

Life Insurance Claim Management Process Vulnerability using FMEA: An Insurance Company in Islamic Republic of Iran Case study

Aziz Ahmadzadeh* Soraya Soluki

1. Assistant Professor, Insurance Research Center(IRC)
2. Master of Management Group, Faculty of Management and Financial Sciences, khatam University.

(DOI):10.22056/jir.2019.152185.2380

ABSTRACT

Objective: Identifying and ranking Life Insurance Claim Management Process Vulnerability, causes, effects and solutions

Methodology: Failure Mode and Effects Analysis (FMEA)

Findings: 20 failures are identified and prioritized for the life insurance Claim Management process. Six items, including "customers' lack of information at sale", "insurance vendors skills shortage and disregarding the product to fit customer needs", "Inaccurate risk assessment at the time of underwriting, especially in large group contracts", "customers failure to read contract's terms and conditions", "lack of access to a reliable source for comprehensive information on Life Insurance contracts and their features" and "lack of appropriate risk assessment and underwriting" are the most effective failures according to FMEA Methodology. In fact, failures originated from sales network, failures related to information deficiency, management sector failures and failures originated from claim settlement employees are ranked as the first to fourth priority, respectively.

Experts were asked about remedies for the identified failures. Accordingly, solutions were provided for each failure. Most Important solutions for prioritized failures include "providing sufficient training to vendors and motivating them for optimization of their performance based on the long term vision", "performing accurate risk management and requiring more than one risk assessor for assessing large group contracts at the time of underwriting", "Prioritizing perfect advisory in order to fully informing clients", "Providing periodic feedback from claim management to the sales network and underwriting sectors", "Establishing insureds' health database ", "Compiling and reviewing Periodic Required Internal Standards", "determining Quantitative and Qualitative Indicators for Employees' Performance Assessment based on Standard Responsibilities and Required Training in an Effective and Transparent Manner" and "Facilitating Communication between Insurance Stakeholders by Upgrading Software Systems and Timely Updates", among the suggested solutions have been identified.

Conclusion: Findings show that a significant part of the problems of claim management are related to the inattention at the time of sale and underwriting. It seems there is no effective feedback from the claim management to the sales management. Therefore, not paying enough attention to modify customers' expectations when purchasing a product and misunderstanding problems have a significant role to play in customers' satisfaction failure at the time of claim. Based on the received solutions provided by the experts, it seems that strengthening the interactions between the claim management and sales management as well as between the staff and line staff, along with formulating standards for task division and training and evaluating staff performance, and also promotion of tailor-made and failure-related training can play an important role in enhancing insurance companies' claim management.

Received:

2018 October 13

Accepted:

2019 August 26

Keywords:

Claim Management, Life insurance, Failure Mode and Effect Analysis (FMEA), Pathology

JEL

Classification:
G22

***Corresponding Author:** Aziz Ahmadzadeh

Email: ahmadzadeh80@gmail.com

آسیب‌شناسی فرآیند مدیریت خسارات بیمه زندگی با استفاده از تکنیک FMEA: مطالعه موردی یک شرکت بیمه‌ای جمهوری اسلامی ایران

دکتر عزیز احمدزاده*
ثریا سلوکی

۱- استادیار پژوهشکده بیمه

۲- کارشناسی ارشد، گروه مدیریت، دانشکده مدیریت و علوم مالی، دانشگاه خاتم

چکیده

هدف: شناسایی و اولویت‌بندی آسیب‌های فرآیند مدیریت خسارات بیمه زندگی، علل و آثار آن‌ها و همچنین راهکارهای رفع آن‌ها

روش‌شناسی: استفاده از روش‌شناسی (متدولوژی) تحلیل حالات و آثار خطا (FMEA)

یافته‌ها: تعداد بیست آسیب برای فرآیند مدیریت خسارات بیمه زندگی شناسایی و اولویت‌بندی شده است که از این میان، شش آسیب، بر مبنای متدولوژی مورد استفاده (از نظر احتمال وقوع و شدت اثر و احتمال کشف) بیشترین اهمیت و تأثیرگذاری را داشتند. این شش آسیب عبارت‌اند از: «عدم انتقال جامع اطلاعات به مشتریان در زمان فروش»، «کمبود مهارت فروشندگان بیمه و بی‌توجهی به تناسب محصول با نیاز مشتریان»، «نادقیق بودن ارزیابی ریسک در زمان صدور، خصوصاً در قراردادهای گروهی بزرگ»، «عدم مطالعه دقیق شرایط قرارداد توسط مشتریان»، «خلأ دسترسی به یک منبع موثق و یکجا برای کسب اطلاعات کامل و همه‌جانبه درباره قراردادهای و ویژگی‌های انواع بیمه‌های عمر» و «نبود ارزیابی صحیح ریسک و اعلام اضافه نرخ متناسب با آن». در واقع، آسیب‌های با منشأ شبکه فروش در اولویت اول، آسیب‌های مرتبط با نقص اطلاعاتی در اولویت دوم، آسیب‌های بخش مدیریت در اولویت سوم و آسیب‌های بخش کارمندان ارزیابی و پرداخت خسارات در اولویت چهارم قرار گرفته‌اند.

متناسب با آسیب‌های شناسایی‌شده، راهکارهای رفع آن‌ها هم از خبرگان سؤال شد. بر این مبنای، برای هر کدام از آسیب‌ها راهکارهایی دریافت شد. اهم راهکارهای ارائه‌شده برای آسیب‌های اولویت‌دار شامل «دادن آموزش‌های کافی به فروشندگان و ایجاد انگیزه و دیدگاه بلندمدت برای آن‌ها»، «انجام مدیریت ریسک دقیق و الزام به حضور بیش از یک ارزیاب در زمان صدور قراردادهای گروهی بزرگ»، «در اولویت قرار گرفتن مشاوره تخصصی به‌قصد آگاهی‌رسانی کامل به مشتریان»، «ارائه بازخوردهای ادواری از بخش مدیریت خسارات به بخش صدور بیمه‌های زندگی»، «تهیه بانک اطلاعاتی سلامت بیمه‌شدگان»، «تدوین و بازنگری ادواری استانداردهای داخلی موردنیاز»، «تعیین شاخص‌های کمی و کیفی ارزیابی عملکرد کارکنان بر مبنای حدود اختیارات و مسئولیت‌ها و آموزش‌های استاندارد موردنیاز در قالب سنجش‌های کارآمد و شفاف»، و «تسهیل ارتباط میان ذینفعان بیمه از طریق ارتقای سیستم‌های نرم‌افزاری و به‌روزرسانی‌های به‌موقع آن»، از مهم‌ترین راهکارهای پیشنهادشده برای آسیب‌های شناسایی‌شده بوده‌اند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که بخش عمده مشکلات مدیریت خسارات، به سهل‌انگاری‌های زمان صدور بیمه‌نامه (شبکه فروش) برمی‌گردد و بازخورد مؤثری از بخش خسارت به بخش صدور وجود ندارد. بنابراین، عدم توجه کافی به تصحیح انتظارات مشتریان در زمان خرید محصول و مشکلات ناشی از درک نادرست، سهم بسزایی در ناکامی مشتریان در زمان بروز خسارت دارد. بر مبنای یافته‌های مربوط به راهکارها، به نظر می‌رسد تقویت تعاملات داخلی بین بخش مدیریت خسارات و مدیریت صدور بیمه‌های زندگی و همچنین بین کارکنان صف و ستاد، در کنار ارتقای آموزش‌های متناسب با نیاز و در راستای رفع آسیب‌ها و همچنین تدوین استانداردهای تقسیم وظایف و آموزش و ارزیابی عملکرد کارکنان بر مبنای آن، می‌تواند نقش بسزایی در ارتقای مدیریت خسارات شرکت‌های بیمه ایفا کند.

تاریخ دریافت:

۱۳۹۷/۰۷/۲۱

تاریخ پذیرش:

۱۳۹۸/۰۶/۰۴

کلیدواژه‌ها:

مدیریت خسارات، بیمه زندگی، تکنیک تحلیل حالات و اثرات خطا

طبقه‌بندی موضوعی:

G22

نویسنده مسئول: دکتر عزیز احمدزاده

پست الکترونیکی: ahmadzadeh80@gmail.com

مقدمه

در سال‌های اخیر، بیمه‌های عمر بیشترین رشد را در صنعت بیمه کشور داشته‌اند و سهم آن‌ها از پرتفوی بیمه‌ای صنعت به بیش از ۱۴/۵ درصد^۱ رسیده است. حال آنکه مقایسه این رقم با میانگین سهم جهانی ۵۵/۳ درصدی این رشته در دنیا^۲ و همچنین هدف‌گذاری ماده یازدهم قانون برنامه ششم توسعه، مبنی بر افزایش سهم بیمه‌های زندگی، نشان می‌دهد که این روند رشد باید در سال‌های پیش رو ادامه یابد. لذا، لازم است تلاش‌های همه‌جانبه برای توسعه بیمه‌های عمر صورت گیرد که یکی از آن‌ها پرداخت خسارات بیمه عمر است. اساساً، هدف بیمه‌گذار از خرید بیمه جبران خسارات ناشی از تحقق یک ریسک توسط بیمه‌گر است. بنابراین، اگر شرکت‌های بیمه از پرداخت منصفانه و سریع خسارت‌ها امتناع ورزند، فلسفه وجودی بیمه زیر سؤال می‌رود و انتظارات بیمه‌گذاران برآورده نمی‌شود؛ حال آنکه پرداخت به‌موقع خسارت، به‌علت ایجاد حس امنیت و اطمینان‌بخشی از وجود پشتوانه مالی در زمان تحقق خطر، می‌تواند اعتمادبه‌نفس بیشتری برای مواجهه با آثار جسمی و روانی حادثه برای بیمه‌گذار یا ذی‌نفع به دنبال داشته باشد که حاکی از اهمیت و آثار روانی و اجتماعی کیفیت پرداخت خسارات است. به‌همین ترتیب، کیفیت پرداخت خسارت یکی از عوامل تأثیرگذار در میزان استقبال از بیمه و افزایش ضریب نفوذ بیمه است. از نظر مدیریت بنگاه نیز، هزینه مدیریت خسارات بیمه‌ای معمولاً کمتر از ۱۰ درصد حق بیمه است، درحالی‌که هزینه پرداخت خسارات بیش از ۶۵ درصد آن است.^۳ بنابراین، تلاش برای ارتقای کیفیت پرداخت خسارات به‌صرفه و ارزش‌آفرین است. این موارد اهمیت مدیریت خسارات در صنعت بیمه را به‌خوبی نشان می‌دهد.

ارزیابی و پرداخت خسارت مستلزم یک فرایند کاری است؛ از اعلام خسارت تا تکمیل پرونده، ارزیابی، تصمیم‌گیری و درنهایت پرداخت خسارت. هرگونه نقص، کاستی یا ناکارایی در هر بخش از فرایند، می‌تواند کیفیت عملکرد بیمه را به‌منزله یک خدمت حمایتی، تحت‌تأثیر قرار دهد.

نظر به اینکه تاکنون، مطالعه‌ای جدی برای آسیب‌شناسی فرایند ارزیابی خسارت در کشور انجام نشده است، لذا، هدف این تحقیق آسیب‌شناسی فرایند ارزیابی و پرداخت خسارات در بیمه‌های زندگی است. براین‌مبنا، دو سؤال تحقیق به شرح زیر است: (۱) آسیب‌ها و ضعف‌های اساسی فرایند ارزیابی و پرداخت خسارات در رشته بیمه زندگی کدام‌اند؟ (۲) راهکارهای پیشنهادی برای رفع آسیب‌های شناسایی شده کدام‌اند؟

۱. سالنامه آماری ۱۳۹۷ صنعت بیمه.

۲. همان.

۳. بر مبنای صورت سود و زیان تجمیعی ۱۳۹۷ صنعت بیمه، نسبت سایر هزینه‌های بیمه‌ای (شامل هزینه‌های اداری و مدیریت خسارات) به حق بیمه تولیدی ۵ درصد و نسبت هزینه خسارت به حق بیمه تولیدی ۶۹ درصد بوده است (سالنامه آماری ۱۳۹۷ صنعت بیمه).

در راستای دستیابی به هدف تحقیق، ابتدا، ضمن بررسی برخی رویکردهای مدیریت خسارات در جهان، مطالعات قبلی در این زمینه مرور می‌شود. سپس، روش‌شناسی FMEA^۱ به‌عنوان روش تحقیق^۲ مورد استفاده برای پاسخ به سؤالات تحقیق تشریح می‌شود و بر مبنای آن، فرایند ارزیابی و پرداخت خسارات رشته بیمه زندگی در یک شرکت بیمه‌ای ایرانی آسیب‌شناسی شده و راهکارهایی برای رفع آسیب‌های مذکور پیشنهاد می‌گردد.

۲.۱. مبانی نظری و پیشینه تحقیق

نظر به اینکه مدیریت خسارات بخشی از حرفه بیمه‌گری است و بیشتر از آنکه علم باشد دانش محسوب می‌شود، منشأ این دانش، کارکردی است که در حرفه بیمه‌گری برای این جزء از کلیت بیمه‌گری تعریف شده و طی فرایند تکامل بیمه‌گری این بخش نیز با انباشت تجارب متممادی خبرگان شاغل در آن تکامل یافته و در قالب ساختاردهی به فرایندهای کاری و تدوین جزوات آموزشی پدیدار گشته است. از منظر علمی، تقسیم کار، اتوماسیون، تخصصی‌شدن امور، انباشت دانش و بهبود مستمر فرایندها مبتنی بر نتیجه‌محوری، همگی از مواردی هستند که به بهبود کارایی و بهره‌وری کمک می‌کنند و مبنای نظری مدیریت خسارات را تشکیل می‌دهند.

براین اساس، بهبود مدیریت خسارات، از طریق پرداخت سریع‌تر و دقیق‌تر مبلغ خسارات، موجب حمایت بیشتری از بیمه‌شدگان در شرایط پراسترس زمان خسارت شده است و لذا رضایتمندی و وفاداری بیشتر مشتریان را به دنبال دارد. داشتن دیدگاهی جامع و کامل از مشتری امکان ارائه خدمات به مشتریان را از طریق تمام کانال‌ها از جمله کانال‌های ارتباطی سنتی مانند تماس تلفنی و همچنین رسانه‌های اجتماعی و سایر شرایط امکان‌پذیر می‌سازد. از این منظر، هر اعلام خسارت فرصتی است برای تقویت ارتباط با مشتریان؛ زیرا تجربه مشتری در روند بررسی این فرایند می‌تواند عامل تمایز مهمی بین شرکت‌ها باشد.^۳ در نتیجه، با داشتن فرایند پرداخت خسارات کارآ، شرکت‌های بیمه مشتریان شادتری در شرایط استرس‌زا خواهند داشت و همچنین، در هزینه‌های خود صرفه‌جویی‌های قابل توجهی خواهند کرد (کامیندویر، ۲۰۱۶).^۴

کاپگمینی^۵ (۲۰۱۲) به این نتیجه رسیده است که درک نادرست در مورد آنچه بیمه‌نامه پوشش

1. Failure Mode and Effect Analysis

۲. تحقیق حاضر، از لحاظ هدف، تحقیق کاربردی، از لحاظ زمان گردآوری اطلاعات، مقطعی، از لحاظ روش اجرا، توصیفی از نوع پیمایشی و از لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها، تحقیقی کمی - کیفی است.

۳. به‌طور کلی، مواجهه با یک خسارت اعلامی به این معناست که بیمه‌شده در شرایطی استرس‌زا قرار دارد. چنانچه روند رسیدگی به ادعای خسارت میزان استرس را کاهش دهد، احتمال اینکه مشتریان وفادارتر شوند بیشتر خواهد بود.

4. Comindware

5. Capgemini

می‌دهد یا آنچه در طول دوره رسیدگی به خسارت موردانتظار است، به‌طور معناداری رضایت بیمه‌گذاران را کاهش و درعوض، احتمال انتقال آن‌ها به سایر شرکت‌های بیمه‌ای را افزایش می‌دهد. بنابراین، ارائه خدمات، به‌نحوی کارآ، نه‌تنها وفاداری مشتریان را بالا می‌برد بلکه باعث کاهش هزینه‌های خسارت می‌شود.

بوترل و فرانسیس^۱ (۲۰۱۰) نشان داده‌اند که عواملی چون درک درست انتظارات مشتریان، انتخاب مدل خسارتی متناسب با کسب‌وکار، بهبود ارتباط با مشتریان و کنترل‌های دقیق فرایند، بر مدیریت پرداخت خسارات و در نتیجه رضایت مشتریان تأثیر دارد.^۲

بیمه زوربخ، برای نهادینه کردن رویکرد مدیریت خسارات خود، با تمرکز بر پنج عامل مدیریت استعداد، برتری فنی، کارایی و اثربخشی، تجربه مشتری و همکاری عملکردهای، فرایند ساختاریافته‌ای برای بهبود مستمر و مدیریت عملکرد خود عرضه کرده است که تجربه مشتری (شامل کاهش چرخه زمانی، استانداردهای پایدار خدمات و بهبود سطح خدماتی که مشتریان مستقیماً در آن نقش دارند)، مدیریت جبران خسارات (شامل بهبود کارایی از طریق فناوری و ابزار و استفاده مداوم از بهترین شیوه‌ها در کاهش نواقص) و مدیریت هزینه (شامل مدیریت فروش و ساده‌سازی عملیات) اهرم‌های اصلی آن هستند (خدمات مالی زوربخ، ۲۰۰۵).

راهنمای بین‌المللی درمورد مدیریت بهینه خسارات و اطلاعات بسیار کم موجود منتشرشده از تجربه کشورهای در این زمینه، کمیته بیمه OECD^۴ در سال ۲۰۰۰، پروژه مدیریت خسارات را برای جمع‌آوری اطلاعات درمورد اعمال مدیریت خسارات کشورهای عضو و شناسایی دامنه همکاری بین‌المللی برای بهبود کیفیت فرایندهای مدیریت خسارات راه‌اندازی کرد. کمیته کارشناسان دولتی این پروژه متولی مجموعه‌ای از اقدامات مناسب برای هدایت مقامات دولتی و شرکت‌های بیمه شده‌اند. از آن جمله می‌توان به ارائه اطلاعات کافی و کمک به بیمه‌گذار جهت تنظیم گزارش اعلام خسارت، روش‌های کارآمد بایگانی خسارات اعلامی، تشخیص مؤثر تقلب و انجام اقدامات پیشگیرانه، ارزیابی و رسیدگی جامع، عادلانه و شفاف به خسارات اعلامی، رسیدگی سریع، استفاده از روش‌های مؤثر در حل اختلافات و نظارت مناسب بر خدمات مربوط به ادعاها به‌عنوان اقدامات مربوط به ارتقای کیفیت مدیریت خسارات بیمه‌ای از منظر همکاری‌های بین‌المللی اشاره کرد (OECD، ۲۰۰۴).

جمع‌آوری و به‌اشتراک‌گذاری حجم زیادی از اطلاعات میان چند طرف درگیر (مانند ارزیابان خسارت،

1. Butler & Francis

۲. مطالعات داخلی بسیار اندکی برای آسیب‌شناسی مدیریت خسارات یافت شدند که هیچ‌کدام مربوط به بیمه‌های زندگی نبودند. برای مثال، شکوری و دانشیان (۱۳۹۴) بیمه‌های اتومبیل را مورد مطالعه کرده‌اند و به این نتیجه رسیده‌اند که بخش عمده طولانی‌شدن زمان پرداخت خسارت مربوط به فرایند بازدید خودرو است.

3. Zurich Financial Services

4. Organisation for Economic Co-operation and Development

ذی‌نفع، بیمه‌شده، وکلا، پزشکان و...) در یک ادعای خسارت بیمه‌ای است، لذا، داشتن دانش و تجربه بالای ارزیابان برای تعیین نتیجه منصفانه و متناسب با خسارت اعلامی بسیار اهمیت دارد. اغلب اوقات، نمایندگان و ارزیابان خسارت باید در هنگام ارزیابی و رسیدگی به فرایند ادعای خسارات، داده‌های خود را از منابع مختلفی به‌دست آورند که موجب طولانی‌شدن زمان و افزایش هزینه فرایند می‌شود. اقدامات دستی و غیرسیستمی نیز باعث کاهش شفافیت روند بررسی خسارات، دستکاری اطلاعات و یا خطای انسانی می‌شود. اینجاست که فناوری اطلاعات می‌تواند با ارائه کانال‌های یکپارچه برای ارتباط و همکاری در افزایش بهره‌وری مؤثر واقع شود؛ امروزه، تصور کردن مدیریت خسارات بدون استفاده از ابزارهای مرتبط دشوار به‌نظر می‌رسد. براین‌مبنای شرکت‌های نرم‌افزاری فعال در صنعت بیمه، پیشتاز ارائه مدل‌های مدیریت خسارت و اجرای آن در نرم‌افزارهای بیمه‌ای خود بوده‌اند و در راستای ارتقای رقابت‌پذیری خود، همواره در بهبود راهکارهای مدیریت خسارت کوشیده‌اند.

راهبردهای بیمه‌گران توسط سیستم‌های نرم‌افزاری آن‌ها تعیین می‌شود؛ درحالی‌که سیستم‌ها باید راهبرد شرکت را با فراهم‌آوردن اطلاعات موردنیاز جهت شناسایی خطاها و نواقص فرایند رسیدگی به خسارات و تجزیه و تحلیل هزینه‌ها حمایت کنند. راهکارهای پیشنهادی نیز باید مدیران را، در صورت نیاز، به تغییر سیستم جهت حمایت از اولویت‌های تغییر یافته قادر سازد (دی‌اس‌تی سیستمز، ۲۰۱۴).

فرایند مدیریت خسارت گاهی در مورد هر ادعا متغیر است؛ اما جنبه‌های استاندارد شده مدیریت خسارت را می‌توان با توسعه فرایندهای بهتر و استفاده راهبردی از فناوری بهبود بخشید. هر سازمان باید مدیریت خسارات خود را به روش خودش بهبود بخشد؛ زیرا با اینکه بسیاری از جنبه‌های خسارات اعلامی می‌تواند استانداردسازی شود، ایجاد مزیت‌های رقابتی نیازمند آن است که هر سازمانی نقاط قوت خود و همچنین فضاهایی را که فرصت‌هایی برای بهبود دارد به‌خوبی بشناسد (کامیندویر، ۲۰۱۶).

بنابراین، برتری فناوری در فرایند مدیریت خسارات یکی از عوامل مهم و اثرگذار در کسب مزیت رقابتی است که معمولاً نیازمند ارزیابی مجدد، ساده‌سازی فرایندها و گاهی ساختار سازمانی است. تصمیم‌گیری هوشمندانه و مبتنی بر داده در این بخش، مستلزم آن است که داده‌ها صحیح به اشتراک گذاشته شوند. برتری فناوری و مدیریت داده همچنین می‌تواند به نوآوری در خدمات و افزایش وفاداری مشتری منجر شود (کامیندویر، ۲۰۱۶).

طبق مطالعات انجام‌شده، می‌توان آسیب‌های شناسایی شده برای مدیریت خسارات بیمه‌های زندگی را در سه دسته طبقه‌بندی کرد: آسیب‌های مربوط به «مدیریت» و «شبکه فروش» و «کارمندان بخش

1. DST systems

ارزیابی و پرداخت خسارات».

دسته اول این آسیب‌ها عبارت‌اند از: طولانی‌بودن زمان فرایند رسیدگی و پرداخت خسارات (LIHDFC،^۱ ۲۰۱۱)، شفاف‌نبودن روند بررسی خسارات (LIHDFC، ۲۰۱۱ و ۲۰۱۶؛ کامیندویر، ۲۰۱۶)، وجود نداشتن سیستم‌های یکپارچه رسیدگی به خسارات (دی‌اس‌تی سیستمز، ۲۰۱۴)، وجود فرایندهای دستی و سختگیرانه (دی‌اس‌تی سیستمز، ۲۰۱۴)، به‌روزرسانی‌نشدن به‌موقع سیستم (دی‌اس‌تی سیستمز، ۲۰۱۴) و حجم بالای مدارک و فرم‌های مبتنی بر کاغذ (OECD، ۲۰۰۴). این موارد عمده‌ترین مشکلات موجود در سیستم «مدیریت» و اداری بخش مدیریت خسارات بوده است.

برخی از مشکلات اساسی مدیریت خسارات بیمه‌های زندگی نیز به کاستی‌های موجود در «شبکه فروش» برمی‌گردد که در دسته دوم جای می‌گیرد: اعتماد نداشتن مشتریان به بازاریاب‌ها و نمایندگان بیمه (LIHDFC، ۲۰۱۱) و نبود انگیزه کافی بازاریاب‌ها و نماینده‌ها برای همکاری با مشتریان^۲ (LIHDFC، ۲۰۱۱)، از عوامل تعیین‌کننده در بروز این مشکلات محسوب می‌شوند.

سومین دسته از مشکلات و آسیب‌های مدیریت خسارات به «کارمندان بخش ارزیابی و پرداخت خسارت» برمی‌گردد. اطلاع‌رسانی‌نکردن دقیق به مشتریان در طول فرایند (OECD، ۲۰۰۴) و تعیین‌نکردن نتیجه منصفانه و متناسب با خسارات اعلامی، به دلیل حجم بالای اطلاعات میان چند طرف درگیر در یک ادعای خسارت (دی‌اس‌تی سیستمز، ۲۰۱۴)، از جمله موارد مهم این دسته است. بر مبنای آسیب‌های احصاشده، راه‌حل‌های متنوعی برای ارتقای سیستم‌های مدیریت خسارات در پیش گرفته شده است که برخی موارد مهم آن را می‌توان به شرح زیر برشمرد:

اطلاع‌رسانی تمامی مراحل فرایند مستندسازی به مشتریان در زمان خرید بیمه (LIHDFC، ۲۰۱۱). ساده‌سازی فرایند مستندسازی و کاهش زمان رسیدگی و پرداخت خسارت از طریق رسیدگی اتوماتیک به موارد عادی و آزادسازی وقت کارکنان برای تمرکز بر موارد پیچیده‌تر، تضمین کیفیت و خدمات مشتری (دی‌اس‌تی سیستمز، ۲۰۱۴؛ LIHDFC، ۲۰۱۱).

ارائه اطلاعات مناسب در مورد وضعیت خسارات اعلامی به مشتریان (LIHDFC، ۲۰۱۱). ایجاد انگیزه کافی برای همکاری نمایندگان با مشتری (LIHDFC، ۲۰۱۱). اولویت‌بندی اقدامات و به‌کارگیری تمامی عوامل برای رسیدگی منصفانه و سریع به ادعا (دی‌اس‌تی سیستمز، ۲۰۱۴).

امکان استفاده از فرایندهای جایگزین (به‌جای فرایندهای خودکار)، در مواقع ضروری، (برای حفظ کارآمدی و جلوگیری از اتلاف وقت) (دی‌اس‌تی سیستمز، ۲۰۱۴).

1. Standard Life Insurance Company and Housing Development Finance Corporation

۲. نظر به اینکه میزان فروش مبنای پرداخت کارمزد به شبکه فروش است، نمایندگان انگیزه کافی برای راهنمایی مشتریان درباره نحوه اعلام و پیگیری خسارات را ندارند و بر فروش متمرکزند.

آموزش ارزیابان خسارات، حتی‌المقدور با استفاده از سیستم‌های اتوماتیک (درجهت کاهش زمان آموزش) (دی‌اس‌تی سیستمز، ۲۰۱۴).

ارائه راهکارهای نوآورانه جهت مدیریت عملیات کسب‌وکار به‌منظور بهینه‌سازی و کارایی عملکرد (کامیندویر، ۲۰۱۶).

برمبنای مطالعات و رویکردهای مرور شده، می‌توان دیدگاهی اولیه درباره مشکلات و راهکارهای موجود در مسیر توسعه مدیریت خسارات بیمه‌های زندگی کسب کرد. اما این موضوع نیز مانند بسیاری موضوعات حوزه علوم اجتماعی، متأثر از شرایط محیطی فراوانی است و امکان تجویز پیشنهاد یا ارائه راهکار قطعی برای صنعت بیمه کشور به استناد آن وجود ندارد. لذا، در ادامه پژوهش، با استفاده از روش علمی و با بهره‌گیری از دیدگاه کسب‌شده درخصوص مدیریت خسارات، موضوع در داخل کشور مورد بررسی میدانی قرار می‌گیرد.

۴.۳. روش‌شناسی تحقیق

FMEA روشی است جهانی که از آن برای ارزیابی ریسک استفاده می‌شود. در شرکت‌های بیمه (مانند بیمه‌های مهندسی، اموال و...) نیز از FMEA به‌عنوان یکی از انواع روش‌های ارزیابی ریسک استفاده می‌شود (برای آگاهی بیشتر ر.ک. به قاسمی، ۱۳۹۴) تا برمبنای آن حق بیمه ریسک را تعیین کنند. در این تحقیق، روش‌شناسی FMEA با هدف متفاوتی از مفهوم رایج آن در صنعت بیمه و به‌منزله یکی از فنون غیرآماري جهت شناسایی و اولویت‌بندی آسیب‌های فرایند مدیریت خسارات استفاده شده است.

نظر به ماهیت فرایندی مدیریت خسارات، تکنیک PFMEA^۱ استفاده می‌شود که در واقع همان روش FMEA است که با تمرکز بر فرایندها توسعه یافته و به کمک آن می‌توان مسائل و مشکلات بالقوه‌ای را که باعث ایجاد تغییرات نامطلوب در یک فرایند می‌شود شناسایی کرد و با تعریف اقدامات اصلاحی مؤثر، مانع از بروز آن‌ها شد. PFMEA روشی سیستماتیک است که به‌منظور شناسایی و اولویت‌بندی و درنهایت، اقدام برای حذف کاستی‌های فرایند که منجر به بروز حالات خرابی می‌شود به‌کار می‌رود (خراسانی و مصلح‌آبادی، ۱۳۹۵). مزایای متعددی برای استفاده از PFMEA برشمرده شده که از جمله آن‌ها می‌توان به نقش مؤثر این روش در ثبات‌بخشی به خروجی فرایند، کاهش ضایعات، اتلاف منابع و دوباره‌کاری‌ها، افزایش بهره‌وری، روان‌شدن و افزایش سرعت فرایند، اولویت‌بندی اقدامات مربوط به بهبود فرایند و امکان استمرار بهبود فرایند، اشاره کرد. مراحل یا گام‌های اجرای روش PFMEA را می‌توان به شرح زیر برشمرد (خراسانی و مصلح‌آبادی، ۱۳۹۵):

1. Process FMEA

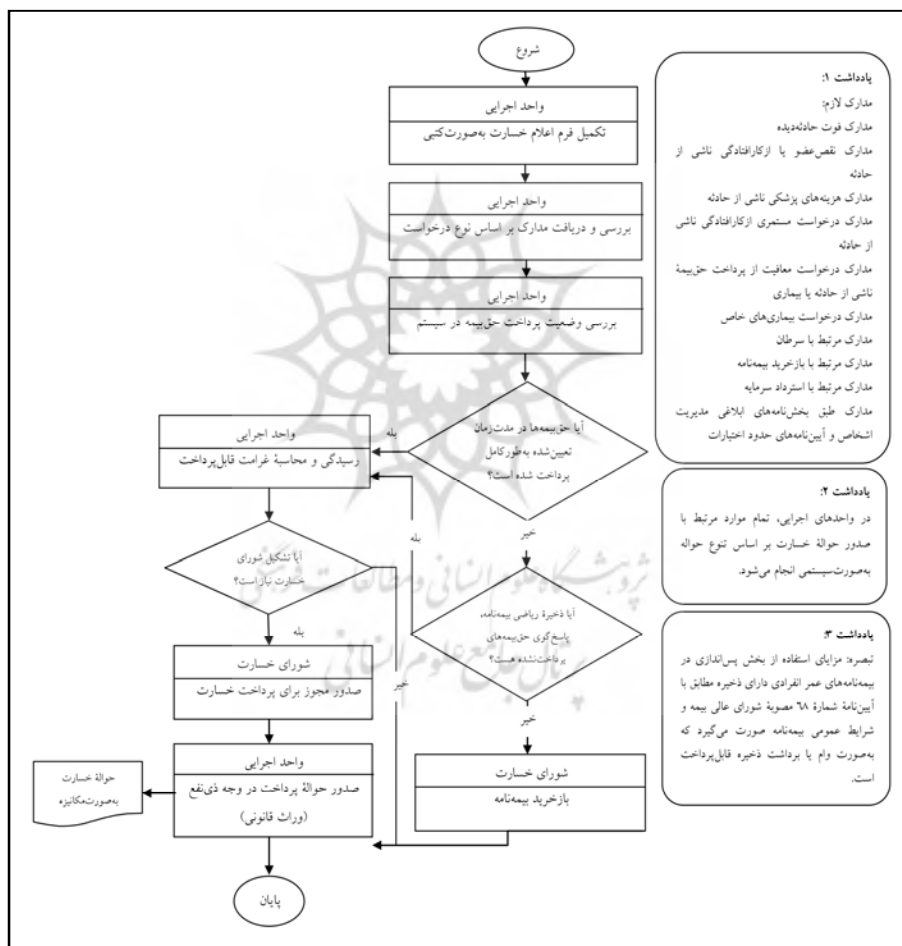
۱. شناسایی یا بازنگری فرایند یا محصول؛
 ۲. شناسایی حالات بالقوه خطا/ آسیب؛
 ۳. فهرست کردن آثار بالقوه هر یک از حالات خطا/ آسیب‌ها؛
 ۴. اختصاص دادن رتبه شدت اثر^۱ برای هر حالت خطا/ آسیب؛
 ۵. اختصاص دادن رتبه احتمال وقوع^۲ برای هر حالت خطا/ آسیب؛
 ۶. اختصاص دادن رتبه احتمال کشف^۳ برای هر حالت خطا/ آسیبی که رخ می‌دهد؛
 ۷. اختصاص نمرة RPN^۵ برای هر حالت خطا/ آسیب؛
 ۸. اولویت‌بندی حالات خطا/ آسیب‌ها برای اقدام (بر مبنای نمرات RPN)؛
 ۹. ارائه پیشنهاد برای حذف یا کاهش حالات خطا/ آسیب‌هایی که بالاترین ریسک را دارند؛
 ۱۰. محاسبه RPN پس از کاهش و یا از بین بردن آثار بالقوه آسیب‌ها.
- با توجه به سؤالات تحقیق، ابتدا از طریق مشاهده میدانی، استعلام از شرکت و مصاحبه با خبرگان، فرایند پرداخت خسارات (مرحله ۱) و سپس انواع آسیب‌های ممکن فرایند (مرحله ۲) همراه با علل بروز و پیامدهای بروز آن‌ها (مرحله ۳) به‌همین ترتیب احصا شد. سپس، بر مبنای نتایج کسب‌شده، پرسشنامه‌ای میدانی تدوین شد که طبق آن کارکنان بخش مدیریت خسارات، هر کدام از خطاها/ آسیب‌ها را از منظر احتمال وقوع، شدت‌اثر و احتمال کشف ارزیابی کردند. پس از آن، بر مبنای پرسشنامه‌های تکمیل‌شده، مراحل ۴ تا ۶ انجام شد و با محاسبه RPN برای هر خطا به‌صورت حاصل ضرب اعداد به‌دست‌آمده برای مراحل ۴ تا ۶، مرحله ۷ و بر مبنای آن، رتبه‌بندی مرحله ۸ انجام پذیرفت و مرحله ۹، به‌عنوان نتیجه پژوهش، برای توصیه به تصمیم‌گیران پیشنهاد شد. مرحله ۱۰ حکم کسب بازخورد اجرای توصیه‌ها برای رفع آسیب‌ها و ارزیابی تأثیرگذاری توصیه‌ها بر بهبود فرایند را دارد.^۶

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

۱. شدت‌اثر معیاری است که میزان حاد بودن اثر حالات خرابی را نشان می‌دهد و همواره با اثر خرابی در ارتباط است. به‌عبارت‌بهرتر، ارتباطی مستقیم بین اثر خرابی و شدت آن وجود دارد.
 ۲. احتمال وقوع رتبه‌ای است مربوط به فراوانی تخمینی و یا مقدار تجمعی خرابی‌هایی که به‌ازای یک علت خاص در یک دوره زمانی به وقوع می‌پیوندد. به‌عبارت‌دیگر، بیان‌کننده احتمال وقوع علت خرابی است.
 ۳. احتمال کشف عبارت است از شانس اینکه روش‌های کنترل جاری بتوانند حالت خرابی و یا علل وقوع خرابی در خدمت را قبل از اینکه به دست مشتری برسد و یا خدمت تکمیل شود شناسایی کنند.
5. Risk Priority Number
۶. پیشبرد مرحله ۱۰ منوط به اجرای نتایج در شرکت بیمه بوده است و پژوهشگران اختیار به کارگیری آن در شرکت بیمه را نداشته‌اند. این موضوع، یکی از محدودیت‌های تحقیق محسوب می‌شود.

۵.۴. تحلیل نتایج

در این تحقیق، یک شرکت بیمه‌ای به‌عنوان مطالعه موردی در نظر گرفته شد. لذا، به‌عنوان اولین قدم اجرای FMEA، ضرورت داشت که فرایند ارزیابی خسارات بیمه عمر در این شرکت احصا شود. در این راستا، فلوجارت اولیه از فرایند مذکور با مراجعه به دو شعبه منتخب و بر مبنای مشاهده مستقیم، طراحی شد. سپس، با مراجعه به ستاد مرکزی شرکت جهت تأیید فرایند، فرایند طراحی شده توسط آن شرکت در اختیار محققان قرار گرفت که منطبق بر مشاهدات عینی بود و در شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱. فلوجارت پرداخت خسارت بیمه‌نامه‌های عمر - شرکت سهامی بیمه ایران (شرکت سهامی بیمه ایران، ۱۳۹۵)

توجه: در صورت نپرداختن حق بیمه، این مبلغ باید از اندوخته بیمه‌گذار کسر شود که در شکل ذخیره ریاضی به جای اندوخته بیمه‌گذار عنوان شده است.

در مرحله دوم، به منظور احصای آسیب‌های فرایند، ضمن بررسی نظری برخی رویکردهای مدیریت خسارات در جهان، با حضور در ستاد مرکزی و همچنین دو شعبه شرکت و مشاهده فرایند و رفتار بیمه‌گذاران و کارکنان در جریان اعلام و بررسی خسارات بیمه عمر، به‌طور مستقیم آسیب‌های اولیه مشتمل بر ۲۲ مورد شناسایی شد. سپس، این آسیب‌ها از طریق انجام مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۶ نفر از خبرگان بخش ارزیابی و پرداخت خسارات تکمیل شد. طبق نظر خبرگان، ۲ آسیب فاقد موضوعیت و قابل اغماض تشخیص داده شدند و جمعاً ۲۰ آسیب برای بررسی‌های بیشتر باقی ماندند که بر مبنای رویکردهای مدیریت خسارات در جهان^۱ (که در بخش مبانی نظری به آن پرداخته شد) در چهار گروه اصلی به شرح زیر طبقه‌بندی و بررسی می‌شوند:

گروه اول: آسیب‌های مربوط به بخش مدیریت (با کد M)^۲؛

گروه دوم: آسیب‌های مربوط به شبکه فروش (با کد S)^۳؛

گروه سوم: آسیب‌های مربوط به کارمندان بخش ارزیابی و پرداخت خسارت بیمه عمر (با کد E)^۴؛

و گروه چهارم: آسیب‌های ناشی از نقص اطلاعاتی یا عدم تقارن اطلاعاتی (با کد I)^۵.

در ادامه و طی مرحله دوم مصاحبه با خبرگان، علل بروز هر یک از آسیب‌ها/حالات خطأ^۶ و همچنین اثرات بروز آن‌ها بر فرایند مدیریت خسارات، به شرح جدول ۱ جمع‌بندی شدند که مرحله سوم متدولوژی FMEA محسوب می‌شود:

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

۱. نظر به اینکه آسیب‌های شناسایی شده اغلب مرتبط با هردو بخش فرایند ارزیابی و پرداخت خسارت بودند، تقسیم‌بندی به این دو دسته مناسب نبود.

2. Management
3. Sales network
4. Employee
5. Information Defect

۶. آسیب‌ها/حالات بالقوه خطأ: هر نوع عیب، مشکل و یا حتی فرصتی برای بهبود در فرایند که ممکن است نادیده گرفته شود می‌تواند یک آسیب یا حالت بالقوه خرابی باشد که منجر به از دست رفتن کارایی فرایند می‌شود.

جدول ۱. حالات خطا، علل و اثرات آسیب‌های شناسایی شده

اثرات	خطاها/ آسیب‌ها*	علل
زیان‌دهی پرتفوی و شرکت بیمه هدردادن وقت نیروی انسانی	M1: ارزیابی نکردن دقیق ریسک در زمان صدور خصوصاً در قراردادهای گروهی بزرگ	عدم مسئولیت‌پذیری و تعهد سازمانی عدم بررسی سوابق پرتفوی شرکت بیمه‌گذار در زمان صدور به‌علت میزان چشم‌گیر حق بیمه هزینه‌بر بودن ارزیابی ریسک وجود دستورات از بالا در جذب یا رد پرتفوی بدون توجه به ارزیابی ریسک
افزایش احتمال تقلب افزایش خسارت قابل‌پرداخت سردرگمی مراجعین	M2: کمبود نیروی کارشناس و ارزیاب خسارت	صرفه‌جویی غلط در هزینه کارشناسی آموزش ندیدن نیروی انسانی موجود
تأخیر در فرایند ارزیابی و پرداخت خسارت اشتباه در پرداخت خسارت انتظار طولانی مراجعین و نارضایتی آنان	M3: مشکلات نرم افزاری و قطعی زیاد سیستم	ضعف مدیریتی دست‌کم گرفتن نقش IT در راهبری شرکت
عمل کردن سختگیرانه‌تر از آیین‌نامه‌ها و در نتیجه نارضایتی مشتریان	M4: نداشتن وحدت‌رویه و شخصی عمل کردن در اجرای مقررات	ضعف مدیریتی
جلوگیری از مدیریت بهینه و نظارت بر آن کندشدن فرایند همسوسازی و یادگیری کارکنان تازه‌وارد و در نتیجه چنددستگی فرایند اجرای کار	M5: نبود روش اجرایی ارزیابی و پرداخت خسارت مکتوب در دسترس کارکنان مربوطه در شعب شرکت	ضعف مدیریتی و بی‌توجهی به الگوهای علمی حاکمیت شرکتی
احتمال پرداخت دوباره یک خسارت واحد مشکل پرداخت اقساط وام خصوصاً برای مشتریان کم‌سواد اختلال در فرایند ارزیابی خسارت و طولانی شدن زمان آن	M6: در نظر نگرفتن تمهیدات لازم جهت پیاده‌سازی سیستم نرم‌افزاری جدید	بی‌توجهی مدیریت به آسیب‌های ناشی از تغییرات نرم‌افزاری در مقطع تغییر یا به‌روزرسانی بی‌توجهی به ضرورت دریافت بازخورد کافی یا ارزیابی اولیه از وقفه‌های زمان پیاده‌سازی یا به‌روزرسانی نرم‌افزاری نظرسنجی نکردن از کاربرانی که به‌طور مستقیم با سیستم سروکار دارند
دشواری دسترسی به اسناد کندی بازیابی اسناد اشغال حجم زیادی از فضای فیزیکی و هزینه‌ها و ریسک‌های ناشی از آن (مانند آتش‌سوزی) افزایش احتمال خطا اتلاف زمان نیروی انسانی	M7: حجم زیاد اسناد و مدارک بایگانی	سیستمی نبودن فرایندهای تشکیل پرونده، بایگانی و ارزیابی خسارت

اثرات	خطاها/ آسیب‌ها*	علل
به تأخیر افتادن روند سوددهی و سرمایه‌گذاری بیمه‌نامه تبلیغات سوء از سوی جذب‌شده‌ها پس از اطلاع از اطلاعات صحیح	S1: عدم انتقال جامع اطلاعات به مشتریان توسط بازاریاب‌ها	نبود انگیزه و دیدگاه بلندمدت درخواست‌ندان مشتریان بی‌تأثیری آن بر دریافتی بازاریابان
حجم بالای مراجعات به شعب بیمه و کند شدن فرایند رسیدگی به خسارات افزایش گرایش مردم به سایر شرکت‌های بیمه بدنامی شرکت بیمه در درازمدت	S2: کمبود مهارت نمایندگان و بازاریاب‌های بیمه و لحاظ نکردن تناسب محصول با نیاز مشتریان	آموزش نامناسب یا ناکافی نبود تجربه کافی در فروش مشکلات موجود در برنامه سیستم بیمه عمر مان و جامع عمر تمایل به جذب بی‌رویه پرتفوی صرفاً با هدف دریافت کارمزد فروش
افزایش ضریب خسارت تأخیر در بررسی پرونده‌های خسارتی	E1: هماهنگ نبودن و تعامل نداشتن ارزیاب اولیه ریسک (بخش صدور) و ارزیاب خسارت	فقدان ارتباط سیستماتیک بخش صدور و خسارت در بیمه‌های عمر
افزایش دعاوی علیه شرکت بیمه طولانی شدن روند پرداخت خسارت بروز اشتباهات و نارضایتی مشتریان	E2: پیش‌داوری و پیش‌قضاوتی کارشناسان قبل از بررسی کامل مستندات و پرونده	حجم بالای کار ارجاعی فقدان شاخص‌های کیفی ارزیابی عملکرد کارکنان فقدان آموزش‌های لازم فقدان بازدارندگی و انگیزش کافی برای ارتقای دقت در عملکرد
کاهش سرعت و دقت بررسی پرونده‌های خسارت افزایش احتمال خطا و گم شدن برخی مدارک بی‌نظمی و کاهش شفافیت پرونده‌ها	E3: یکدست نبودن نحوه چیدمان مدارک	آموزش ناکافی اعمال نظر شخصی کارکنان بی‌توجهی مدیریت به افزایش بهره‌وری
تأخیر در روند پرداخت خسارت تحقق نیافتن انتظارات بیمه‌شدگان و نارضایتی ناشی از آن	I1: عدم مطالعه دقیق شرایط قرارداد توسط مشتریان	ضعف فرهنگ عمومی مطالعه آموزش‌ندیدن بازاریابان برای تأکید بر این مورد روحیه عمومی مصالحه و بی‌توجهی به جزئیات و سهل‌انگاری

اثرات	خطاها/ آسیب‌ها*	علل
ناآگاهی مشتریان از جزئیات بیمه‌های عمر و در نتیجه نارضایتی آنان و افزایش نرخ بازخرید بیمه‌های عمر سرخوردگی کارمندان مستقیم درگیر با بیمه عمر	12: خلأ دسترسی به یک منبع موثق و یکجا ^۱ برای کسب اطلاعات کامل و همه‌جانبه دربارهٔ قراردادها و ویژگی‌های انواع بیمه‌های عمر	دید کوتاه‌مدت مدیران و مسئولین صنعت بیمه فقدان تعامل منسجم سازمانی بین بخش‌های فروش، بازخرید و پرداخت خسارت گران‌بودن هزینه تبلیغات و بازاریابی در کشور
تأخیر در روند بررسی پرونده افزایش ضریب خسارت	13: عدم شناسایی یا ارزیابی صحیح ریسک و اعلام اضافه نرخ متناسب با آن	رعایت نکردن اصل حسن نیت و گذاری اختیار صدور به نمایندگان ذی‌نفع
طولانی شدن فرایند کار کارکنان شرکت در بخش مدیریت خسارات کاهش دقت در ارزیابی و تحلیل و مدیریت ریسک کاهش دقت در ارزیابی خسارات اعلامی بالا رفتن احتمال پوشش ریسک‌های غیرمنطقی و افزایش ضریب خسارت	14: موجود نبودن بانک اطلاعات سلامت بیمه‌شدگان در کشور یا دور از دسترسی بودن آن	همکاری نکردن سازمان‌های بیمه‌گر پایه و وزارت بهداشت با شرکت‌های بیمه بازرگانی فراوانی تغییرات اطلاعات سرمایه‌گذاری نکردن و هزینه نکردن در ایجاد بانک اطلاعاتی
افزایش شکایات و بی‌اعتمادی به شرکت بیمه	15: نقصان در استانداردهای داخلی	ضعف مدیریتی
طولانی شدن فرایند پرداخت خسارت اعلام نشدن به‌موقع خسارات به بیمه‌گر	16: اطلاع نداشتن بیمه‌شدگان از وجود قرارداد بیمه عمر در برخی موارد	گسترده‌گی جغرافیایی برخی سازمان‌های بیمه‌گذار تصور نادرست وراثت مبنی بر لزوم تکمیل تمامی مدارک قبل از اعلام خسارت
کاهش انگیزه کارشناسان در بررسی دقیق پرونده نارضایتی بیمه‌گذاران از پاسخگویی به‌موقع و دقیق کارشناسان از دست دادن نیروهای زبده و فنی شرکت در سال‌های آتی کاهش انگیزه کارکنان قراردادی	17: حذف کارانه کارشناسی	تصمیمات غلط برای کاهش هزینه‌ها استفاده نکردن از نظریات کارشناسان و کارکنان مجرب واحدهای اجرایی در اجرا و نصب سیستم‌های جدید خسارت و صدور

۱. منظور از منبع یکجا منبعی مدون و تجمیع شده در یک مجموعه است.

اثرات	خطاها/ آسیب‌ها*	علل
وجود استنباط‌های شخصی و متفاوت کارشناسان (چه کارشناس پزشک معتمد بیمه‌گر و چه کارشناس ارزیاب) از آیین‌نامه‌ها، بخش‌نامه‌ها و... صرف‌نشدن زمان و دقت کافی برای رسیدگی به جزئیات کار به‌علت حجم بالا و تعدد کار	I8: موجود نبودن مرکز تخصصی رسیدگی به خسارات بیمه عمر	تصمیمات غلط صرفه‌جویی در هزینه‌ها

منبع: نتایج تحقیق نگارنده بر مبنای مشاهدات میدانی، مصاحبه با خبرگان و بهره‌گیری از FMEA، زمستان ۱۳۹۶

* در ستون دوم، حرف لاتین بیانگر طبقه آسیب و عدد بیانگر شماره آسیب از آن طبقه است.

** ترتیب ستون‌ها بر مبنای جهت علیت از راست به چپ مرتب شده است.

بالقوة خطا در فرایند مدیریت خسارات بیمه‌های زندگی و علل و اثرات آن‌ها، در مرحله بعد نسبت به طراحی پرسشنامه بر مبنای روش PFMEA اقدام شد. در این پرسشنامه، پاسخ‌دهندگان باید برای هر یک از آسیب‌های شناسایی شده، از سه منظر متفاوت، امتیازی بین ۱ تا ۱۰ تخصیص می‌دادند (مبنای امتیازدهی جداول برگرفته از مطالعه لیو^۱ (۲۰۱۳) است). این امر از طریق درج امتیاز مجزا برای هر آسیب/خطا در سه ستون شدت‌اثر، احتمال وقوع و احتمال کشف صورت پذیرفت. بر مبنای نتایج این مرحله، مراحل ۴ تا ۷ از متدولوژی PFMEA انجام خواهد شد.

در مرحله توزیع پرسشنامه، کارمندان و کارشناسان بخش ارزیابی و پرداخت خسارت بیمه عمر در شعب شرکت بیمه در شهر تهران (۱۷ شعبه و ستاد مرکزی) به‌عنوان نمونه در نظر گرفته شدند. تعداد کل کارمندان مذکور ۷۰ نفر بود؛ اما، به‌علت دردسترس نبودن و پاسخ‌گونی نبودن برخی از افراد موردنظر، پرسشنامه توسط ۶۰ نفر از آن‌ها تکمیل شد. پس از تکمیل و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، مقادیر سه شاخص شدت‌اثر، احتمال وقوع و احتمال کشف، با استفاده از میانگین هندسی رتبه‌ها، برای هر یک از آسیب‌ها مشخص شد که در سه ستون ۴ و ۵ و ۶ جدول ۲ نشان داده شده است و حکم مراحل ۴ تا ۶ متدولوژی FMEA را دارد. سپس با ضرب سه ستون مذکور، RPN هر یک از آسیب‌ها/خطاها محاسبه شد که در ستون ۷ جدول ۲ آمده و در ادامه، بر مبنای همان ستون، اولویت‌بندی بین آسیب‌ها در قالب ستون آخر جدول مشخص شده است.

1. Liu

جدول ۲. محاسبه شاخص‌های FMEA بر مبنای ۶۰ پرسشنامه تکمیل شده

ردیف	عنوان آسیب	کد آسیب	شدت اثر	رتبه احتمال وقوع	رتبه احتمال کشف	RPN (حاصل ضرب سه ستون قبلی)	اولویت بندی بر مبنای RPN
۱	عدم انجام دقیق ارزیابی نکردن دقیق ریسک در زمان صدور خصوصاً در قراردادهای گروهی بزرگ	M1	۷/۱۷	۶/۰۵	۴/۲۶	۱۸۵/۳۰	۳
۲	کمبود نیروی کارشناس و ارزیاب خسارت	M2	۶/۵۵	۶/۰۷	۴/۱۸	۱۶۶/۷۲	۷
۳	مشکلات نرم‌افزاری و قطعی زیاد سیستم	M3	۶/۰۶	۵/۸۳	۴/۳۴	۱۵۳/۷۷	۱۰
۴	عدم وجود نداشتن وحدت رویه و شخصی عمل کردن در اجرای مقررات	M4	۶/۲۹	۵/۳۹	۴/۴۶	۱۵۱/۵۳	۱۱
۵	نبود روش اجرایی ارزیابی و پرداخت خسارت مکتوب در دسترس کارکنان مربوطه در شعب شرکت	M5	۵/۳۸	۵/۲۰	۳/۹۹	۱۱۱/۹۵	۱۷
۶	در نظر نگرفتن تمهیدات لازم جهت پیداه سازی سیستم نرم‌افزاری جدید	M6	۵/۲۹	۴/۹۱	۴/۲۲	۱۰۹/۹۷	۱۸
۷	حجم زیاد اسناد و مدارک بایگانی	M7	۴/۵۵	۴/۱۷	۴/۵۲	۸۶/۰۵	۱۹
۸	عدم انتقال جامع اطلاعات به مشتریان توسط بازاریاب‌ها	S1	۷/۱۸	۶/۶۴	۶/۶۹	۲۲۴/۲۰	۱
۹	کمبود مهارت نمایندگان و بازاریاب‌های بیمه و لحاظ نکردن تناسب محصول با نیاز مشتریان	S2	۶/۹۱	۶/۶۱	۴/۴۲	۲۰۲/۴۰	۲
۱۰	هماهنگ نبودن و تعامل نداشتن ارزیاب اولیه ریسک (بخش صدور) و ارزیاب خسارت	E1	۵/۷۶	۵/۶۰	۳/۸۲	۱۲۳/۶۱	۱۴
۱۱	پیش‌داوری و پیش‌قضاوتی کارشناسان قبل از بررسی مستندات و پرونده	E2	۵/۳۲	۴/۸۸	۴/۳۷	۱۱۳/۹۳	۱۶
۱۲	یکدست نبودن نحوه چیدمان	E3	۳/۹۹	۳/۷۰	۳/۵۹	۵۴/۲۴	۲۰

ردیف	عنوان آسیب	کد آسیب	شدت اثر	رتبه احتمال وقوع	رتبه احتمال کشف	RPN (حاصل ضرب سه ستون قبلی)	اولویت بندی بر مبنای RPN
	مدارک						
۱۳	عدم مطالعه دقیق شرایط قرارداد توسط مشتریان	11	۶/۳۲	۶/۰۶	۴/۵۸	۱۷۵/۸۴	۴
۱۴	خلاء دسترسی به یک منبع موثق و یکجا برای کسب اطلاعات کامل و همه جانبه درباره قراردادهای و ویژگی های انواع بیمه های عمر	12	۶/۲۵	۵/۷۴	۴/۷۸	۱۷۱/۸۷	۵
۱۵	عدم شناسایی یا ارزیابی صحیح ریسک و اعلام اضافه نرخ متناسب با آن	13	۶/۳۹	۵/۹۱	۴/۵۱	۱۷۰/۸۱	۶
۱۶	عدم وجود بانک اطلاعات سلامت بیمه شدگان در کشور یا دوراز دسترس بودن آن	14	۶/۱۳	۵/۹۳	۴/۴۹	۱۶۳/۳۷	۸
۱۷	نقصان استانداردهای داخلی	15	۶/۱۱	۵/۶۶	۴/۶۶	۱۶۱/۵۳	۹
۱۸	عدم اطلاع نداشتن بیمه شدگان از وجود قرارداد بیمه عمر در برخی موارد	16	۵/۵۲	۵/۱۹	۴/۷۲	۱۳۵/۶۸	۱۲
۱۹	حذف کارانه کارشناسی	17	۵/۶۳	۵/۳۶	۴/۲۲	۱۲۷/۷۴	۱۳
۲۰	عدم وجود مرکز تخصصی رسیدگی به خسارات بیمه عمر	18	۵/۴۹	۴/۸۷	۴/۴۹	۱۲۰/۲۸	۱۵

منبع: نتایج تحقیق نگارنده بر مبنای پرسشنامه و محاسبات تحقیق، فروردین ۱۳۹۷

توجه: * اعداد مندرج در ستون های شدت اثر، رتبه احتمال وقوع و رتبه احتمال کشف بر مبنای رتبه بندی لیو (۲۰۱۳) در مبنای رتبه بندی ۱ تا ۱۰ است.

پس از محاسبه شاخص های مورد نیاز در روش شناسی FMEA، اکنون می توان به تجزیه و تحلیل نتایج پرداخت. نظر به دید چاره یابی در بررسی موضوع، در کنار شناسایی و اولویت بندی آسیب ها طبق FMEA، ارائه راهکار رفع آن ها نیز از خبرگان سؤال شده بود و براین مبنای، ضمن اولویت بندی آسیب ها، نسبت به ارائه راهکار برای هر کدام از آن ها نیز طبق جدول ۳ اقدام شد.

جدول ۳. اولویت‌بندی آسیب‌های شناسایی‌شده و اقدامات پیشنهادی برای رفع آن‌ها

ردیف	آسیب (پاسخ سؤال ۱)	کد آسیب	راهکار (پاسخ سؤال ۲)
۱	عدم انجام دقیق ارزیابی‌نکردن دقیق ریسک در زمان صدور خصوصاً در قراردادهای گروهی بزرگ	M1	انجام مدیریت دقیق ریسک جهت شناخت، ارزیابی و تحلیل ریسک برای به‌حداقل‌رساندن ضروریات و بهبود عملکرد شرکت. حضور ارزیابان متعدد و نه یک ارزیاب در زمان صدور قراردادهای گروهی بزرگ.
۲	کمبود نیروی کارشناس و ارزیاب خسارت	M2	آموزش نیروی انسانی موجود و جذب کارشناسان و ارزیابان کافی جهت نظارت دقیق بر قراردادهای کلانی که تعداد بالایی از مشتریان را پوشش می‌دهد.
۳	مشکلات نرم‌افزاری و قطعی زیاد سیستم	M3	ارتقای خدمات مربوط به بسترهای نرم‌افزاری شرکت از طریق شرکت‌های ارائه‌دهنده خدمات در این زمینه به‌منظور تسهیل ارتباط میان ذی‌نفعان بیمه. همچنین انجام به‌روزرسانی‌های به‌موقع سیستم.
۴	عدم وجود نداشتن وحدت‌رویه و شخصی عمل کردن در اجرای مقررات	M4	تعیین دقیق حدود اختیارات و مسئولیت‌های کارمندان در بخش‌های مختلف و نظارت دقیق بر عملکرد آن‌ها بر مبنای سنجش‌های کارآمد و شفاف.
۵	نبود روش اجرایی ارزیابی و پرداخت خسارت مکتوب در دسترس کارکنان مربوطه در شعب شرکت	M5	قراردادن روش اجرایی پرداخت خسارات به‌صورت شفاف در دسترس کارمندان مربوطه در شعب شرکت و دادن آموزش‌های بدو خدمت به کارکنان جدید برای به‌حداقل‌رساندن اشتباه‌های فرایند.
۶	در نظر نگرفتن تمهیدات لازم جهت پیاده‌سازی سیستم نرم‌افزاری جدید	M6	ایجاد جلسات همفکری بین مدیر، متخصصان و کارمندان خبره برای شناسایی کامل نواقص سیستم کنونی و رفع نواقص در طراحی سیستم جدید. ایجاد سیستم بازخورد از نیروهای ستادی به مدیران و مدیران ارشد.
۷	حجم زیاد اسناد و مدارک بایگانی	M7	اجرای سیستم بدون کاغذ (paperless) و بایگانی پرونده‌ها به‌صورت الکترونیک.
۸	عدم انتقال جامع اطلاعات به مشتریان توسط بازاربازها	S1	ارائه آموزش‌های کافی به بازاربازها و ایجاد انگیزه و دیدگاه بلندمدت برای آن‌ها.

ردیف	آسیب (پاسخ سؤال ۱)	کد آسیب	راهکار (پاسخ سؤال ۲)
۹	کمبود مهارت نمایندگان و بازاریاب‌های بیمه و لحاظ نکردن تناسب محصول با نیاز مشتریان	S2	جذب نیروی بازاریاب با تجربه و تحت آموزش کافی قرار دادن آن‌ها.
۱۰	عدم هماهنگی و تعامل نداشتن ارزیاب اولیه ریسک (بخش صدور) و ارزیاب خسارت	E1	استقرار بخش صدور و خسارت بیمه‌های عمر در یک مکان برای افزایش هماهنگی میان این دو بخش و تسریع در انجام امور یا الزام به حضور هردوی آن‌ها در زمان رخداد خسارت.
۱۱	پیش‌داوری و پیش‌قضاوتی کارشناسان قبل از بررسی مستندات و پرونده	E2	ارائه آموزش‌های کافی به کارشناسان و تعیین شاخص‌های کیفی ارزیابی عملکرد کارکنان.
۱۲	یکدست‌نبودن نحوه چیدمان مدارک	E3	تعیین شیوه مشخص در چیدمان مدارک پرونده‌های خسارتی و الزام عمل به آن از طریق اعمال نظارت بر پرونده‌ها.
۱۳	عدم مطالعه دقیق شرایط قرارداد توسط مشتریان	I1	آموزش به بازاریابان برای تأکید بر این مورد.
۱۴	خلاء دسترسی به یک منبع موثق و یکجا برای کسب اطلاعات کامل و همه‌جانبه درباره قراردادهای و ویژگی‌های انواع بیمه‌های عمر	I2	بیان جزئیات بیمه‌های عمر در تبلیغات و صرف بودجه‌ی بیشتر در این زمینه در جهت آگاهی‌رسانی به مشتریان، افزایش اعتماد و درنهایت جذب بیشتر آن‌ها.
۱۵	عدم شناسایی یا ارزیابی صحیح ریسک و اعلام اضافه نرخ متناسب با آن	I3	ارائه بازخوردهای ادواری از بخش پرداخت خسارات به بخش صدور بیمه‌های عمر.
۱۶	عدم وجود بانک اطلاعات سلامت بیمه‌شدگان در کشور یا دور از دسترس بودن آن	I4	سرمایه‌گذاری در ایجاد بانک اطلاعاتی سلامت بیمه‌شدگان.
۱۷	نقصان استانداردهای داخلی	I5	تدوین و بازنگری ادواری استانداردهای داخلی موردنیاز
۱۸	عدم اطلاع‌نداشتن بیمه‌شدگان از وجود قرارداد بیمه عمر در برخی موارد	I6	اطلاع‌رسانی همگانی در مورد تحت پوشش بیمه قرار گرفتن کارمندان در سازمان‌های بزرگ
۱۹	حذف کارانه کارشناسی	I7	جبران هزینه‌ها به شیوه غیرمستقیم، مانند برخی برنامه‌های حمایتی و یا برخورداری از برخی خدمات اضافه بر حقوق کارکنان.
۲۰	عدم وجود مرکز تخصصی رسیدگی به خسارات بیمه عمر	I8	ایجاد یک مرکز تخصصی جهت رسیدگی به خسارات بیمه عمر

منبع: نتایج تحقیق نگارنده

طبق جدول ۳، آسیب‌های با منشأ شبکه‌ فروش در اولویت اول، آسیب‌های مرتبط با نقص اطلاعاتی در اولویت دوم، آسیب‌های بخش مدیریت در اولویت سوم و آسیب‌های بخش کارمندان ارزیابی و پرداخت خسارات در اولویت چهارم قرار گرفته‌اند. نظر به ویژگی‌های شاخص RPN، می‌توان گفت که آسیب‌های در اولویت بالاتر، در مجموع مشکلات یا خسارات بیشتری به بار می‌آورند و لذا بایستی از نظر مدیریتی در اولویت بالاتری برای اصلاح قرار گیرند. با توجه به تعدد آسیب‌های شناسایی‌شده و چشمگیر بودن راهکارها و توصیه‌های به‌دست‌آمده برای مرتفع کردن آسیب‌ها، به‌نظر می‌رسد اجرای راهکارهای پیشنهادشده بتواند نقشی چشمگیر بر بهبود عملکرد مدیریت خسارات بیمه‌های زندگی شرکت داشته باشد. در صورت اجرای راهکارهای پیشنهادی، می‌توان با انتشار و تکمیل مجدد پرسشنامه FMEA، مقادیر جدید احتمال وقوع، شدت اثر و احتمال کشف را اندازه‌گیری و بر مبنای RPN‌های به‌دست‌آمده از آن، درباره میزان کاهش آسیب‌ها در اثر اجرای پیشنهادها قضاوت کرد و در صورت نیاز، اقدامات جدیدی برای بهبود مستمر فرایند پیشنهاد داد. اما به‌دلیل محدودیت تحقیق در اعمال توصیه‌های حاصل‌شده در شرکت بیمه، ادامه این روش میسر نشد.

۴. جمع‌بندی و پیشنهادها

اجرای روش FMEA برای آسیب‌شناسی فرایند مدیریت خسارات بیمه‌های زندگی در این پژوهش، آسیب‌های موجود در این فرایند برای شرکت بیمه را آشکار کرده است. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که نارسایی‌های نرم‌افزاری سبب بخش عمده‌ای از مشکلات موجودند. در کنار آن، مشکلات ناشی از فقدان تعامل کافی بین همکاران خصوصاً تعامل بخش‌های فروش و ارزیابی خسارت و دریافت نکردن بازخورد از بخش‌های ارزیابی خسارت و توجه به آن در راستای بهبود فرایندهای کاری و ارتقای مدیریت ریسک، سبب مشکلات و آسیب‌های فراوانی در زمینه مدیریت خسارات بیمه شده است. بنابراین، این مطالعه ضرورت توجه جدی‌تر مدیریت به فناوری اطلاعات و کسب بازخورد از کارمندان اجرایی بخش مدیریت خسارات را تبیین می‌کند.

بخش دیگری از آسیب‌ها، از ناکارآمدی مدیریتی شرکت ناشی می‌شود که منجر به تصمیمات مدیریتی ناکارآمد و تبعات ناشی از آن شده است. عواملی، مانند دولتی بودن شرکت و اندازه بزرگ آن، اتخاذ بهترین تصمیمات در هر زمینه‌ای را دشوار می‌کند؛ ولی اهتمام در اجرای کارآمد حاکمیت شرکتی و ایجاد ساختارهای سازمانی مبتنی بر سودآوری شرکت و تقویت کنترل‌های لازم، می‌تواند ضعف مدیریتی موجود را تا حد زیادی ترمیم کند.

یکی دیگر از موارد مهم، آموزش‌های کافی به بازاریاب‌ها و ایجاد انگیزه و دیدگاه بلندمدت برای آن‌هاست که می‌تواند در پیشگیری از صدور پوشش برای افراد پرریسک و یا صدور بیمه نامتناسب با نیاز مشتریان مؤثر باشد و از این طریق، تعداد پرونده‌های بفرنج در بخش مدیریت خسارات را کاهش دهد. همچنین با تدوین و بازنگری ادواری استانداردهای داخلی شرکت، تعیین دقیق حدود اختیارات

و مسئولیت‌های کارکنان و نظارت دقیق بر عملکرد آن‌ها بر مبنای سنجش‌های کارآمد و شفاف، شرکت می‌تواند موجب افزایش بهره‌وری کارکنان شود.

نظر به قدمت و اندازه شرکت بیمه مورد بررسی و سهم بازاری و جایگاه آن در صنعت بیمه کشور، به نظر می‌رسد بسیاری از آسیب‌های شناسایی شده برای آن شرکت قابلیت تعمیم به سایر شرکت‌های بیمه‌ای را دارد و بررسی آن‌ها و اقدام برای رفع آن‌ها، به بهبود فرایند مدیریت خسارات تمام شرکت‌های ایرانی کمک می‌کند. از نظر روش‌شناسی FMEA، مرحله پس از شناسایی آسیب‌ها یافتن راهکارهای مؤثر برای رفع آسیب‌ها به ترتیب اولویت است که توصیه‌های اولیه‌ای در این زمینه نیز پیشنهاد شده است. در ادامه و پس از انجام اقدامات عملی در راستای رفع مشکلات، باید مجدداً نسبت به اجرای فرایند FMEA اقدام شود تا ضمن ارزیابی میزان تأثیر اقدامات در رفع آسیب‌ها و خطاها، حالات ممکن خطا مجدداً شناسایی و اولویت‌بندی شود و نسبت به چاره‌یابی برای آن‌ها اقدام گردد. نظر به اینکه این موارد وارد فاز اجرایی شده و از حوصله این مقاله خارج است، پیشنهاد می‌شود مدیران شرکت‌های بیمه نسبت به اجرای آن در راستای ارتقای کیفیت مدیریت خسارات بیمه‌ای اهتمام ورزند.

منابع

- معاونت طرح و توسعه دفتر برنامه‌ریزی و امور فنی، اداره تحلیل‌های آماری (۱۳۹۸). سالنامه آماری ۱۳۹۷ صنعت بیمه. تهران: بیمه مرکزی ج.ا. (دسترسی در ۱۳۹۸/۹/۲۰). برگرفته از: <https://www.centinsur.ir/uploads/sal97-last.pdf>
- حسینی، سیده مریم و ثریایی، علی (۱۳۹۴). بررسی کیفیت سیستم پرداخت خسارت بیمه اتومبیل شعب بیمه پارسیان با استفاده از تکنیک تحلیل پوششی (مورد مطالعه: شعب بیمه پارسیان استان مازندران). سومین کنفرانس بین‌المللی رویکردهای نوین در علوم، مهندسی و تکنولوژی، دبی: شرکت پندار اندیش رهپو.
- خراسانی، اباصلت و مصلح‌آبادی، مجتبی (۱۳۹۵). کاربرد تکنیک تجزیه و تحلیل خطا و اثرات آن در فرایند آموزش و توسعه منابع انسانی. تهران: علم استادان.
- رنجبر فرد، مینا و بختیاری، سید مجید (۱۳۹۲). رضایت بیمه‌گذاران از خدمات بیمه شخص ثالث. پژوهشنامه بیمه، ۲۹(۱)، ۱۰۴-۷۹.
- شرکت سهامی بیمه ایران (۱۳۹۵). روش اجرایی پرداخت خسارت بیمه‌های اشخاص، مدیریت بیمه‌های اشخاص، شماره سند 031P00201
- شکوری، بیتا و دانشیان، بهروز (۱۳۹۴). بررسی و تجزیه و تحلیل و ارزیابی عملکرد خدمات پرداخت خسارت اتومبیل بیمه‌ای ایران با استفاده از نرم‌افزار شبیه‌سازی آرنا، مطالعه موردی: شعبه شهید مدنی تبریز. اولین کنفرانس بین‌المللی مهندسی صنایع، مدیریت و حسابداری، تهران: موسسه

پژوهشی البرز، برگرفته از:

https://www.civilica.com/Paper-MAIE01-MAIE01_043.html

معاونت طرح و توسعه دفتر برنامه‌ریزی و امور فنی، اداره تحلیل‌های آماری (۱۳۹۸). سالنامه آماری ۱۳۹۷ صنعت بیمه. تهران: بیمه مرکزی ج.ا.ا. (دسترسی در ۱۳۹۸/۹/۲۰). برگرفته از:

<https://www.centinsur.ir/uploads/sal97-last.pdf>

- Butler, S., & Francis, P. (2010). Cutting the cost of insurance claims, taking control of the process, Booz.
- Capgemini, Consulting. Technology. Outsourcing (2012). Global trends in non-life insurance: Claims.
- Comindware (2016). Retrieved from <https://www.comindware.com/blog-how-to-improve-your-insurance-claim-process> available in 12/11/2018.
- DST systems (2014). Web-page Retrieved from <https://www.dstsystems.com/-/media/Files/pdfs/BP-WP-ClaimsHandlingChecklist.ashx> available in 12/11/2018.
- Liu, H.C., Liu, L., & Liu, N. (2013) Risk evaluation approaches in failure mode and effects analysis: A literature review. *Expert Systems with Applications* 40(2), 828-838.
- Standard Life Insurance Company and Housing Development Finance Corporation- LIHDFC (2011) web page Retrieved from <https://www.hdfclife.com/documents> available in 12/11/2018
- Merlin, W. F, Kestenbaum, M., & Merlin, G., (2002). Claims adjustment Rules: What Insurance Companies Recognize. Lawyers Need to Learn and Judge must Recognize. American Trail Lawyers Annual Convention Bad Faith Litigation Group. Atlanta, Georgia Retrieved from <http://docplayer.net/575110-Claims-adjustment-rules-what-insurance-companies-recognize-lawyers-need-to-learn-and-judges-must-recognize.html> available in 1/15/2020
- OECD Insurance Committee (2004). OECD Guidelines for Good Practice for Insurance Claim Management. Retrieved from <https://www.oecd.org/pensions/insurance/33964905.pdf> available in 1/15/2020.
- Zurich Financial Services (2005). Claims management and reserving.