

3. AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

Die Ausgaben für den Gesundheitsschutz der Bürger gliedern sich in öffentliche und private Gesundheitskosten. Erstere lassen sich einfacher anhand der von den Sanitätsbetrieben und der Landesverwaltung erstellten Finanzhaushalte quantifizieren. Die privaten Gesundheitskosten sind aufgrund der spärlichen Informationsquellen schwieriger zu bemessen.

Eine makroökonomische Analyse der Ausgaben mittels Vergleich der beiden Komponenten ergibt, dass die italienischen Familien in den letzten Jahren immer mehr für den Verbrauch im Gesundheitsbereich ausgegeben haben. Somit lässt sich eher ein Komplementaritätsverhältnis annehmen als ein Phänomen des Ersatzes der privaten Ausgaben gegenüber den öffentlichen. Die nachfolgenden Analysen beziehen sich ausschließlich auf die öffentlichen Aufwendungen im Gesundheitsbereich.

Eine zweite grundsätzliche Unterscheidung ist jene nach laufenden Gesundheitsausgaben und Investitionsausgaben. Die laufenden Ausgaben dienen der Deckung der Verwaltungskosten, wie die Ausgaben für das Personal und den Erwerb von Gütern und Dienstleistungen; Kosten aus Kapitalbewegungen oder Investitionsausgaben sind die Kosten für den Erwerb, den Bau oder die Renovierung von dauerhaften Gütern.

Die nachfolgenden Abschnitte sind überwiegend den beiden Hauptbestandteilen der Gesundheitskosten gewidmet, nämlich den laufenden Ausgaben (Absatz 3.3) und den Kosten aus Kapitalbewegungen (Absatz 3.4).

Vor der Analyse der öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen (Absatz 3.2) wird auf die Einführung der Erfolgs- und Vermögensbuchhaltung in den Sanitätsbetrieben der Autonomen Provinz Bozen gemäß Landesgesetz Nr. 14 vom 5. November 2001 eingegangen (Absatz 3.1). Dieser Absatz lenkt die Aufmerksamkeit auf das neue Überwachungsinstrument der Ausgaben, das eine lange Anpassungsarbeit und eine sorgfältige Bewertung der Homogenität und Vergleichbarkeit der vergangenen Daten mit den aktuellen Werten erfordert hat. Die neue Buchhaltung bedingt auch eine andere Terminologie und führt neue Konzepte

Öffentliche und private Gesundheitskosten

Laufende Ausgaben und Kosten aus Kapitalbewegungen

Finanzbuchhaltung und Erfolgs- und Vermögensbuchhaltung

wie jene der Kosten und der Erträge ein. In den nachfolgenden Absätzen ist von „Kosten“ die Rede, sobald der Finanzhaushalt der Sanitätsbetriebe Gegenstand der Analyse ist, während man von „Ausgaben“ spricht, wenn der Haushalt der Provinz untersucht wird. Auch bei der Analyse der Aggregation zwischen den von der Provinz getragenen Ausgaben und den von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten wird generell der Begriff „Ausgaben“ verwendet.

Das Bezugsdokument für die von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten dieses Kapitels ist die Rohbilanz für das Betriebsjahr 2003, die von den einzelnen Sanitätsbetrieben vorgelegt wurde, mit Ausnahme von Meran, wo nur das Budget zur Verfügung stand. Die Daten wurden nach der vom Gesundheitsministerium angewandten Aggregationsmethodik des ministeriellen Modells der Gewinn- und Verlustrechnung gegliedert. Dieses Modell, das mit Ministerialverordnung vom 16. Februar 2001 genehmigt wurde, geht aus der Aggregation der Posten des Kontenplans der Sanitätsbetriebe nach einer von der Gewinn- und Verlustrechnung teilweise abweichenden Logik hervor (Haushaltsabrechnung gemäß Landesgesetz 14/2001). Die ministerielle Gewinn- und Verlustrechnung hebt verstärkt die Unterscheidung zwischen dem Erwerb von Gütern und dem Erwerb von Dienstleistungen hervor, welche ihrerseits in Dienstleistungen für die Basismedizin, in pharmazeutische Dienstleistungen und Dienstleistungen für die verschiedenen Arten der dem Bürger gewährleisteten gesundheitlichen Versorgung unterteilt werden. Für eine zeitliche Rückverfolgung der Kosten der Sanitätsbetriebe und somit einen Vergleich zwischen den anhand der Finanzbuchhaltung überwachten Ausgaben (bis zum Jahr 2001) und den Kosten, die aus der Erfolgs- und Vermögensbuchhaltung resultieren (ab 2002), wurde ein Abstimmungsmodell erarbeitet. Die Gesamtkosten des oben genannten Aggregationsmodells wurden um jene Kosten bereinigt, die nicht in der Finanzbuchhaltung berücksichtigt werden, wie Amortisationen, Rückstellungen, die passive Mobilität und die Restposten. Auch die Kosten für die Zusatzleistungen wurden nicht zu den Gesamtkosten der Sanitätsbetriebe gerechnet, sondern den laufenden Ausgaben der Provinz zugeschrieben, wie es in der Finanzbuchhaltung der Fall war.

**Von den
Sanitätsbetrieben
getragene Kosten und
Aggregationsmodell**

Investitionen der Sanitätsbetriebe Die Investitionen der Sanitätsbetriebe wurden auf der Grundlage der betrieblichen Zuweisungen mittels Beschlussfassungen der Landesregierung berechnet. Die Zuweisungen entsprechen somit der Summe der Landesbeiträge zugunsten der Sanitätsbetriebe, die zu Lasten des Landeshaushalts 2003 sind, wobei die Anteile der verjährten Rückstände nicht berücksichtigt wurden, weil sie nicht zum Geschäftsjahr gehören.

Laufende Ausgaben der Provinz Das Bezugsdokument für die laufenden Ausgaben, die direkt von der Provinz getragen werden, ist das Modell der Gewinn- und Verlustrechnung des IV. Trimesters 2003. Das Modell wurde mit dem Ziel überarbeitet, auch den Anteil der Zusatzausgaben, die von den Betriebskosten der Sanitätsbetriebe ausgegliedert worden waren, zu berücksichtigen, und die erhaltenen Daten somit um jene Kostenanteile zu bereinigen, die bereits den Sanitätsbetrieben zugeschrieben wurden, um Ausgabenduplikationen zu vermeiden. Die laufenden Ausgaben der Provinz umfassen somit sowohl die Versorgung, die in die nationalen LEA-Versorgungsstufen fällt (DPCM vom 22.11.2001), als auch die Versorgung, die über die den nationalen LEA-Stufen hinausgeht, außerdem die Anteile der sozio-sanitären Kapitel, die in der neuen Struktur des Landeshaushalts zur „Makrofunktion“ des Gesundheitswesens zählen. Die Bezugsbeträge sind die Aufwendungen.

Die Investitionsausgaben der Provinz ergeben sich aus den Aufwendungen der Landeshaushaltskapitel, die direkt von der Provinz zur Finanzierung der Investitionsausgaben verwaltet werden.

Um einen zeitgleichen Vergleich zu ermöglichen, wurden die Konversionskoeffizienten von laufender Lira, ausgedrückt in Euro, in konstante Lira, ausgedrückt in Euro 2003, auf die Nennwerte der Aufwendungen der verschiedenen Jahre angewendet. Man spricht von laufender Lira bzw. konstanter Lira, ausgedrückt in Euro, da die von 1992 bis 2001 anfänglich in Lira ausgedrückten Daten in Euro konvertiert wurden. Diese Koeffizienten, die in Tabelle 1 zusammengefasst sind, wurden angesichts des unterschiedlichen Verlaufs der Inflationsrate der Provinz Bozen und Italiens für beide Gebiete berechnet und basieren auf den durchschnittlichen ASTAT/ISTAT-Indizes der Veränderung der Lebenshaltungskosten für die Arbeiter- und Angestelltenfamilien.

**Investitions-
ausgaben der
Provinz**

**Konversionskoeffi-
zienten laufende
Lira/konstante Lire,
ausgedrückt in Euro
2003**

Tabelle 1: Koeffizienten für die Umrechnung laufende Lira, ausgedrückt in Euro/konstante Lira, ausgedrückt in Euro 2003: Provinz (Gemeinde Bozen), Italien und Mittelwert zwischen den Koeffizienten Italiens und Gemeinde Bozen

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	:
Provinz	1,495	1,412	1,343	1,251	1,186	1,148	1,124	1,105	1,082	1,056	1,025	
Italien	1,378	1,323	1,273	1,208	1,163	1,143	1,123	1,105	1,078	1,050	1,025	
Mittelwert	1,437	1,367	1,308	1,230	1,174	1,145	1,123	1,105	1,080	1,053	1,025	

Quelle: ASTAT / .

Die Konversionskoeffizienten der „Provinz“ wurden für die Schaubilder der Abbildungen 1, 8, 9, 11, 13, 15, 17, 20 verwendet, die Koeffizienten für „Italien“ wurden hingegen für den auf Italien bezogenen Teil der Schaubilder der Abbildungen: 9, 12, 14, 16, 18 benutzt.

Die Angaben über die Gesundheitsausgaben und das Bruttoinlandsprodukt für ganz Italien, die für einen Vergleich der Landessituation mit der gesamtstaatlichen Situation herangezogen wurden, wurden für den Zeitraum 1990-95 der IRIS-Veröffentlichung 1996 entnommen; die Daten über die laufenden Gesundheitsausgaben für ganz Italien in den Jahren 1996-99 stammen aus dem allgemeinen Bericht über die Wirtschaftslage des Landes -1999; die gesamtstaatlichen Daten für die darauffolgenden Jahre wurden vom Gesundheitsministerium bereitgestellt.

Das Verhältnis zwischen den nationalen Ausgaben für das Gesundheitswesen und dem BIP zu Marktpreisen wurde von 1999 bis 2003 den Bewertungen im „Allgemeinen Bericht über die wirtschaftliche Lage des Landes 2003“ entnommen.

Die Daten über das Bruttoinlandsprodukt der Provinz für die Jahre 1992-2003 wurden vom ASTAT/ISTAT geliefert, welches die historischen Ausgaben für den Zeitraum 2000 bis 2002 aktualisiert und die BIP-Schätzwerte der Provinz zu laufenden Preisen für das Jahr 2003 bereitgestellt hat.

3.1. Die Änderung des Buchhaltungssystems: von der Finanzbuchhaltung zur Erfolgs- und Vermögensbuchhaltung

„Betriebsform“ der Sanitätsbetriebe

Mit der Gesetzesverordnung 502/92 änderte sich die Form der Akteure des öffentlichen Gesundheitswesens radikal: die

Sanitätsbetriebe erhielten eine „Betriebsform“ und wurden zu Körperschaften öffentlichen Rechts. Der Betrieb entwickelt sich also - wie aus Art. 5 der obgenannten Verordnung hervorgeht - zu einer „Körperschaft öffentlichen Rechts und wird organisatorisch, verwaltungstechnisch, führungsmäßig und technisch unabhängig ...“. Diese „Betriebsform“ ist natürlich in weitem Sinne zu verstehen, da der Sanitätsbetrieb nicht zu Gewinnzwecken handelt: das Konzept der „Einführung der Sanitätsbetriebe“ ist also als die Übernahme von Verantwortung zu verstehen, das heißt als klare Festlegung der Dienstleistungen der Sanitätsbetriebe im Hinblick auf die Gesundheitsziele und des Verbrauchs der ihnen zugewiesenen Ressourcen.

Die Entwicklung hin zum „Betrieb“ brachte auch die Notwendigkeit mit sich, den Sanitätsbetrieben neue Mittel zur Überwachung der Ausgaben zur Verfügung zu stellen. Dadurch wird

die fortlaufende Abschaffung der Finanzbuchhaltung zugunsten der Erfolgs- und Vermögensbuchhaltung erforderlich.

Einführung der neuen Buchhaltung auf Landesebene

Auch in den Sanitätsbetrieben der Autonomen Provinz Bozen wurde mit dem 1. Januar 2002 die allgemeine Buchhaltung im Sinne des Landesgesetzes vom 05.11.2001 Nr. 14 eingeführt, welches die Betriebsplanung, Buchhaltung und Betriebskontrolle im Landesgesundheitsdienst regelt. Das neue Gesetz beruft sich auf das Konzept der Einführung der Betriebe nach der oben beschriebenen Bedeutung: insbesondere Art. 4 bestimmt den Generaldirektor zum Verantwortlichen für das Jahrestätigkeitsprogramm und Budget des Betriebs.

Des Weiteren beschreibt das neue Gesetz die neuen Planungsmittel und neuen Buchhaltungsunterlagen. Für den Übergang zur neuen Buchhaltung war eine Erprobungsphase nötig, die Ende 2001 auslief und die Sanitätsbetriebe einerseits und die Provinz andererseits miteinbezog: wie vom Landesgesundheitsplan 2000-2002 bekräftigt übernimmt die Landesverwaltung eine koordinierende und kontrollierende Rolle, die sich in der Erarbeitung von Ausrichtungsmaßnahmen, von Richtlinien und Leitlinien für die Vorbereitung der Buchhaltungsunterlagen seitens der Betriebe sowie in der Überprüfung und Festigung der Budgets konkretisiert.

Dokumente der Haushaltsabrechnung

Die neue Buchhaltung basiert auf der Haushaltsabrechnung, welche die Vermögensaufstellung, die Gewinn- und Verlustrechnung und den Anhang umfasst. Die Vermögensaufstellung hebt die aktiven und passiven Vermögensposten hervor, wie das Anlagevermögen, die Forderungen und Verbindlichkeiten des Betriebs. Die Gewinn- und Verlustrechnung erfasst die Kosten und Erträge des Betriebs und ermöglicht die Festlegung des wirtschaftlichen Ergebnisses. Der Anhang hat beschreibenden Charakter und gibt zum Beispiel an, welche Erhebungs- und Aufwertungskriterien für die Posten der Haushaltsabrechnung benutzt wurden.

Der Übergang zur allgemeinen Buchhaltung in den Sanitätsbetrieben erfordert notwendigerweise die Loslösung von der Logik der Finanzbuchhaltung: es ändern sich die Terminologie, die Zuschreibungskriterien der Posten, die Erhebungsinstrumente und das System der Überwachung seitens der öffentlichen Verwaltung in Bezug auf die Abrechnungen der Betriebe. Es ist ein kritischer, aber nötiger Übergang, nicht nur zum Zweck einer größeren Übernahme von Verantwortung seitens jener, die für die Verwaltung der Ressourcen zuständig sind, sondern auch zur Umsetzung des Gesetzesdekrets 502/92, wie es für die anderen Regionen der Fall war, was einen Vergleich mit den Sanitätsbetrieben im restlichen Italien ermöglicht. In der folgenden Übersicht werden die wichtigsten Merkmale der beiden Buchhaltungssysteme beschrieben.

Vergleich der
beiden
Buchhaltungs-
systeme

FINANZBUCHHALTUNG	ERFOLGS- UND VERMÖGENSBUCHHALTUNG
Das typische Buchhaltungssystem der Öffentlichen Verwaltung.	Das typische Buchhaltungssystem der Privatbetriebe.
Zweck ist die Kontrolle des finanziellen Gleichgewichts.	Zweck ist die Ermittlung der Finanzlage und vor allem der wirtschaftlichen Lage der Betriebsführung.

Gegenstand der Ermittlung ist der Kapitalfluss.	Gegenstand der Ermittlung sind die Vermögensposten (aktive und passive) und Einkommensposten (Kosten und Erträge).
Die Ermittlungstechnik ist die einfache Buchführung.	Die Ermittlungstechnik ist die doppelte Buchführung.
Sie basiert vor allem auf der finanziellen Ermittlung, nur in Bezug auf die Einnahmen und Ausgaben in einem bestimmten Zeitraum (Haushaltsjahr).	Sie basiert auf dem Prinzip der Zuständigkeit, nach dem der Moment relevant wird, in dem der Ertrag oder die Kosten entstanden sind, unabhängig vom Moment der Einnahme oder Zahlung.
Sie strebt die Gewährleistung der Regularität und Legalität der genehmigten Ausgaben durch strenge Beachtung der formellen Erbringungsverfahren an.	Die Buchhaltung wird nach den Grundsätzen der Wahrheitsgetreue, der Vorsicht, Konstanz und Kontinuität geführt.
Ergebnis der Finanzbuchhaltung ist die Erzielung einer Aktiv- bzw. Passivbilanz, die sich darauf beschränkt, das Ergebnis des Finanzhaushalts auszudrücken.	Ergebnis der Erfolgs- und Vermögensbuchhaltung ist die Erzielung eines Gewinns bzw. Verlustes als Ergebnis der algebraischen Summe der während des Haushaltsjahres entstandenen Kosten und Erträge.

3.2. Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen

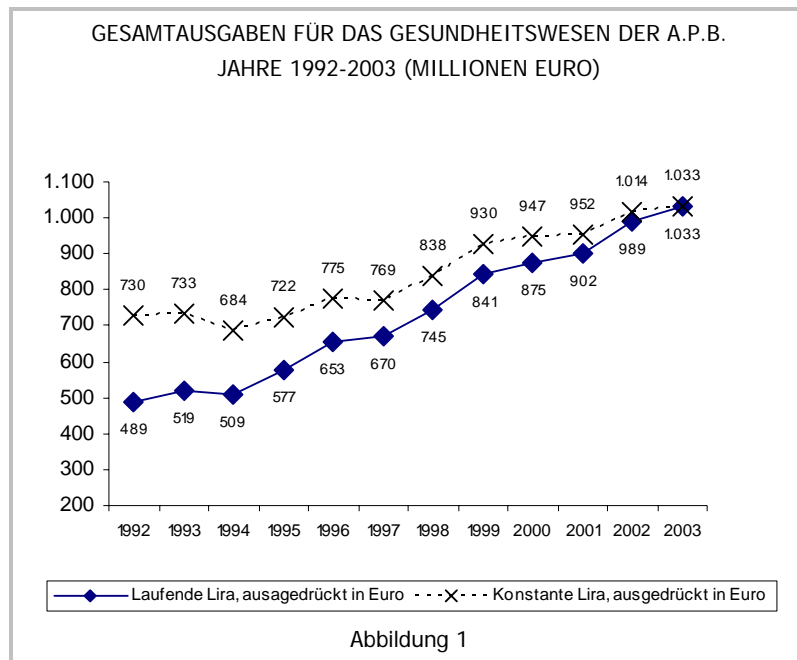
Gesamt- ausgaben der Provinz für das Gesundheits- wesen

Unter den Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen versteht sich die Summe der direkt von der Provinz für den Landesgesundheitsdienst getragenen Ausgaben (ausgedrückt in Aufwendungen sowohl für die laufenden Ausgaben als auch für die Investitionsausgaben), zu denen die Betriebskosten sowie die von den Sanitätsbetrieben getragenen Investitionen hinzukommen. Die von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten wurden wie folgt berechnet: die Gesamtkosten des Aggregationsmodells, das nach der ministeriellen Logik erarbeitet wurde, wurden um jene Kosten bereinigt, die nicht in der Finanzbuchhaltung berücksichtigt werden, wie Amortisationen, Rückstellungen, die passive Mobilität und die Restposten. Auch die Kosten für die Zusatzleistungen wurden nicht zu den Gesamtkosten der Sanitätsbetriebe gerechnet, sondern den

laufenden Ausgaben der Provinz zugeschrieben, wie es in der Finanzbuchhaltung der Fall war.

Die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen belaufen sich für das Jahr 2003 auf insgesamt 1.033,208 Millionen Euro, was 2.189,86 Euro pro Kopf mit einem nominalen Anstieg von ca. 3,4% gegenüber 2002 entspricht (Pro-Kopf-Ausgaben von rund 2.118,19).

Abbildung 1 zeigt den Verlauf der Gesundheitskosten der Provinz in den letzten 11 Jahren.



Wie aus der in Abbildung 2 dargestellten Verteilung der Gesamtkosten für das Gesundheitswesen – laufende Ausgaben und Investitionsausgaben – hervorgeht, entfallen 86,3% der Gesamtaufwendungen des Jahres 2003 auf die laufenden Kosten (89,7% im Jahr 2002); die restlichen 13,7% betreffen die Investitionsausgaben für Liegenschaften, bewegliche Güter und biomedizinische Geräte.

Die absoluten Werte der laufenden Ausgaben von Tabelle 2 enthalten auch die von den Sanitätsbetrieben für die überbetrieblichen Dienste und für die Leistungen zugunsten von nicht ansässigen Bürgern (aktive Mobilität) getragenen Kosten. Da der Pro-Kopf-Wert das Verhältnis zwischen den Ausgaben und der

Wohnbevölkerung pro Sanitätsbetrieb darstellt, fällt auch das Ergebnis entsprechend aus.

**LAUFENDE AUSGABEN UND INVESTITIONSAUSGABEN
JAHR 2003**

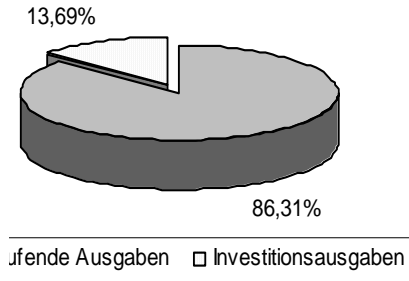


Abbildung 2

**GESUNDHEITSAUSGABEN DER SANITÄTSBETRIEBE UND
DER PROVINZ JAHR 2003
(TAUSEND EURO)**

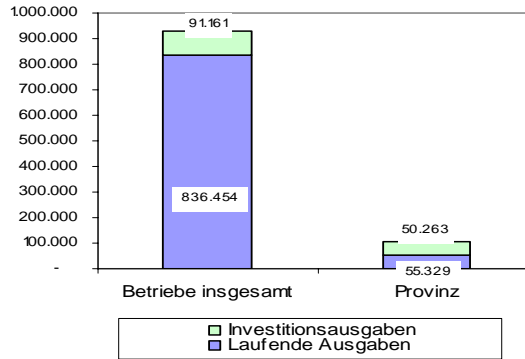


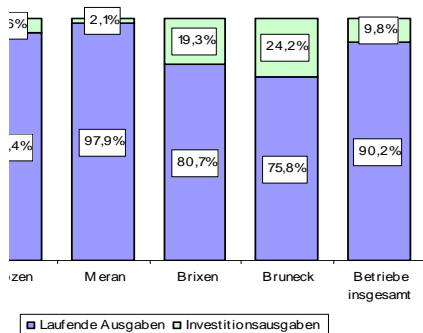
Abbildung 3

Zusammensetzung der Ausgaben für das Gesundheitswesen nach Sanitätsbetrieb und Provinz: absolute Werte und Pro-Kopf-Werte. Jahr 2003

	für das Gesundheitswesen	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Betriebe insgesamt	Provinz	Insgesamt
Werte (in Tausend Euro)								
Laufende Ausgaben		419.292	191.982	118.344	106.836	836.454	55.329	891.784
Investitionsausgaben		24.705	4.193	28.237	34.026	91.161	50.263	141.424
Gesamt		443.997	196.176	146.581	140.862	927.615	105.592	1.033.208
Werte (in Euro)								
Laufende Ausgaben		1.999,37	1.556,34	1.761,68	1.492,72	1.772,84	117,27	1.890,11
Investitionsausgaben		117,80	33,99	420,33	475,41	193,21	106,53	299,74
Gesamt		2.117,18	1.590,33	2.182,01	1.968,14	1.966,06	223,80	2.189,86

Quelle: A.P.B. – Amt für Gesundheitsökonomie

**LAUFENDE GESUNDHEITSAUSGABEN UND
INVESTITIONSAUSGABEN DER SANITÄTSBETRIEBE -
JAHR 2003**



**GESUNDHEITSAUSGABEN PRO KOPF NACH
SANITÄTSBETRIEB - JAHR 2003 (IN EURO)**

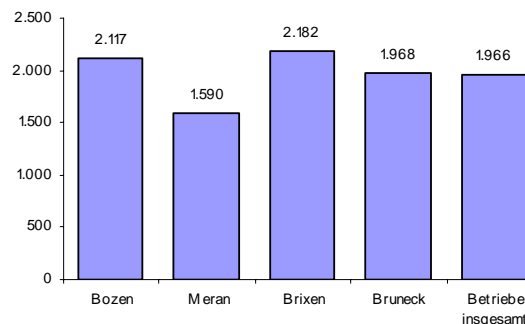


Abbildung 4

Abbildung 5

**Gesundheits-
ausgaben nach
Sanitätsbetrieb**

Auf lokaler Ebene ist die anteilmäßige Verteilung der von den Sanitätsbetrieben getragenen Gesamtkosten für die beiden Komponenten – laufende Ausgaben und Investitionsausgaben – von Betrieb zu Betrieb unterschiedlich, mit Höchst- und Tiefstwerten der laufenden Ausgaben für den Sanitätsbetrieb Meran (97,9%) bzw. Bruneck (75,8%) (Abbildung 4).

Pro Kopf (Abbildung 5) betragen die **Pro-Kopf-Ausgaben** Gesundheitskosten der Sanitätsbetriebe insgesamt 1.966,06 Euro, mit Höchstwerten für den Sanitätsbetrieb Brixen (2.182,01 Euro) und Tiefstwerten für den Sanitätsbetrieb Meran (1.590,33 Euro).

3.3. Laufende Gesundheitsausgaben

**Laufende
Gesundheits-
ausgaben der
Provinz und
Aufwendungen
der Sanitäts-
betriebe**

Die laufenden Gesundheitsausgaben machen 89,7% der von den Sanitätsbetrieben und der Provinz getragenen Gesamtaufwendungen aus und belaufen sich für 2003 auf rund 891,784 Millionen Euro, was in etwa 1.890,11 Euro pro Kopf entspricht.

Die laufenden Gesundheitsausgaben setzen sich aus laufenden Standard-Ausgaben und aus laufenden Zusatzaufgaben zusammen. Unter laufenden Standard-Ausgaben sind also die Ausgaben zu verstehen, die zur Gewährleistung der auf nationaler Ebene einheitlichen grundlegenden Versorgungsstufen für die Wohnbevölkerung und Anspruchsberechtigten (festgelegt vom Gesundheitsministerium) aufgewendet werden. In der Provinz Bozen werden außerdem Zusatzleistungen garantiert, die von einschlägigen Landesgesetzen vorgesehen sind, deren Kosten vorwiegend den laufenden Ausgaben zugeschrieben werden, wie zum Beispiel die zahnärztlichen Leistungen (Landesgesetz 16/88), die Hauspflege (Landesgesetz 33/88) oder die nicht im Tarifverzeichnis vorgesehene außerordentliche Prothesenversorgung (Landesgesetz 2/86).

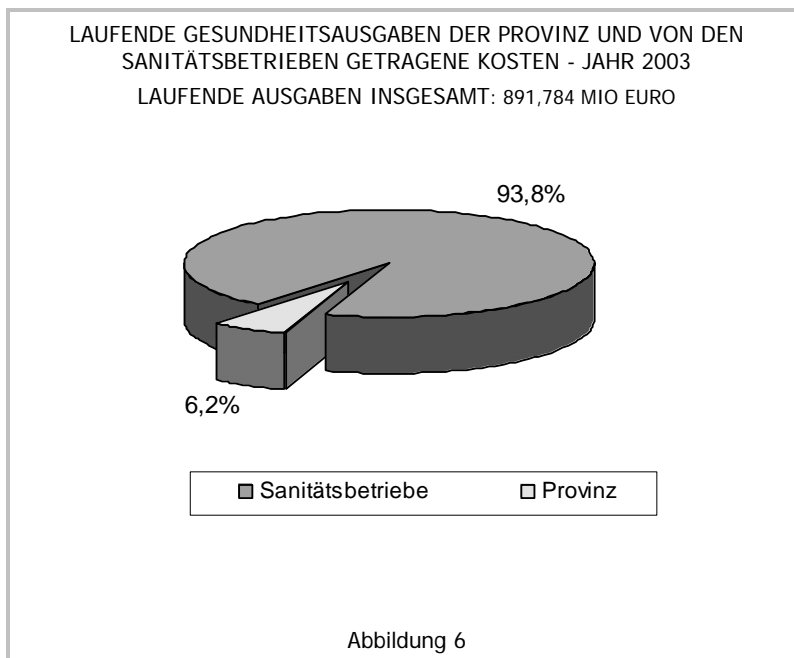
Die von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten wurden wie folgt berechnet: die Gesamtkosten des Aggregationsmodells, das nach der ministeriellen Logik erarbeitet wurde, wurden um jene

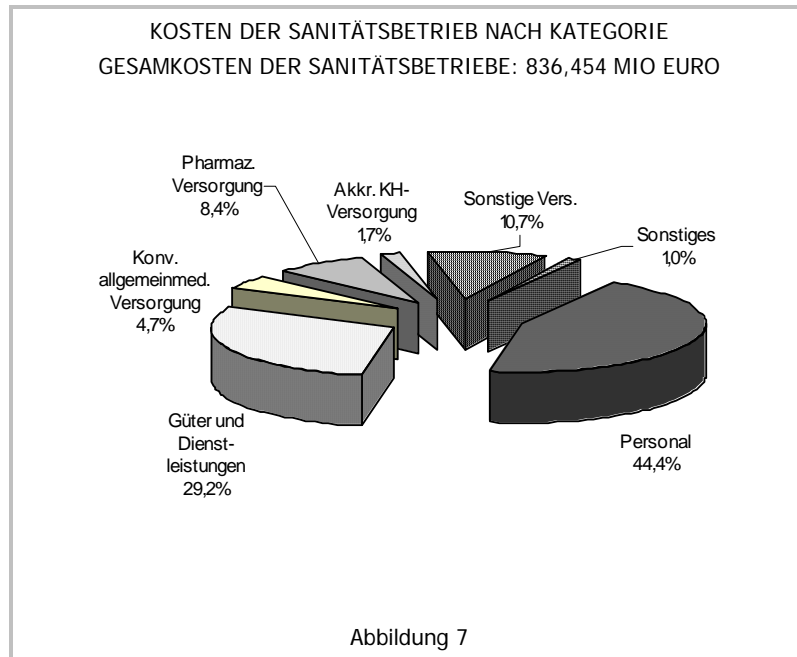
Kosten bereinigt, die nicht in der Finanzbuchhaltung berücksichtigt werden, wie Amortisationen, Rückstellungen, die passive Mobilität und die Restposten. Auch die Kosten für die Zusatzleistungen wurden nicht zu den Gesamtkosten der Sanitätsbetriebe gerechnet, sondern den laufenden Ausgaben der Provinz zugeschrieben, wie es in der Finanzbuchhaltung der Fall war.

Wie aus Abbildung 6 hervorgeht, machen die von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten 93,8% der laufenden Gesamtausgaben und die laufenden Ausgaben der Provinz 6,2% am Gesamtwert aus.

836,454 Millionen von den 891,784 Millionen Euro sind, in absoluten Werten berechnet, von den Sanitätsbetrieben getragene Kosten (nach der Aggregationslogik der Kosten, wie im Vorwort dieses Kapitels beschrieben). Sie werden größtenteils für das Personal, für den Verbrauch von Gütern und Dienstleistungen, für die Grundversorgung und sonstige konventionierte Gesundheitsleistungen aufgebracht. In Abbildung 7 wird die Unterteilung der von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten nach den wichtigsten Kategorien darstellt.

**Von den
Sanitäts-
betrieben
getragene
Kosten**





**Laufende
Gesundheits-
ausgaben der
Provinz**

Die von der Provinz getragenen laufenden Ausgaben belaufen sich für das Jahr 2003 auf 55,329 Millionen Euro. Sie umfassen die Beiträge für die Ausbildung des Gesundheitspersonals, die Ausgaben für die Umsetzung der Ziele des Landesgesundheitsplans und die Kostenrückerstattungen für die verschiedenen Formen der Zusatzleistungen, darunter Hauspflege und zahnärztliche Leistungen. Die laufenden Ausgaben zu Lasten des Landeshaushaltes erscheinen im Jahr 2003 rückläufig, da der Krankentransportdienst, der Hubschrauberrettungsdienst, die Versorgung in Österreich und die indirekte Versorgung gemäß Art. 76 des Landesgesetzes Nr. 7/2004 den Sanitätsbetrieben übertragen wurden.

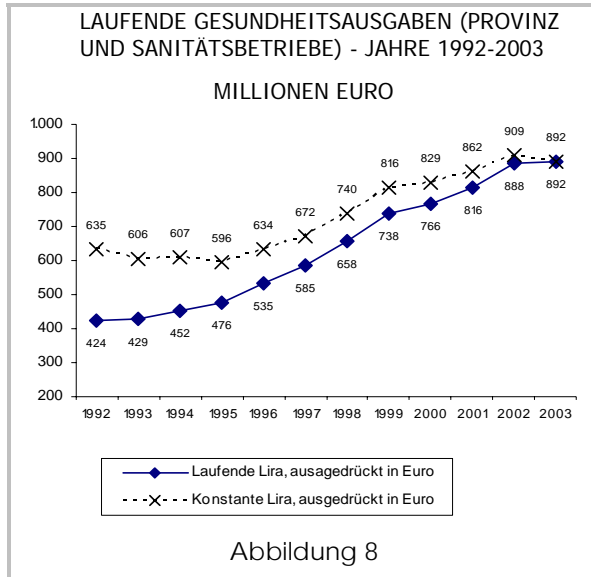


Abbildung 8

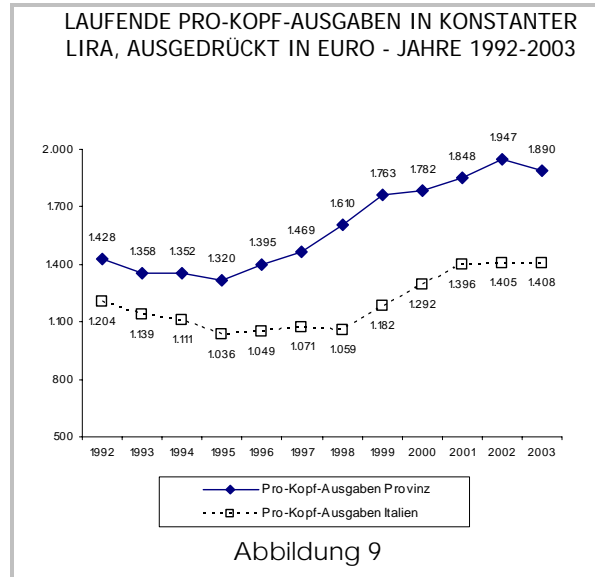


Abbildung 9

Die zeitliche Entwicklung der von der Landesverwaltung getragenen laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen, zu denen die Kosten der Sanitätsbetriebe im letzten Jahrzehnt hinzukommen, folgt im Wesentlichen dem bereits zuvor beschriebenen Trend der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen, da sich diese zu rund 86,3% aus laufenden Ausgaben zusammensetzen.

Zeitliche Entwicklung der laufenden Ausgaben

Interessant ist auch die Entwicklung der laufenden Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen von 1992 bis 2003. Die Abbildung 9 zeigt, dass die Südtiroler Pro-Kopf-Ausgaben jene auf gesamtstaatlicher Ebene übersteigen. Dies kann teilweise dadurch erklärt werden, dass der Landesgesundheitsdienst Leistungen erbringt, die in Versorgungsstufen fallen, welche über die nationalen Standards hinausgehen.

Laufende Pro-Kopf-Ausgaben der Provinz und Italiens

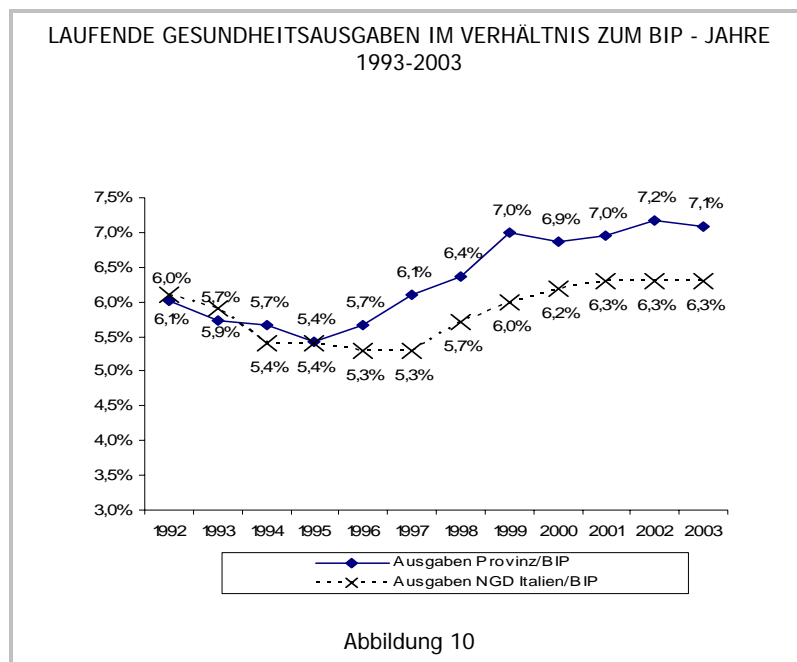
Die Südtiroler Pro-Kopf-Ausgaben sind höher als jene auf gesamtstaatlicher Ebene, wobei die Differenz im Laufe der letzten Jahre zugenommen und in den Jahren 1999 und 2000 49,2% bzw. 37,9% erreicht hat. Für das Jahr 2003 zeigt sich zwischen den Südtiroler und gesamtstaatlichen Pro-Kopf-Ausgaben eine Kluft von 34,3%. Zieht man jedoch von den Aufwendungen der Provinz die Zusatzleistungen ab, reduziert sich die Abweichung auf 28,8%.

Laufende Ausgaben und BIP

Eine weitere Bewertungsform der Entwicklung der laufenden Gesundheitskosten ist das Verhältnis

zwischen den laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen und dem Bruttoinlandsprodukt (BIP).

Dieses Verhältnis drückt die Quote der volkswirtschaftlichen Gesamtleistung aus, die für den Gesundheitsschutz durch das öffentliche Gesundheitswesen bestimmt ist. In Abbildung 10 ist die Entwicklung des prozentmäßigen Verhältnisses zwischen Gesundheitsausgaben und Bruttoinlandsprodukt auf Provinz- und Staatsebene dargestellt. Bereits ab 1994 überschreiten die Werte Südtirols jene Italiens; ab 1998 belief sich die Differenz auf fast 1 Prozentpunkt und blieb auch in den darauffolgenden Jahren weitgehend unverändert.



Analyse der laufenden Gesundheitsausgaben nach Kategorien

In der Folge wird eine Analyse der laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen nach Kategorien (Personal, Güter und Dienstleistungen, pharmazeutische Versorgung und allgemeinmedizinische Versorgung) vorgestellt. In den Tabellen werden nur die im Jahr 2003 von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten berücksichtigt, während die Schaubilder den zeitlichen Verlauf der von den Sanitätsbetrieben und der Provinz aufgewendeten laufenden Gesundheitsausgaben insgesamt nach Kategorien enthalten.

3.3.1. Laufende Gesundheitsausgaben für das Personal

Die von den Sanitätsbetrieben und von der Provinz getragenen Kosten für das angestellte Personal belaufen sich für das Jahr 2003 auf 371,049 Millionen Euro, was 41,61% der laufenden Gesundheitsausgaben ausmacht.

Die Daten zum Personal wurden für die Sanitätsbetriebe dem Kontenplan der Sanitätsbetriebe nach der Aggregationslogik des Gesundheitsministeriums (siehe Vorwort dieses Kapitels) entnommen. Dem Personal wurden jene Posten zugerechnet, die das ministerielle Modell der Gewinn- und Verlustrechnung auf das Gesundheitspersonal, Fachpersonal, technische Personal und Verwaltungspersonal zurückführt. Das Gesundheitspersonal, das Ärzte, im Gesundheitsbereich tätige Akademiker, Krankenpflegepersonal und technisch-sanitäres Personal umfasst, schneidet dabei stark in die Personalkosten ein.

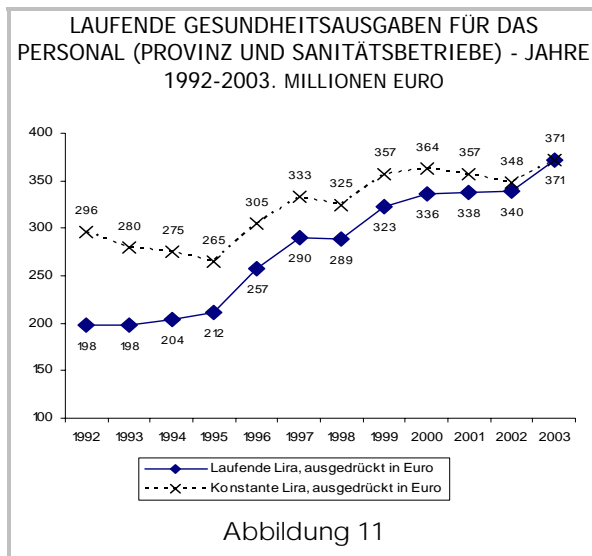


Abbildung 11

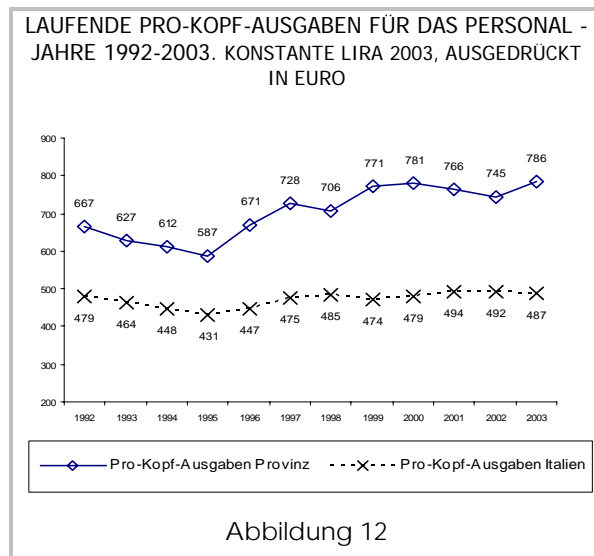


Abbildung 12

Tabelle 3: Kosten der Sanitätsbetriebe für das angestellte Personal - Jahr 2003 ¹

Ausgaben für das Personal	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Betriebe insges.
Insgesamt (Tausend €)	166.617	90.583	59.695	54.154	371.050
Pro-Kopf (€)	794,51	734,33	888,62	756,65	786,43
% an von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten	39,74%	47,18%	50,44%	50,69%	44,36%

Quelle: Sanitätsbetriebe

¹ Die Zuschreibung der Kosten für die für nicht ansässige Bürger erbrachten Leistungen (aktive Mobilität) ist deutlich spürbar.

**Personalkosten
nach
Sanitätsbetrieb**

Die Tabelle 3 enthält eine Kostenaufteilung des Personals nach Sanitätsbetrieb.

Die höchsten Personalkosten an den insgesamt getragenen Kosten verzeichnet der Sanitätsbetrieb Bruneck mit 50,7% im Vergleich zum Sanitätsbetrieb Bozen mit 39,7%.

Die höchsten Pro-Kopf-Werte (Kosten des Personals im Verhältnis zur Wohnbevölkerung) werden im Sanitätsbetrieb Brixen erreicht, die niedrigsten im Sanitätsbetrieb Meran.

3.3.2. Laufende Gesundheitsausgaben für Güter und Dienstleistungen

Nach den Ausgaben für das Personal stellt der Erwerb von Gütern und Dienstleistung die zweitgrößte Kostenkategorie dar. In diese Kategorie fallen: Betriebskosten (pharmazeutische Produkte, Hämoderivate, Material für die Prophylaxe, Material für die Diagnostiken, chirurgische Behelfsmittel, etc.), Wartungs- und Reparaturkosten, Nutzung von Gütern Dritter (Pacht, Leasing-Gebühren), Verwaltungs- und allgemeine Kosten, Submissionsdienste (Wäscherei, Reinigung, Kantine, Heizung...), sonstige Gesundheitsdienste (Transport...), Beratungen, Abgaben und Steuern sowie sonstige mindere Kosten.

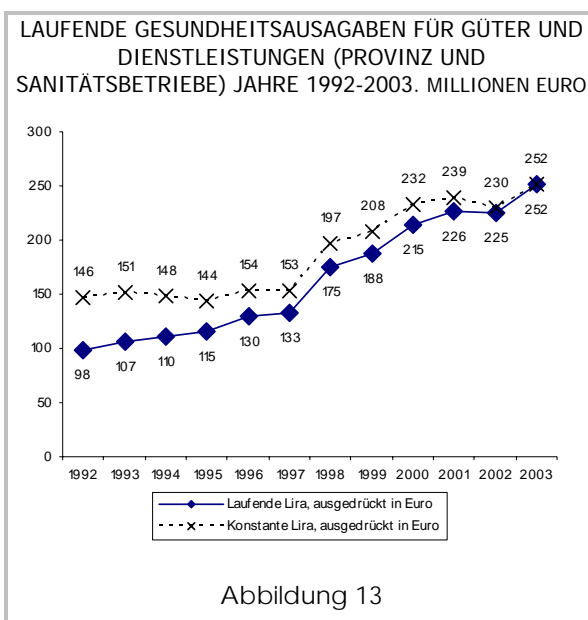


Abbildung 13

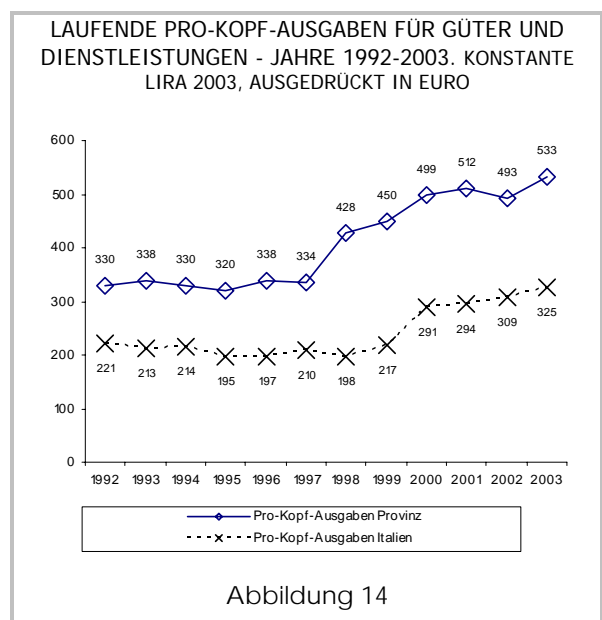


Abbildung 14

Zeitlicher Verlauf des Erwerbs von Gütern und Dienstleistungen Im Jahr 2003 betragen die Ausgaben für den Erwerb von Gütern und Dienstleistungen insgesamt (für die Sanitätsbetriebe und die Provinz) 251,638 Millionen Euro, 7.605 davon waren zu Lasten des Landeshaushalts. Der direkt von der Provinz getragene Anteil ist infolge des Übergangs von einigen Diensten an die Sanitätsbetriebe gemäß Art. 76 des Landesgesetzes 7/2001 im Vergleich zu den vergangenen Jahren rückläufig. Dabei handelt es sich um die Krankentransport- und Hubschraubertransportdienste, um die indirekte Versorgung sowie die Versorgung in Österreich. Im letzten Fünfjahreszeitraum ist ein ständiger Anstieg der Ausgaben für Güter und Dienstleistungen sowohl in absoluten Zahlen als auch pro Kopf zu beobachten. Im gesamtstaatlichen Vergleich verzeichnet die Provinz höhere Werte: die Kluft zwischen den Daten der Provinz und den gesamtstaatlichen Pro-Kopf-Werten kommen ab 1998 deutlicher zum Ausdruck.

Die Kosten für den Erwerb von Gütern und Dienstleistungen erreichten in den Sanitätsbetrieben im Jahr 2003 rund 244,032 Millionen Euro und stellten 29,2% der von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten dar. Der Prozentsatz schwankt in den einzelnen Betrieben von 22,8% des Sanitätsbetriebs Meran bis 33,0% des Sanitätsbetriebs Bozen. In Pro-Kopf-Werten verzeichnet wiederum Meran Werte pro Einwohner unter dem Landesdurchschnitt (rund 354,51 Euro pro Einwohner), Bozen darüber (658,92 Euro).

Kosten für den Erwerb von Gütern und Dienstleistungen nach Sanitätsbetrieb

Tabelle 4: Kosten der Sanitätsbetriebe für den Erwerb von Gütern und Dienstleistungen - Jahr 2003²

Ausgaben	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Betriebe insges.
Insgesamt (Tausend €)	138.183	43.730	33.134	28.985	244.032
Pro-Kopf (€)	658,92	354,51	493,23	404,99	517,22
% an von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten	32,96%	22,78%	28,00%	27,13%	29,17%

Quelle: Sanitätsbetriebe

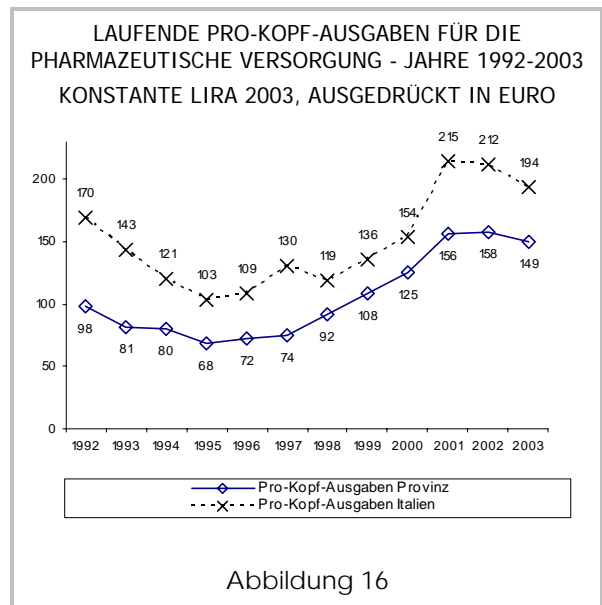
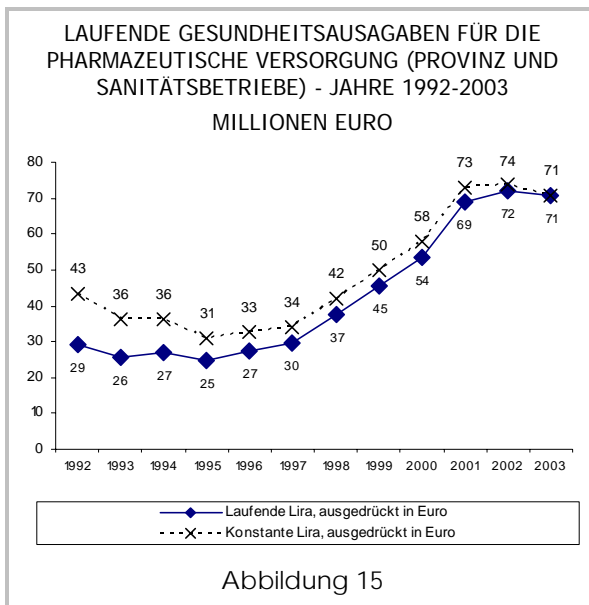
² Die Zuschreibung der Kosten für die für nicht ansässige Bürger erbrachten Leistungen (aktive Mobilität) ist deutlich spürbar.

3.3.3 Laufende Gesundheitsausgaben für die pharmazeutische Versorgung

Die Gesundheitsausgaben für die konventionierte pharmazeutische Versorgung beliefen sich im Jahr 2003 auf 70,502 Millionen Euro und machten für die Sanitätsbetriebe 8,4% ihrer im Betriebsjahr 2003 getragenen Kosten aus.

Die Ausgaben für die konventionierte pharmazeutische Versorgung verzeichneten in konstanter Lira 2003, ausgedrückt in Euro, einen zyklischen Verlauf: 1992 betrug die Ausgaben 43 Millionen Euro, 1995 erreichten sie den tiefsten Wert von 31 Millionen und kehrten 1998 wieder auf 42 Millionen zurück. Ab 1998 stiegen die pharmazeutischen Ausgaben fortlaufend an und überschritten in den letzten Jahren die 70 Millionen-Schwelle.

Aus dem Vergleich mit dem gesamtstaatlichen Durchschnitt geht hervor, dass die gesamtstaatlichen Pro-Kopf-Werte deutlich über den Landeswerten stehen, anders als für die vorherigen Kostenkategorien.



Kosten für die pharmazeutische Versorgung nach Sanitätsbetrieb

Auf Betriebsebene sind die Kosten für den Verbrauch der über die konventionierten Apotheken abgegebenen Medikamente im Sanitätsbetrieb Brixen am niedrigsten. Die Pro-Kopf-Werte für die

pharmazeutische Versorgung liegen über dem Landesdurchschnitt für den Sanitätsbetrieb Bozen, darunter für den Sanitätsbetrieb Brixen.

Leistungen der Sanitätsbetriebe für die pharmazeutische Versorgung - Jahr 2003³

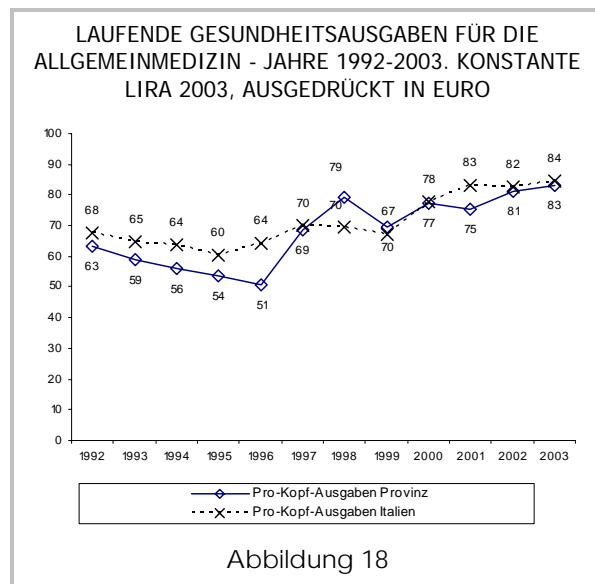
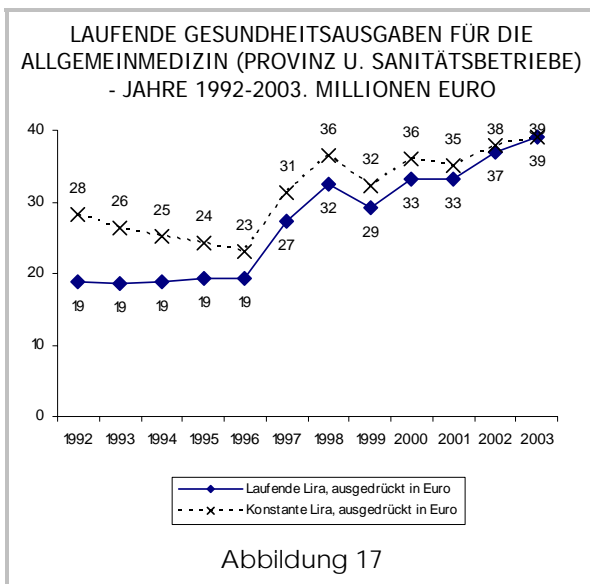
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Betriebe insges.
Leistungen (tausend €)	35.576	17.105	8.373	9.447	70.502
Anteil an Gesamtleistungen (in Prozent)	169,64	138,66	124,65	132,00	149,43
Anteil an Gesamtkosten (in Prozent)	8,48%	8,91%	7,08%	8,84%	8,43%

Quelle: Sanitätsbetriebe

3.3.4 Laufende Gesundheitsausgaben für die Allgemeinmedizin

Die Ausgaben für die Allgemeinmedizin blieben nominal unverändert bis zum Jahr 1996, verzeichneten jedoch 1998 im Vergleich zu 1996 einen realen Anstieg auf 36 Millionen Euro (in konstanter Lira 2003, ausgedrückt in Euro). Die Gründe dafür liegen in der Erneuerung der Konvention der Allgemeinmedizin. Im gesamtstaatlichen Vergleich lagen die Pro-Kopf-Ausgaben des Landes für die Allgemeinmedizin immer unter dem nationalen Durchschnitt, außer im Zweijahreszeitraum 1998-99, in dem eine Trendumkehr zu beobachten war.

Zeitlicher Verlauf der Ausgaben für die Allgemeinmedizin



³ Die Zuschreibung der Kosten für die für nicht ansässige Bürger erbrachten Leistungen (aktive Mobilität) ist deutlich spürbar.

Die Kosten für die Allgemeinmedizin an den von den Sanitätsbetrieben insgesamt getragenen Kosten machen in etwa 4,7% aus.

**Kosten für die
Allgemeinmedizin
nach
Sanitätsbetrieb**

Auf Betriebsebene schwanken die Pro-Kopf-Werte zwischen 80,40 Euro für den Sanitätsbetrieb Meran und 84,65 Euro für den Sanitätsbetrieb Bozen.

Tabelle 6: Kosten der Sanitätsbetriebe für die Allgemeinmedizin - Jahr 2003⁴

Ausgaben	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Beti
Insgesamt (Tausend €)	17.753	9.918	5.618	5.883	
Pro-Kopf (€)	84,65	80,40	83,64	82,20	
% an von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten	4,23%	5,17%	4,75%	5,51%	

Quelle: Sa

**Investitionsausgaben
der Sanitätsbetriebe
und der Provinz**

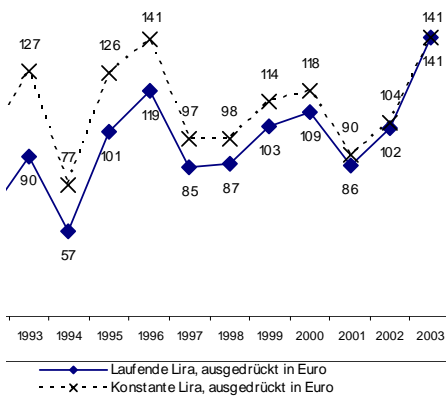
3.4. Investitionsausgaben für das Gesundheitswesen

Die insgesamt von den Sanitätsbetrieben und von der Provinz getragenen Gesundheitsausgaben für Investitionen in Liegenschaften, Einrichtungen und biomedizinische Geräte beliefen sich im Jahr 2003 auf rund 141,424 Millionen Euro, was 13,7% der Gesamtkosten für das Gesundheitswesen entspricht. Davon waren 91,161 Millionen Euro zu Lasten des Haushalts der Sanitätsbetriebe und die restlichen 50,263 Millionen Euro zu Lasten des Landeshaushalts (Abbildung 19).

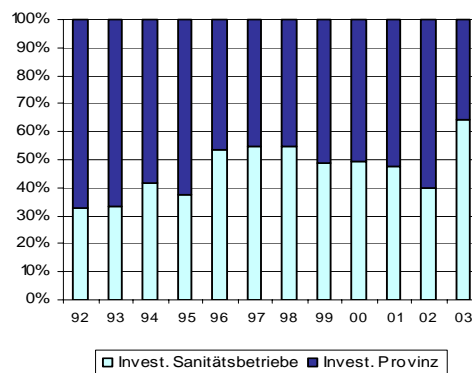
⁴ Die Zuschreibung der Kosten für die für nicht ansässige Bürger erbrachten Leistungen (aktive Mobilität) ist deutlich spürbar.



**INVESTITIONSAUSGABEN FÜR DAS
HEILTWESEN (SANITÄTSBETRIEBE UND
PROVINZ) - JAHRE 1992-2003**



**INVESTITIONSAUSGABEN NACH SANITÄTSBETRIEBEN
UND PROVINZ - JAHRE 1992-
2003**

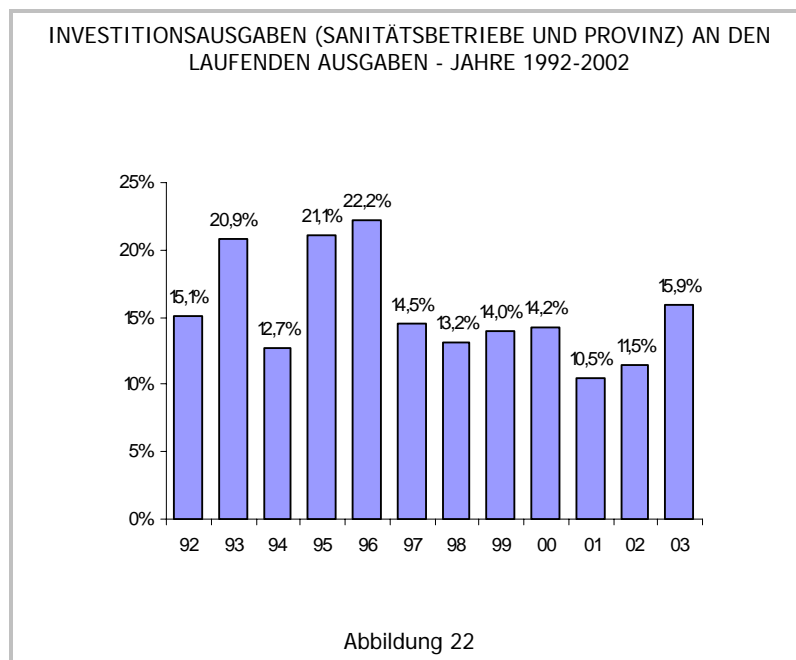


In den letzten Jahren ist festzustellen, dass die prozentmäßige Verteilung der Investitionen zu Lasten der Betriebe und der Provinz eine zeitlich unterschiedliche Entwicklung erlebt hat. Zu Beginn des berücksichtigten Zeitraums zwischen 1992 und 1995 waren die Investitionsausgaben zu Lasten der Provinz höher als jene der Sanitätsbetriebe; von 1996 bis 1998 drehte sich die Lage um: höhere Kosten entfielen auf die Sanitätsbetriebe. Von 1999 - 2002 ergaben sich erneut höhere Ausgaben für die Provinz, im Jahr 2003 wird wieder eine Trendumkehr verzeichnet (Abbildung 21).

Der unterschiedliche Verlauf in den einzelnen Jahren beruht auf der Art der Investitionen, insbesondere solcher, die umfangreiche Finanzierungen erfordern.

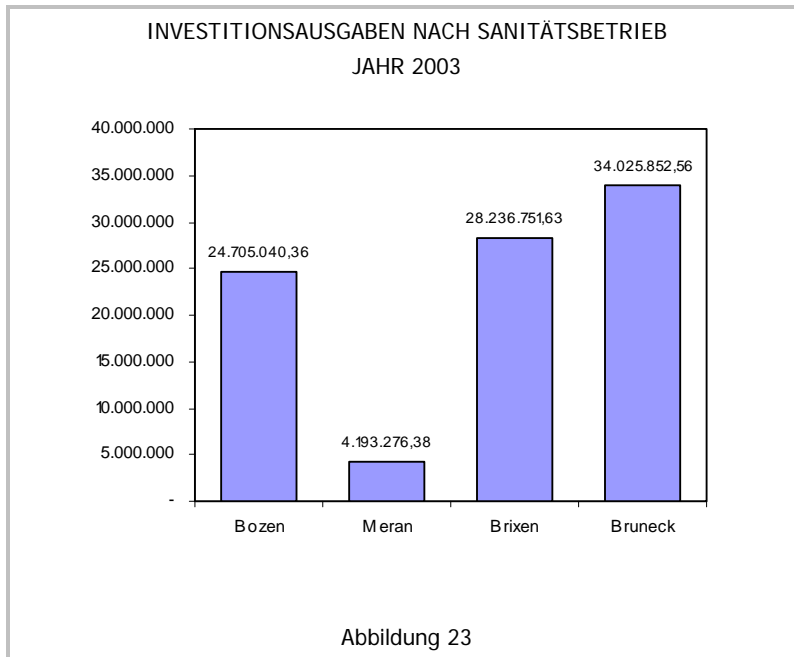
**Zeitliche
Entwicklung**

Der Verlauf der Investitionsausgaben in der Provinz im Jahrzehnt 1992 - 2003 zeigt nominal und real, dass der Einsatz von finanziellen Mitteln von Jahr zu Jahr sehr unterschiedlich war. Vor allem in den Jahren 1995 und 1996 waren die Investitionsaufwendungen besonders hoch (Abbildung 20). Dieses Resultat ergibt sich auch aus der zeitlichen Analyse der prozentmäßigen Verteilung der Investitionskosten der Sanitätsbetriebe und Provinz im Verhältnis zu den laufenden Ausgaben insgesamt. 1996 erreichten die Investitionsausgaben 22,2% der laufenden Gesundheitsausgaben, gegenüber 13,2% im Jahr 1998 und 15,9% von 2003 (Abbildung 22).



Bei der Aufgliederung der Investitionsausgaben für 2003 nach Sanitätsbetrieb ergeben sich für den Sanitätsbetrieb Bruneck hohe Aufwendungen gegenüber den bescheideneren des Sanitätsbetriebs Meran (Abbildung 23).

**Investitions-
ausgaben nach
Sanitätsbetrieb**



3.5. Tarife für Krankenhausaufenthalte und Mobilitätssalden

3.5.1. Tarife für Krankenhausaufenthalte und entsprechende Mobilitätssalden

Landestarifverzeichnis 1996 für den ordentlichen Aufenthalt von Akutkranken

Entsprechend den Vorschriften der Ministerialverordnung vom 15.04.94 „Bestimmung der allgemeinen Kriterien für die Festsetzung der Tarife für die fachmedizinische Versorgung, Rehabilitation und Krankenhausversorgung“ führte die Landesverwaltung im Jahr 1996 ein erstes Landestarifverzeichnis für ordentliche Krankenhausaufenthalte von Akutkranken ein, das mit Beschluss der Landesregierung Nr. 6878 vom 29.12.95 angenommen und in seiner Gültigkeit auf das Jahr 1996 beschränkt wurde.

Landestarifverzeichnis 1997 für die Aufenthalte von Akutkranken in ordentlicher Form, in der Tagesklinik, in der post-akuten Rehabilitation und post-akuten Langzeitpflege

Im Jahr 1997 wurde das Tarifverzeichnis für ordentliche Krankenhausaufenthalte mit Beschluss der Landesregierung Nr. 2835 vom 23.06.97 auf die Aufenthalte von Akutkranken in der Tagesklinik, in der post-akuten Rehabilitation und der post-akuten, nicht stabilisierten Langzeitpflege ausgeweitet. Aus dem Tarifverzeichnis ausgeschlossen wurden die sogenannten Aufenthalte von chronischen Kranken (stabilisierte Langzeitpflege).

Für die Aufenthalte von Akutkranken (ordentliche und in der Tagesklinik) sieht das ab 1997 geltende Tarifverzeichnis differenzierte Tarife je nach Anbieter vor, die auf der Grundlage der Komplexität der behandelten Kasuistik und der funktionellen und organisatorischen Komplexität sowie je nach Ausmaß der erbrachten Leistungen nach dem folgenden Schema festgelegt sind:

A) Krankenhauseinrichtungen mit Erste-Hilfe-Diensten und Intensiv- oder Halbintensivtherapie und allem, was besondere organisatorische und apparative Bemühungen erfordert:

- komplexe Einrichtungen (Krankenhaus Bozen),
- mittelkomplexe Einrichtungen (Krankenhaus Meran, Brixen und Bruneck),
- Basiseinrichtungen (Krankenhaus Schlanders, Sterzing, Innichen);

B) Krankenhauseinrichtungen ohne Erste-Hilfe-Dienste, Intensiv- oder Halbintensivtherapie und allem, was besondere organisatorische und apparative Bemühungen erfordert:

- akkreditierte Privatkliniken.

Das Landestarifverzeichnis wurde im Jahr 2000 mit Beschluss der Landesregierung Nr. 697 vom 28.02.2000 mit einer vollständigen Aktualisierung der Krankenhausversorgung in Form von Aufenthalten überarbeitet; partielle Änderungen und Ergänzungen wurden 2001 mit den Beschlüssen der Landesregierung Nr. 2797 vom 27.08.2001 (Aufenthalte von Akutkranken) und Nr. 4560 vom 17.12.2001 (post-akute Aufenthalte) angebracht.

Tabelle 7: Tarife auf Provinz- und gesamtstaatlicher Ebene für ordentliche Aufenthalte von Akutkranken. Werte in Euro nach äquivalenter Aufenthalts-DRG

Einrichtungen	Landestarif 2001	Nationaler Tarif 1997	% Ver. LT 2001/ NT 1997
Komplex	2.721,16	2.591,58	+5,0%
Mittelkomplex	2.462,00	2.591,58	- 5,0%
Basis	2.332,42	2.591,58	-10,0%
Privatklinik	2.073,26	2.591,58	-20,0%
Provinz insgesamt	2.523,56	2.591,58	- 2,6%

Quelle: A.P.B. – Amt für Gesundheitsökonomie

Aus einem Vergleich zwischen dem mit Beschluss der Landesregierung Nr. 2835/97 (in Kraft bis 1999) angenommenen

Landestarifverzeichnis und dem mit Beschluss der Landesregierung Nr. 2835/97 (in Kraft ab 2000) angenommenen Tarifverzeichnis, abgeändert und ergänzt durch die Beschlüsse der Landesregierung Nr. 2797/2001 und Nr. 4560/2001, geht hervor, dass der durchschnittliche Aufenthaltstarif (durchschnittlicher Einheitstarif) um rund 1% von 2.495,00 Euro auf 2.523,56 Euro erhöht wurde. Diese Erhöhung ist auf den Anstieg der Tarife infolge der Verabschiedung der Verordnung des Gesundheitsministeriums vom 30. Juni 1997 zurückzuführen, das durchschnittlich eine Erhöhung der Tarife um 2% im Vergleich zum vorhergehenden nationalen Tarifverzeichnis aufweist, wobei der durchschnittliche Tarif von 2.539,94 Euro auf 2.591,58 Euro pro äquivalenten Aufenthalt anstieg.

Gegenüber dem nationalen Tarifverzeichnis 1997 hält sich das neue Landesverzeichnis, das mit den Beschlüssen der Landesregierung Nr. 2797/2001 und Nr. 4560/2001 angenommen wurde – beschränkt auf die ordentlichen Aufenthalte von Akutkranken – also nach wie vor an die Auflage, nach welcher der Landestarif die im gesamtstaatlichen Tarifverzeichnis vorgesehene Höchstgrenze nicht überschreiten darf, da dieser immer noch um etwa 2,6% unter dem gesamtstaatlichen Durchschnittstarif liegt.

Signifikante Erneuerungen brachte die Aktualisierung des Tarifverzeichnisses 2001 mit Bezug auf die ordentlichen Aufenthalte von Akutkranken, darunter:

- Erhöhung um 5% der Tarife für Aufenthalte von Akutkranken in Privatkliniken;
- Ergänzung der DRG-Liste mit drei neuen Leistungen infolge der Einführung des neuen Kodierungssystems auf Provinzebene, das auf der italienischen Übersetzung der ICD-9-CM-Klassifikation, Version 1997 beruht, und der Annahme des Grouper 14 für die Kodierung der DRGs.

In Bezug auf die Tagesklinikaufenthalte (Tagesklinik und Day-Surgery) bleiben die Anwendungs- und Förderungsmodalitäten, die gemäß Beschluss der Landesregierung Nr. 697/2000 vorgesehen sind, aufrecht: hinsichtlich ihrer Anwendung bezieht sich der Tarif für die Tagesklinik auf den einzelnen Zugang, während der Day-Surgery-Tarif die spezifische Leistung, unabhängig von der Anzahl der Aufenthalte, betrifft. Die Tarife der Tagesklinikaufenthalte mit

chirurgischem Eingriff umfassen nämlich die gesamte Behandlung des Patienten, d.h. sowohl die Untersuchungen und Visiten vor der Operation als auch den chirurgischen Eingriff und die Kontrollen nach der Operation, auch wenn diese während verschiedener Aufenthalte stattfinden.

Mit Beschluss Nr. 2797/01 werden die bereits vom Beschluss Nr. 697/2000 vorgesehenen Tarifaufschläge sowohl in Bezug auf die chirurgischen als auch medizinischen Tagesklinikaufenthalte bekräftigt. Aufrecht bleibt die Liste der als Day-Surgery-Aufenthalte wählbaren DRGs, d.h. der Aufenthalte mit chirurgischem Eingriff, für die der Tarif 80% des entsprechenden Tarifs der ordentlichen Aufenthalte ausmacht. Diese Aufenthalte können und müssen (sofern es der Zustand des Patienten erlaubt) anstatt in Form eines ordentlichen Aufenthalts „an einem Tag“ stattfinden. Einige Beispiele: Eingriff für Venenligatur und -stripping, Eingriff wegen Bruch, Eingriff am Knie in Arthroskopie, chirurgische Entlastung des Karpaltunnels, Eingriff wegen Dilatation und Ausschabung der Gebärmutter. Für sie ist ein Aufschlag von 80% des entsprechenden, für den ordentlichen Aufenthalt mit einer Aufenthaltsdauer von mehr als einem Tag vorgesehenen Tarifs vorgesehen.

In Bezug auf die Aufenthalte mit medizinischem Eingriff legt der Beschluss der Landesregierung Nr. 2797/01 eine Erhöhung des Tarifs für die Chemotherapie-Aufenthalte in der Tagesklinik (DRG 410 und 492) fest, wodurch diese Form der Versorgung gefördert wird.

Tabelle 8: Landestarife und nationale Tarife für die post-akute Rehabilitation und post-akute, nicht stabilisierte Langzeitpflege pro äquivalenten Aufenthaltstag. Werte in Euro

Einrichtungen	Rehabilitation		Rehabilit. in Tagesklinik		Langzeitpflege	
	Landes-tarif 2001	% Ver. LT '01 NT '97	Landestarif 2001	Landes-tarif 2001	% Ver. LT '01 NT '97	
Öffentliche	216,67	- 10,0%	173,32	183,34	+33%	
Private	193,67	- 20,0%	154,94	183,34	+33%	

Quelle: A.P.B. – Amt für Gesundheitsökonomie

Für die post-akuten Rehabilitationsaufenthalte und die Aufenthalte von nicht stabilisierten Langzeitkranken bringt das mit Beschluss der Landesregierung 4560/2001 angenommene

Landestarifverzeichnis im Vergleich zum vorhergehenden einige Änderungen an (Tabelle 9):

- Aktualisierung der Tarife für ordentliche Rehabilitationsaufenthalte und Aufenthalte von post-akuten Langzeitkranken für die Pflegeheime;
- Festlegung der Tarife für die Rehabilitation in der Tagesklinik auf 80% der Tarife für ordentliche Aufenthalte;
- Änderung der Schwellenwerte der post-akuten Rehabilitationsaufenthalte, worüber hinaus eine Verminderung um 40% des Tagessatzes pro MDC angewandt werden muss, außer für die vom Beschluss der Landesregierung 6321/1998 zugelassenen Abweichungen.

Auch für diese Art von Leistungen findet das Kriterium der Tarifdifferenzierung nach Art der Einrichtung Anwendung, wobei zwischen öffentlichen und privaten Anbietern unterschieden wird, mit Ausnahme der post-akuten Aufenthalte von Langzeitkranken, für welche es nur einen Tarif gibt.

Zur Rückführung der Verweildauer, und ohne dass der Patient direkt für die Kosten aufkommen muss (in Einklang mit den einschlägigen nationalen Bestimmungen zur Rückgewinnung der Effizienz), setzt der Beschluss der Landesregierung Nr. 6337 vom 1.12.97 fest, dass die eng und unmittelbar mit dem geplanten Aufenthalt verbundenen fachmedizinischen Leistungen, die dem Patienten vorab in der Einrichtung, in welcher der Aufenthalt erfolgt, zuteil werden, mit dem alles umfassenden Tarif für den Aufenthalt selbst vergütet werden und nicht der Kostenbeteiligung durch den Bürger unterliegen.

Die Bestimmung bezüglich der Leistungen vor dem Aufenthalt wurde mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1385 vom 19.04.1999 zusätzlich erweitert; dabei wurde die Unentgeltlichkeit für den Patient der fachmedizinischen Leistungen im Ambulatorium auch auf den Fall des Aufenthalts in einer anderen Einrichtung bezogen. Diese Ausnahme gilt für alle Fälle, für die der Landesgesundheitsplan 2000-2002 Konventionen zwischen den Sanitätsbetrieben für nicht direkt erbrachte Leistungen vorsieht. Diese Maßnahme soll den Bürgern zugute kommen, die sich für einen geplanten Krankenhausaufenthalt an einen Sanitätsbetrieb außerhalb ihres Wohngebietes wenden

müssen, da sie in diesem Fall kein Ticket für die mit dem Aufenthalt verbundenen fachmedizinischen Leistungen bezahlen.

Mit den Beschlüssen der Landesregierung Nr. 4560/01 und Nr. 2797/01 wurde das Prinzip der Unentgeltlichkeit für den Patient nicht nur auf die Leistungen vor dem Aufenthalt, sondern auch auf jene nach dem Aufenthalt ausgedehnt, und im Besonderen auf die Erstuntersuchung und die erste Wundbehandlung innerhalb von 30 Tagen ab Entlassung aus Abteilungen für Akutkranke als Bestandteil des Aufenthalts selbst.

Die Tarife für Krankenhausaufenthalte werden laut Bestimmungen auch für die Kompensation der überbetrieblichen, überregionalen und internationalen Mobilität im Gesundheitswesen verwendet. Die Mobilität (sowohl aktiv als auch passiv) zwischen den Landessanitätsbetrieben wird als überbetriebliche Mobilität bezeichnet und direkt zwischen den Betrieben kompensiert. Diejenige mit anderen italienischen Regionen wird als überregionale Mobilität bezeichnet, und die entsprechende Kompensation erfolgt auf der Ebene der Regionen und der Autonomen Provinzen. Die Mobilität mit dem Ausland (internationale Mobilität) wird auf gesamtstaatlicher Ebene kompensiert.

In finanzieller Hinsicht gelten als Passivposten die vom Sanitätsbetrieb getragenen Kosten für eigene Einwohner, die Aufenthalte in anderen Sanitätsbetrieben in Anspruch nehmen (passive Mobilität); als Aktivposten gelten die Einnahmen für Aufenthalte, die vom Sanitätsbetrieb geleistet und von nicht im Zuständigkeitsgebiet des Sanitätsbetriebs ansässigen Bürgern in Anspruch genommen werden (aktive Mobilität). Der Saldo, der sich aus der Differenz zwischen passiver und aktiver Mobilität ergibt, ist Gegenstand der Kompensation.

Die Abbildungen 24, 25 und 26 enthalten die Daten über die Beträge der für das Jahr 2002 in aktive und passive Mobilität überbetriebliche und überregionale Mobilität und für das Jahr 2000 internationalen Mobilität unterteilten Aufenthalte. In den Tabellen 9, 10 und 11 wird die Mobilität in der Anzahl von Aufenthalten und entsprechendem Betrag dieser ausgedrückt. Was die überbetriebliche Mobilität betrifft, verzeichnet der Sanitätsbetrieb Brixen die höchsten Werte für die aktive Mobilität hinsichtlich der Anzahl der Aufenthalte, nämlich 5.731. Für die passive

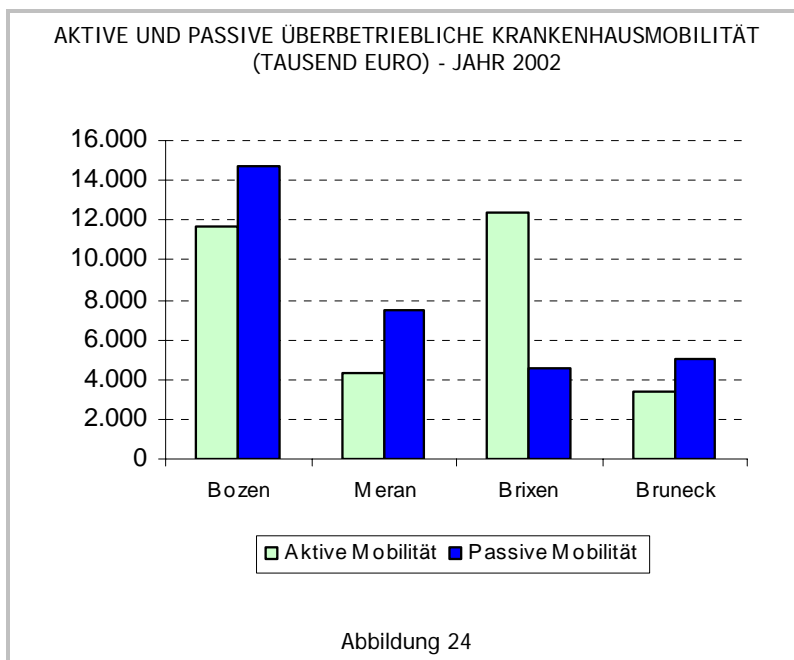
überbetriebliche Mobilität weist der Sanitätsbetrieb Bozen hinsichtlich der Aufenthalte die höchsten absoluten Werte im Vergleich zu den anderen Sanitätsbetrieben auf, nämlich 6.772.

Tabelle 9: Aufenthalte in Bezug auf die öffentliche aktive und passive überbetriebliche Krankenhausmobilität und entsprechender Betrag - Jahr 2002

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Ins.
Aktive Mobilität					
Aufenthalte	3.535	2.044	5.731	1.985	13.295
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	11.679	4.335	12.342	3.440	31.796
Passive Mobilität					
Aufenthalte	6.772	2.629	1.846	2.048	13.295
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	14.749	7.465	4.580	5.002	31.796
Saldo aktiv - passiv (Tausend Euro)	-3.070	-3.130	7.762	-1.562	0

Quelle: A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

Im Vergleich zum Jahr 2001 verzeichnet der Sanitätsbetrieb Bozen einen ansteigenden negativen Saldo der überbetrieblichen Mobilität um 67,6%, während der Sanitätsbetrieb Meran den negativen Mobilitätssaldo um 18,7% reduzieren konnte.



In Bezug auf die überregionale Krankenhausmobilität verzeichnen die Sanitätsbetriebe Bozen und Meran in absoluten Aufenthaltswerten eine höhere passive als aktive Mobilität. Wenn

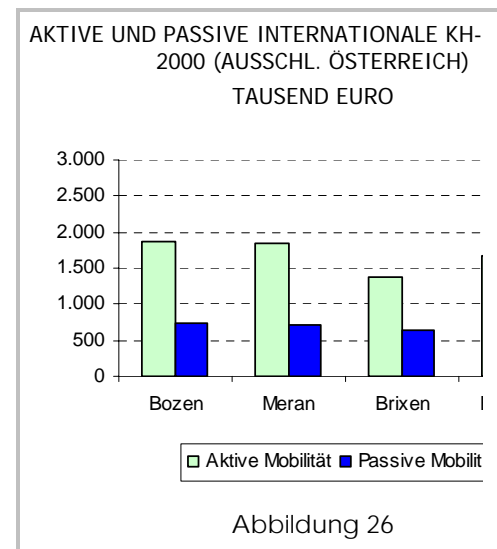
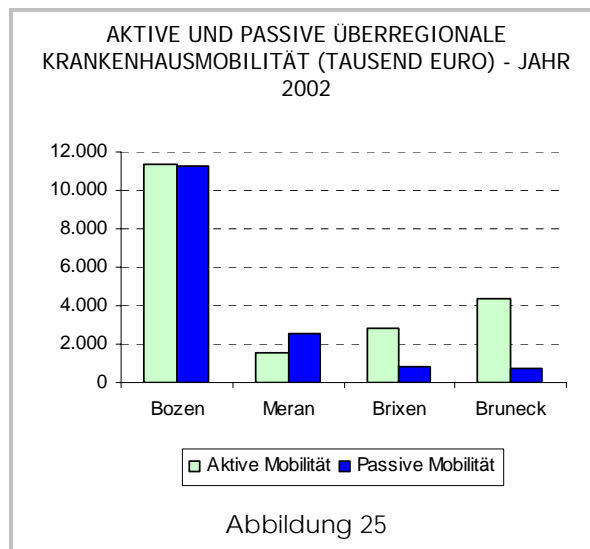
man die Beträge betrachtet, verzeichnet Meran einen Negativsaldo von rund 1 Million Euro, während der Sanitätsbetrieb Bozen ein ausgezeichnetes Ergebnis gegenüber 2001 (- 1.909 Euro) mit einem positiven Wert von 128.000 Euro erzielt.

Tabelle 10: Aufenthalte in Bezug auf die aktive und passive überregionale Krankenhausmobilität und entsprechender Betrag - Jahr 2002

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Ins.
Aktive Mobilität					
Aufenthalte	3.335	648	1.303	2.578	7.864
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	11.404	1.536	2.842	4.387	20.169
Passive Mobilität					
Aufenthalte	3.480	770	284	254	4.788
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	11.276	2.574	837	716	15.403
Saldo aktiv - passiv (Tausend Euro)	128	-1.038	2.005	3.671	4.766

Quelle: A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

Berücksichtigt man die aktive und passive überregionale Mobilität, so ist der Mobilitätssaldo mit rund 4,7 Millionen Euro insgesamt positiv.



Für die internationale Mobilität sind hingegen nur Daten von 2000 über den Gesamtaufenthaltswert verfügbar; außerdem sind die Krankenhausaufenthalte in Österreich weder in der aktiven noch

passiven internationalen Mobilität enthalten, da sie durch spezifische Konventionen geregelt sind.

Die Abbildungen 27 und 28 zeigen die Zusammensetzung der Ausgaben für die aktive und passive Mobilität im überregionalen und internationalen Bereich. Was die passive Mobilität betrifft, so werden Aufenthalte im Ausland am häufigsten von Patienten des Sanitätsbetriebs Brixen in Anspruch genommen. Hinsichtlich der aktiven Mobilität üben der Sanitätsbetrieb Meran die größte Attraktion für Ausländer und der Sanitätsbetrieb Bozen für außerhalb der Provinz ansässige Italiener aus.

Tabelle 11: Aufenthalte in Bezug auf die aktive internationale Krankenhausmobilität (ausschließlich Krankenhausversorgung in Österreich) - Jahr 2000

		Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Ins.
Aktive Mobilität						
Gesamtbetrag	(Tausend Euro)	1.867	1.840	1.370	1.671	6.748
Passive Mobilität						
Gesamtbetrag	(Tausend Euro)	735	708	642	395	2.480

Quelle: Abt. Gesundheitswesen – Amt für Gesundheitsökonomie

Insgesamt verzeichnet der internationale Krankenhausmobilitätssaldo gegenüber 1999 einen Anstieg von 52,5%.

FÜR PASSIVE ÜBERREGIONALE (2002) UND INTERNATIONALE (2000) KH-MOBILITÄT (TAUSEND EURO)

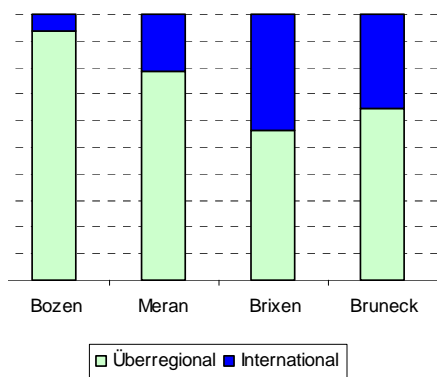


Abbildung 27

EINNAHMEN FÜR AKTIVE ÜBERREGIONALE (2002) UND INTERNATIONALE (2000) KH-MOBILITÄT (TAUSEND EURO)

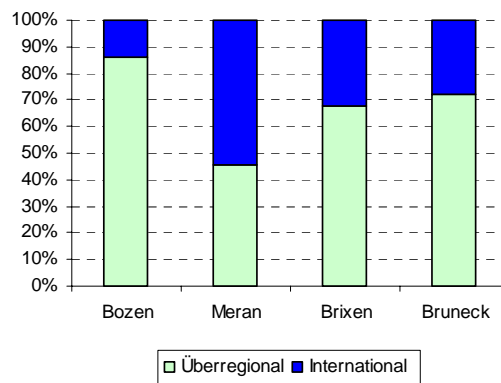


Abbildung 28

3.5.2. Tarife für fachmedizinische Leistungen und entsprechende Mobilitätssalden

Die Sanitätsbetriebe müssen den Bürgern die von den Versorgungsstufen vorgesehenen fachmedizinischen Leistungen in den Ambulatorien und für apparative Diagnosen und Laboruntersuchungen gewährleisten und sich dazu eigener Dienste oder anderer öffentlicher und privater Anbieter bedienen. Im zweiten Fall findet als Vergütungssystem die Zahlung nach Leistung Anwendung (Gesetzesverordnung Nr. 502/92 und nachfolgende Änderungen und Ergänzungen). Ebenso wie für die Krankenhausaufenthalte hat die Landesverwaltung auch für die ambulatorischen Leistungen ein eigenes Tarifverzeichnis auf der Grundlage eines nationalen Dokuments angenommen, das sowohl für die Zahlung des Tickets als auch für die Vergütung der zwischen den anbietenden Einrichtungen ausgetauschten Leistungen oder von den mit dem Landesgesundheitsystem konventionierten Privatkliniken erbrachten Leistungen benutzt wird.

Das System ist einfacher als für die Krankenhausaufenthalte, da für die fachmedizinischen Leistungen keine Tariffdifferenzierung zwischen den Leistungserbringern vorgesehen ist. Im Jahr 1998 verabschiedete die Landesregierung das Tarifverzeichnis für ambulatorische fachmedizinische Leistungen (Beschluss Nr. 2568 vom 15.06.98 und nachfolgende Änderungen und Ergänzungen) und gliederte dieses gemäß den in der Ministerialverordnung vom 22.07.96 (gesamtstaatliches Tarifverzeichnis) festgelegten Grundsätzen, Modalitäten und Kenngrößen.

Im selben Beschluss wurden gegenüber dem gesamtstaatlichen Tarif niedrigere Tarife für die Leistungen „Erstuntersuchungen“ und „Kontrolluntersuchungen“ festgesetzt, um die Patienten bei der Bezahlung der Tickets zu unterstützen.

Die Anwendung des Tarifverzeichnisses wurde auf alle öffentlichen und privaten Anwender ausgeweitet. Gleichzeitig wurden andere Leistungen der fachmedizinischen Versorgung (mit dem entsprechenden Tarif) beibehalten, insbesondere jene im Zusammenhang mit der Abgabe von Blut und Blutbestandteilen, den von den Patienten selbst bezahlten Leistungen (Untersuchungen, externe Konsultationen und Krankheitsberichte), den vor Ort oder zu Hause erbrachten und bereits zuvor tarifierten Leistungen. Außerdem

wurden Tarife für die Leistungen im Bereich Hygiene, Arbeitsmedizin, Medizinische Strahlenphysik für selbstzahlende Patienten aufgrund des Beschlusses Nr. 2573 vom 15.06.1998 mit nachfolgenden Änderungen und Ergänzungen ausgearbeitet.

Im Jahr 1999 wurden mit Beschluss Nr. 2390 vom 14.06.1999 Änderungen und Ergänzungen zum Tarifverzeichnis verabschiedet, das gleichzeitig durch Interpretationsrichtlinien vervollständig wurde.

Auch in den Jahren 2000 (Beschluss der Landesregierung Nr. 5044), 2001 (Beschlüsse Nr. 672 und 3668) und 2002 (Beschluss der Landesregierung Nr. 1.463) wurde das Tarifverzeichnis in einigen Teilen auf der Grundlage der von der Kommission für die Einfügungs-, Löschungs- und Änderungsentscheidungen der Leistungen eingebrachten und angenommenen Änderungsanträge aktualisiert.

Darüber hinaus ist das Tarifverzeichnis unter der Internetadresse www.provincia.bz.it/sanita/2303/index_d.asp mit aktuellen Informationen und genauen Angaben über die Anwendung der Tarife für alle, Mitarbeiter des Gesundheitswesens und normale Bürger, abrufbar.

Tabelle 12: Betrag für die überregionale Mobilität in der fachmedizinischen Versorgung - Jahr 2002

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Aktiv (Tausend Euro)	1.256	192	268	778	2.494
Passiv (Tausend Euro)	1.107	340	105	118	1.670
Saldo aktiv – passiv (Tausend Euro)	149	-148	163	660	824

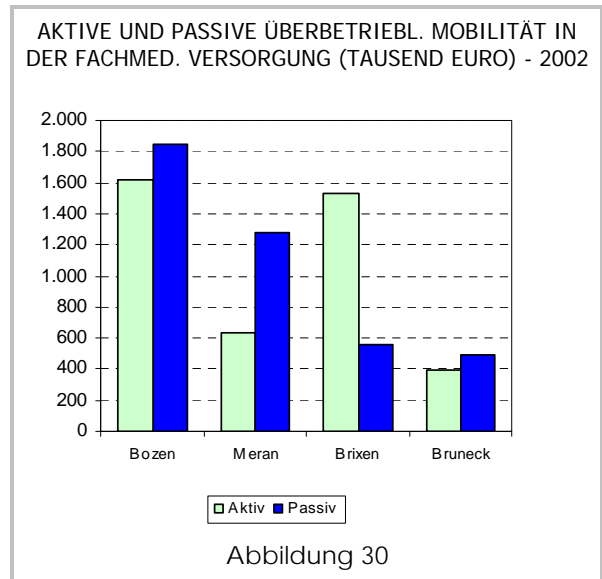
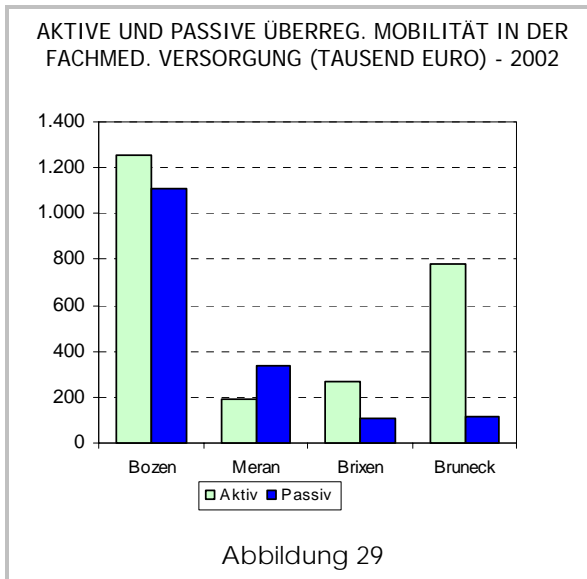
Quelle: A.P.B. – Amt für Gesundheitsökonomie

für die überbetriebliche Mobilität in der fachmedizinischen Versorgung - Jahr 2002

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
ro)	1.619	638	1.532	391	4.180
uro	1.848	1.279	562	491	4.180
ssiv (Tausend Euro)	-229	-641	970	-100	

Quelle: A.P.B. – Amt für Gesundheitsökonomie

Die Tarife entsprechen der maximalen Vergütung, die den Einrichtungen für im Rahmen des Landesgesundheitssystems erbrachte fachmedizinische Leistungen bezahlt werden darf.



Aktive und passive Mobilität in der fachmedizinischen Versorgung

Auch in diesem Fall werden die Tarife für die Kompensation der aktiven und passiven Mobilität verwendet. In finanzieller Hinsicht ist das Phänomen völlig identisch mit der Krankenhausmobilität.

Im Jahr 2002 war der überbetriebliche Mobilitätssaldo in der fachmedizinischen Versorgung positiv für den Sanitätsbetrieb Brixen, negativ hingegen für die Sanitätsbetriebe Bozen, Meran und Bruneck.

Auf überregionaler Ebene verzeichnete der Sanitätsbetrieb Bruneck einen hohen Aktivsaldo; auf der Saldo der Sanitätsbetriebe Bozen und Brixen war positiv, während Meran einen negativen Saldo aufweist. Hervorzuheben ist der positive Saldo des Sanitätsbetriebs Bozen im Jahr 2002, nachdem er im Jahr 2001 einen negativen Saldo von 78.000 Euro vorzuweisen hatte.

3.6 Das Finanzierungsmodell der Sanitätsbetriebe

2003 beruhte das Finanzierungsmodell für die laufenden Ausgaben der Sanitätsbetriebe (Beschluss der Landesregierung Nr. 4.832 vom 22.12.2003) auf dem Kriterium der standardisierten Pro-Kopf-Quote. Durch die Standardisierung soll die Pro-Kopf-Quote der Finanzierung pro Sanitätsbetrieb sowohl unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Bevölkerung als auch deren Verteilung im Landesgebiet und anderer Variablen differenziert werden. Alter und gebietsmäßige Verteilung der Bevölkerung sind nämlich Variablen, welche die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste durch die

Bürger, die Kosten der Leistungen und folglich den Bedarf der Sanitätsbetriebe an finanziellen Mitteln für die Erbringung der Gesundheitsleistungen zugunsten ihrer Einwohner beeinflussen.

Die standardisierte Pro-Kopf-Quote zur Finanzierung der Sanitätsbetriebe für ihre Einwohner deckt alle vom Sanitätsbetrieb getragenen Kosten, um den Einwohnern die auf Landesebene festgelegten Versorgungsstufen zu garantieren und dazu die eigenen Einrichtungen, die Einrichtungen anderer Betriebe oder anderer Anbieter in Anspruch zu nehmen. Die erforderlichen Mittel für besondere Vorhaben im Interesse der Provinz und des Staates, die im Landesgesundheitsplan vorgesehen sind, werden dagegen getrennt finanziert.

**Kriterium der
standardisierten Pro-
Kopf-Quote**

Tabelle 14: Finanzierung der laufenden Ausgaben nach dem Modell der Pro-Kopf-Quote.
Jahr 2001 - Werte in Tausend Euro - Jahr 2003

Modell der Pro-Kopf-Quote mit Korrekturfaktoren		
Sanitätsbetrieb Bozen	397.789	49,0 %
Sanitätsbetrieb Meran	190.937	23,5 %
Sanitätsbetrieb Brixen	114.169	14,1 %
Sanitätsbetrieb Bruneck	108.482	13,4 %
Finanzierung 2003 insges.	811.377	100,0 %

Quelle: A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

Das Kriterium der standardisierten Pro-Kopf-Quote beruht auf der Unterteilung der Gesamtmittel in folgende Bestandteile der Gesundheitsversorgung: Krankenhausversorgung, pharmazeutische Versorgung, fachmedizinische Versorgung, Altenpflege, Basismedizin, stationäre Versorgung und Kollektivversorgung.

Die Bedarfsbeträge für die verschiedenen Bestandteile der Gesundheitsversorgung wurden aufgrund der altersmäßigen Verteilung der Bevölkerung (der finanzielle Bedarf ist dort größer, wo es einen höheren Anteil an Kindern und älteren Menschen gibt) und auf der Grundlage des Ressourcenverbrauchs der Bevölkerung für jede Versorgungsform gewichtet, der sich aus der Gewichtung der lokalen (wenn verfügbar) oder nationalen Daten ergab. Bezieht man sich zum Beispiel auf den Ressourcenverbrauch für die Krankenhausversorgung der Bevölkerung zwischen 45 und 64 Jahren, ergibt sich, dass die Bevölkerung im Alter zwischen 65 und 74 Jahren einen doppelt so hohen Ressourcenverbrauch verzeichnet, die Bevölkerung im Alter von über 75 Jahren einen 4 mal höheren

Verbrauch und die Bevölkerung im Alter bis zu 1 Jahr einen ungefähr 3 mal höheren Verbrauch aufweisen.

Ein weiteres Element, welches das so ermittelte Bild vervollständigt, betrifft die für das Finanzierungsmodell nach gewichteter Bevölkerung verwendeten Korrekturfaktoren. Von dem der Aufteilung zugrunde gelegten Gesamtfonds wurden einige Ausgaben abgezogen, die nicht auf der Grundlage der gewichteten Bevölkerung aufgeteilt werden können und deshalb andere Kriterien erfordern. Diese Ausgaben betrafen im Jahr 2003:

- die Ausgaben für die noch bis 2002 von der Provinz verwalteten Dienste, die ab 2003 gemäß Art. 76 des LG 7/01 von den Sanitätsbetrieben absorbiert wurden (neu aufgeteilt nach dem Modell des effektiven Verbrauchs)
- die Mobilität im Gesundheitswesen
- die getrennte Finanzierung der überbetrieblichen Dienste (Sanitätsbetrieb Bozen)
- die getrennte Zuweisung der Finanzmittel für spezifische Projekte, unabhängig von der Finanzierungsquelle
- die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in den Altersheimen.

Tabelle 14 enthält die Finanzierungsbeträge der laufenden Ausgaben des Jahres 2003 zugunsten der Sanitätsbetriebe unter Anwendung der standardisierten Pro-Kopf-Quote mit Korrekturfaktoren.