

Stand 18.01.2022

Qualitätsanforderungen nach Art. 58g KVV, die von den ambulanten Leistungserbringern zu erfüllen sind

Seit dem 1. Januar 2022 dürfen ambulante Leistungserbringer nur noch dann zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen, wenn sie vom Kanton zugelassen sind. Sie müssen unter anderem nachweisen, dass sie die **Qualitätsanforderungen** gemäss Art. 58g KVV erfüllen:

- a. Sie verfügen über das erforderliche qualifizierte Personal.
- b. Sie verfügen über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem.
- c. Sie verfügen über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem und haben sich, sofern ein solches besteht, einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen angeschlossen.
- d. Sie verfügen über die Ausstattung, die erforderlich ist, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen.

Neben der Pflicht zur Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Art. 58g KVV müssen die Leistungserbringer auch **die vertragliche Regelung zur Qualitätsentwicklung nach Art. 58a Abs. 6 KVG einhalten**, entweder sobald eine Qualitätsvereinbarung nach Art. 58a KVG abgeschlossen und vom Bundesrat genehmigt wurde; oder wenn sich die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer nicht auf eine Qualitätsvereinbarung einigen können und der Bundesrat die entsprechenden Regeln festlegt. Als Leistungserbringer müssen Sie die vertraglichen Regelungen zur Qualitätsentwicklung auch unabhängig von einer Mitgliedschaft in einem Verband einhalten.

Damit der Kanton kontrollieren kann, ob diese Anforderungen erfüllt sind, bitten wir Sie, **den Fragebogen, den Sie unten finden, auszufüllen und Ihrem Antrag auf Zulassung zur Rechnungsstellung zulasten der OKP beizulegen.**

Fragen an die Leistungserbringer zum Nachweis der Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Art. 58g KVV

1. Verfügen Sie über das erforderliche qualifizierte Personal¹, um Ihre Leistungen nach KVG erbringen zu können?

Nein. Begründung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ja

Falls Sie mit Ja geantwortet haben, geben Sie bitte an, wie sich Ihr Personal zusammensetzt (Anzahl Beschäftigte und Vollzeitäquivalente pro Berufsgruppe; berufliche Qualifikationen sowie die für die Leistungserbringung notwendigen und absolvierten Aus- und Weiterbildungen pro Person): Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

2. Verfügen Sie über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem?

Nein. Begründung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ja

Falls Sie mit Ja geantwortet haben, beschreiben Sie bitte kurz die Prozesse und Strukturen Ihres Qualitätsmanagementsystems und nennen Sie seinen Namen, falls ein solcher existiert: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

3. Verfügen Sie über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem?

Nein. Begründung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ja.

Falls derzeit nicht verfügbar, bitte baldmöglichst nachreichen

Falls Sie mit Ja geantwortet haben, umschreiben Sie bitte kurz Ihr internes Berichts- und Lernsystem und nennen Sie seinen Namen, falls ein solcher existiert: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

4. Sind Sie einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen angeschlossen?

Nein. Begründung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ja.

Falls derzeit nicht verfügbar, bitte baldmöglichst nachreichen

Falls Sie mit Ja geantwortet haben, nennen Sie bitte den Namen des Netzwerks:
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben

5. Verfügen Sie über die Ausstattung, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen?

Nein. Begründung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ja.

Falls Sie mit Ja geantwortet haben, geben Sie bitte an, über welche technische Ausstattung Sie verfügen: Welche Primärsysteme und Austauschformate werden verwendet? Ist die Mehrfachnutzung der Daten sichergestellt? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben

Ich bestätige, dass ich das Formular ordnungsgemäß und wahrheitsgemäß ausgefüllt habe:

Vorname, Name :

Beruf :

ambulanten Krankenpflege Einrichtungen :

Ort, Datum :

Unterschrift :

Stempel :