



RICHTLINIE 02

gemäß § 8 Abs. 2 Z 1 und 7 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, LGBl. Nr. 83, i. d. F. LGBl. Nr. 96/2017

ÜBER DIE ABRECHNUNG UND AUSZAHLUNG DER AMBULANZ-GEBÜHRENERsätze

Gemäß § 9 Abs. 2 Z 1 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 beschließt die Oö. Gesundheitsplattform folgende Richtlinie:

§ 1

Zuständigkeit

Die Leistungen der Oö. Fondskrankenanstalten an ambulanten Patientinnen und Patienten sind mit dem Oö. Gesundheitsfonds (im folgenden "Fonds") abzurechnen, wenn

1. eine Leistungspflicht aus der Sozialversicherung besteht (ua. ausländische Gastpatientinnen und -patienten aufgrund von zwischenstaatlichen Übereinkommen oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit (Kostenträger "L 1 – L 9")) und
2. die Patientinnen und Patienten bei relevanten Sozialversicherungsträgern sozialversichert sind und über eine dieser Geschäftsstellen abgerechnet werden. Die relevanten Sozialversicherungsträger werden jährlich im Rahmen der Beschlüsse zum LKF-Modell durch die Oö. Gesundheitsplattform beschlossen.



§ 2

Ambulanz-Gebührenersätze

(1) Die Abrechnung der ambulanten Leistungen der Oö. Fondskrankenanstalten erfolgt durch die Ambulanz-Gebührenersätze mit Ausnahme der in § 59 Abs. 1 Z 3 Oö. Krankenanstaltengesetz angeführten Leistungen.

(2) Mit den Zahlungen der Ambulanz-Gebührenersätze durch den Fonds sind sämtliche Ansprüche der Oö. Fondskrankenanstalten für ambulante Leistungen gegenüber dem Fonds und den gem. § 1 genannten Kostenträgern abgegolten.

§ 3

Ermittlung der Ambulanz-Gebührenersätze

(1) Die Höhe der Ambulanz-Gebührenersätze richtet sich nach den laut Voranschlag des Fonds für die Abgeltung ambulanter Leistungen dotierten Mitteln.

(2) Die Auszahlung der Mittel für Ambulanzleistungen erfolgt nach dem bundesweit einheitlichen Abrechnungsmodell. Die ambulanten Mittel werden nach einem Mischsystem zu je 50% aus Pauschalen für Leistungen/Kontakten sowie einer Strukturkomponente verteilt.

(3) Entsprechend der bundesweiten Modellvorgabe, dass es zu keiner finanziellen Schlechterstellung der Leistungsabgeltung im Bereich der Chemotherapien und des halbstationären Bereichs kommen darf, werden diese Leistungen mit dem stationären Punktwert abgegolten. Die ambulanten Endkosten dieser beiden Bereiche sind daher von der Berechnungsbasis abzuziehen.

(4) Um für Einzelfälle auch noch die Abrechnung von Diagnosen und Leistungen im stationären Bereich als „sonstige NTA (Null-Tages-Aufenthalte)“ zu ermöglichen, wird ein 10%-iger Toleranzbereich (Datenbasis 2017) festgelegt.

(5) Mittel des Oö. GFi für Kooperationen im ambulanten Bereich werden ab 2019 den ambulanten Mitteln zugeschlagen.



(6) Die Basis für die Jahre 2019 und 2020 bilden die ambulanten Datenmeldungen und die Kostenrechnungsdaten des jeweils zweitvorangegangenen Jahres.

Ab dem Jahr 2021 besteht die Datenbasis aus den ambulanten Datenmeldungen und den Kostenrechnungsdaten des zweitvorangegangenen Jahres abzüglich der Punkte und Mittel für Chemotherapien und den halbstationären Bereich.

§ 4

Datenmeldung

Die Oö. Fondskrankenanstalten haben Datenmeldungen zu erstellen. Der Inhalt dieser Meldungen ist in der Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz über die Dokumentation und Meldung von Daten aus dem ambulanten und stationären Bereich (Gesundheitsdokumentationsverordnung – GD-VO), BGBl. II Nr. 25/2017, festgelegt.

§ 5

Auszahlung der Ambulanz-Gebührenersätze

Der Fonds hat den Rechtsträgern der Oö. Fondskrankenanstalten ein Viertel des Jahrespauschales gemäß § 3 zu folgenden Terminen zu leisten (fällt der 21. des Monats auf einen Feiertag, Samstag oder Sonntag, erfolgt die Auszahlung am nächstfolgenden Arbeitstag):

21. April, 21. Juli, 21. Oktober, 21. Jänner des Folgejahres

§ 6

Inkrafttreten

Diese Richtlinie tritt mit der Beschlussfassung durch die Oö. Gesundheitsplattform in Kraft. Gleichzeitig tritt die bisherige Richtlinie über die Abrechnung und Auszahlung der Ambulanz-Gebührenersätze außer Kraft.