



Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 3109

Landtag von Niederösterreich
Landtagsdirektion
Eing.: 10.01.2017
Ltg.-**1249/V-11/14-2017**
G-Ausschuss

GS4-ARGE-11/014-2016
Kennzeichen (bei Antwort bitte angeben)

Beilagen

E-Mail: post.gs4@noel.gv.at - Telefax 02742/9005-12785
Internet: <http://www.noel.gv.at> DVR: 0059986
Bürgerservice-Telefon 02742/9005-9005

Bezug

BearbeiterIn
Mag. Schweiger

(0 27 42) 9005

Durchwahl

Datum

15708

10. Jänner 2017

Betrifft

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens; Motivenbericht

Hoher Landtag!

Zur Vereinbarung wird berichtet:

A. Allgemeiner Teil

Der Finanzausgleich regelt die finanziellen Beziehungen zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden. Das derzeit geltende Finanzausgleichsgesetz und die derzeit geltende Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens treten mit Ablauf des Jahres 2016 außer Kraft.

Zur Umsetzung des Finanzausgleiches für die Jahre ab 2017 ist der Abschluss einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der gleichzeitig abzuschließenden Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit erforderlich. Die bisherige Finanzierungssystematik bleibt grundsätzlich unverändert aufrecht. Inhaltliche Schwerpunkte dieser Vereinbarung in wechselseitiger Übereinstimmung mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und unter besonderer Berücksichtigung der Patientenorientierung sind insbesondere:

1. Intensivierung der erforderlichen Strukturveränderungen im intra- und extramuralen Bereich,

2. sektorenübergreifende Finanzierung von ambulanten Leistungen,
3. Forcierung der Maßnahmen zur Sicherstellung einer integrativen und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens,
4. zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung eine flächendeckende verbindliche Verankerung der Qualitätsarbeit auf allen Ebenen des Gesundheitswesens,
5. die Verbesserung des Nahtstellenmanagements zwischen den verschiedenen Leistungserbringern,
6. Unterstützung der Arbeiten zum Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (e-Health, z.B. ELGA, eCard, Telegesundheitsdienste),
7. bei der gemeinsamen Steuerung und Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens ist der Grundsatz zu beachten, dass die für die Planung zuständigen Entscheidungsträger auch für die Finanzierung verantwortlich sein müssen und dass zwischen den Gesundheitssektoren das Prinzip „Geld folgt Leistung“ gilt,
8. Berücksichtigung von Public Health-Grundsätzen insbesondere mit Hinblick auf Prävention und Versorgung von chronischen Krankheiten wie zum Beispiel Diabetes Mellitus Typ II oder Demenz sowie Forcierung einer wirkungsorientierten Gesundheitsförderung.

Zur Realisierung dieser Schwerpunkte wird weiterhin eine Bundesgesundheitsagentur auf Bundesebene und Landesgesundheitsfonds auf Länderebene zur regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und zur Sicherstellung einer gesamthaften Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens vorgesehen und die entsprechende Bereitstellung von Mitteln der Bundesgesundheitsagentur und der Landesgesundheitsfonds geregelt. Insbesondere werden auch Mittel zur Förderung des Transplantationswesens und zur Finanzierung wesentlicher Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung vorgesehen und es sollen zukünftig Mittel zur Stärkung der ambulanten Versorgung, insbesondere der Primärversorgung, sowie zum Aufbau von neuen überregionalen Versorgungsangeboten und zum Aufbau von überregional erforderlicher Infrastruktur zweckgewidmet werden.

B. Besonderer Teil

Zu Abschnitt 1:

Dieser Abschnitt beschreibt den Gegenstand und den Geltungsbereich dieser Vereinbarung und enthält einen Katalog von Begriffsbestimmungen.

Zu Abschnitt 2:

Die Berücksichtigung der Versorgungswirksamkeit der jeweiligen Angebote und Versorgungseinrichtungen im Gesundheits- und im Sozialbereich in der integrativen Versorgungsplanung setzt entsprechend belastbare Datengrundlagen in qualitativer und quantitativer Hinsicht voraus.

Ziel ist die Sicherstellung des für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Gesundheitspersonals, bei gleichzeitiger Neuausrichtung der Aufgabenteilung im Hinblick auf die Aufgabenprofile der Gesundheitsberufe (Verbesserung des Skill-Mix und des Grade-Mix) und bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung einer hohen Behandlungsqualität.

Die Planung von Versorgungsstrukturen für die multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung und für die multiprofessionelle und interdisziplinäre ambulante Fachversorgung ist Gegenstand von Art. 6.

Unter der Planung der erforderlichen Personalressourcen ist eine „Meta-Planung“ auf gesamtstaatlicher Ebene zu verstehen (Health Workforce Planning).

Unter einem Versorgungsauftrag ist die Zuordnung von Aufgaben und Leistungen auf regionaler Ebene zur dafür im regionalen Kontext am besten geeigneten Anbieterstruktur zu verstehen.

Zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung mit hochspezialisierten komplexen Leistungen sollen im Rahmen einer verbindlichen überregionalen Versorgungsplanung (ÜRVP) eine überregionale Abstimmung der Ressourcen- und Leistungsangebotsplanung für ausgewählte Versorgungsbereiche vorgenommen werden (z.B. Herzchirurgie, Kinderherzzentren, Transplantationschirurgie, Schwerbrandverletztenversorgung, Sonderisolerstationen für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen, u.a.m.).

Großgeräte mit überregionaler Bedeutung werden nicht mehr wie bisher auf der Landesebene sondern auf der Bundesebene geplant und vereinbart.

Zur Beobachtung der Entwicklung der überregionalen Versorgung und zur Entscheidungsunterstützung bei der Schaffung neuer oder Veränderung bestehender ÜRVP-Angebote werden Prozesse und Vorgehensweise im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit definiert. Wesentliche Änderungen der Leistungskapazitäten bzw. -volumina sollen zukünftig hinsichtlich ihrer Auswirkungen

bundesländerübergreifend bzw. auf der Bundesebene im Rahmen der Bundes-Zielsteuerungskommission behandelt und mit den betroffenen Bundesländern abgestimmt werden.

Revisionen des ÖSG umfassen die Überarbeitung und Aktualisierung grundsätzlich sämtlicher Inhalte des ÖSG, sofern ein Überarbeitungs- bzw. Aktualisierungsbedarf gegeben ist. Wartungen des ÖSG umfassen einzelne Teile oder Themenbereiche des ÖSG, die aufgrund des medizinischen Fortschritts oder sonstiger relevanter Entwicklungen an den aktuellen Entwicklungsstand anzupassen sind, ohne dass dadurch der gesamte ÖSG geändert wird. Ergänzungen des ÖSG umfassen die Integration von Inhalten bzw. Themenbereichen, die im jeweils gültigen ÖSG noch nicht enthalten sind.

Die Grobabschätzung des Bedarfs auf Basis der „Planungsrichtwerte für den gesamten ambulanten Bereich“ im ÖSG ersetzt nicht eine regionale sektorenübergreifende Angebotsplanung für die ambulante Versorgung. Daher sind eine detaillierte Bedarfsschätzung und Angebotsplanung auf regionaler Ebene bzw. für Versorgungsregionen durchzuführen, wobei die lokalen Spezifika (inkl. Wechselwirkungen zwischen den Regionen wie z. B. Pendlerbewegungen) ebenso zu berücksichtigen sind wie die bundesweiten Vorgaben. In diesem Zusammenhang wird festgehalten, dass im RSG im ambulanten Bereich nicht auf Ebene der Leistungserbringer geplant wird. In dem so gesetzten Rahmen werden konkretere Festlegungen, z.B. von Ordinationsstandorten wie bisher dem Stellenplan belassen bleiben.

Sofern im Rahmen von RSG – zu den im ÖSG ausgewiesenen „ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten“ (ÄAVE) analoge – Messgrößen (wie z.B. Standardversorgungseinheiten (SVE)) herangezogen werden, ist die bundesweite Vergleichbarkeit der Ergebnisse sicherzustellen.

Die im ÖSG enthaltene überregionale Versorgungsplanung (ÜRVP) ist, soweit die Versorgung des jeweiligen Bundeslandes betroffen ist, unverändert im RSG

darzustellen. Unter Versorgungsgebiet ist hier die Summe der Versorgungsregionen, die gemäß Zuordnungstabelle im ÖSG von einem bestimmten Leistungsstandort zu versorgen sind, zu verstehen.

In diesen Bestimmungen wird zur Verbesserung der Transparenz festgelegt, dass der ÖSG und die RSG und deren Änderungen im Bundesgesetz- bzw. Landesgesetzblatt zu veröffentlichen sind. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung als normativ gekennzeichnete Teile des ÖSG bzw. einvernehmlich zwischen Ländern und Sozialversicherung als normativ gekennzeichnete Teile des RSG als verbindlich festgelegt und durch Verordnung kundgemacht werden.

Die Bedeutung des Einsatzes moderner Technologien im öffentlichen Gesundheitswesen wird in den Absätzen 1 und 2 durch die Nennung der damit verbundenen Zielsetzungen sowie durch Hervorhebung der organisations- bzw. grenzüberschreitenden Zusammenarbeit unterstrichen.

Der Rollout von ELGA soll weitgehend im Jahr 2017 abgeschlossen werden. Die ELGA GmbH wurde mit dem Fokus auf die Errichtung von ELGA gegründet und ist nach Abschluss dieser Maßnahmen zu einem effizienten Kompetenzzentrum für die Weiterentwicklung und die strategische Betriebskoordination von ELGA umzugestalten. Damit einhergehen muss erforderlichenfalls auch die Adaptierung ihrer gesellschaftsrechtlichen Grundlagen (Abs. 3 Z 1). Ausgehend von entsprechenden Erfahrungen aus dem laufenden Betrieb von ELGA soll der derzeit verteilte Betrieb der zentralen Komponenten und damit auch Aspekte der Architektur einer eingehenden Evaluierung unterzogen werden, um hinreichende Fakten für allenfalls vorzunehmende Nachjustierungen in technischer und ökonomischer Hinsicht zu erlangen. Dies ist nicht zuletzt auch deshalb unumgänglich, weil – wie schon

durch das Gesundheitstelematikgesetz 2012 skizziert – Teile der für ELGA geschaffenen Infrastruktur auch anderen eHealth-Anwendungen zugänglich gemacht und damit Mehrwert generiert werden soll (Abs. 3 Z 2).

Unter dem Sammelbegriff „Telegesundheitsdienste“ werden vom „Markt“ zunehmend elektronische Gesundheitservices entwickelt und zur Verfügung gestellt. Vom öffentlichen Gesundheitswesen werden vergleichbare Dienste zwar geplant,

angesichts fehlender Rahmenbedingungen aber nur sehr zögerlich in die Regelversorgung übernommen. Der Grund dafür sind vor allem fehlende oder unzureichende technische und semantische Standards. Abs. 4 sieht daher im Wesentlichen die Erarbeitung gemeinsamer Rahmenbedingungen vor, um die Investitionssicherheit im öffentlichen Gesundheitssektor zu erhöhen.

Abs. 5 adressiert die Sensibilität von IKT-Anwendungen und Gesundheitsdaten in Bezug auf intern und extern induzierte Missbräuche, Missbrauchsversuche und Störungen. Wie in anderen Bereichen auch ist geplant, die für den Schutz kritischer Infrastrukturen des Gesundheitswesens notwendigen Kompetenzen und Ressourcen gemeinsam aufzubauen und bereitzustellen. Die organisatorische Nähe zu und die Zusammenarbeit mit bestehenden nationalen und internationalen Einrichtungen werden angestrebt.

Zu Abschnitt 3:

Der Begriff Gesundheitsdiensteanbieter umfasst alle Angehörigen eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufes und alle gesetzlich zugelassenen Organisationen, die Gesundheitsleistungen gemäß dem Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) erbringen (das GQG verwendet den Begriff Gesundheitsleistungserbringerinnen und -erbringer). Das GQG definiert Gesundheitsleistungen als Handlungen, die am oder für den Menschen erbracht werden und der Förderung, Bewahrung, Wiederherstellung oder Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes dienen.

Die Verpflichtung zur Einhaltung der Qualitätsstandards und zur Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen (z.B. Peer Reviews) ist in § 3 Abs. 1 GQG geregelt. § 3 Abs. 3 GQG legt ausdrücklich fest, dass die Abgeltung der Leistungen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems an die Einhaltung der essentiellen Qualitätsstandards, die unmittelbar für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten und den Behandlungserfolg maßgeblich sind, geknüpft ist.

Das Konzept zur Qualitätsmessung im ambulanten Bereich wurde im April 2016 von der Bundes-Zielsteuerungskommission abgenommen und wird derzeit in Pilotprojekten getestet und weiterentwickelt.

Es soll sicherstellen, dass in Zukunft die Qualität auch bei niedergelassenen Ärzten in mit AIQI vergleichbarer Weise überprüft wird und insbesondere die Patientensicherheit und -zufriedenheit erhöht wird.

Im Zusammenhang mit Wartezeiten verpflichtet § 5a Abs. 2 KAKuG die Landesgesetzgebung zur Einführung eines transparenten Wartelistenregimes. Laut KAKuG muss dieses Wartelistenregime in anonymisierter Form für elektive Operationen sowie für Fälle invasiver Diagnostik zumindest für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie eingerichtet werden, sofern die jeweilige Wartezeit vier Wochen überschreitet. Die Landesgesetzgebung hat Kriterien für den Ablauf und die Organisation dieses Wartelistenregimes vorzusehen, wobei die Gesamtanzahl der pro Abteilung für den Eingriff vorgemerkten Personen und von diesen die der Sonderklasse angehörigen vorgemerkten Personen erkennbar zu machen sind. Gemäß Abs. 3 ist die für den Eingriff vorgemerkte Person auf ihr Verlangen über die gegebene Wartezeit zu informieren. Dabei ist nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten tunlichst eine Auskunftseinholung auf elektronischem Weg zu ermöglichen.

Derzeit werden die Berichte zur Qualität im Gesundheitssystem einzeln veröffentlicht, z.B. die Berichte zur Bevölkerungsbefragung und zu den Qualitätssystemen in österreichischen Akutkrankenanstalten und Rehabilitationseinrichtungen. In Zukunft soll es einen sektorenübergreifenden Bericht geben. Dafür wurde im Rahmen der Arbeiten in der Zielsteuerung-Gesundheit ein erstes Konzept ausgearbeitet, mit dem Ziel, dass die politischen Entscheidungsträger in Zukunft durch den sektorenübergreifenden Qualitätsbericht einen Überblick über die Behandlung der Themen in den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens erhalten.

Vorgesehen ist eine Fortführung und Weiterentwicklung der Arbeiten aus der vergangenen Zielsteuerungs-Periode auch unter Berücksichtigung einer Rechnungshof-Empfehlung (strategische Bündelung der Mittel im Sinne einer gemeinsamen Strategie). Bund und Länder haben sich dabei auch darauf verständigt, dass der Anteil der Mittel aus den Landesgesundheitsförderungsfonds, der für die priorisierten Bereiche der Gesundheitsförderungs-Strategie zu widmen ist, von 50% auf 66% angehoben wird.

Vorgesehen ist eine Fortführung und Weiterentwicklung der vergangenen Zielsteuerungs-Periode. Die angesprochenen Teilziele des R-GZ 3 „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ umfassen auf Bundesebene insbesondere die Weiterführung und den Ausbau der Plattform Gesundheitskompetenz, die Ausrollung des telefon- und webbasierten Erstkontakt- und Beratungsservice (TEWEB) und die Nutzung von ELGA auch für Aspekte der Gesundheitskompetenz, sowie die Sicherstellung einer weiteren Erhebung zur Gesundheitskompetenz der Österreicherinnen und Österreicher. Dies knüpft an eine Zielsetzung des Bundes-Zielsteuerungsvertrages aus der vergangenen Zielsteuerungs-Periode an, wonach eine Steigerung des Anteils von Österreicherinnen und Österreichern mit ausreichender oder exzellenter Gesundheitskompetenz um rund 10 Prozentpunkte angestrebt wird. Die Verbesserung der Gesundheitskompetenz wurde auch als Indikator in das Mess- und Vergleichskonzept des Outcome-Monitorings im Gesundheitswesen übernommen.

Wie die Erfahrungen im Rahmen von Vorbereitungen für Maßnahmen im Falle von eingeschleppten Krankheitsfällen nach Österreich (anlässlich der Ebola-Epidemie in Westafrika) gezeigt haben, ist es zur raschen Intervention bei hochkontagiösen Erkrankungen erforderlich, die überregionale Organisation des ÖGD durch die Einrichtung eines Expertenpools für medizinisches Krisenmanagement zu stärken. Daher haben sich die Vereinbarungspartner verständigt, entsprechende organisatorische Maßnahmen zu treffen.

Zu Abschnitt 4:

Für die Entwicklung von ELGA wurde bereits in den grundlegenden Beschlüssen der Bundesgesundheitskommission im Jahr 2006 festgelegt, dass sowohl bei der technischen Konzeption als auch den Inhalten international eingeführte Standards zu nutzen sind. International standardisierte Kataloge werden bereits bei der Erfassung von Diagnosen (ICD-10), der Dokumentation von Laborleistungen (LOINC) und bei der Dokumentation von Wirkstoffen von Arzneimitteln (ATC) verwendet. Im Hinblick auf künftige Anforderungen für eine grenzüberschreitende Gesundheits-Dokumentation sowie einer verbesserten innerösterreichischen Kommunikation, ist vorgesehen, in Abstimmung mit ELGA Weiterentwicklungen in der Dokumentation an international standardisierten Terminologie- und Klassifikationssystemen

auszurichten. Zu erwartende Effekte sind die Vermeidung von unterschiedlichen Doppel- und Mehrfachdokumentationen, die Verbesserung der Datenqualität und die qualitative Verbesserung von Überleitungs- und Mappingverfahren. Darüber hinaus wird die Erfüllung von internationalen Informations- und Meldeverpflichtungen vereinfacht.

Zu Abschnitt 5:

Auf Bundesebene werden die Entscheidungsstrukturen verschlankt und der administrative Aufwand deutlich reduziert. Zur Vorbereitung und Koordination der Agenden der Bundes-Zielsteuerungskommission sowie zur Unterstützung der Umsetzung von Beschlüssen der Bundes-Zielsteuerungskommission wird ein Ständiger Koordinierungsausschuss eingerichtet.

Zu Abschnitt 6:

Die bisherigen Organisations- und Entscheidungsstrukturen auf Landesebene bleiben im Wesentlichen unverändert.

Zu Abschnitt 7:

Die bisherigen Finanzierungsregelungen bleiben unter Berücksichtigung der aktuellen Festlegungen aus dem FAG ab dem Jahr 2017 inhaltlich im Wesentlichen unverändert.

Zu Abschnitt 8:

Um gemeinsam im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit definierte Vorhaben der Gesundheitsreform zu nachfolgenden Themenbereichen umzusetzen, sind Bund und Länder gemeinsam mit der Sozialversicherung übereingekommen, geeignete Finanzierungsinstrumente zur Mittelreallokation einzurichten:

In Art. 31 wird vereinbart, finanzielle Mittel zur Finanzierung von sektorenübergreifenden Vorhaben, die auf eine Stärkung der ambulanten Versorgung, insbesondere den Aufbau der Primärversorgung sowie den Aufbau von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten in der ambulanten Fachversorgung, abstellen, zweckzuwidmen. Dabei wird angestrebt, über die Laufzeit dieser Vereinbarung für diese Zwecke insgesamt 200 Millionen

Euro zweckzuwidmen. Die Vorhaben erfolgen entsprechend der Planungsentscheidungen im RSG (projektbezogen) und haben zur Verbesserung der Versorgung und zur Spitalsentlastung beizutragen. Im Bereich der Primärversorgung wird als Ziel die Realisierung von zumindest 75 Primärversorgungseinheiten bis zum Ende der Laufzeit dieser Vereinbarung angestrebt.

Weiters wird in Art. 32 vorgesehen, Mittel im Höchstausmaß von jährlich 10 Millionen Euro für den Aufbau bzw. die Entwicklung von neuen überregionalen Versorgungsangeboten und überregional erforderlicher Infrastruktur sowie für gemeinsam vereinbarte Finanzierungslösungen für Medikamente zweckzuwidmen.

Zu Abschnitt 9:

Die weiteren Finanzierungsmaßnahmen bleiben gegenüber den bisherigen Regelungen im Wesentlichen unverändert.

Entsprechend dem Verständnis für eine akkordierte Vorgangsweise bei der Umsetzung sollen auch Betrieb, Wartung und Weiterentwicklung zentraler ELGA-Komponenten gemeinschaftlich finanziert werden. Ausgenommen von den gemäß Art. 33 Abs. 6 anteilig von Bund, Ländern und Sozialversicherung aufzubringenden Mitteln sind die Aufwände für Informationstätigkeit, weil diese weder zeitlich noch betragsmäßig mit ausreichender Sicherheit ex ante bestimmt werden können. Klar

gestellt wird ferner, dass die Finanzierung für Maßnahmen in Bezug auf Telegesundheitsdienste und die IKT-Sicherheit (Art. 7 Abs. 4 und 5) außerhalb der hier geregelten ELGA-Finanzierung sichergestellt werden muss.

Zu Abschnitt 10:

Bund und Länder haben vereinbart, für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei stationären Krankenhausaufenthalten die Verpflichtung zur Leistung von Selbsthalten sowohl im Krankenanstaltenrecht als auch im Sozialversicherungsrecht zu streichen. Damit wird einem wiederholt von verschiedenen Seiten geäußerten Wunsch Rechnung getragen und damit insbesondere zur finanziellen Entlastung von Familien beigetragen.

Die Vertragsparteien kommen überein, die zur Attraktivierung des Berufsbildes des Arztes/der Ärztin für Allgemeinmedizin, insbesondere im niedergelassenen Bereich, geschaffene und verpflichtende Ausbildung in Lehrpraxen gemeinsam zu fördern. Sofern der Bund die in dieser Regelung vereinbarte Option geltend macht, wurde seitens des Bundes zugesagt, jedenfalls einen Beitrag in der Höhe von einer Million Euro für die Finanzierung von Lehrpraxen bereitzustellen.

In diesem Abschnitt werden die Eckpunkte für die notwendigen gesetzlichen Regelungen zur Umsetzung dieser Vereinbarung dargelegt.

Zu Abschnitt 15:

Die vorliegende Vereinbarung wird unter Verzicht auf ein Kündigungsrecht für die Dauer der Geltung des Finanzausgleichsgesetzes 2017 (FAG 2017), jedenfalls aber bis zum 31. Dezember 2020 abgeschlossen. Wird die Geltungsdauer des FAG 2017 auf Basis einer Einigung zwischen dem Bund und den Ländern über den Finanzausgleich verlängert, so wird auch die Geltungsdauer dieser Vereinbarung unter Verzicht auf ein Kündigungsrecht auf denselben Zeitraum erstreckt. Finanzielle Festlegungen in dieser Vereinbarung, die bis zum Jahr 2020 geregelt sind, werden für das Jahr 2021 und gegebenenfalls für alle weiteren Jahre bei einer Verlängerung des Finanzausgleichs entsprechend fortgeschrieben.

Die NÖ Landesregierung beehrt sich daher, den Antrag zu stellen:

Der Hohe Landtag wolle die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens genehmigen.

NÖ Landesregierung

Mag. Mikl-Leitner
Landeshauptmann-Stv.

Mag. Wilfing
Landesrat

Mag. Schwarz
Landesrätin

Ing. Androsch
Landesrat