



Urs Stoffel

Participer activement aux débats de politique de la santé

L'introduction des forfaits par cas SwissDRG va induire un déplacement des flux de patients vers les cabinets médicaux. Afin de rendre compte de ces déplacements, la Société de médecine de Zoug, la Caisse des médecins et le centre fiduciaire medkey ont lancé voici deux ans le projet «Reason For Encounter» (RFE). Il documente de possibles transferts de flux de patients et constitue un élément important de la recherche d'accompagnement de SwissDRG.

La collecte et la validation des données par les médecins permettent de créer des supports de décision basés sur les faits, en vue des réformes nécessaires de la politique de la santé et contribuent à l'optimisation du déroulement des soins. L'accent est mis sur l'analyse des coûts économiques globaux et de l'utilité du traitement médical. Les maladies entraînant des coûts élevés sont elles-aussi étudiées. En vue de la promotion des modèles de soins intégrés, une compensation des risques basée sur la morbidité est absolument essentielle. Le corps médical se voit offrir une chance unique de participer aux débats actuels en matière de politique de la santé.

Les thèmes de ce numéro sont

Que fait le corps médical de vos données?

Le débat actuel en matière de politique de la santé se concentre avant tout sur les coûts. Les directives de qualité, les critères de soins ou la répartition des ressources en vue de garantir à long terme les soins de premier recours dans les régions périphériques ne sont pratiquement pas abordés. Dans le cadre de projets propres, le corps médical souhaite collecter des données permettant de renforcer la prise de conscience de ces questions. [Page 2](#)

Recenser les flux de patients avec Reason For Encounter

On reproche souvent au corps médical d'être responsable de l'augmentation du nombre de patients dans le secteur ambulatoire. Mais les raisons des visites chez le médecin n'ont encore jamais été recensées systématiquement. Le projet Reason For Encounter a pour but de combler cette lacune et, grâce à l'exploitation de ses données, d'infirmier les allégations avancées. [Page 3](#)

Recherche en matière de soins en Suisse – bilan et perspectives

Le système de santé suisse est soumis à un processus continu de réforme en raison de l'évolution des conditions démographiques et économiques et de l'apparition de nouvelles stratégies de traitement. Il est nécessaire de développer et mettre en œuvre de nouveaux concepts de soins, et de contrôler leur utilité afin d'éviter insuffisances, excès et erreurs de traitement. C'est pourquoi une recherche durable et indépendante en matière de soins est indispensable.

[Page 6](#)

Que fait le corps médical de vos données?

Par Peter Wiedersheim et Barbara Zinggeler

La collecte des données par le corps médical suisse contribue à l'optimisation du déroulement des soins. Elle permet de créer des supports de décision basés sur les faits en vue des réformes du secteur de la santé.

Le débat politique dans le secteur de la santé se concentre aujourd'hui sur les coûts du système de santé. Ainsi, la loi sur l'assurance maladie (LAMal) exige des prestations efficaces, adéquates et économiques. La question de savoir comment garantir à long terme la qualité du système de santé est malheureusement négligée. Quels critères doivent être respectés pour pouvoir garantir les soins médicaux de la population? Quelle est la façon optimale de mettre en œuvre les ressources restreintes afin de continuer à assurer la médecine de premier recours même dans les zones périphériques? Les données de santé, collectées par le corps médical dans le cadre de différents projets, entendent répondre à ces questions. Le but est d'obtenir des soins médicaux optimaux pour la population suisse.

Quels objectifs vise le corps médical par la collecte de données de santé?

Les projets en cours (voir article pages 3 et 6) montrent les avantages d'un système de soins étroitement intégrés reposant sur les médecins établis, centré sur la prise en charge ambulatoire des patientes et des patients. L'analyse porte sur les coûts économiques globaux et sur l'utilité du traitement médical. Les maladies entraînant des coûts élevés sont elles-aussi étudiées. Le recensement des données par le corps médical entend contribuer à l'optimisation du déroulement des soins et créer des supports de décision basés sur les faits en vue des réformes du secteur de la santé.

Dans les prochaines sessions, le Parlement fédéral va poursuivre les débats sur les modèles de soins intégrés ou managed care; dans ce cadre, les nouvelles données collectées permettent aux cantons d'élaborer des concepts pour un système de soins durable, aussi bien au niveau régional que cantonal. Ces données sont également indispen-

sables dans la discussion sur la restriction des admissions des fournisseurs de prestation: elles permettent tout d'abord aux directions cantonales de prendre des décisions. Pour ce qui est des forfaits par cas, il s'agit de déterminer et de documenter les changements dans la demande de prestations médicales par les patients. Ces «flux de patients» doivent être recensés au-delà des frontières cantonales. L'augmentation de fait de la mobilité des patients, impliquant une planification suprarégionale des soins ambulatoires, est ainsi prise en compte.

Une recherche active dans le domaine des soins offre au corps médical l'opportunité de participer à la discussion politique actuelle dans le secteur de la santé, en se basant sur des données fondées. Pour une planification s'appuyant sur les besoins des patients, une compensation des risques basée sur la morbidité est de plus nécessaire. Dans la perspective de la promotion des modèles de soins intégrés, ce point est primordial. Les données du corps médical fournissent des bases importantes aussi pour cette analyse.

Projet pilote pour la recherche d'accompagnement: Reason For Encounter RFE

En 2012, le système des forfaits par cas SwissDRG sera introduit dans les hôpitaux. Pour les médecins installés, ce changement de système a une grande importance et aura des répercussions profondes. Il est indispensable à l'avenir de disposer d'assertions basées sur des données, de même que de preuves scientifiques pour les traitements médicaux. Il s'agit ici de déterminer quelles données relatives aux prestations sont à même de fournir les informations nécessaires. Sous quel angle l'utilité d'un soin ambulatoire peut-elle être mise en avant? Le but reste une prise en charge médicale optimale des patients. Le pool de données des médecins permettra une interprétation en ce sens.

A cette fin, nous vous présentons ci-dessous le projet Reason For Encounter RFE. C'est un projet commun de la

Société de médecine de Zoug, de la Caisse des médecins et du centre fiduciaire medkey, permettant de recenser et d'évaluer le comportement de demande des patients. Nous disposons ainsi pour la première fois de données sur la raison poussant un patient à avoir recours à une prestation médicale. Ce projet constitue un élément important de la recherche d'accompagnement de SwissDRG. Il est d'une extrême importance que les médecins soient nombreux à participer au recensement de ces codes RFE!

La collecte des données décrite ici est incontournable pour le corps médical. Plus les médecins seront nombreux à participer, mieux nous serons en mesure de nous impliquer dans le processus politique, avec des statistiques fondées scientifiquement. Veuillez prendre contact dès aujourd'hui avec votre fournisseur de logiciel!

Dr med Peter Wiedersheim est membre du comité directeur de la Conférence des sociétés cantonales de médecine CCM et président de la Conférence des sociétés de médecine de Suisse orientale K-OCH. lic. phil. Barbara Zinggeler est la directrice administrative de la CCM.

Principes de collecte et d'interprétation des données

L'objectif visé est une amélioration de la santé et non une extension des soins. Les patients en bonne santé coûtent moins cher.

Une meilleure compensation des risques basée sur la morbidité et des modèles de soins intégrés permettent d'optimiser la prise en charge des patients.

Tous les efforts et toutes les actions doivent tendre vers une «valeur ajoutée» («added value») pour les patients.

Les coûts totaux de l'économie nationale et les avantages des patients sont à prendre en compte.

La qualité avant les coûts: une amélioration de la qualité est un moyen avéré d'économie sur les coûts dans le secteur de la santé.

Etablissement de la recherche d'accompagnement et en matière de soins.



Recenser les flux de patients avec Reason For Encounter

Par Ueli Zihlmann et Thomas Banz

Le secteur ambulatoire dispose de chiffres pertinents sur les prestations médicales. Cependant les raisons d'une visite chez le médecin n'ont jamais été répertoriées systématiquement jusqu'à présent. Le projet Reason For Encounter a pour objectif de combler cette lacune. Le corps médical se voit souvent reprocher d'être responsable de l'augmentation du nombre de patients, en particulier dans les services d'urgences et les services ambulatoires des cliniques. Les données de Reason For Encounter permettront de réfuter ce reproche de façon objective. L'introduction des forfaits par cas dans les hôpitaux va induire un déplacement des flux de patients vers les cabinets médicaux. Avec Reason For Encounter, ces flux de patients peuvent être recensés et analysés.

Problème: augmentation continue du nombre de patients dans les cabinets médicaux

Le corps médical est sans cesse accusé d'être responsable de l'augmentation des volumes dans le secteur de la santé. Ce reproche ne repose sur aucune preuve, en particulier à cause de l'absence de statistiques présentant une classification de la demande de prestations médicales.

Divers facteurs sont déterminants pour la demande de prestations médicales: évolution démographique, nouveaux modèles de soins, ordonnances administratives, et aussi révision de la liste d'analyses. L'introduction des forfaits pas cas SwissDRG au 1^{er} janvier 2011 va de plus modifier les flux de patients dans le domaine stationnaire, suite à l'externalisation des examens prélabo et des traitements postopératoires ou à la sélection.

Dans les hôpitaux de certains cantons, des projets pilotes selon le système AP-DRG sont en cours depuis quelques

temps déjà. Les participants se préparent ainsi à l'arrivée de SwissDRG et acquièrent des expériences sur l'adaptation nécessaire des structures avant l'introduction des forfaits par cas suisses. SwissDRG est donc déjà réalité et engendre des conséquences.

Il faut agir à temps

L'expérience des années passées montre que le corps médical ne peut pas toujours se défendre à temps contre des baisses de tarifs ou des changements de loi désavantageux. En vue de l'augmentation attendue du nombre de

patients ambulatoires, il est primordial pour le corps médical de disposer de ses propres chiffres. Il doit pouvoir exposer les raisons qui poussent un patient à consulter un médecin. Des données fiables sont nécessaires pour pouvoir argumenter sur ce sujet. Le corps médical peut ainsi s'armer contre l'iniquité qui accompagnera inmanquablement l'introduction de SwissDRG.

Dans la phase de neutralité des coûts du TARMED, il s'est avéré que les augmentations de volume, en l'absence de statistiques justifiées, sont toujours

Jusqu'à présent, les motifs des consultations n'ont pas été recensés systématiquement – au grand regret et au désavantage du corps médical.



interprétées au préjudice des fournisseurs de prestations. Là où le corps médical ne dispose pas de ses propres données, les augmentations de volume ont été imputées aux médecins.

«Qu'est-ce qui amène le patient au cabinet médical?»

On ne peut malheureusement pas profiter de l'expérience d'autres pays lors de l'introduction des forfaits par cas. En Allemagne par exemple, aucune collecte des données du segment ambulatoire indépendant n'a été effectuée avant l'introduction des forfaits par cas. Les responsables regrettent amèrement cette négligence aujourd'hui. C'est pourquoi nous devons collecter rapidement des informations et des données fiables en ce qui concerne la demande.

Le projet RFE

La Société de médecine de Zoug a pris l'initiative fin 2009 et a cherché avec ses partenaires, medkey (centre fiduciaire) et la Caisse des médecins, une solution permettant de mettre en place rapidement et de façon très simple un tel recensement. Ainsi est né le projet Reason For Encounter RFE (en français: «motif de rencontre»), permettant de classer chaque consultation en fonction du motif de la visite du patient. Le classement se fait directement lors de la saisie de la prestation au moyen du logiciel de gestion du cabinet. Afin de faciliter la saisie, huit codes ont été définis.

Les exigences envers le RFE ont été fixées comme suit:

- Travail minimal de saisie du code par le médecin
- Code facilement compréhensible et identifiable
- Saisie sans coûts pour le médecin
- Pas de modification des structures et normes existantes (XML, positions tarifaires, diagnostics)
- Implémentation simple pour les fournisseurs de logiciels
- Mise en œuvre rapide

Les codes RFE

Les participants disposent à présent de huit codes pour le classement du motif de consultation du patient. Pour faciliter le choix du code approprié, les initiateurs ont élaboré, en collaboration avec la commission de pilotage RFE, une définition et un exemple pratique pour chaque code.

Code 01

Définition

Contact à la demande du patient

Ce code est toujours utilisé quand le contact a été initié par le patient ou par ses proches.

Code 02

Définition

Consultation d'urgence

Pour les contacts d'urgence au sens strict. Correspond aux positions Tarmed (00.2510 - 00.2590). Position 00.2505 exceptée.

Code 03

Définition

Contact après envoi

Le contact avec le médecin se fait parce que le patient a été adressé par un service médical ou paramédical (chiropracteur, psychologue, etc.).

Code 04

Définition

Contact sur prescription/recommandation propre

Contact sur recommandation du médecin traitant. L'intervalle de temps ne joue aucun rôle. Suivi de maladies aiguës ou chroniques, soins post-opératoires de tumeurs, examen préventif, etc.

Code 05

Définition

Contact de suivi après consultation à l'extérieur

Le contact a lieu après examen ou analyse à l'extérieur.

Code 06

Définition

Contact dans le cadre de soins de longue durée

Le contact médical est nécessaire dans le cadre d'un traitement de longue durée.

Code 07

Définition

Contact en lien de causalité avec une intervention chirurgicale/hospitalisation

Le lien avec l'intervention ou l'hospitalisation est déterminant, avant ou après, indépendamment de la personne qui a prescrit la consultation. Le code 07 est utilisé jusqu'à disparition du motif du traitement. Ceci est valable pour le soin des plaies ou l'ajustement de Quick.

Code 99

Définition

Pas de contact avec le médecin

Ce code est utilisé avant à titre d'exhaustivité.



Reason For Encounter – un projet national

Ce projet conçu pour la Suisse centrale a rapidement suscité l'intérêt en dehors de cette région. Depuis, les codes RFE sont saisis dans presque tous les cantons, Suisse romande et Tessin compris. Des informations détaillées sont disponibles en français et bientôt aussi en italien.

Informations concernant les fournisseurs de logiciel

La simplicité de l'idée et la facilité de mise en œuvre ont convaincu aussi les fournisseurs de logiciels. Vitodata et la Caisse des médecins ont rendu la saisie des codes RFE possible pour leurs clients quelques semaines déjà après le début du projet. D'autres fournisseurs ont suivi, et un an seulement après le lancement du projet, ils étaient nombreux, grands et moyens, à offrir la possibilité de saisir ces codes. Le mode de saisie des codes varie selon les fournisseurs de logiciels. Une documentation sommaire sur les différentes solutions est disponible sur www.reasonforencounter.ch.

Comment les codes saisis sont-ils exploités?

Le réseau étroit des centres fiduciaires offre une bonne infrastructure pour l'exploitation des données. Le code RFE est indiqué dans la version XML de chaque facture, et est envoyé avec la transmission régulière des données au centre fiduciaire. Le centre de consolidation nationale NewIndex établit un relevé de données brutes des codes saisis, sous mandat de la direction du projet RFE et exclusivement à destination des



Reason For Encounter n'exige pas de licence et se trouve à la disposition des médecins pratiquants.

sociétés de médecine. Un accompagnement scientifique du projet est actuellement mis en place, et devrait permettre de s'assurer que le corps médical dispose de chiffres solides pouvant être utilisés pour la politique professionnelle.

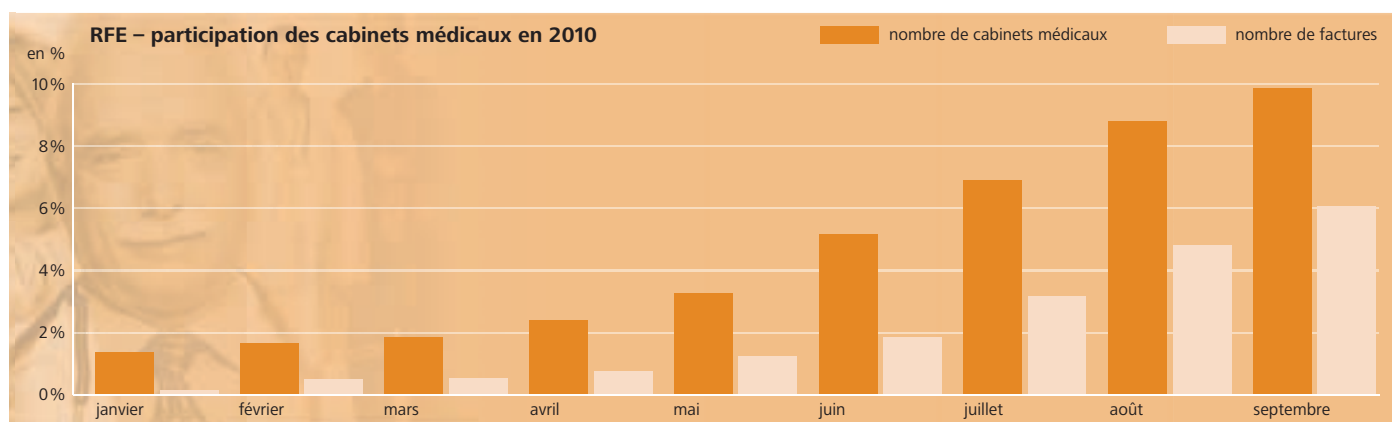
Participez!

Commencez dès aujourd'hui à saisir les motifs de visite de vos patients! Plus les médecins seront nombreux à participer, mieux nous serons en mesure de nous impliquer dans le processus politique, avec des données fondées scientifiquement. Utilisez les codes RFE – cela

en vaut la peine! Le domaine Tarifs et conventions de la FMH, la CCM et Médecins de famille Suisse soutiennent cet important projet. Reason For Encounter est libre de droits et ouvert à tous les médecins. Contactez votre fournisseur de logiciels dès aujourd'hui et contribuez vous aussi à l'augmentation du taux de participation! Pour de plus amples informations, consultez www.reasonforencounter.ch (en allemand).

Ueli Zihlmann est directeur,
Thomas Banz chef de projet chez medkey AG.

Quota de participation RFE 2010 en Suisse



Recherche en matière de soins en Suisse – bilan et perspectives

Par André Busato

Le système de santé suisse est soumis à un processus continu de réforme en raison de l'évolution des conditions démographiques et économiques et de l'apparition de nouvelles stratégies de traitement. Il est nécessaire de développer et mettre en œuvre de nouveaux concepts de soins, et de contrôler leur utilité afin d'éviter insuffisances, excès et erreurs de traitement. C'est pourquoi une recherche durable et indépendante en matière de soins est indispensable: c'est le seul moyen de s'assurer que des soins adéquats et basés sur des preuves scientifiques restent garantis pour toutes les régions et tous les groupes de population.

Le système de santé suisse doit être réformé. La structure d'offre, locale et de petite taille, n'est pas viable à long terme et les systèmes de soins intégrés gagnent en importance. Dans un futur proche, de nouveaux systèmes tarifaires et de nouvelles formes d'organisation permettront le libre choix des fournisseurs de prestations au-delà des frontières cantonales dans le domaine stationnaire. Les mots clés sont ici SwissDRG et managed care. Les patients prendront de plus en plus en compte les critères de qualité lors du choix de l'hôpital, l'importance du principe territorial diminue. Il faut aussi s'attendre à des changements dans la répartition des tâches entre les professions de la santé, le rôle des médecins et la position des hôpitaux. Cette réorientation se produit dans une vaste mesure sous la pression de l'augmentation des dépenses de santé: de nombreuses études traitent en effet de la réduction des coûts ou du frein à l'augmentation des coûts chez les fournisseurs de prestations. D'autre part, les études manquent en ce qui concerne les bénéfices et les dommages de ces processus pour les soins à population. L'accompagnement scientifique du système de santé suisse n'en est qu'à ses débuts. Ce qui fait que manquent non seulement les bases de décisions, mais aussi la possibilité de détecter précocement les mauvaises évolutions. On dispose ainsi en Suisse

de peu de données permettant de déduire les besoins effectifs en termes de prestations médicales au niveau régional. En conséquence, la planification actuelle en matière de soins repose sur l'évolution des années passées, et malheureusement pas sur les besoins effectifs.

Bien que la Suisse soit un petit pays dont toutes les régions sont bien desservies, il existe des différences régionales considérables en ce qui concerne la disponibilité et le recours aux prestations médicales: La grande variation régionale (jusqu'au facteur 10) lors de la prise en compte des opérations cardiovasculaires permet de conclure que certaines prestations ne sont médicalement pas justifiables ou ne se présentent pas en tant que prestations nécessaires mais dont les motifs ont été cachés. Une variation de pratique

systématique et persistante est signe d'un système qui ne remplit pas ses fonctions. Des études à long terme aux Etats-Unis indiquent que les besoins médicaux et les différences culturelles de la population ne peuvent expliquer qu'une faible part de la variation de pratique observée. Les causes doivent être cherchées plutôt du côté de fausses incitations ou de l'offre et de la demande. On ne peut que spéculer sur la hauteur des coûts qui y sont liés. On ne sait pas non plus dans quelle mesure la suppression des frontières cantonales (conséquence de l'introduction de SwissDRG) va influencer sur les différences régionales observées dans le recours aux prestations. On peut supposer qu'une modification des flux de patients et des transferts de prestations entre les secteurs stationnaire et ambulatoire ont un impact direct sur la structure de l'offre régionale.

Les forfaits par cas et les modèles de soins intégrés vont changer le rôle des médecins.





Des effets en aval en termes de sécurité et de qualité des soins de la population locale sont préprogrammés.

Pratiquement toutes les personnes impliquées constatent un manque de bases scientifiques solides. Ces bases seraient absolument nécessaires en tant qu'aide à la décision dans une restructuration si profonde du système de santé suisse. Le consensus est moins marqué en ce qui concerne les priorités et la méthodologie. En termes de recherche d'accompagnement à l'introduction de SwissDRG, pratiquement rien ne s'est produit malgré les directives légales. Mais le temps presse! Malheureusement, une recherche en matière de soins ancrée à l'université, étudiant ces questions sur le long terme, indépendamment des intérêts particuliers, n'a pas de tradition en Suisse. Les ressources structurelles, investissements et subventions nécessaires sont pratiquement inexistantes. Cette situation apparaît presque grotesque en comparaison avec les autres pays possédant un système de santé similaire.

Un groupe de travail a été créé à l'Université de Berne et chargé principalement d'ancrer de façon durable la recherche en matière de soins à l'université en Suisse. Les objectifs suivants ont été définis pour les trois années à venir:

Documentation des différences régionales en matière de disponibilité et de recours aux prestations médicales

Ce premier objectif repose sur le concept de régions de soins spécifiques, définies en fonction de la disponibilité et du recours aux prestations médicales antérieures. Ces régions donnent une image des prestations effectivement demandées. Elles permettent une documentation des ressources disponibles au niveau régional, basées



Quelles sont les répercussions de la suppression des frontières cantonales sur les soins médicaux dans les différentes régions?

sur la population (nombre de médecins, d'appareils, etc. pour 1000 habitants), et de leur utilisation, indépendamment des frontières cantonales ou administratives. De la même façon, l'effet visé d'une prestation pour des indications données peut être documenté, c.-à-d. que les changements de morbidité et de mortalité régionales peuvent être mis en évidence. Les résultats ainsi obtenus ne fournissent pas seulement des données de base de l'épidémiologie actuelle des problèmes de santé au niveau régional, ils constituent aussi la base d'une planification des soins en vue d'une répartition efficace et équitable des ressources. Pour cette première phase les données existantes sont largement utilisées. Se procurer les ensembles de données, parfois très importants, rassemblées par les offices fédéraux, les organisations médicales et les assurances, et les combiner dans le respect de la protection des données représente une difficulté. Dans une deuxième étape, des stratégies de

validation et d'opérationnalisation des variables doivent être élaborées (ou reprises de l'étranger) et adaptées à la Suisse. Nous voulons aussi acquérir à partir de ces données des informations directement utiles pour le public.

Du point de vue méthodologique, la démarche s'appuie sur le Dartmouth Health Atlas qui joue un rôle essentiel dans l'actuelle réorganisation du système de santé américain. Une étroite coopération avec le Dartmouth Institute, organisation mère du projet Atlas, est visée.

Analyse des causes de variation de pratique dans le système de santé suisse

La variation de pratique est un problème universel enraciné dans la structure de la pratique médicale et qui ne peut s'expliquer par une forme d'organisation ou un système tarifaire donnés. En général, une décision clinique ne suit pas un schéma «vrai/faux» explicite, mais est le résultat d'un continuum

d'interventions possibles. Par conséquent, il existe pour de nombreuses procédures médicales une incertitude plus ou moins collective avec un large éventail de solutions acceptables. Les différences observées dans la pratique médicale laissent toutefois penser que les médecins n'ont pas tous connaissance des mesures les meilleures et les plus efficaces. Tous n'appliquent pas des formes de traitement optimales ou basées sur l'évidence. Les conséquences ne sont pas seulement des coûts élevés, qui sont supportés en fin de compte par la société, mais aussi des risques potentiels pour les patients. Jusqu'ici la recherche en matière de variation de pratique a surtout documenté le phénomène de fond. Des études étrangères ont fourni une série d'hypothèses d'explications, mais très peu de solutions ont été proposées jusqu'à maintenant. En ce sens, le besoin important de recherche en ce qui concerne les causes et les effets de la variation de pratique non fondée sur des nécessités médicales, n'est pas limité à la Suisse.

La recherche dans ce domaine est cependant délicate, car la détermination des besoins médicaux effectifs dans une population est difficile, voire impossible. En règle générale, la limite entre trop et trop peu, entre insuffisance et excès de soins, correspond à la frontière entre nécessité clinique et incitation économique. Les projets de recherche subissent donc directement les conflits d'intérêt entre fournisseurs de prestations et organismes payeurs, et les exigences méthodologiques en sont d'autant plus élevées. En outre, une haute dose de transparence et de culture de communication est exigée afin que les résultats négatifs n'échauffent pas seulement les esprits, mais induisent également des changements de comportement.

Du fait que seuls les médecins et les hôpitaux sont en mesure de modifier le mode de fourniture des prestations médicales, une démarche pragmatique est choisie pour étudier les causes et les conséquences de la variation de pratique dans le système de santé



Les décisions cliniques ne suivent généralement pas un schéma explicite vrai-faux, mais davantage un processus continu d'interventions possibles.

suisse. Le développement et l'utilisation d'indicateurs validés de la qualité du résultat deviennent alors des éléments importants pour l'amélioration de l'efficacité et de la qualité des soins.

Coopération internationale

La recherche en matière de soins exige une collaboration interdisciplinaire entre la médecine, la biométrie, les sciences sociales, l'économie et les sciences de l'organisation. Les exigences méthodologiques sont complexes, selon la question posée des concepts d'étude très divers sont utilisés. Les compétences professionnelles et personnelles requises dépassent rapidement les capacités d'une institution unique. C'est pourquoi la coopération nationale et internationale, comme par exemple avec l'Institut de médecine de premier recours de l'Université de Zurich et l'Institut Dartmouth aux Etats-Unis, constitue un autre élément important pour le groupe de travail de recherche en matière de soins.

Que ce soit au plan national ou international, une recherche en matière de soins durable et indépendante est incontournable si nous voulons continuer à garantir des soins médicaux adéquats et basés sur des données scientifiques dans toutes les régions et pour tous les groupes de population.

Le Professeur André Busato enseigne à l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne et à l'Institut de médecine de premiers recours de l'Université de Zurich.

Commission de rédaction

Dr med Peter Wiedersheim, membre du Conseil d'administration KKA;
 Dr med Fiorenzo Caranzano, membre du Conseil d'administration KKA;
 Dr med Marc-Henri Gauchat, président-associé KKA;
 lic. phil. Barbara Zinggeler, licenciée ès lettres, directrice commerciale KKA;
 Marco Tackenberg, directeur commercial forum | pr;
 Markus Gubler, responsable des projets forum | pr