

Anhang 2: Regelung der Zusammenarbeit der Vertragspartner

Inhalt

1	Grundsätze der Zusammenarbeit	2
2	Organisation der Zusammenarbeit der Vertragspartner.....	2
3	Verwendung von Qualitätsmessungen.....	2
4	Zusammenarbeit der Vertragspartner beim Festlegen von Massnahmen zur Qualitätsentwicklung	3
4.1	Qualitätsmanagementsystem	3
4.2	Handlungsfelder	3
4.3	Qualitätskonzept.....	3
4.4	Verbesserungsmassnahmen	3
4.5	Massnahmen auf Mesoebene	4
5	Überprüfung der Einhaltung der Verbesserungsmassnahmen	5
5.1	Selbstdeklaration zur Qualitätsentwicklung	5
5.2	Externe Überprüfungen	5
5.3	Erfüllung, Attestierung und Dispensierung.....	5
5.4	Vorgehen bei Nichterfüllung oder Differenzen	6
6	Zusammenarbeit mit den Kantonen	6
7	Zusammenarbeit mit Swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstitut	7
8	Veröffentlichung	7
9	Vorlegen eines Jahresberichts über den Stand der Qualitätsentwicklung gegenüber der Eidgenössischen Qualitätskommission und dem Bundesrat.....	7

Einleitung

Anhang 2 zum Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG richtet sich an die Vertragspartner. Er regelt die Zusammenarbeit, Organisation, Koordination und Prozesse zwischen den Vertragspartnern.

Zugunsten einer einheitlichen Umsetzung der Qualitätsanforderungen an die Spitäler und Kliniken arbeiten die Vertragspartner des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG (H+ und prio.swiss) mit den Vertragspartnern des analogen Qualitätsvertrags H+ und der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) sowie der Invalidenversicherung (IV) und Militärversicherung (MV) zusammen. In den jeweiligen Verträgen werden inhaltlich identische Anforderungen angestrebt und die Zusammenarbeit der Vertragspartner wird gemeinsam organisiert.

1 Grundsätze der Zusammenarbeit

- ¹ Die Vertragspartner legen mit dem vorliegenden Vertrag und seinen Anhängen eine Grundlage für die weitere Qualitätsentwicklung der Spitäler und Kliniken auf Ebene der Verbände fest.
- ² Der Fokus dieses Vertrags liegt auf einem pragmatischen Vorgehen, bei dem die Erfahrungen aus der Umsetzung der Massnahmen der Qualitätsentwicklung einbezogen werden. Ziel der Zusammenarbeit ist die stete Verbesserung der vertraglichen Regelungen und ihrer Umsetzung.
- ³ Angestrebt wird eine für die Spitäler und Kliniken sowie die Vertragspartner möglichst effektive und effiziente Umsetzung der Qualitätsentwicklung.

2 Organisation der Zusammenarbeit der Vertragspartner

- ¹ Zwecks identischer Umsetzung des Qualitätsvertrags und seiner Anhänge in den Leistungsbereichen des KVG sowie des UVG, IVG und MVG werden zwei paritätische Ausschüsse namens PA58 eingesetzt. Der eine Ausschuss setzt sich aus Vertretern von H+ und prio.swiss zusammen, der andere aus Vertretern von H+ und der MTK.
- ¹ Expertinnen und Experten sowie Vertretungen der Kantone und des ANQ können beigezogen werden.
- ² Die weitere Organisation der Ausschüsse ist im Pflichtenheft der PA58 geregelt.

3 Verwendung von Qualitätsmessungen

- ¹ Qualitätsmessungen dienen dazu, einen Qualitätsindikator (QI, Messwert) zu ermitteln. Anhand der QI kann ein Monitoring über den Stand der Qualität bzw. der Qualitätsentwicklung erfolgen. Zugleich priorisieren die Vertragspartner sowie die Spitäler und Kliniken anhand der QI Qualitätsaktivitäten und Verbesserungsmassnahmen auf nationaler Ebene.
- ² Bei der Anerkennung der Verbesserungsmassnahmen für die Aktivitätstypen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation berücksichtigen die Vertragspartner nationale Qualitätsmessungen, insbesondere jene des ANQ.
- ³ Die Vertragspartner analysieren die national verfügbaren QI im Hinblick auf ihre Fähigkeit, Handlungsbedarf auf nationaler Ebene anzuzeigen. Ausgewählte QI dienen den Vertragspartnern zur Auswahl der zu überprüfenden Spitäler und Kliniken.

- 4 Die Vertragspartner wählen die geeigneten QI in Abstimmung mit den Zielen und Vorgaben des Bundesrates und den Empfehlungen der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) aus.
- 5 Die Vertragspartner können die Entwicklung neuer Qualitätsmessungen in Auftrag geben. Dabei werden Qualitätsmessungen bevorzugt, die auf Routinedaten basieren. Priorisiert werden Handlungsfelder, für die bisher keine geeigneten Qualitätsmessungen vorliegen.

4 Zusammenarbeit der Vertragspartner beim Festlegen von Massnahmen zur Qualitätsentwicklung

Die Vertragspartner steuern die Qualitätsentwicklung auf der Mesoebene. Dazu definieren sie Massnahmen zur Qualitätsentwicklung gemäss Art. 58a Abs. 2 KVG, die regelmässig evaluiert und angepasst werden.

4.1 Qualitätsmanagementsystem

- 1 Die Vertragspartner legen die Mindestanforderungen an ein QMS gemeinsam fest. Diese sind in Ziffer 2.1 Anhang 1 aufgeführt und im Leitfaden QMS konkretisiert.
- 2 Die Kantone werden bei der Erarbeitung und Überarbeitung des Leitfadens angehört.
- 3 Die Vertragspartner erarbeiten und anerkennen den Leitfaden QMS in einem zweistufigen Verfahren:
 1. fachliche Erarbeitung und Freigabe durch eine Expertengruppe von H+ sowie
 2. vertragliche Anerkennung durch die Vertragspartner.

4.2 Handlungsfelder

- 1 Die Vertragspartner nutzen die Handlungsfelder aus den Vierjahreszielen des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung und die Empfehlungen der EQK, um die Prioritäten für die Massnahmen zur Qualitätsentwicklung festzulegen.
- 2 Die Vertragspartner listen die Handlungsfelder mit Angabe der jeweiligen Mindestanforderungen und Ziele in Tabelle 1 Anhang 1 auf.
- 3 Bei Änderung der Vierjahresziele des Bundesrates werden die Handlungsfelder, Mindestanforderungen und Ziele überprüft und bei Bedarf angepasst.

4.3 Qualitätskonzept

- 1 Die Vertragspartner legen die Mindestanforderungen an das Qualitätskonzept fest. Diese sind in Ziffer 2.3 Anhang 1 aufgeführt.
- 2 H+ ermöglicht den Austausch Qualitätskonzepte unter den Spitälern und Kliniken, indem H+ selbst oder durch Dritte eine Plattform anbietet.

4.4 Verbesserungsmassnahmen

- 1 Anträge auf die Anerkennung von Verbesserungsmassnahmen enthalten mindestens Angaben zu folgenden Punkten:
 - a) Zielbeschreibung der Verbesserungsmassnahme;
 - b) Geltungsbereich;
 - c) Methodik und Wirkung, inkl. der vorliegenden Evidenz zur Wirksamkeit;
 - d) Umsetzbarkeit (Übertragbarkeit, Gestaltungsspielraum und notwendige Ressourcen);
 - e) Überprüfungskriterien;
 - f) notwendige Register, Lizenzen und Zertifizierungen;

- g) Schnittstellen (betriebsintern und zu externen Leistungserbringern); sowie
 - h) Antragstellende und Interessenkonflikte.
- 2 Die Vertragspartner anerkennen Verbesserungsmaßnahmen in einem zweistufigen Verfahren:
 1. fachliche Anerkennung durch eine Expertengruppe von H+; sowie
 2. vertragliche Anerkennung durch die Vertragspartner.
 - 3 Die Vertragspartner können Verbesserungsmaßnahmen für obligatorisch erklären. Dazu wird der zweistufige Anerkennungsprozess nach Ziffer 4.4 Abs. 2 eingehalten. Obligatorische Verbesserungsmaßnahmen sind abschliessend in Tabelle 1 Anhang 1 aufgeführt. Neue obligatorische Verbesserungsmaßnahmen werden jeweils bis zur nächsten Vertragsaktualisierung auf der Webseite von H+ ausgewiesen.
 - 4 Eine obligatorische Verbesserungsmaßnahme erfüllt zusätzlich mindestens folgende Kriterien:
 - a) sie muss für eine grosse Mehrheit der Betriebe eines Aktivitätstyps (Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) sinnvoll und relevant sein;
 - b) der genaue Geltungsbereich muss in der jeweiligen Beschreibung der Verbesserungsmaßnahme im Kapitel «Abgrenzung» festgehalten werden;
 - c) sie muss breit abgestützt und fachlich akzeptiert sein;
 - d) es liegt mehrjährige Erfahrung mit der Verbesserungsmaßnahme vor; sowie
 - e) sie darf nicht mit einer Verpflichtung zum Einkauf einer Leistung bei einem einzelnen Anbieter einhergehen. Ausnahmen bilden Verbesserungsmaßnahmen, deren initiale und wiederkehrende Kosten durch Externe (z.B. den Bund) finanziert werden.
 - 5 Die Vertragspartner publizieren die Liste und die Beschreibungen der von ihnen anerkannten Verbesserungsmaßnahmen frei zugänglich auf der Webseite von H+.
 - 6 Die Vertragspartner führen die Mindestzahl der zusätzlich zu implementierenden, anerkannten Verbesserungsmaßnahmen in Tabelle 1 Anhang 1 auf.
 - 7 Die Vertragspartner revidieren bereits anerkannte Verbesserungsmaßnahmen regelmässig und können die Anerkennung gegebenenfalls aufheben. Dabei wird das zweistufige Verfahren nach Ziffer 4.4 Abs. 2 angewendet.

4.5 Massnahmen auf Mesoebene

- 1 Die Vertragspartner überprüfen den Umsetzungsstand dieses Vertrags auf nationaler Ebene regelmässig anhand der national verfügbaren Daten (Überprüfungsergebnisse, Selbstdeklarationen, ANQ-Messungen, interne und externe Qualitätskontrollen der Laboratorien) und vergleichen diese mit den Vorgaben der EQK sowie weiteren nationalen Programmen und nationalen Zielwerten.
- 2 Die Vertragspartner identifizieren Handlungsbedarf und setzen Schwerpunkte auf nationaler Ebene in Abstimmung mit den Vierjahreszielen des Bundesrats.
- 3 Die Vertragspartner legen geeignete Massnahmen fest, um die Erreichung der Ziele des Qualitätsvertrags zu unterstützen. Möglich sind unter anderem:
 - a) Schulungen;
 - b) Informationsveranstaltungen;
 - c) unterstützende Dokumentationen;

- d) obligatorische Verbesserungsmaßnahmen;
- e) Anpassung bestehender Verbesserungsmaßnahmen;
- f) Initiierung und Anerkennung neuer Verbesserungsmaßnahmen; sowie
- g) Anpassung der Selbstdeklaration oder der Prüfungskriterien.

5 Überprüfung der Einhaltung der Verbesserungsmaßnahmen

Für die Überprüfung der Einhaltung der Verbesserungsmaßnahmen sind die Vertragspartner zuständig. Die Zusammenarbeit der Vertragspartner und die Umsetzungsprozesse durch die Vertragspartner sind nachfolgend geregelt. Die dabei geltenden Rechte und Pflichten der Spitäler und Kliniken sind in Ziffer 3 Anhang 1 festgehalten.

5.1 Selbstdeklaration zur Qualitätsentwicklung

Die Vertragspartner stellen den Spitälern und Kliniken eine geeignete Plattform zur Publikation der Selbstdeklaration zur Verfügung (www.spitalinfo.ch).

5.2 Externe Überprüfungen

- ¹ Die Vertragspartner legen die Anzahl der jährlich zu überprüfenden Spitäler und Kliniken fest. Ziel ist, dass alle Spitäler und Kliniken innerhalb von acht Jahren einmal überprüft werden. Einmal überprüfte Spitäler und Kliniken werden während zwei Jahren nicht erneut überprüft.
- ² Zur Auswahl der Spitäler und Kliniken für die Stichprobe wird eine Kombination folgender Auswahlkriterien herangezogen:
 - a) auffällige Resultate von national verfügbaren und vergleichbaren QI, insbesondere jene des ANQ;
 - b) unvollständige oder fehlende Angaben in der Selbstdeklaration;
 - c) Nichtteilnahme an obligatorischen Messungen (ANQ, QUALAB);
 - d) Empfehlung des Standortkantons; oder
 - e) Zufall.
- ³ Die Vertragspartner beauftragen Dritte mit der Koordination der Überprüfungen.

5.3 Erfüllung, Attestierung und Dispensierung

- ¹ Die Vertragspartner überprüfen die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung. Dazu verwenden sie die folgenden Unterlagen in pseudonymisierter Form:
 - a) die vorliegenden Selbstdeklarationen,
 - b) die Auszüge der Prüfberichte für die Vertragspartner gemäss Ziffer 3.2.4 Anhang 1; sowie
 - c) allfällige Nachmeldungen der Prüfstelle zu Fristverlängerungen sowie Erfüllung oder Nichterfüllung von Auflagen.
- ² Die Regeln zur Qualitätsentwicklung des vorliegenden Vertrags gelten als erfüllt, wenn die folgenden Kriterien kumulativ erfüllt sind:
 - a) die Selbstdeklaration vollständig ausgefüllt und jährlich aktualisiert wird (Angaben zu QMS, Qualitätskonzepten, obligatorischen und anerkannten Verbesserungsmaßnahmen pro Handlungsfeld);
 - b) für eine Überprüfung ausgewählte Spitäler und Kliniken die Überprüfung absolviert oder eine Dispensierung gemäss Ziffer 3.3 Anhang 1 erhalten haben;
 - c) die umzusetzenden Verbesserungsmaßnahmen drei Jahre nach Umsetzungsstart implementiert sind. Dies gilt auch bei einer aktualisierten Verbesserungsmaßnahme ab dem Datum der Anerkennung durch die Vertragspartner; sowie

- d) die allfälligen Auflagen der Prüfstelle oder des Kantons bzgl. der Umsetzung des Qualitätsvertrags fristgerecht erfüllt wurden.
- ³ Die Vertragspartner attestieren den Spitälern und Kliniken die Erfüllung oder Nichterfüllung der Regeln zur Qualitätsentwicklung.
- ⁴ Die Vertragspartner können einzelne Spitäler oder Kliniken von Überprüfungen oder von der Umsetzung von spezifischen Handlungsfeldern dispensieren. Die anerkannten Gründe sind in Ziffer 3.3 Anhang 1 aufgeführt.

5.4 Vorgehen bei Nichterfüllung oder Differenzen

- ¹ Vorgehen bei Nichterfüllung der Pflichten zur Selbstdeklaration:
 - a) Der Name des Spitals oder der Klinik wird in den PA58 offengelegt.
 - b) Das Spital oder die Klinik wird von den PA58 mit einer 14-tägigen Frist schriftlich aufgefordert, die Selbstdeklaration zu aktualisieren oder zu vervollständigen.
 - c) Nach ungenutztem Ablauf dieser Frist erfolgt eine Meldung an das betroffene Spital oder die betroffene Klinik und an den Kanton.
 - d) Auf der Plattform www.spitalinfo.ch wird ausgewiesen, dass der Vertrag nicht erfüllt ist, bis das Spital oder die Klinik der Aufforderung zur Aktualisierung oder Vervollständigung nachgekommen ist. Das Spital oder die Klinik meldet aktiv, wenn die Selbstdeklaration angepasst wurde.
- ² Vorgehen bei Nicht-Erfüllung der Pflichten zur Überprüfung:
 - a) Der Name des Spitals oder der Klinik wird in den PA58 offengelegt.
 - b) Das Spital oder die Klinik wird von den PA58 schriftlich kontaktiert. Auf schriftlichen Antrag kann die Frist zur Erfüllung verlängert werden.
 - c) Erfüllt das Spital oder die Klinik auch nach der ersten Fristverlängerung die Anforderungen des Vertrags nicht, wird es von den PA58 per Einschreiben kontaktiert. Auf schriftlichen Antrag kann die Frist zur Erfüllung ein weiteres Mal verlängert werden.
 - d) Erfüllt das Spital oder die Klinik nach Ablauf der zweiten Frist die Anforderungen des Vertrags nicht, werden die in Ziffer 7 des Qualitätsvertrags vorgesehenen Schritte zur Sanktionierung eingeleitet.
- ³ Vorgehen bei Differenzen im Überprüfungsergebnis (Bewertung und/oder Auflagen):
 - a) Der Name des Spitals oder der Klinik wird in den PA58 offengelegt.
 - b) Die PA58 prüfen die Stellungnahme des Spitals oder der Klinik und klären mit dem Spital oder der Klinik und der Prüfstelle den Sachverhalt.
 - c) Die PA58 entscheiden über das massgebende Überprüfungsergebnis (Bewertung und allfällige Auflagen), falls kein Konsens gefunden wird, und informieren das Spital oder die Klinik, die Prüfstelle sowie die Koordinationsstelle.

6 Zusammenarbeit mit den Kantonen

- ¹ Die Vertragspartner stellen den Standortkantonen folgende Informationen zur Verfügung:
 - a) halbjährlich die Datenauszüge zu den Selbstdeklarationen und Überprüfungen der Spitäler und Kliniken;
 - b) die Ergebnisse der Attestierung nach einer Überprüfung der Spitäler und Kliniken vor deren Publikation;
 - c) die Spitäler und Kliniken, die aufgrund unvollständiger, nicht aktualisierter oder fehlender Selbstdeklarationen die Regeln zur Qualitätsentwicklung nach Ziffer 5.3 Abs. 3 nicht mehr erfüllen; sowie

- d) die Spitäler und Kliniken, die im Folgejahr in der Stichprobe sind.
- ² Die Standortkantone können den Vertragspartnern Spitäler und Kliniken für die Überprüfung empfehlen.

7 Zusammenarbeit mit Swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstitut

Die Vertragspartner stellen Swissmedic folgende Informationen zur Verfügung:

- a) Spitäler und Kliniken, die im Folgejahr in der Stichprobe sind; sowie
- b) das Datum der Überprüfung, sofern bekannt.

8 Veröffentlichung

- ¹ Die Vertragspartner stellen sicher, dass die Ergebnisse der für diesen Qualitätsvertrag herangezogenen Qualitätsmessungen öffentlich publiziert sind.
- ² Die Vertragspartner publizieren auf einer gemeinsam definierten Plattform (www.spitalinfo.ch) die folgenden Informationen:
- a) Selbstdeklaration der Spitäler und Kliniken zum Qualitätskonzept und zu den Verbesserungsmassnahmen;
 - b) der überprüften Spitäler und Kliniken inklusive Überprüfungsergebnis gemäss Ziffer 3.2.2 Anhang 1 während zwei Jahren nach der Überprüfung; sowie
 - c) Status «erfüllt» bzw. «nicht erfüllt» Ziffer 5.3 Abs.3 Anhang 2.
- ³ Die Vertragspartner gewähren den Spitälern und Kliniken das Recht, Überprüfungsergebnisse auf der Plattform öffentlich zu kommentieren.

9 Vorlegen eines Jahresberichts über den Stand der Qualitätsentwicklung gegenüber der Eidgenössischen Qualitätskommission und dem Bundesrat

- ¹ Die Vertragspartner erstatten der EQK und dem Bundesrat jährlich Bericht über den Stand der Qualitätsentwicklung in den Spitälern und Kliniken.
- ² Als Grundlage für die Berichterstattung dienen die Daten zur Selbstdeklaration und Auszüge Prüfberichte sowie national verfügbare Qualitätsmessungen.
- ³ Die Vertragspartner können das Erstellen des Jahresberichts an Dritte delegieren.
- ⁴ Die Vertragspartner nutzen die Daten aus den Qualitätsmessungen, Selbstdeklarationen und Überprüfungen der Spitäler und Kliniken und erstellen eine Übersicht über den Stand der Umsetzung (Implementierungsindikatoren), die Erreichung nationaler Zielwerte und die abgeleiteten Massnahmen.
- ⁵ Wo möglich, wird ein zeitlicher Verlauf abgebildet.
- ⁶ Spitalindividuelle Daten werden im Jahresbericht nicht publiziert. Die Berichterstattung fokussiert auf die nationale Entwicklung und auf Best Practices, aus denen die Spitäler lernen können.
- ⁷ Im Jahresbericht ausgewiesen werden insbesondere folgende Indikatoren, abgeleitet aus den Selbstdeklarationen:
- a) Anteil Spitäler mit Beschreibung der Handlungsfelder im Qualitätskonzept (pro Handlungsfeld);

- b) Anteil Spitäler, welche die obligatorischen Verbesserungsmassnahmen vollständig umsetzen;
- c) schweizweite Anteile / Verteilung bei der Umsetzung der zusätzlichen, anerkannten Verbesserungsmassnahmen; sowie
- d) schweizweiter Anteil «In Implementierung», bzw. «implementiert» pro anerkannter Verbesserungsmassnahme.

⁸ Im Jahresbericht ausgewiesen werden insbesondere folgende Indikatoren, abgeleitet aus den Auszügen der Prüfberichte:

- a) Anzahl durchgeführte Überprüfungen;
- b) Anzahl Mängel und Auflagen pro Jahr;
- c) Anzahl Mängel und Auflage pro Verbesserungsmassnahme, QMS und Handlungsfeld; sowie
- d) Hinweise auf Handlungsbedarf auf nationaler Ebene.