

ANLAGE 1

1. ART UND WEISE UND INHALT DER VERHANDLUNG

1.1 Der Sanitätsbetrieb (SB) schließt die Jahres- und Mehrjahresverträge (generell dreijährig) für die Erbringung von Leistungen im Bereich der ambulanten Fachmedizin und der Einweisungen für Akut- und Postakutfälle im Krankenhaus zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes (LGD) mit den privaten akkreditierten Einrichtungen ab, nachdem folgendes festgehalten worden ist:

- Bedarf an Leistungen. Dieser Bedarf wird auf der Grundlage der mittel- und kurzfristigen Planungsdokumente des Landes, sowohl allgemeiner Art (z. B. Landesgesundheitsplan, Beschluss über den Gesundheitsbedarf) als auch sektoraler Art (z. B. Rehabilitationsplan, Netzwerk für Essstörungen usw.), unter Berücksichtigung der Tätigkeiten, die direkt von den durch den Sanitätsbetrieb verwalteten Einrichtungen erbracht werden, und der verfügbaren wirtschaftlichen und finanziellen Mittel ermittelt.
- Anforderungen an den zu leistenden Dienst, mit besonderem Bezug auf die Zugänglichkeit, Angemessenheit, Wartezeiten und Betreuungskontinuität, mit Beachtung der allgemeinen Voraussetzungen zur Akkreditierung;
- die maximale Menge an Leistungen, die im Einklang mit dem geplanten Bedarf und den verfügbaren Ressourcen ausgelagert werden können;
- Qualität, die für die zu erbringenden spezifischen Gesundheitsleistungen erforderlich ist, und weitere Angaben;
- Einrichtungen, die vertraglich gebunden werden sollen, werden gemäß Art. 8-quinquies Abs. 1-bis des Gesetzesdekret 502/1992 in einem transparenten, gerechten und nichtdiskriminierenden Verfahren ermittelt, nachdem der Sanitätsbetrieb eine Bekanntmachung mit objektiven Auswahlkriterien veröffentlicht hat;
- Höchstmengen, die von jedem Vertragspartner geliefert werden können, aufgeteilt nach Art der Betreuung. Bei der Festlegung der Höchstmengen, die erbracht werden können, muss sich der Sanitätsbetrieb auf den Leistungsbedarf der einheimischen Patienten stützen, wobei auch ein physiologischer Anteil des Zugangs von nicht einheimischen Patienten aufgrund des Grundsatzes der freien Wahl der Einrichtung seitens des Patienten im Rahmen des nationalen Gesundheitsdienstes (NGD) berücksichtigt wird. Die Ausgabenhöchstgrenze ist einheitlich und kann nicht nach dem Wohnsitz des Patienten differenziert werden;
- Vergütung pro Leistung und für die Gesamtheit der Leistungen, die erbracht werden können;
- die veranschlagten Ausgabenhöchstgrenzen für die vereinbarten Tätigkeiten als Höchstgrenze für die Ausgaben, die vom Sanitätsbetrieb getragen werden können;
- Informationspflicht der Einrichtungen zur Überwachung der Vereinbarungen und der Verfahren zur internen und externen Kontrolle, um die bereits bestehenden Informationsflüsse des Landes zu ergänzen;
- die endgültige Überprüfung der veranschlagten Ausgabenobergrenze auf der Grundlage der erzielten Ergebnisse und der tatsächlich durchgeführten Tätigkeiten;
- Verfahren zur Kontrolle der von den Einrichtungen angegebenen Daten und zur Überprüfung der Übereinstimmung mit den einschlägigen Informationsflüssen des Landes;
- Methoden zur Qualitätskontrolle (einschließlich der Angemessenheit der erbrachten Leistungen), der Wirksamkeit, des klinischen Risikos der erbrachten Leistungen und der erzielten Ergebnisse.

1.2 Die Auswahl der privaten Erbringer muss in regelmäßigen Abständen erfolgen (siehe die Kriterien für die Auswahl des Auftragnehmers im Anhang dieser Unterlage); insbesondere die Mehrjahresverträge jährlich überprüft werden, wobei die Planung der Gesundheitsbetreuung auf Landesebene, der sich ergebende Bedarf und die Überprüfung der Notwendigkeit einer Erweiterung oder Rationalisierung des Vertragsnetzes, auch im Hinblick auf die finanzielle Nachhaltigkeit, berück-

sichtigt werden; und im Falle derjenigen, die bereits Vertragsvereinbarungen abgeschlossen haben, über die durchgeführte Tätigkeit, d.h. die erzielten Ergebnisse, das Ergebnis der eingegangenen Partnerschaftsbeziehung (Güte der Partnerschaftsbeziehung) sowie über die Einhaltung der in der geltenden Gesetzgebung vorgesehenen Verpflichtungen in Bezug auf Öffentlichkeitsarbeit, Transparenz und Verbreitung von Informationen gemäß Art. 41, Abs. 5 und 6, GD 33/2013 in geltender Fassung.

Für die Überprüfung der durchgeführten Tätigkeiten wird die tatsächliche, kontinuierliche und rechtzeitige Bereitstellung der elektronischen Gesundheitsakte (FSE) gemäß Art. 12 des GvD Nr. 179/2012, umgewandelt mit Änderungen durch das Gesetz Nr. 221/2012, in Übereinstimmung mit den in Art. 12, Abs. 7 desselben GvD festgelegten Methoden berücksichtigt, sowie gemäß Artikel 8-quater Absatz 7 des Gesetzesdekrets Nr. 502/1992, die Ergebnisse der Tätigkeiten der Kontrolle, Überwachung und Monitoring zur Bewertung der erbrachten Tätigkeiten in Bezug auf Qualität, Sicherheit, Angemessenheit und Transparenz.

Die Kontrolle der mit dem LGD privaten vertragsgebundenen Einrichtungen wird vom Sanitätsbetrieb und gegebenenfalls von der Landesverwaltung durchgeführt, die sich der Mitarbeit von Agenas bedienen und/oder Audits durchführen kann. Das System der Leistungsmessung und -bewertung des Betriebs (und somit auch der privaten Vertragspartner) basiert auf den Indikatoren von PNE, Agenas und Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa und anderen, die von der Landesverwaltung vermittelt werden.

1.3 Bis zum 31. Oktober des Jahres, das dem Berichtsjahr vorausgeht, übermittelt der Sanitätsbetrieb den Vorschlag für den jährlichen Produktionsplan der öffentlichen und privaten Einrichtungen mit der Ausgabenprognose nach Betreuungsbereich (z.B. akut, postakut, usw.), Betreuungsform (z.B. Krankenhausaufenthalt, ambulante Fachmedizin, usw.) und Art der Tätigkeit/Fachrichtung an die zuständigen Landesämter, die die Übereinstimmung mit dem gemeldeten Bedarf des Betriebes und mit den im Haushalt vorgesehenen Mitteln überprüfen.

1.4 Bis zum 31. Januar eines jeden Jahres erstellt der Betrieb gemäß den geltenden Bestimmungen den PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione), der auch den Jahresbetriebsplan (POA) sowie den jährlichen und mehrjährigen Produktionsplan der öffentlichen und privaten Vertragsgebundenen Einrichtungen enthält.

Der Jahresproduktionsplan der privaten vertragsgebundenen Einrichtungen ist auch nach einzelnen Einrichtungen sowie nach Pflegesystem, Pflegeeinrichtung und Art der Tätigkeit/Fachrichtung in Bezug auf die Abteilung Gesundheit detailliert aufzuführen, entsprechend dem zu diesem Zweck erstellten Format.

Dieser Plan stützt sich auf die mittel- und kurzfristigen Planungsdokumente des Landes, sowohl allgemeiner Art (wie der Landesgesundheitsplan, der Beschluss über den Gesundheitsbedarf) als auch sektoriell (wie der Rehabilitationsplan, das Netz für Essstörungen usw.), auf die Analyse des Betriebsbedarfs und auf die für den Haushalt des folgenden Jahres verfügbaren wirtschaftlichen und finanziellen Mittel.

Zum PIAO gibt die Abteilung Gesundheit eine Stellungnahme zur Rechtmäßigkeit und Zweckmäßigkeit gemäß des Art. 5, Abs. 1 und Art. 2, Abs. 3, Buchstabe c) des Landesgesetzes Nr. 3/2017 ab.

1.5 In der Regel stellt der Sanitätsbetrieb die veranschlagten Planungsunterlagen fertig, auf denen er die im folgenden Jahr durchzuführenden Tätigkeiten aufbaut.

Bei begründeter und objektiver Dringlichkeit können auf Initiative des Sanitätsbetriebes auch im Laufe des Jahres neue Anbieter akkreditiert werden, ebenso wie Änderungen der Tätigkeiten privater Einrichtungen, die bereits mit dem Landesgesundheitsdienst (LGD) vertragsgebunden sind. Im Falle eines Antrags auf Akkreditierung durch neue Einrichtungen oder für die Aufnahme neuer Tätigkeiten in bereits bestehenden Verträgen kann die Akkreditierung auf der Grundlage der Qualität und des Umfangs der zu erbringenden Leistungen sowie auf der Grundlage der Ergebnisse bereits durchgeführter Tätigkeiten erteilt werden, wobei auch die klinischen Sicherheitsziele der

Gesundheitsleistungen und die Ergebnisse der Kontroll-, Aufsichts- und Überwachungstätigkeiten für die Bewertung der erbrachten Tätigkeiten in Bezug auf Qualität, Sicherheit und Angemessenheit gemäß Art. 8-quater, Abs. 7 des Gesetzesdekrets 502/1992, sowie die Einhaltung der in den geltenden Vorschriften vorgesehenen Veröffentlichungspflichten.

Führen die genannten Änderungen zu einer Erhöhung der in Absatz 1.4 genannten gesamten Ausgabenhöchstgrenze, muss der Sanitätsbetrieb in seinem Änderungsvorschlag nicht nur die Gründe für diesen Eingriff darlegen, sondern auch die Art und Weise, wie die entstandenen Ausgaben durch neue Finanzierungs- oder Sparmaßnahmen gedeckt werden sollen.

In diesen Fällen trifft die Abteilung Gesundheit innerhalb der folgenden 15 Tage eine Entscheidung, wenn sie die Gründe für den Eingriff als nicht zufriedenstellend erachtet.

1.6 Für Einrichtungen, im Bereich der Betreuung auf dem Territorium (häusliche Pflege, ambulante Betreuung in stationären und teilstationären Einrichtungen) tätig sind, gelten mit Ausnahme der ambulanten Fachmedizin diese Bestimmungen da diese vereinbar sind.

2. AUSGABENHÖCHSTGRENZEN UND RECHNUNGSLEGUNGSBERICHTE

2.1 Die Ausgabenhöchstgrenze bezieht sich auf die Gesamtzahl der Leistungen, die von jeder privaten Einrichtung erbracht werden, die mit dem Südtiroler Sanitätsbetrieb Vertragsgebunden ist.

2.2 Die Ausgabenhöchstgrenzen sowie die Art und der Umfang der zu erbringenden Leistungen stehen im Zusammenhang mit den wesentlichen Betreuungsstandards unter Berücksichtigung der Planungsrichtlinien des Landes und des Betriebs sowie der verfügbaren Mittel.

2.3 Die Leistungen, die „über die nationalen Wesentlichen Betreuungsstandards (WBS/LEA) hinausgehen“, sind von der interregionalen Mobilität und damit von der Erbringung für Patienten mit Wohnsitz außerhalb Südtirols ausgeschlossen, es sei denn, es gibt ausdrückliche Ausnahmen und Vereinbarungen zwischen den Regionen/AutONOMEN Provinzen in bilateralen Abkommen.

2.4 Private Anbieter werden auf der Grundlage der geltenden Landestarife vergütet, die die geltenden Höchstarife darstellen. Eventuelle zusätzliche Dienste in Bezug auf einzelne Gesundheitsleistungen werden auf der Grundlage der Standardkosten vergütet. Eine funktionale Finanzierung kann in den vom Gesetzesdekret Nr. 502/92 vorgesehenen Fällen auf Hinweis der Landesverwaltung anerkannt werden.

2.5 Die veranschlagte Ausgabenhöchstgrenze für die vereinbarte Gesamttätigkeit wird in jedem Fall in der Endabrechnung auf der Grundlage der erzielten Ergebnisse und der im Rahmen der einzelnen Verträge tatsächlich durchgeführten Tätigkeiten überprüft.

2.6 In Bezug auf die Anlagen 6A und 6B des DPMR vom 12.01.2017, die sich auf „DRGs mit hohem Risiko der Unangemessenheit in der regulären stationären Betreuung“ bzw. „Leistungen mit hohem Risiko der Unangemessenheit in der Tageschirurgie - übertragbar auf die ambulante Betreuung“ beziehen, sieht das Land bzw. der Sanitätsbetrieb im Falle einer festgestellten Unangemessenheit wirtschaftliche Negativanreize vor, die in die Vertragsvereinbarungen mit den Einrichtungen aufgenommen werden.

Ebenso können - in Bezug auf die verschiedenen Aspekte der Performance öffentlicher und privater Einrichtungen -zusätzliche belohnende und benachteiligende Formen (nicht nur finanzieller Art) vom Land für öffentliche Einrichtungen und vom Sanitätsbetrieb für private Einrichtungen in Einvernehmen mit dem Land vorgesehen werden.

2.7 Die Leistungen für Patienten, die ihren Wohnsitz nicht in der Provinz Bozen haben, müssen auf der Grundlage der Bestimmungen von Art. 1, Abs. 171 des Gesetzes Nr. 311 vom 30.12.2004 (Finanzgesetz von 2005) in geltender Fassung in die Ausgabenhöchstgrenze einbezogen werden, wonach es nicht zulässig ist, für die einzelnen Leistungen je nach Wohnsitz des Patienten

unterschiedliche Gesamtvergütungen anzuwenden.

Die jüngsten Vereinbarungen zwischen Staat und Regionen zur Regulierung der finanziellen Flüsse der Patientenmobilität sahen eine 50-prozentige Verringerung des Wertzuwachses in den regionalen Haushalten vor, die sich auf die Produktion akkreditierter und vertragsgebundener privater Einrichtungen beziehen. Solange diese, oder ähnliche Bestimmungen auf nationaler Ebene gelten, muss die Erhöhung der Produktion für nicht in Südtirol ansässige Patienten (die in anderen italienischen Regionen ansässig sind) durch mit dem Sanitätsbetrieb vertragsgebundene private Erbringer im Rahmen einer natürlichen Entwicklung überwacht und angemessen begründet werden.

2.8 Hinsichtlich der buchhalterischen Zuordnung bei jahresübergreifenden Leistungen wird bei stationären Leistungen auf die Entlassung des Patienten und bei ambulanten fachärztlichen Leistungen auf das Datum des Abschlusses der Verschreibung (d.h. das Datum, an dem die letzte Leistung erbracht wird) sowie auf das Datum des Zyklusendes (bei zyklischen Leistungen) verwiesen.

2.9 Private vertragsgebundene Einrichtungen müssen dem Sanitätsbetrieb rechtzeitig über die auf Kosten des Landesgesundheitsdienstes erbrachten Leistungen berichten. Ebenso zeitnah muss die Kontrolltätigkeit des Sanitätsbetriebes erfolgen, die sich auf die Begleichung der in Rechnung gestellten Beträge bezieht, insbesondere im Hinblick auf das Ende des Haushaltsjahres. Daher verpflichtet sich der Sanitätsbetrieb, die Tätigkeiten bis zum März eines jeden Jahres abzuschließen (unter Bezugnahme auf das vorangegangene Haushaltsjahr), um Gewissheit sowohl über den gezahlten Betrag als auch über den Buchwert und die Flüsse der Patientenmobilität zu haben.

3. BERICHTERSTATTUNG

3.1 Die akkreditierten und mit dem LGD vertragsgebundenen Erbringer halten sich an alle Bestimmungen des Landes und des Betriebes in Bezug auf die Bereitstellung bestehender Informationsflüsse und auf weitere Informationsanfragen solcher Stellen.

3.2 Zur Förderung größtmöglicher Transparenz und Schnelligkeit bei der Darstellung der veranschlagten und tatsächlich übernommenen Ausgaben für den privaten Partner erstellt die zuständige Stelle Abteilung für Gesundheitsleistungen des Sanitätsbetriebes einen von der Abteilung Gesundheit des Landes vorbereiteten Bericht „Produktionsplan Jahr X“.

3.3 Dieser Bericht ist von der als zuständige Organisationseinheit bezeichneten Abteilung Gesundheitsdienste und Betreuung auf dem Territorium des Sanitätsbetriebes zu erstellen und zusammen mit einem ausführlichen Bericht an die Landesabteilung Gesundheit zu übermitteln:

- ein Voranschlag bis zum Stichtag 31. Oktober des dem betreffenden Jahr vorausgehenden Jahres (in den Haushaltsvoranschlag bis zum 30. November aufzunehmen) und bis zum 31. Januar jedes Jahres im PIAO;
- unterm Jahr bis 15. September des laufenden Jahres mit Angabe der Ausgabenhöchstgrenzen und Schlussalden mindestens bis 31. Juli;
- Jahresabschluss bis zum 15. März des auf das Bezugsjahr folgenden Jahres.

Im Laufe des Jahres wird der Sanitätsbetrieb auf Anfrage der Abteilung Gesundheit die Mengen der stationären und fachärztlichen Leistungen der privaten vertragsgebundenen Einrichtungen, gegliedert nach Leistungscode/DRG und Art des Eingriffs, zur Verfügung stellen, um die Übereinstimmung mit den Informationsflüssen zu überprüfen und die Planung zu aktualisieren.

3.4 In dem Performancebericht, den der Sanitätsbetrieb bis zum 31. Mai jedes Jahres erstellt, werden die wichtigsten Gründe für die Auslagerung, die Maßnahmen und die erzielten Ergebnisse dargelegt. Der Bericht muss sich immer sowohl auf die Produktion der direkt verwalteten Einrichtungen als auch auf die der privaten vertragsgebundenen Partner beziehen, um ein

Gesamtbild zu vermitteln. Im Performancebericht muss der Sanitätsbetrieb auch die Ergebnisse der nationalen Überwachungssysteme (WBS-Garantiesystem, Proramma Nazionale Esiti (PNE), Bersaglio della Scuola Sant'Anna di Pisa) berücksichtigen.

4. AUFGABEN UND KONTROLLEN

Die kombinierten Bestimmungen von Art. 29 des Landesgesetzes Nr. 7/2001 und Art. 8-octies, Abs. 1, des Gesetzesdekrets Nr. 502/1992 legen fest, dass das Land für die Förderung der Kontrolle und der Bewertung der Qualität der von den akkreditierten Einrichtungen erbrachten Gesundheitsleistungen verantwortlich ist, als Teil der Gesamtkontrolle der Verwaltung und der Ergebnisse des Landesgesundheitsdienstes (Art. 2 L.G. 3/2017).

Der Sanitätsbetrieb ist für die Kontrolle und Bewertung der Effizienz, der Qualität (klinisch und wahrgenommen) der durchgeführten Tätigkeiten und der von privaten vertragsgebundenen Erbringern erzielten Ergebnisse im Bereich der ambulanten und stationären Tätigkeiten im Krankenhaus und auf dem Territorium zuständig. Zu diesem Zweck legt der Sanitätsbetrieb eine eigene Funktion oder Organisationseinheit/Betriebseinheit fest und ordnet sie zu.

Die Abteilung Gesundheit ist für die Kontrolle der Verwaltung und der Gesamtleistung des Sanitätsbetriebes zuständig, einschließlich der Kontrolle der Vertragsvereinbarungen der akkreditierten privaten Einrichtungen, die vom Sanitätsbetrieb festgelegt wurden. (gemäß Art. 2 L.G. 3/2017).

Der Sanitätsbetrieb stellt die Ergebnisse der Bewertung der privaten Erbringer in dem bis Mai eines jeden Jahres zu erstellenden Leistungsbericht für das vorangegangene Jahr dar.

4.1 Aufgaben des Sanitätsbetriebes:

- die Bewertung und Begründung des Bedarfs unter Berücksichtigung der mehrjährigen und jährlichen Planungsdokumente des Landes sowie die Festlegung des Inhalts der jährlichen Lieferverträge mit den einzelnen akkreditierten privaten Einrichtungen;
- die Regeln für die Ausübung der internen Kontrollfunktion und für die Beilegung etwaiger Streitfälle festzulegen und die entsprechenden Sanktionsmaßnahmen zu bestimmen;
- hinsichtlich der Überprüfung der Einhaltung der Personalparameter und der Anforderungen für die Akkreditierung legt der Sanitätsbetrieb im Falle einer Abweichung einen kongruenten Zeitrahmen fest, innerhalb dessen die privaten vertragsgebundenen Einrichtungen aufholen müssen, woraufhin der Sanitätsbetrieb prüft, ob sie mit dem Rücktritt vom Vertrag und das Land mit dem Widerruf der Akkreditierung fortfahren sollen;
- mit den privaten Einrichtungen die Voraussetzungen für den zu erbringenden Dienst festzulegen, insbesondere in Bezug auf Zugänglichkeit, Wartezeiten und Betreuungskontinuität, mit der entsprechenden Informationspflicht;
- Überprüfung der korrekten Einspeisung der nationalen und landesweiten Datenflüsse in Bezug auf die von privaten vertragsgebundenen Einrichtungen erbrachten Leistungen der ambulanten Fachmedizin oder akut- und postakuten stationären Pflege, eine Voraussetzung für die Überwachung des Angebots durch die Landesverwaltung im Hinblick auf die Wartelisten;
- Überprüfung der korrekten Einspeisung der nationalen und landesweiten Datenflüsse, die sich auf die Leistungen auf dem Territorium beziehen;
- Überprüfung der Gültigkeit der Verwaltungsunterlagen, die die Erbringung der Leistungen bescheinigen, und ihrer Übereinstimmung mit den tatsächlich ausgeführten Tätigkeiten, einschließlich der korrekten Einnahme des Tickets;
- Überprüfung der Angemessenheit, Richtigkeit und Vollständigkeit von Anträgen auf Krankenhausaufenthalt und Verschreibungen von ambulanten fachärztlichen Leistungen, auch durch Sensibilisierung der verschreibenden Ärzte und Einführung von diagnostisch-therapeutischen Protokollen;
- Prüfung der klinischen Notwendigkeit und Angemessenheit der erbrachten Leistungen und Einweisungen, insbesondere bei der Aufnahme von Patienten, die an andere Einrichtungen

- überwiesen oder verlegt werden. Diese Kontrollen - von denen ein Teil in den Patientenakten erfolgen muss - müssen regelmäßig und rechtzeitig im Laufe des Jahres unter Einhaltung der Fristen für die Finanzierung und die buchhalterische Meldung der Kosten durchgeführt werden;
- Überprüfung der Angemessenheit der Formen und Methoden der Leistungserbringung (organisatorische Angemessenheit);
 - Überprüfung der Auswirkungen des privaten vertragsgebundenen Angebots auf den Abbau der Wartelisten für ambulante oder stationäre Leistungen auf Betriebsebene;
 - Einrichtung von Systemen zur Überwachung der Qualität der Daten und der geleisteten Betreuung sowie Ermittlung und Berechnung der wichtigsten Indikatoren für die Bewertung der Tätigkeiten im Krankenhaus (akute und postakute Aufenthalte, fachärztliche ambulante Betreuung) und auf dem Territorium in Zusammenarbeit mit der Abteilung Gesundheit;
 - Überprüfung der Endergebnisse der Betreuung, einschließlich der Zufriedenheit der Nutzer der Dienste;
 - Überprüfung der ordnungsgemäßen Erfüllung der Verpflichtungen zur Einspeisung der elektronischen Gesundheitsakte (FSE) innerhalb der Fristen in Art. 12, Abs. 1 des Gesetzesdekrets Nr. 179/2012, umgewandelt mit Änderungen durch das Gesetz Nr. 221/2012, und unter Einhaltung der in Abs. 7 desselben Artikels 12 genannten Methoden und technischen Maßnahmen; die Nichterfüllung stellt einen schwerwiegenden Verstoß gegen die mit dem Abschluss der in Art. 8-quinquies des Gesetzesdekrets Nr. 502/1992 genannten Verträge eingegangenen Verpflichtungen dar;
 - die in der geltenden Gesetzgebung vorgesehenen Veröffentlichungspflichten zu erfüllen und insbesondere gemäß Art. 41, Abs. 4 des Gesetzesdekrets Nr. 33/2013 in geltender Fassung jährlich die Liste der vertragsgebundenen privaten Gesundheitseinrichtungen sowie die mit ihnen abgeschlossenen Vereinbarungen zu veröffentlichen und zu aktualisieren.

Die gesetzlich vorgeschriebene Verpflichtung zur Veröffentlichung der Wartelisten und beglaubigter Haushalte verbleibt bei den einzelnen Einrichtungen.

4.2 Aufgaben der Landesverwaltung:

- regelmäßige Aktualisierung der jährlichen und mehrjährigen Bedarfsplanung, auf die sich der Sanitätsbetrieb beziehen muss;
- die Kriterien für die Festlegung der Vertragsvereinbarungen zu aktualisieren und dabei etwaige Berichtigungsfaktoren anzuwenden;
- die vom Sanitätsbetrieb und den privaten Einrichtungen zu übernehmenden Kosten für die Datenflüsse und eventuelle zusätzliche Informationen festzulegen und zu aktualisieren;
- ein standardisiertes Verfahren zur Verfolgung und Überwachung der Kosten der Einrichtungen einzuführen;
- Überwachung der Fälle, die für statistische, epidemiologische, gesundheitliche und wirtschaftliche Planungen sowie zur Kontrolle der Angemessenheit und Qualität der erbrachten Leistungen bearbeitet werden;
- Aktivierung von Systemen zur Überwachung der gesamten Leistung des Betriebes, auch durch die Ermittlung und Berechnung von landesweiten oder nationalen Indikatoren (PNE, Garantiesystem, Bersaglio usw.); Dazu gehört auch die Kontrolle des Vorhandenseins und der Wirksamkeit eines Überwachungs- und Bewertungssystems der vom Sanitätsbetrieb getätigten Dienste/Leistungen, sowohl in Bezug auf direkte Kontrollen als auch auf verbundene Partner;
- Überwachung der Wartelisten für ambulante und stationäre Leistungen auf gesamter Landesebene;
- die in den geltenden Vorschriften vorgesehenen Veröffentlichungspflichten zu erfüllen und insbesondere gemäß Art. 41, Abs. 4 des Gesetzesdekrets Nr. 33/2013 in geltender Fassung die Liste der akkreditierten privaten Gesundheitseinrichtungen zu veröffentlichen und jährlich zu aktualisieren;
- die Einhaltung der in den geltenden Vorschriften vorgesehenen Veröffentlichungspflichten zu den für die Akkreditierung von Gesundheitseinrichtungen erforderlichen Anforderungen zu zählen; gemäß dem geänderten Abs. 6 des Art. 41 des Gesetzesdekrets 33/2013 in geltender

Fassung sind private Einrichtungen, die Leistungen im Auftrag des Gesundheitsdienstes erbringen, außerdem verpflichtet, auf ihrer Website in einer speziellen Sektion mit der Bezeichnung „Wartelisten“ die Kriterien für die Erstellung von Wartelisten, die voraussichtlichen Wartezeiten und die tatsächlichen durchschnittlichen Wartezeiten für jede Art der erbrachten Leistung anzugeben. Außerdem müssen sie auf ihrer institutionellen Website die geprüften Jahresabschlüsse sowie Daten zu den qualitativen und quantitativen Aspekten der erbrachten Dienste und der ausgeübten medizinischen Tätigkeit veröffentlichen.

4.3 Arten von Kontrollen bei öffentlichen und privaten Erbringern

Zusätzlich zu den Bestimmungen von Art. 8-quater, Abs. 7 des Gesetzesdekrets Nr. 502/1992 werden die folgenden allgemeinen Leitlinien in Bezug auf die Arten der zu tätigenen Kontrollen festgelegt:

Kontrollen der akuten und postakuten Einweisungen:

- Vollständigkeit und Qualität der Gesundheitsunterlagen und der Kodierung des Krankenhausentlassungsbogen (Scheda di Dimissione Ospedaliera SDO) oder anderer verwendeter Bewertungsskalen;
- die organisatorische Angemessenheit, wobei insbesondere die Einhaltung der in den spezifischen Landesvorschriften festgelegten Schwellenwerte für die organisatorische Angemessenheit berücksichtigt wird;
- klinische Angemessenheit und Behandlungsergebnisse auf der Grundlage spezifischer Kriterien, die vom Sanitätsbetrieb oder dem Land festzulegen sind;
- Darstellung der klinischen Risiken und Maßnahmen zur Bekämpfung unerwünschter Ereignisse;
- Indikatoren der Effizienz, Qualität und Zufriedenheit.

Kontrollen der ambulanten Tätigkeit:

- Kohärenz zwischen den erbrachten Leistungen und der akkreditierten Einrichtung;
- Kohärenz zwischen verschriebenen und erbrachten Leistungen;
- korrekte Verschreibung von Leistungen, Ausfüllen von Rezepten, insbesondere von Ticketbefreiungen wegen Pathologie;
- Einhaltung der Kriterien für die Zugangspriorität;
- Einhaltung von diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfaden;
- klinische und organisatorische Angemessenheit;
- Darstellung der klinischen Risiken und Maßnahmen zur Bekämpfung unerwünschter Ereignisse;
- Indikatoren der Effizienz-, Qualität und Zufriedenheit.

Nachtrag

ALLGEMEINE KRITERIEN FÜR DIE AUSWAHL DER VERTRAGSPARTNER

Um einen Vertrag mit dem Sanitätsbetrieb abschließen zu können, muss der private Anbieter akkreditiert sein. Die Akkreditierung richtet sich nach den Anforderungen für die Anerkennung der Pflege und der Gesundheitsplanung des Landes und ist eine notwendige, aber nicht ausreichende Voraussetzung für die Erbringung von Gesundheitsleistungen im Auftrag und zulasten des LGD.

Im Folgenden werden die allgemeinen Kriterien aufgeführt, an denen sich der Sanitätsbetrieb bei der Auswahl der akkreditierten privaten Einrichtungen richten muss, und zwar in Ergänzung zu den Bestimmungen von Art. 8-quater, Abs. 7 des Gesetzesdekrets 502/1992.

a) Eingliederung und Ergänzung des Angebots im Hinblick auf den Bedarf und die Besonderheiten der erforderlichen Leistungen, wobei Folgendes zu berücksichtigen ist:

- *Core business*-Funktionen und besonders wichtige zu erfüllende Funktionen in Bezug auf Personalqualifikation, technologische und räumliche Ausstattung, organisatorische Komplexität und Funktionen, die unter dem Gesichtspunkt des Kosten-Nutzen-Verhältnisses „ausgelagert“ werden können;
- das qualitative und quantitative Niveau der erbrachten Leistungen;
- Lage und räumliche Verteilung der Anlaufstellen;
- Kohärenz zwischen dem Grad der Komplexität der angebotenen Leistungen und der Nähe zu Krankenhäusern;
- Fluchtquote aus dem Land und Wartelisten;
- Abkommen mit dem Ausland und Grenzabkommen mit anderen Regionen;
- Programme für neue Realisierungen, d.h. die Umstellung/Neuqualifizierung der bestehenden öffentlichen Versorgung;
- Prognosen zur Entwicklung der Nachfrage.

b) Organisatorische Gestaltung der angebotenen Dienste unter Berücksichtigung folgender Aspekte:

- Einhaltung der Kriterien für die Angemessenheit der Erbringung von Leistungen unter besonderer Berücksichtigung der für den Landesgesundheitsdienst festgelegten Tätigkeitsschwellen und diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfade;
- technologische Qualifikation (technische Merkmale, Grad der Veralterung, Zweckmäßigkeit der Verwendung von Instrumenten und Ausrüstungen usw.);
- Verfügbarkeit zusätzlicher Dienste im Zusammenhang mit dem Diagnose-/Betreuungspfad, der dem Patienten angeboten wird, und ergänzend zu den bereits vom Landesgesundheitsdienst angebotenen Tätigkeiten;
- Flexibilität in der Verwaltung und im Arbeitsablauf, insbesondere im Hinblick auf die Zugänglichkeit für die Nutzer (z. B. Abend- und Feiertagsöffnungen usw.)
- ungedeckter Bedarf zu bestimmten Jahreszeiten oder in bestimmten Gebieten (z. B. in der Wintersaison)
- Gewährleistung einer gleichmäßigen quantitativen Ausstattung und fachlichen Qualifikation des eingesetzten Personals;
- Einhaltung der Unvereinbarkeitsbedingungen, die in den geltenden Vorschriften für das Arbeitsverhältnis mit dem Personal vorgesehen sind, das ohnehin in der Einrichtung beschäftigt ist;
- Einhaltung der Bedingungen für die Unvereinbarkeit, die in den geltenden Vorschriften für inner- und außerbetriebliche Tätigkeiten sowie für das gleichzeitige Bestehen von vertragsgebundenen und nicht vertragsgebundenen Tätigkeiten in ein und derselben Einrichtung vorgesehen sind (das Vorliegen von Unvereinbarkeitsfällen schließt die Akkreditierung aus und hat die Aufhebung aller bestehenden Beziehungen zur Folge);
- Überschreitung der Mindesteffizienzschwellen;
- Gewährleistung der in den geltenden Vorschriften vorgesehenen Qualitätsstandards;
- Anerkennung des Systems der externen Kontrollen und Entwicklung von internen Qualitäts- und Angemessenheitsprogrammen;
- Gewährleistung des Gebrauchs der italienischen und deutschen Sprache sowie in Einrichtungen im ladinischen Sprachgebiet der ladinischen Sprache, um den Bedürfnissen der betreuten Bevölkerung gemäß Art. 2 des Dekrets des Präsidenten der Republik 574/88 in geltender Fassung besser gerecht zu werden. (Art. 39, Absatz 4, L.P. 7/2001).

c) Gewährleistung der Kompatibilität und der Verbindung zu den Informationssystemen des Sanitätsbetriebes/des Landes:

Die Verbindung zu den Landesvormerkungsstellen (z. B. Einheitliche Vormerkstelle CUPP), den Zahlungssystemen und den landesweiten und nationalen Informationsflüssen (Nuovo Sistema Informativo Sanitario - NSIS) sollte ebenfalls unter diesem Punkt berücksichtigt werden.

d) Informationspflicht:

Gewährleistung der Erfüllung durch die von Staats- und Landesvorschriften vorgesehenen Einrichtungen der Auskunftspflicht und der Bereitstellung der Gesamtkosten.

e) Bei Einrichtungen, die bereits vertragsgebunden sind, ist auch Folgendes zu überprüfen:

- Einhaltung der Vertragsvereinbarungen über die ausgeführten Tätigkeiten und Informationspflicht zur Bewertung der geleisteten Tätigkeiten und der erzielten Ergebnisse;
- die effiziente, kontinuierliche und rechtzeitige Bereitstellung der elektronischen Gesundheitsakte (FSE) gemäß Art. 12, Abs. 1 des Gesetzesdekrets Nr. 179/2012, umgewandelt mit Änderungen durch das Gesetz Nr. 221/2012, und unter Einhaltung der Methoden und technischen Maßnahmen gemäß Abs. 7 desselben Artikels 12;
- die bei der Ausübung der betreffenden Gesundheitstätigkeit erworbene Kompetenz;
- Gewährleistung der erforderlichen Angemessenheit und Qualität der Leistungen;
- Patientenbindung mit dem Ziel, die Mobilitätsbilanz zu verbessern;
- Zufriedenheit der Nutzer der Dienste;
- die ordnungsgemäße Erfüllung der Veröffentlichungspflichten.

Diese Kriterien stellen eine erste Ausarbeitung dar, die vom Sanitätsbetrieb und der Abteilung Gesundheit des Landes weiter ergänzt werden kann.