

INTELLIGENT HEALTH

Der Weg zur smarten Kundenkommunikation

Dezember 2022



HWZ

**SP
S**

The Power of Possibility

MANAGEMENT SUMMARY

INSIGHTS AUS ERSTER HAND

Bereits heute treten die Endkunden von Schweizer Krankenversicherungen über immer neue Kommunikationskanäle mit einer breiten Palette von Anliegen an die Krankenkassen heran, beispielsweise via E-Mail, Social Media oder Chatbot. Werden Anfragen nicht innerhalb weniger Stunden zufriedenstellend beantwortet, sinkt die Kundenzufriedenheit und Unternehmen laufen Gefahr, den Kunden an einen Mitbewerber zu verlieren.

Die Anzahl Anfragen an eine Schweizer Krankenversicherung steigt von Jahr zu Jahr. Wie also kann eine Versicherung Schritt halten mit dieser Datenflut, die über die unterschiedlichsten Kommunikationskanäle ein- und ausgeht?

Der Inhalt dieses Whitepapers von SPS Switzerland AG basiert auf der Studie eines SPS Experten für Krankenkassen, welche an der Hochschule für Wirtschaft Zürich (HWZ) erarbeitet wurde. In dieser Studie werden Kunden- und Expertensichten, Pain Points sowie Trends und Innovationen dargestellt. Daraus wurden Handlungsoptionen für eine zielgerichtete Kundenkommunikation entwickelt.

Die wichtigsten Erkenntnisse dieser Studie:

- Experten beurteilen die Prozesse im Bestandesmanagement als hoch fragmentiert.
- Kunden schätzen die Möglichkeit, ihre Anfragen über ihren bevorzugten Kommunikationskanal einreichen zu können.
- Der hybride Inputprozess (physische und digitale Dokumentenverarbeitung) wird gemäss Experten oft mit vielen Medienbrüchen und vielen IT-Systemen betrieben und ist dadurch teuer.

Eigenschaften eines optimierten, hybriden Input Managements sind die Omni-Channel-Fähigkeit und die automatisierte Rechnungsverarbeitung End-to-End. Diese Eigenschaften ermöglichen kurze Durchlaufzeiten und tiefe Verarbeitungskosten.

Konkret wird folgendes empfohlen:

1. Vor Implementierung kurzfristiger Ad-hoc-Massnahmen sollten Schweizer Krankenversicherungen in einem ersten Schritt Transparenz über den End-to-End-Prozess schaffen.
2. Zur Identifikation von ganzheitlichen Optimierungspotentialen wird der Einbezug einer Aussensicht empfohlen, mit Vorteil durch einen versierten Partner in Transformation und Betrieb. Dadurch wird sichergestellt, dass Legacy Prozesse fundamental überdacht werden.
3. Umsetzung der periodischen Prozessprüfung auf Qualität und Kosten und kontinuierlicher Verbesserungsprozess.

ÜBER DIESE STUDIE

VORGEHENSWEISE

Für diese Studie wurden Versicherungsnehmer und -Experten befragt und ihre Erfahrungen und Bedürfnisse für die Zukunft erhoben.



Bildung von Kundenzielgruppen:

Als erstes wurden Kundenzielgruppen gebildet analog einer aktuellen PwC Studie (The digital opportunity in the Swiss healthcare system, 2019). Definiert wurden:

1. «Health Enthusiast»: junge sportliche Person ohne relevante Krankheitsgeschichte
2. «Best Ager»: berufstätige Person über 50 mit relevanter Krankheitsgeschichte
3. «Healthy Family»: junge Eltern mit gesunder Familie mit heterogenen Krankheitsgeschichten
4. «Chronic»: Zielgruppe über 30 mit chronischer Krankheitsgeschichte
5. «65plus»: gesund und im Ruhestand



Qualitative Befragung mit Versicherungsnehmern:

Sechs Personen, eine aus jeder Zielgruppe, wurde auf Kundeninteraktionen der letzten 2 Jahre persönlich befragt. Es wurden ihre Pains und Gains, Gain Creators und Pain Relievers aufgenommen. Die Vertreter wurden auch bezüglich Kanälen, Wünschen, Trends, und Handlungsempfehlungen befragt.



Qualitative Befragung von Versicherungsexperten:

Für die Inside-Out Betrachtung wurden neun Versicherungsexperten aus Krankenversicherungen, Beratungsfirmen, Telekommunikationsunternehmen und Software-Anbietern befragt. Inhaltlich ging es dabei um IST-Prozesse, Mengengerüste, Stärken/ Schwächen, Trends und Handlungsoptionen.



Erörterung von Trends und Innovationen:

Die Erhebung von Trends und Innovationen wurde mittels der Methodik «UBS Innovation Map» (Martin Meyer, 2019) durchgeführt.



Fazit und Empfehlung für Schweizer Krankenversicherungen:

Die Resultate der beiden Befragungen wurden einander gegenübergestellt und mit den Trends und Innovationen verglichen. Daraus wurden Empfehlungen für Schweizer Krankenkassen abgeleitet.

PROZESSLANDKARTE

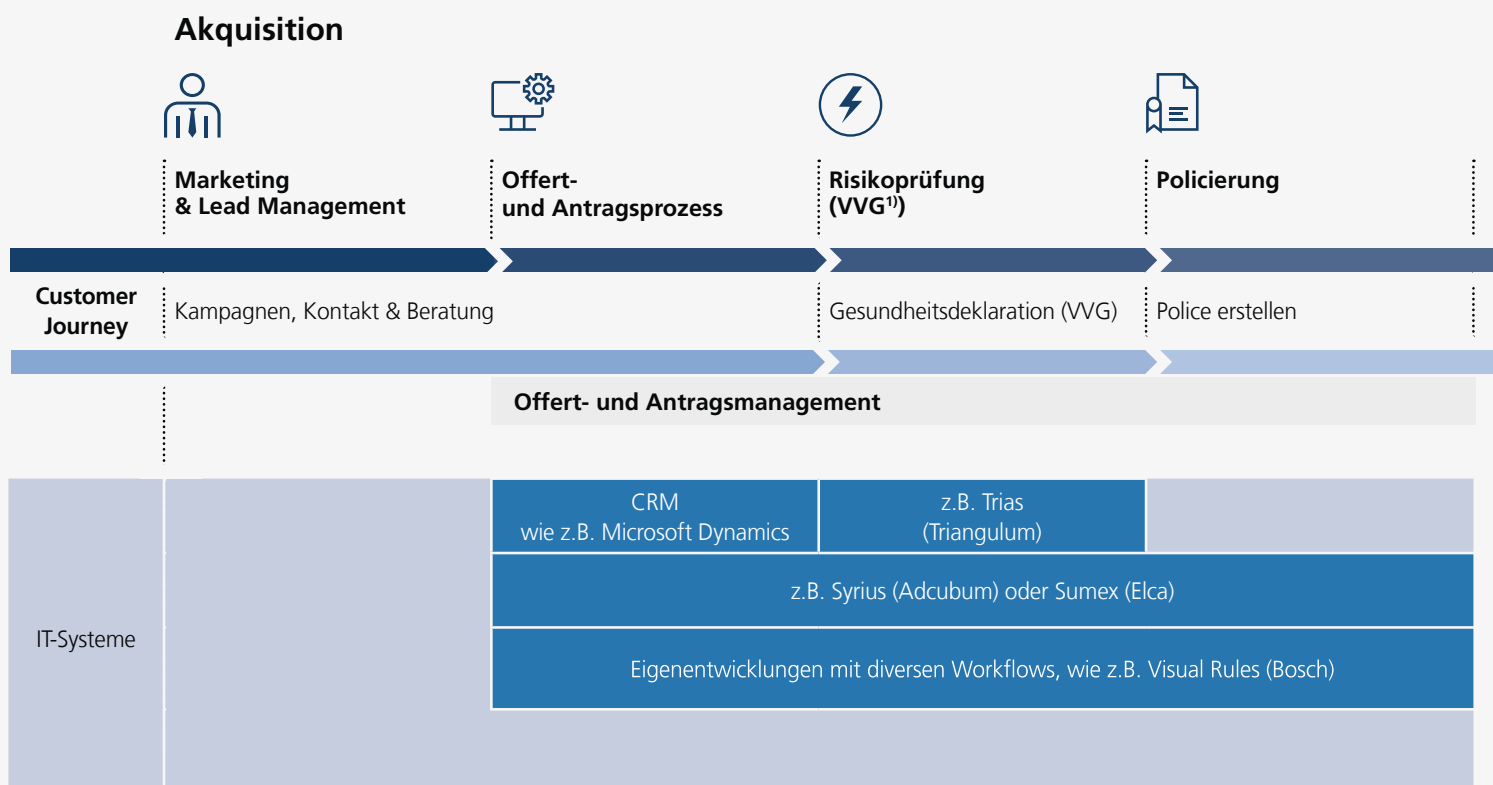
EINER SCHWEIZER KRANKENKASSE

Experten stellen übereinstimmend fest, dass die Prozesslandschaft von Schweizer Krankenversicherungen stark fragmentiert ist. Die Analyse dieser Prozesslandschaft hat folgendes Bild ergeben:

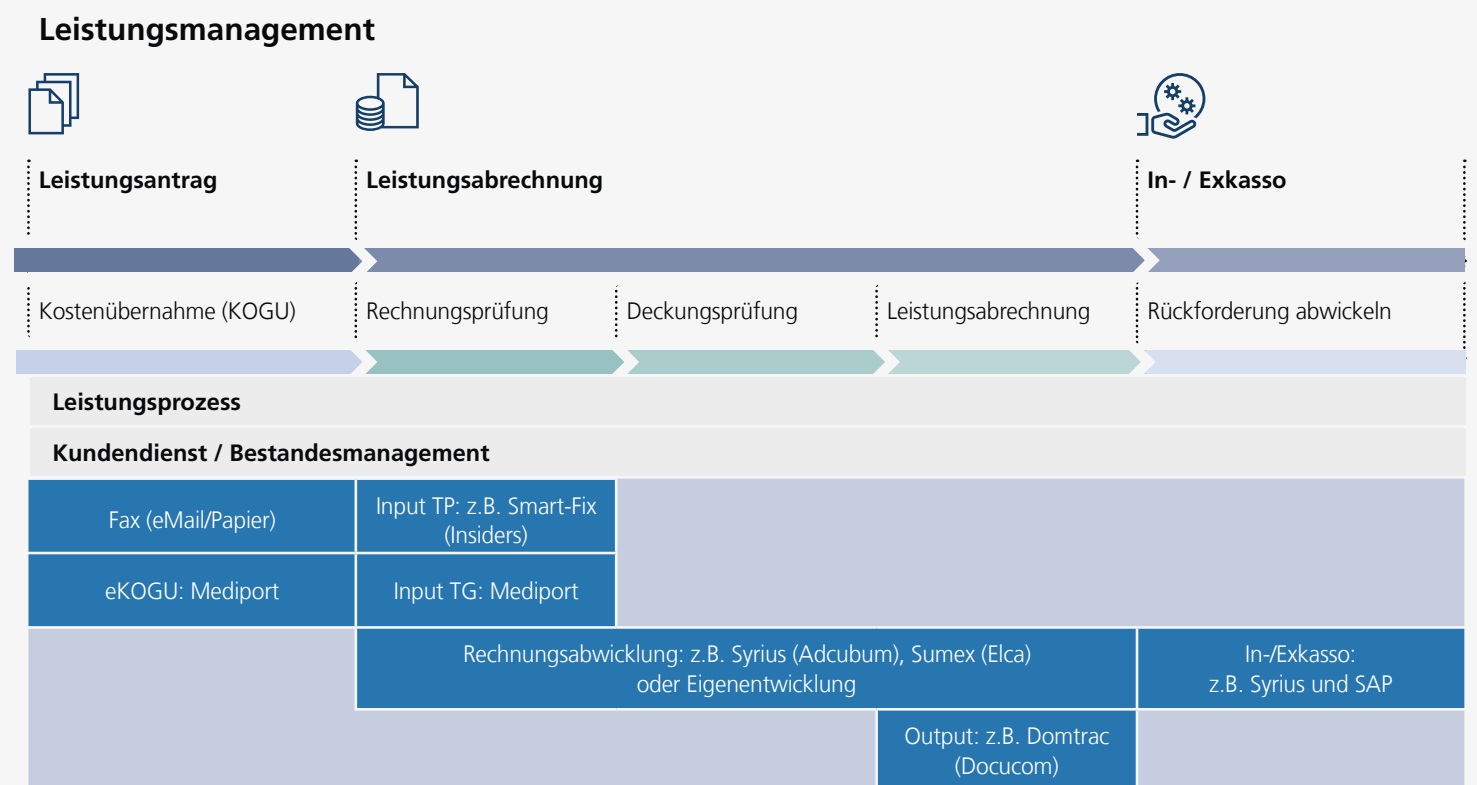
Der Informationsfluss zwischen Endkunde und Versicherer ist bei einer typischen Krankenversicherung sehr komplex. Am meisten Interaktionen bzw. Informationsaustausch mit Kunden entstehen im Akquisitions- und im Leistungsprozess. Ein Kundendienst ist je nach Krankenversicherer im Vertrieb oder im Leistungsmanagement angesiedelt.

Im Marketing- und Leadmanagement werden Massnahmen zur Gewinnung von Kunden durchgeführt, wie z.B. Telefonmarketing, Mailings, Suchmaschinenmarketing. Nachdem der Kunde sich entschieden hat, eine Versicherung abzuschliessen, startet der Offert-, Antrags- und Policierungsprozess. Der Kundendienst ist kein Prozess, sondern ein Service, welcher insbesondere für Bestandskunden besteht. Der Service wird meistens telefonisch angeboten, in Filialen auch persönlich am Schalter, oder auch für digitale Kanäle. Er umfasst alle Tätigkeiten rund um Bestandskunden, wie z.B. Versicherungsberatung, Änderung persönlicher Angaben, Fragen zu Rechnungen, Deckung oder Zahlungen, Services bezüglich Versicherungskarten und -policen oder Beschwerden.

Der Leistungsantrag (Kostenübernahme KOGU) ist der Prozess, welcher bei geplanten, vorwiegend im stationären Bereich anzutreffenden Behandlungen (z.B. Spital oder Kliniken) oder auch bei Leistungen aus der Zusatzversicherung zur Anwendung kommt. Der Prozess der Leistungsabrechnung startet bei Eingang einer Rechnung (durch Kunde oder Arzt, Therapeut) in die Versicherung. Die Leistungserbringer (Spital, Arzt, Therapeut, etc.) können gemäss schweizerischem Krankenversicherungsgesetz (KVG) auf zwei Arten entschädigt werden: Tier Garant (TG) oder Tier Payant (TP). Bei TG geht die Rechnung zu Händen der Versicherten, die dann wiederum die entstandenen Kosten von ihrem jeweiligen Versicherer nach Abzug der Kostenbeteiligung vergütet erhalten. Bei TP geht die Rechnung zu Händen des Versicherers, wenn diese mit den Leistungserbringern vereinbart haben, dass deren Leistungen direkt entschädigt werden.



¹⁾ Begriffe:
VG = Versicherungsvertragsgesetz (Zusatzversicherung)



PAIN POINTS AUS KUNDEN- UND EXPERTENSICHT



Kunden schätzen die Wahlfreiheit, Rechnungen über ihren bevorzugten Kanal einreichen zu können (physisch oder digital). Für die Versicherer stellt jedoch dieses Angebot und dessen Betrieb eine grosse Herausforderung dar.

Die Schweizer Krankenversicherung betreibt eine stabile, aber sehr komplexe Informatik, lebt mit mangelhafter Datenqualität und aufwendigem Datenaustausch.

Der hybride Inputprozess wird gemäss Experten oft fragmentiert, mit vielen Medienbrüchen und vielen IT-Systemen betrieben und ist dadurch teuer. Ein End-to-End Prozessverantwortlicher, welcher Transparenz über Qualität und Gesamtkosten hat, ist häufig nicht verankert.

Die Automatisierung schreitet langsam voran, weil bei Krankenversicherungen noch geringer Kosten- / Handlungsdruck besteht und der Abbau von Personal häufig mit politischen Herausforderungen einher geht.

Die von Kunden per ScanApp erstellten Bilder von Leistungsrechnungen stellen für die Versicherungen eine immer aufwändigere Verarbeitung dar, weil die Bilder häufig nicht den qualitativen Anforderungen entsprechen.

Tier Payant wird von Kunden wie auch von Versicherern eher positiv wahrgenommen: von Kunden, weil sie nicht involviert sind und von Versicherern, weil die Verarbeitung weitgehend automatisiert verläuft.

Der Rechnungsprozess Tier Garant wird von Kunden als kompliziert wahrgenommen. Experten schätzen die Verarbeitungskosten (im hybriden Input Management) beim Versicherer als erheblich hoch.

> Der Anspruch ist gestiegen, sich mit der Krankenversicherung über verschiedene Kommunikationskanäle professionell und schnell austauschen zu können.

DAS HYBRIDE INPUT MANAGEMENT FORDERT KRANKENVERSICHERER HERAUS

Für die Verarbeitung von eingehenden Dokumenten über alle möglichen Kanäle ist heute oft kein automatisierter Prozess vorhanden und die technische Systemlandschaft sehr komplex in der Wartung. Damit Schweizer Krankenversicherer Omni-Channel fähig mit ihren Endkunden kommunizieren können, müssen sie daher insbesondere im Input Management ansetzen.

Physische Dokumente werden typischerweise von einem Team empfangen, manuell sortiert, eingescannt und einem anderen Team zum Auslesen und Übertragen an das «Kernsystem» übergeben.

Wird das Dokument vom Absender digitalisiert und eingereicht (z.B. via Portal, Scan App) wird es wiederum von einem anderen Team geprüft. Nach dem Auslesen werden alle relevanten Informationen an das Kernsystem (z.B. Sirius oder Sumex) übertragen und weiterverarbeitet.



Nach einer Studie von SPS verarbeiten die Top 9 Schweizer Krankenversicherungen im Jahre 2018 rund 115 Mio. Rechnungen pro Jahr. Davon werden ca. 65%, d.h. 75 Mio., als Tier Payant meist digital automatisiert verarbeitet. 35%, d.h. 40 Mio. des Gesamtvolumens, werden als Tier Garant verarbeitet, meist in Papierform. Gemäss den befragten Versicherungsexperten werden je nach Versicherer zwischen 0% und 20% digital eingereicht, d.h. via Portal oder ScanApp.

Das typische Input Management eines Krankenversicherers umfasst folgende Tätigkeiten:

Team A	Physische Rechnungen			Digitale Rechnungen
	empfangen	manuell sortieren	einscannen	empfangen (z.B. via Leistungserbringer, ScanApp oder anderen Quellen)
Team B				Überprüfung
Team C	Auslesen aller relevanten Informationen & Übertragung an das Kernsystem (z.B. Sirius oder Sumex)			
Team D	Vorgänge teils automatisiert, teils manuell im Kernsystem:			
	 Rechnungskontrolle (fachliche Prüfung, Prüfung von Rechnungspositionen nach KVG, VVG und UVG auf Tarife sowie Daten von Leistungserbringern, Leistungserbringer-Verträgen, Leistungsaufträgen, usw.)			
	 Deckungsprüfung (formelle und materielle Voraussetzungen für den Versicherungsschutz, Existenz des Versicherungsvertrags für das betroffene Risiko, rechtzeitige Zahlung der Prämien, Eintritt des Versicherungsfalls im versicherten Zeitraum, Versicherungsschutz für den konkreten Schadenfall)			
	 Abrechnung des Inkasso-Betrag (Abzug der Franchisen/ Selbstbehalte, Informationen für Leistungsabrechnung)			
Team E	 Leistungsabrechnung (Übermittlung an den Versicherer mit Informationen zur Herleitung und Kostenbeteiligung wie Franchise und Selbstbehalt sowie Informationen aus welchem Versicherungsprodukt die Behandlung bezahlt wird)			

POTENZIELLE ANSÄTZE IN DIE NEUE WELT

TRENDS UND INNOVATION

Im Input Management von Schweizer Krankenversicherern konnten die folgenden Trends und Innovationen identifiziert werden:

Megatrend	Catalysts (neue Technologien)	Implikation (Verhaltensänderungen)	Handlungsfelder
Individualisierung & Mobility: Krankenversicherer werden Services über alle Kanäle jederzeit anbieten und ihren eigenen Aufwand auf ein Minimum reduzieren	 Mit Robotic Process Automation (RPA) können alle Daten End-to-End von neuen und Legacy-Systemen automatisiert verarbeitet werden.	Von «physischen» zu «digitalen» Dokumenten: Der Anteil an digitaler (im Vergleich zu physischer) Information wird zunehmen, In- wie Outputkommunikation wird digital geführt.	Versicherer werden End-to-End Interaktion anbieten, welche auch im Backend vollständig automatisiert sind (100% digitale Prozesse).
	 Omni-channel – Physische und digitale Kanäle ermöglichen dem Kunden die Wahl beim Einreichen wie bei der Ausgabeform von Informationen (Papier, App, Portal, etc.).	Von «fix» zu «flex(-ibility)»: Der Bezug von Services und die Interaktionen müssen über alle Kanäle und jederzeit änderbar sein.	Krankenversicherer werden sich verstärkt auf die Kundeninteraktion und ihre Kernprozesse fokussieren und Services und Technologien von externen Partnern beziehen.
	 Mit DLT – Distributed Ledger Technologies (Smart Contracts) können Leistungsdokumente (-rechnungen) durch alle involvierten Akteure digital ausgetauscht werden.	Von «ego-» zu «eco-system»: Die steigende Komplexität im Gesundheitswesen fordert die enge Vernetzung und Kooperation von uns allen.	Versicherungs- wie auch medizinische Informationen werden datenschutzkonform, direkt, schnell, digital zwischen allen Akteuren Omni-Channel ausgetauscht.
	 Mit Big Data können die gesammelten Versicherungs-Daten besser interpretiert und auf Kollektiv-Auswirkungen hochgerechnet werden (faktenbasierte Trends).	Von «opinion» zu «data»: Verlässliche Daten helfen zukünftige Leistungsfälle zu verhindern oder besser behandeln zu lassen.	Neue Auswertungsmöglichkeiten helfen bei Betrugsfallerkennung und erlaubt Leistungskosten zu kontrollieren und marktgerechte Prämien anzubieten.
	 Mit 5G – IOT werden real-time Versicherungs-Daten zwecks Optimierung gesammelt (mobile Health).	Von «opinion» zu «data»: Wearables und mobile Health (mHealth) helfen einfach, von überall und jederzeit gesundes Verhalten zu fördern.	Krankenversicherer werden die Gesundheitsförderung und Früherkennung aktiver gestalten, um Leistungskosten einzusparen.

WAS IST HEUTE ZU TUN?

UND WIE IST VORZUGEHEN?

Basierend auf den Pain Points und Trends im Bereich des Input Managements muss eine Krankenversicherung zukünftig folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Die strategischen Rahmenbedingungen im Unternehmen müssen gegeben sein, damit Innovationen im Zusammenhang mit Digitalisierung und Automatisierung unterstützt und gefördert werden.
- Die Versicherung muss rund um die Uhr über alle möglichen Kommunikationskanäle (Omni-Channel, z.B. Papier, Chatbot, Whats-App, Mail) erreichbar sein.
- Die Krankenkasse verfügt über die Fähigkeit, digital, schnell und datenschutzkonform Informationen und Rechnungen auszutauschen, z.B. mit Patienten und Leistungserbringern.
- Der Versicherer führt die rasche Verarbeitung kostenoptimiert durch und kann dadurch mit einem tiefen Kostensatz günstigere Prämien anbieten (VVG).

Damit diese Voraussetzungen erfüllt werden können, wird einer Schweizer Krankenkasse folgendes empfohlen:

1. Fokussierung auf das Kerngeschäft der Krankenversicherung und Optimierung der Aufwände für Supportprozesse wie die Abwicklung von Arztrechnungen.
2. Bestimmung eines Prozess Owners (Digital Expert), der die End-to-End-Prozesse, z.B. im Bereich des Claims Managements, bestens kennt und die Bestandesprozesse einem Assessment unterzieht.
3. Einbezug eines externen Service Providers, inkl. Betrachtung der zukünftigen Geschäftsanforderungen an ein hybrides Input Management.
4. Definition des Target Operating Models: Service Levels, Technologiefähigkeit (Omni-Channel, Automatisierung, Datenschutz und -sicherheit), Kosten.
5. Planung und Umsetzung der Transformationsmassnahmen.

Diese Voraussetzungen und Empfehlungen führen zur Frage, mit welchem Business Modell eine Krankenversicherung zukünftig agieren soll.

In der nachfolgenden Tabelle sind pro Lösungsvariante die Vorteile und Chancen sowie die Nachteile und Risiken gegenübergestellt. Zudem wird aufgezeigt, welche Lösung das grösste Potenzial für Schweizer Krankenversicherer bietet.



KLARE LÖSUNGSOPTIONEN UND EMPFEHLUNG

Lösungsoption	Beschreibung	Vorteile & Chancen	Nachteile & Risiken
Interner Betrieb von Input Management (oft wie heute)	Interner Betrieb des Input Managements ohne automatisierten End-to-End-Prozess (siehe Kapitel «Das hybride Input Management»)	– Know-how intern – Flexibles Change Management – Unternehmensspezifische Lösung	– Hohe Kosten für Skill- und IT-Management – Keine Skaleneffekte – Geringe Transparenz über Qualität & Kosten
Interner Betrieb von Input Management mit Ausbau von Technologie	Interner Betrieb des Input Managements mit Standardtechnologie (Marktlösung)	– Know-how intern – Flexibles Change und Release Management – Unternehmensspezifische Lösung	– Hohe Kosten für Skill- und IT-Management – Abhängigkeit zu Technologieprovider – Change und Release-Management durch Markt
Kooperativer Betrieb von Input Management (Eco-System)	Gemeinsamer Betrieb des Input Managements in Kooperation mit anderen Krankenversicherungen	– Know-how-Sharing – Kostensharing für Technologie- & Skill-Management – Skalierung der Lösung (Basis für weitere Kooperationspartner)	– Neues Geschäftsmodell – Multilaterale Kooperation (mehr Abstimmungsaufwand) – Unsichere Dynamik in der Entwicklung
Outsourcing hybrides Input Management	Interner End-to-End Prozess-Owner und Service Manager für das externalisierte Input Management	– Flexibles Peak- und Volumenmanagement – Planbare Kosten – Ausgelagertes Skill- / Compliance- und Technologie- Management	– Partner muss Datensicherheit und Compliance jederzeit gewährleisten – Partner benötigt fundierte Erfahrung im Betrieb der Services – Partner muss bereit sein, Mitarbeiter sozialverträglich zu übernehmen
API Modell / Einkauf von Daten	Sämtliche Daten aus den heutigen Supportprozessen werden eingekauft (Call/ Subscription Modell) wie z.B. bei Google oder Social Media Plattformen	– Fokus auf Kernprozesse – Minimalste Kosten für Supportprozess – Flexibilität bei der Partnerwahl	– Neues Geschäftsmodell – Abhängigkeit zum Provider – Ausgelagerte Compliance & Datenschutz

HEALTH SERVICES FÜR KRANKENVERSICHERER INTELLIGENTE END-TO-END AUTOMATISIERUNG

Die Health Insurance Services von SPS Switzerland AG sind spezialisiert darauf, Ihre physische (Brief, Fax) und digitale Eingangspost (SMS, E-Mail, Web Portal, App, EDI, IOT) über alle Kommunikationskanäle entgegenzunehmen.

SPSs sortiert, klassifiziert und erfasst Krankenversicherungsdokumente (z.B. Kostengutsprachen und TARMED-Rechnungen) und stellt die Daten direkt im Zielsystem der Versicherung zur Verfügung. Die Services unterstützen die Krankenkassen bei der Datenaufbereitung, welche noch nicht durch deren Kernapplikation abgedeckt ist. Ein Gewinn für das Kerngeschäft: SPS Kunden werden von repetitiven und administrativen Aufgaben entlastet.

Zudem wird auch das gesamte Output Management auf Wunsch abgewickelt: Sämtliche ausgehenden Informationen werden über alle Kommunikationskanäle professionell aufbereitet und verschickt.

Für Sie ergeben sich viele Vorteile:

	Massgeschneiderte Verarbeitung auf Basis von Industriestandards und unter Anwendung von State-of-the-Art-Technologie		Tagfertig & Omni-Channel Kundeninformationen werden über alle Kommunikationskanäle tagfertig verarbeitet
	Erfahrung Langjährige Erfahrung im Informationsmanagement mit Branchen-Know-How im Krankenversicherungsgeschäft		Hoher Automatisierungsgrad von über 60% im physischen und digitalen Auslesen der Kundenkorrespondenz, inkl. E-Mail/Portal/App
	Standort Verarbeitung zentral in unseren Schweizer Service-Center		Hohe Sicherheit durch Einhaltung sämtlicher regulativer Anforderungen (DSC, ISO/IEC, ISAE, GDPR) sowie durch Datenverschlüsselung, Protokollierung & Nachvollziehbarkeit
	Steigerung Kundenzufriedenheit durch Reduktion der Durchlaufzeiten und erhöhte Service-Qualität		Schnelle Produktivsetzung mit einem erprobten Standard-Vorgehen im Einführungsprojekt
	Planbare Kosten durch die Standardisierung, Automatisierung und Zentralisierung von Services		Übernahme der Mitarbeitenden SPS übernimmt auf Kundenwunsch die bisher am Verarbeitungsprozess beteiligten Mitarbeitenden



Quellen:

1. Igor Garcia, Zertifikatsarbeit, HWZ CAS Digital Insurance (2019), *Always On! Krankenversicherungskunden erwarten proaktivere Leistungsinformationen von ihrem Versicherer.*
2. PwC (2019), *The digital opportunity in the Swiss healthcare system* |
3. Martin Meyer (2019), *UBS Innovation Map*



Hier mehr erfahren
www.spsglobal.com



The Power of Possibility