



ORIGINAL RESEARCH PAPER

Pathology of the life insurance loss management process using the FMEA technique: a case study of an insurance company in the Islamic Republic of Iran.

A. Ahmadzadeh<sup>1,\*</sup>, S. Soluki<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Assistant Professor of Insurance Research Center (IRC)

<sup>2</sup> Department of Management, Faculty of Management and Financial Sciences, Khatam University, Tehran, Iran

ARTICLE INFO

Article History

Received: 13 October 2018

Revised: 16 November 2018

Accepted: 26 August 2019

Keywords

Claim Management; Life Insurance; Failure Mode and Effect Analysis (FMEA); Pathology.

ABSTRACT

Objective: Identifying and prioritizing the damages of the life insurance loss management process, their causes and effects, as well as the solutions to fix them.

Methodology: using the methodology (methodology) of analysis of error states and effects (FMEA)

Findings: Twenty injuries have been identified and prioritized for the life insurance loss management process, of which six injuries were the most important and influential based on the methodology used (in terms of probability of occurrence, severity of effect, and probability of discovery). These six harms are: "failure to comprehensively transfer information to customers at the time of sale", "lack of skill of insurance salesmen and neglecting the suitability of the product with the needs of customers", "imprecision of risk assessment at the time of issuance, especially in large group contracts", "Lack of detailed study of the terms of the contract by customers", "the lack of access to a reliable and one-stop source to obtain complete and comprehensive information about the contracts and the characteristics of the types of life insurance" and "the lack of correct risk assessment and the announcement of an additional rate corresponding to it." In fact, injuries originating from the sales network are in the first priority, injuries related to information defects in the second priority, injuries in the management department in the third priority, and injuries in the evaluation and payment of damages employees department in the fourth priority.

According to the identified damages, solutions to fix them were also asked from the experts. Based on this, solutions were received for each of the injuries. The main solutions provided for priority damages include "giving sufficient training to sellers and creating motivation and a long-term perspective for them", "carrying out detailed risk management and requiring the presence of more than one appraiser when issuing large group contracts", "prioritizing consultation" Specialized in order to fully inform the customers", "Providing periodic feedback from the loss management department to the life insurance issuing department", "Preparing the health database of insured persons", "Compilation and periodic revision of the required internal standards", "Determining quantitative and qualitative indicators for evaluating the performance of employees Based on the limits of powers and responsibilities and the required standard training in the form of efficient and transparent measures", and "facilitating communication between insurance beneficiaries through the promotion of software systems and its timely updates", have been among the most important solutions proposed for the identified damages.

Conclusion: The findings of the research show that most of the problems of loss management are due to negligence during the issuance of the insurance policy (sales network) and there is no effective feedback from the loss department to the issuing department. Therefore, not paying enough attention to correcting the expectations of customers when purchasing a product and the problems caused by misunderstandings contribute significantly to the failure of customers when damage occurs. Based on the findings related to the solutions, it seems to strengthen the internal interactions between the loss management department and the management of life insurance issuance, as well as between the line and headquarters employees, along with the promotion of training according to the needs and in line with the damage removal, as well as the development of standards for the division of duties and training. And evaluating the performance of employees based on it can play a significant role in improving the loss management of insurance companies.

\*Corresponding Author:

Email: [ahmadzadeh80@gmail.com](mailto:ahmadzadeh80@gmail.com)

DOI: 10.22056/ijir.2019.02.02



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

عزیز احمدزاده<sup>۱\*</sup>، ثریا سلوکی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup>استادیار پژوهشکده بیمه

<sup>۲</sup>گروه مدیریت، دانشکده مدیریت و علوم مالی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران

### اطلاعات مقاله

### 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 هرکدام 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.

### کلمات کلیدی

مدیریت خسارات  
بیمه زندگی  
تکنیک تحلیل حالات و اثرات خطا

\*نویسنده مسئول:

ایمیل: [ahmadzadeh80@gmail.com](mailto:ahmadzadeh80@gmail.com)

DOI: 10.22056/ijir.2019.02.02

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<sup>۱</sup> رسیده است. حال آنکه مقایسه این رقم با میانگین سهم جهانی ۵۵/۳ درصدی این رشته در دنیا<sup>۲</sup> 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 حق‌بیمه است، درحالی‌که هزینه پرداخت خسارات بیش از ۶۵ درصد آن است.<sup>۳</sup> 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. براین‌مبنی، 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؟

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<sup>۴</sup> به‌عنوان روش تحقیق<sup>۵</sup> 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.

## مبانی نظری پژوهش

### مروری بر پیشینه پژوهش

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.

<sup>۱</sup>. سالنامه آماری ۱۳۹۷ صنعت بیمه.

<sup>۲</sup>. همان.

<sup>۳</sup>. بر مبنای صورت سود و زیان تجمیعی ۱۳۹۷ صنعت بیمه، نسبت سایر هزینه‌های بیمه‌ای (شامل هزینه‌های اداری و مدیریت خسارات) به حق‌بیمه تولیدی ۵۸ درصد و نسبت هزینه خسارت به حق‌بیمه تولیدی ۶۹ درصد بوده است (سالنامه آماری ۱۳۹۷ صنعت بیمه).

<sup>۴</sup>. Failure Mode and Effect Analysis

<sup>۵</sup>. 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.

براین اساس، بهبود مدیریت خسارات، از طریق پرداخت سریع تر و دقیق تر 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.<sup>۱</sup> 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،<sup>۲</sup> ۲۰۱۶).

کاپگمینی<sup>۳</sup> (۲۰۱۲) به این نتیجه رسیده است که درک نادرست در مورد آنچه بیمه‌نامه پوشش می‌دهد یا آنچه در طول دوره رسیدگی به خسارت مورد انتظار است، به طور معناداری رضایت بیمه‌گذاران را کاهش و در عوض، احتمال انتقال آن‌ها به سایر شرکت‌های بیمه‌ای را افزایش می‌دهد. بنابراین، ارائه خدمات، به نحوی کارآ، نه تنها وفاداری مشتریان را بالا می‌برد بلکه باعث کاهش هزینه‌های خسارت می‌شود.

بوترلر و فرانسیس<sup>۴</sup> (۲۰۱۰) نشان داده‌اند که عواملی چون درک درست انتظارات مشتریان، انتخاب مدل خسارتی متناسب با کسب و کار، بهبود ارتباط با مشتریان و کنترل‌های دقیق فرایند، بر مدیریت پرداخت خسارات و در نتیجه رضایت مشتریان تأثیر دارد.<sup>۵</sup>

بیمه زوریخ، برای نهادینه کردن رویکرد مدیریت خسارات خود، با تمرکز بر پنج عامل مدیریت استعداد، برتری فنی، کارایی و اثربخشی، تجربه مشتری و همکاری عملکردی، 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 زوریخ،<sup>۶</sup> ۲۰۰۵).

راهنمای بین‌المللی در مورد مدیریت بهینه خسارات و اطلاعات بسیار کم موجود منتشر شده از تجربه کشورهای در این زمینه، کمیته بیمه OECD<sup>۷</sup> در سال ۲۰۰۰، پروژه مدیریت خسارات را برای جمع‌آوری اطلاعات در مورد 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 به عنوان اقدامات مربوط به ارتقای کیفیت مدیریت خسارات بیمه‌ای از منظر همکاری‌های بین‌المللی اشاره کرد (OECD، ۲۰۰۴).

جمع‌آوری و به اشتراک گذاری حجم زیادی از اطلاعات میان چند طرف درگیر (مانند ارزیابان خسارت، 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 به دست آورند که موجب طولانی شدن 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 به نظر می‌رسد. براین مبنای، شرکت‌های نرم‌افزاری فعال در صنعت بیمه، پیش‌تاز ارائه مدل‌های مدیریت خسارت و اجرای آن در نرم‌افزارهای بیمه‌ای خود

<sup>۱</sup> 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.

<sup>۲</sup> Comindware

<sup>۳</sup> Capgemini

<sup>۴</sup> Butler & Francis

<sup>۵</sup> 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 طولانی شدن زمان پرداخت خسارت مربوط به فرایند بازدید خودرو است.

<sup>۶</sup> Zurich Financial Services

<sup>۷</sup> Organisation for Economic Co-operation and Development

بوده‌اند و در راستای ارتقای رقابت‌پذیری خود، همواره در بهبود راهکارهای مدیریت خسارات 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 تجزیه‌وتحلیل هزینه‌ها حمایت کنند. راهکارهای پیشنهادی نیز باید مدیران را، در صورت‌نیاز، به تغییر سیستم جهت حمایت از اولویت‌های تغییر یافته قادر سازد (دی‌اس‌تی سیستمز،<sup>۱</sup> 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 فناورانه 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 فناورانه و مدیریت داده همچنین می‌تواند به نوآوری در خدمات و افزایش وفاداری مشتری منجر شود (کامیندویر، ۲۰۱۶).

طبق مطالعات انجام‌شده، می‌توان آسیب‌های شناسایی‌شده برای مدیریت خسارات بیمه‌های زندگی را در سه دسته طبقه‌بندی کرد: آسیب‌های مربوط به «مدیریت» و «شبکه فروش» و «کارمندان بخش ارزیابی و پرداخت خسارات». دسته اول این آسیب‌ها عبارت‌اند از: طولانی‌بودن زمان فرایند رسیدگی و پرداخت خسارات (LIHDFC،<sup>۲</sup> 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<sup>۳</sup> (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، به‌دلیل حجم بالای اطلاعات میان چند طرف درگیر در یک ادعای خسارت (دی‌اس‌تی سیستمز، ۲۰۱۴)، از جمله موارد مهم این دسته است. بر مبنای آسیب‌های احصا شده، 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).

<sup>۱</sup>. DST systems

<sup>۲</sup>. Standard Life Insurance and Housing Development Finance Corporation

<sup>۳</sup>. 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).  
 بر مبنای 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 در خصوص مدیریت خسارات، موضوع در داخل کشور مورد بررسی میدانی قرار می‌گیرد.

## روش‌شناسی پژوهش

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 بر مبنای 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<sup>۱</sup> 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 در نهایت، اقدام برای حذف کاستی‌های فرایند که منجر به بروز حالات خرابی می‌شود به‌کار می‌رود (خراسانی و مصلح‌آبادی، ۱۳۹۵). مزایای متعددی برای استفاده از PFMEA بر شمرده شده که از جمله آن‌ها می‌توان به نقش مؤثر این روش در ثبات بخشی به خروجی فرایند، کاهش ضایعات، اتلاف منابع و دوباره‌کاری‌ها، افزایش بهره‌وری، روان شدن 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 بر شمرد (خراسانی و مصلح‌آبادی، ۱۳۹۵):

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<sup>۲</sup> برای هر حالت خطا/ آسیب؛
  ۵. اختصاص دادن رتبه احتمال وقوع<sup>۳</sup> برای هر حالت خطا/ آسیب؛
  ۶. اختصاص دادن رتبه احتمال کشف<sup>۴</sup> برای هر حالت خطا/ آسیبی که رخ می‌دهد؛
  ۷. اختصاص نمره RPN<sup>۵</sup> 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

<sup>۱</sup>. Process FMEA

<sup>۲</sup>. شدت اثر 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.

<sup>۳</sup>. 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.

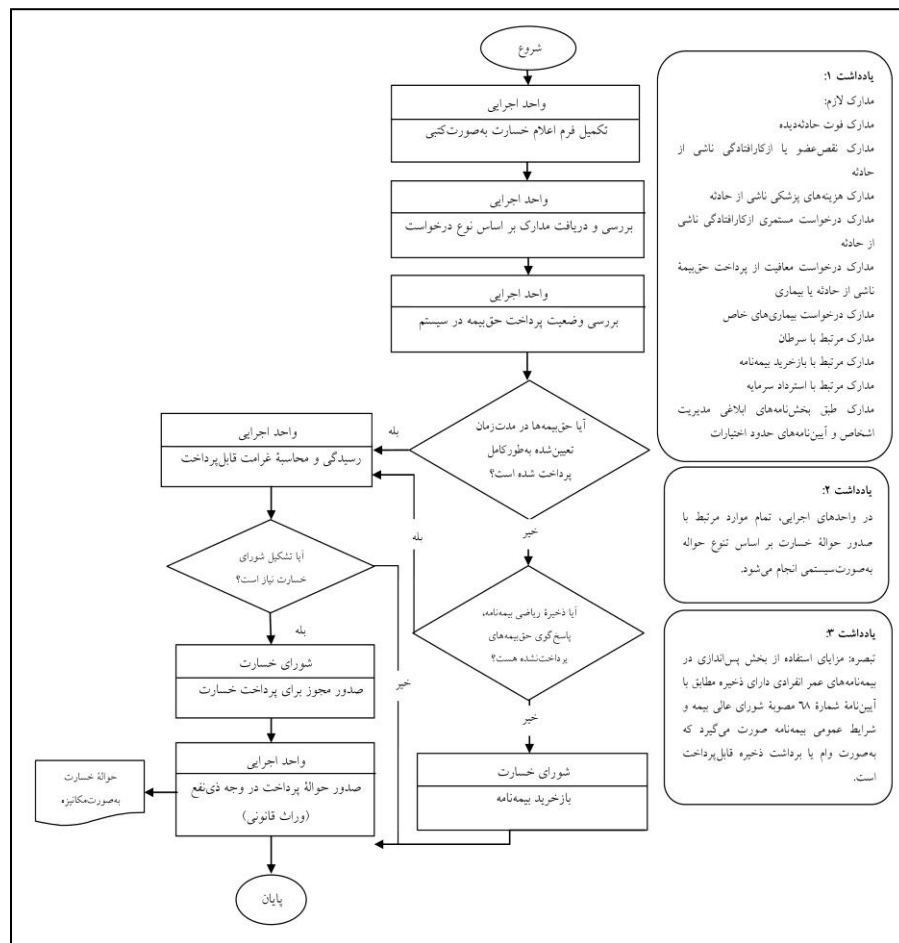
<sup>۴</sup>. احتمال کشف عبارت است از شانس اینکه روش‌های کنترل جاری بتوانند حالت خرابی و یا علل وقوع خرابی در خدمت را قبل از اینکه به دست مشتری برسد و یا خدمت تکمیل شود شناسایی کنند.

<sup>۵</sup>. Risk Priority Number

نتایج کسب‌شده، پرسشنامه‌ای میدانی تدوین شد که طبق آن کارکنان بخش مدیریت خسارات، هرکدام از خطاها/ آسیب‌ها را از منظر احتمال وقوع، شدت اثر 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 به صورت حاصل ضرب اعداد به دست آمده برای مراحل ۴ تا ۶، مرحله ۷ و بر مبنای آن، رتبه‌بندی مرحله ۸ انجام پذیرفت و مرحله ۹، به عنوان 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.<sup>۱</sup>

### تحلیل نتایج

در این تحقیق، یک شرکت بیمه‌ای به عنوان مطالعه موردی در نظر گرفته شد. لذا، به عنوان 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)

<sup>۱</sup> 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.

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

در مرحله دوم، به‌منظور 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، به‌طورمستقیم 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 قابل‌اغماض تشخیص داده شدند و جمعاً ۲۰ آسیب برای بررسی‌های بیشتر باقی ماندند که بر مبنای رویکردهای مدیریت خسارات در جهان<sup>۱</sup> (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)؛<sup>۲</sup>

گروه دوم: آسیب‌های مربوط به شبکه فروش (با کد S)؛<sup>۳</sup>

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

و گروه چهارم: آسیب‌های ناشی از نقص اطلاعاتی یا عدم تقارن اطلاعاتی (با کد A).<sup>۵</sup>

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

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

علائل	خطاها/ آسیب‌ها*	اثرات
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	M1: ارزیابی نکردن دقیق ریسک در زمان صدور خصوصاً در قراردادهای گروهی بزرگ	زیان‌دهی پرتفوی و شرکت بیمه هدردادن وقت نیروی انسانی
صرفه‌جویی غلط در هزینه کارشناسی آموزش ندیدن نیروی انسانی موجود	M2: کمبود نیروی کارشناس و ارزیاب خسارت	افزایش احتمال تقلب افزایش خسارت قابل‌پرداخت سردرگمی مراجعین
ضعف مدیریتی دست‌کم‌گرفتن نقش IT در راهبری شرکت	M3: مشکلات نرم‌افزاری و قطعی زیاد سیستم	تأخیر در فرایند ارزیابی و پرداخت خسارت اشتباه در پرداخت خسارت انتظار طولانی مراجعین و نارضایتی آنان
ضعف مدیریتی	M4: نداشتن وحدت‌رویه و شخصی عمل کردن در اجرای مقررات	عمل کردن سختگیرانه‌تر از آیین‌نامه‌ها و در نتیجه نارضایتی مشتریان
ضعف مدیریتی و بی‌توجهی به الگوهای علمی حاکمیت شرکتی	M5: نبود روش اجرایی ارزیابی و پرداخت خسارت مکتوب در دسترس کارکنان مربوطه در شعب شرکت	جلوگیری از مدیریت بهینه و نظارت بر آن کند شدن فرایند همسوسازی و یادگیری کارکنان تازه‌وارد و در نتیجه چنندستگی فرایند اجرای کار
بی‌توجهی مدیریت به آسیب‌های ناشی از تغییرات نرم‌افزاری در مقطع تغییر یا به‌روزرسانی	M6: در نظر نگرفتن تمهیدات لازم جهت پیاده‌سازی سیستم نرم‌افزاری	احتمال پرداخت دوباره یک خسارت واحد مشکل پرداخت اقساط وام خصوصاً برای مشتریان کم‌سواد

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

<sup>۲</sup> Management

<sup>۳</sup> Sales network

<sup>۴</sup> Employee

<sup>۵</sup> Information Defect

<sup>۶</sup> آسیب‌ها/ حالات بالقوه خطا: 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 ازدست‌رفتن کارایی فرایند می‌شود.



علا	خطاها / آسیب‌ها*	اثرات
بی توجهی به ضرورت دریافت بازخورد کافی یا ارزیابی اولیه از وقفه‌های زمان پیداده‌سازی یا به‌روزرسانی نرم‌افزاری نظرسنجی نکردن از کاربرانی که به‌طورمستقیم با سیستم سروکار دارند	جدید	اختلال در فرایند ارزیابی خسارت و طولانی‌شدن زمان آن
سیستمی نبودن فرایندهای تشکیل پرونده، بایگانی و ارزیابی خسارت	M7: حجم زیاد اسناد و مدارک بایگانی	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
نبود انگیزه و دیدگاه بلندمدت درخواست‌ندادن مشتریان بی تأثیری آن بر دریافتی بازاریابان	S1: عدم انتقال جامع اطلاعات به مشتریان توسط بازاریاب‌ها	به تأخیرافتادن روند سوددهی و سرمایه‌گذاری بیمه‌نامه تبلیغات سوء از سوی جذب‌شده‌ها پس از اطلاع از اطلاعات صحیح
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	S2: کمبود مهارت نمایندگان و بازاریاب‌های بیمه و لحاظ‌نکردن تناسب محصول با نیاز مشتریان	حجم بالای مراجعات به شعب بیمه و کندشدن فرایند رسیدگی به خسارات افزایش گرایش مردم به سایر شرکت‌های بیمه بدنامی شرکت بیمه در درازمدت
فقدان ارتباط سیستماتیک بخش صدور و خسارت در بیمه‌های عمر	E1: هماهنگ‌نبودن و تعامل‌نداشتن ارزیاب اولیه ریسک (بخش صدور) و ارزیاب خسارت	افزایش ضریب خسارت تأخیر در بررسی پرونده‌های خسارتی
حجم بالای کار ارجاعی فقدان شاخص‌های کیفی ارزیابی عملکرد کارکنان فقدان آموزش‌های لازم فقدان بازدارندگی و انگیزش کافی برای ارتقای دقت در عملکرد	E2: پیش‌داوری و پیش‌قضاوتی کارشناسان قبل از بررسی کامل مستندات و پرونده	افزایش دعاوی علیه شرکت بیمه طولانی‌شدن روند پرداخت خسارت بروز اشتباهات و نارضایتی مشتریان
آموزش ناکافی اعمال نظر شخصی کارکنان بی توجهی مدیریت به افزایش بهره‌وری	E3: یکدست‌نبودن نحوه چیدمان مدارک	کاهش سرعت و دقت بررسی پرونده‌های خسارت افزایش احتمال خطا و گم‌شدن برخی مدارک بی‌نظمی و کاهش شفافیت پرونده‌ها
ضعف فرهنگ عمومی مطالعه آموزش‌ندیدن بازاریابان برای تأکید بر این مورد روحیه عمومی مصالحه و بی‌توجهی به جزئیات و سهل‌انگاری	1: عدم مطالعه دقیق شرایط قرارداد توسط مشتریان	تأخیر در روند پرداخت خسارت تحقق‌نیافتن انتظارات بیمه‌شدگان و نارضایتی ناشی از آن
دید کوتاه‌مدت مدیران و مسئولین صنعت بیمه فقدان تعامل منسجم سازمانی بین بخش‌های فروش، بازرخرد و پرداخت خسارت گران‌بودن هزینه تبلیغات و بازاریابی در کشور	12: خلأ دسترسی به یک منبع موثق و یکجا <sup>۱</sup> برای کسب اطلاعات کامل و همه‌جانبه درباره قراردادها و ویژگی‌های انواع بیمه‌های عمر	ناآگاهی مشتریان از جزئیات بیمه‌های عمر و در نتیجه نارضایتی آنان و افزایش نرخ بازرخرد بیمه‌های عمر سرخورده‌گی کارمندان مستقیم درگیر با بیمه عمر
رعایت‌نکردن اصل حسن‌نیت واگذاری اختیار صدور به نمایندگان ذی‌نفع	13: عدم شناسایی یا ارزیابی صحیح ریسک و اعلام اضافه نرخ متناسب با آن	تأخیر در روند بررسی پرونده افزایش ضریب خسارت
همکاری‌نکردن سازمان‌های بیمه‌گر پایه و وزارت بهداشت با شرکت‌های بیمه بازرگانی فراوانی تغییرات اطلاعات سرمایه‌گذاری نکردن و هزینه نکردن در ایجاد بانک اطلاعاتی	14: موجود‌نبودن بانک اطلاعات سلامت بیمه‌شدگان در کشور یا دور از دسترس بودن آن	طولانی‌شدن فرایند کار کارکنان شرکت در بخش مدیریت خسارات کاهش دقت در ارزیابی و تحلیل و مدیریت ریسک کاهش دقت در ارزیابی خسارات اعلامی بالارفتن احتمال پوشش ریسک‌های غیرمنطقی و افزایش ضریب خسارت

<sup>۱</sup>. منظور از منبع یکجا منبعی مدون و تجمیع‌شده در یک مجموعه است.

علا	خطاها/ آسیب‌ها*	اثرات
ضعف مدیریتی	15: نقصان در استانداردهای داخلی	افزایش شکایات و بی‌اعتمادی به شرکت بیمه
گسترده‌گی جغرافیایی برخی سازمان‌های بیمه‌گذار	16: اطلاع‌نداشتن بیمه‌شدگان از وجود	طولانی شدن فرایند پرداخت خسارت
تصور نادرست وراث مبنی بر لزوم تکمیل تمامی مدارک قبل از اعلام خسارت	قرارداد بیمه عمر در برخی موارد	اعلام نشدن به‌موقع خسارات به بیمه‌گر
تصمیمات غلط برای کاهش هزینه‌ها	17: حذف کارانه کارشناسی	کاهش انگیزه کارشناسان در بررسی دقیق پرونده
استفاده‌نکردن از نظریات کارشناسان و کارکنان مجرب واحدهای اجرایی در اجرا و نصب سیستم‌های جدید خسارت و صدور		نارضایتی بیمه‌گذاران از پاسخ‌گویی نبودن به‌موقع و دقیق کارشناسان از دست‌دادن نیروهای زبده و فنی شرکت در سال‌های آتی
		کاهش انگیزه کارکنان قراردادی
تصمیمات غلط صرفه‌جویی در هزینه‌ها	18: موجود نبودن مرکز تخصصی رسیدگی به خسارات بیمه عمر	وجود استنباط‌های شخصی و متفاوت کارشناسان (چه کارشناس پزشکی 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

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 شناسایی‌شده، از سه منظر متفاوت، امتیازی بین ۱ تا ۱۰ تخصیص می‌دادند (مبنای امتیازدهی جداول برگرفته از مطالعه لیو<sup>۱</sup> (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 در دسترس نبودن و پاسخ‌گویی نبودن برخی از افراد مورد نظر، 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.

<sup>1</sup>. Liu

آسیب‌شناسی فرآیند مدیریت خسارات بیمه زندگی با استفاده از تکنیک FMEA

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)	اولویت‌بندی 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 پیاده‌سازی 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 بازاربازها	S1	۷/۱۸	۶/۶۴	۶/۶۹	۲۲۴/۲۰	۱
۹	کمبود مهارت نمایندگان و بازاربازهای بیمه و لحاظ نکردن تناسب محصول با نیاز مشتریان	S2	۶/۹۱	۶/۶۱	۴/۴۲	۲۰۲/۴۰	۲
۱۰	همانگ 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 پیش‌قضوتی کارشناسان قبل از بررسی مستندات و پرونده	E2	۵/۳۲	۴/۸۸	۴/۳۷	۱۱۳/۹۳	۱۶
۱۲	یکدست نبودن نحوه چیدمان مدارک	E3	۳/۹۹	۳/۷۰	۳/۵۹	۵۳/۲۴	۲۰
۱۳	عدم مطالعه دقیق شرایط قرارداد توسط مشتریان	I1	۶/۳۲	۶/۰۶	۴/۵۸	۱۷۵/۸۴	۴
۱۴	خلاء دسترسی به یک منبع موثق و یکجا برای کسب اطلاعات کامل و همه‌جانبه درباره قراردادهای و ویژگی‌های انواع بیمه‌های عمر	I2	۶/۲۵	۵/۷۴	۴/۷۸	۱۷۱/۸۷	۵
۱۵	عدم شناسایی یا ارزیابی صحیح ریسک و اعلام اضافه نرخ متناسب با آن	I3	۶/۳۹	۵/۹۱	۴/۵۱	۱۷۰/۸۱	۶
۱۶	عدم وجود بانک اطلاعات سلامت بیمه‌شدگان در کشور یا دوراز دسترس بودن آن	I4	۶/۱۳	۵/۹۳	۴/۴۹	۱۶۳/۳۷	۸
۱۷	نقصان استانداردهای داخلی	I5	۶/۱۱	۵/۶۶	۴/۶۶	۱۶۱/۵۳	۹
۱۸	عدم اطلاع نداشتن بیمه‌شدگان از وجود قرارداد بیمه عمر در برخی موارد	I6	۵/۵۲	۵/۱۹	۴/۷۲	۱۳۵/۶۸	۱۲
۱۹	حذف کارانه کارشناسی	I7	۵/۶۳	۵/۳۶	۴/۲۲	۱۲۷/۷۴	۱۳
۲۰	عدم وجود مرکز تخصصی رسیدگی به خسارات بیمه عمر	I8	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 ستون‌های شدت اثر، رتبه احتمال وقوع و رتبه احتمال کشف بر مبنای رتبه‌بندی ليو (۲۰۱۳) در مبنای رتبه‌بندی ۱ تا ۱۰ است.

پس از محاسبه شاخص‌های موردنیاز در روش‌شناسی FMEA، اکنون می‌توان به تجزیه و تحلیل نتایج پرداخت. نظر به دید چاره‌یابی در بررسی موضوع، در کنار شناسایی و اولویت‌بندی آسیب‌ها طبق FMEA، ارائه راهکار رفع آن‌ها نیز از خبرگان سؤال شده بود و براین‌مبنا، ضمن اولویت‌بندی آسیب‌ها، نسبت به ارائه راهکار برای هرکدام از آن‌ها نیز طبق جدول ۳ اقدام شد.

جدول ۳: اولویت‌بندی آسیب‌های شناسایی شده و اقدامات پیشنهادی برای رفع آن‌ها

ردیف	آسیب (پاسخ سؤال ۱)	کد آسیب	راهکار (پاسخ سؤال ۲)
۱	عدم انجام دقیق ارزیابی نکردن دقیق ریسک در زمان صدور خصوصاً در قراردادهای گروهی بزرگ	M1	انجام مدیریت دقیق ریسک جهت شناخت، ارزیابی و تحلیل ریسک برای به حداقل رساندن 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 به منظور 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 به حداقل رساندن 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 بازاریاب‌ها	S1	ارائه آموزش‌های کافی به بازاریاب‌ها و ایجاد انگیزه و دیدگاه بلندمدت برای آن‌ها.
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 هر دو آن‌ها در زمان رخداد خسارت.
۱۱	پیش‌داوری و پیش‌قضوتی کارشناسان قبل از بررسی مستندات و پرونده	E2	ارائه آموزش‌های کافی به کارشناسان و تعیین شاخص‌های کیفی ارزیابی عملکرد کارکنان.
۱۲	یکدست نبودن 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 در نهایت 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 مورد نیاز
۱۸	عدم اطلاع نداشتن 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 به‌بار 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.

### 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 دریافت‌نکردن 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 عمر 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 دولتی‌بودن 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 بغرنج 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، به‌نظر می‌رسد بسیاری از آسیب‌های شناسایی‌شده 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 و ماخذ

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>  
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 پارسین 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)، ۷۹-۱۰۴.

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](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.