



verband zürcher krankenhäuser

Fragen vor Pause:
www.menti.com,
Code:
6768 0212

Anna-Barbara Schlüer,
Leiterin Institut Pflege, ZHAW

VZK-Tagung Gesundheitsversorgung 2026
Versorgungssicherheit:
von der alten Welt in die neue Welt

Was ist Versorgungssicherheit im Gesundheitswesen?



Gesundheit

Was ist Versorgungssicherheit im Gesundheitswesen?

Eine wissenschaftliche Einführung – und eine Einladung, sie neu zu denken

Anna-Barbara Schlüer

3.11.2026

Foto: Canto

Eine Definition und acht Leitfragen

AUFBAU DES REFERATS

TEIL 1 · WAS IST VERSORGUNGSSICHERHEIT?

Definition, globale Lage und Messung

1 Was bedeutete sie in der Vergangenheit?

2 Was bedeutet sie in der Zukunft?

3 Bisherige Modelle zur Sicherstellung

4 Zukünftige Modelle zur Sicherstellung, inkl. Agenda Grundversorgung

TEIL 2 · NEU DENKEN

5 Zentral/dezentral, spezialisiert/grundversorgend, stationär/ambulant – im Zeichen von Digitalisierung und KI

6 Aus- und Weiterbildung sichern

7 Finanzierung als Anreiz

8 Zusammenarbeit aller Beteiligten

Was Versorgungssicherheit international bedeutet

TEIL 1 · DEFINITION

«Alle Menschen haben Zugang zum vollen Spektrum qualitativ guter Gesundheitsleistungen, die sie brauchen – wann und wo sie sie brauchen – ohne finanzielle Not.»

WHO, Definition Universal Health Coverage (sinngemäss übersetzt)

Bedarf

Das Richtige – vom Menschen aus bestimmt, nicht vom Angebot

Zugang

Zur richtigen Zeit am richtigen Ort erreichbar

Qualität & Schutz

Wirksam, sicher und ohne finanzielle Überforderung

Resilienz

Auch unter Belastung, Krise und Personalengpass tragfähig

Quelle: WHO, Universal health coverage – Definition (who.int)

Versorgungssicherheit ist global nicht erreicht

TEIL 1 · DEFINITION IN ZAHLEN

Zugang

4,6 Mrd.

Menschen ohne Zugang zu essenziellen Gesundheitsleistungen

Finanzieller Schutz

2,1 Mrd.

Menschen in finanzieller Not durch Gesundheitsausgaben

Fachpersonen

11,1 Mio.

fehlende Gesundheitsfachpersonen weltweit bis 2030

Hochlohnländer

1 von 3

Ärztinnen und Ärzten geht in den nächsten zehn Jahren in Pension

Fortschritt ist möglich: Der globale Service-Coverage-Index stieg 2000–2023 von 54 auf 71 Punkte. Doch Bevölkerung und Fachpersonen altern gleichzeitig – 67 Länder dürften 2030 ihren heutigen Versorgungsstandard nicht halten.

Quellen: WHO/World Bank, UHC Global Monitoring Report 2025 · WHO, Health Workforce (Sept. 2026)

Wie Versorgungssicherheit gemessen wird

TEIL 1 · MESSUNG

Dimension	Was gemessen wird	Internationale Referenz
Abdeckung	Anteil der Bevölkerung, der essenzielle Leistungen erhält; Index 0–100 aus 14 Tracer-Indikatoren	WHO/Weltbank: UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1)
Zugang	Ungedeckter Behandlungsbedarf, Wartezeiten, Distanz und Fahrzeit zur Grundversorgung	OECD/Eurostat (EU-SILC); Zugangsmodell nach Levesque et al. 2013
Finanzieller Schutz	Haushalte, deren Gesundheitsausgaben aus eigener Tasche 10 % bzw. 25 % des Budgets übersteigen	WHO/Weltbank: SDG 3.8.2
Wirkung	Vermeidbare Sterblichkeit; Ergebnisse und Erfahrungen aus Sicht der Patientinnen und Patienten	OECD/Eurostat; HAQ-Index (GBD, Lancet 2018); OECD PaRIS
Personal	Ärztinnen, Pflegefachpersonen und Hebammen pro 1000 Einwohnende; Anteil im Ausland Ausgebildeter	WHO-Schwelle 4,45 pro 1000; WHO-Verhaltenskodex Rekrutierung
Resilienz	Reservekapazitäten, Ausfallsicherheit von Personal und Lieferketten, Reaktion in Krisen	OECD (2023): Ready for the Next Crisis?

Quellen: WHO/Weltbank, SDG 3.8 · OECD Health at a Glance · GBD HAQ, Lancet 2018 · Levesque et al. 2013

Wie andere Länder Versorgung messen

TEIL 1 · MESSUNG IN DER PRAXIS

DEUTSCHLAND · DICHTE

Versorgungsgrad

Arztsitze pro Einwohner je Planungsbereich. Unter 75 % (Hausärzte) bzw. 50 % (Fachärzte) gilt als Unterversorgung, über 110 % als Überversorgung – mit Folgen für die Zulassung.

SCHWEDEN · ZUGANG

Vårdgaranti «0-3-90-90»

Kontakt am selben Tag, Beurteilung in der Grundversorgung innert 3 Tagen, Spezialistenbesuch und Behandlung je innert 90 Tagen – national gemessen und publiziert.

ENGLAND · WARTEZEIT

18-Wochen-Standard

92 % der Patientinnen und Patienten sollen innert 18 Wochen nach Überweisung behandelt sein; die Zielerreichung wird monatlich veröffentlicht.

Schweiz: gemessen wird vor allem die Dichte

Versorgungsgrade dienen den Kantonen seit 2021 als Grundlage für Höchstzahlen ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte (Art. 55a KVG). National sind 0,8 Grundversorgende pro 1000 Einwohnende tätig, in ländlichen Gebieten 0,4. Zielwerte für die Versorgungsdichte in der Grundversorgung sind gemäss Agenda Grundversorgung erst noch zu definieren.

Quellen: G-BA Bedarfsplanung · Socialstyrelsen Vårdgarantin · NHS England RTT · KVG Art. 55a · BAG Agenda Grundversorgung 2025

Bisher: Versorgungssicherheit als Frage der Kapazität

LEITFRAGE 1 · VERGANGENHEIT

Dimension	Bisheriges Verständnis	Was es ausblendet
Messgrösse	Betten, Standorte, Facharztdichte	Ob der Mensch das Richtige erhält
Steuerung	Kostenröhrenblick: jeder Sektor optimiert sein Budget	Verschiebungen von Kosten und Leistungen zwischen Sektoren
Organisation	Nach Fachgebiet und Institution	Menschen mit mehreren Bedürfnissen gleichzeitig
Personal	«Mehr Köpfe» als Antwort auf jeden Engpass	Wie vorhandene Kompetenzen eingesetzt werden

Künftig: wachsender Bedarf, knappere Fachpersonen

LEITFRAGE 2 · ZUKUNFT

19,9 → 25,5 %

Anteil der Menschen ab 65 Jahren in der Schweiz, 2025 → 2055

2025

erstmals mehr Menschen ab 65 als unter 20 Jahren

67 %

des Nachwuchsbedarfs an Pflegefachpersonen 2019–2029 gedeckt

Bedarf steigt

Alterung, Multimorbidität und medizinischer Fortschritt: mehr ist behandelbar, Menschen leben länger mit chronischen Erkrankungen

Angebot sinkt

Pensionierungen, Teilzeit, Berufsausstiege und internationale Konkurrenz um dieselben Fachpersonen

Quellen: BFS, Bevölkerungsszenarien 2025–2055 und Bevölkerungsstatistik 2025 · Obsan Bericht 03/2021

Bisherige Modelle steuern vor allem das Angebot

LEITFRAGE 3 · BISHERIGE MODELLE

Planung

Spitallisten und Leistungsaufträge, Mindestfallzahlen, Bedarfsprognosen nach Fachgebiet

Steuerung

Zulassungssteuerung, Tarife und Taxpunktwerte, Kostenziele und -bremsen

Pflicht und Zwang

Ausbildungs-verpflichtungen, Aufnahme- und Notfalldienstpflichten

Personal

Rekrutierung im Ausland, Ausbildungsoffensive Pflege seit 1.7.2024

Alle vier Instrumente setzen bei Institutionen an – keines beim Weg des einzelnen Menschen durch das System.

Quelle: BAG, Umsetzung Pflegeinitiative (Art. 117b BV), 1. Etappe in Kraft seit 1.7.2024

Künftige Modelle ergänzen Kapazität um Wirkung

LEITFRAGE 4 · ZUKÜNFTIGE MODELLE

Digital und KI

Entlastung bei Dokumentation, Triage und Planung; Remote Monitoring; Entscheidungsunterstützung

Fachkräftebedarf neu planen

Skill- und Grade-Mix statt Köpfe zählen; Kompetenzen statt Stellenpläne; Personalbindung als Strategie

Anreize

Vergütung, die Ambulantisierung, Koordination, Prävention und Ergebnisse belohnt

Integrierte Netzwerke

Regionale Verbünde von Spitälern, Pflegezentren, Spitex, Psychiatrie und Grundversorgung

Bisherige Modelle fragen …

Wie viele Betten, Standorte und Stellen braucht es?

Künftige Modelle fragen zusätzlich …

Welche Kompetenz erreicht wen, wo und wie – mit welcher Wirkung?

Agenda Grundversorgung: die Grundlagen

TEIL 1 · NATIONALER RAHMEN

18

Massnahmen in 2 Handlungsfeldern und 5 Themenbereichen

50+

Organisationen, rund 80 Fachpersonen erarbeiteten den Fachbericht 2025

2026–28

Phase 1 mit prioritären Massnahmen; BAG in der Programmleitung

Vision

Bedarfsgerechter Erstkontakt bei akuten Problemen und Gesundheitsfragen

Kontinuierliche, koordinierte Versorgung chronisch und mehrfach Erkrankter bis zum Lebensende

Gesicherte Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Ausgangslage

Zahl der über 80-Jährigen verdoppelt sich 2025–2055

0,8 Grundversorgende pro 1000 national, 0,4 in ländlichen Gebieten

Knapp 40 % der Ärzteschaft im Ausland aus- oder weitergebildet (OECD: 19 %)

Quelle: BAG, Agenda Grundversorgung – Fachbericht der Steuergruppe, 8.12.2025; Umsetzung der Massnahmen

Definition und Finanzierung im Widerspruch

TEIL 1 · SPANNUNGSFELD FINANZIERUNG

Versorgungssicherheit verlangt …	… die heutige Finanzierung belohnt
den Bedarf des Menschen	Diagnose, Fall und Einzelleistung
den passendsten Ort	settingabhängige Kostenteiler: ambulant heute voll über Prämien, stationär mind. 55 % Kanton
die geeignetste Berufsgruppe	Abrechnung nach Berufstitel und (meist) ärztlicher Anordnung
Kontinuität, Psyche und Soma	getrennte Tarifwelten: SwissDRG, TARPSY, ST Reha, TARDOC, Pflegefinanzierung
Prävention und Vermeidung	Behandlung und Menge – vermiedene Fälle erzeugen keinen Ertrag

Fehlanreize sind ein Thema des Systemdesigns – nicht des Verhaltens einzelner Personen.

Grundlagen: KVG Art. 49a (Kostenteiler stationär) · EFAS ab 2028 · Tarifstrukturen SwissDRG AG und Tarifpartner

Teil 2: Versorgungssicherheit neu denken

Strukturen, Kompetenzen, Finanzierung, Zusammenarbeit

Ein Vorschlag zur gemeinsamen Orientierung

«Jeder Mensch erhält in diesem Land die Gesundheitsversorgung, die er braucht – in guter Qualität, am für ihn passendsten Ort und durch die dafür geeignetste Berufsgruppe hinsichtlich Effektivität und Effizienz.»

Bedarf · Ort · Kompetenz

Drei Leitfragen für die Versorgungsplanung

TEIL 2 · ORIENTIERUNG

1

Was braucht dieser Mensch?

Körperlich, psychisch, sozial – in seiner Lebenslage, mit seinen Zielen, in seinem Lebenssystem

→

2

Wo ist der passendste Ort?

Zu Hause, digital, am Arbeitsort, ambulant, Pflegezentrum, Spital – oder eine Kombination

→

3

Wer ist am geeignetsten?

Die Berufsgruppe mit der passenden Kompetenz, abgestimmt im interprofessionellen Team

Diese Fragen ergänzen die bisherige Kapazitätsplanung – sie ersetzen sie nicht.

Wie Digitalisierung und KI die Strukturdebatten verändern

STRUKTURDEBATTEN

Bisherige Debatte	Mit Digitalisierung und KI
Zentral vs. dezentral	Expertise gebündelt, Versorgung wohnortnah, digital verbunden, koordiniert
Spezialisierung vs. Grundversorgung	Spezialwissen per Telekonsil und KI-Entscheidungsunterstützung in der Grundversorgung
Stationär vs. ambulant	Kontinuum: Hospital at Home, Remote Monitoring, Tagesstrukturen
Somatik vs. Psychiatrie	Gemeinsame Daten, digitale Liaison, Fallführung über Sektoren

Die Frage lautet nicht mehr «wo steht das Gebäude?», sondern «wie erreicht die richtige Kompetenz den Menschen?»

Spezialisierung braucht das richtige Mass

SPEZIALISIERUNG UND GRUNDVERSORGUNG

… sonst bindet sie knappe Kapazität.

Überdiagnose: Menschen erhalten eine Diagnose, die ihnen nie Beschwerden oder einen frühen Tod gebracht hätte. Treiber sind empfindlichere Tests, gesteigerte Diagnostik, Zufallsbefunde und laufend erweiterte Krankheitsdefinitionen.

Etikettierung

Gesunde werden zu Patientinnen und Patienten

Schaden

Folgeuntersuchungen und Therapien (ohne Nutzen)

Opportunitätskosten

Fachpersonen fehlen dort, wo echter Bedarf besteht

Quelle: Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis. BMJ 2012;344:e3502

Task Shifting und Task Sharing: was die Evidenz zeigt

KOMPETENZEN

Cochrane Review · 18 RCTs

Pflegegeleitete Grundversorgung: ähnliche oder bessere Outcomes, höhere Zufriedenheit, kaum Unterschied bei Verschreibungen und Tests

The Lancet · 300 Spitäler, 9 Länder inkl. Schweiz

+1 Patient pro Pflegefachperson: +7 % Mortalität

+10 % Pflegende mit Bachelor: −7 % Mortalität

DENKANSTOSS

Erheben breit verteilen – interpretieren bei der Fachperson

Vitalparameter, Scores, Screenings, Point-of-Care-Tests und Bilder durch Pflege, MPA, Apotheke, Rettungsdienst oder die Patientin selbst – KI-gestützt und standardisiert.

Diagnose und Entscheid bleiben bei der zuständigen Fachperson.

Quellen: Laurant M et al. Cochrane 2018;(7):CD001271 · Aiken LH et al. Lancet 2014;383:1824–30

Beiträge der Berufsgruppen sichtbar machen

BEISPIEL QUALITÄTSMESSUNG

Beispiel Pflege: Ein Viewpoint in JAMA Internal Medicine (Okt. 2026) schlägt neun Domänen pflegerischer Praxis mit möglichen Outcome-Indikatoren vor. Bisherige Indikatoren erfassen vor allem unerwünschte Ereignisse.

1 Sichere, heilende Umgebung schaffen	**2** Tragfähige Beziehung zu Patient und Familie	**3** Symptome erfassen und managen
4 Körperliche, präventive und End-of-Life-Pflege	**5** Überwachen und rechtzeitig intervenieren	**6** Edukation für Mitentscheiden und Selbstmanagement
7 Interprofessionell koordinieren	**8** Für Patient und Familie eintreten (Advocacy)	**9** Übergänge im und aus dem System gestalten

Übertragbar auf alle Berufe:

Kennzahlen zum Beitrag am Versorgungsverlauf sind eine Voraussetzung für Skill-Mix und Task Sharing.

Quellen: Kennedy, Kalvas, Curley, JAMA Intern Med, 19.10.2026 · Curley et al., Nurs Outlook 2024;72(6):102271

Ambulantisierung, EFAS, Tarife – und der nächste Schritt

FINANZIERUNG ALS ANREIZ

1.1.2019	1.7.2024	1.1.2026	1.1.2028	1.1.2032
Liste «ambulant vor stationär» national (KLV Anhang 1a)	Direkte Abrechnung bestimmter Pflegeleistungen	TARDOC und ambulante Pauschalen ersetzen TARMED	EFAS: ambulant und stationär einheitlich finanziert	EFAS inklusive Pflegeleistungen

NÄCHSTE SCHRITTE – VORSCHLAG

- Komplexpauschalen über Sektoren und über Psyche–Soma
- Vergütung nach Kompetenz und Outcome, nicht nach Titel
- Anreize für den Ambulantisierungsexpress
- Vermeiden vergüten: Prävention, Edukation, Koordination, Integration

Quellen: BAG, TARDOC und Ambulante Pauschalen · KVG-Änderung EFAS (24.11.2024) · BAG, Pflegeinitiative

Sechs neue Massnahmen – nah am Leitsatz

AKTUELL · RUNDER TISCH KOSTENDÄMPFUNG, 26.10.2026

Massnahme ab 2027	Bezug zum Leitsatz
Förderung der Ambulantisierung	**Ort** · flankiert «ambulant vor stationär» und EFAS
Entlastung der Spitalnotfälle	**Ort** · Steuerung vor dem Spitaleintritt
Programme für chronisch Kranke	**Bedarf** · Kontinuität über Sektoren und Berufe
Koordinierte Medikation in Pflegeheimen	**Berufsgruppe** · Ärzteschaft, Apotheke, Pflege; weniger Polymedikation
Transparenz bei Medizinprodukten	**Finanzierung** · Rechnungen zeigen effektiv verwendete Produkte
Förderung von Heimtherapien	**Ort Zuhause** · Fachgesellschaften listen, Versicherer informieren

Im Zentrum aller Massnahmen: engere Zusammenarbeit zwischen den Akteuren.

Quelle: BAG, Medienmitteilung «5. Runder Tisch Kostendämpfung im Gesundheitswesen», 26.10.2026

Zum Schluss: Drei Leitfragen für die Versorgungsplanung

SCHLUSSGEDANKEN

1

Was braucht dieser Mensch?

Körperlich, psychisch, sozial – in seiner Lebenslage, mit seinen Zielen, in seinem Lebenssystem

→

2

Wo ist der passendste Ort?

Zu Hause, digital, am Arbeitsort, ambulant, Pflegezentrum, Spital – oder eine Kombination

→

3

Wer ist am geeignetsten?

Die Berufsgruppe mit der passenden Kompetenz, abgestimmt im interprofessionellen Team

Diese Fragen ergänzen die bisherige Kapazitätsplanung – sie ersetzen sie nicht.

Quellen

Aiken LH et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries. Lancet 2014;383:1824–30.

BAG. TARDOC und Ambulante Pauschalen – Gesamt-Tarifsystem seit 1.1.2026; Umsetzung Pflegeinitiative (Art. 117b BV).

BAG (2026). 5. Runder Tisch Kostendämpfung im Gesundheitswesen: sechs neue Massnahmen verabschiedet. Medienmitteilung, 26.10.2026.

BFS (2025). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung 2025–2055; Bevölkerungsstatistik 2025.

Curley MAQ et al. Call to action: Blueprint for change in acute and critical care nursing. Nurs Outlook 2024;72(6):102271.

KLV Anhang 1a: Liste «ambulant vor stationär» (seit 1.1.2019).

KVG-Änderung einheitliche Finanzierung (EFAS), angenommen 24.11.2024; Umsetzung 2028/2032.

Kennedy LS, Kalvas LB, Curley MAQ. Time to Measure the Outcomes of What Nurses Really Do. JAMA Intern Med, 19.10.2026.
BAG (2025). Agenda Grundversorgung. Fachbericht der Steuergruppe zuhanden des EDI, 8.12.2025.

BAG. Agenda Grundversorgung: Umsetzung der Massnahmen; Good Practices auf bag-blueprint.ch. bag.admin.ch

G-BA. Bedarfsplanungs-Richtlinie (Versorgungsgrade, Unter- und Überversorgung).

GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index. Lancet 2018;391:2236–71.

KVG Art. 55a; Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich (2021).

Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care. Int J Equity Health 2013;12:18.

Laurant M et al. Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2018;(7):CD001271.

Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. BMJ 2012;344:e3502.

Naylor C et al. Long-term conditions and mental health: the cost of co-morbidities. King's Fund, 2012.

Obsan (2021). Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021. Obsan Bericht 03/2021.

WHO. Universal health coverage – Definition. who.int

WHO, World Bank (2025). Tracking universal health coverage: 2025 Global Monitoring Report.
WHO (2026). Health workforce; Bericht zu Workforce-Trends, Sept. 2026. NHS England. Consultant-led Referral to Treatment (RTT) Waiting Times – 18-Wochen-Standard.

OECD (2023). Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience.

OECD (2025). Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS).

OECD/Eurostat. Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death.

SKR / Socialstyrelsen. Vårdgarantin (0-3-90-90). vantetider.se

WHO (2016). Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030 · WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel (2010).

Handlungsfeld A: Versorgung und Rollen

AGENDA GRUNDVERSORGUNG · PRIORISIERTE MASSNAHMEN

Ziel: Kompetenzen zielgerichtet einsetzen und interprofessionelle Zusammenarbeit nutzen

Nr.	Massnahme	Federführung
A1.1	Rollenprofile in Pflegeheim, Spitex und Arztpraxis weiterentwickeln	BAG
A1.2	Nationale Minimalstandards für die medizinische Versorgung im Pflegeheim	BAG
A1.3	Koordinationsleistungen ohne Patientin oder Patient tariflich abgelten	prio.swiss, svbg
A1.4	Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in der Grundversorgung stärken	SAGES
A1.5	Patientinnen, Patienten und Angehörige systematisch einbeziehen	SPO
A2.1	Kompetenzmatrix: wer bei akuten Beschwerden beraten und behandeln kann und darf (u. a. APN, Apotheke)	BAG
A2.2	Orientierung der Bevölkerung im Gesundheitssystem verbessern	SPO
A3.3	Ländlich-periphere Gebiete und regionale interprofessionelle Netzwerke stärken	GDK

Quelle: BAG, Agenda Grundversorgung – Umsetzung der Massnahmen, Phase 1 (bag.admin.ch)

Handlungsfeld B: Nachwuchs und Verbleib

AGENDA GRUNDVERSORGUNG · PRIORISIERTE MASSNAHMEN

Ziel: genügend Fachpersonen ausbilden und im Beruf halten

Nr.	Massnahme	Federführung
Grundlage	Grundlagenbericht «Zukunft ärztliche Weiterbildung»	BAG
B1.1	Mehr Studienplätze in Humanmedizin, Numerus clausus überprüfen	SBFI, BAG
B1.4	Interprofessionelle Aus-, Weiter- und Fortbildung inkl. Task Shifting und Sharing	BAG
B2.1	Arbeitsbedingungen der Ärzteschaft («42+4»): Runder Tisch im Dezember 2026	BAG
B2.2	Karrierepfade und Verbleib der MPA und MPK stärken	FMH
laufend	Monitoring TARDOC und ambulante Pauschalen; administrativen Aufwand senken	BAG, Tarifpartner

Good Practices auf bag-blueprint.ch: Innovative Modelle aus Kantonen, Regionen und Gemeinden werden sichtbar gemacht – etwa interprofessionelle Praxisteams (Groupe Médical d'Onex, Medizentrum Messen) oder Anlaufstellen für kleine Notfälle (Points Santé, Genf).

Quelle: BAG, Agenda Grundversorgung – Umsetzung der Massnahmen und Fachbericht 2025 (bag.admin.ch)





verband zürcher krankenhäuser

Fragen vor Pause:
www.menti.com,
Code:
6768 0212

Anna-Barbara Schlüer,
Leiterin Institut Pflege, ZHAW

VZK-Tagung Gesundheitsversorgung 2026
Versorgungssicherheit:
von der alten Welt in die neue Welt

Was ist Versorgungssicherheit im Gesundheitswesen?