

優れた保険金請求処理を 実現する Guidewire ClaimCenter

Guidewire Software
ホワイトペーパー

The logo for Guidewire, featuring a stylized blue 'G' followed by the word 'Guidewire' in a dark green, sans-serif font.

概要

損害保険会社の財務パフォーマンスは、その保険金請求処理体制に大きく依存しています。損失に対する支払いと査定費用を合わせた額は、保険会社の支出額の 65 ~ 75 パーセントを占めることも珍しくありません。保険金請求処理体制の改善は、以下のような分野において、保険会社の収益を大幅に改善する機会をもたらします。

- 保険金の過払い - 正味収入保険料(NPW)の年率 6 ~ 10 パーセントと見積もられます。ⁱ
- 損失査定費の不要支出 - 非効率なプロセス、保険金査定リソースの不適切な使用および過剰な弁護士費用など。毎年の不要支出として NWP の 1 ~ 4 パーセントとなります。ⁱⁱ
- 保険金査定効率 - 保険金査定担当者の時間のうち 40 パーセントを優に上回る部分が、非効率な業務プロセスとシステム、例えばメニュー選択でなくコード入力方式で、なおかつ機能に乏しいレガシーシステムでの作業などで、無駄に費やされています。これらの非効率なプロセスは保険金請求処理にかかる時間を長引かせ、顧客満足度を下げ、訴訟率を増加させるとともに、不要な支出を増やす原因にもなっています。ⁱⁱⁱ
- 顧客維持 - 顧客満足度の高い会社の顧客維持率は 90 パーセントとなっています。それに対して、顧客満足度が最も低い会社の顧客維持率は平均でたったの 78 パーセントです。保険金請求処理に対する満足度は、自動車保険の保険金請求申請を最近行った顧客の保険会社全体に対する印象の 44 パーセントを占めています^{iv}

業界アナリスト企業のセレント(Celent)は、保険金請求処理に関する最新のノウハウを適切に選び、活用することで、純損失を 4 ~ 6 パーセント、損失査定費用を 10 ~ 12 パーセント削減させることができると見えています。この見積もりによると、合算率が 4 ~ 5 ポイント改善することになります。

フォーチュン 500 社(Fortune 500)のような業績を達成するために必要な 80 パーセント台後半 ~ 90 パーセント台前半の合算率と 2005 年度の 100.9(2006 年度推定値は 93.2)業界合算率とともに、この見積もりは、保険会社が達成しなければならない収益目標です。^v

この理想的な数字の実現は、各社にとって非常に大きな課題です。保険金請求処理部門の幹部は業績アップに必要なベスト プラクティスは何かを理解しています。しかし、大抵の場合、こうしたベスト プラクティスの一貫導入に必要な適切なシステムリソースが足りないのです。古い保険金請求処理テクノロジーと裏づけのある効率性の欠如から起る課題は、実際の市場環境では特に大きな問題となります。市場では、保険金査定担当者を採用し勤続させる能力が、使える労働力の規模、既存の査定リソースの年齢構成や市場の全体的な人的資源の競争構造に左右されるためです。

最新の保険金査定システムの欠如は、査定業務の非効率性とそれに伴うコストが依然として損害保険会社の大きな問題であることの大きな要因となっています。

このドキュメントでは、損害保険請求処理部門のニーズ、そのニーズをサポートするテクノロジーの革新、さらには Guidewire ClaimCenter が提供するルールベースの保険金請求自動処理プロセスの強化、保険金査定における推奨ビジネスパートナーとのシームレスな統合の拡張、主要業績指標に対する見通しの向上、全体的なシステムの柔軟性により、保険会社の主要保険金請求処理業務の管理能力がどのように向上するかについて掘り下げていきます。

保険金請求処理の主要要件

Guidewire Software では、長い時間をかけて、あらゆるタイプの損害保険会社と従業員補償保険会社に所属するあらゆるレベルの保険請求専門家と話し合ってきました。当社の調査を通じて明らかになったのが、保険金査定業務で成果を上げるために必要な共通のビジョンです。このビジョンは、以下の 3 つの主要要素にまとめられます。

- **ワークフロー**: 個々の保険請求の要件に合わせた、エンドツーエンドの保険金請求処理プロセスの包括的な管理
- **ガイダンス**: 判定、リスク査定、交渉スキル、優先付けなど、熟練した保険金請求処理を特徴づけるスキルと「ベスト プラクティス」の体系的な適用
- **状況の把握**: 保険金請求処理業務の常時監視。監督者と管理者にリアルタイム情報を積極的に提供して成果を確保

Guidewire は、成果を上げるために必要な優れた保険金請求処理プロセスを導入・実行することで、保険会社がこのビジョンを実現できるよう、全力で支援します。Guidewire ClaimCenter® は、全業務ラインを対象とした Web ベースのエンドツーエンド型保険金請求処理システムで、損害保険請求処理部門の担当者全員に必要な不可欠なニーズを満たすことに特化して、設計段階から構築されています。

- 管理者は、システムに最適な保険金請求処理プロセスを定義し、その処理を個々の保険請求に適用できます。
- 査定担当者には、保険金請求処理プロセスにおける重要ポイントに関して予めガイダンスを受けられるというメリットがあります。
- 監督者は、保険金請求処理業務をリアルタイムで把握し、特定の保険請求に対して事前にフラグを設定して注意を喚起することができます。
- 部門幹部は、主要業績指標をリアルタイムで追跡できます。

今日の保険金請求処理システムの状況

今日の保険証券、保険請求、請求書発行システムの平均使用年数は 24 年です。^{vi} また、保険会社の既存の主要保険金請求処理システムの大半に、保険金査定処理を向上させる余地がほとんどありません。事実、これらの「レガシー」システムの多くでは、保険金査定アプリケーションとしての用途は当初想定されていませんでした。

保険金請求処理システムの歴史 - フェーズ I

1970 年代～ 1980 年代に配備された最初の「保険金請求処理システム」は、単に処理画面がいくつかある程度で、既存のシステムに後付けされるのが一般的でした。また、メインフレーム プラットフォーム上に構築され、テキスト コードベースの「緑色の画面」のインターフェイスを通じてアクセスするものでした。通常、これらのシステムでは、ユーザーは会計処理を目的とした準備金と支払い処理は入力できましたが、それ以外の保険金請求処理機能はありませんでした。

保険金請求処理システムの歴史 - フェーズ II

1980 年代後半から 1990 年代にかけて、最初の保険金請求処理専用システムが開発されました。このシステムは、主にメインフレームやミニコンピュータ(AS/400 など)上で実行されていました。より先進的なクライアント/サーバーアーキテクチャのシステムもありましたが、難解で謎めいた数値の組み合わせをキー入力して操作する、暗号のようなテキストベースのインターフェイスを備えている点は例外なく同じでした。これらのシステムは、保険請求の記録、財務取引上の義務とレポートのためのシステムとして使われていました。それは、現在でも変わりません。

これらの保険金請求処理システムの中には日誌とメモの機能を持つものもあり、保険金請求処理担当者が自分の仕事の計画管理や、査定処理の文書化を行うことができます。しかしこれらの初歩的なシステムには、第一線で活動する専門家のためのエキスパート ガイドランスも、効率的な処理と迅速で一貫性のある保険金請求処理を保険請求帳簿全体で確実にを行うために管理者が必要とする状況の把握と管理の機能も備わっていません。

財務データの追跡とレポートを目的として構築されたシステムで、実際の損害保険請求の査定に関わるスタッフに必要な不可欠なアクティビティがサポートされていないと結論付けることに、意外性はありません。これらの既存の(レガシー)システムは通常、新規保険請求の設定、準備金の入力、支払い発行以外のすべての手順が、完全に人手頼りでオフラインのまま行われます。

この 10 年間のソフトウェア テクノロジーの目覚ましい進歩にもかかわらず、今日利用可能なほとんどの保険金請求処理システムは、財務取引、メモ、日誌という基本的なモデルにとどまっています。さらにそのほとんどが、レガシーアーキテクチャと原始的なインターフェイスの制約を受けながらも、「マルチタスク」の保険金請求処理システムへと「変身」を遂げようとしています。こうしたシステムでは、保険金査定処理はどうかサポートしているものの、査定担当者を支援する機能がなく、保険金査定の重要な判断とアクティビティはすべて担当者に任されています。

このような進化と、変更に変更を重ねたシステムを変えることの難しさは、多数の人による「ハイタッチ」で、手順が多く、紙ベースで時間効率の良くないビジネス プロセスの世界が依然として存在し、査定担当者に対する要求が増すにつれてその世界がさらに広がっているという、不幸な結果となって表れています。

保険金請求処理システムの歴史 - フェーズ III - エキスパート ポイント ソリューションによる保険金請求処理

業界の進歩は、エキスパートシステムの形で現れました。このシステムは、査定担当者が保険請求のライフサイクル中に下す個々の判断を支援するよう設計されています。Mitchell, Audatex, CCC Information Services, Marshall & Swift/Boeckh などの企業が提供する損害見積もりツールが、コスト、自動車修理の保険金支払額、総損失や損害を受けた資産の査定に広く使われています。通常は、ベンダー(修理工場など)による見積もりのダブルチェックや、保険金支払い交渉の開始ポイントの決定に査定担当者が使用しています。CSC の COLOSSUS は、統計ベースの傷害評価分野のパイオニアです。同様のツールが、詐欺行為検出と相対責任見積もりなどの分野で開発されています。

これらのエキスパートシステムには、堅実な保険金請求処理戦略とテクノロジープランが採用されています。しかし、これらのツールには査定担当者に保険金請求処理プロセスを通してガイドする機能がなく、保険金請求処理の主要アクティビティで査定担当者を支援することも、申請者を積極的に管理することもできません。さらに、効果的な調査、交渉プラン、法規制の順守、保険金控除、保険代位の認定、回収の後処理にも対応していません。その代わりに、保険金請求処理の期間全体において 1 箇所以上の「シングル ポイント」での分析支援の提供だけは行っています。また通常、これらのシステムは主要保険金請求処理システムには統合されていません。そのため、追加のビジネス フロー、スケジュール、使用時のデータ再入力などが必要になり、そのツールの能力とそれに伴う価値が下がります。

保険金請求処理システムの歴史 - フェーズ IV - ワークフローとイメージング

従来の保険金請求処理システムに欠けていた機能を支援する2つのツールが注目されるようになりました。ワークフローとイメージングです。

ワークフロー ツールを使用すると、保険会社は、各日誌の日付における準備金のチェックや、保険請求日誌のアクションが未完の場合の監督者への通知など、保険金請求処理プロセスの日常的な手順のいくつかをチェーン化することができます。

イメージング ツールは、紙のドキュメントのスキャン画像の共有や電子的なアクセスが可能な点で従来の書類ファイルよりも優れており、時間がかかるだけで価値の低い書類作業に伴う査定担当者の負担を軽減することができます。

これらのツールがあれば、保険金請求処理業務において人手による作業を減らし、生産性を向上させることができます。しかし、書類処理は、現時点における保険請求関連の非効率的な業務の1つに過ぎず、これらのツールで、より大規模でより解決困難な不要支出の根本原因に対処することはできません。ドキュメント専用ツールは、ドキュメントの問題解決支援には打ってつけのツールですが、得られるのは部分的な解決だけです。レガシー 保険金請求処理システムへの新しいワークフロー ツールの導入は、複雑で困難な状況を生み出し、最も先進的な IT 部門であっても大きな負担となります。

現在の状況

今日のシステムは、(ある程度の)情報を格納し、ユーザーは財務取引を入力することができますが、保険金請求処理プロセス自体にはほとんど影響を及ぼさず、処理の非効率性と不要支出の根本原因は残ったままです。現在のシステム環境には、保険金請求処理のベストプラクティスが採用されておらず、また、徹底したベスト プラクティス準拠のための保険金請求処理業務の監視も行われていません。その上、エキスパート システムと追加ツールの普及は、査定担当者の負担と混乱を招くとともに、ストレスを減らすどころか増すばかりで、保険金請求処理の適時性と一貫性を損なうことすらあります。

セレント(Celent)は、最新の主要保険金請求処理システムには以下の機能が必要であり、また「これらの機能と保険会社を選ぶ多くの独立系ソフトウェアベンダー(ISV)が提供する機能を統合する手段の提供」が必要であると指摘しています。^{vii}

- 保険請求の最初のレポートの記録と、既存の証券とカバレッジの検証
- 1件の保険請求を1人以上の査定担当者に割り当て
- 査定担当者に割り当てられた保険請求に関連する情報、画像、タスク、日誌への簡易アクセス
- ドキュメント、通信、情報の作成、使用、保存能力
- 損失および費用準備金の設定と修正
- 責任を負う第三者に対する保険請求の特定と代位
- 被害資産(保険金控除)の価値取得の追跡
- 製品、プロセス、意思決定のカスタマイズと設定
- 社内システムおよびデータベースと、社外の顧客、パートナー、プロセスとの統合

残念ながら、ほとんどの保険会社の保険金請求処理システムは、これらの機能を備えていません。その結果、最新のソフトウェアとインターネット テクノロジーのメリットを生かすことができないままとなっています。

保険金査定担当者が求めているのは、保険金請求処理プロセスにおいて、必要な情報に必要なに応じて簡単にアクセスでき、役立つガイダンスが表示される、直感的で使いやすいインターフェイスです。管理者が求めているのは、推奨する保険金請求処理プロセスを定義する機能と、その処理をリアルタイムで監視する機能です。

保険会社は、現在の保険金請求処理システムの機能不足を認識しており、CIO は高まるプレッシャーに直面しています。また、IT が保険会社の主要 ビジネスのビジネス パートナーとなることがいっそう強く要求されるようになっていくことは明白です。フォレスター(Forrester)のレポートによると、保険会社の 41 パーセントが会社の運営コストの引き下げを自社 IT 部門に求めており、同じく 38 パーセントが顧客の獲得と維持の「かなりの部分を」IT 部門による支援に期待しています。^{viii} 何年も高額なコストをかけて高度にカスタマイズされた社内保険金請求処理システムの開発を行ったり、長期にわたってコンサルティングを受けたりしても、その目的を達成することはできません。コストがあまりにも高く、そのメリットを実感できるのはあまりにも遠い将来のことです。

IT 部門が将来のテクノロジーに注目するようになるにつれ、損害保険会社は実績のあるテクノロジー、迅速な展開、高度な柔軟性、設定の容易さ、統合の柔軟性を求めます。Web ベースの最新「サービス中心のアーキテクチャ」(SOA) アプリケーションは、これらの目的を満たすものであり、それに保険会社も気付いています。SOA に直結した支出は上昇しており、保険会社の 65 パーセント以上が、SOA が柔軟性と俊敏性を備えた、コスト削減可能な最新の IT アーキテクチャであることを認めています。^{ix} また、同じく 48 パーセントが、SOA が自社のテクノロジー展開において「幅広く」計画されていることに賛同しています。^x レガシーシステムから最新システムへのこうした移行は、保険会社の現在の IT 人員雇用に顕著に表れています。大規模保険会社の 50 パーセントと中規模保険会社の 70 パーセントが、「最優先の IT 採用ニーズ」として「新しいテクノロジー スキル」を挙げています。^{xi}

Guidewire ClaimCenter

ClaimCenter は、生産性の向上につながる直感的なワークスペースを査定担当者と監督者に提供すると同時に、保険金請求処理のすべてのアクティビティと意思決定を管理する総合ポイントとして機能します。

ルール駆動型の保険金請求処理プロセス

従来の保険金請求処理システムは、保険金請求処理にデータ中心のアプローチを採用していました。そこでは、保険金請求処理情報がプロセスを通じて生成されるものとして、保険金請求処理情報の受け取り、保存、読み取りが行われます。ClaimCenter は、保険金請求処理に関する電子ドキュメントの保存と読み取り機能はもとより、重要な保険請求情報に対する Web ベースの直感的なアクセスを提供します。ただし、ClaimCenter は現行システムをはるかに凌ぎ、アクティビティ中心のアプローチを保険金請求処理に採用しています。

ClaimCenter は、保険金請求処理プロセスを記録するだけでなく、プランニング、調査、評価、判定、コンサルティング、交渉、コラボレーションなど関連する数々の複雑なアクティビティを統合します。また、損失情報、顧客独自のルール、都道府県条例、ベストプラクティスなどを考慮しながら、特定の保険請求に必要なすべてのアクティビティを明確にしていすることで、査定担当者の「作業計画」を支援します。これらのアクティビティは、保険請求ごとのワークプランに記録され、保険金請求処理プロセスの追跡と管理に使用されます。ClaimCenter は、査定担当者が「計画実行」できるよう、アクティビティを適切な担当者へ確実に割り当て、期限どおりに完了できるようにします。

ClaimCenter の核となるのは、損害保険会社のニーズに特化して設計された柔軟なルール エンジンです。このルールエンジンにより、各保険会社は、ワークプランに追加するタスク、保険請求を割り当てる担当者のタイプ、処理の期限、期限を超過した場合の対応など、各種保険請求の処理方法を正確に定義できます。ルールエンジンの柔軟なアーキテクチャにより、都道府県別の条例または顧客独自のガイドラインなど、ほぼすべての保険金請求処理ルールを定義することが可能になっています。

柔軟なビジネスルールによって駆動される一連の動的なアクティビティとして保険金請求処理を管理することで、ClaimCenter は新たなレベルの保険金請求処理プロセス管理を実現します。保険金請求処理のライフサイクルにおいて、ClaimCenter では以下のことを行います。

- 損失の種類、証券の種類、状況、重大性などのパラメータに基づく保険請求またはエクスポージャの分類
- 各保険請求に必要な一連の初期アクティビティを含むワークプランの作成
- スキル レベル、保険請求の種類、リソースの可用性を考慮した、各保険請求、エクスポージャ、アクティビティの適切な責任者への割り当て。
- 査定担当者へのカバレッジ、回収、調査における潜在的な問題特定のガイド
- 複数の処理中の保険請求について、査定担当者と監督者のアクティビティの整理と優先付け
- エスカレーションの実行、またはワークプランへの項目追加による、新しいイベントへの対応
- 組み込みツールの提供、または必要に応じたその他社内ツールへのリンクによるアクティビティ支援
- 特別注意の必要な保険請求を特定するための保険金請求処理とアクティビティの継続的監視

ビジネスに合わせたカスタマイズ

これまで、新しい保険金請求処理システムを導入した保険金請求処理部門は、そのビジネス プロセスをシステムの要件に合わせなければならないことがよくありました。これは、従来のシステムの多くが「ハードコードされた」システムだったためです。画面レイアウトとワークフローがローレベルのコードで定義され、顧客が個別にアクセスすることは不可能でした。

それに対して、Guidewire ClaimCenter では、保険金請求処理部門は個別のニーズに合わせてシステムをカスタマイズできます。あらゆるデータ要素をシステムのデータ モデルに追加し、あらゆる画面上のすべての項目を追加、削除、変更することができます。また、すべてのテーブルとドロップダウンリストには、各保険会社が必要とする値を入力可能です。さらに、ビジネス ユーザー向けのグラフィカルなユーザー インターフェイスを使い、分類、割り当て、ワークプラン、エスカレーション、例外、評価、支払い準備金などのすべてのビジネス ルールを変更できます。保険金請求処理部門は、これまでのように、ささいな変更にも IT 部門を頼るといったことがなくなります。

その結果、各保険会社は、ルールエンジンを使って保険金請求処理プロセスを個別の保険請求に合うようカスタマイズし、自社のビジネスに合わせて ClaimCenter を設定できるようになります。1 つの設定に制約されることなく、保険金請求処理部門はビジネスニーズの変化に合わせてシステムを変更し、ベストプラクティスを改善すべく保険請求結果を分析し、それをまたシステムに導入することができます。

もちろん、ClaimCenter はすべての主要ビジネスラインと損失の種類に対応した画面とビジネス ルール一式をすべて備えています。したがって、時間やスタッフ、あるいは設定内容に対する要求のない保険会社は、システムの運用をすぐに開始することができるのです。

システム環境への適合

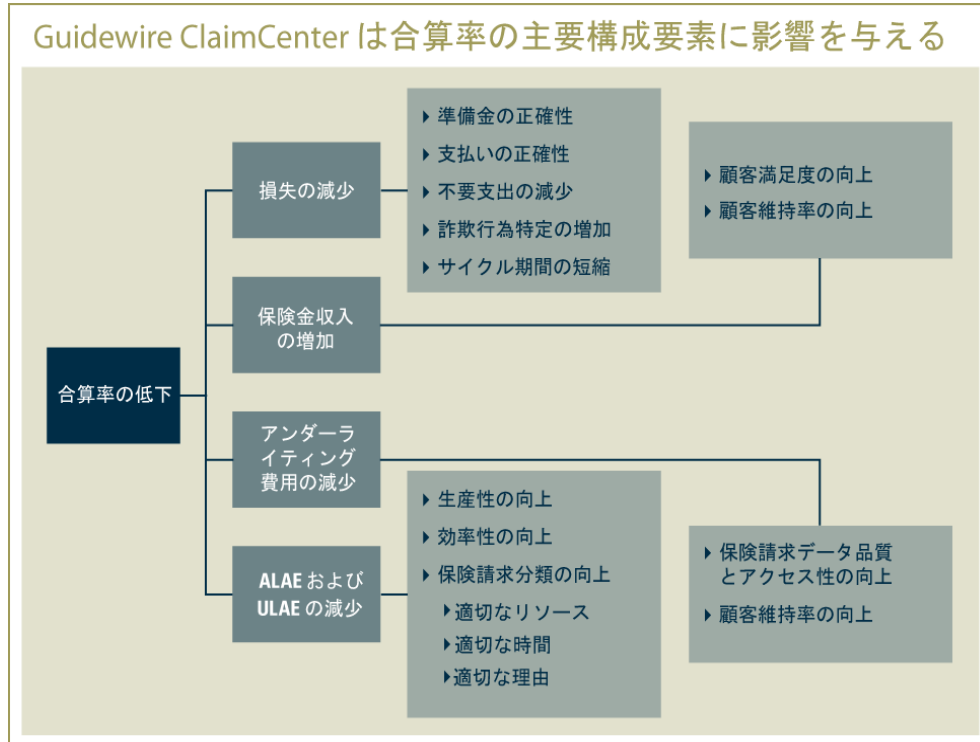
Guidewire ClaimCenter は、保険金請求処理のプライマリ コントロール センターおよび処理システムとして機能し、その他必要とされるシステムとも連動して機能するように設計されています。備えている機能は以下のとおりです。

- 新しい損失をインポートするための最初の損害発生通知(NFOL)またはコール センター システム
- 有効な証券の識別とカバレッジ情報のインポートを行う証券管理システム
- バックエンドの総勘定元帳、買掛金、小切手処理システム
- 損失見積もり、傷害査定、責任見積もり、医療費確認などに使用するエキスパートデスクトップ システム
- ガラス保険請求管理サービス、緊急水抽出サービスなどのような社外保険金請求処理サービス
- 保険請求履歴指標、予測分析機関、全損査定などの社外データソース
- 警察レポート、裁判所検索などの公的記録レポート サービス
- 「近接ベース」の保険請求タスク割り当て、現場作業の効率性、および大災害保険金請求処理支援のためのジオコーディング情報プロバイダ

ClaimCenter は、査定担当者と監督者が作業の管理に使用するプライマリ インターフェイスとして、他のシステムからの情報の取得機能、または必要な場合にそれらのシステムへのリンクをユーザーに提供し、査定担当者のデスクトップの散らかりを抑えます。ClaimCenter は、既存の稼働サイトですでに数多くのシステムとインターネット サービスに統合されています。

ClaimCenter の価値

Guidewire ClaimCenter は、Web ベースのエンドツーエンド型保険金請求処理システムで、保険会社の保険金請求処理業務すべてを実行し、合算率のあらゆる主要構成要素を向上させるよう設計されています。



エンドユーザーが直感的に操作できて、自分の仕事に欠かせないと感じない限り、ソフトウェア ソリューションが成功したとはいえません。ClaimCenter では、経験豊富な査定担当者と監督者が詳細にわたって当初より設計に関与しています。彼らは以下の 4 つの主要目的に重点を置くことで、ClaimCenter の独自のアプローチを形成するのに貢献しました。

- **ガイダンス:** 価値の最も高いアクティビティに従事する担当者に焦点を当てて、所定の情報を基に最高の判断を下すことができますようにします。
- **生産性:** 日常業務を円滑に進め、取扱件数の増加によって殺到するアクティビティを管理します。
- **調整:** 保険請求に複数の関係者を関与させ、必要に応じて専門知識を提供します。
- **状況の把握:** 監督者と部門幹部が保険金請求処理業務を監視し、問題を特定し、効果的に介入できるようにします。

当然、これらの目的は、不要支出の原因に深く結び付いています。生産性が低ければ、保険請求のサイクルが長期化し、訴訟費用は増加します。頻繁なハンドオフや適切に管理されていないハンドオフは、不要支出の増加、生産性の低下、顧客サービスに対する悪影響を招く調整上の問題を反映します。現場でのガイダンス欠如は、不適切な責任の受け入れ、回収機会の逸失、寛大過ぎる保険金支払いなどの判断の誤りにつながります。

ClaimCenter は、保険請求のライフサイクルの各フェーズで、明確なメリットをもたらします。以下は、そのいくつかの例の説明です。

通知と割り当て

保険請求の専門家は皆、適切な情報を適切な査定担当者に早急に渡すことの重要性を理解しています。しかし、誤った情報と人手による割り当て手順が原因で、依然として多くの保険請求が泥沼にはまっています。

ClaimCenter が受け取った保険請求は、ただちにさまざまなエクスポージャに分割され、それぞれが、保険請求の属性、スキル レベル、現在の仕事量に基づいて査定担当者に割り当てられます。基本的な設定アクティビティは事務スタッフに任せることができ、事務スタッフは、損失専用のプロンプトを使用して、すべての重要事実を早急に収集します。その結果、査定担当者は、カバレッジの例外や回収機会といった潜在的問題の特定に必要な情報を得ることができます。このとき、保険会社が負担すべき全体的なコストも引き下げることが可能です。

調査

複雑な保険請求では、カバレッジと責任の確立は扱いの難しい問題であることが多く、証券の「約款のしおり」を参照しても解決できない場合があります。

潜在的な理由を正確に特定して、カバレッジの否認や責任の限定を行うことが、1 つの保険請求において何万ドルもの価値となることもあります。

ClaimCenter は、保険会社の証券システムにリアルタイムで接続して、免責や制限などの詳細なカバレッジ情報をインポートします。財務取引は証券の制限と比較され、不要である可能性の支払いにはフラグが設定されます。潜在的なカバレッジの問題は、例外ルールとエキスパートフォローアップのフラグを使って識別します。

詐欺行為

損害保険の詐欺行為は、被った損失と損失査定額の 10 パーセントを占め、2004 年度で 280 億ドル、2005 年度で 290 億ドルにのぼっています^{xii}。すべての業務ラインを通じて、保険の詐欺行為のコストを相殺するために、米国だけでも 1 世帯あたり毎年およそ 300 ドルの保険料を余計に支払っていることとなります。^{xiii}

多くの保険会社が、特別調査ユニット(SIU)を導入して詐欺の可能性のある保険請求を調査するようになりましたが、SIU の有効性は、現場の査定担当者が正しい保険請求を保険会社に送り、期限内にそれを有効にする能力にかかっています。2004 年の Insurance Fraud Management Conference の調査では、特別調査ユニット(SIU)の詐欺照会率が 5 パーセント以下だった保険会社の割合は 87 パーセントでした。^{xiv}

従来 of 詐欺識別方法と SIU への警告は迅速性に欠け、不十分で一貫性がないため、以下のことから詐欺行為を知るのは困難です。

- 「査定担当者による」詐欺行為の可能性の認識
- 人手に頼り書類ベースで行われる照会プロセス
- SIU と共有するための保険請求 ファイルの単一ビューがないため、「コピーを取って送信」ができない
- 成功事例と「警戒」が、口頭による伝達、または統合されていない「SIU 公報」に依存

つまり、これらは時間のかかる確認プロセスで、通常の保険金査定ワークフローと同期されておらず、保険請求を迅速に完了させなければならないという強いプレッシャーがあるのです。潜在的詐欺行為を体系的にスクリーニングする方法がない場合、SIU は日常の保険請求に時間を浪費し、不正な保険請求を見逃すことになります。

ClaimCenter を使えば、各保険会社は詐欺行為に独自の「レッドフラグ」を設定して、SIU に注意を促すための保険請求の例外ルールフラグとすることができます。レッドフラグは、金銭的価値と結びつけて保険請求調査の優先付けを行い、専門家は最も必要とされている保険請求に専念できるようにすることができます。小さな保険請求のランダムサンプリングにより、ベンダーの「システムを欺こうとする」意欲を抑制させることが可能です。保険請求のフラグ設定の使用目的は、他にもあります。例えば、準備金変更が複数の保険請求や準備金が査定担当者の権限内の保険請求の識別、査定担当者の手に負えなくなる前に行うそれらの保険請求の審査のためのエスカレーションなどです。

交渉と保険金支払い

多くの保険会社にとって、不要支出の最大の原因の 1 つは不必要に寛大な保険金の支払いです。これは、貧弱な計画(または計画の不在)、不適切なインセンティブ(査定担当者は保険請求をやみくもに完了させる)、重要情報にアクセスできないなどの要因が重なって発生します。

ClaimCenter を使えば、査定担当者に各保険請求の保険金支払いプランを揃えさせて、重要な交渉ポイントと異議申し立て処理のガイドラインだけでなく、当初の見積もり、目標支払額、最大権限を指定することができます。交渉の準備が適切に行われるように、監督者はそのプランを事前に確認・承認することができます。あるいは、複雑または高額な保険請求を現場の査定担当者の判断に任せるのではなく、交渉の専門家に対処させることもできます。また、ClaimCenter は、日常の保険請求の保険金支払い問題を特定することもできます。例えば、補償の支払いが治療上必要な期間よりも長引いているような、小さな従業員補償保険請求にフラグを設定することができます。

回収

支払い済み保険金回収と保険代位の機会は、不要支出の主要な原因です。これらは、保険請求ライフサイクルの早い段階で回収可能性のあるものをすべて特定できなかったことにより発生します。特定できた場合でも、査定担当者は保険請求を合理的なコストで迅速に完了するように教育されているため、回収の優先順位が下げられることは珍しくありません。

ClaimCenter は、ビジネス ルールを使用して、保険金請求処理プロセスの早い段階で保険金回収と保険代位の機会を特定します。機会があれば、保険請求ワークプランには必要なアクティビティが組み込まれ、担当者または専門の回収チームが割り当てられ、しかるべき会社のポリシー(車両回収の最小限の相見積もり提示、経過保険金控除額の綿密な追跡など)を適用します。その結果、すべてのリソースからの回収が増え、正味損失コストが削減されます。

洞察

保険金請求処理部門の幹部の多くは、現在のポリシーと手順が実際に適切に修正され、不要支出が最小限に抑えられているかどうか分からないことに不満を抱いています。現在、コストと人手のかかるファイル確認を社外のコンサルタントや社内監査グループが行う以外、保険会社には選択肢はほとんどありません。

ClaimCenter は、ClaimCenter のリアルタイムのダッシュボード、Guidewire のレポートモジュール、または自社製ツールや第三者のレポートツールを使用して、埋もれてしまう可能性のある各保険請求の詳細な処理情報を取得することにより、確認プロセスを一変させます。保険会社は、この情報を使って不要支出の主な原因を特定し、ClaimCenter のルールエンジンで手順を適宜調整し、継続的な向上のサイクルを築くことができます。

まとめ

損害保険市場で業務の収益性のテコ入れに利用できる手段は、2 つしかありません。1 つは収益となる売上の増加で、もう 1 つはコストの削減です。保険会社の保険金請求処理部門は、これらの手段の適用において重要な役割を果たします。

優れた保険請求サービスの提供は、収益性を維持するための重要な要素です。優れた保険請求サービスとはつまり、迅速、正確、公正、一貫性のあるサービスのことです。

弱気の市場状況の再来により、保険会社は運営コスト削減の機会を見つけ出そうとしています。保険請求が支払いキャッシュフローの大半を占めることを念頭に、保険会社は、一層迅速で優れた保険請求サービスを提供して顧客維持目標をサポートしながら、効率性を高めて不要支出を減らすことを、保険金請求処理部門に強く求めています。

旧態依然とした保険金査定テクノロジーが残存し、査定担当者が減少の一途をたどる中で、保険金請求処理部門は、その要求に応えるために大きな労力を払っています。また、損害保険会社の業務収益性実現に必要なインフラストラクチャの一部として、最新の保険金請求処理システムが欠かせません。

このドキュメントでは、Guidewire ClaimCenter による保険会社の保険金請求処理のパフォーマンス向上のさまざまな方法の一部を説明してきました。ClaimCenter を使用すると、保険会社はあらゆるポリシーやベスト プラクティスをビジネス ルールとして定義して自動的に適用し、徹底の上、保険金請求処理業務全体においてそれを監視することができます。つまり、ClaimCenter は、コンサルティング レポートと社内レビューを、保険金請求処理プロセスの現場において一貫性のある効果的なアクションに変換するのに必要なツールを部門幹部に提供し、査定担当者の生産性、効率性、満足度を高め、顧客サービスを強化しながら、不要支出で失われていた出費を取り返すことができます。

Guidewire Insurance Suite の詳細

Guidewire は、損害保険(P&C)および従業員補償保険向けの最新テクノロジーソリューションのリーディング プロバイダで、保険会社特定の業務ニーズに対応した主要アプリケーションの統合スイートを提供しています。

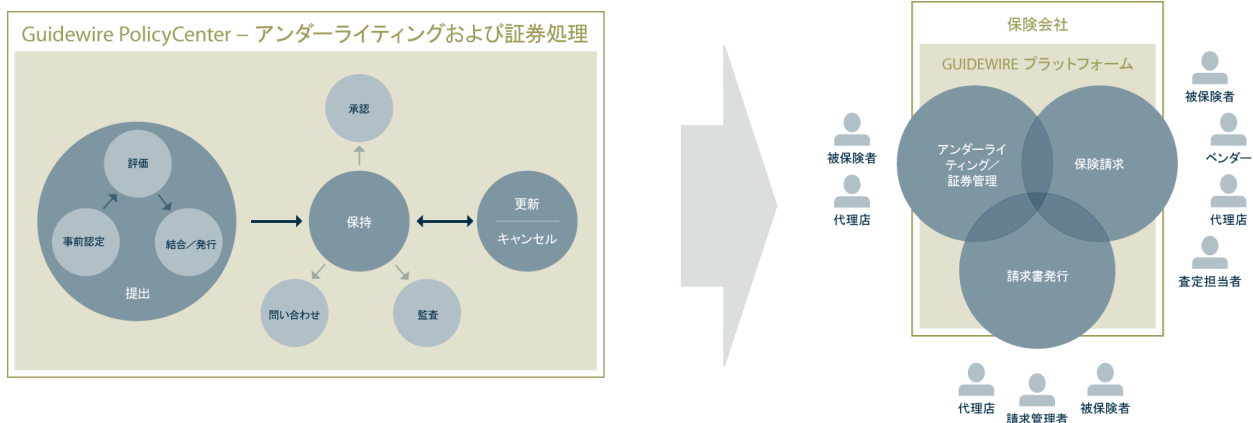
Guidewire は、アンダーライティング、証券管理、保険請求、請求書発行などのミッション クリティカルな保険業務の実施で実績のあるソフトウェアを提供しています。

Guidewire Insurance Suite™ は、Guidewire PolicyCenter®、Guidewire BillingCenter® および Guidewire ClaimCenter® で構成されており、あらゆる保険に対する Web ベースの最新プラットフォームを提供します。すべての Guidewire アプリケーションは、Guidewire Insurance Suite の一部または単独のアプリケーションとして使用できます。

Guidewire のアプリケーションは、Web ベースの最新サービス中心アーキテクチャ(SOA)に基づいて構築され、既存のレガシー システム ストラクチャをはじめ、保険会社が使用する事実上すべてのシステムやエキスパート ポイントソリューションへの統合が可能です。

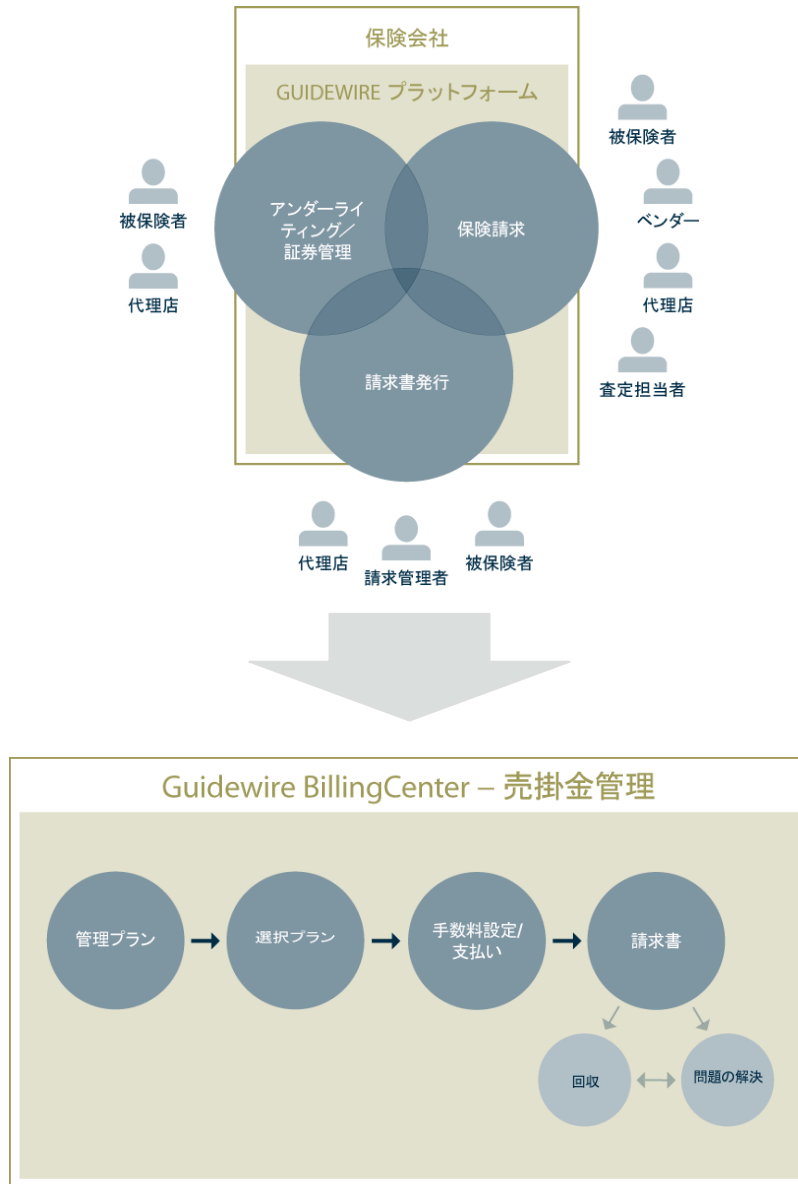
Guidewire PolicyCenter

Guidewire PolicyCenter はすべてが揃った証券管理システムで、保険金請求処理部門の全体的なアンダーライティング業務の正確性と効率性を向上させて、保険料収入の増加と損失コストの削減、費用の削減、ビジネス機会への柔軟な対応を実現します。



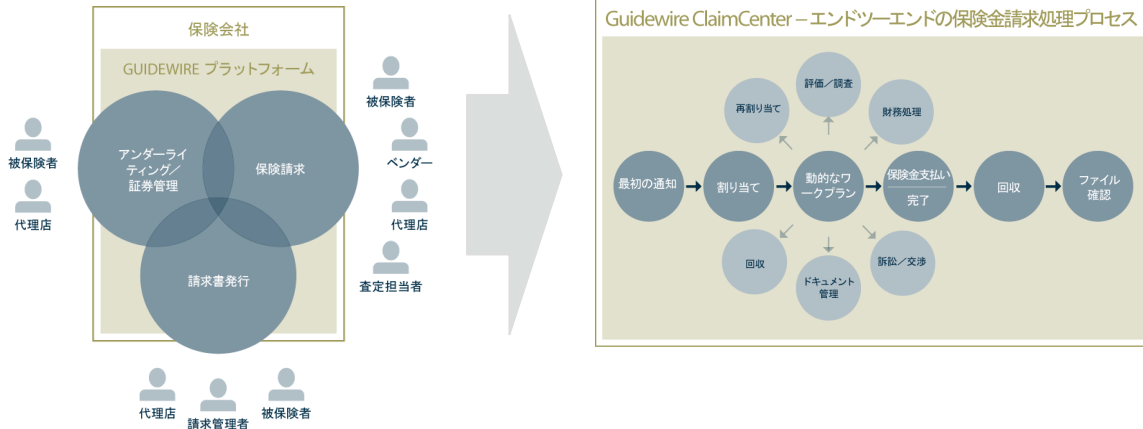
Guidewire BillingCenter

Guidewire BillingCenter はすべてが揃った請求処理システムで、保険会社はより柔軟性の高い請求モデルを導入して、請求処理全体を効率化しながら、請求の精度を高めて不要支出を減らし、フロートを最適化することができます。



Guidewire ClaimCenter

Guidewire ClaimCenter は包括的な保険金請求処理システムで、新規の損失入力から調査、保険金支払、回収まで、エンドツーエンドの保険金請求処理プロセスを管理します。ClaimCenter は、2003 年以来、保険金請求処理システムの主導的地位を保ち続けています。



競合他社がひしめき合い、急速な革新を遂げる保険市場にあって、保険会社が求めているのは、Web ベースの最新主要保険システムです。Guidewire Software は、最先端を行く柔軟性の高いシステムとして実績を誇り、保険会社の主要業務の現場で日々活用されています。

Guidewire Software について

Guidewire Software は、損害保険および従業員補償保険のための最新テクノロジーソリューションを提供するリーディング プロバイダです。Guidewire は、アンダーライティング、証券管理、保険請求、請求書発行などの主要保険業務の実施で実績のあるソフトウェアを提供しています。Guidewire PolicyCenter[®]、Guidewire ClaimCenter[®]、Guidewire BillingCenter[®] などの Guidewire Insurance Suite[™] は、あらゆる保険に対する包括的な最新プラットフォームを提供します。Guidewire は、米国カリフォルニア州サンマテオに本社を置き、トロント、ロンドン、パリ、シドニーに拠点があります。詳細については、www.guidewire.com をご覧いただくか、+81 (0)3 6860 4558 までお問い合わせください。

Copyright © 2008 Guidewire Software, Inc. All Rights Reserved. Guidewire, Guidewire Software, Guidewire ClaimCenter, Guidewire PolicyCenter, Guidewire BillingCenter, Guidewire ContactCenter, Guidewire Insurance Suite, および Guidewire のロゴは、Guidewire Software, Inc. の商標または登録商標です。WP-ACE022708-JP

脚注

- i アクセンチュア (Accenture)、McKinsey & Co.、PricewaterhouseCoopers (現 IBM) などのコンサルティング会社と主要な業界刊行物では、リーケージと超過損失査定費用が NWP の 10 ~ 15 パーセントに達すると予測しています。
- ii 同上
- iii アクセンチュア (Accenture)、タタ (Tata)、セレント (Celent) などのコンサルティング会社と業界アナリストの予測
- iv J.D. Power and Associates、「2006 National Auto Insurance Study」
- v ISO、米国保険情報協会 (Insurance Information Institute)
- vi ACORD/LOMA Study、2004 年
- vii Celent、「Core Claims System Vendors」- 2006 年 6 月
- viii Insurance & Technology、「The Top 10 Challenges That Keep Insurance CIOs up at Night」- 2006 年 10 月 6 日
- ix Insurance Networking News、「Legacy Lifeline or Component Chaos」- 2006 年 5 月 1 日
- x Insurance & Technology、「Insurance: Tech Spending Aimed At New Products, Faster Claims Processing」- 2006 年 9 月 12 日
- xi Celent、2006 US Insurance CIO/CTO Survey
- xii 米国保険情報協会 (Insurance Information Institute)
- xiii 米保険犯罪局 (National Insurance Crime Bureau)
- xiv 保険金詐欺対策連合 (Coalition Against Insurance Fraud)