

追求我國健保體制下可靠的醫療服務： 由醫師與醫院專業課責之外國經驗看起

章殷超 鍾國彪*

中和龍佑醫院暨台大公衛學院預防醫學所 台大公衛學院醫療機構管理所*

前言

理論上，專業課責(professional accountability)是專業人員與團體在執行專業事務時，爲了維護專業尊嚴、形象、地位與價值，而產生的自律行爲。傳統上，醫療是醫、病雙方的關係，醫療專業視該專業爲天職，依著內隱性的專業倫理，以個人存乎一心的自律對病患負責，猶如是一種與上帝的契約、與自然的契約，這種契約雖不存在於與個別的病人之間，但是傳統的醫療專業受到病患無比的信賴，並在社會上享有崇高的地位。

隨著醫療環境的改變，醫療保險逐漸成爲醫療市場的主流，在醫療保險制度下，醫療已經不是單純的醫、病雙方的關係，加上民眾意識的提高，醫療專業進入了多重課責的時代，使得傳統上以個人自律爲主的醫療專業課責，逐漸無法滿足環境變遷後的需求[1]。我國全民健保制度爲強制投保，更將醫療資源固定化、醫療活動定價化，同時將醫療問題提昇至公共事務層級，使得醫療專業的課責更爲複雜。

除了醫療保險制度興起之外，人口快速的老龄化以及醫療新科技與藥品的發展，更加速且惡化醫療財務短絀的問題，於是衝擊著醫療保險體制

與醫療機構永續經營的可能性，在此衝擊下，直接影響的就是醫療提供者服務品質的維持；而另一方面，隨著知識的增加，傳播媒體的發達，民眾自覺與消費意識的逐漸抬頭，於是開始對醫療照護品質產生較高的期待以及對醫療專業的不信賴感。

因此，自1970年代開始，美國便陸續發展許多醫療管理方式的變革，以外部控制與組織管理的力量逐漸介入醫療專業，其中包括了：利用率審查(utilization review)、報告卡(report card)、臨床路徑(clinical path)、以及全面品質管理(total quality management)等措施。透過種種方式，期望達成醫療服務效率及產能的增進(efficiency, improved capacity)、醫療品質的保證(quality Assurance)、服務分配的公平(equity)與醫療體系的永續經營(continuity)等[6]。具體的意義，就是醫療專業不再是做給「上帝與自然」看，而是要證明給「醫療接受者與醫療購買者」看(show me)。

從英國國家健康服務(NHS)所得到的經驗，也明白指出，今日的醫療專業必須承受比以往更廣泛的課責，醫療專業必須以更多專長、更多病患參與以及更多的實證基礎的方式，來執行業務以履行更多種形式的課責，並維護醫療專業的尊

Title: Pursuing Accountable Medical Care Under the Taiwan NHI: Experiences of Professional Accountability from Developed Countries.

Authors: Yin-Chao Chang, Chung-Her District Hospital and Institute of Prevention Medicine, College of Public Health, National Taiwan University; Kuo-Piao Chung, Institute of Health Care Organization Administration, College of Public Health, National Taiwan University.

Key Words: Professional Accountability, Design of National Health Insurance

嚴與價值。同時課責也不再只是醫師的事，醫療組織與機構也應負起責任，來塑造組織文化、提供支持與建立體系，以提供高品質的醫療[2]。

在第三者付費已經成為現今醫療資源分配主流的年代，在有限的醫療資源下，提供具可近性而又可靠的醫療服務，是醫療保險制度要努力的目標。然而「成本」與「品質」之間一直存在著有兩律背反的互斥關係，如何在我國健保體制下建立一個盡責可靠的醫療體系，成為確保醫療品質重要的議題，而醫療專業課責在此扮演著重要的角色。

尤其是在這改變的環境與複雜的市場中，新近醫療照護體系陸續爆發嚴重影響醫療品質的重大缺失，同時面臨生物恐怖戰、全球化、新興傳染病等的衝擊下，醫師與醫療機構的角色該如何調整，以維護其專業價值(理想面)? 醫療專業追求的理想如何在有限的資源、複雜的政治、法律與制度規範下及市場、與民意力量的趨勢下取得平衡點(實然理想面)? 醫療專業的自主、尊嚴與利益跟各利害相關團體(Stakeholders)的利益衝突在哪裡? 發生衝突時該如何抉擇(問題解決)? 這些問題都是醫療專業必須思考的，而國外的許多相關經驗，值得我們參考。

課責的理論

課責(或盡責、責信)(accountability)可定義為: 某一團體(應盡責之團體或被課責之團體)對於另一利害相關團體(課責團體)，必須盡到提供適當交代的義務並化為行動的責任。(The obligation of one party to provide a justification and be held responsible for action by another interested party.)[3]

由以上定義可顯示出課責包含以下三個組成因子[4]:

- 一. Who - 課責的焦點(the loci of accountability): 包含兩個團體，課責團體(誰來課責)與被課責團體(誰被課責)。
- 二. What - 課責的內容(the domain of accountability): 相關利害團體間之應盡責的議題、內容與標準是什麼?
- 三. How - 課責的程序(the procedure of

accountability): 透過什麼機制與方式來評估被課責單位是否盡責。

綜合國外學者提出的課責概念，依其形式與運作模式大致可分為下列數種: 法律課責、政治課責(公共課責)、管理課責(層級課責)、市場導向課責(經濟課責)、專業課責與個人課責。針對不同的課責與被課責對象之相對關係，各有其最適當的形式及課責內容[5-7]。

課責制度要能發揮作用，必須透過自主(autonomy)與控制(control)兩種力量，而這樣的力量可以來自團體內部或是外部利害相關團體，依其自主與控制力量的特色，不同的課責形式各有其力量來源，如下表[8]:

	低度自主	高度自主
外部控制	法律課責	政治課責
內部控制	層級課責	專業課責

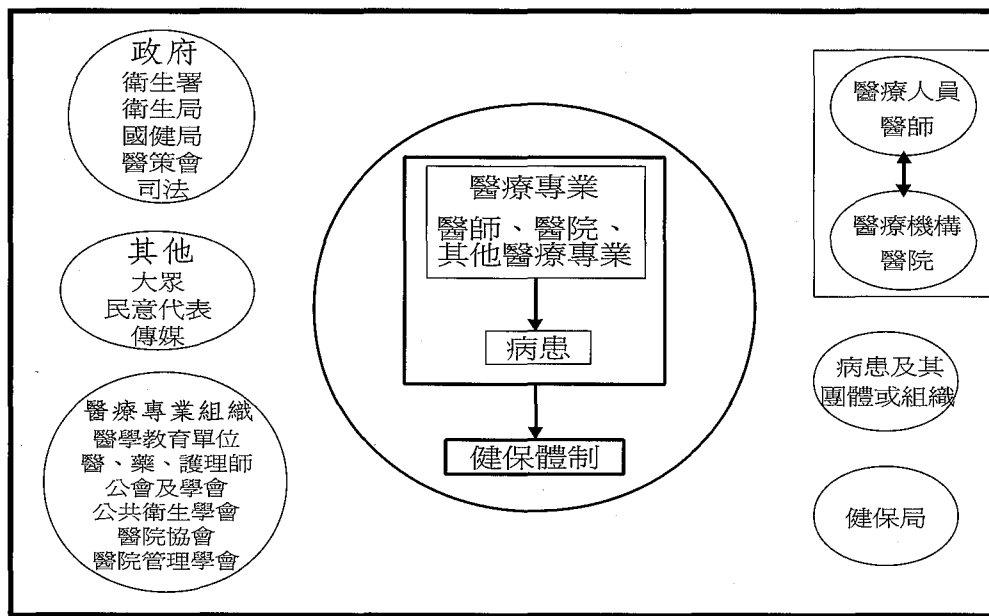
專業課責基本上，在課責的架構中，是屬於專業團體內高度自發性的課責(盡責)方式，是專業人員與團體在執行專業事務時，為了維護其專業尊嚴、形象、地位與價值，而產生的自律行爲。醫療專業如此其他專業亦然。

醫療專業課責的演變

由於醫療環境的演變，醫病關係早已不單純是醫師與病患個人的關係(圖一); 醫院與醫療專業組織形成，使得醫師成為醫院的雇員，並且只是醫療專業組織的一份子; 病患也不再只是弱勢的個人，慢慢的有代言人組織或形成病患團體; 醫療保險制度介入後，更使得醫療成為公共事務。於是政府相關部門、民意代表、大眾傳播媒體與其他健康大眾也都更加關注醫療事務，醫師逐漸從只對自己的專業與病患負責，轉而同時必須對政府相關部門、醫療保險制度、醫院、醫療專業組織、及其他社會大眾負責。醫療關係下被課責的本體也從過去以醫師為主，演變為醫師與醫院構成的醫療專業[1]。

在新的醫療環境下，醫療專業的角色越來越多元化，面對不同課責對象時，各有要被課責的





圖一

內容與適當的課責形式[4]。如：

面對病患時應盡到具備優良的醫療專業能力、提供以病患為中心與可近的醫療照護服務、以病患健康與福祉為依歸並注重醫療倫理等等的責任；(主要課責形式：專業課責)

面對醫療保險制度(健保體制)時，應盡到符合醫療專業標準、符合醫療保險執業規範、並注重醫療資源有效利用等等的責任(主要課責形式：專業課責與政治課責)。

對於健康的大眾(社會)則要盡到注重並促進公共衛生與社區利益，及醫療資源的公平利用等責任(主要課責形式：政治課責與專業課責)。

對於醫院管理階層要盡到遵守醫院組織管理規範、提昇醫療服務績效、避免醫療疏失等責任(主要課責形式：層級課責與專業課責)。

對於醫院雇主要盡到提昇醫療財務績效、建立名聲的責任(主要課責形式：市場導向課責)。

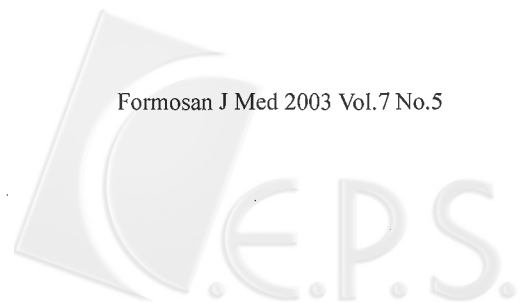
對於醫療專業組織要盡到遵守專業倫理守則、提昇醫療專業能力、促進公共健康的責任(主要課責形式：政治課責與專業課責)。

而醫師個人也會關注醫療專業能力與服務的表現與提昇、減少醫療疏失、倫理的自律及個人經濟利益的獲得(主要課責形式：個人課責)。

綜合以上國外學者提出，醫療專業(醫師與醫療機構)可被課責(必須盡責)的各項內容，大致可歸納以下四大部分[1,4,9-11]：

- 一. 在專業能力方面，醫療專業必須盡到確保醫療專業能力與服務的責任：包括提昇醫療專業能力、符合醫療專業標準執業、及避免醫療疏失。
- 二. 在服務對象方面，醫療專業必須盡到提供以人群為基礎的醫療照護責任：提供以病患為中心的醫療照護，同時並注重公共衛生與提昇社區利益。
- 三. 在專業管理方面，醫療專業必須盡到個人與組織管理的責任：包括個人倫理的自律、醫療專業的倫理規約及管理規範、醫院組織的管理規範、醫療保險制度的規約與衛生主管機關的相關法規。
- 四. 在績效結果方面，醫療專業必須盡到提昇醫療服務及財務績效的責任：包含個人的經濟利益獲得、醫院的財務績效與利益及整體醫療資源的有效利用與公平分配。

從傳統的注重專業能力與對病患的責任(最基本的品質保證)，因應醫療環境的變遷，醫療專業必須將服務層面擴及一般大眾。而為了能在有限資源的醫療保險體制下永續經營並維持醫療品



質，在管理與績效方面的責任也日漸加重。

在探討醫療專業課責時，主要的相關對象為：醫療專業(含醫師、其他醫療人員與醫療機構一屬被課責團體)、病患組織(病人、病患代言人與病患團體一屬課責團體)、與醫療保險制度(健保制度一屬另一個課責團體)三大團體，由這三個團體所產生的專業醫療課責的層次包括[3]：

- 一. 在個人層次—醫療專業人員個人對其工作品質的專業課責：主要是對自己的交代，與對病患的交代。
- 二. 在組織層次—醫療專業人員(主要是醫師)在工作組織內的專業課責：主要是對於醫院經營團隊與管理階層的交代。
- 三. 在制度層次—醫療專業在專業組織及醫療制度下的專業課責：主要是對於醫療專業組織(如醫學會)，及對醫療保險制度(如健保制度)的交代。

事實上各項課責的內容都會隨著時空因素，如文化背景、社會價值、環境發展與醫療保險制度設計等等而變動，部份已經形成明示的條文，可讓醫療專業去遵守與依循，但是大部分仍為模糊的概念，或內化的自我要求與約束。而對於各項課責內容的實質要求與標準訂定，更會因為不同對象的利益與堅持，而產生相當的衝突[6]。

醫療專業課責的運作

課責制度必須經由對具體課責內容的測量與評估來呈現，透過評估內容的適當傳散，可促使醫療專業進步並達成維持品質之目的，更可提升醫療專業形象、地位與價值。

醫療專業課責可透過正式機制與非正式機制的方式來運作，而運作的主要內容為「評估」與「資訊傳散」。在正式的機制下，由具法源基礎的負責評估調查機構，持續對醫療專業團體進行「明訂的」內容(如品質指標或執業標準)進行評估；並透過舉辦公聽會、發給證明與執照、以及公佈報告卡結果、或評鑑等級等方式，來散佈相關的資訊；在非正式的機制下，則由大眾傳播媒體、學界或利害相關團體(主要是病患團體)等等非特定被授權的機構，對醫療專業進行各項利害相

關團體有興趣議題的調查或討論(如滿意度調查)，再透過媒體來散佈評估的結果[4]。

由國外經驗可知，醫療專業課責運作時包含以下三個程序[12]：

- 一. 應建立具共識的醫療專業課責內容，與相關可測量之指標與標準：共識之形成應兼顧醫療專業自主與永續經營、病患需求與社會利益、與保險資源合理應用；
- 二. 進行嚴謹並公開的測量與評估；
- 三. 提出品質改善計畫並執行。

執行上述醫療專業課責程序時，要堅守以下五項原則[14]：

- 一. 透明與公開的決策與執行(transparency)：在建立課責內容之共識時尤為重要。
- 二. 即時的結果報告與資訊揭露(outcome reporting and disclosure)：能產生立即的回饋與制約力量。
- 三. 回顧與行為改善(review and adjustment)：課責是為了了解有哪些改善的空間。
- 四. 共同責任分攤(shared responsibility)：改善是醫師、醫院與醫療專業組織都必須盡到的責任。
- 五. 持續性盡責(continuity)：這樣的改善過程是要不間斷的。

除了上述執行原則外，由英美學者所提出的七項醫療照護倫理原則(tavistock principles)亦是重要的參考，詳列如下[13]：

- 一. 權利(rights)：人民有權追求健康與接受醫療照護。
- 二. 平衡(balance)：照護個別病患是重要的，但是其他健康群眾的健康也要關心。
- 三. 完整(comprehensiveness)：除了治療疾病，還有義務減輕苦痛、減低殘障、預防疾病、與促進健康。
- 四. 合作(cooperation)：健康照護能成功，必須與病患及其他專業領域的人相互合作。
- 五. 進步(improvement)：改善健康照護是嚴肅且持續的責任。
- 六. 安全(safety)：避免醫療過失或是選擇造成傷害。
- 七. 公開(openness)：開放、誠實、與可靠是健康照護所不可或缺的。

除了以上程序與原則外，尚要注意運作時程



序的合理與合法性，進行完整且正確地資料蒐集與分析，採用嚴謹之方法，且以證據導向為基礎。

國外運作的經驗與省思

英國、美國、加拿大等國家，在現代醫病關係角色的轉變下，對於醫療保險制度介入醫療生態後，為維護醫療品質在醫療專業課責實質上提出許多做法，並且對於運作時要注意的程序、原則與倫理原則，都有明確的說明。在實務上除了傳統對於醫療專業在「結構面」的規範，如醫師認證制度與醫院設置規定之外，對於醫療業務實施之「過程面」與「結果面」亦開始注重。不僅由醫療專業內部的自律部份，做了許多的努力：如醫療專業組織制定臨床指引以供依循、強化醫療倫理規約與嚴格進行評鑑及專業再認證制度；醫院組織亦同時進行重整，實施全面品質管理及臨床路徑等措施；同時也透過許多非營利團體加入許多外部控制的評估：如同儕審查制度、報告卡等等[6]。其中專業評鑑、組織管理成效評估與報告卡等，都需要大量醫療資料的蒐集與分析，而其用途不僅可以影響醫療專業(醫療提供者)之醫療行為，促使改善並維護醫療品質及專業形象；也可以提供病患(醫療消費者)就醫時選擇的參考；在多元保險制度的美國，更可以協助事業單位雇主(醫療保險採購者)做為選擇健康保險制度的依據；醫療保險機構(醫療採購者)亦可以這些資料，作為選擇特約醫療機構與醫師的參考；更可以在國家層級上促進形成健康與醫療法規及醫療公共課責之議題。理想上，進入新時代的醫療專業，要維繫原有的專業尊嚴與地位，必須有新的思維，諸如：病患除了是醫師給予建議、服務及醫療照護的「接受者」外，更應逐漸成為醫療照護決策過程的「參與者」；醫師從事醫療照護時，應該要以「病患」的「健康與福祉」為依歸，而非以「醫師或醫療機構」的「服務績效或經濟利益」為考量[4]；醫療專業照顧的不只是病人，也應包括健康的民眾；醫療專業要以團隊合作來服務民眾，而非單打獨鬥；對於醫療專業的信賴，是源自於實際治療的成效，而非只是醫療專業的名號與特權[1]。Grol[12]對於要確保醫療品質，改

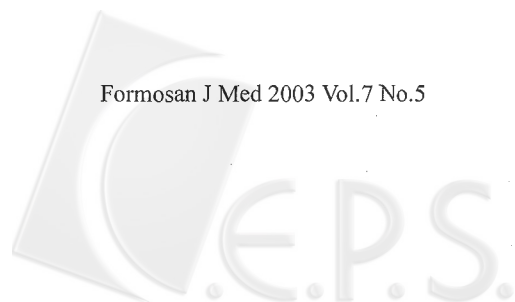
方法	成立的假設
實證醫學、臨床指引、決策輔助	提供最好的證據與最有說服力的資訊可以得到最理想的醫療決策與照護。
專業教育與發展、自我規範、再認證	根據執業的經驗與個人學習需求由下而上的學習可以得到成效的改變。
評估與課責、回饋、評鑑、公開報告	提供同儕成效的回饋、成效資料的公開報告，會推動一般執業的改變。
病患中心的照護、病患參與、決策分攤	病患自治與控制在疾病與照護過程之上，將可得到更加好的照護與結果。
全面品質管理與持續品質改善、流程再造、品質系統、突破計畫	透過改變系統來改善照護的成效更大，而不是僅透過改變個人。

善醫療照護提出可以努力的各種方法與其成立的假設，整理如上表。

這樣的發展與理想在美、加、英實施的經驗提示我們，透過適當的評估與報告(不管是外部或是內部)的確能促成醫療專業之自我規範，如再加上實證醫學的指引與組織管理再造，的確能達到品質改善的目的。但是在執行時應特別注意[12]：

- 一. 要進行專業課責內容的評估，應具備廣泛的共識；
- 二. 評估與測量指標應經由相關之團體(醫病雙方)共同建立；
- 三. 執行時應透明、完整且嚴謹；
- 四. 評估結果應能回饋到醫病雙方相關團體；
- 五. 評估與測量之目的應兼顧醫療品質提昇與降低醫療照護的成本。

學者們同時也提出許多在進行醫療專業課責評估與報告時，要注意的事項與可能遭遇的困難和限制：評估是為要改善、要找到可以進步的方向，而非為評判、以懲戒為目的；不適當、不完整的評估測量或結果發布，不僅無助於醫療品質提昇，更可能誤導病患亦容易引起醫療專業團



體的反彈；外部單位的測量與評估常會與專業自主與自律產生緊張關係，必須有適當對話平台以化解衝突；建構一套既簡單、有效、可信的測量方式，並整合不同規模醫療機構的測量評估系統是一大挑戰；即使有完整的評估結果報告，其結果不一定容易理解、不一定是相關團體要的資料、不一定方便相關團體利用、相關團體也不一定會用來改善其行為。此外，近來測量趨勢已經變得遲鈍、昂貴、不完整以及扭曲，除非付出極大的注意，否則很容易被誤解[12]。

美國報告卡實施的結果至今，驗證了以上許多狀況：如往往醫療消費者與醫療保險採購者的需求差異極大、醫師也懷疑或認為各項評估與報告的資料沒有用、醫院與醫師對評估與報告之資料可能沒有太多反應、而導致評估與報告前後品質改善有限[15]。整體言之，從過去美國的經驗，對醫療過程面及醫療結果面的品質改善的確提供了一些幫助，然而尚未達到能提供「消費者選擇」的效果與形成「公共課責議題」的效益。換言之，以醫療服務提供機構或人員為對象，將相關醫療品質評估與報告公開，基於醫療專業之自尊、自主與自律，對於醫療品質提昇的效果應該會最好[16]。

我國的現況探討

由以上文獻及國外實施之經驗，能給我們參考呢？我國目前的醫療專業課責的現況如何？而醫療專業課責在現今的環境下，能做到什麼程度呢？如何提昇以確保健保體制下的醫療品質呢？理想中醫療專業盡責的概念究竟是陳義過高、與現實脫節，或者是醫療專業對於自己專業的尊重已經式微、角色的轉變已經無法跟上時代？健保支付制度以及將醫療服務定價化，是否成為以自律為主的專業課責的殺手？醫師夾在病患、醫院及醫療制度之間，對於各團體(包括自己)之利益與專業理想之抉擇該何去何從？都值得醫界、民眾、健保局、政府與整個社會深思。

事實上，要落實醫療專業課責存在許多的問題與不利因素：

一. 醫療本質、醫療體系與專業課責的問題

醫療本質具有相當不確定之風險性，也就是說醫療專業即使完全盡責，亦無法完全避免不良醫療後果之可能，此乃醫療專業不可承受的重。若因而發生醫療糾紛更將讓醫療專業感到挫折，而且醫療糾紛與官司訴訟更會影響醫療專業之業務執行。目前的醫療體系尚未建立一個可以讓醫療專業無後顧之憂的執業環境，所以醫療專業基於對於醫療糾紛的恐懼，只得先求自保，此乃不利醫療專業課責的因素。

二. 醫病關係與醫療專業課責的問題

病人自主意識提高後，對於醫療服務品質與結果的期望升高了，反而容易因無法充分了解醫療本質，而對醫療專業有不當的期望與責任無限上綱之要求。醫病關係中因資訊不對等而居弱勢地位的病患，在強制投保的健保體制，及傳統父權式的醫病關係下，並無足夠與適當的管道，能夠與醫療專業討論溝通，且缺乏適當的教育訓練，得以提昇個人的健康素養，更無適當的就醫選擇資訊可以參考。

三. 醫療專業與醫療專業課責的問題

當前醫療專業無法適當盡責，可能是因為醫療本質特色、可能是受限於健保制度及各項規範、可能是醫院重視經營績效與管理的壓力所造成、也可能是病患不當的期望與醫療專業對於醫療糾紛的恐懼而產生。然而醫療專業的自律，在健保體制下，對於其尊嚴、地位、價值與利益，自我要求的程度為何？醫療專業學會對於為維護醫療之尊嚴與價值的倫理規約著力多少？又對於其成員能有多少規範？

醫療專業期望專業自主卻自律不足的看法，普遍存在於政府衛生單位、學界與民眾的意見中。這種落差不利於課責。

四. 健保制度與醫療專業課責的問題

當前健保以論服務為基礎的支付制度，統一將醫療服務定價，將醫療服務商品化，引導醫療專業致力於醫療財務績效之表現。加上醫院評鑑與健保支付的相關資訊未交流，醫療專業也欠缺自身與同儕績效表現的健保相關資訊，同時醫療

服務價格與醫療專業責任間的不對等，都不利於課責。

五. 醫院經營管理與醫療專業課責的問題

醫療專業人員執行業務時，部份醫院經營與管理階層的要求與醫療機構的財務壓力，常凌駕在病患的健康與福祉之上。

結 論

現況下種種不利醫療專業課責的狀況，究竟是因？還是目前醫療專業盡責度不足而產生的結果？很難去釐清。不論責任為何，誰該負責，在健保體制下，三個主要的利害相關團體，醫療專業(醫療提供者)、病患(醫療消費者)與健保局(醫療唯一採購者)都有其責任與義務。

基本上，專業課責是屬於高度自主的內部控制。因此要落實醫療專業課責，最重要的還是有賴於醫療專業本身自我要求與自我規範。若醫療專業缺乏自律時，醫療專業課責便無實質意義與效果，爲了要彌補這樣的不足，便必須藉助外部控制力量的介入，但是期望運用外部控制的力量來引導或鞭策醫療專業來提昇時，又會產生另一些衝突。

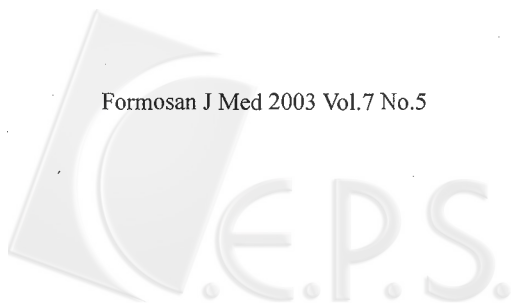
在這種連鎖反應式的關係與互爲因果的影響狀況下，要改善現狀除非三個利害相關團體(醫療專業、病患與健保制度)能開始有對話，能以了解彼此的期望與限制作爲基礎，進而才可能有相同體認並同時調整，來增加交集與相互包容，否則便會陷入相互卸責的泥淖，永遠不能解套。

現有的醫療保險制度皆有其限制與不完美，與其期待一個完美的體制出現才來實踐，不如在現有無法完善的制度運作下，各利害相關團體透過適當的機制、溝通協調方式與對話平台，充分討論出在現有健保制度與資源下，醫療專業應盡責任的合理範圍，規劃其相關配套措施(如法規修訂、檢討醫院評鑑方式、確實執行專業再認證、教育、臨床指引訂定，與適當的醫療過程與結果評估與報告)，並在醫療專業充分自律且盡責的基礎上，讓醫療專業有相對的自主與免除醫療糾紛的環境，如此才能維繫健保體制之健全與永續，

運作能順暢，進而確保醫療品質，維護民眾健康，創造三贏的局面。

推薦讀物

1. Shortell SM, Waters TM, Clarke KW, et al: Physicians as double agents: maintaining trust in an era of multiple accountability. *JAMA* 1998;280:1102-8.
2. Berwick DM: The NHS: Feeling well and thriving at 75. *BMJ* 1998;317:57-61.
3. Donaldson LJ: Professional accountability in a changing world. *Postgraduate Med* 2001;77:65-7.
4. Emanuel EJ, Emanuel LL: What Is accountability in health care? *Ann Intern Med* 1996;124:229-39.
5. Sinclair A: The chameleon of accountability: forms and discourses. *Accounting, organizations and society* 1995;20:219-37.
6. Darby M: Health Care Quality: from Data to Accountability. *Acade Med* 1998;73:843-53.
7. Donaldson MS: Accountability for Quality in Managed Care. *Jt Comm J Qual Improv* 1998;24:711-25.
8. Johnston JM, Romzek BS: Contracting and accountability in State Medicaid Reform: rhetoric, theories and reality. *Public Administrative Review* 1999;59:383-99.
9. Emanuel LL: A professional response to demands for accountability: practical recommendations regarding ethical aspect of patient care. *Ann Intern Med* 1996; 124:240-9.
10. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. *Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*. *Ann Intern Med* 2002;136:243-6.
11. The National Consortium on Health Science and Technology Education, National Healthcare



- Skill Standard-Foundation Standards, USA, 2002.
12. Grol R: Improving the quality of medical care. building bridges among professional pride payer profit, and patient satisfaction. JAMA 2001;286:2578-85.
 13. Berwick D, Davidoff F, Hiatt H, et al: Refining and implementing the Tavistock principles for everybody in health care. BMJ 2001;323:616-2.
 14. Health Canada: Transferring Control of Health Program to First Nations and Inuit Communities. Handbook 3, After the Transfer, The New Environment. Canada, 1999.
 15. Marshall MN, Shekelle PG, Brook RH: Public disclosure of performance data: learning from the US experience. Qual Health Care 2000;9:53-7.
 16. Schneider EC, Lieberman T: Public disclosed information about the quality of health care: response of the US public. Qual Health Care 2001;10:96-103.

