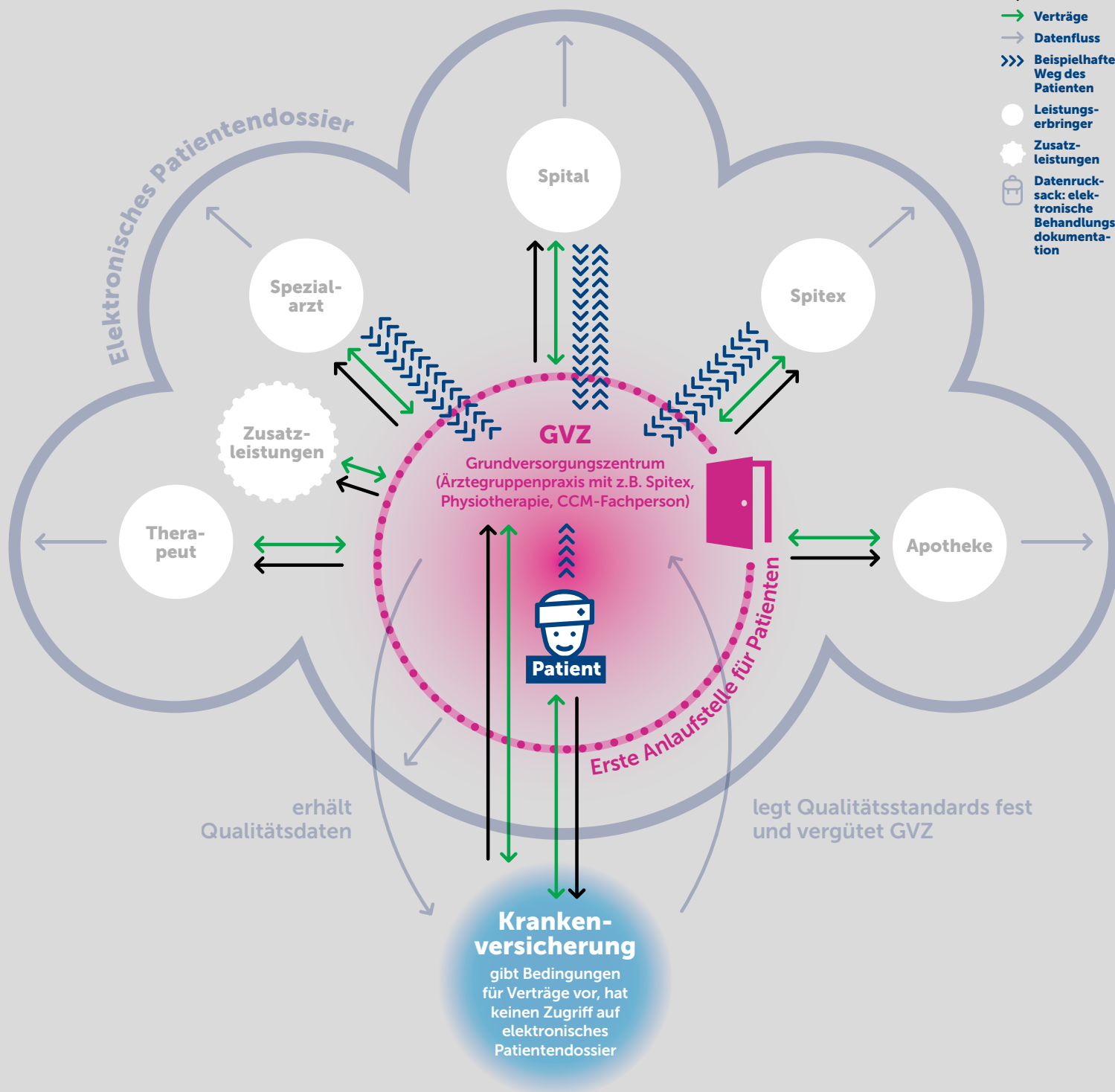


MODELL 1 GRUNDVERSORGUNGS- ZENTRUM



Alle Versicherten sind verpflichtet, ein Grundversorgungszentrum (GVZ) zu wählen. Das GVZ besteht aus Fachrichtungen der Grundversorgung und hat zusätzlich Verträge mit Partnern aus allen relevanten medizinischen Fachbereichen. Chronic-Care-Fachpersonen sind ein wichtiger Bestandteil des GVZ. Der Behandlungspfad der Patienten führt nach Überweisung zu den Partner-Leistungserbringern sternförmig wieder zum GVZ zurück.

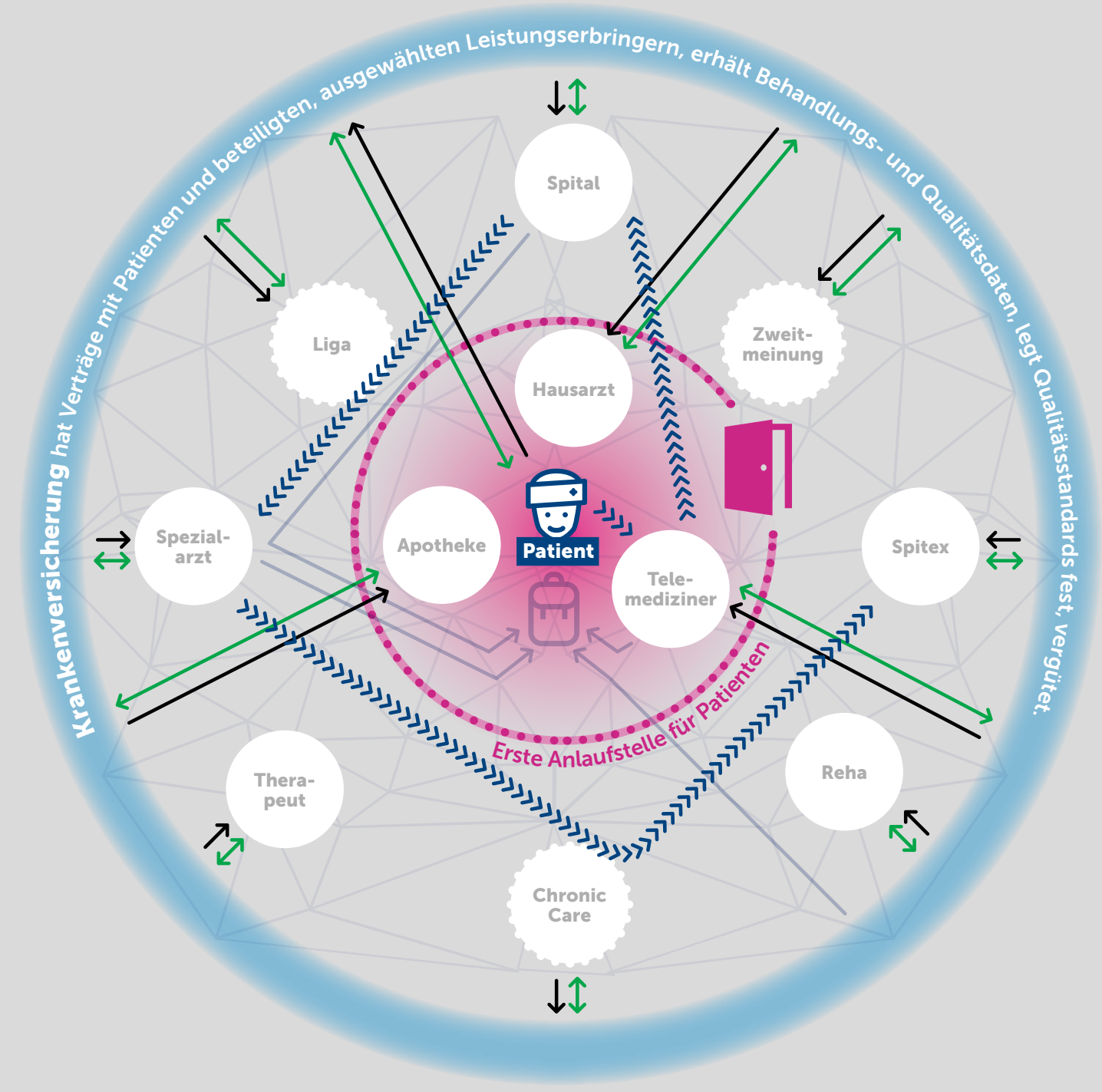
DATEN Das elektronische Patientendossier ist für alle Beteiligten obligatorisch, die Krankenversicherer haben keinen Zugriff darauf.

VERGÜTUNGSMCHANISMUS Das GVZ erhält im Voraus auf den Behandlungsbedarf seiner Mitglieder abgestimmte Leistungspauschalen, basierend auf einer national einheitlichen Tarifstruktur.

Das GVZ und die Versicherer verhandeln die jeweilige Baserate basierend auf einem Benchmarking bezüglich Qualität und Effizienz. Die verhandelten Pauschalen ersetzen die einzelnen Tarifstrukturen (TARMED, DRG usw.) und gelten für die gesamten medizinischen und paramedizinischen Behandlungen.

QUALITÄTS- UND EFFIZIENZSICHERUNG Das GVZ wählt seine Partner nach Qualitäts- und Effizienzkriterien aus. Der Versicherer erstellt ein Benchmarking aufgrund der Qualitätsdaten.

MODELL 2 DYNAMISCHES NETZWERK



Die Leistungserbringer bilden ein virtuelles, durch Verträge mit den Krankenversicherern definiertes Netzwerk. Die Patienten bewegen sich sequenziell von einem Leistungserbringer zum anderen. Die gerade Behandelnden übernehmen die Verantwortung für ihre und die nächstweitere Behandlung (Überweisung) und dokumentieren dies im «Datenrucksack» (elektronische Patientenakte). Die Leistungserbringer werden in ihrer Entscheidung für den nächsten Behandlungsschritt durch datenbasierte Empfehlungen (KI) unterstützt.

DATEN Durchgängige, verpflichtende Datensammlung im «Datenrucksack» des Patienten. Die Krankenversicherer haben auch Zugriff auf diesen Datenrucksack und können Daten ergänzen.

VERGÜTUNGSMCHANISMUS Die Leistungserbringer übernehmen finanzielle Verantwortung für ihre Behandlung sowie den nächsten Behandlungsschritt. Die Vergütung basiert auf Vertrags- und Erfolgskomponenten sowie einer Feedback-Kultur. Shared Benefits geben Anreize für Leistungserbringer und Patienten für kostenbewusstes Handeln.

QUALITÄTS- UND EFFIZIENZSICHERUNG Das Modell basiert auf einem 360°-Feedback-System an die jeweiligen Behandelnden durch nachfolgende Leistungserbringer, Patienten, Versicherer, evtl. Angehörige. Zusätzlich zum 360°-Feedback werden Behandlungs- und Qualitätsdaten sowie weitere Indikatoren erhoben, die, wie auch die Ergebnisse der Feedbacks, transparent sind.