



Autor

Krzysztof Szewczyk

menedżer w zespole ds. sektora ubezpieczeń,
Doradztwo Biznesowe, PwC

SPONSOR



PARTNER MERYTORYCZNY



PATRONI MERYTORYCZNI



Kwestia jakości

Wraz z rozwojem polskiego rynku ubezpieczeń obsługa klienta ewoluuje, a znaczenie satysfakcji ubezpieczonych wzrasta

Wszystkie badania klientów dotyczące motywacji wyboru ubezpieczyciela na polskim rynku wskazują, że cena ubezpieczenia jest czynnikiem najważniejszym. To właśnie na polu składki rozgrywa się główna walka o klienta, co dobrze obrazują liczby zaczerpnięte z rynku. W ciągu ostatnich 5 lat suma wypłaconych odszkodowań i świadczeń w dziale II (pozostałe ubezpieczenia osobowe i majątkowe) wzrosła o 51 proc., podczas gdy przypis jedynie o 34 proc. (*analiza własna na podstawie: Biuletyn Kwartalny. Rynek Ubezpieczeń 04/2009, KNF; Biuletyn Kwartalny. Rynek Ubezpieczeń 04/2005, KNF*). W tym samym okresie, przy średniej rocznej inflacji ~2,6 proc. (<http://www.stat.gov.pl>, GUS), cena poszczególnych

produktów w dziale II spadła średnio o 18 proc. (*analiza własna na podstawie: Biuletyn Kwartalny. Rynek Ubezpieczeń 04/2009, KNF; Biuletyn Kwartalny. Rynek Ubezpieczeń 04/2005, KNF*). Skoro głos konsumentów, przekazywany ubezpieczycielom przez mechanizmy rynkowe najdonioślej mówi o cenie, pojawia się proste pytanie – dlaczego kwestia jakości obsługi jest tak istotna? Coraz częstsze wzmianki z rynku ubezpieczeń odnośnie potrzeby podniesienia stawek idą w parze ze słabnącymi wynikami ubezpieczycieli. Sugeruje to, że rynek znalazł się na progu, gdzie zachowanie rentowności przy niezmiennych cenach będzie wymagało, co najmniej, jednego lub kombinacji wielu dzia-

łań, w tym m.in. zdecydowanego zwiększenia operacyjnej efektywności kosztowej, wprowadzenia lepszej segmentacji klientów i wyceny ryzyka, zwiększenia efektywności akwizycji oraz zwiększenia retencji i liczby produktów wśród własnych klientów. Wzrost efektywności operacyjnej jest z definicji procesem długotrwałym i kosztownym, a wraz z ciągłym rozwojem ubezpieczycieli, każda kolejna złotówka i godzina poświęcona na optymalizację będzie miała malejący efekt krańcowy. Usprawnienie segmentacji i wyceny ryzyka jest ograniczone czasem trwania zawartych umów (szczególnie dla ubezpieczeń życiowych). Ponadto zazwyczaj oznacza zwiększenie zysku kosztem zmniejszenia przypisu – co przy oczekiwaniach

akcjonariuszy odnośnie wzrostu biznesu jest trudnym krokiem dla zarządów spółek. Aby zwiększyć efektywność sprzedaży bez dalszego obniżania składki, ubezpieczyciele szukają wyróżników do uzasadnienia wyższej ceny lub zróżnicowania produktu, tam gdzie cena jest równie niska jak u konkurencji. Rolę takiego wyróżnika coraz częściej pełni jakość obsługi. Dodatkowo, przy ogólnym zwiększeniu szumu informacyjnego, rośnie waga rekomendacji przekazywanej konsumentowi przez konsumenta. Pomimo wielu starań ubezpieczycieli w zakresie marketingu szeptanego, to osobiste doświadczenie i satysfakcja pozostają głównym źródłem rekomendacji. Gdy coraz trudniej o akwizycję nowych polis, rośnie też dbałość o istniejący portfel i poszukiwania dodatkowego przypisu wśród własnych klientów. Jest to kolejny argument za znaczeniem jakości obsługi klientów. Naturalnie w ramach zwiększania retencji ubezpieczyciele starają się budować bariery wyjścia dla swoich klientów, lecz te najczęściej sprowadzają się do obniżania ceny.

Jakość obsługi a satysfakcja klienta

Czym właściwie jest i od czego zależy satysfakcja klienta, a w szczególności satysfakcja z obsługi posprzedażowej? W pierwszej kolejności należy zaznaczyć, iż satysfakcja niezbędna do pozostania przy obecnym ubezpieczycielu dla produktów nieangażujących ubezpieczonego, często oznacza po prostu brak powodów do niezadowolienia. Przy wyborze takich produktów jak OC posiadaczy pojazdów mechanicznych czy też ubezpieczenie murów, rzadko który klient robi całościowy przegląd rynku i ofert. W takich przypadkach decyzja o kontynuacji ubezpieczenia w danej firmie najczęściej dyktowana jest przyzwyczajeniem, chyba że ubezpieczyciel dał klientowi wyraźne powody do niezadowolienia, przewyższające potencjalne koszty szukania nowej oferty.

By satysfakcja klienta zależała wprost od jakości obsługi, oprócz emocjonalnego zaangażowania klienta, niezbędna jest okazja do wykazania się przez ubezpieczyciela zauważalnie lepszą lub gorszą jakością obsługi. Okazja ta zależy głównie od liczby kontaktów ubezpieczyciela z ubezpieczonym, co z kolei jest warunkowane przez rodzaj produktu i kanał sprzedaży. Liczba kontaktów z klientem w czasie trwania polisy jest ograniczona, zwłaszcza w trzech częściowo pokrywających się kategoriach: bancassurance, ubezpieczenia grupowe i ubezpieczenia o niskiej częstotliwości szkód. Kontrprzykład stanowią ubezpieczenia związane z komunikacją, gdzie interakcji klientów z ubezpieczycielami jest stosunkowo dużo, a tym samym okazji do wpływu na satysfakcję. Potwierdza to fakt, że choć OC i AC komunikacyjne stanowi 23 proc. (*Biuletyn Kwartalny. Rynek Ubezpieczeń 02/2010, KNF*) przypisu na całym rynku ubezpieczeń, odpowiada im 56 proc. (*skargi kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych dotyczące problematyki ubezpieczeń gospodarczych oraz zabezpieczenia społecznego w I półroczu 2010 roku, Rzecznik Ubezpieczonych, Warszawa 2010*) wszystkich skarg zgłoszonych do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie pierwszej połowy 2010 r. Dlatego też przy takim samym poziomie obsługi, ubezpieczycielowi ogólnemu będzie bardzo trudno uzyskać satysfakcję klientów na poziomie zbliżonym do graczy wyspecjalizowanych w ryzykach innych niż OC i AC komunikacyjne. Zależność ta potwierdza się w wynikach rankingu, w którym istotnym czynnikiem była satysfakcja klientów mierzona m.in. ilością skarg do Rzecznika Ubezpieczonych. W pierwszej piątce dla działu II średni udział OC i AC komunikacyjnego w przypisie poszczególnych spółek wynosi 35 proc. (*opracowanie własne*), podczas gdy dla całego rynku jest to 55 proc. W grupie tej znacząco od średniej odbiega TUW SKOK i Concordia Polska

Satysfakcja
często oznacza...
brak powodów
do niezadowolienia

TUW, mające odpowiednio 0 proc. i 15 proc. udziału AC i OC komunikacyjnego w przypisie. (*Biuletyn Kwartalny. Rynek Ubezpieczeń 02/2010, KNF*)

Dla produktów o charakterystyce wymuszającej kontakt z klientem, interakcje w obsłudze posprzedażowej najczęściej dotyczą: obsługi szkód, zmian w danych polisy, obsługi skarg, płatności i pytań klientów dotyczących zakresu ubezpieczenia, a specyficznie dla ubezpieczeń życiowych także: zmian alokacji składki, konwersji jednostek funduszu, indeksacji i częściowej wypłaty wartości polisy. Badania satysfakcji ubezpieczonych wskazują, że dla wszystkich wymienionych procesów istnieją aspekty szczególnie istotne dla satysfakcji klienta. Ogólnie są to: kompetencja i kultura osobista przedstawiciela ubezpieczyciela, klarowność i kompletność przekazywanych informacji, liczba formalności/dokumentów niezbędnych do zamknięcia danej sprawy, czas odpowiedzi ubezpieczyciela na zapytanie klienta i dotrzymywanie zadeklarowanych wcześniej obietnic i zobowiązań. Prócz wymienionych powyżej specyficznie dla obszaru likwidacji szkód istotne są: wysokość i czas wypłaty odszkodowania/świadczania.

Strukturalne zmiany w obsłudze

Choć wiele towarzystw ubezpieczeń poświęca uwagę optymalizacji satysfakcji, to jednak nie stało się to głównym motykiem zmian w zakresie jakości obsługi klientów. Charakterystyka obsługi posprzedażowej zmienia się na dobre lub na złe głównie poprzez dążenie do obniżenia kosztów obsługi i kontrolowania szkodowości. W 2003 r. wszedł na polski rynek pierwszy ubezpieczyciel w modelu direct, a w 2006 r. kolejni. Podczas gdy większość medialnych informacji na temat ubezpieczeń direct dotyczyła konfliktu agent vs telefon, implikacja dużo większej rangi w wielu przypadkach umknęła uwagi opinii publicznej. Otóż pojawili się na rynku ubezpieczyciele z w pełni scentralizowanymi procesami, infrastrukturą i architekturą IT, którzy zerwali z geograficznym ograniczeniem kontaktu klienta z TU i umożliwili wielokanałowy dostęp do wszelkich informacji podczas jednego kontaktu. Nie była to jednak rewolucja, tylko proces ewolucyjny. Już w tamtym okresie niektórzy

ubezpieczyciele pracowali nad centralizacją swoich funkcji (w szczególności funkcji szkodowej), a wejście directów stanowiło katalizator zmian tak wśród ubezpieczycieli, jak i w świadomości klientów. Od tej pory każda złotówka wydana na promocję sprzedaży przez telefon przyczyniała się do zwiększenia przekonania u ubezpieczonych, że osobiste stawiennictwo w oddziale ubezpieczyciela nie jest konieczne do zgłoszenia szkody. Dziś granice między directami a tradycyjnymi ubezpieczycielami są coraz bardziej rozmyte, w szczególności w obsłudze posprzedażowej. Zmiana ta przyniosła klientom możliwość wyboru kanału i skrócenie czasu komunikacji. Pomijając „przypadłości wieku dziecięcego” nowych rozwiązań, jakość obsługi wzrosła, a razem z nią satysfakcja, przynajmniej do czasu, gdy klienci zaczną traktować nowe oblicze rynku jako obowiązujące minimum obsługi.

W odniesieniu do bliższej historii ostatnich lat, można wyodrębnić kilka trendów wartych zaznaczenia w perspektywie jakości obsługi posprzedażowej: centralizacja i rozwój systemów IT, segmentacja oraz przeniesienie odpowiedzialności za proces poza struktury wewnętrzne ubezpieczycieli.

Centralizacja i systemy IT

Rzeczony i implementacja rozwiązań technologicznych umożliwia skrócenie czasu wymiany, obiegu i analizy informacji. Podobną rolę pełni centralizacja funkcji ubezpieczycieli do tej pory działających w strukturze rozproszonej. Wprowadzenie centralnych repozytoriów wiedzy i danych umożliwia szybki dostęp do informacji i możliwość stosowania przekrojowych analiz. Ponadto wymusza digitalizację danych wejściowych zwiększając ich poprawność i spójność. Coraz więcej ubezpieczycieli przenosi swoje procesy na kanwę systemowych workflowów, rządzonej regułami zdefiniowanymi przez menedżerów. Zapewnia to standaryzację obsługi i jakości procesów, a także umożliwia szybsze wprowadzanie zmian. Niesie też istotne implikacje dla struktury zatrudnienia. Narzucenie prowadzenia procesu przez system IT umożliwia zaangażowanie pracowników o niższych kwalifikacjach i częściowe zerwanie z przypisaniem sprawy klienta do jednego prowadzącego ją pracownika.

Jakie ma to znaczenie dla klienta? Weźmy dla przykładu elektroniczną teczkę szkodową, zawierającą wszystkie związane ze szkodą dokumenty i zdarzenia. Klient kontaktujący się z TU, niezależnie od kanału komunikacji, będzie mógł w krótkim czasie dowiedzieć się o statusie likwidacji szkody. Z kolei po stronie ubezpieczyciela, przy wyeliminowaniu czasu transferu dokumentacji między zespołami, szkoda będzie likwidowana szybciej i w sposób ustandaryzowany. W przypadku opóźnień zostanie odpowiednio zaraportowana do kierownictwa, co umożliwi podjęcie kroków korygujących, tak by zapewnić zgodność z normami przyjętymi przez daną firmę. Nie stanowi to jednak gwarancji operacyjnej efektywności – trend ten wskazuje przede wszystkim na zwiększenie kontroli i mierzalności procesu.

Segmentacja

W myśl, że „grzeczność wszystkim się należy, lecz każdemu inna” segmentacja obsługi przez ubezpieczycieli służy eliminowaniu procesów, dla których rachunek ekonomiczny wskazuje, że są nieopłacalne i rozbudowywaniu tych, które przyniosą wymierne korzyści. Najczęściej sprowadza się do dopasowania kontroli nad procesem do szacowanego na podstawie danego klienta/przypadku ryzyka. Czasem objawia się w dostosowaniu standardów obsługi do korzyści, które dany klient niesie dla firmy. Przykładem dopasowania kontroli w oparciu o scoring ryzyka mogą być coraz częściej stosowane w ubezpieczeniach majątkowych skrócone ścieżki likwidacji (np. likwidacja bez oględzin) lub też kierowanie likwidacji na ścieżkę zapobiegania wyludzeniom, gdy już na etapie zgłoszenia szkody scoring wskazuje, że jest podejrzana. Ponieważ firmy częściej wykorzystują segmentację do skraccania procesów, dla klienta oznacza to mniej formalności, prostsze procedury i szybsze tempo załatwienia spraw uznanych za proste. Nieco inaczej ma się sprawa, gdy segmentacja opiera się o estymowany przychód z danego klienta. Wraz ze zwiększeniem możliwości pomiaru faktycznych korzyści i kosztów, ubezpieczeni coraz częściej wyrażani są w postaci marży, jaką generują dla spółki. Jeśli strategią spółki nie będzie wysoki poziom obsługi wszystkich, dla klientów w przypadku których ubezpieczyciel nie może liczyć na zysk a jednocześnie nie może podnieść ceny, obsługa będzie upraszczana.

Przenoszenie odpowiedzialności poza TU

Przenoszenie kompetencji poza wewnętrzne struktury ubezpieczyciela najczęściej służy uproszczeniu procesu obsługi z korzyścią dla ubezpieczyciela i klienta, czasem też jest to najwycyżniej przerzucenie kosztów. Obecnie większość zadań, które ubezpieczony może zrobić samodzielnie, a które do tej pory były wykonywane przez ubezpieczyciela, stanowi rozszerzenie dotychczasowego modelu operacyjnego i jest opcjonalna. Tam gdzie ubezpieczyciel daje taką możliwość, klient może wybrać czy chce samodzielnie zarejestrować szkodę, zrobić dokumentację fotograficzną, zmienić dane w polisie. Dopóki jest to opcja a nie obowiązek, mogą zyskać rzesze fanów preferujących określony kanał komunikacji i obsługi. Należy jednak liczyć się z tym, że wraz z popularyzacją modeli samoobsługowych, dla części procesów tradycyjne formy obsługi będą zamykane. To co teraz jest opcją zwiększającą jakość, może w imię rachunku ekonomicznego ubezpieczyciela, a nie wygody klienta, stać się wymogiem. ■

Jeśli proces
prowadzi system
IT pracownicy
mogą mieć niższe
kwalifikacje