

Wer effizient arbeitet, verdient mehr Chancengleichheit in der Spitalfinanzierung Es bestehen klare Erklärungslücken bei SwissDRG

Eine vom UniversitätsSpital Zürich (USZ) bei der Polynomics AG in Auftrag gegebene Studie zeigt, dass die Vergleichbarkeit der Spitäler in der Spitalfinanzierung unter SwissDRG nicht gegeben ist. Eine Differenzierung der Tarife ist daher angezeigt. Ein von den Autoren der Studie entwickelter Benchmark-Mechanismus liefert den passenden Ansatz dazu. Wir wollten wissen, wo die Vergleichbarkeit hapert und mit welchen konkreten Schritten wirksam Gegensteuer gegeben werden kann.

Im geltenden Tarifsysteem SwissDRG basiert die Spitalvergütung für stationäre Fälle auf Pauschalen, mit denen definierte Leistungen abgegolten werden. Die Höhe der Pauschale berechnet sich aus der Multiplikation einer Fallgewichtung (Kostengewicht) mit einem Basispreis (Baserate). Idealerweise deckt die Pauschale die durchschnittlichen Kosten, die in einem effizienten Spital für die Behandlung eines Falles in der entsprechenden Fallgruppe anfallen. Damit möchte der Gesetzgeber den Spitalern Anreize setzen, ihre Leistungen effizient zu erbringen.

Fairer Wettbewerb heute nicht gegeben

«Wir stellen uns diesem Wettbewerb», sagt Hugo Keune, Direktor Finanzen am USZ und Mitglied der Spitaldirektion, «aber wir fordern gleiche Chancen für sämtliche Spitäler.» Seit der Einführung von SwissDRG im Januar 2012 hatte sich abgezeichnet, dass die neue Tarifstruktur die Leistungen der unterschiedlichen akut-stationären Spitäler nicht vergleichbar abbildet. Die USZ-Experten gingen aufgrund von Erfahrungen im Ausland davon aus, dass die unterschiedlichen Fallnormkosten der Spitäler (d.h. Schweregrad-bereinigte Fallkosten) weniger der unterschiedlichen Effizienz, sondern in erster Linie den unterschiedlichen Leistungen der Spitäler zuzuschreiben sind. Das USZ hat deshalb das Beratungsunternehmen Polynomics AG, Olten, damit beauftragt, den Sachverhalt im Rahmen einer datenbasierten Studie¹ zu klären. Diese stützt sich auf die Fallkostenstatistik des Bundesamts für Statistik (BFS) der Jahre 2011 und 2012 ab.

Leistungsbezogene Unterschiede nicht angemessen berücksichtigt

Die Fallnormkosten der Universitätsspitäler sind deutlich höher als diejenigen eines Durch-

schnittsspitals. Fragt sich nur, ob höhere Kosten nicht auch die Folge von zu wenig Effizienz in der Leistungserbringung sein könnten. «Im Falle des USZ eindeutig nicht», beteuert der Hauptautor der Studie, Dr. Philippe Widmer. «Unsere Studie bestätigt nämlich erstmals, dass diese höheren Kosten nicht die Folge von Ineffizienzen sind. Vielmehr sind sie auf Unterschiede im Leistungsangebot und in den Patientenstrukturen zurückzuführen, die durch SwissDRG nicht ausreichend abgebildet werden. Ein wesentlicher Grund hierfür liegt bei den Zu- und Abschlägen für Fälle mit besonders langen oder kurzen Aufenthaltsdauern sowie bei den Abschlägen, die bei vorzeitiger Verlegung eines Patienten vorgenommen werden. Bei den Universitätsspitalern führt zudem die im Versorgungsauftrag festgelegte Abdeckung von hoch komplexen Fällen zu

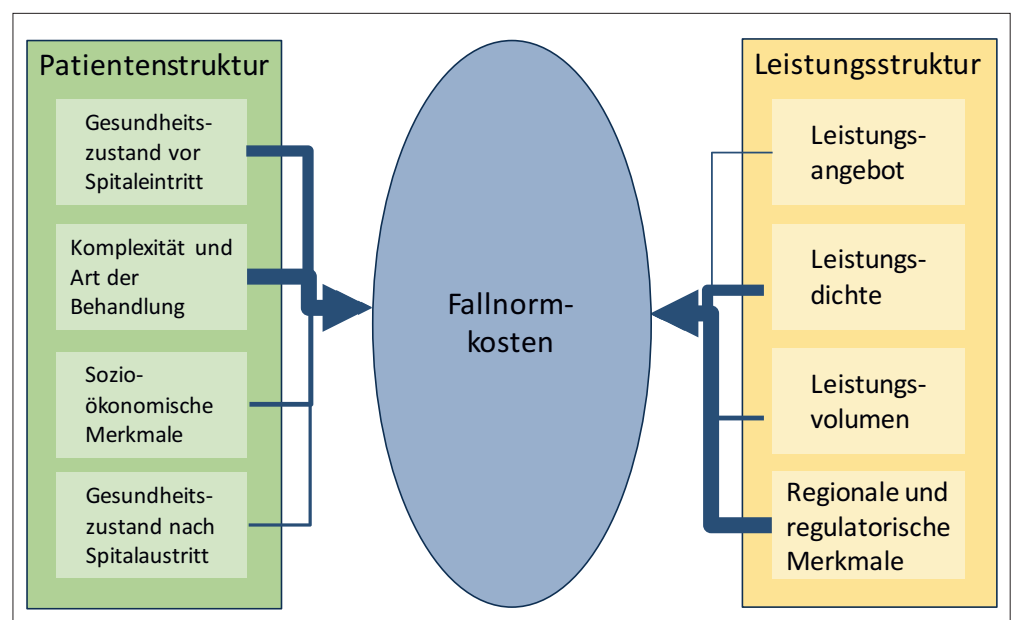
teuren, aber notwendigen Betriebsstrukturen und Vorhalteleistungen.»

Ein Beispiel: Damit ein Spital Patienten mit komplexen Krankheitsbildern behandeln kann, muss es in qualifiziertes Personal und in Hightech-Infrastruktur investieren. Diese notwendigen Investitionen, von denen alle in einem Universitätsspital behandelten Patienten profitieren, werden von SwissDRG nicht ausreichend berücksichtigt.

Zu geringe Transparenz zwischen den Leistungen

Die heutige SwissDRG-Tarifstruktur kann die Transparenz zwischen den Leistungen nicht wie erhofft herstellen, da die berechneten Kostengewichte nicht alle leistungsbezogenen Kosten-

Abbildung 1: Schematische Darstellung des Fallpauschalenmodells





Hugo Keune, Direktor Finanzen am USZ und Mitglied der Spitaldirektion

unterschiede zwischen den Spitälern abbilden können. «Unter diesen Umständen dürfen die Spitäler auf keinen Fall mit einem einfachen Vergleich der schweregradbereinigten durchschnittlichen Fallkosten (Fallnormkostenvergleich) auf ihre Effizienz hin beurteilt und mit einheitlichen Tarifen vergütet werden. Zwischen den Spitälern werden immer gerechtfertigte Unterschiede in den Fallnormkosten bestehen bleiben, die aufgrund unterschiedlicher Patienten- und Leistungsstrukturen entstehen. Diese Unterschiede müssen bei der Vergütung mitberücksichtigt werden, um allen Spitälern eine faire Ausgangslage im Wettbewerb zu schaffen. Andernfalls werden Spitäler am Ende der Versorgungskette systematisch benachteiligt», ist Dr. Philippe Widmer überzeugt.

Ziel der Studie

In einer weiteren, ebenfalls bereits veröffentlichten Studie befassen sich P. Widmer und seine Co-Autoren mit der Frage, wie trotz der Mängel im Tarifsysteem eine faire Vergütung erreicht werden kann, die allen Spitälern die richtigen Anreize zur Kostenreduktion setzt. Dies wird mit der heutigen SwissDRG-Tarifstruktur in der kurzen und mittleren Frist nur durch eine Abstufung der Basispreise möglich sein. Alternative Vorschläge würden erhebliche Eingriffe in die bestehende Tarifstruktur bedingen.

Den Weg dazu zeigt die Polynomics AG mit dem in ihrer Studie entwickelten Fallpauschalenmodell auf, das basierend auf der Fallkostenstatistik des Bundesamts für Statistik für alle akutsomatischen Spitäler der Schweiz leistungsbezogene Basispreise berechnen kann. Die Aussagekraft des entwickelten Fallpauschalenmodells beur-

teilen die Gesundheitsökonominnen anhand der folgenden beiden Fragen:

1. Welchen Erklärungsgehalt erreichen wir mit dem Fallpauschalenmodell?
2. Ist der Erklärungsgehalt für alle Spitaltypen gleich gut oder werden gewisse Spitäler systematisch bevorzugt oder benachteiligt?

In der Studie wurde dafür das Datenjahr 2012 betrachtet, das SwissDRG für die Tarifstruktur 3.0 verwendet hat, die 2014 zur Anwendung gelangte. Die Daten enthalten Informationen zu rund 800 000 Patientenfällen aus 100 Spitälern.

Das Fallpauschalenmodell

Im Grundsatz ist das Fallpauschalenmodell ein klassisches Benchmarkingverfahren, das die akutsomatischen Spitäler – wie vom Bundesverwaltungsgericht gefordert – anhand eines gesamtschweizerischen Fallnormkostenvergleichs beurteilt. Zwecks Vergleichbarkeit werden aber zusätzlich leistungsbezogene Kostenunterschiede berücksichtigt, die über einen Zusatzschritt bestimmt werden müssen. Die Abbildung 1 verdeutlicht das Konzept in einer schematischen Darstellung.

Weitere erklärende Faktoren zur effektiven Kostenstruktur

In einem ersten Schritt sind zusätzlich zur SwissDRG-Tarifstruktur weiterführende leistungsbezogene Einflussfaktoren zu bestimmen, die einen Einfluss auf die Fallnormkosten haben. Diese Einflussfaktoren sind exogen, d.h. das Spital kann sie nicht beeinflussen. In der Studie sind dies – wie in der Abbildung 1 dargestellt – spezifische Variablen zu Merkmalen der Patienten- und Leistungsstruktur. Für die Merkmale der Patientenstruktur kommen Variablen zum Gesundheitszustand vor und nach Spitalaufenthalt, zur Komplexität und Art der Behandlung sowie zu den sozioökonomischen Merkmalen der Patienten in Frage. Bei der Leistungsstruktur sind es Variablen zu Leistungsangebot, -dichte und -volumen sowie zu den regulatorischen Unterschieden. Sie approximieren die leistungsbezogenen Vorhalteleistungen und Reservekapazitäten, die mit der heutigen Tarifstruktur nicht abschliessend berücksichtigt werden können.

Im zweiten Schritt werden für alle im Fallpauschalenmodell berücksichtigten Variablen die Kosteneinflüsse auf die Fallnormkosten ermittelt (unterschiedlich dicke blaue Pfeile in der Abbildung). Die Einflüsse entsprechen dem Schweizer Durchschnittszusammenhang und zeigen, um wieviel Franken die Fallkosten durchschnittlich steigen, wenn z.B. der Patient von einem ande-

ren Spital überwiesen wurde oder multimorbid ist. Multipliziert man diese Kosteneinflüsse mit den Eingangsdaten eines Spitals (z. B. Anzahl der Fälle, die von anderen Spitälern überwiesen wurden oder Anzahl multimorbide Patienten), erhält man die leistungsbezogenen Unterschiede in den Fallkosten und damit auch die Unterschiede in den leistungsbezogenen Fallnormkosten zum Schweizer Durchschnitt.

Gründliches Berechnen fairer Zu- oder Abschläge zur Baserate

So lässt sich für jedes Spital berechnen, um wie viel Franken seine leistungsbezogenen Fallnormkosten gerechtfertigt über oder unter den gesamtschweizerischen Fallnormkosten liegen. Für die Berechnung des individuellen Benchmark sind lediglich die Patienten- und Leistungsstrukturdaten des Spitals, die man mit den gesamtschweizerischen Kosteneinflüssen multipliziert, erforderlich. Die Kostendaten des Spitals benötigt man hingegen nicht, d.h. die leistungsbezogenen Fallnormkosten eines Spitals sind nicht direkt abhängig von den spitalspezifischen Kosten, die z.B. durch unterschiedliche Handhabung der Kostenrechnung und Abgrenzungen von Forschung und Lehre beeinflusst sein können.

Konzentration aufs Wesentliche – Effizienz statt Patientenselektion

Die leistungsbezogenen Basispreise ergeben sich schliesslich durch diese leistungsbezogenen Fallnormkosten. Zur Berechnung steht ein eigens entwickeltes Excel-Tool zur Verfügung, das lediglich mit den Eingangsdaten eines zu beurteilenden Spitals befüllt werden muss. Bei diesem Benchmarking-Verfahren werden die tatsächlichen Fallnormkosten eines Spitals mit jenen verglichen, die sich aus dem Fallpauschalenmodell für ein hypothetisches Durchschnittsspital ergeben, das genau das gleiche Angebot und die gleichen Patienten aufweist. Dies beseitigt die Nachteile des einfachen Fallnormkostenvergleichs. Spitäler können sich daher wieder mehr um Effizienzsteigerungen als um strategische Optimierungen (Leistungs- und Patientenselektion) kümmern. Zudem werden Spitäler mit einfachen Fällen nicht mehr zu Lasten der Endversorgerspitäler übervergütet.

Ergebnisse zum Fallpauschalenmodell

Die Ergebnisse zum Fallpauschalenmodell sind in Abbildung 2 mit den tatsächlichen Fallnormkosten in einem Streudiagramm zusammengefasst dargestellt. Die Resultate sind für alle Netzwerkspitäler der Schweiz abgebildet, unterschied-

lich markiert für Universitäts-, Zentrums- und Regionalspitäler sowie Spezialkliniken. Auf der horizontalen Achse sind die tatsächlichen Fallnormkosten ohne Anlagenutzungskosten (ANK) abgetragen, die zwischen 6500 CHF und knapp 14000 CHF streuen. Auf der vertikalen Achse sind die entsprechenden Benchmarkwerte aus dem Fallpauschalenmodell abgetragen (leistungsbezogene Basispreise), die vergleichbar zwischen 6500 CHF und knapp 14000 CHF streuen.

Die Ergebnisse aus dem Fallpauschalenmodell korrelieren sehr stark mit den tatsächlichen Fallnormkosten. Im Streudiagramm streuen alle Spitäler sehr nahe um die Winkelhalbierende, die den Zusammenhang zwischen dem Fallpauschalenmodell und den Fallnormkosten grafisch verdeutlicht. Die mit dem Fallpauschalenmodell berechneten leistungsbezogenen Basispreise können über 90 Prozent der Kostenunterschiede in den Fallnormkosten erklären. Mit anderen Worten kommt fast die ganze Streuung in den Fallnormkosten aufgrund unterschiedlicher Leistungsangebote in den Spitälern zustande und kann somit nicht der Ineffizienz zugeschrieben werden.

Die jetzt noch verbleibenden Abweichungen sind zu hohe oder zu geringe Entgelte

Verbleibende Differenzen zum berechneten Benchmark aus dem Fallpauschalenmodell sind in der Abbildung durch die Abstände zur Winkelhalbierenden dargestellt. Bei Unternehmen, die rechts liegen, sind die Fallnormkosten höher als die leistungsbezogenen Basispreise des Durchschnittspitals. Unternehmen, die links liegen, erhalten leistungsbezogene Basispreise, die über ihren tatsächlichen Fallnormkosten liegen. Ein Grossteil dieser Abweichungen dürfte der unterschiedlichen Ineffizienz der Spitäler zuzuordnen sein.

Zudem lässt sich anhand der Abbildung einfach aufzeigen, dass das Fallpauschalenmodell alle Spitaltypen in etwa gleich gut abbilden kann. Alle Spitaltypen streuen vergleichbar um die Winkelhalbierende, wenn auch auf unterschiedlichem Fallnormkostenniveau. Die Universitätsspitäler dürften somit trotz höheren Fallnormkosten nicht wesentlich ineffizienter sein als die Spezialkliniken oder die Regionalspitäler. Ihr Leistungs-

angebot verursacht jedoch gerechtfertigte Mehrkosten, die vergütet werden müssen.

Für einen neuen Benchmark-Mechanismus

«Die Ergebnisse der Polynomics-Studie und des Benchmark-Vorschlags zeigen, dass eine einheitliche Baserate für alle Schweizer Spitäler nicht sachgerecht ist», sagt Hugo Keune. «Um die Chancengleichheit der Spitäler zu gewährleisten, müssen vielmehr die unterschiedlichen Leistungsangebote und Patientenstrukturen mitberücksichtigt werden.»

Mit ihrem Vorschlag schliessen die Autoren leistungsbezogene Unterschiede in die Berechnung mit ein, nicht aber Ineffizienzen. Das Universitätsspital Zürich betrachtet den neuen Benchmark-Mechanismus als beste aller bisher vorgeschlagenen Tarifierungsmethoden unter SwissDRG. Gleichzeitig setzt sich das Universitätsspital Zürich für eine Weiterentwicklung des SwissDRG Systems ein, um die Abbildung der Leistungen der unterschiedlichen Spitäler hinsichtlich ihrer Vergleichbarkeit zu verbessern.

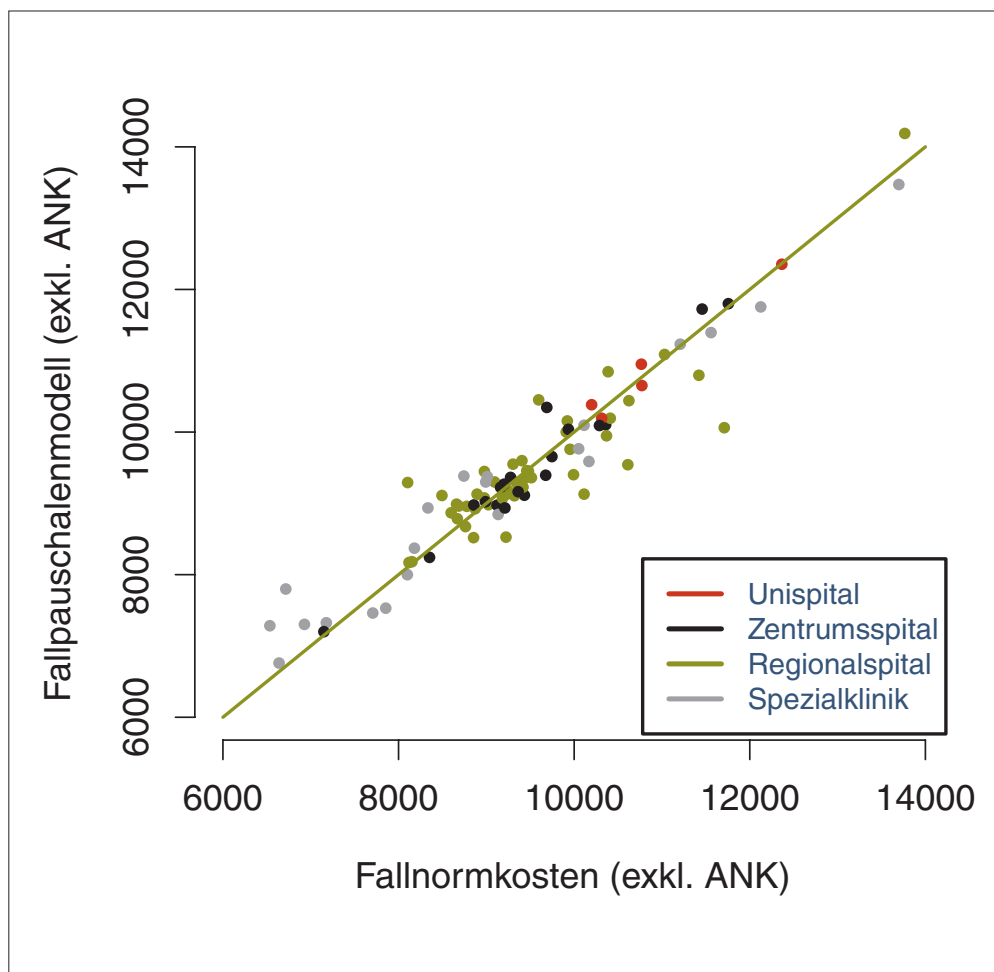
Gegen Wettbewerbsverzerrung durch Kantonssubventionen

Die Erklärungslücken von SwissDRG sind erkannt und leuchten ein. Ganz entscheidend ist das Resultat der Polynomics-Analyse, dass die hohen Kosten und daraus folgend die fürs USZ ungenügende Baserate nicht Ursache von Ineffizienz sind, sondern der Grund in der weit überdurchschnittlichen Häufung aufwändiger Fälle zu finden ist.

«Wir sind froh, dass die Polynomics-Studie exakt diese Zusammenhänge offengelegt hat», unterstreicht Hugo Keune, «es gibt insbesondere keine Hinweise darauf, dass unser Personal weniger effizient arbeiten würde als der Schweizer Durchschnitt. Ich meine: Das ist eine gute Grundlage, um sich für differenzierte Baserates einzusetzen. Währenddem die Argumente bei der Medizinaltarif-Kommission MTK eingebracht werden konnten, haben die Krankenversicherer wenig Interesse für Studienergebnisse und die Situation der Universitätsspitäler gezeigt. Das bedauern wir sehr. Wir haben den Eindruck gewonnen, dass sich die Krankenversicherer deshalb restriktiv verhalten, um Druck auf den Kanton auszuüben, damit er für entstehende Defizite geradesteht.»

Eine im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Bern durch die KPMG ausgearbeitete Studie («Kantonale Unterschiede in der Finan-

Abbildung 2: Fallpauschalenmodell versus Fallnormkostenvergleich





Das Abrechnungssystem SwissDRG sollte strukturell angepasst werden, damit häufig auftretende starke Ballungen schwerster Fälle in Zentrumsspitalern besser abgebildet werden können.

zierung der Universitätsspitaler») zeigte im Dezember 2015, dass die Rechnung der Krankenversicherer teilweise aufzugehen scheint und namentlich die Westschweizer Universitätskantone ihre Häuser massiv subventionieren.

Und genau das wollte ja die neue Spitalfinanzierung ausschliessen. Das revidierte KVG sieht die Möglichkeit kantonaler Subventionen bloss im Falle der Versorgung von Randregionen und für Lehre und Forschung vor. Entsprechend enthält die vom USZ geforderte und vom Kanton Zürich festgesetzte Baserate von 11 300 CHF für das Jahr 2012 keine Anteile mehr von Forschung und Lehre. Diese Kosten sind ausgeschieden und werden vom Kanton und Dritten separat entschädigt.

Wege zum Ziel

Wie ist nun dieser Vorsatz in die Tat umzusetzen? Alternativ zum oben skizzierten Fallpauschalenmodell von Polynomics AG wäre es auch denkbar, die eruierten Faktoren für die Bildung von Spitalkategorien heranzuziehen und so Kategorien von möglichst vergleichbaren Spitalern für das Benchmarking zu bilden. Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts bei der Beurteilung der Tarifstreitigkeiten des Kantons Spitals St. Gallen. Hier wird argumentiert, dass im Moment noch die gesetzliche Grundlage fürs

Definieren von Spitalkategorien und damit für eine einfache Umsetzung differenzierter Baserates fehle. Falls dies aber für das Bestimmen eines fairen Entgelts nötig sei, wären solche Grundlagen zu schaffen. Gemäss Auffassung des Bundesverwaltungsgerichts könne die Bildung von Benchmarking-Gruppen nur für eine Einführungsphase akzeptiert werden. Aus Sicht der Universitätsspitaler zeigt sich jedoch, dass sich das System SwissDRG seit der Einführung kaum wesentlich verbessert hat und sich eine solche auch nicht abzeichnet. Beachtenswert ist insbesondere folgende Beurteilung des Bundesverwaltungsgerichts: «Die Beteiligten (gemeint sind die Tarifpartner) werden prüfen müssen, ob und inwiefern ein besonderer Leistungsauftrag oder eine besondere Stellung in der medizinischen Versorgungskette besteht. Im Weiteren werden sie abklären müssen, ob und wie weit diese Besonderheiten in der Tarifstruktur nicht abgebildet werden, und ob die Mehr- oder Minderleistungen bei Anwendung des Referenzwertes im Verhältnis zu anderen Spitalern zu einer Unter- oder Übervergütung führte. Letztlich ist zu prüfen, ob die ausgemachten Faktoren auch aus rechtlicher Sicht bei der Tarifbestimmung berücksichtigt werden dürfen.»

Eine Krux würde allerdings beim Ergreifen dieses Mittels darin bestehen, dass die Spitalfinanzierung als Ganzes bei einer Neustrukturierung

kostenneutral sein muss. Das würde zwangsläufig dazu führen, dass (kleinere) Spitaler, deren Baserate rechts der Winkelhalbierenden von Abbildung 2 liegt, eine Reduktion in Kauf zu nehmen hätten, um den notwendigen Ausgleich bei Universitäts- und Zentrumsspitalern zu ermöglichen, die effizient arbeiten und nachgewiesenermassen eine Konzentration überdurchschnittlich aufwändiger Fälle behandeln. Aber eine derartige Neubeurteilung würde wohl im Lichte der DRG-Ziele – mehr Transparenz, Effizienz, Wirtschaftlichkeit und Qualität – positiv gewertet werden müssen.

Eines steht für Hugo Keune jedoch fest: «Differenzierte Baserates sind kurz- und mittelfristig unumgänglich, können langfristig jedoch nicht der einzige Lösungsansatz sein. Langfristig führt kein Weg an der Verbesserung der Tarifstruktur zum Ausgleich der Verzerrungen vorbei. Separate Spitalkategorien mit differenzierten Preisen benachteiligten nämlich die Endversorger mit gerechtfertigten, aber höheren Preisen ebenfalls, nämlich bei der Spitalplanung. Die Universitätsspitaler werden aufgrund des hohen Preises nur sehr zurückhaltend auf die Spitalisten der übrigen Kantone aufgenommen.»

Ein Ausgleich ist angezeigt

Eine strukturelle Neuauslegung der Baserate-Festsetzung scheint auch angezeigt zu sein,

wenn man den «Gesundheitsbericht 2014» der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich liest: «Problematisch in den ersten Jahren von Swiss-DRG sind das Ausmass der hochdefizitären Fälle und v. a. die ungleiche Verteilung dieser Fälle auf die Schweizer Spitäler. Insbesondere bei gewissen seltenen und komplexen Fällen ist eine systematische, über die Jahre anhaltende drastische Unterfinanzierung durch SwissDRG auszumachen. Rund 1 Prozent der in Zürcher Listenspitälern behandelten Fälle verursachen ein Defizit von mehr als 30000 CHF und sind deshalb als hochdefizitäre Fälle zu bezeichnen. Aufgrund seines spezialisierten und hochspezialisierten medizinischen Versorgungsangebots werden diese hochdefizitären Fälle im Kanton Zürich deutlich häufiger behandelt als in anderen Kantonen.»

Und weiter wird ganz entscheidend festgehalten: Die Zahlen würden eindrücklich zeigen, dass das USZ erhebliche – nicht durch SwissDRG abgegoltene – Sonderlasten zu tragen hätten. 54 Prozent der hochdefizitären ausserkantonalen Fälle im Kanton Zürich werden am USZ behandelt. Entsprechend betrug 2013 das Sockeldefizit der ausserkantonalen Patienten am USZ

3200 CHF und lag damit rund 2000 CHF höher als bei den innerkantonalen Patienten. «Allein das um rund 2000 CHF höhere Sockeldefizit² der ausserkantonalen Patienten verursacht am USZ – trotz der für das USZ geltenden höheren Baserate – Sonderlasten von rund 15 Mio. CHF. Würde das ganze Sockeldefizit der ausserkantonalen Patienten berücksichtigt, wären es über 25 Mio. CHF. Würde nur die «nichtuniversitäre» Baserate bezahlt, wären es gar 40 Mio. CHF. Das USZ trägt schweizweit wohl am meisten Sonderlasten. «Auch fünf Jahre nach Einführung von SwissDRG gibt es für hochdefizitäre Fälle keine Lösungen im Tarifsysteem», hält Hugo Keune entschieden fest.

Die Lösung muss strukturell sein

«Die Lösung kann kurzfristig offensichtlich nicht durch das Tarifsysteem SwissDRG selbst erfolgen», fasst der Direktor Finanzen zusammen, «sondern durch eine Differenzierung des Benchmarks und der Baserates. Es müssen Spitalkategorien aufgrund klar definierter Benchmark-Kriterien gebildet werden. Es wäre gut, wenn sich die Krankenversicherer als Vertragspartner mit dieser Idee auseinandersetzen würden. Es wäre

besser, wenn sich in Zukunft weniger die Gerichte und Politiker mit Verträgen auseinandersetzen müssten, sondern die Versicherer und wir als Vertragspartner selber den Markt verantwortungsvoll und aktiv gestalten würden, so wie das im KVG auch vorgesehen ist. Das würde nicht zuletzt dafür sorgen, dass wir als stationäre Leistungserbringer wieder mehr Zeit erhalten würden, um uns auf die optimale Versorgung unserer Patienten und auf die weitere Optimierung der Abläufe zu konzentrieren.»

Zusammenfassung: Dr. Hans Balmer

¹ Link zur Studie: <http://www.usz.ch/news/medienmitteilungen/Seiten/Für-mehr-Chancengleichheit-in-der-Spitalfinanzierung.aspx>
² **Sockeldefizit:** Die Defizite der hochdefizitären Fälle müssen mit Gewinnen bei den übrigen Fällen kompensiert werden. Werden die Verluste der hochdefizitären Fälle auf alle Fälle eines Spitals umgelegt, ergibt sich ein «Sockeldefizit» pro Fall. Bei einer für alle Spitäler einheitlichen Fallpauschale von 9500 Franken betrug das Sockeldefizit im Jahr 2010 für die meisten Zürcher Spitäler ein paar Hundert Franken (im Durchschnitt: rund 1100 Franken), das ohne Weiteres mit nicht defizitären Fällen kompensiert werden kann. Beim USZ ergab sich jedoch ein Sockeldefizit von rund 2800 Franken, das nicht kompensierbar war und auch heute nicht ist, weil es auf 3200 Franken angewachsen ist.



Bachelorstudium in Medizininformatik

Zukunftsorientiert, interdisziplinär, schweizweit
einzigartig.

Besuchen Sie unsere Infotage:

- 9. Juni 2016 Biel und Bern
- 17. Juni 2016 Biel, mit Rundgang durch die Ausstellung
der Abschlussarbeiten
- 30. Juni 2016 Biel, mit Grillplausch

Infos und Anmeldung:
ti.bfh.ch/infotage




► Medizininformatik