

La recherche sur les services de santé – esquisse européenne¹

J.-E. Blanpain²

Université de Leuven, Belgique

Ce que les Anglo-Saxons appellent: «Health Services Research» ou «Health Care Research» et ce que l'Organisation mondiale de la santé traduit littéralement par «recherche sur les services de santé» s'annonce depuis quelques années comme un domaine de recherche ayant une identité propre et une mission importante, justifiant des ressources spécifiques et une place particulière dans le cadre des structures et instances qui déterminent, supportent financièrement ou exécutent les programmes de recherche en matière de santé.

La recherche biomédicale, qu'elle soit fondamentale ou clinique, est orientée vers l'étiologie, le diagnostic et la thérapeutique des maladies humaines. Par contre, la recherche sur les services de santé se préoccupe plutôt de problèmes d'organisation, de distribution, de financement, d'utilisation et d'évaluation des services de santé. Elle s'efforce de découvrir comment la nature, la quantité et l'organisation des ressources engagées dans les soins de santé, y compris les différents modes de financement de ces soins, sont liées aux aspects d'accessibilité, d'efficacité et de qualité des soins dispensés. Comme toute recherche, la recherche sur les services de santé essaie de modifier ou d'élargir notre connaissance de la réalité dans le but ultime de prédire cette réalité et d'influencer le cours des événements d'une manière prévisible. L'objectif suprême, et en même temps la justification de la recherche sur les services de santé, est d'atteindre un haut degré d'habileté de prédiction concernant l'impact des services de santé dans des conditions déterminées de ressources, d'organisation et de financement.

Au moment où l'on pourra, par exemple, calculer d'avance et confirmer par la suite l'effet d'un certain mode de soins ambulants sur le niveau de morbidité dans un contexte prédéterminé de ressources, on aura passé de l'époque de spéculation à l'époque scientifique dans l'organisation de ces soins. Ce type de recherche est d'un caractère utilitaire visant à améliorer l'accès aux services de santé, leurs rapports coûts-bénéfices et leur impact sur la durée et la qualité de la vie humaine. Un sérieux effort d'études descriptives, ayant pour objet d'inventorier et de cataloguer la

nature et le nombre des faits dans les systèmes de santé, est un préalable à la recherche explicative qui vise à établir les relations entre des faits connus afin d'expliquer ce qui s'est passé et de découvrir les raisons de cette relation.

Dès qu'un certain niveau d'études descriptives a été atteint, on constate que la recherche sur les services de santé s'engage dans des études analytiques moyennant des plans de recherche quasi expérimentale et en utilisant des groupes de contrôle et des méthodes avancées de collecte et d'analyse de données. Dans une première approche, ces études analytiques tendent à être monodisciplinaires et axées sur un aspect ou un élément du problème. Par exemple, dans l'analyse de consommation de certains types de soins de santé, le psychologue s'occupe de préférence de l'influence des attitudes et des opinions tandis que le sociologue examine le rôle des variables socio-démographiques et que l'économiste cherche à déterminer l'effet du niveau des revenus. Tous les trois risquent d'ignorer le rôle important des maladies dans la consommation des soins.

Cette approche monodisciplinaire contribue à l'avancement de nos connaissances tout en créant le dilemme de devoir sortir d'une masse croissante de concepts provenant de différentes disciplines une théorie intégrée et cohérente qui permet une application à la réalité complexe des services de santé. L'approche analytique et intégrée – où plusieurs aspects, éléments ou fonctions des services de santé sont examinés en même temps –, de préférence par des équipes multidisciplinaires, constitue un niveau avancé de recherche sur les services de santé. Les trois types de recherche sur les services de santé: les études descriptives, les études analytiques-monodisciplinaires et les études analytiques intégrées ont toutes une valeur et une importance propres tant dans l'accroissement de nos connaissances que dans l'utilité pour l'amélioration des soins de santé. Dans les milieux scientifiques persiste la mentalité regrettable de considérer la recherche fondamentale comme étant supérieure à la recherche appliquée, et les études descriptives comme étant inférieures aux études analytiques. Cet état de choses peut être désastreux et faire avorter pas mal d'initiatives de recherche sur les services de santé.

La période des études isolées

Le recours à l'étude et à la recherche pour résoudre certains problèmes de l'organisation des soins de santé peut être tracé très loin dans l'histoire de nos systèmes de santé. L'introduction en 1911 de l'assurance, obli-

¹ Basé sur une présentation lors des Journées d'automne de la Société suisse de médecine sociale et préventive consacrées au thème «Approche systématique du secteur de la santé», Lucerne 20/21 octobre 1977.

² Prof. Dr méd., directeur du Département d'administration hospitalière et d'organisation des soins médicaux, Vital Decosterstraat 102, B-3000 Leuven, Belgique.

gatoire en Grande-Bretagne était basée sur des calculs d'actuaire et sur l'étude que *Lloyd George*, le ministre des Finances de l'époque, avait fait en 1908 du plan allemand introduit par *Bismarck* en 1883 [2]. Aux Etats-Unis, en pleine récession économique, une commission d'étude privée fut créée en 1927 avec le support de huit fondations philanthropiques. Comparable au Club de Rome d'aujourd'hui, tant par son ample recours aux experts que par ces allures de *Cassandra* «The Committee on the Costs of medical Care» pendant la période 1927-1932 produisit une véritable bibliothèque d'économie médicale comprenant presque une centaine de rapports différents. Elle identifia entre autres le volume énorme de morbidité non traitée qui existait en dehors de tout contact avec les services de santé, choquant ainsi à la fois le public américain et l'American Medical Association.

Elle démolissait le mythe que les pauvres autant que les riches aux Etats-Unis avaient accès à une médecine de bonne qualité. La commission contribua à la méthodologie en formulant des normes pour juger des besoins objectifs en soins de santé.

Ces normes furent longtemps employées pour guider le calcul du nombre requis de lits hospitaliers dans plusieurs pays. Les travaux de ladite commission dans le domaine du financement des soins de santé furent directement responsables de la création, dès 1933, de programmes d'assurance pour soins hospitaliers. Les programmes *Blue Cross* lancés par les associations hospitalières et les programmes *Blue Shield* dominés par la profession médicale sont devenus depuis lors des forces importantes dans le système de santé aux Etats-Unis [6].

Un autre exemple de recherche sur laquelle des décisions importantes furent basées fut l'étude faite par le *Nuffield Trust* en 1938 et ayant pour objet l'infrastructure hospitalière en Grand-Bretagne. Ce «survey», mené en vue des bombardements aériens en cas de conflit armé, devait apporter des données permettant de créer une capacité adéquate et suffisamment dispersée pour soigner des centaines de milliers de victimes.

Les enquêteurs venant des staffs médicaux des hôpitaux de Londres furent choqués de l'état des ressources hospitalières en province. Les services d'urgences qui, suite à l'enquête, furent installés à travers la Grande-Bretagne par le *Emergency Medical Care Act* de 1938 ont contribué d'une manière importante – quoique peu reconnue – à la création du *National Health Service* en 1948. Des lits hospitaliers avaient été confisqués et indemnisés par les autorités pendant la durée des hostilités; en plus, des médecins spécialistes furent détachés vers ces unités en province et récompensés pour leurs prestations hospitalières et leur disponibilité. A la fin de la guerre les hôpitaux, surtout les hôpitaux privés, étaient tellement accoutumés aux subsides de l'Etat qu'ils ne s'opposaient guère au plan de nationalisation d'*Aneurin Bevan* qui, en plus, pouvait compter sur le consentement tacite des médecins spécialistes. Ces derniers avaient su

apprécier la différence en équipement et en revenu personnel en comparaison avec la période d'avant-guerre quand leurs prestations à l'hôpital étaient 1. gratuites et 2. trop souvent handicapées par un manque d'équipement technique [2].

Vers des efforts systématiques

Dans la période d'après-guerre, et surtout depuis le début des années soixante, les projets de recherche sur les services de santé devenaient plus nombreux et diversifiés. On voyait apparaître des entités et des instituts consacrés principalement à ce type de recherche. Les problèmes rencontrés dans le milieu hospitalier attiraient l'attention à la fois de quelques chercheurs et des responsables des réseaux hospitaliers. Des instituts hospitaliers ayant un rôle national furent ainsi créés en Allemagne (1953), en Belgique (1961), en Grande-Bretagne (1963), en Finlande (1964), en Suède (1968), aux Pays-Bas (1968), en Norvège (1970), en Suisse (1972) et récemment au Danemark (1975), tous en vue de recherche et de documentation en matière hospitalière. La place primordiale des hôpitaux dans le cadre d'une politique considérant l'hôpital comme le pivot du système de santé, les problèmes pressants de financement, d'organisation et d'évaluation des soins hospitaliers ainsi que la possibilité d'engager une fraction du revenu hospitalier dans la recherche, furent autant de facteurs contribuant à une poussée d'études hospitalières. Les universités étaient plutôt hésitantes à s'engager dans la recherche des services de santé. Le caractère appliqué de cette recherche; le risque d'être absorbé dans un engrenage politique; les difficultés d'une collaboration interdisciplinaire à travers toutes les cloisons de la structure universitaire traditionnelle et la compétition classique pour participer dans les fonds de recherche limités posaient autant d'obstacles à un engagement massif des universités.

Vers la fin des années soixante, l'Europe était dotée d'un certain nombre d'unités de recherche sur les services de santé. Grâce au rôle stimulant du *Nuffield Provincial Hospital Trust*, qui a su développer la recherche des services de santé à plusieurs endroits en Grande-Bretagne, ce dernier pays marque une nette avance en Europe aussi bien dans le nombre que dans la qualité des recherches entreprises. Les publications nombreuses qui y sont consacrées, et dont plusieurs sortent sous l'égide du *Nuffield Trust*, en sont la preuve. En vue de l'entrée de la Grande-Bretagne dans le Marché commun européen, le *Nuffield Trust* tenait à s'informer sur l'état de la recherche sur les services de santé dans certains pays membres de la Communauté.

Chargés de cette enquête couvrant la France, l'Allemagne fédérale, la Belgique et les Pays-Bas, nous étions à même d'identifier pour l'année 1974 environ 150 unités ou centres engagés dans la recherche sur les services de santé; 89 de ces unités étaient situées en milieu universitaire, 20 avaient le statut d'institut national, 14 étaient indépendantes et 24 de caractère

commercial. Contrairement aux autres pays, la France a tendance à recourir à la formule d'institut national.

La présence numérique des agences commerciales est à souligner, surtout quand on se rend compte qu'une seule firme McKinsey opère dans ces différents pays et y est appelée en consultation pour des problèmes tels que la réorganisation du National Health Service en Grande-Bretagne ou la structure d'organisation indiquée pour l'Hôpital universitaire de Nimègue ou pour l'Hôpital cantonal de Bâle.

Nous pouvions évaluer environ 325 projets de recherche pour la période 1970-1974, indiquant une moyenne peu élevée de deux projets par unité de recherche.

Cela correspondait par centre à une moyenne de deux ou trois équivalents full-time occupés dans la recherche.

Aussi les sommes engagées tendaient-elles à être modestes et dépassaient rarement les 100 000 \$ par année-projet.

L'approche multidisciplinaire fut plutôt l'exception. L'éventail des sujets traités était très large. Il est remarquable, mais non surprenant, que les problèmes du management hospitalier suivis par les problèmes de nursing venaient en tête de liste des sujets traités. D'autres problèmes étudiés fréquemment étaient les modes de financement, le comportement des consommateurs de soins, la régionalisation des services de santé et les indicateurs sociaux de la santé. Dans chaque pays, certains thèmes avaient la préférence et on notait même un certain profil dans l'approche méthodologique. Les Pays-Bas, par exemple, au moment de l'enquête étaient beaucoup plus axés que les autres pays sur les soins du premier échelon. La France semblait, plus que les autres, favoriser les études macro-économiques. Le choix des thèmes de recherche était en grande partie laissé à l'initiative des chercheurs, quoiqu'on observât une nette tendance à orienter ce choix vers des problèmes considérés comme prioritaires; soit par le truchement du financement de la recherche soit par la création d'agences gouvernementales de politique scientifique, soit encore par la mise en marche de programmes de recherche concertée. Les ressources financières consacrées à la recherche sur les services de santé n'étaient pas très impressionnantes pour les pays étudiés. En pourcentage des dépenses globales pour la santé cette recherche se situait à 0,14 % pour les Pays-Bas, 0,05 % pour la France et 0,03 % pour l'Allemagne et la Belgique; cela veut dire de 3 à 14 centimes par 100 francs de dépenses en soins de santé. Dans l'ensemble des dépenses effectuées pour la recherche en rapport avec la santé (recherche biomédicale et recherche sur les services de santé combinées), la dernière ne représentait que 1,4 % en Allemagne, 1,7 % en Belgique, 2,4 % en France et 6,5 % aux Pays-Bas [3].

Vers un rôle plus important?

Plusieurs développements récents semblent indiquer un avenir de plus grande envergure pour la recherche

sur les services de santé en Europe.

1. Des centres multidisciplinaires voués à la recherche sur les services de santé moyennant des approches d'analyse de systèmes ont été créés ces dernières années dans plusieurs pays. Je cite comme exemples: Das Institut für Gesundheits-system-Forschung à Kiel, en Allemagne; Das Interdisziplinäre Forschungszentrum für die Gesundheit, à Saint-Gall, en Suisse, l'Institut international d'analyse systémique appliquée à Laxenburg, en Autriche – cette dernière étant une coopération internationale financée à la fois par les Etats-Unis et l'Union soviétique. Ces centres constituent une deuxième génération d'instituts de recherche qui, en principe, devraient être capables d'aborder des recherches du type analytique-intégré au niveau de l'ensemble du système de santé.

En outre, ils permettront d'élaborer des politiques de santé en considérant des états alternatifs de développement sanitaire futur d'un pays, d'une part, et les contraintes d'argent et de main-d'œuvre, d'autre part.

2. Le malaise profond qui entoure pour le moment les systèmes de santé est en grande partie responsable de la création des centres précités. Ce malaise pourrait paradoxalement fournir la poussée nécessaire pour mettre la recherche sur les services de santé sur orbite.

Révélateurs de cette situation de crise dans nos systèmes de santé sont entre autres: l'avalanche de législations dans tous les pays européens ayant pour but de rectifier la distribution des ressources sanitaires moyennant un planning coercitif; des conflits latents opposant les gouvernements à une partie du corps médical, cela lié à des points de vue opposés en matière d'organisation des soins de santé – les conflits en Belgique, en Allemagne, en Italie et en Grande-Bretagne en témoignent; le recours répété à des mécanismes qui, normalement, sont réservés à des situations graves comme la Nouvelle Commission royale du Service national de santé en Grande-Bretagne ou le Commissariat royal pour la réorganisation de l'assurance maladie-invalidité en Belgique. Deux phénomènes sont à la base de la crise. Il y a d'abord l'accroissement énorme des dépenses pour la santé. Elles atteignent dans certains pays presque 9 % du revenu national et le taux d'accroissement de ce dernier est nettement inférieur au taux d'accroissement des dépenses pour soins de santé, en particulier les soins en milieu hospitalier. En outre, le climat d'euphorie d'après-guerre annonçant qu'à terme la médecine pourrait vaincre toutes les maladies, a été remplacé par des doutes sérieux concernant l'impact réel des services de santé sur la durée et la qualité de la vie. *Cochrane* a été l'un des premiers à rapporter que des essais randomisés démontraient que plusieurs procédés généralisés dans les services de santé ne valaient rien.

Le fait que son livre *Effectiveness and Efficiency* ne date que de 1972 indique combien ce phénomène de douter de l'impact de la médecine est récent [4]. *Cochrane* a été cité dans pas mal de rapports gouvernementaux et même le *Journal of the American*

Medical Association défend son point de vue dans un éditorial récent: «Many people mistakenly believe that health care is synonymous with medical care. Health is, to a large degree, a matter of personal responsibility that must be exercised within the limits of genetic endowment... As a general rule medical care has relatively little impact on health» [1]. Une telle déclaration dans l'organe officiel de l'AMA aurait surpris il y a cinq ans. Maintenant, elle passe inaperçue parce qu'elle reflète une opinion de plus en plus généralisée. Ces deux phénomènes: d'abord l'accroissement exorbitant des coûts du système de santé d'une part et les doutes énoncés à l'égard de la conception traditionnelle des soins d'autre part, sont en train de produire un effet levier pour la mise en marche d'une série d'études sur les services de santé.

Le Gouvernement canadien a été un des premiers à prendre ses distances à l'égard de la conception traditionnelle qui considère la médecine comme la source de tous les progrès réalisés dans le domaine de la santé. Dans un document de travail intitulé: «Nouvelle perspective de la santé des Canadiens», *Marc Lalonde*, le ministre de Santé nationale du Canada annonçait en 1974 une politique de santé basée sur une conception globale de la santé comprenant quatre éléments: la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé.

La nouvelle perspective canadienne consiste à donner aux trois premiers éléments une importance égale à celle de l'organisation des soins de santé. Cela représente un changement radical si l'on se réfère à la nette prééminence qu'on accordait antérieurement à l'organisation des soins de santé.

Pareille réorientation touche non seulement aux taux d'accroissement des ressources financières traditionnellement prévues pour les soins de santé, mais aboutit également à une révision du rôle et de l'importance respective du secteur hospitalier, des soins de premier échelon, des soins prolongés, etc. Le document canadien évoque directement la nécessité: «...de procéder à certaines études permettant d'améliorer l'efficacité du système de soins, d'en freiner le coût et de le rendre plus accessible». Indirectement, il se réfère à un besoin énorme de recherche là où il admet que «plusieurs problèmes de santé au Canada sont suffisamment urgents pour qu'on adopte des mesures correctives même si l'on ne dispose pas de toutes les preuves scientifiques» [5].

Quoique aucun gouvernement européen ne se soit prononcé aussi clairement que le Gouvernement canadien, le même message peut être retrouvé dans les préambules de projets de lois et dans les annales parlementaires. Récemment, le ministre belge de la Santé publique belge a proposé d'inscrire annuellement au budget national de la santé un certain pourcentage pour la recherche sur les services de santé.

3. En réponse au besoin ressenti par les gouvernements européens en matière de recherche sur les services de santé, l'Organisation mondiale de la santé décida en 1975 de renforcer le rôle du Bureau régional

d'Europe en matière de développement et de coordination de la recherche sur les services de santé. Le Comité consultatif européen de la recherche médicale et de la recherche sur les services de santé, qui a été créé suite à cette décision, comprend des hommes de sciences de la Région européenne ainsi que des administrateurs de la santé publique. Ce comité s'est réuni pour la première fois à Copenhague en février dernier. Il s'est penché sur les questions suivantes: le déséquilibre entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers; les normes et la standardisation; la formation du personnel des professions médicales et des professions connexes; l'approche des problèmes par des équipes interdisciplinaires; l'évaluation des services de santé; la pénurie de spécialistes en épidémiologie et en pharmacologie; le manque d'informations suffisantes pour assurer la coordination des programmes de recherche, de façon à éviter les doubles emplois; la traduction des résultats de la recherche dans des textes juridiques; le transfert des résultats de la recherche fondamentale à la recherche appliquée; les considérations de coût et d'efficacité comparés et l'analyse des systèmes de santé.

Le Comité a particulièrement insisté sur la nécessité de recherches sur les dommages d'ordre économique et sanitaire qu'entraînent certains abus et le recours injustifié à certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques.

Cinq questions à son avis devraient avoir la priorité:

1. l'utilisation adéquate des services de santé
2. l'étude de divers systèmes de santé
3. la planification sanitaire et l'évaluation
4. la recherche éducationnelle dans le développement des personnels
5. les relations entre recherche scientifique et fourniture des soins de santé

Un groupe de planification est en train d'être créé au sein du Comité avec la mission de préparer un document qui servira de base aux activités futures en matière de la recherche sur les services de santé. Des structures de coordination entre les pays et des structures d'information vont être établies.

Quelques préalables

Plusieurs actions de promotion et de support sont à envisager afin d'éviter que l'élan que l'on veut donner à la recherche sur les services de santé ne s'effrite en cours de route.

Le nombre de chercheurs en place est nettement inférieur au nombre nécessaire pour accomplir la tâche prévue. Un plan de développement et les moyens financiers nécessaires sous forme de bourses d'études devront être mis en place à court terme. On peut s'inspirer à cet égard aux Etats-Unis.

Un inventaire permanent des centres de recherche, des chercheurs et des programmes menés dans la Région européenne est indiqué afin d'intensifier les contacts entre les chercheurs, afin d'éviter les doubles emplois et afin de permettre une étroite collaboration dans les thèmes de recherche.

Un effort spécial est indiqué afin d'arriver à des protocoles et des plans de recherche établis avec la même rigueur scientifique que dans la recherche biomédicale. Dans le même ordre d'idées, des mécanismes d'évaluation rigoureuse des résultats de recherche devront être créés.

«Last but not least», le montant des finances réservées pour cette recherche devra être augmenté substantiellement.

Le défi lancé par la société à la communauté des chercheurs est de portée énorme. A nous d'y répondre.

Résumé

Par recherche sur les services de santé (Health Services Research), on entend l'investigation et l'évaluation systématiques des services de santé en ce qui concerne leur disponibilité, leur accessibilité, la couverture sanitaire qu'ils offrent, leur efficacité, leur rendement (efficience), leur utilisation (par la collectivité) et leur coût.

Bien que des développements importants comme l'introduction d'assurance-maladie nationale ou la création d'un système national de santé ait stimulé des efforts limités de «Health Services Research» dans quelques pays européens, c'est récemment seulement que le besoin d'une telle recherche a été reconnu plus largement. Cela en particulier au vu de l'«explosion des coûts» dans le domaine médico-sanitaire et des doutes croissants qu'on peut avoir quant à l'efficacité d'interventions médicales données.

L'Organisation mondiale de la santé a créé en 1977 un Comité consultatif européen pour la recherche médicale et la recherche sur les services de santé. Ce Comité a défini cinq domaines prioritaires de recherche:

1. standardisation des méthodes, des mesures et de la terminologie en recherche (biomédicale et sur les services de santé)
2. prévention, prophylaxie et détection précoce
3. évaluation des médicaments et d'autres substances thérapeutiques et diagnostiques
4. problèmes dans les prestations de soins de santé
5. aspects économiques des services de santé

Afin de pouvoir s'attaquer valablement à ces problèmes, il est indispensable de développer au niveau de chaque pays une masse critique de chercheurs adéquatement formés. Il est nécessaire aussi de disposer de ressources matérielles substantielles.

Summary

Health Services Research in Europe

Health Services Research is the systematic investigation and evaluation of the health services with respect to their availability, accessibility, coverage, effectiveness, efficiency, utilization and costs.

Although some important developments like the introduction of national health insurance or the creation of a national health service led in given European countries to limited efforts in Health Services Research it has only been recently that the need for such research has become recognized. The cost explosion in health care and growing doubts about the effectiveness of given health care interventions provide leverage for a greater effort in Health Services Research.

The World Health Organization created in 1977 the European Advisory Committee for Medical Research and Health Services Research. This Committee has identified five priority areas for research:

1. standardization of methods, measurements and terminology in biomedical and health services research
2. prevention, prophylaxis and early detection
3. evaluation of drugs and other therapeutic and diagnostic substances
4. problems in health care delivery
5. economic aspects of health care

Addressing these problems will call at the national level for the development of a critical mass of capable health services researchers. It will also require substantial financial resources.

Zusammenfassung

Forschung über das Gesundheitswesen in Europa

Forschung über das Gesundheitswesen (Health Services Research) ist die systematische Untersuchung und Evaluation der gesundheitlichen Dienste in bezug auf deren Zurverfügungstehung, Zugänglichkeit, Vollständigkeit, Wirksamkeit, Wirkungsgrad, Benützung und Kosten.

Obwohl in gewissen Ländern Europas einige wichtige Entwicklungen – wie die Einführung nationaler Krankenversicherungssysteme oder der Aufbau nationaler Gesundheitsdienste – zu beschränkten Anstrengungen auf dem Gebiet der Forschung über das Gesundheitswesen geführt haben, ist die Notwendigkeit solcher Forschung erst seit kurzem anerkannt worden. Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen und zunehmende Zweifel über die Wirksamkeit bestimmter medizinischer Massnahmen gaben Anlass zu vermehrten Anstrengungen auf diesem Gebiet.

Im Jahre 1977 bildete die Weltgesundheitsorganisation eine europäische Beratungsgruppe für medizinische Forschung und Forschung über das Gesundheitswesen. Diese Kommission identifizierte fünf Forschungsgebiete, denen sie hohe Priorität zumass:

1. Standardisierung von Methoden, Messeinheiten und Terminologie auf den Gebieten der biomedizinischen Forschung und der Forschung über das Gesundheitswesen
2. Prävention, Prophylaxe und Krankheitsfrüherkennung
3. Evaluation von Medikamenten und anderer therapeutischer und diagnostischer Massnahmen
4. Probleme in der Verabreichung gesundheitlicher Dienste
5. Wirtschaftliche Probleme der gesundheitlichen Versorgung

Die Inangriffnahme dieser Probleme wird auf nationaler Ebene eine kritische Masse qualifizierter Forscher auf dem Gebiet des Gesundheitswesens erfordern. Zugleich werden beträchtliche finanzielle Mittel zur Verfügung stehen müssen.

Bibliographie

- [1] *Barclay, W.*, Hypertension. A major Medical Care Challenge, Journal of the American Medical Association 235, 2327, May 24 (1976).
- [2] *Blanpain, J., Delesie, L., et Nys, H.*, National Health Insurance and Health Resources – European Experiences (Harvard University Press, Cambridge 1978).
- [3] *Blanpain, J., et Delesie, L.*, Community Health Investment. Health Services Research in Belgium, France, Federal German Republic and the Netherlands (Oxford University Press 1976).
- [4] *Cochrane, A.*, Effectiveness and Efficiency (The Nuffield Provincial Hospitals Trust, London 1972).
- [5] *Lalonde, M.*, Nouvelle Perspective de la Santé des Canadiens (Gouvernement du Canada, Ottawa 1974).
- [6] *Lee, R., et Jones, L.*, The Fundamentals of Good medical care (The University of Chicago Press, Chicago 1933).