

Avec le soutien du groupe de pilotage GTQ-FMH*, le département Données, démographie et qualité (DDQ) établit, sur différents thèmes relevant du domaine de la qualité, des documents de base publiés dans le Bulletin des médecins suisses. Sur la base de ces documents, la FMH rédige un article relayant «La prise de position de la FMH».

Nous vous présentons dans ces colonnes le document de base ainsi que la prise de position de la FMH sur le thème «Coûts et utilité des activités en faveur de la qualité», dont le contenu se situe dans le prolongement de l'article «Incitatifs en faveur des démarches pour la qualité des soins» paru dans le numéro précédent.

Vue d'ensemble sur le rapport entre coûts et utilité pour les démarches qualité

Qu'apporte aux patients et aux médecins la démarche qualité?

Varja Nikolic, Daniel Herren

Dans la mise en œuvre de démarches relevant du domaine de la qualité, l'utilité qu'en retirent tant le patient que les médecins constitue un facteur essentiel. Parallèlement, les activités en faveur de la qualité ont un prix. C'est la raison pour laquelle il est important de les analyser sous l'angle du rapport coûts-utilité. Ce document aborde une application pratique – le questionnaire aux patients – dans laquelle le médecin et ses patients sont au premier plan. Dans cet exemple concret, les facteurs de coûts et d'utilité y sont systématiquement mis en évidence. Ce document peut servir de base et être utilisé pour l'évaluation d'autres activités dans le domaine de la qualité.

Introduction

Parvenir à un degré de qualité élevé des soins médicaux, c'est-à-dire apporter au patient en temps et en lieu opportuns une prestation médicale optimale, est le premier principe qui régit l'exercice de la profession médicale. La promotion de la qualité est donc une évidence pour le corps médical et figure comme telle dans le Code de déontologie de la FMH. Les activités déployées par les médecins suisses en faveur de la qualité sont très diversifiées. Il est donc très important de réfléchir aux coûts qu'elles requièrent et à l'utilité qu'elles apportent. Ce document de base n'a pas la prétention de rendre compte de l'ensemble des approches relevant de l'économie de la santé car une telle étude dépasserait le cadre de ce document et ne constitue pas non plus son objectif. Il s'agit bien plus de suivre une application pratique qui met la priorité sur la relation entre le médecin et ses patients. Le questionnaire de satisfaction destiné aux patients est donc un outil très important dans le domaine de la gestion de la qualité.

Activités qualité

Dans ce document, la notion d'activités en faveur de la qualité ne recouvre pas l'ensemble des systèmes de gestion de la qualité mais porte sur les différentes

mesures mises en œuvre individuellement par les médecins pour assurer la qualité des traitements médicaux. En règle générale, on établit une distinction entre des activités qui documentent certains actes médicaux comme la saisie des complications ou la mesure systématique des résultats et d'autres démarches qualité plus spécifiques. Les contrôles de médicaments et de laboratoires ou encore la participation à des formations continues ou à des cercles qualité entrent dans cette deuxième catégorie. La liste des démarches qualité possibles varie entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier. Certaines activités s'inscrivent dans une approche interdisciplinaire, d'autres, en revanche, relèvent de procédures établies pour une discipline. Comme le montrent les travaux en relation avec le projet pilote de monitoring de la qualité, l'éventail des activités du corps médical suisse envisageables ou effectives est très large [1]. Il va de soi que chaque médecin ne peut intégrer dans sa pratique quotidienne l'ensemble des activités qualité existantes. En outre, seules les démarches qualité dont l'utilité justifie le coût qui leur est consacré, ont un sens. Il est donc impératif de faire un choix. Il incombe aux sociétés médicales de définir quelles sont les démarches qualité les plus judicieuses pour elles. Ce document, qui se veut une référence scientifiquement étayée, catégorise les différents rapports entre coûts et utilité et aspire à susciter le débat au sein des sociétés de discipline médicale.

Dans une perspective relevant de l'économie de la santé

Dans le domaine médical, lorsque l'on est face à diverses mesures possibles et qu'il s'agit de les évaluer sous l'angle des coûts et de l'utilité, on entre dans le domaine de l'économie de la santé, et, plus précisément, de l'évaluation relevant de l'économie de la santé. C'est un terme générique pour désigner l'ensemble des études dans le domaine de la santé visant à examiner des mesures médicales sous un angle économique. Lorsqu'il s'agit de comparer diverses options de traitement, on peut recourir à des méthodes comparatives, comme l'analyse coûts-efficacité.

* Membres du GTQ-FMH (dans l'ordre alphabétique):
Hélène Beutler, Patrick Bovier, Karl Hampl, Daniel Herren, Martina Hersperger, Monika Loy, Francesca Mainieri, Varja Nikolic, Claude Oppikofer, Lea Schläpfer, Hans-Anton Vogel, Jürg von Below, Adrian Wirthner.

Correspondance:
Secrétariat général FMH
Division DDQ
Elfenstrasse 18
CH-3000 Berne 15

ddq@fmh.ch

citée ou l'analyse coûts-valeur-utilité [2]. Les différentes structures de base de l'évaluation relevant de l'économie de la santé sont décrites dans le détail par Schöffski [2] ou Schlander [3]. Compte tenu de la perspective de ce document, à savoir le besoin pour le corps médical d'une application pratique, nous nous efforcerons de présenter l'évaluation coûts-utilité en laissant le plus possible de côté la théorie relevant de l'économie de la santé. Le nombre très restreint de publications scientifiques portant sur l'évaluation de démarches qualité sous l'angle du rapport coûts-utilité dans la littérature spécialisée justifie ce choix. Ceci s'explique en partie par la complexité de la question et, par conséquent, le coût relativement élevé de telles études dans la mesure aussi où l'impact de démarches qualité doit être appréhendé à des niveaux très différents. Il n'existe aucune théorie de référence globale et reconnue qui sous-tende l'évaluation des activités en faveur de la qualité. Il y a ici un besoin auquel la recherche doit clairement répondre [4]. En 2003, Gandjour et Lauterbach ont développé un modèle mathématique pour calculer la proportionnalité entre la valeur chiffrable d'un déficit qualité et l'effectivité en matière de coûts d'un programme d'amélioration de la qualité [5]. De nombreuses études existantes sur l'économicité des mesures qualité présentent des faiblesses de design [6]. Dans les paragraphes qui suivent, nous allons néanmoins essayer de mettre en évidence les différents aspects des notions de coûts et d'utilité des démarches qualité et les mettre ensuite en relation les unes avec les autres.

L'utilité pour le patient est néanmoins la motivation principale invoquée par les médecins lorsqu'il s'agit de participer à des activités en faveur de la qualité

Coûts des activités qualité

Parvenir à une qualité élevée des soins médicaux a un prix. La participation à des activités en faveur de la qualité engendre des coûts qui englobent différents facteurs.

L'investissement en temps est le premier facteur important pour le médecin. Dans le sens du concept des coûts d'opportunité, il est possible d'évaluer le temps nécessaire, de déterminer à quoi d'autre ce temps aurait pu être consacré et quelle en aurait été alors la valeur. Lorsqu'un médecin se consacre à une activité en faveur de la qualité, il ne peut pas traiter de patients, ce qui engendre une perte de revenus.

Au temps consacré à la mise en application des activités qualité viennent s'ajouter des coûts d'infrastructure. Ces coûts peuvent être différenciés en coûts matériels, coûts de personnel et prestations de tiers [6]. Un certain nombre de démarches qualité nécessitent une infrastructure particulière à acquérir ou

entraînent un surcroît de travail administratif qui génère à son tour des frais supplémentaires de personnel. En outre, certaines démarches qualité impliquent le recours à un savoir externe ou à des analyses spécifiques.

Pour une grande part, les coûts nécessaires à une démarche qualité sont indépendants du volume de la population ciblée par cette dernière. Que le praticien travaille à temps partiel ou à plein temps – donc avec un nombre plus important de patients consultés – ne fait aucune différence en termes de coûts nécessaires à la mise en œuvre d'un questionnaire aux patients. En revanche, l'utilité d'une démarche qualité sera d'autant plus importante que le nombre de patients potentiellement bénéficiaires sera élevé.

Utilité des activités qualité

Il ne fait aucun doute que les activités dans le domaine de la qualité ne se limitent pas à des questions de coûts, mais apportent de nombreux avantages. A condition qu'elle soit à la fois performante et facile à mettre en œuvre, toute activité en faveur de la qualité contribue à améliorer la routine quotidienne et, donc aussi la qualité du travail et par conséquent d'accroître la satisfaction du praticien et celle du patient [7]. Accroître la sécurité du patient, notamment par l'amélioration des processus de travail et la réduction des erreurs, constitue l'objectif déclaré de nombreuses activités qualité. Il en résulte une utilité directe pour le patient, notamment sur les points suivants:

- Un meilleur état de santé
- Une meilleure qualité de vie
- Un allongement de la vie
- Une meilleure confiance au médecin

Cette énumération n'est certainement pas exhaustive. En dépit de la plausibilité des démarches qualité avec les différents aspects de l'utilité pour le patient énumérés ci-dessus, pratiquement aucune recherche scientifique ne vient la démontrer. L'utilité pour le patient est néanmoins la motivation principale invoquée par les médecins lorsqu'il s'agit pour eux de participer à des activités en faveur de la qualité [8].

Outre les éléments d'utilité évoqués, la question se pose de savoir si des activités qualité permettent d'économiser de l'argent. Un objectif qui devient pertinent lorsqu'il s'agit de remédier à un surcroît de prestations ou à des erreurs de traitement, notamment dans le cas où un grand nombre de patients sont impliqués. Il est néanmoins impossible de faire une affirmation de portée générale concernant le potentiel d'économies de mesures d'améliorations de la qualité [6]. Dans une synthèse, Selbmann [9] conclut que les activités qualité (en reprenant l'exemple de lignes directrices de l'action médicale)

- améliorent la qualité et peuvent contribuer à diminuer les coûts;

- améliorent la qualité et peuvent contribuer à augmenter les coûts;
- maintiennent la qualité à un niveau égal et peuvent baisser les coûts;

Tableau 1

Coûts pour un questionnaire aux patients*

Pour le médecin	Investissement en temps/coûts d'opportunité <ul style="list-style-type: none"> – Élaboration, administration et analyse du questionnaire – Incitation des patients et des collaborateurs du cabinet à participer – Planification, mise en œuvre et évaluation des modifications en cabinet sur la base du questionnaire
	Coûts de personnel <ul style="list-style-type: none"> – Dépenses pour le personnel médical du cabinet
	Coûts matériels <ul style="list-style-type: none"> – Acquisition de l'outil de relevé – Frais de port en cas d'envoi postal du questionnaire
	Prestations de tiers <ul style="list-style-type: none"> – Évaluation des questionnaires par un institut externe – Le cas échéant, soutien informatique en cas d'évaluation en ligne
Pour le patient	<ul style="list-style-type: none"> – Temps nécessaire pour répondre au questionnaire – La réponse aux questions n'est pas toujours simple et sollicite la participation mentale et émotionnelle du patient

Tableau 2

Utilité du questionnaire au patient*

Pour le médecin	Utilité concernant la structure (qualification, ressources et organisation du cabinet) <ul style="list-style-type: none"> – Meilleure compréhension du point de vue du patient et relation aux patients – Meilleurs rapports de travail au sein de l'équipe du cabinet – Développement d'aptitudes nouvelles en relation avec la conduite d'enquêtes – Confirmation de l'auto-évaluation de son travail
	Utilité concernant les processus (médicaux et fonctionnels) <ul style="list-style-type: none"> – Informations nouvelles et propositions concrètes pour le travail quotidien au sein du cabinet – Identification de potentiels d'amélioration – Planification et mise en œuvre de propositions de modifications – Amélioration du travail de routine
	Utilité concernant le résultat médical <ul style="list-style-type: none"> – Amélioration du travail médical (grâce à des processus améliorés)
	Autres éléments d'utilité <ul style="list-style-type: none"> – Augmentation de la satisfaction au travail – Signal vers l'extérieur que la sécurité de la qualité est prise au sérieux – Comparaison sur une base anonymisée et volontaire avec d'autres cabinets (et démarche comparative à long terme) – Confirmation de ses aptitudes professionnelles et satisfaction grâce à une amélioration de la prise en charge médicale
Pour le patient	<ul style="list-style-type: none"> – Sentiment d'être pris au sérieux (création d'un rapport de confiance) – Grâce à une routine de travail améliorée, moins de complications et une plus grande sécurité (dérivant de l'utilité pour le médecin); selon les situations, meilleure qualité de vie et coûts de traitement moindres – Patient renforcé dans son rôle de mandant; plus grande implication de sa responsabilité dans la mise en œuvre des mesures médicales – Augmentation de la satisfaction du patient

* Liste établie par les auteurs fondée sur la littérature spécialisée

- réduisent les coûts tandis que l'augmentation de la qualité n'est mesurable que sous l'angle statistique et avec un grand nombre de patients (par ex. prestations relevant du domaine de la prévention);
- améliorent la qualité même si une modification dans l'ensemble des coûts n'est pas mesurable (par ex. directives relatives à l'augmentation de la satisfaction des patients).

Rapport coûts-utilité

Il est difficile de savoir si l'utilité d'une démarche qualité justifie le coût financier qu'elle implique, dans la mesure où l'utilité ne se laisse que rarement mesurer en termes financiers. Pour le commun des mortels, une mesure d'amélioration de la qualité restera considérée comme économique si, en dépit des coûts supplémentaires qu'elle engendre, l'amélioration effective de l'état de santé se justifie [6]. Malgré tout, dans la perspective du fournisseur de prestation, il est important que les activités qualité soient liées à un coût le plus réduit possible voire même que ce dernier fasse l'objet d'un dédommagement. Dans la mesure où un cabinet évolue dans un environnement économique difficile, les coûts nécessaires peuvent s'avérer être un obstacle à la mise en œuvre d'une démarche qualité [10].

Un point est certain: aussi bien les coûts que l'utilité escomptée dépendent de la démarche qualité choisie et peuvent donc varier. En outre, la combinaison de différentes activités qualité peut être plus coûteuse mais se révéler plus efficace [11]. Pour répondre à la question de savoir quelles activités en faveur de la qualité peuvent apporter la plus grande utilité au moindre coût, il est nécessaire d'analyser ces dernières dans le détail. Toute généralisation en la matière est impossible. Compte tenu de la limitation des ressources dans le domaine de la santé, l'utilisation judicieuse de ces mêmes ressources est un élément qui doit être pris en compte. L'analyse du rapport coûts-utilité des démarches qualité est donc d'une importance centrale. Dans le domaine de la santé, les coûts afférents à la qualité entrent en effet en compétition avec d'autres dépenses [5].

Exemple de l'enquête auprès des patients

Dans les lignes qui suivent, nous aborderons les aspects théoriques et scientifiques des coûts et de l'utilité d'une activité en faveur de la qualité en prenant pour exemple le questionnaire au patient. Une synthèse est présentée dans les tableaux 1 et 2. Les tableaux présentent un schéma permettant d'évaluer d'autres activités qualité. Pour structurer quelque peu les aspects relatifs à l'utilité, ils ont été dans la mesure du possible ordonnés en trois catégories «utilité concernant la structure», «utilité concernant le processus» et «utilité concernant le résultat médical», une répartition qui se réfère aux trois niveaux de la qualité des soins de Donabedian (voir tableau 2) [12, 13].

Coûts

Comme décrit dans les paragraphes ci-dessus, la composante temps est essentielle dans l'évaluation des coûts. Dans l'exemple du questionnaire au patient, cette composante porte sur le développement, l'administration et l'analyse du questionnaire mais aussi sur la planification, mise en œuvre et l'évaluation des modifications consécutives à apporter au sein du cabinet [14]. Le temps que le médecin ou ses collaborateurs en cabinet consacrent au questionnaire ne sera pas consacré au traitement des patients. Le questionnaire au patient entraîne également des coûts matériels, de personnel et de prestations dispensées par des tiers. Dans la plupart des cas, une telle opération requiert le recours à un instrument de relevé des données performant, compte tenu d'exigences de validité, fiabilité, objectivité et faisabilité dans le cadre de telles opérations [15, 16, 17]. De tels outils de relevé doivent être achetés. Au cas où leur évaluation nécessite le recours à des prestataires externes (nécessaire pour obtenir un benchmark), des coûts supplémentaires doivent être planifiés. Un questionnaire au patient mobilise également du personnel et génère donc des coûts. Et même si l'évaluation des questionnaires peut être confiée à l'extérieur, les recommandations qui en résultent doivent pouvoir être intégrées dans le quotidien du cabinet. En outre, la motivation tant des patients que du personnel du cabinet à participer au questionnaire ne se conquiert

un impact mesurable de leur avis sur la marche du cabinet [14]. En outre, une collaboration de partenariat est un moyen permettant de renforcer la responsabilité des patients et leur place en tant que mandant [19,20].

Pour le médecin et ses collaborateurs, l'utilité réside dans le retour d'information sur les aptitudes professionnelles et dans un feed-back de l'évaluation du travail. En outre, les questionnaires aux patients fournissent largement de nouvelles informations et des suggestions concrètes pour le travail quotidien en cabinet et suscitent une motivation supplémentaire pour la mise en œuvre d'idées de changements ressentis depuis longtemps comme nécessaires [14, 18]. L'utilité réside également dans la satisfaction retirée d'une amélioration de la prise en charge médicale [14]. Dans une étude de Hearnshaw et al. sur les questionnaires aux patients dans les cabinets de médecine ambulatoire, 61% des médecins participants reconnaissent que ces questionnaires ont permis de mettre en œuvre des propositions de modification sensibles. Plus de 90% rapportent que la nécessité d'apporter des modifications a été clairement identifiée. Et pour 88%, le seul fait d'avoir mené à bien une telle enquête a été utile en favorisant par exemple une meilleure compréhension du point de vue du patient ou en améliorant les relations de travail au sein du cabinet, ce qui, à son tour, est un élément fondamental au développement d'un état d'esprit

Pour le médecin et ses collaborateurs, l'utilité réside dans le retour d'information sur les aptitudes professionnelles

pas sans effort [18]. Le plus grand investissement pour ce questionnaire réside incontestablement dans le temps qu'il faut y consacrer, avec les frais de personnel que cela suppose [14].

De plus l'investissement requis concerne aussi le patient. D'une part, remplir le questionnaire prend du temps. Ensuite, répondre aux questions n'est pas toujours aisé et sollicite souvent un investissement intellectuel et émotionnel de sa part. La relation avec le médecin – qui s'étend souvent sur plusieurs années – est parfois empreinte d'un certain caractère de dépendance. La crainte que les réponses aux questions puissent avoir une influence négative sur la relation patient-médecin, ne doit pas être sous-estimée.

Utilité

Le questionnaire aux patients peut susciter chez les patients le sentiment que le personnel du cabinet se préoccupe de ce qu'ils pensent et qu'ils sont pris en considération en tant qu'êtres humains à part entière et non pas comme de simples patients. Ce sentiment sera d'autant plus marqué que les patients percevront

positif envers la gestion de la qualité [14]. La mise en œuvre d'un questionnaire au patient manifeste vers l'extérieur l'importance attribuée à la garantie de la qualité [20]. Permettre au médecin, sur la base du feed-back donné aux résultats de son travail spécifique en cabinet, de les comparer à d'autres cabinets constitue un autre bénéfice du questionnaire [18]. Le médecin peut lui-même déterminer si une telle comparaison anonymisée doit être de préférence confiée à une organisation neutre. En outre, les résultats d'un cabinet donné peuvent faire l'objet d'une observation comparative sur le long terme. Les réactions des patients sont particulièrement intéressantes, dans la mesure où les priorités du patient diffèrent souvent radicalement de celles du prestataire de soins. Si le médecin se focalise en priorité sur la qualité médicale et professionnelle de sa prestation, le patient voit les déficits de qualité d'abord au niveau de la communication et du conseil, de son implication dans les décisions et dans la mise en œuvre du traitement, du temps qui lui est consacré et du soutien au niveau émotionnel qu'il attend du médecin [7]. De tels questionnaires peuvent donc aider le médecin à mieux

prendre en compte le point de vue du patient et à améliorer sa relation avec ce dernier [14].

Rapport coûts-utilité

Concernant le rapport coûts-utilité du questionnaire au patient, on se référera une nouvelle fois à l'étude de Hearnshaw et al. sur la mise en œuvre de questionnaires aux patients au sein des cabinets. Cette étude fait apparaître que la plupart des médecins participants sont de l'avis que l'utilité d'un questionnaire au patient est supérieure aux coûts générés. Seul un petit nombre de médecins estimaient que les coûts étaient supérieurs à l'utilité retirée. Les auteurs de l'étude concluent que ces questionnaires supposent un investissement mais qu'ils amènent effectivement des changements et une utilité [14]. De même, dans une enquête de Dierks et al. datée de 1997, deux tiers des médecins en pratique ambulatoire participants ont recueilli, dans le cadre de questionnaires aux patients, des suggestions pour la gestion de leur cabinet, qu'ils ont effectivement mises en œuvre. Dans cette étude également, seul un petit nombre de médecins considère les questionnaires aux patients comme (plutôt) inappropriés [18].

Conclusions

Il ressort de ce qui précède, que la question du rapport entre coûts et utilité des activités en faveur de la qualité est complexe. En dépit de cette complexité, les différents aspects des coûts et de l'utilité des démarches pour la qualité peuvent être mis en évidence et ordonnés selon différentes catégories. Les études qui mettent en relation ces différents facteurs sont à l'heure actuelle relativement rares. A ce niveau, la recherche est sollicitée. Compte tenu du fait que ces facteurs ne peuvent être que difficilement mesurés en termes économiques, une certaine subjectivité dans l'évaluation des différents aspects du rapport entre coûts et utilité est inévitable.

Si l'on se concentre sur le seul aspect de l'utilité, différentes études mentionnées dans ce document montrent que les démarches qualité apportent effectivement des avantages – et même des avantages très spécifiques – et peuvent engendrer des améliorations. Du point de vue des fournisseurs de prestation, les coûts et les charges nécessaires à une démarche qualité sont décisifs. C'est précisément pour cette raison qu'il est essentiel que ces coûts puissent être réduits grâce à des mesures de soutien appropriées.

Références

- Nikolic V, Herren D. Le corps médical assure la qualité et il le montre. *Bull Méd Suisses*. 2010;91(25):973–6.
- Schöffski O. Introduction in: Schöffski O, J.-Matthias Graf v.d. Schulenburg (Hrsg.): *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Berlin/Heidelberg: Springer; 2008:S.3–12.
- Schlender M. Measures of efficiency in healthcare: QALMs about QALYs? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität*. 104(2010): 209–26.
- Glaesmer H. Können Qualitätszirkel Kosten dämpfen? Auswertung von Abrechnungsdaten niedergelassener Ärzte eines Qualitätssicherungsprojekts zur Psychosomatischen Grundversorgung. Dissertation, Institut für Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität Berlin; 2004.
- Gandjour A, Lauterbach KW. When Is It Worth Introducing a Quality Improvement Program? A Mathematical Model. *Medical Decision Making*. Nov–Dec. 2003;518–9.
- Gandjour A, Lauterbach KW. Zur Wirtschaftlichkeit von Qualitätsverbesserungsmassnahmen im Gesundheitswesen. *Medizinische Klinik*. 2002;(97/8):499–502.
- Ollenschläger G. Qualitätssicherung in der Medizin – wem nützt das? *Medizinische Klinik* 2000.(95/9): 536–8.
- Schlöpfer L, Herren H. Incitatifs en faveur des démarches pour la qualité des soins. *Bull Méd Suisses*. 2010;91(42):1639–42.
- Selbmann HK. Wirtschaftlichkeit durch Qualitätssicherung in der Medizin. *Onkologie* 2001;(7):1342–8.
- AQUA. Europäisches Praxisassessment (EPA). Die lernende Praxis: Qualitätsmanagement durch Assessment und Weiterentwicklung; 2007.
- Wensing M et al. Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *British Journal of General Practice*. 1998;(48):991–7.
- Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. 1997;121(11); ProQuest Nursing Journals: 1145–50.
- AOK-Bundesverband. Lexikon des AOK-Bundesverbandes;2002. Online in Internet: www.aok-bv.de/lexikon (Etat 22.7.2010).
- Hearnshaw H et al. The costs and benefits of asking patient for their opinions about general practice. *Family Practice*. 1996;(13/1):52–8.
- Künzi B. Der Patient und die Qualität der ärztlichen Leistung. *PrimaryCare*. 2002;(2):125–31.
- Kissling B. ARPAZ und Quali Doc. *PrimaryCare*. 2002;(2):157–63.
- Wüthrich E. Patientenzufriedenheit – Wie messen? *Schweiz Ärztezeitung*. 2000;81(21):1116–9.
- Dierks ML et al. Patientenbefragungen in der Arztpraxis. Praktikabilität, Akzeptanz und Relevanz aus der Sicht von niedergelassenen Ärzten. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2000;(94):389–95.
- Eisenring C, Hess K. Wirtschaftlichkeit und Qualität der Arztpraxis. Systeme – Modelle – Methoden. Arbeitsdokument Schweizerisches Gesundheitsobservatorium;2004.
- Kissling B. ARPAZ und Quali Doc. Eine vergleichende Darstellung zweier auf Patientenbefragung basierender Qualitätsmessinstrumente. *PrimaryCare*. 2002;(2): 157–63.