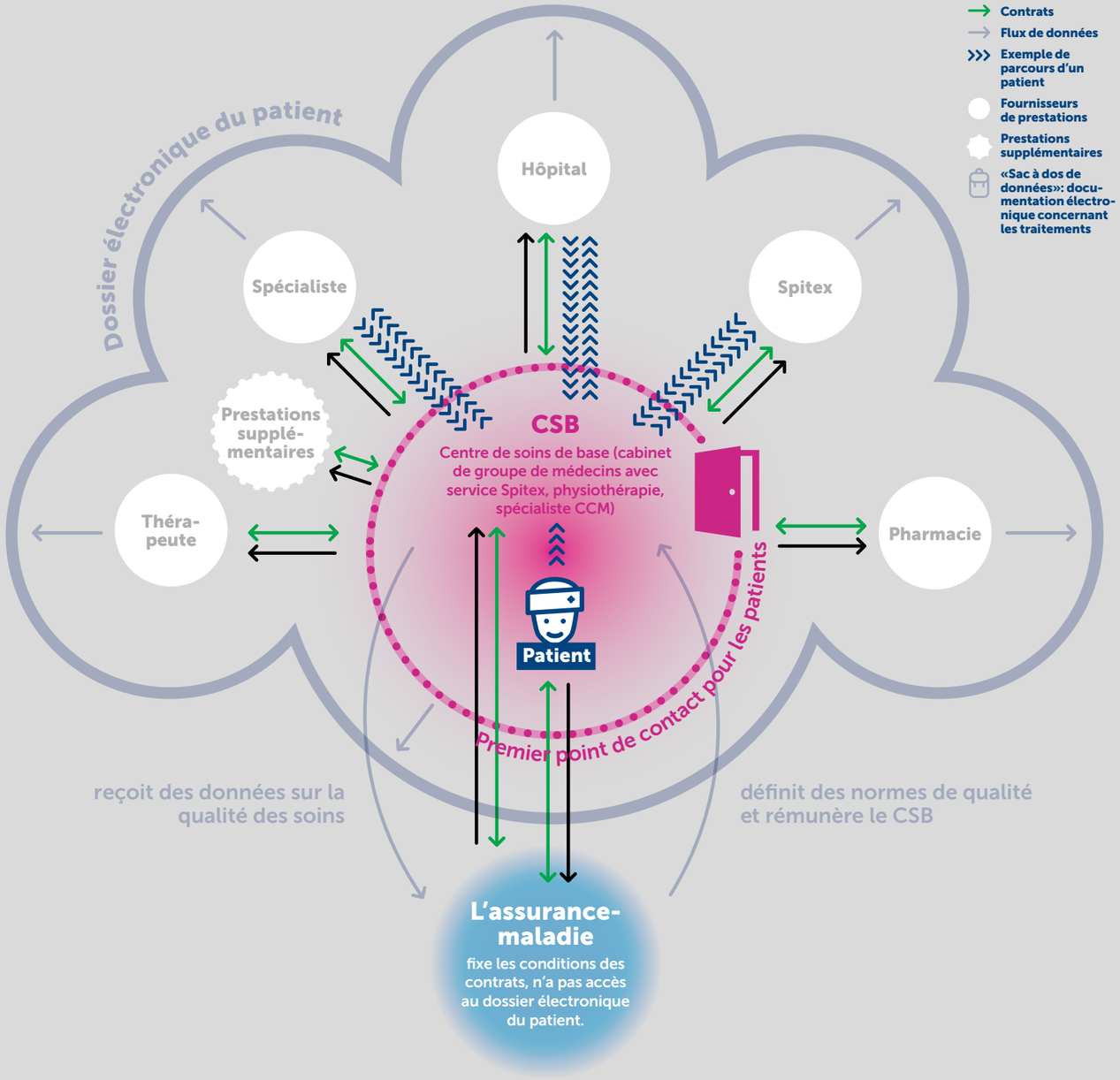
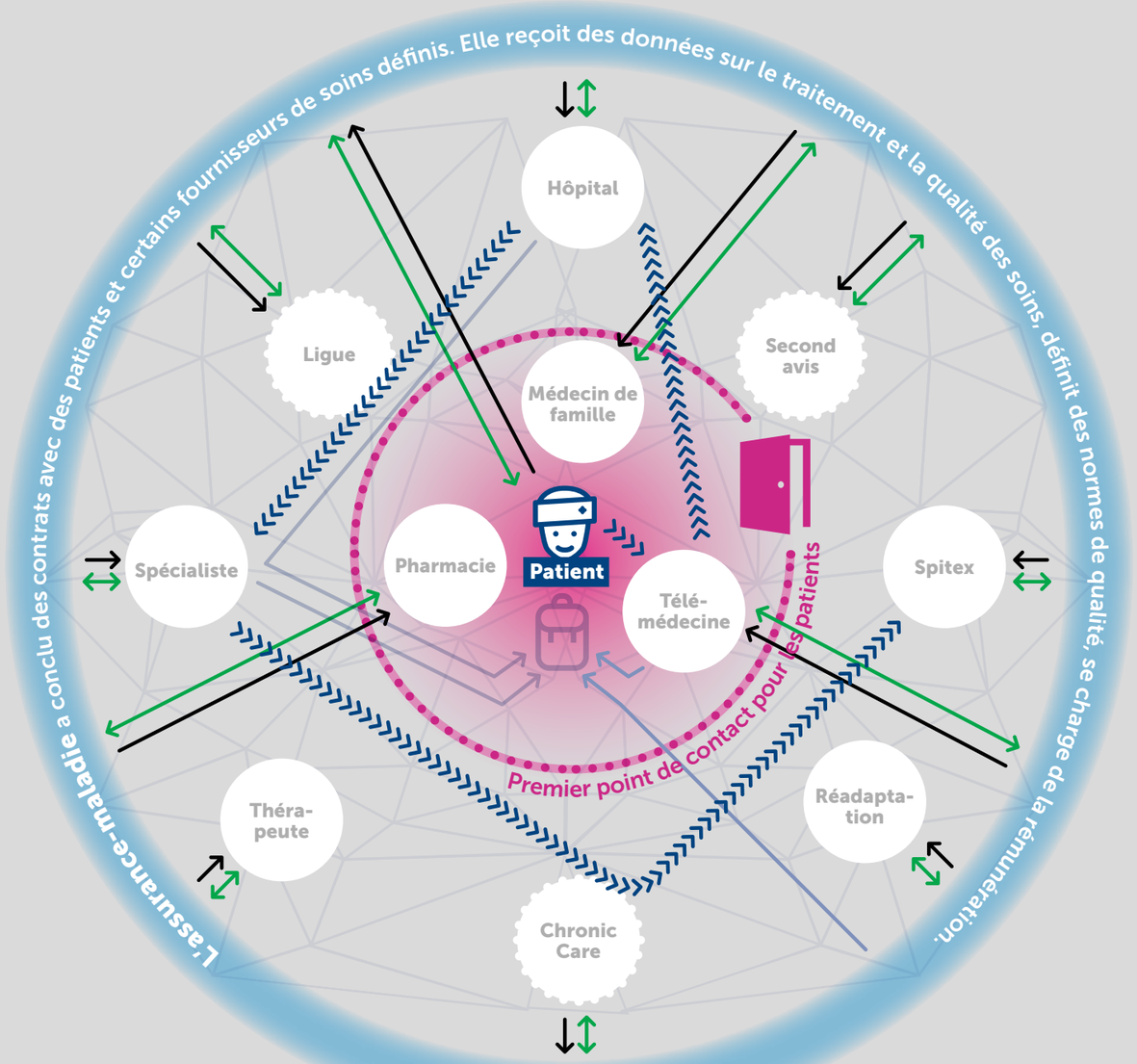
MODÈLE 1
CENTRE DE SOINS DE BASE



Tous les assurés sont tenus de choisir un centre de soins de base (CSB). Le CSB regroupe des spécialités correspondant aux soins de base et s'appuie sur des contrats passés avec des partenaires de toutes les spécialités pertinentes. Le personnel qualifié du Chronic Care constitue une composante essentielle du CSB. Le patient suit un parcours thérapeutique «en étoile»: il revient au CSB après avoir été dirigé vers les différents fournisseurs de prestations partenaires.
DONNÉES Le dossier électronique du patient est obligatoire pour toutes les parties concernées et les assureurs-maladie n'y ont pas accès.

MÉCANISMES DE RÉMUNÉRATION Le CSB reçoit des forfaits liés aux prestations déterminés au préalable sur les besoins thérapeutiques de ses membres et définis sur la base d'une structure tarifaire uniforme au niveau national. Le CSB et les assureurs négocient les taux de base respectifs en se fondant sur un benchmarking en matière de qualité et d'efficacité. Les forfaits négociés remplacent les différentes structures tarifaires (Tarmed, DRG, etc.) et s'appliquent à l'ensemble des traitements médicaux et paramédicaux.
GARANTIE DE QUALITÉ ET D'EFFICACITÉ Le CSB sélectionne ses partenaires sur des critères de qualité et d'efficacité. Les assureurs établissent un benchmarking sur la base des données de qualité.

MODÈLE 2
RÉSEAU DYNAMIQUE



Les fournisseurs de prestations forment un réseau virtuel défini par contrat avec les assureurs-maladie. Les patients vont d'un fournisseur à l'autre de façon séquentielle. Les praticiens assument la responsabilité de leur traitement et du traitement ultérieur (délégation). Ils consignent les données dans le «sac à dos de données» (dossier électronique du patient). Dans leur décision concernant l'étape thérapeutique suivante, les fournisseurs de prestations peuvent s'appuyer sur des recommandations basées sur les données (IA).
DONNÉES Collecte de données continue et obligatoire dans le «sac à dos de données» du patient. Les assureurs-maladie ont également accès à ce «sac à dos de données» et peuvent compléter les données.

MÉCANISMES DE RÉMUNÉRATION Les fournisseurs de prestations assument la responsabilité financière de leur traitement et de l'étape thérapeutique suivante. La rémunération est basée sur certains éléments fixés par contrat et liés à la réussite, ainsi que sur une culture de feed-back. Les bénéfices partagés incitent les fournisseurs de prestations et les patients à agir en ayant conscience des coûts.
GARANTIE DE QUALITÉ ET D'EFFICACITÉ Pour les différents praticiens, le modèle repose sur un système de feed-back à 360° par les fournisseurs suivants, les patients, les assureurs, et éventuellement les proches. En plus du feed-back à 360°, on collecte des données sur le traitement et la qualité ainsi que d'autres indicateurs qui sont transparents, tout comme les résultats des feed-back.