp hơn ngay cả sau sự suy giảm gần đây so với các dòng sản phẩm bảo hiểm nhân thọ có trước khi suy giảm). Dòng sản phẩm bảo hiểm nhân thọ cá nhân và nhóm tăng từ 10,6% và 14,6% năm 1993 lên 17,4% và 17,6% năm 2003. Đồng thời, dòng sản phẩm bảo hiểm niên kim cá nhân và nhóm tăng từ 10,7% và 4,2% lên 11% và 7,3%. Tỷ lệ chi phí cho sản phẩm bảo hiểm tai nạn và sức khỏe tăng từ 27,9% lên 28,4%. Tỷ lệ bồi thường của bảo hiểm tai nạn và bảo hiểm y tế tăng lên trong khoảng thời gian này và chỉ giảm một chút trong những năm gần đây.

**B. THỊ TRƯỜNG BẢO HIỂM PHI NHÂN THỌ MỸ**

**1. Cấu trúc thị trường**

Hoa Kỳ có thị trường bảo hiểm tài sản – trách nhiệm lớn nhất thế giới. Phí bảo hiểm tài sản – trách nhiệm hàng năm của Hoa Kỳ chiếm 43,2% phí bảo hiểm tài sản – trách nhiệm toàn cầu trong năm 2004. Hơn 1.000 công ty hoạt động trong thị trường bảo hiểm phi nhân thọ.

Các sản phẩm bảo hiểm phi nhân thọ đa dạng: Bảo hiểm tài sản bao gồm cả bảo hiểm tài sản thuần túy như bảo hiểm hỏa hoạn, bảo hiểm vật chất xe, bảo hiểm hàng hải, bảo hiểm hàng hải nội địa và các sản phẩm bảo hiểm tài sản nhiều rủi ro như bảo hiểm nhà cá nhân, bảo hiểm chủ trang trại, bảo hiểm nhiều rủi ro thương mại và các dòng bảo hiểm tương tự khác như bảo hiểm nông nghiệp và bảo hiểm lũ lụt liên bang. Bảo hiểm trách nhiệm chủ yếu bao gồm trách nhiệm tự động hành khách tư nhân, trách nhiệm tự động thương mại, sơ suất y tế, trách nhiệm sản phẩm và trách nhiệm pháp lý khác. Cũng là một sản phẩm bảo hiểm tài sản – trách nhiệm quan trọng ở Hoa Kỳ, bảo hiểm đối với người lao động khác với bảo hiểm tài sản và bảo hiểm trách nhiệm vì chủ yếu là không lỗi.

Hai tổ chức dịch vụ bảo hiểm quan trọng trong ngành bảo hiểm tài sản – trách nhiệm của Hoa Kỳ là Văn phòng bảo hiểm (ISO) và Hiệp hội bảo hiểm Hoa Kỳ (AAIS). Văn phòng bảo hiểm cung cấp các thông tin thống kê, chuyên gia tính toán và thông tin bảo hiểm cho các công ty bảo hiểm, cơ quan quản lý, đại lý và các tổ chức khác. Ngoài ra, Văn phòng bảo hiểm cũng cung cấp quy tắc, điều khoản mẫu tiêu chuẩn cho các công ty bảo hiểm tài sản – trách nhiệm. Hiệp hội bảo hiểm Hoa Kỳ hoạt động tương tự như Văn phòng bảo hiểm bằng cách cung cấp các dịch vụ phát triển sản phẩm, phân tích tính toán và dịch vụ lưu trữ hồ sơ theo quy định cho các công ty bảo hiểm và thiết kế các quy tắc, điều khoản mẫu. Cả hai quy tắc, điều khoản mẫu của 2 cơ quan này đều được viết bằng ngôn ngữ chuẩn, có thể so sánh được và đóng gói với nhau.

Năm 2003, khoảng 375 công ty kinh doanh bảo hiểm trách nhiệm hành khách tư nhân, 367 công ty kinh doanh bảo hiểm vật chất xe khách, 367 công ty kinh doanh bảo hiểm vật chất xe và 325 công ty kinh doanh bảo hiểm trách nhiệm của chủ xe cơ giới. Hơn 500 công ty tham gia bảo hiểm hỏa hoạn. Khoảng 440 công ty kinh doanh bảo hiểm nhà tư nhân và khoảng 380 công ty bảo hiểm các dòng sản phẩm nhiều rủi ro thương mại. Hơn 300 công ty cung cấp bảo hiểm cho người lao động và gần 600 công ty cung cấp các sản phẩm bảo hiểm trách nhiệm khác. Ngược lại, có một số lượng tương đối nhỏ (khoảng 150 trong mỗi dòng) của các công ty tham gia vào kinh doanh bảo hiểm tai nạn và y tế, trách nhiệm sản phẩm và tái bảo hiểm.

Trong hầu hết các dòng sản phẩm, số lượng các công ty đã giảm từ năm 1993 đến 2003. Điều này mâu thuẫn với xu hướng của những năm 1980, theo đó, số lượng các công ty chuyên về các dòng bảo hiểm quan trọng tăng. Hiện tượng này có thể được coi là một tín hiệu cho thấy ngành bảo hiểm tài sản – trách nhiệm của Hoa Kỳ đã được tái cơ cấu để cải thiện hiệu quả của các hoạt động vì hầu hết các chuyên gia trong ngành tin rằng thị trường đã trở nên cạnh tranh trong những thập kỷ qua. Sự xuất hiện của công cụ chuyển giao rủi ro trong thời gian qua đã đóng góp vào tính cạnh tranh của ngành. Một số công ty có hiệu quả hoạt động kém đã buộc phải rời khỏi thị trường và những công ty khác sáp nhập hoặc mua lại để cạnh tranh hiệu quả với các công ty cùng ngành.

Từ năm 1993 đến 2003, mỗi năm hơn 40% phí bảo hiểm trong ngành bảo hiểm tài sản – trách nhiệm của Hoa Kỳ đến từ bảo hiểm xe cơ giới. Năm 1993, riêng bảo hiểm ô tô chở khách chiếm 37,5% tổng phí bảo hiểm. Bảo hiểm đối với người lao động và nhà tư nhân là có phí bảo hiểm lớn thứ hai và thứ ba trong ngành. Thị phần của bảo hiểm nhà tư nhân tăng từ 8,6% năm 1993 lên 11,4% năm 2003 và thị phần bảo hiểm cho người lao động đã giảm từ 14,3% năm 1993 xuống còn 8,0% năm 2003. Tầm quan trọng của bảo hiểm cho người lao động trong giai đoạn này là do theo luật cải cách bồi thường cho người lao động được ban hành ở cấp tiểu bang giúp giảm chi phí khiếu nại. Tốc độ tăng trưởng phí bảo hiểm trung bình trong giai đoạn này là khoảng 2% đến 4%, nhưng tốc độ tăng trưởng cao hơn đáng kể (hơn 8%) từ năm 2001 đến 2003. Tốc độ tăng trưởng cao phù hợp với xu hướng "thị trường cứng" trong ngành bảo hiểm trách nhiệm – trách nhiệm của Hoa Kỳ theo sau các sự kiện ngày 11 tháng 9 năm 2001. Cụ thể, thị trường bảo hiểm đã trải qua sự suy giảm năng lực bảo hiểm và mức phí bảo hiểm cao hơn.

Về phí bảo hiểm của các tiểu bang, năm 2003, California chiếm tỷ trọng lớn nhất trong tổng số phí bảo hiểm (12,2%) trong cả nước. Texas và New York chiếm 7,3% mỗi loại, trong khi Florida và Illinois lần lượt chiếm 6,9% và 5,0%.

**2. Mức độ tập trung thị trường**

Thị trường bảo hiểm phi nhân thọ Hoa Kỳ là một thị trường cạnh tranh cao. Thị phần của các công ty trong top 5 và 10 công ty hàng đầu tiếp tục khẳng định xu hướng này. Năm 1993, tỷ trọng phí bảo hiểm của 10 công ty hàng đầu là 38,7%, trong khi năm 2003, con số này tăng lên 50%.

Thị trường tập trung nhiều hơn vào dòng sản phẩm bảo hiểm cá nhân, đặc biệt là bảo hiểm xe khách tư nhân và bảo hiểm nhà tư nhân. Quan sát thị trường cho thấy chỉ số Herfmdahl giảm nhẹ đối với các ngành kinh doanh này vào năm 1998, nhưng chỉ số này tăng trở lại vào năm 2003. Bảo hiểm vật chất xe tư nhân kết thúc với chỉ số Herfmdahl thấp hơn so với năm 1993, nhưng bảo hiểm trách nhiệm xe tư nhân và bảo nhà tư nhân kết thúc với chỉ số cao hơn năm 1993.

Thị trường cho các dòng sản phẩm bảo hiểm thương mại (như bảo hiểm xe thương mại và các dòng bảo hiểm thương mại nhiều rủi ro) có mức độ tập trung ít hơn, nhưng mức độ tập trung tăng theo thời gian. Sự khác biệt này có thể phản ánh sự chênh lệch về rủi ro và đặc điểm kinh doanh giữa các dòng cá nhân và dòng thương mại. Các dòng sản phẩm bảo hiểm cá nhân tiêu chuẩn hơn, ít rủi ro hơn và có mức phí bảo hiểm rủi ro nhỏ. Sự khác biệt cũng phản ánh thực tế là có nhiều công ty được thành lập trong thị trường dòng bảo hiểm cá nhân hơn là trong thị trường bảo hiểm dòng thương mại. Ngược lại, các dòng bảo hiểm thương mại đa dạng hơn và có phí bảo hiểm rủi ro cao hơn, và do đó, thu hút nhiều đối thủ cạnh tranh hơn. Tuy nhiên, chỉ số Herfindahl ngày càng tăng có thể chỉ ra rằng thị trường này đang trở nên hiệu quả hơn theo thời gian, bằng cách loại bỏ các công ty hoạt động kém khỏi thị trường và trao giải cho các công ty hiệu quả với thị phần cao hơn.

Sự thay đổi mạnh mẽ nhất là thị trường tái bảo hiểm, vốn đã trở nên tập trung hơn vào những năm 1990 và đầu những năm 2000. Chỉ số tái bảo hiểm Herfindahl là 749,4 vào năm 1993, 979,9 năm 1998 và 1.188,3 năm 2003. Sự gia tăng tập trung trong thị trường này chủ yếu là do hợp nhất trong thị trường tái bảo hiểm, do sự gia tăng về tần suất và mức độ nghiêm trọng của tổn thất được bảo hiểm gây ra bởi thiên tai và nhu cầu tái bảo hiểm ngày càng tăng đối với những tổn thất thảm khốc trong những năm 1990.

Các chỉ số Herfindahl về bảo hiểm hỏa hoạn và các rủi ro, bảo hiểm đối với người lao động, bảo hiểm trách nhiệm sản phẩm và bảo hiểm trách nhiệm khác đều dưới 1.000 điểm, cho thấy thị trường của các dòng sản phẩm này đều cạnh tranh. Tuy nhiên, tất cả các dòng này đã trở nên tập trung hơn vào năm 2003 so với năm 1993.

Tất cả mười công ty lớn là các Tập đoàn bảo hiểm, với 8 công ty thuộc hình thức tổ chức cổ phần bảo hiểm. Tuy nhiên, State Farm, công ty có thị phần lớn nhất, là một công ty tương hỗ. Bốn công ty sử dụng các đại lý độc lập, trong khi bốn công ty sử dụng bán hàng trực tiếp hoặc đại lý độc quyền làm hệ thống phân phối của họ. Chỉ có một công ty là Progressive Group, sử dụng cả hệ thống phân phối đại lý độc lập và bán hàng trực tiếp, với bán hàng trực tiếp là hệ thống phân phối chính. Ba trong số mười công ty có trụ sở tại Illinois.

**3. Hình thức tổ chức**

Các công ty bảo hiểm phi nhân thọ tồn tại dưới ba hình thức tổ chức chính là công ty tương hỗ, công ty cổ phần và công ty đối ứng. Công ty hợp danh là công ty chưa hợp nhất được điều hành bởi một luật sư. Theo truyền thống, công ty đối ứng duy trì các tài khoản riêng đối với mỗi thành viên. Các thành viên có thể đánh giá lại nếu phí bảo hiểm không đủ để trả bồi thường. Các công ty đối ứng hiện đại không duy trì tài khoản riêng và không thể đánh giá, khiến chúng gần hơn với hình thức tương hỗ. Một tỷ lệ nhỏ các công ty có hình thức tổ chức giống thị trường Lloyd's của London, nhóm tái bảo hiểm hoặc các quỹ bảo hiểm nhà nước. Các công ty bảo hiểm lâu đời nhất ở Bắc Mỹ có hình thức tổ chức tương hỗ, trong đó các chủ hợp đồng cũng là chủ sở hữu của các công ty.

Ngày nay, các công ty tương hỗ vẫn đóng một vai trò rất quan trọng trong thị trường bảo hiểm tài sản – trách nhiệm của Hoa Kỳ, chiếm tỷ trọng 33% tổng phí bảo hiểm trên thị trường. Các công ty tương hỗ có xu hướng tập trung nhiều vào các dòng bảo hiểm cá nhân hơn là các công ty thương mại. Các công ty tương hỗ thống trị trong thị trường bảo hiểm nhà tư nhân và chiếm khoảng một nửa thị trường bảo hiểm vật chất xe tư nhân. Công ty bảo hiểm tương hỗ cũng mở rộng kinh doanh sang các dòng bảo hiểm mới, chẳng hạn như bảo hiểm tai nạn y tế. So với các công ty cổ phần, các công ty tương hỗ có thị phần nhỏ hơn nhiều về bảo hiểm trách nhiệm sản phẩm, bảo hiểm cho người lao động, bảo hiểm trách nhiệm khác và tái bảo hiểm. Những dòng bảo hiểm này phức tạp hơn, đòi hỏi nhiều vốn hơn và cần nhiều dịch vụ chuyên nghiệp hơn bảo hiểm cá nhân tiêu chuẩn và bảo hiểm xe thương mại. Do khả năng tiếp cận thị trường vốn hạn chế, công ty bảo hiểm tương hỗ có những hạn chế trong việc tăng vốn mới khi xảy ra những khoản lỗ lớn bất ngờ.

**4. Kênh phân phối**

Thị trường bảo hiểm tài sản trách nhiệm của Hoa Kỳ cung cấp một thử nghiệm tự nhiên về hiệu quả của các hệ thống phân phối sản phẩm khác nhau. Có bốn loại hệ thống phân phối chính trong ngành bảo hiểm tài sản – trách nhiệm của Hoa Kỳ: đại lý độc lập, môi giới, bán hàng trực tiếp (sử dụng Internet, thư trực tiếp, tiếp thị qua điện thoại và nhân viên công ty để bán sản phẩm bảo hiểm) và đại lý độc quyền. Thông thường các đại lý độc quyền và bán hàng trực tiếp được phân loại thành một loại được gọi là kênh trực tiếp vì các đại lý độc quyền chỉ đại diện cho một công ty. Các kênh trực tiếp thường được coi là hiệu quả về mặt kỹ thuật bởi vì các công ty như vậy hoàn toàn có thể nhận được lợi ích từ đầu tư công nghệ và do đó, có thể nhanh chóng điều chỉnh theo bất kỳ đổi mới công nghệ nào. Các đại lý độc lập đại diện cho nhiều hơn một công ty bảo hiểm và đóng một vai trò quan trọng trong các thủ tục bảo hiểm như sàng lọc rủi ro, phân loại rủi ro và tái tục hợp đồng. Họ cũng cung cấp dịch vụ cho khách hàng trong các lĩnh vực phân tích rủi ro và giải quyết khiếu nại cũng như phòng ngừa mất mát và giảm tổn thất. Bởi vì các đại lý độc lập được coi là cung cấp dịch vụ cao cấp, chúng có chi phí cao hơn các hệ thống tiếp thị khác. Câu hỏi đặt ra là liệu các chi phí phụ mà họ tính cho các công ty bảo hiểm có thể được bù đắp bằng các khoản thu thêm mà họ mang lại cho các công ty hay không.

Mặc dù các nhà môi giới bảo hiểm đại diện cho chủ hợp đồng chứ không phải là công ty bảo hiểm, các nhà môi giới bảo hiểm và đại lý độc lập tương tự nhau ở nhiều khía cạnh và các nhà môi giới đặt nhiều doanh nghiệp của họ thông qua các hợp đồng đại lý được chỉ định. Sự khác biệt chính giữa các đại lý độc lập và môi giới là các nhà môi giới có xu hướng lớn hơn và thường giao dịch với các khách hàng đa quốc gia và quốc tế phức tạp hơn, trong khi các đại lý độc lập có nhiều khả năng là ở địa phương hoặc khu vực. Cả các đại lý và môi giới độc lập đều cung cấp một loạt các dịch vụ cho khách hàng của họ và tìm kiếm mức giá tốt nhất trong số một số công ty bảo hiểm. Các nhà môi giới thường cung cấp các dịch vụ chuyên biệt cho các khách hàng thương mại phải đối mặt với rủi ro lớn và phức tạp, bao gồm quản lý các kế hoạch tự bảo hiểm và sắp xếp tái bảo hiểm. Trong những năm 1990, nhiều vụ sáp nhập và mua lại trong thị trường bảo hiểm Hoa Kỳ có sự tham gia của các nhà môi giới, đặc biệt là các vụ sáp nhập lớn của các công ty môi giới hàng đầu, sau đó làm cho thị trường môi giới tập trung hơn. Năm 2002, hai nhà môi giới hàng đầu, Marsh và Aon, chiếm 54% tổng doanh thu của nhà môi giới.

Doanh thu của các công ty môi giới chủ yếu đến từ bán lẻ và dịch vụ thương mại. Hoa hồng môi giới cũng là một nguồn thu quan trọng, đặc biệt đối với các nhà môi giới lớn như Marsh & McLennan. Việc phân loại hệ thống phân phối dựa trên hệ thống phân phối chính của một công ty. Các đại lý độc lập và kênh trực tiếp chiếm khoảng 40% và 46%, tương ứng trong tổng thị trường bảo hiểm tài sản trách nhiệm, trong khi các nhà môi giới chiếm khoảng 11% thị trường. Việc phân chia kênh phân phối cũng khác nhau theo ngành nghề kinh doanh. Các đại lý độc lập có thị phần cao nhất trong bảo hiểm ô tô thương mại, trách nhiệm pháp lý về sản phẩm, bảo hiểm nhiều rủi ro thương mại, bảo hiểm hỏa hoạn, tái bảo hiểm, bồi thường cho công nhân và bảo hiểm trách nhiệm khác. Khách hàng sở hữu các hợp đồng bảo hiểm này thường đòi hỏi khắt khe hơn về dịch vụ bảo hiểm và giải quyết khiếu nại. Các kênh trực tiếp có thị phần cao nhất trong bảo hiểm xe cơ giới tư nhân, bảo hiểm chủ nhà, bảo hiểm tai nạn y tế và bảo hiểm tài sản khác. Các nhà môi giới thường tập trung vào các dòng thương mại, chẳng hạn như bồi thường cho công nhân, trách nhiệm khác, tái bảo hiểm, tai nạn y tế, hỏa hoạn, và trách nhiệm thương mại, đòi hỏi các dịch vụ chuyên nghiệp phức tạp hơn. Các nhà môi giới thống trị các kênh trực tiếp trong thị trường bảo hiểm trách nhiệm sản phẩm và trách nhiệm pháp lý khác.

Các tài liệu về các kênh phân phối cho rằng các kênh độc lập (bao gồm cả các nhà môi giới) có chi phí cao hơn so với các kênh trực tiếp. So với các kênh trực tiếp, các đại lý độc lập có phí bảo hiểm thấp hơn một chút, nhưng thị phần chi phí cao hơn. Các công ty đại lý độc lập có tỷ lệ chi phí bảo hiểm cao hơn và tổng tỷ lệ chi phí, cao hơn trung bình 6% so với các nhà môi giới và kênh trực tiếp. Các chi phí cao hơn của các kênh độc lập được bù một phần bằng tỷ lệ tổn thất thấp hơn đáng kể, trung bình thấp hơn 3% so với các kênh trực tiếp. Các đại lý độc lập cho thấy không có sự khác biệt đáng kể trong tỷ lệ bồi thường với các nhà môi giới.

**5. Hiệu quả hoạt động kinh doanh**

Vì ngành bảo hiểm phi nhân thọ của Hoa Kỳ đã trưởng thành, tài sản và nợ phải trả tương đối ổn định theo thời gian, mặc dù cần lưu ý rằng lợi nhuận dao động theo chu kỳ bảo hiểm. Nợ phải trả vẫn ổn định cho đến sự kiện ngày 11/9/2001, khi tổng nợ phải trả cho ngành tăng mạnh. Các mức thặng dư tài sản và chủ chính sách của ngành thay đổi theo chu kỳ bảo hiểm. Có sự gia tăng ổn định về tài sản và thặng dư của các chủ chính sách từ năm 1993 đến năm 1996 sau cơn bão Andrew và trận động đất năm 1994 ở Northridge. Thị trường cứng, cùng với một thị trường chứng khoán tăng, cho phép ngành bảo hiểm tích lũy vốn dư thừa trong giai đoạn này. Mức tăng này đạt đỉnh vào năm 1998 và sau đó, bắt đầu giảm cùng với sự gia tăng của xu hướng thị trường mềm. Trong một thị trường mềm, ngành bảo hiểm được đặc trưng bởi thừa vốn trong bảo hiểm và do đó, các công ty bảo hiểm giảm giá để cạnh tranh với nhau. Họ cũng cạnh tranh với nhiều công ty tái bảo hiểm được thành lập để đối phó với mức phí cao của các sản phẩm bảo hiểm, đặc biệt là trong các dòng thương mại. Hậu quả là mức thặng dư tài sản và chính sách giảm. Xu hướng này tiếp tục cho đến khi các cuộc tấn công khủng bố ngày 11/9/2001 đã đẩy ngành bảo hiểm tài sản trách nhiệm vào một thị trường cứng khác ngay lập tức.

Các khoản lỗ do ngày 11/9/2001 đã làm cạn kiệt vốn dư thừa (được đo bằng thặng dư chính sách) của ngành. Sự mất mát này, cùng với sự gia tăng nhu cầu và giảm nguồn cung bảo hiểm, gây ra sự gia tăng mạnh về cả phí bảo hiểm trực tiếp và phí tái bảo hiểm như dự đoán của mô hình hạn chế năng lực và cú sốc về vốn. Để đáp ứng với thị trường khó khăn, vốn mới đã chảy vào thị trường bảo hiểm từ các nhà đầu tư bị thu hút bởi tỷ lệ lợi nhuận cao dự kiến. Ví dụ, hơn 28 tỷ đô la vốn mới đã được huy động sau ngày 11/9/2001. Mức tài sản chung của ngành tăng vừa phải trong năm 2002 và 2003. Năm 2003, nợ phải trả chung của ngành đã giảm và thặng dư chính sách đã phục hồi từ điểm đáy của nó vào năm 2002.

Về khía cạnh nợ phải trả, tổng nợ phải trả của ngành trong năm 2003 là 820,5 tỷ USD, đưa ra tỷ lệ đòn bẩy tài chính (bằng nợ phải trả chia cho vốn chủ sở hữu) là 231,9%. Dự phòng bồi thường (445,4 tỷ USD) chiếm 54,3% tổng nợ phải trả, thấp hơn tỷ lệ của một thập kỷ trước khi hơn 60% nợ phải trả là dự phòng bồi thường. Dự phòng phí bảo hiểm chưa được hưởng là khoản nợ phải trả lớn thứ hai, chiếm tới 21,5% (176,3 tỷ USD) trong tổng số nợ phải trả. Đây là tỷ lệ cao hơn so với một thập kỷ trước, khi dự phòng phí bảo hiểm chưa được hưởng là khoảng 17% tổng nợ phải trả. Nợ phải trả tái bảo hiểm (phí tái bảo hiểm phải trả và các khoản tiền do công ty nắm giữ theo các hợp đồng tái bảo hiểm) chiếm 7,9% (64,5 tỷ đô la) trong tổng nợ phải trả. Vốn chủ sở hữu, bao gồm 3,1 tỷ đô la cổ phiếu phổ thông (0,9%), 1,7 tỷ đô la cổ phiếu ưu đãi (0,5%), 110 tỷ đô la trong tổng số phải trả gộp và thặng dư đóng góp (31,1%) và 197,4 tỷ đô la trong các quỹ chưa được phân bổ (thặng dư) (55,8%), tổng cộng lên tới 353,8 tỷ đô la trong năm 2003.

**Thu nhập và chi phí**

Năm 2004, phí bảo hiểm ròng của ngành bảo hiểm tài sản trách nhiệm Hoa Kỳ là 397,1 tỷ đô la, trong khi chi phí bảo hiểm (chi phí bồi thường và chi phí hoạt động kinh doanh bảo hiểm) là 399,9 tỷ đô la, khiến ngành bảo hiểm lỗ 2,8 tỷ đô la, đây là kết quả kinh doanh bảo hiểm tốt nhất của ngành từ năm 1997. Ngành bảo hiểm đã chi 25,1 tỷ đô la cho các dịch vụ giám định tổn thất và 43,2 tỷ đô la cho chi phí hoa hồng bảo hiểm.

Thu nhập đầu tư ròng của ngành là 46,6 tỷ đô la năm 2003. Chi phí đầu tư liên quan của ngành là 2,6 tỷ đô la. Sau khi nộp thuế và chia cổ tức cho các chủ chính sách, ngành bảo hiểm có lợi nhuận 31,2 tỷ đô la.

Tỷ lệ chi phí bảo hiểm (bằng chi phí bảo hiểm chia cho phí bảo hiểm) là khoảng 25,7% vào năm 1993, tăng lên 27,9% vào năm 1999, và sau đó giảm xuống còn 24,6% phần trăm trong năm 2003. Tỷ lệ chi phí đầu tư (tổng chi phí đầu tư chia cho phí bảo hiểm ròng) vẫn không thay đổi trong khoảng 0,8% trong giai đoạn này. Tỷ lệ chi phí đại lý (chi phí đại lý và môi giới chia cho phí bảo hiểm) chỉ ra rằng hoa hồng và hỗ trợ cho đại lý và môi giới chiếm từ 10% đến 11,5% tổng phí bảo hiểm. Tỷ lệ này tăng sau năm 1996 và sau đó giảm dần về mức ban đầu sau năm 2001. Điều này có thể là do sự ra đời của các thỏa thuận hoa hồng mới trong những năm 1990 được gọi là thỏa thuận dịch vụ vị trí (PSA) và thỏa thuận dịch vụ tiếp thị (MSAs). Theo các thỏa thuận này, các công ty bảo hiểm trả cho môi giới bảo hiểm thêm hoa hồng, thường dựa trên phí bảo hiểm. Tỷ lệ chi phí giám định tổn thất trung bình (chi phí giám định tổn thất chia cho tỷ lệ phí bảo hiểm) là khoảng 6,5% trước năm 1995, nhưng sau đó đã giảm xuống còn 5,7% vào năm 2003.

**Lợi nhuận của ngành**

Khi thảo luận về lợi nhuận của ngành bảo hiểm tài sản trách nhiệm, cần phải xem xét hai tỷ lệ quan trọng. Đầu tiên là tỷ lệ chi phí kết hợp được sử dụng để đo lường lợi nhuận bảo hiểm của ngành. Thứ hai là tỷ lệ chi phí hoạt động chung được sử dụng để đo lường lợi nhuận chung của ngành. Tỷ lệ kết hợp được tính bằng tổng tỷ lệ bồi thường (chi phí bồi thường và chi phí giám định tổn thất chia cho phí bảo hiểm), tỷ lệ chi phí (chi phí bảo hiểm chia cho phí bảo hiểm) và tỷ lệ cổ tức của chủ chính sách (cổ tức chia cho phí bảo hiểm). Tỷ lệ kết hợp dưới 100% cho thấy ngành bảo hiểm có lợi nhuận. Tuy nhiên, tỷ lệ kết hợp chỉ có thể đo lường một phần lợi nhuận của ngành vì nó bỏ qua thu nhập đầu tư. Mặt khác, tỷ lệ chi phí chung có tính đến thu nhập đầu tư. Nó được tính bằng chênh lệch giữa tỷ lệ kết hợp và tỷ lệ thu nhập đầu tư (thu nhập đầu tư chia cho phí bảo hiểm). Một tỷ lệ chi phí chung dưới 100% cho thấy ngành bảo hiểm có lợi nhuận từ hoạt động của nó.

Tỷ lệ bồi thường của ngành là khoảng 80% trong hầu hết các năm, ngoại trừ năm 1997 khi tỷ lệ này giảm xuống 72,4% và năm 2001, khi tỷ lệ bồi thường đạt 89,3%. Tỷ lệ chi phí của ngành dao động từ 25,8% đến 27,9%. Tỷ lệ cổ tức của các chủ hợp đồng không thay đổi trong khoảng từ 1,2% đến 1,8% cho đến năm 1996 và giảm dần xuống 0,5% vào năm 2003. Do đó, tỷ lệ kết hợp (tổng các khoản bồi thường, chi phí và tỷ lệ cổ tức của chủ hợp đồng) của ngành vượt quá tỷ lệ 100% trong những năm 1990 và đầu những năm 2000, với tỷ lệ cao nhất vào năm 2001 (116,7%). Điều này chỉ ra rằng ngành bảo hiểm thường bị lỗ do hoạt động kinh doanh bảo hiểm.

Tỷ lệ thu nhập từ hoạt động đầu tư dao động theo thời gian. Trước năm 1997 tăng dần, duy trì tương đối ổn định từ năm 1998 đến năm 2000 và sau đó giảm mạnh sau năm 2000. Lợi nhuận đạt khoảng 16,7% vào năm 1997, cao nhất trong thập kỷ qua, nhưng chỉ 10,3% trong năm 2003. Nếu tính đến thu nhập đầu tư, ngành bảo hiểm đạt được một tỷ lệ kết hợp thấp hơn 100% mỗi năm trừ năm 2001, trong đó tỷ lệ này đạt 103,9% do các cuộc tấn công khủng bố ngày 11/9/2001. Mặc dù lợi nhuận đầu tư năm 2003 thấp, ngành bảo hiểm vẫn có lãi là nhờ có kết quả kinh doanh bảo hiểm tốt. Do đó, năm 1997 và 2003 là hai năm có kết quả kinh doanh bảo hiểm tốt nhất trong thập kỷ qua.

Hiệu quả kinh doanh bảo hiểm và thời gian bồi thường bảo hiểm trong ngành bảo hiểm tài sản – trách nhiệm khác nhau đối với các dòng sản phẩm khác nhau. Một số loại hình bảo hiểm, chẳng hạn như bảo hiểm tài sản, phải chịu các khoản bồi thường bảo hiểm ngắn hạn, trong khi các loại hình bảo hiểm khác, chẳng hạn như bảo hiểm trách nhiệm, có thời gian bồi thường bảo hiểm dài hơn nhiều. Mô hình bồi thường bảo hiểm của các dòng bảo hiểm giúp xác định mức độ rủi ro của từng dòng và chiến lược đầu tư mà doanh nghiệp nên áp dụng. Năm 2003, bảo hiểm nhà tư nhân và bảo hiểm nhiều rủi ro thương mại có tỷ lệ chi phí cao hơn các dòng khác. Bảo hiểm tai nạn y tế và bảo hiểm trách nhiệm sản phẩm có tỷ lệ tổn thất cao hơn và tỷ lệ kết hợp cao hơn các dòng khác trong năm 2003. Ngoài ra, tỷ lệ thu nhập đầu tư năm 2003 đối với các loại hình bảo hiểm dài hạn thường cao hơn (như các loại hình: bảo hiểm trách nhiệm chủ xe cơ giới, bảo hiểm tai nạn y tế, bảo hiểm trách nhiệm sản phẩm, bảo hiểm trách nhiệm khác và tái bảo hiểm). Lý do là vì khoảng thời gian giữa phí bảo hiểm được thu và khoản bồi thường bảo hiểm cho các dòng này dài hơn và do đó, các công ty bảo hiểm có thể tạo ra lợi nhuận đầu tư lớn hơn. Các tỷ lệ hoạt động cho bảo hiểm ô tô ổn định theo thời gian, trong khi các dòng bảo hiểm cháy, nổ, trách nhiệm sản phẩm và tai nạn y tế có rủi ro hơn.

**Hoạt động đầu tư**

Các phân tích trên cho thấy hiệu quả đầu tư rất quan trọng trong ngành bảo hiểm tài sản – trách nhiệm của Hoa Kỳ. Do đó, việc phân bổ các tài sản này cũng rất quan trọng. Năm 1993, khoảng 47% tổng tài sản đầu tư là trái phiếu chính phủ, nhưng tỷ lệ này đã giảm xuống còn xấp xỉ 42% vào năm 2003. Cổ phiếu phổ thông là loại đầu tư lớn thứ hai. Hơn 20% tài sản đầu tư là vào cổ phiếu, tỷ lệ này cao nhất vào cuối những năm 1990 (khoảng 30%). Trái phiếu doanh nghiệp là loại tài sản đầu tư có tỷ trọng lớn thứ ba và tỷ lệ này vẫn ổn định theo thời gian. Năm 2003, trái phiếu doanh nghiệp chiếm khoảng 19% tổng tài sản đầu tư. Nói chung, ngành bảo hiểm tài sản – trách nhiệm giữ một tỷ lệ đáng kể tiền mặt và đầu tư ngắn hạn để đảm bảo tính thanh khoản. Khoảng 4% đến 8% tài sản đầu tư là tiền mặt và đầu tư ngắn hạn. Chỉ một phần rất nhỏ tài sản đầu tư được đầu tư vào bất động sản và thế chấp (dưới 1,5%). Ngành bảo hiểm cũng đầu tư khoảng 1-2% tài sản đầu tư vào cổ phiếu ưu đãi.

Ba tỷ lệ quan trọng liên quan đến hiệu quả đầu tư và lợi nhuận của ngành bảo hiểm là: Lợi nhuận trên vốn chủ sở hữu (thu nhập ròng chia cho vốn chủ sở hữu), lợi tức của tài sản đầu tư (thu nhập đầu tư chia cho tổng tài sản đầu tư) và lợi nhuận trước thuế (thu nhập ròng trước thuế chia cho phí bảo hiểm thu được) được biểu hiện trong lợi nhuận trên vốn chủ sở hữu dao động theo chu kỳ bảo hiểm và các sự kiện thảm khốc. Lợi nhuận trên vốn chủ sở hữu trung bình trong giai đoạn này là 6,8%, năm 1994 và 2001 chứng kiến hai bước ngoặt lớn trong lợi nhuận trên vốn chủ sở hữu. Năm 1994, trận động đất ở Northridge đã gây ra thiệt hại bảo hiểm hơn 12,5 tỷ đô la, khiến lợi nhuận trên vốn chủ sở hữu của ngành bảo hiểm giảm xuống còn 5,2%. Vụ tấn công khủng bố ngày 11/9/ 2001 đã gây ra thiệt hại bảo hiểm là 18,8 tỷ đô la (chỉ bảo hiểm tài sản – trách nhiệm) khiến lợi nhuận trên vốn chủ sở hữu của ngành giảm xuống mức âm 1%, trùng với tình hình thị trường chứng khoán suy thoái. Tính trung bình, lợi nhuận trước thuế trên doanh thu của ngành là 10,2%.

**6. Các vấn đề chính hiện tại**

**Khủng bố và bảo hiểm**

Các cuộc tấn công khủng bố ở Hoa Kỳ có thể bắt nguồn từ vụ đánh bom Trung tâm Thương mại Thế giới vào tháng 2/1993, khiến 6 người thiệt mạng và thiệt hại 753 triệu đô la về tài sản. Sự kiện lớn thứ hai là vụ đánh bom tháng 4/1995 tại Tòa nhà Liên bang Alfred P. Murrah ở Thành phố Oklahoma, Bang Oklahoma, khiến 166 người chết và thiệt hại 150 triệu đô la về tài sản, phần lớn không được bảo hiểm vì mất mát liên quan đến tòa nhà chính phủ. Tuy nhiên, rủi ro khủng bố không phải là một rủi ro quan trọng trong ngành bảo hiểm cho đến năm 2001.

Các sự kiện ngày 11/9/2001 đã đặt ra vấn đề bảo hiểm khủng bố trong ngành bảo hiểm. Ngành bảo hiểm Hoa Kỳ bị thiệt hại ước tính 31,7 tỷ đô la do các vụ tấn công khủng bố. Các khoản bồi thường bao gồm các khoản bồi thường bảo hiểm gián đoạn kinh doanh là 9,8 tỷ đô la, các khoản bồi thường bảo hiểm tài sản khác là 5,4 tỷ đô la, bồi thường bảo hiểm trách nhiệm là 4 tỷ đô la và bồi thường bảo hiểm trách nhiệm hàng không là 3,5 tỷ đô la. Sau sự kiện này, Quốc hội đã ban hành Đạo luật Ổn định Hệ thống và An toàn Giao thông Hàng không vào ngày 22/9/2001. Đạo luật này cho phép bồi thường cho các nạn nhân của bốn vụ tai nạn hàng không, giới hạn trách nhiệm của các hãng hàng không đối với số tiền được bảo hiểm của họ, cung cấp hỗ trợ cho các hành khách và hàng hóa của hãng hàng không Mỹ thông qua các khoản tài trợ và hỗ trợ tín dụng liên bang, gia hạn thời hạn thanh toán thuế và trợ cấp cho họ để tăng phí bảo hiểm. Đạo luật này cũng cho phép các hãng hàng không mua bảo hiểm trách nhiệm nhất định từ chính phủ liên bang và khiến chính phủ liên bang chịu trách nhiệm đối với các bên thứ ba trên 100 triệu USD, nếu hãng hàng không là nạn nhân của một cuộc tấn công khủng bố trong vòng 180 ngày sau khi ban hành Đạo luật. Văn phòng Ngân sách Quốc hội (CBO) ước tính rằng hành động này sẽ tiêu tốn 13,6 tỷ USD trong khoảng thời gian từ 2001 đến 2006.

Ngay sau ngày 11/9/2001, bảo hiểm rủi ro khủng bố cho hầu hết các dòng bảo hiểm thương mại là không thể thực hiện được vì không thể tính toán được mức phí bảo hiểm do sự gia tăng đột ngột của chi phí tổn thất dự kiến và thiếu dữ liệu lịch sử để ước tính phí bảo hiểm. Các công ty tái bảo hiểm cũng đã rút bảo hiểm cho rủi ro khủng bố. Để giải quyết vấn đề này, Đạo luật Bảo hiểm Rủi ro Khủng bố (TRIA) đã được thông qua vào ngày 26/11/2002. Theo đạo luật này, chính phủ liên bang và các công ty bảo hiểm tư nhân sẽ chia sẻ những tổn thất từ nguy cơ khủng bố, với chính phủ liên bang cung cấp tái bảo hiểm cho các công ty bảo hiểm tư nhân hoạt động tại Mỹ. Đạo luật yêu cầu các công ty bảo hiểm cung cấp bảo hiểm khủng bố cho khách hàng doanh nghiệp. Mục tiêu chính của đạo luật là đảm bảo tính khả thi và khả năng chi trả của bảo hiểm khủng bố bằng cách nâng cao năng lực của ngành bảo hiểm thông qua hỗ trợ của chính phủ và giúp các doanh nghiệp và cá nhân phục hồi sau một cuộc tấn công khủng bố. Khoản bồi thường tối thiểu phát sinh trước khi thanh toán tái bảo hiểm liên bang bắt đầu là 5 triệu đô la và các công ty bảo hiểm tư nhân phải trả các khoản khấu trừ được quy định trong đạo luật. Chính phủ liên bang sẽ trả 90% tổn thất sau khi trừ đi các khoản khấu trừ đối với các sự kiện có quy mô tối đa lên tới 100 tỷ đô la và các công ty bảo hiểm có khoản đồng thanh toán 10%. Do đó, đạo luật này về cơ bản là tái bảo hiểm cho rủi ro khủng bố. Đạo luật này sẽ hết hiệu lực vào cuối năm 2005, khiến các công ty bảo hiểm không được bảo vệ. Với khả năng suy giảm của ngành bảo hiểm do bốn trận bão lớn năm 2004 và Bão Katrina, Rita và Wilma năm 2005, việc kéo dài thời gian hiệu lực đạo luật này trong nhiều năm có thể là cần thiết trước khi tìm ra phương pháp thay thế khả thi

**Cải cách hệ thống bồi thường trách nhiệm**

Hoa Kỳ có hệ thống bồi thường trách nhiệm đắt nhất thế giới. Năm 2003, chi phí bồi thường trách nhiệm ước tính là 246 tỷ đô la hoặc 845 đô la trên một người. Ước tính này về chi phí bồi thường trách nhiệm bao gồm khoản bồi thường (lợi ích được trả hoặc dự kiến sẽ được trả cho bên thứ ba), chi phí quốc phòng và chi phí hành chính. Tổng chi phí bồi thường trách nhiệm đã tăng gấp trăm lần trong 50 năm qua và trong năm 2003, chi phí bồi thường trách nhiệm chiếm khoảng 2% GDP. Các chi phí này bao gồm khoản bồi thường trách nhiệm được bảo hiểm là 174 tỷ đô la, chi phí sơ suất y tế là 27 tỷ đô la và tự bảo hiểm hoặc chi phí không được bảo hiểm là 45 tỷ đô la. Trong số này, sự gia tăng chi phí sơ suất y tế là đáng kể nhất. Kể từ năm 1975, chi phí sơ suất y tế ở Hoa Kỳ đã tăng với tốc độ 11,8% hàng năm, trong khi tốc độ tăng trưởng chỉ là 9,2% cho tất cả các chi phí bồi thường trách nhiệm khác trong cùng thời kỳ.

Để hiểu được sự cần thiết của việc cải cách hệ thống bồi thường trách nhiệm, điều quan trọng là phải tìm hiểu tiền bồi thường trách nhiệm thực sự đi đâu. Điều chắc chắn là khoảng 22% tổng chi phí được sử dụng để chi trả cho tổn thất kinh tế của nạn nhân và khoảng 24% cho việc bồi thường cho nạn nhân đối với những tổn thất phi kinh tế như đau đớn và đau khổ. Trong số các chi phí còn lại, khoảng 19% dành cho luật sư nguyên đơn, 14% cho chi phí đề phòng tổn thất của bên thứ nhất và gần 21% đại diện cho phí hành chính. Rõ ràng, hệ thống này không hiệu quả, vì chỉ có 46% tiền được chuyển cho các nạn nhân.

Việc lạm dụng bồi thường trách nhiệm dẫn đến một hệ thống bồi thường trách nhiệm không hiệu quả, ảnh hưởng xấu đến nền kinh tế Hoa Kỳ. Hệ thống này có tác động tiêu cực đến đổi mới kinh doanh vì mối đe dọa kiện tụng trách nhiệm pháp lý và phạt thiệt hại. Chi phí tăng vọt của bảo hiểm sơ suất y tế đã khiến một số bác sĩ không được chấp nhận bảo hiểm. Các bác sĩ đã sử dụng các loại thuốc phòng ngự để bảo vệ họ khỏi các vụ kiện trách nhiệm, ngừng sử dụng các phác đồ rủi ro và tính giá cao hơn cho các dịch vụ của họ. Điều này gây ra một "vòng xoáy tử thần" trong hệ thống chăm sóc sức khỏe với chi phí y tế tăng nhanh và phí bảo hiểm y tế tăng cao.

Người tiêu dùng cuối cùng phải trả cho chi phí bồi thường trách nhiệm đắt tiền. Mặc dù một phần tiền được chuyển đến các nạn nhân, phần lớn chi phí được hệ thống hấp thụ. Với một hệ thống bồi thường trách nhiệm pháp lý không thể đoán trước, ngành bảo hiểm phải đối mặt với tiềm năng về chi phí yêu cầu bồi thường trách nhiệm pháp lý bất ngờ và rủi ro bất ngờ, chẳng hạn như bồi thường đối với amiăng và trách nhiệm môi trường. Tỷ lệ bồi thường và tỷ lệ kết hợp của bảo hiểm trách nhiệm sản phẩm ngày càng cao và sự gia tăng bồi thường và tỷ lệ kết hợp cho bảo hiểm sai sót y tế có thể quy là do hệ thống bồi thường trách nhiệm. Để bảo vệ bản thân doanh nghiệp khỏi mất khả năng thanh toán, các công ty bảo hiểm thường từ chối cung cấp bảo hiểm cho một số loại trách nhiệm nhất định, chẳng hạn như amiăng, sơ suất y tế và dược phẩm. Để bảo vệ chống lại các loại trách nhiệm bất ngờ hoặc không xác định, các công ty bảo hiểm đã giảm dần việc cung cấp các sản phẩm trách nhiệm pháp lý dựa trên sự kiện bảo hiểm và chuyển sang sử dụng các sản phẩm bảo hiểm dựa trên yêu cầu bồi thường. Điều này đặc biệt đúng trong lĩnh vực bảo hiểm sơ suất y tế.

Áp lực cải cách hệ thống bồi thường trách nhiệm đang gia tăng. Chính phủ tiểu bang và liên bang đã khởi xướng các nỗ lực lập pháp để cải thiện hệ thống này. Các cải cách liên bang đề xuất chủ yếu tập trung vào ba lĩnh vực. Đầu tiên là giảm bớt việc chi phí cho các luật sư của nguyên đơn, bằng cách cho phép chuyển các vụ kiện tập thể lớn giữa các tiểu bang sang các tòa án liên bang. Cải cách lớn thứ hai là giới hạn các khoản bồi thường mang tính trừng phạt và phi kinh tế trong các bồi thường sơ suất y tế lên tới 250.000 đô la và đẩy nhanh quá trình giải quyết các vụ kiện về sơ suất y tế. Cải cách lớn thứ ba liên quan đến các bệnh liên quan đến amiăng và nhằm mục đích làm cho những tổn thất liên quan đến các bệnh đó trở nên dễ đoán hơn. Ở cấp tiểu bang, một số tiểu bang đã sửa đổi luật pháp hoặc ban hành luật mới để bảo vệ các nhà sản xuất khỏi những trách nhiệm pháp lý nhất định. Những nỗ lực đang được thực hiện để nâng cao chất lượng dịch vụ của bồi thẩm đoàn, loại bỏ quy tắc trách nhiệm chung và một số trách nhiệm, giới hạn khoản bồi thường, hạn chế các khoản bồi thường thiệt hại và hạn chế trách nhiệm của các nhà sản xuất bằng cách thực thi biện pháp bảo vệ tối tân. Người ta thường nhận ra rằng việc sử dụng ngày càng tăng của hệ thống bồi thường trách nhiệm ngày nay đã được thúc đẩy bởi sự gia tăng của luật sư và hệ thống lệ phí dự phòng. Để ngăn cản các công ty lớn đòi bồi thường tài chính lớn và can ngăn luật sư theo đuổi các khoản tiền thưởng khi thắng kiện, các đề xuất đã được đưa ra khiến bên thua kiện phải trả tất cả phí kiện tụng và hạn chế phí luật sư.

Cải cách bồi thường trách nhiệm trong những năm 1980 nhằm kiềm chế chi phí bồi thường bảo hiểm trách nhiệm có tác động tích cực đến thị trường bảo hiểm. Lợi nhuận của bảo hiểm trách nhiệm được tăng lên đáng kể với những cải cách này. Kết quả tương tự đã xảy ra trong thị trường bảo hiểm sơ suất y tế. Hầu hết các công ty cung cấp bảo hiểm sơ suất y tế tăng lợi nhuận sau khi cải cách. Đặc biệt là các các công ty không có lãi nếu không có cải cách về mức trần bồi thường thiệt hại. Vẫn chưa biết một số cải cách mới được đề xuất sẽ được ban hành có tạo ra những tác động tích cực tương tự trên thị trường bảo hiểm hay không. Tuy nhiên, ít nhất các nhà lập pháp đã đưa ra một số tiến bộ về vấn đề này.

**Vấn đề hoa hồng lợi nhuận bảo hiểm**

Vào ngày 14/10/2004, Đại tướng Attioty Eliot Spitzer của New York đã đệ đơn khiếu nại Công ty Marsh & McLennan Cos. Inc (MMC) – công ty môi giới bảo hiểm lớn nhất thế giới vì công ty này đã thỏa thuận với doanh nghiệp bảo hiểm để hưởng khoản hoa hồng lợi nhuận bảo hiểm để đưa ra các báo giá sai và thổi giá để khiến khách hàng của mình mua bảo hiểm tại một công ty bảo hiểm cụ thể trả hoa hồng lợi nhuận bảo hiểm cao nhất. Spitzer cũng tuyên bố rằng hoa hồng lợi nhuận bảo hiểm làm tăng chi phí bảo hiểm cho tất cả khách hàng và phá hỏng động lực của các nhà môi giới để tìm kiếm thỏa thuận tốt nhất cho khách hàng của họ. Năm 2003, MMC đã thu được 800 triệu đô la hoa hồng lợi nhuận từ các công ty bảo hiểm. Các công ty bảo hiểm liên quan đến thỏa thuận gian lận giá thầu bao gồm Công ty bảo hiểm ACE, Tập đoàn bảo hiểm quốc tế Mỹ (AIG), Đối tác Munich ở Mỹ và Tập đoàn dịch vụ tài chính Hartford. Vụ kiện cáo buộc rằng hành vi gian lận của MMC đã vi phạm luật chống độc quyền và sẽ bị trừng phạt bằng các khoản bồi thường thiệt hại và xử phạt.

Vào ngày 31/01/2005, MMC đã đồng ý trả 850 triệu đô la để giải quyết với Spitzer. Tiền sẽ được chuyển đến các khách hàng của MMC, hầu hết là các tập đoàn. Trong khi đó, MMC đồng ý cấm hoa hồng lợi nhuận, giới hạn hoa hồng môi giới ở một mức phí duy nhất và công khai tất cả các hình thức bồi thường cho khách hàng của mình.

Tác động của trường hợp của Spitzer đối với hoạt động bảo hiểm là rất lớn. Do đó, nhiều nhà môi giới và công ty bảo hiểm đã từ bỏ việc sử dụng hoa hồng lợi nhuận. Điều này có khả năng gây ra những thay đổi lớn trong nghành bảo hiểm. Là một loại hoa hồng khuyến khích giữa một công ty bảo hiểm và đại lý bảo hiểm hoặc môi giới, hoa hồng lợi nhuận bảo hiểm có tác động tích cực đến thực tiễn ngành bảo hiểm. Các nhà môi giới cung cấp các dịch vụ giá trị cho cả bên mua bảo hiểm và công ty bảo hiểm bằng cách tư vấn, xác định rủi ro, đánh giá và yêu cầu dịch vụ giải quyết cho khách hàng và làm công việc sàng lọc rủi ro cho các công ty bảo hiểm. Hoa hồng lợi nhuận bảo hiểm cung cấp cho các nhà môi giới một động lực để đánh giá và cung cấp các thông tin bảo hiểm chính xác hơn về khách hàng của họ. Loại bỏ hoa hồng lợi nhuận này có thể dẫn đến một thị trường bảo hiểm kém hiệu quả hơn, trong đó các vấn đề về lựa chọn bất lợi và rủi ro đạo đức có thể trở nên nghiêm trọng hơn.