

## آسیب‌شناسی فرآیند پرداخت خسارت مالی در بیمه‌های اتومبیل با رویکرد

### افزایش رضایت در مشتریان

حمیدرضا نورعلیزاده<sup>۱</sup>، محمدحسین رحمتیان<sup>۲</sup>، سمانه عزیزنصیری<sup>۳</sup>

#### چکیده

نارضایتی بیمه‌گذاران در فرآیند پرداخت خسارت می‌تواند بصورت بالقوه ناشی از عواملی چون رد غیرمنصفانه خسارت واقع شده توسط بیمه‌گر، پرداخت مبلغی کمتر از آنچه واقعاً باید پرداخت شود و تاخیر در تسویه خسارات باشد. از آنجاکه بازبینی دوره‌ای فرآیند خسارت بمنظور عارضه‌یابی و رفع آنها با هدف ارتقای رضایت مشتریان، یکی از وظایف اصلی شرکت‌های بیمه است، بدین منظور در این مقاله بر مبنای چرخه PDCA، مراحل بررسی و آسیب‌شناسی فرآیند پرداخت خسارت با تاکید بر تعداد روز تاخیر در تسویه خسارات در بیمه‌های اتومبیل از زمان اعلام خسارت یا تشکیل پرونده تا زمان پرداخت مورد بررسی قرار می‌گیرد که شامل (۱) تاکید بر لزوم شناخت فرآیند فعلی سازمان، (۲) تحلیل سیستم از طریق شاخص‌های آماری توصیفی، نظری و عملکردی با استفاده از داده‌های خسارت مالی بیمه‌های اتومبیل و (۳) اقدام به بهبود سیستم فعلی و رفع مشکلاتی که منجر به کاهش رضایت بیمه‌گذاران شده است با استناد به نتایج بدست آمده و شناسایی گلوگاه‌ها، می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد، شناخت بیمه‌گر از چگونگی عملکرد فرآیند مدیریت خسارات و ارزیابی دوره‌ای آن، منجر به شناسایی نقاط ضعف سیستم شده و در نظر گرفتن اقدامات اصلاحی و پیاده‌سازی آنها، به بهبود فرآیند مدیریت خسارات و ارتقای رضایت مشتریان کمک شایانی می‌نماید.

**واژگان کلیدی:** فرآیند پرداخت خسارات، چرخه PDCA، مشتری‌مداری، تاخیر در پرداخت خسارات، تسویه خسارات

<sup>۱</sup> عضو هیات مدیره و مدیر طرح و توسعه بیمه ملت، دکتری مهندسی صنایع، [Nouralizadeh@melat.ir](mailto:Nouralizadeh@melat.ir)

<sup>۲</sup> سرپرست اداره تحلیل ریسک بیمه ملت، دانشجوی کارشناسی ارشد MBA، [Rahmatian@hotmail.com](mailto:Rahmatian@hotmail.com)

<sup>۳</sup> کارشناس اکچوئری بیمه ملت، کارشناس ارشد اکچوئری، [S.aziznasiri@gmail.com](mailto:S.aziznasiri@gmail.com)

## مقدمه

ارائه خدمات به بیمه‌گذاران، شامل مجموعه وسیعی از اقدامات صورت گرفته توسط شرکت‌های بیمه‌ای است که هدف آنها ارتقای رضایت بیمه‌گذاران و همچنین افزایش سود می‌باشد. در حال حاضر با توجه به افزایش انتظارات بیمه‌گذاران، آگاه‌تر شدن آنها از مسائل مالی و حقوقی و وجود رقابت در صنعت بیمه و تلاش بیمه‌گران برای جذب مشتری از طریق ارائه خدمات بهتر باعث شده است که توجه خاصی به خدمات شرکت‌های بیمه و رضایت بیمه‌گذاران شود.

صنعت بیمه همواره برای ارتقای سرویس ارائه خدمات به بیمه‌گذاران خود در رسیدگی و تسویه خسارات و همچنین انجام آن با هزینه مطلوب تحت فشار می‌باشد. از این رو همیشه بدنبال راه‌های نوآورانه‌ای برای مواجهه با چنین جنبه‌های مهمی در کسب و کار است. از آنجا که بطور متوسط در حدود ۷۵٪ از حق بیمه خالص برای پرداخت خسارات هزینه می‌شود، هرگونه کاهش هزینه در فرآیند رسیدگی به خسارات می‌تواند تاثیر مهمی بر بقای شرکت‌ها داشته باشد. بطور کلی افزایش هزینه‌های خسارت تحت تاثیر عواملی چون افزایش مراجعه به دادگاه، وقوع خسارات فاجعه‌آمیز، افزایش سطح تقلبات بیمه‌ای، پرداخت‌های بزرگ در خسارات محیطی بلند مدت و فضای قانونی سختگیرانه، مشکلاتی را برای تسویه سریع پرونده‌های خسارت ایجاد می‌نماید.

آنچه در زمان صدور بیمه‌نامه مشاهده می‌شود این است که بیمه‌گذاران در اغلب موارد در زمان خرید توجه خاصی به پوشش‌های بیمه‌نامه خود نمی‌نمایند اما زمانی که خسارتی واقع می‌شود، انتظار دارند به بهترین شکل به آن رسیدگی گردد. بالارفتن استانداردهای موجود در صنایع دیگر مانند نوآوری‌هایی مانند اینترنت، خرید تلفنی با ضمانت تحویل یک روزه و خط تلفن مستقیم برای جوابگویی به مشتریان منجر شده است که مردم انتظار ارائه خدمات سریع و مناسبی را از صنعت بیمه داشته باشند و زمانیکه چنین انتظاراتی برآورده نشود، بیمه‌گذاران سریعاً به شرکت بیمه دیگری مراجعه می‌نمایند. بولر<sup>۴</sup> معتقد است "زمان گزارش خسارت، لحظه تحقق تعهد بیمه‌گر است و تصویر کلی بیمه‌گر در دید بیمه‌گذار ترسیم می‌شود. در واقع اولین زمانی است که بیمه‌گذاران با بیمه‌نامه خود روبرو می‌شوند. عدم درک درست درباره آنچه بیمه‌نامه پوشش می‌دهد یا آنچه در طول دوره رسیدگی به خسارت مورد انتظار است، بطور معناداری رضایت بیمه‌گذاران را کاهش و در عوض احتمال انتقال آنها به سایر شرکت‌های بیمه را افزایش می‌دهد." ارائه خدمات به نحو کارا نه تنها وفاداری مشتریان را بالا می‌برد بلکه هزینه‌های خسارت را نیز کاهش می‌دهد. طبق گفته شارون<sup>۵</sup>، مدیر اجرایی شرکت کرافورد<sup>۶</sup>، "اگر بیمه‌گذاران خدمات خوبی را دریافت نمایند، معمولاً با تسویه خسارت با مبلغی کمتر از سقف بیمه‌نامه تا جایی که منطقی باشد موافقت می‌نمایند." (Capgemini، ۲۰۱۲).

علاوه بر محیط رقابتی که بین شرکت‌های بیمه در صدور بیمه‌نامه حکفرما است، این کسب و کار به شدت ملزم به پیروی از مقررات دولتی و توجه به انتظارات مصرف کننده است. وجود سیستم مدیریت خسارت کارآمد برای موفقیت کلیه شرکت‌های بزرگ و کوچک در صنعت بیمه لازم و حیاتی می‌باشد. مهمترین اجزای یک فرآیند کارای مدیریت خسارت شامل ایجاد و بهبود استراتژی‌هایی برای کاهش هزینه‌ها، کاهش تقلبات و رسیدگی و پرداخت سریع پرونده‌های خسارت و اجتناب از تاخیر در تسویه خسارات و پرداخت منصفانه بمنظور بالا بردن رضایت بیمه‌گذاران می‌شود.

بیمه‌گذاران انتظار دارند که خسارت آنها در کمترین زمان ممکن پرداخت شود و آنچه پرداخت می‌شود منصفانه بوده و رضایت آنها را برآورده سازد. زیرا سطح بالای رضایتمندی مشتریان، مزیت رقابتی بالایی را برای بیمه‌گر به دنبال دارد و همچنین کاهش زمان رسیدگی به پرونده‌های خسارت و پرداخت آنها در اسرع وقت، راهی در جهت کاهش تعداد شکایات مشتریان و بهبود سیستم خدمات‌دهی است. وجود یک سیستم مدیریت خسارت کارآمد که سرعت فرآیند و هزینه‌های جاری را کاهش دهد می‌تواند راهکار عملیاتی مناسبی باشد.

<sup>4</sup>Jeremy Bowler

<sup>5</sup>John Sharoun

<sup>6</sup>Crawford

در این مقاله با تکیه بر لزوم توجه به رضایتمندی مشتریان در صنعت بیمه، به بررسی یکی از عوامل نارضایتی بیمه‌گذاران و زیان‌دیدگان یعنی "تعداد روز تاخیر در پرداخت خسارت" از طریق ارائه تحلیل‌های آماری و شاخص‌های عملکردی جهت ارزیابی و بازبینی دوره‌ای بیمه‌گر از نحوه رسیدگی و تسویه خسارات بر مبنای چرخه PDCA پرداخته می‌شود.

## ادبیات موضوع

مدیریت خسارات به عنوان ابزاری ضروری جهت به تصویر کشاندن صنعت بیمه در نظر گرفته می‌شود. بنابراین مدیریت درست خسارت می‌تواند امتیاز رقابتی شرکت بیمه‌ای با دیگر رقبای خود باشد. بمنظور حصول این مهم، هر شرکت بیمه‌ای نیازمند دپارتمان خسارت با مدیریت فرد متخصصی است که وظیفه اصلی آن طراحی و پیاده‌سازی رویه‌ها و اقدامات موثر باشد. تاجودین و ادبول<sup>۷</sup> (۲۰۱۳) در مقاله خود به بررسی نقش مدیران دپارتمان خسارت در فرآیند مدیریت خسارت در شرکت‌های بیمه در نیجریه پرداخته‌اند. آنها با استفاده از پرسشنامه و استفاده از نمونه‌گیری تصادفی به جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز پرداخته‌اند. بمنظور بررسی وجود یا عدم وجود رابطه معنادار بین متغیرهای مدل از آزمون خی دو استفاده شده است. نتایج نشان داده است که رابطه معناداری بین شناسایی تقلب و مدیریت موثر خسارات وجود دارد. آنها در مقاله خود پیشنهاد نموده‌اند که برای دستیابی به فرآیند مدیریت خسارت کارآمد، مدیر بخش خسارت باید بخشی از تیم مدیریت ارشد باشد، کارکنان بخش خسارت باید آموزش‌های لازم را دیده باشند و شرکت‌های بیمه باید فلسفه سازمانی در فرآیند مدیریت خسارات را نهادینه نمایند. پرداخت خسارت به نوعی بیانگر رابطه بین شرکت بیمه و بیمه‌گذار است. باتلر و فرانسیس<sup>۸</sup> (۲۰۱۰) پرداخت خسارت را فرآیندی می‌دانند که نشان می‌دهد آیا دریافت سال‌ها حق بیمه توسط بیمه‌گر جوابگوی پرداخت خسارات گزارش شده است یا خیر. البته از نقطه نظر تجاری معتقدند که خسارت پرداختی به عنوان بزرگترین هزینه بیمه‌گران در نظر گرفته می‌شود و تقریباً ۸۰٪ حق بیمه‌ها صرف پرداخت خسارات و هزینه‌های مرتبط به آن می‌شود. رجا<sup>۹</sup> (۲۰۰۸)، مدیریت خسارت را شامل تمام تصمیمات مدیریتی و فرآیندها در خصوص تسویه و پرداخت خسارات در تقابل با شرایط قرارداد بیمه‌ای دانسته است. با این وجود مطابق با OECD، تقویت نمودن دپارتمان رسیدگی به خسارت در بردارنده رویه‌ها و اقدامات موثری می‌شود که شامل گزارش خسارت، ارزیابی خسارت، پردازش خسارت، شناسایی تقلب و رسیدگی به شکایات و در نهایت تسویه خسارات است.

به طور کلی می‌توان گفت که سابقه خسارت و رابطه بیمه‌گذاران با بیمه‌گران در خصوص گزارش و دریافت خسارت، به عنوان محرک اصلی در رضایتمندی و وفاداری بیمه‌گذاران در نظر گرفته می‌شود. یکی از ابزارهای مفید در کاهش خسارات، شناسایی تقلبات است. پسون و اندرل<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۱) اظهار داشتند که تقلبات در صنعت بیمه یکی از منابع مهم از ریسک عملیاتی شرکت‌های بیمه هستند و سهم بزرگی از خسارات بیمه‌ای را به خود اختصاص می‌دهند. دیون<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۰) دلایل عمده‌ای را برای تقلبات بیمه‌ای در نظر گرفته است. از جمله این دلایل می‌توان به تغییرات در اخلاقیات، فقر، رفتار واسطه‌ها، رفتار بیمه‌گران و ماهیت قرارداد بیمه‌ای اشاره نمود. با توجه به این ناهنجاری‌ها، نقش مدیران دپارتمان خسارت در شرکت‌های بیمه در شناسایی خسارات تقلبی و کمینه نمودن هزینه‌های بالاسری شرکت بیمه پررنگ می‌شود. بری<sup>۱۲</sup> (۲۰۱۱) خسارت بیمه‌ای را شامل تمام غرامت‌ها، خسارات، بازپرداخت یا هرگونه جبران خسارت یا زیان در راستای اجرای تعهدات بیمه‌گر می‌داند. بنابراین طبق اظهار مارکوس<sup>۱۳</sup> (۲۰۱۱)، مدیریت خسارات بیمه‌ای شامل کلیه سیاست‌های شرکت و دستورالعمل‌های صنعت بیمه است

<sup>7</sup>Tajudeen, Adebowale

<sup>8</sup>Butler, Francis

<sup>9</sup>Redja

<sup>10</sup>Pesout, Andrle

<sup>11</sup>Dionne

<sup>12</sup>Barry

<sup>13</sup>Marquis

که شرکت‌ها برای پذیرش یا عدم پذیرش ادعاهای خسارت استفاده می‌کنند. تسویه خسارات، زمان تحقق درستی و صداقت صنعت بیمه است در واقع فرصتی برای بیمه‌گر است تا از طریق پرداخت درست خسارات، تعهد خود را به بیمه‌گذار ادا نماید (هویت<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۶). هدف اصلی در مدیریت خسارت طبق گفته رجدا (۲۰۰۸)، تایید این مسئله است که پرداخت سریع و منصفانه‌ای برای خسارت در زمان وقوع خسارت و همچنین حمایت درستی از بیمه‌گذار بعد از وقوع خسارت انجام گرفته باشد. دپارتمان رسیدگی به خسارات برای رسیدن به اهداف خود باید اقدام به درک درست مشتریان، انتخاب مدل خسارتی متناسب با کسب و کار، بهبود ارتباط سوددهی دوطرفه با فراهم کنندگان خدمت، بدست آوردن اطلاعات سودمند و کنترل بالا بر فرآیند خسارت نمایند (بوتلر و فرانسیز، ۲۰۱۰). فرآیند رسیدگی به خسارات یک فرآیند مرحله به مرحله است که با اعلام خسارت بیمه‌گذار به بیمه‌گر و در بعضی مواقع به نماینده یا کارگزار برای تسویه خسارت واقع شده شروع می‌شود. این فرآیند می‌تواند بصورت دستی یا مبتنی بر وب باشد. در تسویه خسارت دستی، مشتری هیچ ایده‌ای در خصوص اینکه پرونده خسارت وی در چه مرحله‌ای است ندارد در حالیکه در سیستم مبتنی بر وب، تمامی نقص‌های پرونده در اسرع وقت از طریق فرم‌ها قابل مشاهده هستند (کریشنان<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۰). با این وجود، چه سیستم دستی و چه سیستم مبتنی بر وب، فرآیند خسارت در بین شرکت‌های بیمه متفاوت است زیرا آنها مدل‌های کسب و کار و شبکه توزیع متفاوتی دارند (میریک<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۰).

## فرآیند مدیریت خسارات

صدور، پرداخت و تسویه خسارت دو عملکرد مهم شرکت‌های بیمه است. در هر قرارداد بیمه‌ای، بیمه‌گذار انتظارات زیر را خواهد داشت:

- پوشش بیمه‌ای کافی و مناسب
  - قیمت‌گذاری درست محصولات بیمه‌ای
  - پرداخت سریع خسارت در زمان وقوع خسارت و جلب رضایت آنها
- برخلاف بیمه‌های عمر که در نهایت به خسارت، خواه بصورت بازخرید یا فوت بیمه‌گذار، منجر می‌شوند، در بیمه‌های عمومی، تمامی بیمه‌نامه‌ها به خسارت منجر نمی‌شوند. بنابراین تسویه خسارت در بیمه‌های عمومی ویژگی‌های خاص خود را دارند و نیازمند مدیریت مناسب می‌باشند. بطور کلی فرآیند رسیدگی به پرونده‌های خسارت در شرکت‌های بیمه به شرح زیر است:

<sup>14</sup>Hewitt

<sup>15</sup>Krishnan

<sup>16</sup>Meyricke

بمحض دریافت ادعای خسارت، شرکت بیمه خسارت وارده را از لحاظ اینکه آیا بیمه‌نامه در زمان وقوع خسارت در جریان بوده یا خیر و همچنین اینکه خسارت وارده تحت پوشش بیمه‌نامه بوده است یا خیر بررسی می‌نماید.

در مرحله بعد تعیین می‌شود که چه کسی و چگونه خسارت وارده را ارزیابی و گزارش آن را ارائه نماید.

در این مرحله شرکت بیمه گزارش ارائه شده را بررسی نموده و مدارک مورد نیاز را از مدعی خسارت درخواست می‌نماید.

در مرحله آخر، مدارک بررسی می‌شوند، فرآیند پرداخت خسارت آغاز شده و دستور تسویه آن داده می‌شود

کارکرد دپارتمان خسارت در شرکت‌های بیمه‌ای، برآورده نمودن تعهدات بیمه‌گر در قبال بیمه‌گذاران است. عملکرد بیمه‌گر در تسویه خسارات مستقیماً بر بازار صنعت بیمه و ماندگاری بیمه‌گذاران تاثیر می‌گذارد. بطور کلی اهداف دپارتمان خسارت در شرکت‌های بیمه به شرح زیر است:

۱- تطبیق خسارت وارده با تعهدات قرارداد بیمه‌نامه

بیمه‌گران از طریق ارائه خدمت سریع و منصفانه به زبان‌دیده، چه بیمه‌گذار چه اشخاص ثالث، تعهدات خود را در قبال قرارداد بیمه برآورده می‌سازند. صنعت بیمه تنها به عنوان یک مکانیزم مالی جهت تامین خسارت‌های تحت پوشش شناخته نمی‌شود بلکه مسئول برقراری اطمینان خاطر برای زبان‌دیده بعد از وقوع خسارت نیز است. از این رو فرآیند تسویه خسارت در صنعت بیمه نباید آهسته، ناکارا و مشکل‌ساز باشد.

۲- حمایت از حاشیه سود بیمه‌گر و اجتناب از پرداخت خسارات تقلبی

یک فرآیند تسویه خسارت کارآمد باید بمنظور کنترل هزینه‌ها و اطمینان از اینکه خسارات تحت پوشش بصورت عادلانه پرداخت می‌شود طراحی شود. بیمه‌گذاران مستحق دریافت خسارت خود هستند. در صورتیکه خسارتی بیش از آنچه واقع شده است به بیمه‌گذار پرداخت شود منجر به افزایش هزینه‌های بیمه‌ای می‌شود که البته بیانگر ریسک خوب برای صنعت بیمه است زیرا اگر برعکس آن اتفاق افتد و خسارت تحت پوشش پرداخت نشود، عصبانیت بیمه‌گذاران، اقامه دعوی یا اقدام قانونی را بدنبال خواهد داشت. شناخت شرکت بیمه‌ای مبنی بر عدم پرداخت خسارات درست و قابل پرداخت، تبلیغات بیمه‌گر را بی‌اعتبار می‌نماید.

۳- استفاده از اطلاعات خسارت

در شرکت‌های بیمه اطلاعات خسارت در فعالیتهای زیر مورد استفاده قرار می‌گیرد:

- بازاریابی: در واحد بازاریابی علاوه بر اطلاعات جمع‌آوری شده خسارت به اطلاعاتی در خصوص میزان رضایتمندی بیمه‌گذاران برای طراحی پوشش‌های بیمه‌ای مورد نیاز آنها نیاز است. در برخی موارد ممکن است نیاز باشد حق‌بیمه‌ها بمنظور تطبیق با هزینه‌های خسارت تغییر نمایند. کارمندان بخش خسارت باید از قوانین دادگاهی که بر قیمت‌گذاری‌ها اثر می‌گذارد مانند چگونگی تفسیر استثنائات یا حدود بیمه‌نامه‌ها اطلاع داشته باشند.

- صدور بیمه‌نامه: در زمان ارزیابی پرونده‌های خسارت، خصوصیات از خسارات آشکار می‌شود که صادر کننده بیمه بندرت قادر به کشف آنها در زمان صدور بیمه‌نامه است. بازنگری پرونده‌های خسارت می‌تواند مواردی را آشکار سازد که اگر صادرکننده بیمه در

زمان صدور دقت بیشتری می‌نمود، یا منجر به عدم پذیرش بیمه‌نامه می‌شد یا با نرخ متفاوتی صادر می‌گردید. همچنین مشاهده تعداد خسارت مشابه می‌تواند هشدار در زمان صدور بیمه‌نامه باشد و باعث شود که بیمه‌نامه با دقت بیشتری صادر گردد.

- اکتیویتی: مدیریت ریسک و قیمت‌گذاری صحیح محصولات بیمه‌ای به اطلاعات صحیح هزینه‌های خسارتی واقعی و اطلاعات به روز خسارات واقع شده نیاز دارد. (Insurance Operations)

در صنعت بیمه، رسیدگی به خسارات بر مبنای فرآیند است و توجه لازم به بازنگری روند پرداخت خسارات، مقدار خسارت پرداخت شده و پارامترهای موثر در ارائه خدمت مناسب، نمی‌شود. در جهان امروز، شرکت‌های بیمه باید فراسوی صرفاً پرداخت خسارات بروند. در زمان رسیدگی به پرونده‌های خسارت، موارد زیر باید از طرف شرکت‌های بیمه لحاظ شود:

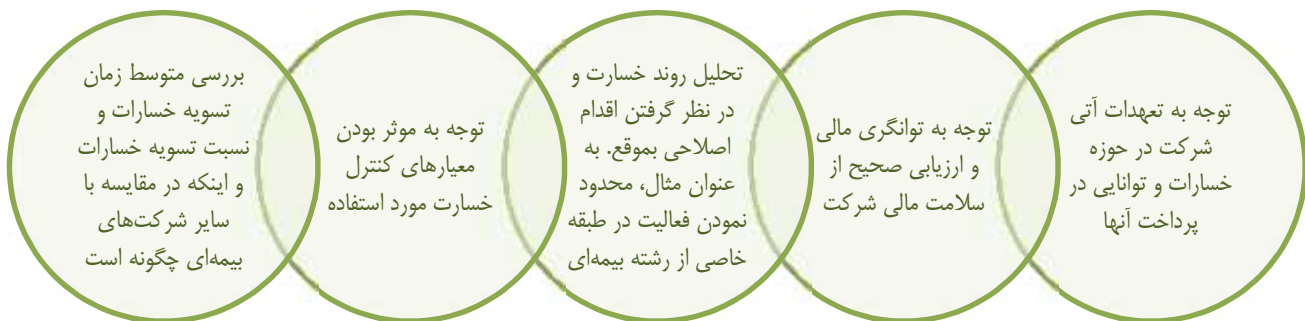
- صنعت بیمه یک صنعت ارائه‌کننده خدمت است و رضایت مشتریان باید جلب شود. رویه تسویه خسارت می‌تواند به عنوان یک ابزار بازاریابی مورد استفاده قرار بگیرد. یک قاعده کلی وجود دارد که جذب یک مشتری جدید بسیار هزینه‌برتر از نگهداری مشتری موجود است.
- در بازاری که نرخ‌گذاری آزاد است، قیمت‌گذاری محصولات بیمه‌ای از فاکتورهای کلیدی خواهد بود. مدیریت مناسب خسارات و تسویه بموقع آنها با مقدار بهینه، به نگهداری قیمت‌های رقابتی کمک می‌نماید.
- مشتریان ناراضی، چشم‌انداز بدی برای صنعت بیمه بدنبال خواهد داشت و به شهرت شرکت بیمه آسیب وارد می‌نماید. اینکه اکثر شکایات مشتریان در خصوص خسارت بوده، یک حقیقت پذیرفته شده است. شرکت بیمه‌ای باید تلاش نماید که در وهله اول چنین شکایاتی اتفاق نیفتد و در صورت بروز چنین مواردی، در اسرع وقت و بصورت کارآمد و شفاف به آن رسیدگی نماید.
- نهاد ناظر بیمه‌ای، مقررات خاصی را در بخش شرکت‌های بیمه در خصوص حداکثر زمان مجاز برای تسویه خسارات تدوین نماید. این اصول الزام قانونی دارند و باید توسط پرسنل سازمان در هر سطحی مورد اجرا قرار بگیرند.
- تاخیر در تسویه خسارات معمولاً در مبالغ خسارتی بالا اتفاق می‌افتد. بطور کلی، هزینه خسارات عامل مهمی در سوددهی شرکت‌های بیمه می‌باشد. سوال‌هایی که شرکت‌های بیمه باید به آنها توجه نمایند این است که چرا در روند تسویه خسارت تاخیر اتفاق می‌افتد؟ آیا این تاخیر می‌تواند ناشی از تاخیر در ارائه گزارشات بازدید باشد؟ اگر اینگونه باشد، چه کسی مسئول آن است؟ آیا مراحل لازم جهت ارائه و دریافت چنین گزارشاتی مشخص شده است. طبق مقررات تدوین شده توسط نهاد ناظر، حداکثر زمان مشخصی برای ارائه گزارش در نظر گرفته می‌شود. بعد از ارائه و دریافت گزارش و سایر مدارک مورد نیاز، چه میزان زمان طول می‌کشد که خسارت به بیمه‌گذار پرداخت شود؟ آیا سیستمی برای بازبینی آن وجود دارد؟
- پرونده‌های خسارت باید مرتباً در طول مدت زمان رسیدگی به آنها بازبینی شوند. صرف زمان کوتاهی جهت بررسی و تصمیم‌گیری در مورد خسارات از اقدامات غیرضروری و هزینه‌بر بعد از آن جلوگیری خواهد کرد. در تسویه خسارات، اخذ تصمیم ناخوشایند اما سریع با توجه مناسب، بسیار بهتر از به تعویق انداختن آنها است که مشکلات بیشتر و شرایط ناخوشایندتری را بدنبال خواهد داشت.
- واحدهای صدور و خسارت نباید جدا از هم کار نمایند بلکه باید تعامل و همکاری بین آنها وجود داشته باشد. فرآیند صدور ناکارآمد، خسارات ناخواسته‌ای را به شرکت‌ها تحمیل می‌نماید. هرگونه نقصی در مستندات صادر شده همواره برعلیه شرکت‌های بیمه است. بنابراین از اهمیت بالایی برخوردار است که مشتری نسبت به هرگونه شرایط و اینکه چه چیزی تحت پوشش است یا نیست آگاهی داشته باشد. باید سیستم جامعی برای بررسی مستندات صادره وجود داشته باشد.
- زمانی که پرونده خسارتی به دادگاه کشیده می‌شود، پول و انرژی هدر می‌رود. علاوه بر این، وجهه سازمان نیز به مخاطره می‌افتد. رویکرد "مشاهده و انتظار"<sup>17</sup> باید تغییر کند. باید بررسی شود که چرا مواردی به دادگاه کشیده می‌شوند و چه اقداماتی در این خصوص باید صورت گیرد.

<sup>17</sup>Watch and wait

بنابراین با توجه به آنچه در بالا اشاره شد، لازم است که:

- شرکت‌های بیمه علاوه بر رسیدگی به خسارات، روند رسیدگی به آنها را نیز مدیریت نمایند.
- شرکت‌های بیمه دارای فرآیند مدیریت خسارت کارآمد باشند.

ذخایر خسارت همچنین بخش مهمی در فرآیند مدیریت خسارت هستند. نگهداری ذخایر خسارت کافی بمنظور جوابگو بودن بیمه‌گران در قبال تعهدات خود برای تمامی شرکت‌های بیمه مهم است. در حقیقت در مطالعه‌ای که اخیراً در امریکا انجام گرفته است مشاهده شد که در حدود ۳۴٪ از شرکت‌های بیمه که دچار مشکل مالی شده‌اند، با مسئله عدم کفایت ذخایر بیمه‌ای مواجه بوده‌اند. تحلیل ذخایر و فرآیند آن و مقایسه با تجارب گذشته باعث شده است که شرکت‌های بیمه ملزم به رعایت موارد زیر باشند:



علاوه بر موارد ذکر شده در بالا، هر شرکت بیمه‌ای باید فلسفه مدیریت خسارت خود را که بالاترین کیفیت خدمات را بدنبال خواهد داشت بصورت مکتوب درآورد. بیمه‌گر باید ماهیت ارائه خدمت را در هر مرحله از فرآیند پرداخت خسارت، سرعت ارائه خدمت و آگاهی از وضعیت خسارت با استفاده از تکنولوژی فناوری اطلاعات تعیین نماید. در حقیقت با استفاده از فرآیند خسارت مبتنی بر اینترنت، ارائه خدمات از ادعای خسارت تا رسیدگی به آن بصورت آن لاین قابل بررسی خواهد بود. فرآیند خسارت خودکار منجر به ارتباط سریع تمامی پرسنل درگیر در فرآیند خسارت مانند مشتری، نماینده، کارگزار، ارزیاب و غیره می‌شود. بنابراین بسیار خوب است که سیستم‌های قدیمی با سیستم‌های جدید جایگزین شوند. باید اطمینان حاصل شود که کارشناسان بخش پرداخت خسارت که باید در اسرع وقت و عادلانه به تمامی پرونده‌ها رسیدگی کنند، از افراد ماهر و آموزش دیده باشند. مدعیان خسارت نباید به عنوان افراد مزاحمی در نظر گرفته شوند. در حقیقت آنها دلیل وجودی شرکت‌های بیمه هستند. زمان موجود بین گزارش خسارت تا تسویه خسارت باید به حداقل زمان ممکن کاهش یابد. سیستم ممیزی زمان برای خودکنترلی باید وجود داشته باشد. همچنین رفتار کارشناسان مسئول رسیدگی به پرونده‌های خسارت از اهمیت بالایی برخوردار است. کارکنان شرکت‌های بیمه باید رفتار خود را تغییر دهند و انعطاف‌پذیری بالایی نسبت به پاسخگویی به الزامات بازار داشته باشند. آنها باید حس همدردی با خسارت دیده داشته باشند و تسویه خسارت با نزاکت همراه باشد. باید بدنبال این باشند که تصویر خوبی در ذهن مشتری نقش ببندد. اجازه داده شود که تصویری از اعتماد در مشتری شکل بگیرد زیرا پرداخت خسارت آخرین آزمون در ارائه خدمات بیمه‌گر است. بطور کلی می‌توان گفت که عوامل مجزا کننده شرکت‌ها در یک صنعت مشابه می‌تواند نحوه قیمت‌گذاری، محصولات نوآورانه و کیفیت ارائه خدمات بصورت کلی و در حالت خاص پرداخت خسارت باشد.

رویه مدیریت و تسویه خسارات بیمه‌ای به نوعی تحت نگاه مشکافانه نهاد ناظر، قانونگذاران و مراجع قضایی است و در صورت عدم وجود هیچ تقلبی، بیمه‌گران نمی‌توانند خسارات را به دلایل عدم افشای غیرعمدی حقایق و نقض از ضمانت‌ها نپذیرند. (قیسر<sup>۱۸</sup>، ۲۰۱۳)

## ماهیت خاص خدمات بیمه‌ای

محصول بیمه‌ای بخاطر سود تجاری آن خریداری نمی‌شود بلکه توسط اشخاص حقیقی و حقوقی خریداری می‌شود تا آنها را در مقابل حوادث احتمالی که ممکن است اتفاق افتند حمایت نماید. در اغلب موارد، در زمان وقوع حادثه، بیمه‌گذاران از نظر اقتصادی دچار آسیب می‌شوند. بنابراین اگر شرکت‌های بیمه نسبت به پرداخت منصفانه و سریع خسارات‌ها امتناع نمایند یا تاخیر در پرداخت داشته باشند، فلسفه وجودی بیمه زیر سوال می‌رود و انتظارات بیمه‌گذاران برآورده نمی‌شود که این خود موجب نارضایتی آنها می‌شود. مدیران بخش خسارت از اهمیت وجود فرآیند مدیریت خسارات آگاه هستند و می‌دانند بدون آموزش، رفتار و نظم نظارتی مناسب، مدیریت کارآمدی صورت نخواهد گرفت. (مرلین<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۲)

در صنعت بیمه موارد نقض وظایف بیمه‌گر بخوبی شناسایی شده و جبران حقوقی آن نیز تعریف شده است. به عنوان مثال، موارد زیر توسط بیمه‌گران اموال و حوات چارتر در خصوص عدم وجود رفتار صادقانه شرکت‌های بیمه مورد توجه قرار گرفته است:

- ۱- در تمامی قراردادهای بیمه، تعهد رعایت انصاف و صداقت وجود دارد.
- ۲- بیمه یک موضوع عمومی است و به جامعه مربوط می‌شود بنابراین توجه خاصی باید توسط مراجع قضایی برای حمایت از عموم جامعه اختصاص داده شود.
- ۳- قراردادهای بیمه‌ای مشابه سایر قراردادها نمی‌باشد زیرا بیمه‌گران از مزیت چانه‌زنی بالایی برخوردار هستند. بنابراین بیمه‌گران ملزم به رعایت سطح بالایی از استانداردها هستند.
- ۴- جبران نقض از قرارداد بیمه محدود به پرداخت خسارت اصلی نمی‌شود و جریمه‌هایی در نظر خواهند گرفت.
- ۵- انتظارات عموم مردم براساس تبلیغات، شعار و تعهدات شرکت‌های بیمه افزایش یافته است که این تاثیر را بر بیمه‌گذاران می‌گذارد که در برابر هر حادثه‌ای تحت حمایت هستند.
- ۶- بیمه‌گذاران در خرید بیمه‌نامه به دنبال کسب آرامش خیال هستند نه بدست آوردن سود تجاری. علاوه براین، آنها در زمان وقوع خسارت آسیب پذیر هستند.
- ۷- درک زبان بیمه‌نامه در بعضی مواقع مشکل است. در زمان خرید بیمه‌نامه توضیحات لازم باید به بیمه‌گذار داده شود.

## منافع شرکت‌های بیمه در ارائه خدمات باکیفیت

شرکت‌های بیمه باید جهت تنظیم سطحی از خدمات مورد انتظار مشتریان، ارائه خدمات به آنها را جزئی از راهبردهای کلان شرکت در نظر بگیرند. از جمله منافع شرکت‌های بیمه از ارائه خدمات باکیفیت به بیمه‌گذاران می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

<sup>19</sup>Merlin



### وفاداری بیمه گذاران

طبق اصل کلی در بازاریابی، نگهداری مشتری همواره ۴-۵ برابر مقرون به صرفه تر از جذب مشتری جدید است. همچنین با حفظ مشتریان، ترکیب ریسک شرکت بیمه ثالث می ماند و از این رو روند ادعاهای خسارت آتی و هزینه ها بهتر قابل پیش بینی خواهند بود.

### جذب بیمه گذاران جدید

جذب مشتریان جدید در شرکت های بیمه ای که به ارائه خدمات ضعیف شهرت دارند، با مشکلاتی همراه است. زیرا همانطور که مشتریان راضی شرکت را به آشنایان معرفی می نمایند، افراد ناراضی هم دیدگاه ها و نظرات منفی خود را منتشر می نمایند.

### بکارگیری نیروی کار باکیفیت

کارکنانی که به مشتریان اهمیت می دهند، احتمال بیشتری وجود دارد که مایل باشند در شرکت هایی کار کنند که رضایتمندی مشتریان از اهداف اصلی آن شرکت است.

### مزیت رقابتی

کسب اعتبار و وجهه ممتاز در ارائه خدمات به مشتریان منجر به تمایز شرکت بیمه ای از سایر رقبای خود می شود.

### ارتقای سودآوری

حفظ مشتریان و کارکنان باکیفیت همواره جنبه مهمی در سودآوری شرکت ها بوده است.

### افزایش بهره وری

ارتقای رضایتمندی بیمه گذاران، کاهش شکایات را بدنبال خواهد داشت. که این مسئله خود منجر به حداقل رسیدن اشتباهات و افزایش بهره وری می شود.

### ارتقای فضای کار

در اختیار داشتن مشتریان با رضایتمندی بالا و کارکنان شاد و با انگیزه منجر به ارتقا و بهبود فضای کاری نیز می شود.

منبع: موسسه چارتر، ۲۰۱۰.

## رفتار منصفانه با مشتری<sup>۲۰</sup>

محیط اقتصادی فعلی با نرخ بهره سرمایه گذاری پایین، چالش هایی را پیش روی شرکت ها قرار داده است که مشتریان را با ریسک هایی روبرو می کند. شرکت ها از طریق کاهش هزینه ها و افزایش درآمدهای خود بدنبال راهی به سمت رشد درآمدهای خود بمنظور حفظ یا بهبود سوددهی هستند در حالیکه در همین زمان، مصرف کنندگان بدنبال فرصت های سرمایه گذاری با نرخ بهره مناسب می باشند.

<sup>20</sup>Treating customers fairly

رفتار منصفانه با مشتری این اطمینان را ایجاد می‌کند که رفتار منصفانه با مشتری اعمال می‌شود. TCF، تحقق اهداف حمایت قانونی از مشتریان و همچنین اهداف آتی مرجع خدمات مالی<sup>21</sup> را ممکن می‌سازد. همواره انتظار می‌رود که منافع مشتریان، مورد توجه شرکت‌ها قرار گیرد. مشتریان انتظار دارند که خدمات مالی را از شرکت‌هایی که به آنها اعتماد دارند دریافت نمایند. وجود رفتار منصفانه با مشتریان و تحقق انتظارات آنها باید از مسئولیت‌های شرکت‌ها و نه از مسئولیت‌های قانونگذار باشد. شش برآمد TCF نشان دهنده آن چیزهایی است که انتظار می‌رود رفتار منصفانه با مشتری بدنبال داشته باشد. این شش برآمد رفتار منصفانه با مشتری در سال ۲۰۰۶ توسط مرجع خدمات مالی منتشر شد و هدف اصلی آنها آن چیزی بود که از شرکت‌ها در راستای رضایتمندی مشتریان انتظار می‌رود. مرجع خدمات مالی از این اصول به عنوان عامل مهمی در تنظیم تصمیمات و اقدامات قانونی استفاده می‌نماید. در ادامه شش برآمد TCF بیان می‌شود:

**برآمد ۱-** مشتریان می‌توانند مطمئن باشند که با شرکت‌هایی سروکار دارند که رفتار منصفانه با مشتریان مهمترین بخش از فرهنگ شرکتی آنها است.

**برآمد ۲-** طراحی محصولات و خدمات ارائه شده در بازار خرده فروشی مطابق با نیازهای گروه‌های معینی از مصرف‌کنندگان هستند و برحسب همین ضرورت شکل گرفته‌اند.

**برآمد ۳-** مشتریان قبل، حین و بعد از ارائه خدمات در معرض اطلاعات روشنی قرار می‌گیرند و اطلاع رسانی درستی صورت می‌گیرد.

**برآمد ۴-** مشاوره‌های دریافتی توسط مشتریان، مناسب آنها بوده و شرایط آنها را در نظر می‌گیرد.

**برآمد ۵-** محصولات مورد انتظار مشتریان به آنها عرضه می‌شود و خدمات نیز با یک استاندارد قابل قبول و مورد انتظار شرکت ارائه می‌شوند.

**برآمد ۶-** مشتریان با موانع غیرقابل قبول در زمان تغییر محصول، تغییر فروشنده، ادعای خسارت و ارائه شکایت روبرو نمی‌شوند. (مرجع خدمات مالی، ۲۰۱۴)

## الگوی تحلیل فرآیند خسارت در بیمه‌های اتومبیل

بیمه‌های اتومبیل سهم بسزایی در صنعت بیمه ایران دارد و این در حالی است که بیشترین تعداد خسارت نیز در این محصول بیمه‌ای مشاهده می‌شود. از آنجا که فعالیت‌های روزانه بیمه‌گران در گروه بیمه‌های دریافتی حاصل از بیمه‌های اتومبیل است و همچنین اینکه بخشی از آنها مانند بیمه شخص ثالث اجباری می‌باشد از این رو شرکت‌های بیمه ناگزیر از صدور آنها هستند. چنین شرایط حاکم بر این محصولات، باعث می‌شود که توجه خاصی به رضایتمندی بیمه‌گذاران در فرآیند صدور و بالاحص فرآیند خسارت در این رشته بیمه‌ای شود. بطور کلی عوامل نارضایتی بیمه‌گذاران در زمان تحقق تعهد بیمه‌گر (زمان پرداخت خسارت) شامل رد غیرمنصفانه خسارت واقع شده توسط بیمه‌گر، پرداخت مبلغی کمتر از آنچه واقعاً باید پرداخت شود و تاخیر در تسویه خسارت می‌باشد. در همه این موارد شکایاتی بر علیه بیمه‌گران وجود دارد. این بخش بر یکی از این عوامل یعنی "تاخیر در تسویه خسارت" متمرکز شده است.

طبق ماده ۱۵ قانون اصلاحیه بیمه شخص ثالث مصوب سال ۱۳۸۷ و ماده ۲۰ شرایط عمومی بیمه‌نامه بدنه وسایل نقلیه عمومی، پرداخت خسارت حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز پس از دریافت کامل مدارک باید صورت پذیرد. البته این زمان در مورد خسارت کلی سرقت، ۶۰ روز پس از اعلام خسارت و عدم کشف خودرو می‌باشد. بنابراین یکی از مشکلات و چالش‌هایی که شرکت‌های بیمه با آن روبرو هستند، بهبود و ارتقای فرآیند رسیدگی و تسویه خسارات است که افزایش رضایتمندی بیمه‌گذاران را بدنبال خواهد داشت.

رمز موفقیت شرکت‌های بیمه، افزایش رضایتمندی مشتریان خود و جذب بازار جدید، پایش و بازبینی فرآیند رسیدگی و تسویه خسارت بمنظور رفع گلوگاه‌ها و بهبود آن می‌باشد. از این رو بیمه‌گر باید برای آگاهی از چگونگی روند رسیدگی و تسویه خسارات، این روند را بصورت دوره‌ای مورد بررسی قرار دهد، نقاط ضعف و قابل بهبود آن را شناسایی نموده و اقدام اصلاحی در جهت رفع آن در نظر بگیرد و در همه این موارد ارتقای رضایت مشتریان را نیز در نظر داشته باشد. علاوه براین، لزوم بازنگری در خصوص اینکه آیا قوانین و اصول تدوین شده در فرآیند مدیریت

<sup>21</sup>Financial Services Authority

خسارت در دپارتمان خسارت به خوبی رعایت می‌شود یا خیر وجود دارد. بنابراین در این بخش با استفاده از چرخه PDCA که در ادامه بیان می‌شود، مراحل عارضه‌یابی فرآیند مدیریت خسارت تشریح می‌گردد.

چرخه PDCA که برای اولین بار در دهه ۱۹۳۰ از سوی والتر شوارتز مطرح و بعدها توسط دمینگ تبیین و ارائه گردید، چارچوبی برای بهبود فرآیند فراهم می‌نماید. این چرخه به نحوی طراحی شده است که بتواند به عنوان یک مدل پویا مورد استفاده قرار گیرد. با وجود استمرار کیفیت بهبود، فرآیند می‌تواند همواره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و تغییرات آن مورد آزمایش قرار گیرد. چرخه مداوم تغییر در نمودار زیر نشان داده شده است:



شکل ۱- چرخه PDCA

در ادامه مراحل ضروری جهت شناخت، بررسی و بهبود فرآیند مدیریت خسارت بیان می‌شود.

### مرحله اول- شناخت فرآیند مدیریت خسارت

فرآیند مدیریت خسارت در هر شرکت بیمه‌ای، نمای کلی از چگونگی رسیدگی و تسویه خسارات را نشان می‌دهد. بطور کلی آنچه در فرآیند پرداخت خسارت در شرکت‌های بیمه اتفاق می‌افتد از این قرار است که فرآیند با مراجعه زیان‌دیده به مرکز خسارت و اعلام خسارت آغاز می‌شود. کارشناس خسارت در مراکز خسارات یا شعب پس از بازبینی اولیه نسبت به پذیرش یا رد ادعای خسارت به دلیل عدم مدارک و مستندات کافی رد می‌کنند. در صورت پذیرش، پرونده خسارت تشکیل شده و کارشناسی اولیه صورت می‌گیرد. پس از آن، پرونده به کارشناس واحد کنترل و عملیات ارسال می‌شود. با توجه به مبلغ خسارت، یکی از دو کار، بررسی بیشتر یا صدور مجوز پرداخت صورت می‌گیرد.

### مرحله دوم- تحلیل آماری و شاخص‌های عملکردی

این مرحله منطبق بر "برنامه‌ریزی" در چرخه PDCA می‌باشد. در این مرحله آنچه را می‌خواهید بهبود یابد، تجزیه و تحلیل کرده و نواحی قابل بهبود شناسایی می‌شوند.

### گام اول: تحلیل کلی داده‌ها با استفاده از آماره‌های توصیفی

در گام اول، مطابق جدول ۱، آماره‌های توصیفی جهت تبیین کلی شرایط موجود استخراج و تحلیل می‌شود.

جدول ۱- آمار توصیفی پرونده‌های خسارت در سال ۱۳XX		
آمارها	تعداد روز تاخیر	مبلغ خسارت پرداختی (ریال)
تعداد	A <sub>۱</sub>	B <sub>۱</sub>
میانگین (معیار مرکزیت داده‌ها)	A <sub>۲</sub>	B <sub>۲</sub>
میانه (معیار مرکزیت داده‌ها)	A <sub>۳</sub>	B <sub>۳</sub>
مد (بیشترین تعداد روز تاخیر / بیشترین پرونده با این مبلغ خسارت)	A <sub>۴</sub>	B <sub>۴</sub>
انحراف استاندارد (معیار پراکندگی داده‌ها)	A <sub>۵</sub>	B <sub>۵</sub>
چولگی (معیار پراکندگی داده‌ها)	A <sub>۶</sub>	B <sub>۶</sub>
برجستگی (معیار پراکندگی داده‌ها)	A <sub>۷</sub>	B <sub>۷</sub>
حداقل	A <sub>۸</sub>	B <sub>۸</sub>
حداکثر	A <sub>۹</sub>	B <sub>۹</sub>
صدک ۷۵م (حداکثر تاخیر / مبلغ ۷۵٪ از پرونده‌های خسارت)	A <sub>۱۰</sub>	B <sub>۱۰</sub>
صدک ۹۰م (حداکثر تاخیر / مبلغ ۹۰٪ از پرونده‌های خسارت)	A <sub>۱۱</sub>	B <sub>۱۱</sub>
صدک ۹۵م (حداکثر تاخیر / مبلغ ۹۵٪ از پرونده‌های خسارت)	A <sub>۱۲</sub>	B <sub>۱۲</sub>

تحلیلگر با استفاده از جدول ۱ می‌تواند شمای کلی از پرونده‌های خسارت داشته باشد. اهم موضوعاتی که درک می‌شود به شرح زیر هستند:

- کمترین تعداد روز تاخیر "صفر" (همچنین درصد آن از پرونده‌های خسارت) و بیشترین تعداد روز تاخیر در پرداخت خسارت M روز که بدلیل اهمیت آن می‌توان مشخصات بیمه‌نامه جهت بررسی بیشتر به شرح زیر آورده شود:

شماره بیمه‌نامه	شماره پرونده خسارت	تاریخ وقوع حادثه	تاریخ تشکیل پرونده	تاریخ در تشکیل (روز)	تاریخ آخرین پرداخت	تاریخ در پرداخت (وز)	مبلغ پرداختی (ریال)
۱	۲	۳	۴	۵=۴-۳	۶	۷=۶-۴	۸
123456789	987654321	YY1/MM1/DD1	YY2/MM2/DD2	N	YY3/MM3/DD3	M	X

- مقدار آماره مد نشان می‌دهد که اکثر پرونده‌های خسارت، تعداد روز تاخیر در پرداخت خسارت A4 روزه داشته‌اند. بنابراین بیمه‌گر درمی‌یابد که اکثر پرونده‌ها با چه تعداد روز تاخیری تسویه شده‌اند.
- صدک ۷۵م نشان می‌دهد که ۷۵ درصد از پرونده‌های خسارت، تعداد روز تاخیر در پرداخت خسارت کمتر از A10 روز داشته‌اند.
- صدک ۹۵م نشان می‌دهد که ۹۵ درصد از پرونده‌های خسارت، تعداد روز تاخیر در پرداخت خسارت کمتر از A12 روز داشته‌اند. این بدان معنی است که ۵٪ پرونده خسارت، بیش از A12 روز تاخیر در پرداخت خسارت داشته‌اند. آماره صدک نشان می‌دهد که توزیع روند رسیدگی به پرونده‌ها چگونه بوده است و حداکثر تعداد روز تاخیر اکثریت پرونده‌ها چند بوده است.
- جدول ۱، بیشترین تعداد روز تاخیر و بیشترین مبلغ خسارت پرداختی را نشان می‌دهد و همچنین نشان می‌دهد که بطور متوسط چه تعداد روز طول می‌کشد که خسارات تسویه شوند.
- تحلیلگر می‌تواند با استفاده از معیارهای پراکندگی (چولگی، برجستگی و انحراف استاندارد)، به نرمال بودن یا نبودن روند رسیدگی به پرونده‌ها پی ببرد و با حذف نقاط پرت، نتایج دقیقتری حاصل نماید.

### گام سوم: بررسی تأخیر پرداخت در پرونده‌های خسارت با مبالغ کم و مبالغ زیاد

باید گفت تعداد قابل توجهی از پرونده‌های خسارت در بیمه‌های اتومبیل وجود دارند که زیان‌دیده در ازای مبلغ ناچیزی ادعا خسارت نموده است. تسریع پرداخت اینگونه خسارات از سویی موجب افزایش رضایت بیمه‌گذاران شده و از سوی دیگر امکان بررسی دقیق‌تر خسارات با مبالغ زیاد را فراهم می‌نماید که این خود می‌تواند تأثیر بسزایی در کاهش هزینه‌های تقلبات داشته باشد. جدول ۲، فراوانی و درصد فراوانی چنین پرونده‌هایی را به تفکیک تعداد روز تأخیر نشان می‌دهد. لازم بذکر است در این تحلیل، تعداد روز " ۱۵ روز " با توجه به آیین‌نامه‌های بیمه مرکزی مبنی بر مهلت تسویه خسارات در نظر گرفته شده است که متناسب با قانون تعریف شده می‌تواند تغییر کند.

جدول ۲- فراوانی و درصد فراوانی پرونده‌های خسارت اتومبیل با مبلغ کمتر از سقف تعیین شده (Z ریال) براساس تعداد روز تأخیر		
تعداد پرونده خسارت	درصد پرونده خسارت	تعداد روز تأخیر
C1	D1	صفر
C2	D2	۱
C3	D3	۲
C4	D4	۳
C5	D5	....
C6	D6	۱۵
C7	D7	بیش از ۱۵ روز تأخیر

با توجه به اینکه برخی شرکت‌های بیمه برای بررسی و راستی‌آزمایی پرونده‌های خسارت با مبالغ بالا مثلاً بیش از Z ریال (بیش از سقف تعیین شده)، از افراد خبره و بیرونی استفاده می‌کنند، می‌توان با تحلیل داده‌های این گروه از خسارت‌ها تأثیر این استراتژی را در مدت زمان پرداخت خسارت مورد تحلیل قرار داد. جدول ۳، فراوانی و درصد فراوانی چنین پرونده‌هایی را به تفکیک تعداد روز تأخیر نشان می‌دهد.

جدول ۳- فراوانی پرونده‌های خسارت اتومبیل با مبلغ بیش از سقف تعیین شده (Z ریال) براساس تعداد روز تأخیر	
تعداد پرونده خسارت	تعداد روز تأخیر
E۱	۱۵-۱۰
E۲	۳۰-۱۵
E۳	۴۵-۳۰
E۴	۶۰-۴۵
E۵	۶۰ و بالاتر

در جدول ۳ تعیین تعداد و فاصله طبقات، با توجه به تحلیل توصیفی داده‌ها، اهمیت موضوع تعداد روز تأخیر طبق نظر واحد فنی، قوانین و مقررات تعیین می‌شود.

### گام چهارم: بررسی متوسط تأخیر پرداخت خسارات در ماه‌های مختلف

شواهد موجود حاکی از تناسب میان خسارت در بیمه‌های اتومبیل با میزان سفر است. به عبارت دیگر در ماه‌هایی از سال بواسطه افزایش مسافرت‌ها و غیره میزان استفاده از خودرو در میان رانندگان افزایش می‌یابد که این خود باعث افزایش تعداد خسارت می‌شود. از این رو اگر شرکت‌های بیمه نتوانند متناسب با افزایش تعداد مراجعین پاسخگویی مناسبی داشته باشند، زمان رسیدگی به خسارت افزایش یافته که موجب نارضایتی مشتریان خواهد شد. جدول ۴ می‌تواند نمونه خوبی برای مدیریت ریسک در این حوزه ارائه نماید.

جدول ۴- نتایج به تفکیک ماه تشکیل پرونده‌های خسارت			
ماه تشکیل پرونده	تعداد کل پرونده تشکیل شده در ماه	متوسط تعداد روز تاخیر در پرداخت خسارت	بیشینه تعداد روز پرداخت خسارت در ماه
فروردین	F1	G1	H1
اردیبهشت	F2	G2	H2
خرداد	F3	G3	H3
تیر	F4	G4	H4
مرداد	F5	G5	H5
شهریور	F6	G6	H6
مهر	F7	G7	H7
آبان	F8	G8	H8
آذر	F9	G9	H9
دی	F10	G10	H10
بهمن	F11	G11	H11
اسفند	F12	G12	H12

گام پنجم:

### بررسی مراکز خسارت

شرکت‌های بیمه به صورت پراکنده در شهرها و استان‌های مختلف دارای مراکز رسیدگی و پرداخت خسارت می‌باشند. برخی از این مراکز متعلق به خود شرکت‌ها است و برخی دیگر به صورت پیمانکاری و قراردادی با شرکت‌های بیمه فعالیت می‌نمایند. از این رو بررسی و مقایسه این مراکز نسبت به یکدیگر و شناسایی مراکز با بیشترین تاخیر از اهمیت بسزایی برخوردار است. بیمه‌گر باید بعد از شناسایی این مراکز و بررسی علل تاخیر در رسیدگی به پرونده‌ها، اقدامات مناسبی از جمله تذکر، جریمه نقدی، تعلیق و در نهایت لغو مجوز فعالیت آن مراکز بنماید.

جدول ۵- اطلاعات توصیفی مراکز پرداخت خسارت	
I1	تعداد مرکز پرداخت خسارت
I2	کمینه متوسط تعداد روز پرداخت خسارت (مرکز خسارت با کد XXX1)
I3	بیشینه متوسط تعداد روز پرداخت خسارت (مرکز خسارت با کد XXX2)
I4	صدک ۷۵م (حداکثر متوسط تاخیر ۷۵٪ از مراکز خسارت)
I5	صدک ۹۰م (حداکثر متوسط تاخیر ۹۰٪ از مراکز خسارت)
I6	صدک ۹۵م (حداکثر متوسط تاخیر ۹۵٪ از مراکز خسارت)

در جدول ۵ متناسب با آنچه در تحلیل آماره‌های توصیفی بیان شد، بیمه‌گر می‌تواند دریابد که به عنوان مثال ۹۵٪ مراکز، بطور متوسط حداکثر روز تاخیر در پرداخت خسارت داشته‌اند.

جدول ۶- فهرست مراکز پرداخت خسارت با بالاترین متوسط تعداد روز تاخیر در پرداخت خسارت (بیش از A روز)			
شماره مرکز پرداخت خسارت	شهر	تعداد پرونده خسارت	متوسط تعداد روز تاخیر در پرداخت خسارت
XXX1	City1	J1	K1
XXX2	City2	J2	K2
...	...	...	...

جدول ۶ مراکز پرداخت خسارتی را نشان می‌دهد که متوسط تعداد روز پرداخت خسارت در آنها بیش از A روز بوده است. مقدار A می‌تواند براساس سیاست‌گذاری شرکت و یا آیین‌نامه‌های نظارتی تعیین شود.

جدول ۷- جدول فراوانی تعداد پرونده خسارت هر مرکز به تفکیک تعداد روز تاخیر							
کد مرکز پرداخت خسارت	۱-۰ روز تاخیر	۱-۱۵ روز تاخیر	۱۵-۲۵ روز تاخیر	۲۵-۳۵ روز تاخیر	۳۵-۵۵ روز تاخیر	بیش از ۵۵ روز تاخیر	تعداد کل پرونده خسارت مرکز
XXX1	N1	N2	N3	N4	N5	N6	SUM(N1;N6)
XXX2	M1	M2	M3	M4	M5	M6	SUM(M1;M6)
...	...	...	...	...	...	...	...

جدول ۷ یک جدول ایده‌آل برای بیمه‌گر است تا دریابد چه تعداد مرکز خسارت در هر یک از طبقات تعداد روز تاخیر قرار دارند. با استفاده از این شاخص مشخص می‌شود پیک مراکز خسارت در کدام طبقه از تعداد روز تاخیر بوده است.

### مرحله سوم- بهبود روند رسیدگی و تسویه خسارات

مرحله بهبود شامل "اقدام، آزمودن و عمل" در چرخه PDCA می‌باشد. در این مرحله تحلیل‌گر بعد از بررسی و تحلیل نحوه رسیدگی و تسویه خسارات، بیمه‌گر می‌تواند با شناسایی چالش‌ها و گلوگاه‌های موجود، اقدام به بهبود سیستم موجود نماید. شکل ۳، نمونه روند بهبود در رسیدگی و تسویه خسارات مالی اتومبیل را نشان می‌دهد. همانطور که در شکل مشاهده می‌شود، روش تسویه خسارت با توجه به چالش‌های هر روش و با هدف تسریع در رسیدگی و پرداخت خسارات، افزایش رضایت بیمه‌گذاران و زیان‌دیدگان و کاهش هزینه‌های اجرایی در طول زمان بهبود یافته است. شرکت‌های بیمه می‌توانند بصورت دوره‌ای با بررسی چالش سیستم‌های فعلی از طریق بازخوردهای مشتریان، شکایات دریافتی، هزینه‌های اجرایی، تقلبات و تخلفات شناسایی شده و همچنین بهره‌مندی از نتایج تحلیل‌های آماری و عملکردی نسبت به بهبود روش‌های پرداخت اقدام نمایند تا هر چه بیشتر بتوانند رضایت مشتریان خود را جلب نمایند.



شکل ۲- روند بهبود فرآیند پرداخت خسارت مالی اتومبیل



در انتها لازم بذکر است که تحلیلگران بمنظور تحلیل چگونگی فرآیند پرداخت خسارات بمنظور شناسایی نقاط ضعف و رفع آنها باید به موارد زیر توجه داشته باشند:

- ۱- اصول و قوانین چه در آیین‌نامه‌های نهاد ناظر و چه براساس سیاست و چشم‌انداز شرکت. این اطلاعات به آنها در تحلیل هر چه دقیقتر داده‌ها کمک شایانی می‌نماید. به عنوان مثال از آنجا که طبق قانون، خسارات کلی سرقت باید بعد از گذشت ۶۰ روز و اطمینان از اینکه ماشین سرقت شده پیدا نمی‌شود رسیدگی شوند، در نتیجه آگاه بودن تحلیلگر باعث می‌شود که در زمان تحلیل داده‌ها، بمنظور همگن بودن داده‌ها، داده‌های مربوط به خسارت سرقت را در نظر نگیرد و جداگانه به تحلیل آنها بپردازد.
- ۲- در اختیار داشتن پایگاه اطلاعاتی کامل و جامع مزیت رقابتی بالایی را برای آن شرکت بیمه‌ای فراهم می‌نماید. زیرا وجود پایگاه داده باکیفیت منجر به نتایج درست و راهبردی می‌شود. به عنوان مثال از آنجا که فرآیند تسویه خسارت در بخش‌های مختلفی از شرکت صورت می‌گیرد، ثبت دقیق تاریخ ورود و خروج پرونده خسارت از آن بخش بسیار حائز اهمیت است. در اینصورت گلوگاه‌های تاخیر در رسیدگی به پرونده‌ها مشخص شده و بیمه‌گر می‌تواند بطور مشخص تری این مشکلات را رسیدگی و برطرف نماید.

## نتیجه‌گیری

ارائه خدمات به بیمه‌گذاران، شامل مجموعه وسیعی از اقدامات صورت گرفته توسط شرکت‌های بیمه‌ای است که هدف آنها ارتقای رضایت بیمه‌گذاران و همچنین افزایش سود می‌باشد. در حال حاضر با توجه به افزایش انتظارات بیمه‌گذاران، آگاه‌تر شدن آنها از مسائل مالی و حقوقی و وجود رقابت در صنعت بیمه و تلاش بیمه‌گران برای جذب مشتری از طریق ارائه خدمات بهتر باعث شده است که توجه خاصی به خدمات شرکت‌های بیمه و رضایت بیمه‌گذاران شود.

علاوه بر محیط رقابتی که بین شرکت‌های بیمه در صدور بیمه‌نامه حکفرما است، این کسب و کار به شدت ملزم به پیروی از مقررات دولتی و توجه به انتظارات مصرف‌کننده است. وجود سیستم مدیریت خسارت کارآمد برای موفقیت کلیه شرکت‌های بزرگ و کوچک در صنعت بیمه لازم و حیاتی می‌باشد. بیمه‌گذاران انتظار دارند که خسارت آنها در کمترین زمان ممکن پرداخت شود و آنچه پرداخت می‌شود منصفانه بوده و رضایت آنها را برآورده سازد. زیرا سطح بالای رضایتمندی مشتریان، مزیت رقابتی بالایی را برای بیمه‌گر به دنبال دارد و همچنین کاهش زمان رسیدگی به پرونده‌های خسارت و پرداخت آنها در اسرع وقت، راهی در جهت کاهش تعداد شکایات مشتریان و بهبود سیستم خدمات‌دهی است. وجود یک سیستم مدیریت خسارت کارآمد که سرعت فرآیند و هزینه‌های جاری را کاهش دهد می‌تواند راهکار عملیاتی مناسبی باشد.

هر شرکت بیمه‌ای باید فلسفه مدیریت خسارت خود را که بالاترین کیفیت خدمات را بدنبال خواهد داشت بصورت مکتوب درآورد. بیمه‌گر باید ماهیت ارائه خدمت را در هر مرحله از فرآیند پرداخت خسارت، سرعت ارائه خدمت و آگاهی از وضعیت خسارات با استفاده از تکنولوژی فناوری اطلاعات تعیین نماید. باید اطمینان حاصل شود که کارشناسان بخش پرداخت خسارت که باید در اسرع وقت و عادلانه به تمامی پرونده‌ها رسیدگی کنند، از افراد ماهر و آموزش دیده باشند. مدعیان خسارت نباید به عنوان افراد مزاحمی در نظر گرفته شوند. در حقیقت آنها دلیل وجودی شرکت‌های بیمه هستند. زمان موجود بین گزارش خسارت تا تسویه خسارت باید به حداقل زمان ممکن کاهش یابد. کارکنان شرکت‌های بیمه باید رفتار خود را تغییر دهند و انعطاف‌پذیری بالایی نسبت به پاسخگویی به الزامات بازار داشته باشند. آنها باید حس همدردی با خسارت دیده داشته باشند و تسویه خسارت با نزاکت همراه باشد. باید بدنبال این باشند که تصویر خوبی در ذهن مشتری نقش ببندد. اجازه داده شود که تصویری از اعتماد در مشتری شکل بگیرد زیرا پرداخت خسارت آخرین آزمون در ارائه خدمات بیمه‌گر است.

با توجه به ماهیت شرکت‌های بیمه و اینکه بیمه‌گذاران لازمه وجودی آنها هستند، توجه به ارتقای سطح رضایتمندی مشتریان از اهمیت بالایی برخوردار است. از آنجا که یکی از دلایل اصلی نارضایتی بیمه‌گذاران و بروز شکایات گسترده بر علیه شرکت‌های بیمه‌تأخیر در رسیدگی و تسویه خسارات است، از این رو بیمه‌گران باید بصورت دوره‌ای فرآیند مدیریت خسارات خود را مورد پایش قرار دهند، نقاط ضعف آن را شناسایی نموده و اقدامات اصلاحی جهت رفع آنها در نظر بگیرند. آنها باید مکرراً فرآیند رسیدگی و پرداخت خسارت شرکت را با توجه به چالش‌ها و نارضایتی‌های

شناسایی شده بهبود دهند تا هرچه کاراتر در جهت ارتقای رضایتمندی مشتریان خود قدم برداشته باشند. این امر در نهایت با توجه به افزایش ماندگاری مشتریان در شرکت بیمه‌ای و تبدیل شدن به مشتریان فداکار و کسب وجهه ممتاز در صنعت، منجر به ارزش افزوده زیادی برای بیمه‌گر خواهد شد.

در این مقاله ضمن بررسی مفهوم مشتری‌مداری در صنعت بیمه و اهمیت نحوه رسیدگی به پرونده‌های خسارت در ارتقای رضایت بیمه‌گذاران، مراحل بررسی و آسیب شناسی فرآیند مدیریت خسارات با تاکید بر تعداد روزتاخیر در تسویه خسارات در بیمه‌های اتومبیل از زمان اعلام خسارت یا تشکیل پرونده تا زمان پرداخت، بر مبنای چرخه PDCA مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان می‌دهد که شناخت بیمه‌گر از چگونگی عملکرد فرآیند مدیریت خسارات و ارزیابی دوره‌ای آن با استفاده از شاخص‌های آماری و عملکردی، منجر به شناسایی نقاط ضعف سیستم که نارضایتی مشتریان را بدنبال خواهند داشت می‌گردد. بدنبال آن بیمه‌گر می‌تواند با در نظر گرفتن اقدامات اصلاحی و پیاده‌سازی آنها، به بهبود فرآیند مدیریت خسارات و ارتقای رضایت مشتریان خود کمک شایانی بنماید.

## منابع

A.E. Anderson, et al., *Insurance Coverage Litigation*, 11-7 (2nd ed. 1999), citing James J. Markham, et al., *The Claims Environment* 277-78 (1<sup>st</sup> ed.1993).

Merlin, W.F., Kestenbaum, M., Merlin, G., 2002, "*Claims Adjustment Rules: What Insurance Companies Recognize, Lawyers Need to Learn and Judges must Recognize*", American Trial Lawyers Annual Convention Bad Faith Litigation Group.

Dionne, G. 2000. "*The empirical measure of information problems with emphasis on insurance fraud: Handbook of Insurance*", Boston, MA: Kluwer Academic Publishers.

Hewitt, A. 2006. *Claims Club Meeting*. London, United Kingdom: Post Magazine.

Rejda, G.E. 2008. "*Principles of Risk Management and Insurance*". 10th Ed. New York, Pearson Education.

Butler, S. & Francis, P. 2010. "*Cutting the Cost of Insurance Claims, taking control of the process*". Booz & Co. Retrieved from [www.booz.com/media/file/cutting\\_the\\_cost\\_of\\_insurance\\_claims.pdf](http://www.booz.com/media/file/cutting_the_cost_of_insurance_claims.pdf)

Chartered Insurance Institute, 2010, "*General Insurance Business*".

Krishman B. 2010. "*Claims Management and Claims settlements in Life*". *The Journal of Insurance*. Vol 1, 49-57.

Meyricke R. 2010. "*Sustainable claims management*". Retrieved from [www.climatewise.org.uk](http://www.climatewise.org.uk).

Barry, R. 2011. "*Transforming Claims Management with Communication and Collaboration Technology. An insurance industry thought- leadership paper on behalf of Cisco*". Retrieved from <http://www.cisco.com/web/strategy/docs/finance/ClaimsManagementWhitepaper.pdf>

Marquis, C. 2011. "*Importance of claims management in insurance sector*". Retrieved from [http://www.ehow.com/facts\\_7187579\\_importance-claims-management-insurance-sector.html](http://www.ehow.com/facts_7187579_importance-claims-management-insurance-sector.html)

Capgemini, consulting. Technology. Outsourcing , 2012, “*Global Trends in Non-Life Insurance: Claims*”, [http://www.capgemini.com/resource-file-access/resource/pdf/Global\\_Trends\\_in\\_Non-Life\\_Insurance\\_Claims.pdf](http://www.capgemini.com/resource-file-access/resource/pdf/Global_Trends_in_Non-Life_Insurance_Claims.pdf).

Qaiser, R., 2013, “*Claims Management in General Insurance - Issues & Concerns*”, Faculty Member, NIA, Pune, The Insurance Times, monthly journal, <http://www.niapune.com/pdfs/Research/Claims%20Management.pdf>.

Tajudeen, A., Adebowale A., 2013, “*INVESTIGATING THE ROLES OF CLAIMS MANAGER IN CLAIMS HANDLING PROCESS IN THE NIGERIA INSURANCE INDUSTRY*”, journal of Business and Finance, ISSN: 2305-1825 (online), 2308- 7714 (Print).

Insurance Operations- Claim Procedures and the Claim Adjustment Process, <http://www.uni.edu/thompsona/Claims%20Settlement.pdf>.

Financial services authority (FSA), 2014, “*Treating Customers Fairly*”, <http://www.fca.org.uk/firms/being-regulated/meeting-your-obligations/fair-treatment-of-customers>.