

SCHWEIZER HTA-KONSENSUS-PROJEKT

UMSETZUNGSPAPIER 1/2012

Health Technology Assessment (HTA):

Umsetzung von SwissHTA: Institutionelles

Ausgangslage:

Was will SwissHTA
Was diskutiert die Politik

Institutionalisierung:

Kernaufgaben einer HTA-Institution
Organisation
Funktionalität
Optionen der Umsetzung
Stakeholder-Einbezug
Institutionelle Partizipation (Gremien)
Prozessuale Partizipation
Qualitätssicherung
Finanzierung

Fazit und Empfehlung:

Kritische Erfolgsfaktoren
Empfehlung

Lesehinweis:

Die Ziffern in [eckigen] Klammern verweisen jeweils auf die Dezimalgliederung des ausführlichen Dokuments (Foliensatz)
„Thesen (Schweizer Konsensus)“ Finale Version („FV“) vom 19. Oktober 2011 (=> korrespondierende Folien).

Endfassung (FV) vom 13. November 2012

Autoren:

Christian Affolter (santésuisse)
Heiner Sandmeier (Interpharma)
Michael Schlander (Universität Heidelberg)

AUSGANGSLAGE

Für eine erfolgreiche Implementierung von HTA-Ergebnissen ist einerseits eine direkte Verknüpfung von HTAs mit definierten politischen Entscheidungsprozessen ausschlaggebend. Andererseits kommen der Reputation (Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit) der für HTAs verantwortlichen Institution, der Transparenz von Prozessen und Kriterien und dem Einbezug von Stakeholdern, sowie der Qualität und rechtzeitigen Verfügbarkeit von HTA-Berichten grosse Bedeutung zu.

Was will SwissHTA

Ziele von HTA in der Schweiz sind

1. die umfassende systematische vergleichende Evaluation des Nutzens und der Kosten-Nutzen-Relation von „medizinischen Technologien“
und
2. die Bewirtschaftung des Leistungskatalogs der OKP mittels zielkonformer Unterstützung von Entscheiden für eine den WZW-Kriterien gerecht werdende Gesundheitsversorgung im Rahmen der OKP. [1.1]

Die Umsetzung von systematischen HTAs mittels des von SwissHTA vorgeschlagenen Prozesses ist prinzipiell unabhängig von einer bestimmten Organisationsform, wenn und soweit eine **einheitliche Prozessführerschaft** für HTAs auf Bundesebene sowie die Unabhängigkeit der für die Durchführung Verantwortlichen und eine ausreichende Ausstattung mit personellen wie materiellen Ressourcen gewährleistet sind. [4.1; 4.1.1]

Daneben sind wichtige Rahmenbedingungen die rasche Umsetzbarkeit, die Integration aller relevanten Stakeholder in den Gesamtprozess, Transparenz von Prozess, Kriterien und Entscheiden einschliesslich ihrer tragenden Gründe, für neue wie auch für Bestandstechnologien.

Was diskutiert die Politik

Im Parlament wird die Schaffung eines Qualitäts-Institutes zur Umsetzung der eidgenössischen Qualitätsstrategie diskutiert.

Verschiedene aktuelle parlamentarische Vorstösse zielen auf eine systematische Prüfung neuer und bestehender Leistungen zu Lasten der OKP anhand der WZW-Kriterien des KVG, sowie auf die Etablierung von HTAs in der Schweiz. Die mögliche Integration einer HTA-Prozessführung in einem Qualitäts-Institut wird diskutiert. Das

BAG arbeitet an entsprechenden Unterlagen, die zur Zeit noch nicht öffentlich vorliegen.

INSTITUTIONALISIERUNG

Kernaufgaben einer HTA-Institution

Zu den wesentlichen Aufgaben einer offiziellen HTA-Institution auf Bundesebene zählen:

- ↪ umfassendes Management der HTA-Prozesse, insbesondere
 - ↪ im Rahmen von rHTAs: *Early Consultations* (als Angebot für Antragsteller); externe Vergabe der *Reviews*; *Appraisal*-Funktion
 - ↪ im Rahmen von cHTAs: Mitwirkung an Themen-selektion für *Assignments*; *Scoping*; externe Vergabe der *Assessments*; *Appraisal*-Funktion
- ↪ Definition und Weiterentwicklung methodischer Standards
 - ↪ Forschungsprogramm „soziale Präferenzen“ (zur Kriterien-Validierung)
 - ↪ Entwicklungsprogramm „Evaluationsmethoden und Standards“
- ↪ Zielgruppengerechte Dissemination der Ergebnisse von HTAs
- ↪ Dialog mit Öffentlichkeit und Stakeholdern
- ↪ Netzwerk mit akademischen Einrichtungen, einschliesslich *Assessment Groups* für HTAs
- ↪ Internationale Vernetzung mit anderen HTA-Instituten, Austausch und Nutzung von Synergien (=>Synthese klinischer Evidenz) [4.1.4.1]

Organisation

Aus der Sicht von SwissHTA sind verschiedene Varianten der Organisation einer HTA-Prozessführerschaft auf Bundesebene denkbar, welche nachfolgend detaillierter beschrieben werden.

Die Verantwortung für die Durchführung von HTAs in der Schweiz könnte einem „HTA-Institut“ oder im Zusammenhang mit der Qualitätsinitiative des Bundes gegebenenfalls auch einem „Qualitäts-Institut“ übertragen werden (möglicher Name: „Schweizer Institut für Technologie-Evaluation und Qualität im Gesundheitswesen“, SITEQ).

Das HTA Institut kann dabei eine Einheit der Zentralverwaltung (z.B. das BAG), eine öffentlich-rechtliche Anstalt oder eine rein privatrechtliche Institution (zum Beispiel eine Stiftung, ein Verein oder

eine Aktiengesellschaft) sein. Die Nutzung von Synergien durch eine Integration von Elementen bereits bestehender Schweizer Initiativen wie etwa dem *Medical Board* erscheint möglich und sinnvoll.

Funktionalität

SwissHTA unterscheidet zwei Teilprozesse mit jeweils fünf Phasen der Technologie-Evaluation. Diese sind einerseits Rapid oder rHTAs (mit den Phasen *Early Consultation*, *Dossier Submission / Triage*, *Assessment*, *Appraisal* und *Decision*), andererseits Complete oder cHTAs (mit den Phasen *Assignment*, *Scoping*, *Assessment*, *Appraisal* und *Decision*). [2.4; 2.4.1; 2.4.2]

Neben dem Prozessschritt *Scoping* bei cHTAs sind vor allem die beiden Prozessschritte *Assessment* und *Appraisal* Aufgaben des HTA-Instituts:

1. **Assessment:** rigorose formale Synthese der verfügbaren Evidenz als zielorientierte Unterstützung des folgenden => *Appraisal* und
2. **Appraisal:** umfassende Evaluation, Identifikation von Evidenzlücken, und Empfehlungen auf Basis des *Assessment* als Grundlage für => Entscheide

Dabei liegt der Fokus auf der Prozessführerschaft. Es soll angestrebt werden, in einem Netzwerk zu arbeiten, um auf Evidenz, Expertise, Wissen und Erfahrung im In- und Ausland zugreifen zu können. Das beinhaltet beispielsweise die Kooperation mit akademischen Institutionen, staatlichen und privaten Anbietern von HTAs, Fachpublikationen u.v.a.m.

Erstattungs-, Preis- und andere Entscheide sind nicht Bestandteil des eigentlichen HTA-Prozesses, der hierfür die Informationsbasis (vorrangig durch Zuordnung zu evidenzbasierten, differenzierten Nutzenkategorien, sowie darüber hinaus die Bestimmung von Kostenfolgen und Kosten-Nutzen-Relationen) schafft.

Entscheide (*Decisions*) bleiben vielmehr in der Verantwortung des Eidgenössischen Departement des Inneren (EDI) bzw. des BAG:

- ↪ Erstattungs- und Preisentscheide,
- ↪ bei konditionalen Entscheiden im Rahmen von sogenannten *Managed Entry Schemes* Auflagen und ihre Durchsetzung, beispielsweise zur Evidenzentwicklung,
- ↪ Sicherstellung einer qualitätsgesicherten medizinischen Versorgung: Entwicklung von Anwendungs- und Klinischen Leitlinien durch die Medizinischen Fachgesellschaften) einschliesslich Monitoring ihrer Umsetzung. [2.4.1.7d; 2.4.2.6]

Optionen der Umsetzung

Im Zentrum für die Umsetzung eines HTA-Prozesses zur systematischen Durchführung von HTAs in der Schweiz stehen die bereits oben erwähnten Kriterien im Vordergrund:

Einheitliche Prozessführerschaft unter der Gesamtverantwortung des Bundes, Unabhängigkeit der für die Durchführung Verantwortlichen, ausreichende Ausstattung mit Ressourcen, rasche Umsetzbarkeit, Integration aller relevanten Stakeholder.

Dafür gibt es zahlreiche mögliche Organisationsformen mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Im Wesentlichen lassen sie sich in drei Varianten einteilen:

1. Einheit der Zentralverwaltung
2. Institut als öffentlich-rechtliche Anstalt
3. privatrechtliche Institution

In der folgenden Tabelle sind die drei Varianten bezüglich ihrer technischen Merkmale einander gegenübergestellt. Die Tabelle ist nicht vollständig und dient lediglich dem Überblick:

	Zentralverwaltung	öffentlich-rechtliche Anstalt	privatrechtliche Institution
Beschreibung	Alle Aufgaben werden von der Zentralverwaltung (BAG und andere Bundesämter) wahrgenommen. Einzelne Teilaufgaben können bei Bedarf mittels Dienstleistungsauftrag durch Externe erfüllt werden (Beizug von Privaten zur Erfüllung einer Bundesaufgabe durch die Behörden).	Die Aufgaben werden gesetzlich dem neu zu schaffenden HTA-Institut übertragen und vom Bund finanziell abgegolten. Alle organisationsrelevanten Bestimmungen werden gesetzlich festgelegt (BG über das „Schweizerische HTA-Institut“). Zuständig für die Festlegung der strategischen Ziele ist der BR (nach Anhörung des Institutsrates). Gebühren und Einnahmen fliessen direkt ans Institut.	Die Aufgaben werden basierend auf einer Delegationsnorm im Sinne von Art. 2 Abs. 4 RVOG mittels mehrjährigem Leistungsauftrag an einen privaten Dritten übertragen und vom Bund abgegolten.
Zuständig für Errichtung	Bestehend	Bundesrat	Akteure gemeinsam
Rechtsgrundlage für Errichtung	ev. Änderung OV-EDI	BG über das „Schweizerische HTA-Institut“	OR (je nach Institution)

Kapitalbedarf bei Gründung	Kein	Kein, Bund kann Kontokorrent stellen	Gründungs-kapital
Aufgabenübertragung	ev. Änderung OV-EDI	Gesetzlich (KVG) die Möglichkeit zur Aufgabenübertragung schaffen oder/und mittels VO-Recht oder/und mittels Leistungsaufträgen, denen die gesetzliche Grundlage einen entsprechenden Rahmen vorgibt.	Delegationsnorm im Sinne von Art. 2 Abs. 4 RVOG
Steuerung der Geschäfte	ev. BR Strategie, Legislaturplanung und Jahresziele des BR/EDI	Strategische Ziele des BR sowie ggf. Leistungsauftrag	Leistungsauftrag des BR/EDI
Aufsicht	Dienstaufsicht	Verbandsaufsicht; BR; Instrumente nach Art. 17 VE BG SIPGF	Instrumente: Genehmigung org. Reglemente, Verpflichtung zur Vorlage von Berichten
Beispiele	BAG	IGE, Swissmedic. Siehe Beilage Entwurf BG über das „Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung“.	Verein, Stiftung, AG (GF Schweiz)

In der folgenden Tabelle sind die Kriterien und Rahmenbedingungen für die drei Varianten einer HTA Institution für die Schweiz einander gegenübergestellt:

	Zentralverwaltung	öffentlich-rechtliche Anstalt	privatrechtliche Institution
Governance	Assessment, Appraisal und Decisions sowie Führung und Steuerung finden in der gleichen Institution und der gleichen Hierarchie bis zum BR statt. Das Parlament kann steuernd eingreifen.	Assessment und Appraisal von Decisions getrennt; Steuerung über Institutsrat; Geschäftsführung innerhalb der Ziele frei.	Assessment und Appraisal von Decisions getrennt; Steuerung über Aufsichtsgremien gem. OR; Geschäftsführung innerhalb der Ziele frei.
Stakeholder-Einbezug	Über Kommissionen oder Anhörungen.	In verschiedenen, auch entscheidungsrelevanten Gremien.	In verschiedenen, auch entscheidungsrelevanten Gremien.

Finanzierung	Bundesgelder und Gebühren.	Beiträge des Bundes für übertragene Aufgaben, Gebühren, Drittmittel und Honorare für marktwirtschaftlich erbrachte Dienstleistungen.	Beiträge des Bundes für übertragene Aufgaben, Gebühren, Drittmittel und Honorare für marktwirtschaftlich erbrachte Dienstleistungen.
Internationale Zusammenarbeit	Möglich	Vielseitig möglich	Vielseitig möglich
Konvergenz der verschiedenen HTA Initiativen	Institutionell nicht möglich	Beschränkt möglich	Gut möglich
Unabhängigkeit des Assessments und Appraisals	Von Partikularinteressen weitgehend unabhängig; von Politik abhängig	Kann durch breiten Stakeholdereinbezug von Partikularinteressen weitgehend unabhängig sein; von Politik beschränkt abhängig	Kann durch breiten Stakeholdereinbezug von Partikularinteressen weitgehend unabhängig sein; von Politik wenig unabhängig.
Ausreichende Ressourcenausstattung	Sehr unsicher, keine feste Ressourcenzuweisung zu den Aufgaben, kaum Flexibilität in der Allokation, kaum Ausbaumöglichkeiten.	Mit Leistungsauftrag und Drittmitteln möglich.	Mit Leistungsauftrag und Drittmitteln möglich.
Transparenz	Beschränkt	Gut	Gut
Rasche Umsetzbarkeit	?	?	Möglich
Politische Akzeptanz	Mittel	Hoch	Mittel
Einbezug der Kantone	Kaum	Gut	Gut
Tauglichkeit für einheitliche Prozessführerschaft	Beschränkt möglich	Geeignet.	Geeignet.

Stakeholder Einbezug

Eine stärkere Integration der Stakeholder bezogen sowohl auf den HTA-Prozess selbst als auch auf dessen Weiterentwicklung wurde als Verbesserungspotential erkannt und ist ein wichtiges Ziel von SwissHTA.

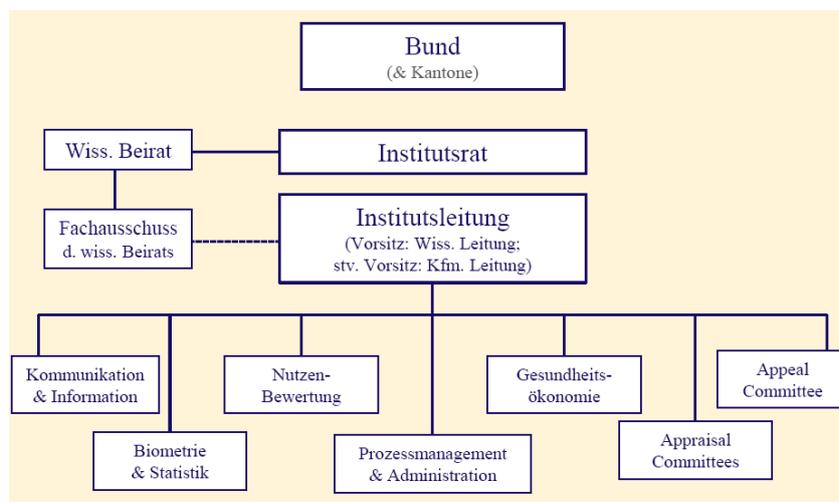
Key Stakeholder (jeweils vertreten durch ihre Verbände auf Bundesebene) sind grundsätzlich Patienten, Ärzteschaft und andere Leistungserbringer, Krankenversicherer sowie Technologieanbieter (die letztgenannten bei direkter Betroffenheit auch individuell). Weitere Stakeholder sind beispielsweise Fachwissenschaftler, HTA-Experten und Gesundheitspolitiker. [4.2.1]

Umfassende Partizipationsmöglichkeiten für Stakeholder sind sowohl auf institutioneller Ebene (primär politische Repräsentanz im Institutsrat und primär fachliche Repräsentanz im Wissenschaftlichen Beirat, darüber hinaus Vertretung in den Appraisal Committees des HTA-Instituts) als auch prozessbezogen vorgesehen. [4.2; 4.2.2; 4.2.3]

Institutionelle Partizipation: Gremien

Sowohl eine öffentlich-rechtliche Anstalt als auch eine privatrechtliche Institution werden ähnlich aufgebaut sein: Ein Institutsrat steht der operativen Institutsleitung vor, die für den Betrieb des Instituts verantwortlich ist.

Daneben erscheinen weitere Gremien mit konsultativen und wissenschaftlich-fachlichen Aufgaben sinnvoll, darunter beispielsweise ein wissenschaftlicher Beirat, Fachausschüsse, Appraisal Committees, Appeal Committees u.a.m.:



Beispielhafte Aufbauorganisation eines HTA-Instituts [4.1.3]

Vertretung der Stakeholder in den Gremien:

Institutsrat: Bund, Kantone, Versicherer, Leistungserbringer und ihre Verbände (Ärzte- und Apothekerschaft, Spitäler), Vorleistungserbringer und ihre Verbände (Arzneimittel-, Diagnostika- und Medizinprodukte-Industrie), Versicherten- und Patientenorganisationen, Wissenschaft (insbesondere Vertreter der Disziplinen Medizin, Pharmazie, Gesundheitsökonomie) [4.1.3.1]

Wissenschaftlicher Beirat: unabhängige akademische HTA-Experten, vor allem aus Biometrie und Statistik, Epidemiologie, Gesund-

heitsökonomie, repräsentative Fächer der klinischen Medizin, Medizinische Ethik, Versorgungsforschung, nationalen Wissenschaftsorganisationen (wie der SAMW). [4.1.3.3]

Appraisal Committee (optional aus den vorbestehenden eidgenössischen Kommissionen des EDI / BAG hervorgehend): Fakultäten der Medizin und Pharmazie, Fakultäten der Biostatistik und Gesundheitsökonomie, Kranken- und anderen Sozialversicherern, Leistungserbringer (Ärzte- und Apothekerschaft, Spitäler), Vorleistungserbringer und ihre Verbände (Arzneimittel-, Diagnostika- und Medizinprodukte-Industrie), Patienten und Versicherte. [4.1.3.4]

Appeal Committee (bei strikter personeller Trennung von den Appraisal Committees): Qualifizierung für eine Mitgliedschaft im Appeal Committee setzt neben fachlicher Kompetenz voraus: keine Beteiligung am zugrunde liegenden Assessment, keine Mitgliedschaft in einem Appraisal Committee, keine Beteiligung am fraglichen Entscheid.

Option: Die Mitglieder des Appeal Committee könnten aus dem Kreis der Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats des HTA-Instituts rekrutiert werden, um effiziente schlanke Strukturen zu erhalten.

[4.1.3.5]

Prozessuale Partizipation

Vorschlag und Selektion von Technologien für Assessments, Beteiligungsrechte während der HTA-Prozesse, in Appraisal Committees, Ausübung von Beschwerderechten (restriktiv), im Appeal Committee.

Stakeholder-Einbezug im rHTA-Prozess:

- ↪ Key Stakeholder (direkt Betroffene):
 - ↪ *Early Consultation*
 - ↪ Kommentierung des Dossier Assessment Report
 - ↪ Kommentierung Appraisal Recommendation
 - ↪ ggf. Verhandlung mit BAG
 - ↪ Beschwerderecht
- ↪ Übrige Stakeholder:
 - ↪ (ggf.) Hinzuziehung zu *Early Consultation* durch HTA-Institut
 - ↪ (ggf.) Hinzuziehung zu Dossier Review durch HTA-Institut; Kommentierung des Applicant Dossier
 - ↪ Kommentierung des Dossier Assessment Report

[4.2.2]

Stakeholder-Einbezug im cHTA-Prozess:

- ↪ Key Stakeholder (direkt Betroffene):
 - ↪ Konsultation durch HTA-Institut im Rahmen des Scoping
 - ↪ *Assessment*: optional Einreichung von Evidenz (obligat zu berücksichtigende „Value Dossiers“)
 - ↪ *Appraisal*: Kommentierung des Draft Appraisal
 - ↪ Beschwerderecht
 - ↪ (ggf.) fachlicher Input zur Entwicklung von Anwendungsleitlinien
- ↪ Übrige Stakeholder:
 - ↪ Themenvorschläge für HTAs
 - ↪ (ggf.) Konsultation durch HTA-Institut im Rahmen des Scoping
 - ↪ *Assessment*: (ggf.) Einreichung von Stellungnahmen
 - ↪ *Appraisal*: Kommentierung von Assessment Report und Draft Appraisal [4.2.3]

Qualitätssicherung

Ein Schweizer HTA-Institut sollte Massnahmen für eine interne und externe Qualitätssicherung ergreifen bzw. unterworfen werden. Dazu zählen definierte Kriterien zur Prozessqualität (Realisierung der von SwissHTA identifizierten Verbesserungspotentiale, grundsätzliche Erfüllung der Anforderungen für „*Accountability for Reasonableness*“ und der Kriterien einer „*Good HTA Practice*“), zur Erfüllung eines definierten Arbeitsprogramms (insbesondere Zielvereinbarungen zur Weiterentwicklung der Methodik, zum Stakeholder-Einbezug und das Monitoring der Umsetzung von HTA-Ergebnissen betreffend), sowie eine jährliche Berichterstattung unter Berücksichtigung eines *ex ante* festgelegten Katalogs von *Key Performance Indicators*. [4.4.2; 4.4.3; 4.4.4]

Finanzierung

Nach den vorläufigen Schätzungen von SwissHTA wird nach erfolgtem Aufbau des Instituts von einem jährlichen Finanzierungsbedarf in einer Grössenordnung von ca. 15 Mio. CHF ausgegangen: [4.1.5]

- | | |
|---|-----------------------------|
| ↪ Early Consultations gebührenfinanziert: | n.a. |
| ↪ 36 rHTAs gebührenfinanziert: | n.a. |
| ↪ 12-18 cHTAs (je ca. 500.000 CHF) | ca. 6 bis 9 Mio. CHF |
| ↪ Grundlagenarbeit; Methoden(weiter)entwicklung | 2(-3) Mio. CHF |
| ↪ Kommunikation / Implementierung / Monitoring | (2-)3 Mio. CHF |
| ↪ Management & Administration | 2(-3) Mio. CHF |
| ↪ Summe (p.a.) | ca. 15 (12 bis 18) Mio. CHF |

Nicht eingeschlossen sind mögliche Aufgaben im Rahmen der Entwicklung klinischer Leitlinien in Kooperation mit den medizinischen Fachgesellschaften.

rHTAs sollen von den Antragstellern mittels kostendeckender Gebühren finanziert werden; eine paritätische Finanzierung der HTA-Tätigkeit eines Instituts könnte über Gebühren der Technologieanbieter, über die öffentliche Hand (den Bund) sowie über die OKP (Beiträge) erfolgen. [4.1.5.2; 4.1.5.3]

FAZIT UND EMPFEHLUNG

Kritische Erfolgsfaktoren

Kritische Erfolgsfaktoren sind – unabhängig von der konkreten organisatorischen Gestaltung – die Konzentration der Verantwortung für HTAs in einer Hand, verbunden mit zentraler Prozessführerschaft, sowie in jedem Fall eine ausreichende personelle und materielle Ressourcenausstattung, die langfristige finanzielle Absicherung und die Unabhängigkeit der Durchführung der HTAs von politischer Einflussnahme.

Entsprechend der Tradition der Schweiz ist die Partizipation und Mitwirkung der Stakeholder für die Qualität, die Akzeptanz und die Nachhaltigkeit der Strukturen, Prozesse und Resultate von grosser Wichtigkeit. Dem ist auf allen Ebenen entsprechend Rechnung zu tragen.

Die kritischen Erfolgsfaktoren können in den beiden Organisationsvarianten öffentlich-rechtliche Anstalt und privatrechtliche Institution erfüllt werden. Die politische Akzeptanz dürfte bei einer öffentlich-rechtlichen Anstalt am grössten sein. Der Übergang von öffentlich-rechtlicher Anstalt zu privatrechtliche Institution ist fließend, der Gestaltungsspielraum kann auch bei der Anstalt zu Gunsten der Bedürfnisse einer unabhängigen und gut ausgestatteten HTA-Institution ausgenutzt werden. [4.1]

Empfehlung

Die Abwicklung des gesamten HTA-Prozesses innerhalb der Zentralverwaltung ist keine empfehlenswerte Option.

Bei Erfüllung der kritischen Erfolgsfaktoren scheint es als nicht entscheidend, ob die Aufgaben von einer öffentlich-rechtlichen Anstalt oder einer privatrechtlichen Institution bearbeitet werden.

Ein Schweizer HTA-Institut kann als eigenständige Institution alleine oder zusammen mit dem in Diskussion stehenden „Institut für Qualität und Patientensicherheit“ geschaffen werden. Für die letztere Variante („SITEQ“, vgl. oben) sprechen die thematische Nähe und die

überlappende fachliche und methodische Kompetenz, welche für eine erfolgreiche Erfüllung der jeweiligen Aufgaben erforderlich sind.

Vorgeschlagene Zitierweise

C. Affolter, H. Sandmeier, M. Schlander,
C. Bosshard, T. Cueni, A. Faller, P. Gyger,
A. Hebborn, K. Huber, E. Kraft, P. Suter:
*Schweizer HTA-Konsensus, Umsetzungspapier 1/2012:
Institutionelles.*
Basel, Bern, Solothurn und Wiesbaden, 13. November 2012.
Als Download verfügbar unter www.swisstha.ch

Beilagen

Entwurf BG über das „Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung“

Referenz-Materialien

Foliensatz „Thesen (Schweizer Konsens)“ FV vom 19. Oktober 2011

Übersicht: Gliederung der Thesen FV vom 19. Oktober 2011

Kontakt

santésuisse: Dr. Christian Affolter

Interpharma: Dr. Heiner Sandmeier

SAMW: Prof. Dr. Peter Suter

FMH: Dr. Christoph Bosshard

BAG: Andreas Faller

GDK: Kathrin Huber

InnoVal^{HTC}: Prof. Dr. Michael Schlander