

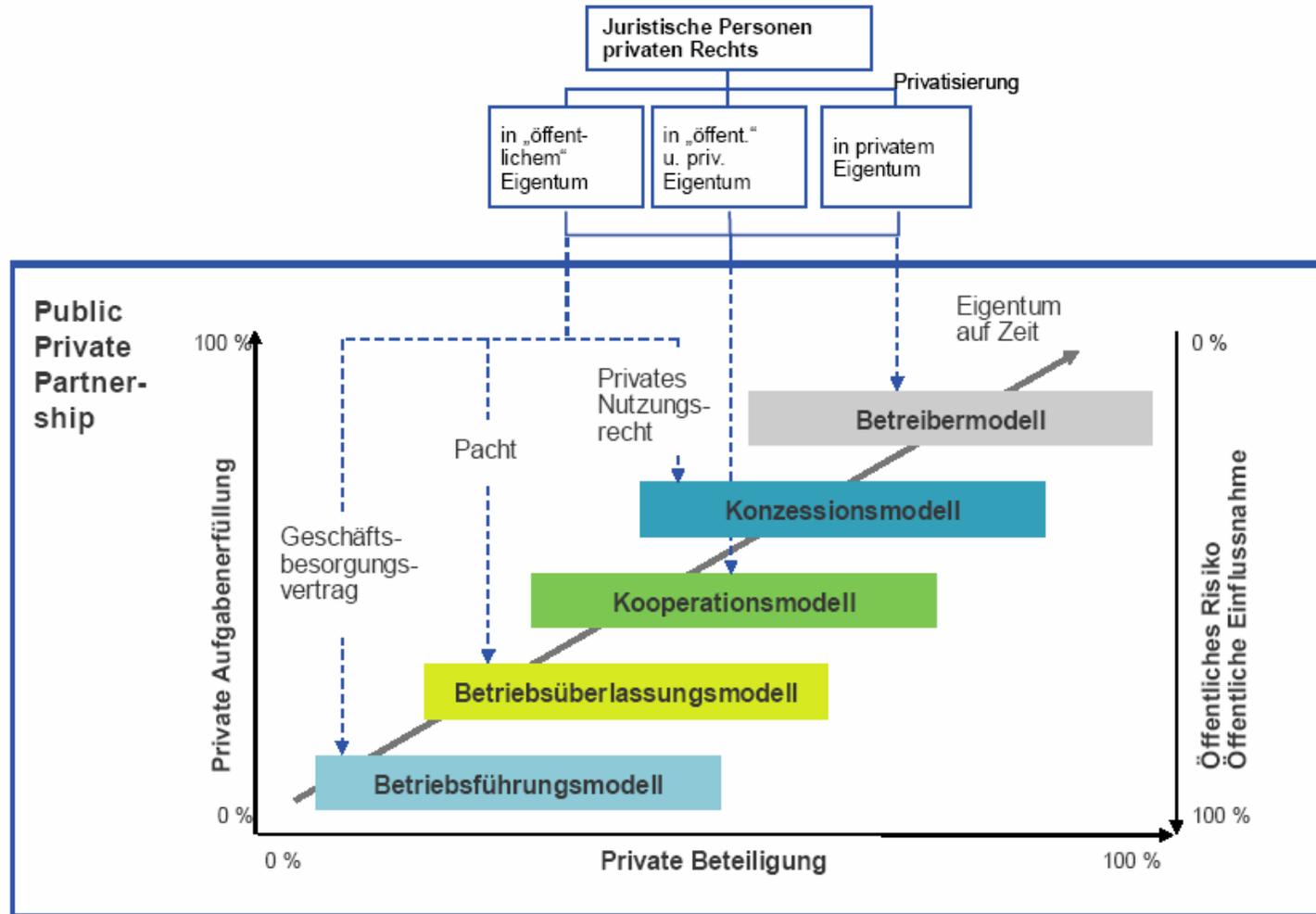


PPP

im Gesundheitswesen

Brücke von Millau, private Bauherrschaft darf während 75 Jahren Maut erheben

## PPP hat viele Gesichter



Quelle: INFORA Studie: Public Private Partnership in Theorie und Praxis, 2003

Rupp, PPP-Modelle im Gesundheitswesen, 5. Mai 2004

## Beispiel Sterilog (1)

---

### Ausgangslage

- 2002: Sterilisationsabteilungen sind dringend sanierungsbedürftig
- Gesetzliche Vorgaben können nicht mehr erfüllt werden
- Sterilgutaufbereitung soll zentralisiert / professionalisiert werden

### Problem

- Kein Budget für Investitionen (ca. 6 Mio.)
- Know-how wird immer spezialisierter und ist nicht Kerngeschäft des Spitals
- Zeitliche Dringlichkeit (Ausschreibung....)

## Beispiel Sterilog (2)

### Lösung

- Kanton übernimmt Rohbau und Erschliessungskosten
- Sterilog übernimmt Ausbau
- Sterilog betreibt die zentrale Sterilgutaufbereitung
- Kanton/Spital kann sich später an Firma beteiligen
- Mit weiteren Kunden werden Kosten gesenkt

### Vorteil fürs Spital

- Nur geringe Investitionskosten
- Schnelle Realisierung
- Know-how vorhanden

## Beispiel AMTS

---

### Ausgangslage / Problem

- Alte Frauenklinik wenig genutzt
- Sehr schlechter Bauzustand
- Kein Budget für Renovation

### Lösung

- Vermietung an Akademie für medizinisches Training und Simulation (AMTS) für 30 Jahre
- Gebäudesanierung durch AMTS auf eigene Kosten in Absprache mit Kanton

### Vorteil

- Keine Investitionskosten
- Wertvolle Synergien (Ausbildung, Rückvermietung etc.)



### Ausgangslage / Problem

- Kompetenzen / Infrastruktur an 2 Orten (SPZ und LUKS)
- Privatklinik und öffentliche Klinik sind unterschiedlich finanziert

### Lösung

- Zusammenarbeitsvertrag LUKS und SPZ
- SPZ auf Spitalliste
- Kanton erteilt Leistungsauftrag an LUKS und SPZ gemeinsam
- Kanton finanziert SPZ mit

## LUKS / SPZ / Kanton: Vertragsinhalt



- **Umfang:**
  - Wirbelsäulen- und Rückenmarks-Chirurgie
  - Diagnostik/Behandlung neuro-muskulärer Krankheiten
  - Schmerz-Diagnostik und Schmerz-Therapie
  
- **Wahlfreiheit der Patienten,**
  - d.h. keine Patientensteuerung und somit kein Wettbewerbseingriff seitens Kanton.
  
- **Gleiche Fallpreispauschalen**
  - Neurochirurgie wie andere Anbieter (Hirslanden St. Anna und KSAarau, mit denen der Kanton ebenfalls einen Vertrag hat).



## Beispiel Augen-Laser-Zentrum-Zentralschweiz



- Zusammenarbeit Augenklinik Luzerner Kantonsspital und private Augentagesklinik Sursee
- vereinigt fortschrittlich-wissenschaftliches mit unternehmerisch-innovativem Know-how
- Kooperation ermöglicht mit der rasanten Entwicklung der Apparatechnik Schritt zu halten und die neuesten Techniken anzubieten
- Im AZZ am Kantonsspital Luzern steht der schnellste Laser der Welt zur Behandlung von Kurz- und Weitsichtigkeit sowie von Hornhautverkrümmungen. Die Behandlung dauert noch rund 30 Sekunden.

## Beispiel LUKS / Rettungsdienst Seetal



### Privater Rettungsdienst Seetal

- leistet Rettungsdienst im Seetal

### Zusammenarbeit mit LUKS Rettungsdienst

- angeschlossen an Einsatzleitzentrale

## Nebenbetriebe (nicht Kerngeschäft des Spitals)

---

### **Wäscherei**

- Auslagerung; unterschiedliche Erfahrungen

### **Cafeteria / Restaurant / Kiosk...**

- Betrieb durch private Firmen

### **Abrechnungswesen / Datenaustausch**

- medidata für elektronischen Datenaustausch

### **Art St. Urban**

**etc.**

# Zusammenarbeit mit Privatpraxen

---

## Praxisassistenz

- Bedarfsgerechtere Weiterbildung für Hausärzte
- Interesse wecken
- Know-how Austausch
- Kanton finanziert mit

## Notfallpraxis

- 24-Stunden Notfallpraxis am LUKS in Zusammenarbeit mit Ärztegesellschaft
- Zusammenarbeit und Triage
- Entlastung der Notfalldienste

## Belegärzte / Médecin adjoint etc.

## Ausserhalb des Spitals

---

### **Präventionsprojekte**

- Z.B. Betriebliche Gesundheitsförderung mit KMU's

### **Methadonabgabe**

- Zusammenarbeit mit Apotheken und Ärztesgesellschaft

### **Inspektionen / Beratungen (Lebensmittelkontrolle/Veterinärdienst)**

- Auslagerung bestimmter Inspektionen / Beratungen

### **Analysen etc. (kant. Labor)**

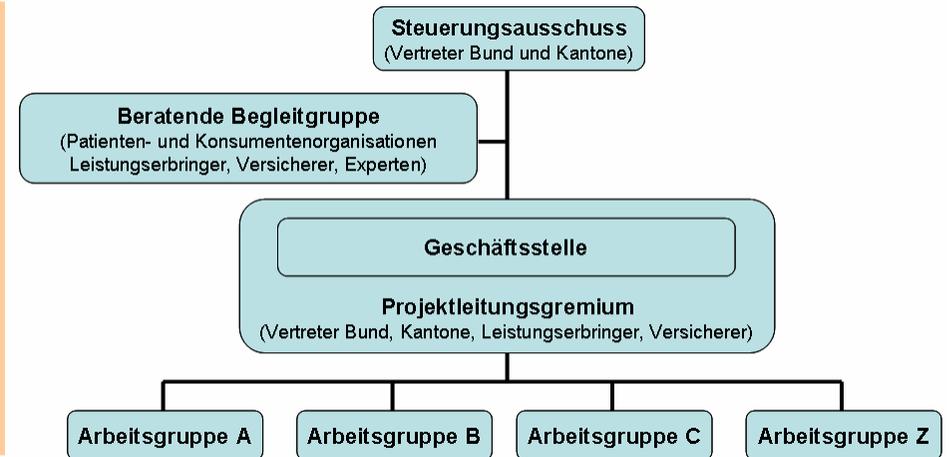
- Aufträge an Private

**Etc.**

### Strategie eHealth Schweiz



Die drei Handlungsfelder der Strategie „eHealth“



- **Handlungsfeld Elektronisches Patientendossier**
  - Ziel: Gesundheitskarte (2015)
- **Handlungsfeld Online Dienste**
  - Ziel: qualitätsgesicherte Online Informationsangebote
- **Handlungsfeld Umsetzung**
  - Ziel: Koordination / Finanzierung / Recht sind sichergestellt

## eHealth (2)

- **Leitplanken setzen**
  - Standards
  - Gesetze
  - Finanzierungsmodelle
  - Realisierungsmodelle
- **Voraussetzungen schaffen**
  - Modellversuche
  - Innovationen
  - Investitionsschutz



Die Strategie eHealth fördert zielgerichtete Entwicklungen und Innovationen

## eHealth (3)

---

### Projekt Evita

- Pilot-Projekt mit einem standardisierten Gesundheitsdossier im Raum Sursee
- 38 Grundversorger, 70 Patienten (wachsend) testen Evita
- Datenaustausch mit Luzerner Kantonsspital angedacht
- Ein gemeinschaftliches Projekt von Swisscom mit Arpage und Luzerner Ärztesgesellschaft
- Weiterführung nach erfolgreichem Pilot
- Patronat: Gesundheits- und Sozialdepartement Luzern

## Was bringt die Revision KVG?

---

### Die wichtigsten Änderungen bei der Spitalfinanzierung

- Gleiche Finanzierung öffentliche und private Spitäler
  - Leistungsfinanzierung (DRG)
  - Freie Spitalwahl
- **Unterscheidung zwischen öffentlichen und privaten Leistungserbringern verringert sich oder verschwindet!**

## KVG-Revision bringt widersprüchliche Elemente: Mehr Markt **und** mehr Staat

---

- Gleichbehandlung öffentliche und private Anbieter
  - aber neu auch politische Mitsprache bei subventionierten *Privatspitälern*
- leistungsbezogene Preise statt Kostenvergütung;
  - aber Tarifstruktur und Tarife sind administriert (ambulant und stationär)
- Freie Spitalwahl
  - aber es soll weiterhin jedes Bett geplant werden!
- Es gibt keinen Wettbewerb ohne Überangebot,  
→ KVG will Angebot aber genau (bedarfsgerecht) planen

## Rollenwechsel der Kantone

### heute

- Defizitdeckung  
“Restfinanzierer“
- Mitfinanzierung /  
Mitsprache in der Regel  
nur öff. Spitäler
- Planer, Investor,  
Spitalbetreiber
- Freie Spitalwahl  
*innerkantonal*

### morgen

- Dualer  
Mit-finanzierer
- Mitfinanzierung/Mitsprache  
auch Privatspitäler  
(wenn auf der Liste)
- Steuern, Leistungsein-  
käufer, Eigentümer (?)
- Freie Spitalwahl  
*interkantonal*

## Herausforderungen (1)

---

- **Vergabe von Leistungsaufträgen (Spitalliste):**  
→ Spagat zwischen Planung und freier Spitalwahl
- **Interkantonale Absprachen + Verträge**  
→ versus freie Spitalwahl
- **Investitionen (Abgeltung neu in Pauschale inbegriffen)**  
→ wieviel? Mitentscheid des Kantons? Auch bei Privatspitälern?  
Oder Übergabe der Spitalbauten als Konsequenz?
- **Ablauf der Tarifverhandlungen**  
→ Rollenwechsel der Kantone: neu Versicherer als Partner!  
(Kantone und Versicherer definieren gemeinsam 100%)

## Herausforderungen (2)

---

- **Rechnungskontrolle / Kostengutsprache / Regress..**  
→ Kantone parallel zu Versicherern oder gemeinsam oder nur Versicherer?
- **Abgeltungsphilosophie / Benchmarkmodelle**  
→ „gleiche Leistung - gleicher Preis“ oder Wettbewerb?
- **Abgeltung Vorhalteleistungen / Lehre und Forschung**  
→ Definition, Berechnung (nicht einfach „Restkosten“!)

## Herausforderungen (3)

---

- **Abgeltung Aus- und Weiterbildung**
  - separat zu DRG! Gleichbehandlung Ausbildungs- und Nichtausbildungsspitäler (wer zahlt wieviel?)
- **Politische Vorgaben**
  - Abgeltung der Mehrkosten (wer zahlt wieviel?)
- **Rehabilitation**
  - Wo hört DRG finanzierter Fall auf, wo beginnt die anders finanzierte Rehabilitation;
- **Qualitätssicherung**
  - Wer prüft / welche Qualität wollen wir, welche Qualität messen wir, Vergleichbarkeit, Massnahmen bei Nichteinhalten....

## Fazit

---

- Private Anbieter erfüllen „per Gesetz“ öffentliche Aufgabe (PPP)
- Strategische Rolle der Kantone ist nicht leichter als früher
- Gratwanderung zwischen operativem Rückzug und politischer Verantwortung
- Spitallandschaft wird weiter bereinigt: Leistungsfinanzierung führt zu Spezialisierung und Verdichtung des stationären Angebots

→ Vom Leistungsstaat zum Gewährleistungsstaat

