

我國醫療服務專業審查制度改革之落實方案

龐一鳴 劉見祥 賴美淑*

健保局 台大公衛預防醫學所*

前言

有本名稱非常聳動的書「醫界黑幕」，作者黃振宇醫師在書中提到「這個地球上數不完的疾病……所以很難去衡量對與錯。現行的健保制度是，臨床醫師面對病人時所作的處置，需經過坐在辦公室前面對一堆紙張的醫師所作的判定後，才能拿到健保給付，無形中造成醫師之間的衝突……難怪很多醫師對健保的審查制度有異議」。黃醫師的論點雖非實證性的研究結論，也非學術論文，但相當忠實的反映了一般醫師的看法。

台灣公共衛生學會於民國八十八年接受行政院衛生署委託所做的「台灣地區醫藥專業菁英對全民健保實施成效之評估」中，透過問卷調查，發現醫療專業菁英對健保局的：杜絕各醫療院所醫療浪費方式、控制醫療費用的成長速度、醫療費用回推比例等措施不表認同。但同一研究中藉由文獻彙整，歸納出「強化醫療費用的審查及稽核功能」是從醫療費用支出面解決健保財務問題的首要方法，其次才是多元支付制度（內容為論病例計酬、總額支付制度、整合醫療服務經營模式）。

台大法律學研究所黃舒苒的碩士論文「行政權力管理醫療體制的民主正當性基礎—以台灣全民健保制度為中心」中，將健保局的醫療服務

審查歸屬為行政主管機關的公權力，「主管機關雖然試圖透過加強查緝以及從嚴核減醫療費用等方式，更進一步監控醫療行為，但囿於醫療專業障礙與公權力部門品質監督的能力，加強管制不僅無法解決此等亂象，反而引起醫界更為激烈的反彈」，造成「醫療專業權力的持續濫用」。

現行專業審查制度的簡介

一項制度基本上應包括其存在的目的、執行的組織、實施的程序及執行標準、監督的機制。為利後續改革策略之探討，僅先就相關法規著手，簡介現行之制度。其中所提到的法規，均可自中央健康保險局網站上取得，網址是 <http://www.nhi.gov.tw>。

醫療服務專業審查之目的

健保法第五十二條「保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家，組成醫療服務審查委員會；其審查辦法，由主管機關定之。」這是現行健保審查制度的最重要法源。據此，可以很清楚的知道健保醫療服務審查的目的一是在於費用控制，即醫療服務項目、數量的審查；另一在於品質保障。

對醫療服務提供者而言，審查有立即的費用控制效果，但是否可以達到品質改善或保障的效

Title: Reform the Peer Review System of Medical Services in Taiwan

Authors: I-Ming Parng, Chien-Hsiang Liu, Mei-Sui Lai*; Bureau of National Health Insurance; Institute of Preventive Medicine, School of Public Health, National Taiwan University*

Key Words: peer review, medical quality, utilization review, medical abuse, medical safety, medical fraud, profile analysis

果？或是否會因「學習」而失去長期的費用控制效果？就可能是個問號。但對於保險對象而言，品質保障才是積極的效益，費用控制可能只具有延緩保費調漲的效果，如果審查不具長期費用控制的效果，則延緩保費調漲效果也會不見了。

以上審查目的是最容易為人所知及引用的。但是，大家常容易遺忘的，就是健保法的立法目的。所有全民健保的制度及作為，都應以健保法的立法宗旨為依歸，方能相互配合，產生人民的最大利益，所以醫療服務專業審查制度也不能自外。健保法第一條即為立法目的，它很清楚說明「為增進全體國民健康，辦理全民健康保險，以提供醫療保健服務」。故醫療服務審查或專業審查，除了要審費用和品質之外，更不能忽略全民健保下，醫療保健服務的目的是在於增進全體國民的健康。專業審查的執行及結果常常引起各界的評論或爭議，當迫於面臨重要的價值判斷時，惟有回歸立法宗旨，方可求得解決之道。

執行醫療服務專業審查之組織

健保法五十二條不但提及審查目的，也規範了審查組織是由健保局外聘的醫藥專家所組成的醫療服務審查委員會。相對的，在中央健康保險組織條例第十二條亦有規定，其第一項為「本局設醫療服務審查委員會，聘請具有教學、臨床或實際經驗之醫藥專家二十六人至三十一人為委員組成之，審議本保險醫療服務項目、數量及其品質事項。委員均為無給職，聘期二年，得續聘一次。」

第二項為「委員會得視業務需要提報本局聘請醫事人員，執行審查事項，均為無給職。」

第三項為「第一項委員會之設置辦法，由主管機關定之。」

所以依據第三項，衛生署公告了「中央健康保險局醫療服務審查委員會設置辦法」，這個辦法規定了審查組織的任務、組成、相關人員產生方式、管理規章等。審查委員會的專家基本分為「審查委員」與「審查醫事人員」，實務上後者以醫師為主。審查委員的最主要任務在於制定審查相關的規範，與醫療工作者最直接關係的規範就是「審查注意事項」。審查醫事人員的主要任

務則是執行專業審查。

由於總額支付制度的實施，審查醫師的遴聘、管理一向是各總額受委託執行單位（各醫師公會）關心及實際作業的重點。故在總額支付制度下，牙醫門診、中醫門診、西醫基層門診三項總額制度，都又再補充訂定了「審查醫師管理要點」，除了有將專業審查權移交專業團體同儕制約的意義外，更有同儕制約下管理規範遠較健保局辦理時更為嚴格的象徵性意義。醫院總額方面，則因到目前為止尚未委託承作團體，所以還是由健保局辦理審查醫師的遴聘、管理。

依據這些規定，為了執行目前的專業審查作業，健保局聘了三十一位審查委員，約一仟七百位的審查醫師（含各總額部門由公會聘請的醫師），以及相較之下數量少得多的護理師（審查居家照護案件）。

實施醫療服務專業審查的程序及執行標準

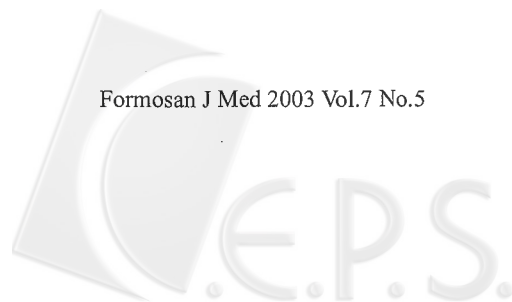
審查程序及執行標準的原則性規定為「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」，執行標準細節的部分則為「全民健康保險醫療服務審查注意事項」、「全民健康保險藥品給付規定」以及醫療費用支付標準的相關規定。

目前的專業審查實務作業，審查醫事人員是依據 1. 院所的費用申報資料；2. 院所提供的病歷影本；3. 健保局依申報資料所製作的審查參考報表等三類重要資料進行審查。醫療院所則是在費用申報之後，依健保局的抽樣通知所列樣本，提供病歷影本。

醫療服務專業審查監督機制

依目前的相關規定，若以醫療服務審查委員會及其審查醫事人員為核心時，醫療服務專業審查的監督機制可以分為「內部監督」及「外部監督」。

內部監督的相關規定在醫療服務審查委員會設置辦法，作法分為對審查醫事人員執行專業審查業務的監督及以審查結果之品質監督。前者包括利益迴避、保密義務、出席義務等；後者則為「審畢案件抽案制度」，由其他審查醫事人員（總局或不同分局）就某一審查醫事人員的審查



結果進行評估。

外部監督則歸因於「爭議審議制度」的功能。全民健保的爭議審議制度除了讓醫療服務提供者及保險對象對健保局的作為或處分有行政救濟的功能，由於爭審制度必須就健保局的醫療服務專業審查結果進行審議，審議案例可以作為專業審查「判例」，審議結果具有使健保局專業審查「內省」的功能，因此是為對專業審查制度的外部監督機制。

現行專業審查制度之限制

審查結果處理之限制

全民健康保險法第四十二條「保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經醫療服務審查委員會審查認定不符合本法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責」，同法第五十三條「醫師所開立處方係由其他保險醫事服務機構提供藥品、檢驗或檢查服務，經保險人依前條審查辦法審查核定不予給付，且應歸責於醫師不當處方者，其費用應由該醫所屬之醫療機構自行負責」。依這二條規定，「費用自行負責」就是審查結果的處理方式，實務執行時，就成為醫界所熟知但又不喜歡發生在自己身上的「核減」。

這種以「核減」為醫療費用申報審查唯一處理方式的制度，執行起來非常簡單，也可以即時達到審查目的之一的費用控制，但對於另一項目的一品質保障—是否有效？由現行制度看來，根本無法觀察或評估。

再者，即便專業審查過程發現醫療院所申報的醫療服務內容有明顯的瑕疵、不實或不當，審查醫事人員能做的除了核減之外，只能建議健保局行政人員查處，查處結果再依全民健康保險特約管理辦法處理，審查醫事人員的審查結果處理權限著實有限。

審查醫師產能限制

現行專業審查為醫界所不滿的主要原因之一即為「抽樣回推」，由健保局自申報審案件中由電腦隨機抽取一定數量的案件專業審查，再依審查結果所不予支付的金額回推到全體的申報

案件。由於醫療是因人而異的服務，本質上就有很強的不確定性（uncertainty），除了費用是以數字表達，樣本的病人特質是否一定能代表母體？同一疾病的治療方式是否一定相同？治療效果是否每位病人一定一致？原本就有不同見解。健保局每個月大概有二千六百萬的門診以及二十五萬的住院申報案件，為了行政效率，若所有案件均進行專業審查，根本不可行，故有抽樣回推制度的產生。

因此，抽樣回推的癥結即為醫師產能的限制，再深入探究此限制的根源，「專業審查的方式」應為要因。專業審查需要由有經驗的醫師，針對每一次的門診或住院，核對申報資料及病歷，並依病歷判斷執行醫師當時決定的合理性。每一個審查案件，都像一本推理小說，每本推理小說都要由專家詳細閱讀、比對，當然無法消化。這種專業審查方式是建立於專業人員的「勞心又勞力」。而醫療專業人員的可貴在於其知識、經驗及智慧，若能只讓其「勞心」但不「勞力」，應可大幅增加審查的產能。換言之，若是能讓審查專業人員將知識、經驗及智慧轉換為電腦可執行的機械動作或行政人員可操作的簡單判斷，也就是導入電腦審查，即可改善審查產能。

改善效果之限制

醫療服務審查既然以費用控制及品質保障為目的，改善效果自當依此目來衡量。以現行健保相關制度來看，費用控制，已經由總額支付制度來實現。在我國目前的總額支付制度下，全年醫療費用已有強制性的上限，一方面是限制成長，一方面也算是保障收入，已經不必經由審查來控制整體性的費用支出。

至於品質保障方面，前已述及，目前健保並無正式的追縱個別醫療服務提供者品質改善的機制，雖有「論質計酬」的支付方案，各總額部門下亦有「品質改善方案」及「品質保證保留款」，但都是透過支付手段而非審查或專業審查制度來達成。審查結果，只是流入冗長的申復、爭議審議程序，或醫療院所私下的怨言，是否真有品質改善，全靠業者各顯神通或各憑良心，尙

缺乏有系統的追蹤、評估、改善制度。

專業審查目的之再省

審查制度必須反應全民健保的基本目的

依健保法第五十二條，審查制度兼具費用控制和品質保障的目的，從更宏觀的的健保立法目的看來，審查應能配合「增進全體國民健康」。

現行專業審查，專注於費用控制效果及拘泥於費用爭議的處理，與增進國民健康的理想，尚有非常大的距離。倘再完全遷就醫界目前對專業審查的抱怨而調整制度，很可能與健保法義旨相去更遠。加上在總額支付架構下，審查不再負有管控整體費用成長的任務。是故，當我們苦心於如何將專業審查搭配二代健保的規劃目的時，惟有回歸全民健保的基本目的，方能突破現有桎梏。

審查制度應有助於維持總額支付制度

全民健保實施總額支付之前的制度是「論量計酬」，其最大缺點就在於費用難以控制，故當時之醫療服務審查制度需承擔此制度缺點。現已幾乎全面實施總額支付制度，我們就應該就總額支付制度可能會有的先天性缺點，思索配套的審查制度。

從國外的經驗看來，最容易受到總額支付影響者即為醫療服務提供者的供給意願，如等候名單（waiting list）。由於有總額的保障或限制，醫療服務提供者傾向不願積極提供服務或不願加強醫療品質，服務意願較難自審查制度著手，醫療品質則原本就是審查制度的目的之一。

在上限制總額下，某一醫療服務者多取得一分，其他人就少一分可以分配，故醫療服務提供者之間仍保有一定程度的競爭，此時，如何確保醫療服務提供者間競爭的公平性？也是可以透過審查制度監督的。

審度全民健保的目的、專業審查之立法意旨、總額支付制度的可能發展及過去實務經驗，本研究仍在醫療品質與醫療費用兩大主軸下思考二代健保的專業審查應有之功能與作法，以下謹就積極面的品質促進與消極面費用合理使

用，展開二代健保專業審查的四大功能：促進安全、提昇品質、避免濫用、促進效率。

醫療品質之專業審查方案

避免醫療傷害，促進安全

全民健保所提供的醫療服務理應安全可靠，而避免醫療傷害及促進安全，應屬人民基本人權、消費者基本權利及司法問題，故健保制度應不必觸及此類議題。

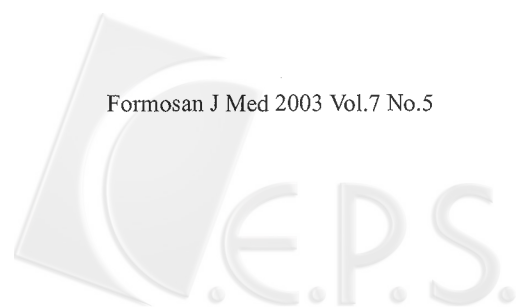
惟實務上，健保提供的醫療服務，仍有機會發生醫療傷害的問題，而且在事件未爆發前，院所仍習慣將相關費用轉嫁於健保支付，健保局應站在協助積極保障人權、消極避免浪費的立場上，提供醫療利用申報資料或檔案分析報告給醫政、藥政、消費者保護團體。

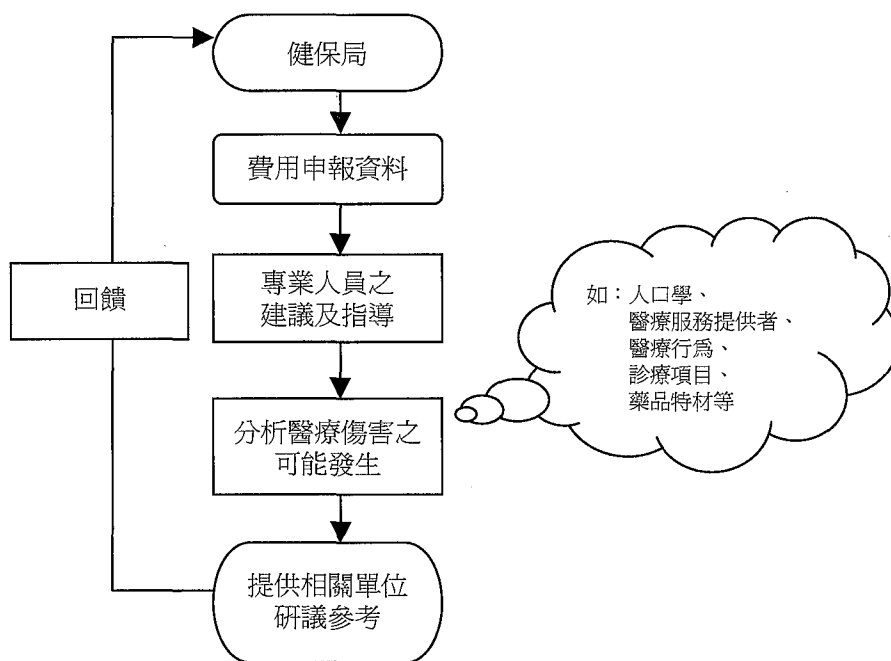
故本研究建議，健保局應利用醫療院所費用申報資料，在專業人員的建議及指導下，分析醫療傷害之可能發生分佈，包括人口學、醫療服務提供者、醫療行為、診療項目、藥品特材等，定期提供予醫政、藥政及消費者保護等主政機關團體，以研議、制定相關政策。主政機關團體應就這些分析結果所發生之後續作為、不作為或策略，回應給健保局，以利經驗交換及互享。

在此工作模式下，專業人員並非透過執行傳統的專業審查工作來避免醫療傷害與促進安全，而是透過專業知識與智慧的提供，建議及指導健保局人員從事資料分析，並將此資料提供給相關主政單位。

提昇就醫品質，達成全民健康

總額支付制度基本上是一種增加醫療服務提供者負擔的制度，先天就具有醫療品質可能低落的誘因，因此努力維護或促進醫療品質，是我們選擇採用總額支付制度時，所必須要有的決心及作為。實務上，醫療品質的作為包括消極的品質保證(quality assurance)(或維護)，以及積極的品質改善(quality improvement)(或促進)。本研究將健保的品質審查，定位於品質保證的作為；至於品質改善方面，全民健保固然亦應設立相關機制，但由於已超脫審查本身的範疇，在本規劃案





圖一：避免醫療傷害，促進安全流程

暫不討論。

目前國內與醫療品質有關的衛生行政機關包括醫政及藥政單位；獨立組織有財團法人醫療品質策進會；政府決策諮詢單位則為衛生署醫療品質委員會，各司其職。故全民健保應與這些組織密切合作，並嚴守分際，於健保業務範圍內運作。

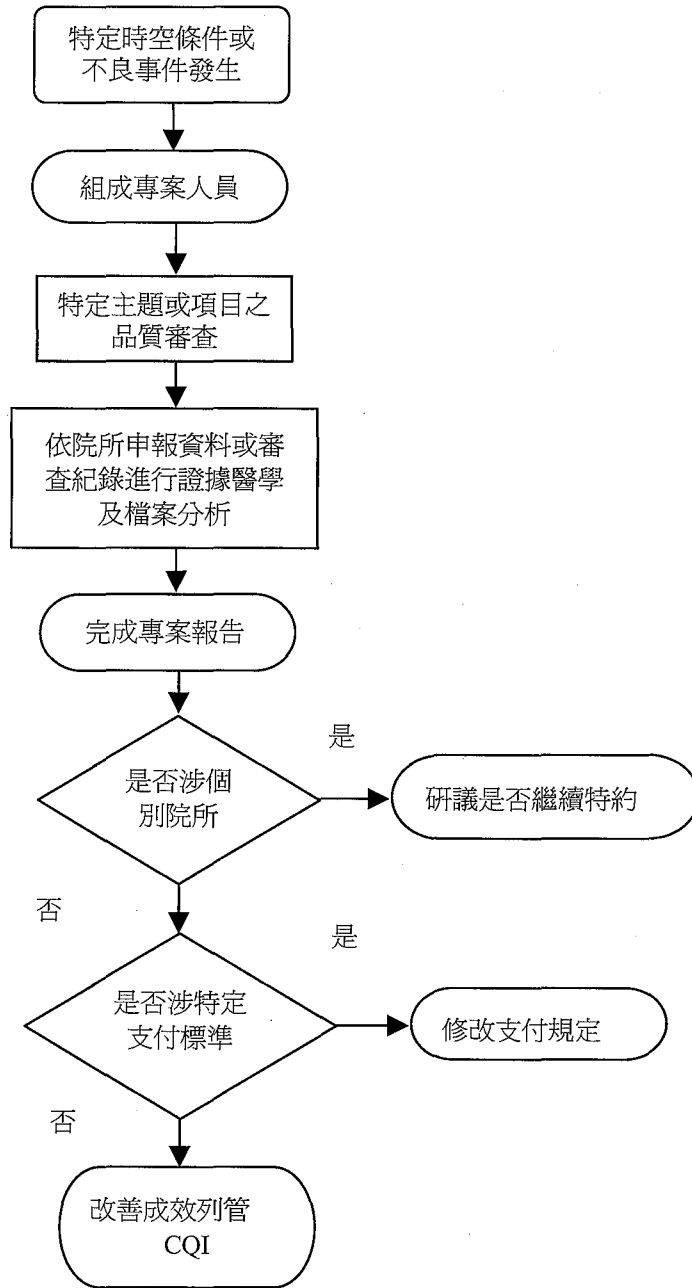
專業團體原本即擁有品質保障的相關專業知識，總額支付制度下，更應將此知識予以規範化，以利醫界遵循。因此本研究建議應與文內之「促進有限資源之最適照護」這一段的制度與方法接軌，將臨床規範的機制擴及到保障就醫品質的層次。

現有健保審查存有「費用控制」與「品質管理」不分的問題，本研究遂主張應予分流，包括審查組織、流程、效力，均應與「利用審查」有所區分。「品質保證」係總額支付制度的必然配

套制度，也是政府辦理強制投保的必要承諾，因此審查責任當然不能假手他人，而必須由政府承擔，其組織應設置於健保局內。

品質審查的終極目的，應該是讓保險對象得到與其付費意願(willing to pay)相當的醫療服務品質，故品質審查的效力應積極地做為某些診療項目是否宜由特定醫療服務提供者提供的准駁依據、保險對象選擇醫療服務提供者的參考、醫療服務提供者間轉診的理由、支付標準修訂的參考依據，以及交付全面性品質改善(TQM, total quality improvement)計畫的前提；消極方面則做為品質監督的手段。因此，接續品質審查結果的處理方式，不應該採拒絕支付或核減的方式，而應轉換為資訊的透明公開，以及健保局與個別院所間的合約內容。由於其對個別院所的效力係直接反應在特約與否上，故相關之爭議處理應依行政訴訟程序辦理。

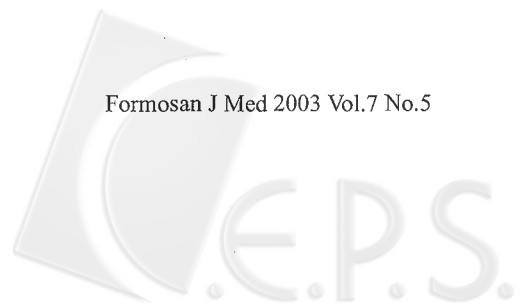


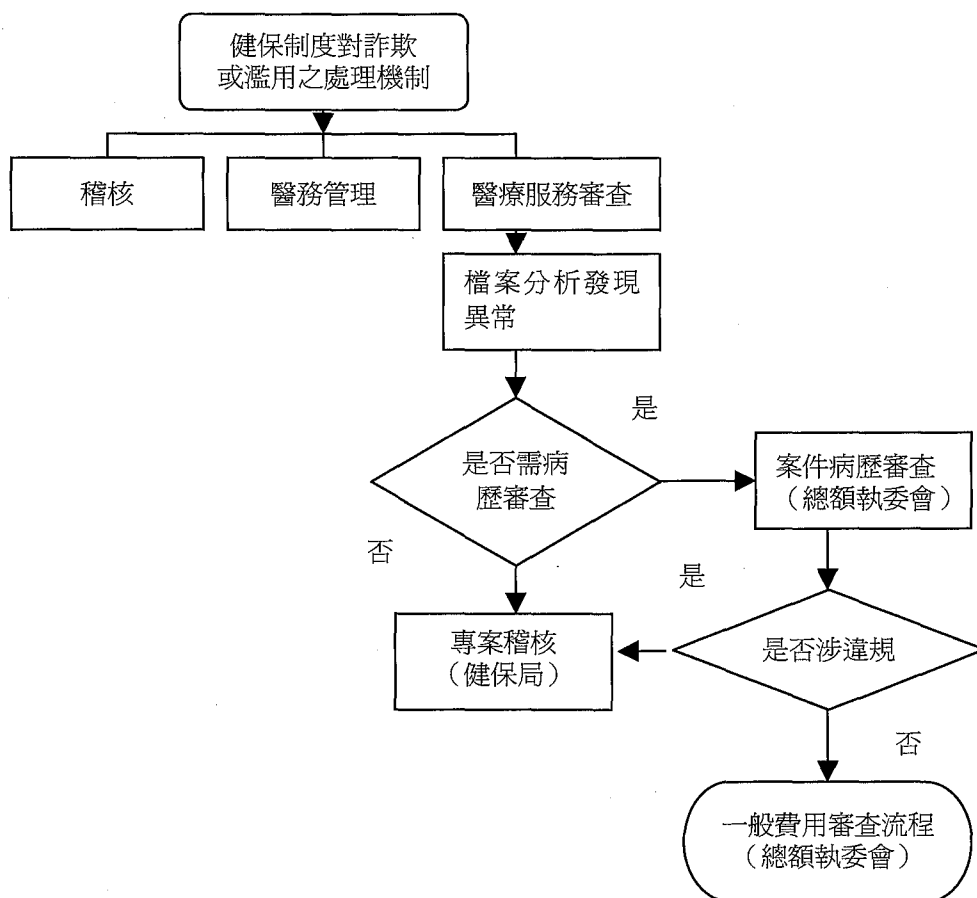


圖二：提昇就醫品質、達成全民健康流程

由於醫療行為及疾病種類具多樣性，醫療需求有異質性，醫療品質的管理項目及主題無法達到全面性，故品質審查的流程應源自於特定時空條件或不良事件發生的情境下，對某些主題或項目的關注，以專案方式進行，健保局的審查組織為依任務編組的專案經理人組織，行政人員為專

案經理人(project manager)，而不必是實際的審查者(reviewer)。依現行法規，品質審查的資料來源，可以是院所費用申報資料或院所之診療相關紀錄(病歷)，至於國外或學術界常利用的病人調查則應在保護當事人利益或不侵犯當事人權益下進行。專案經理人依專案管理的方法論完成





圖三：避免醫療服務提供者因道德風險產生之詐欺與濫用

工作，審查者則利用上述審查資料，依據證據醫學的方法以及檔案分析(profile analysis)技術進行審查，將審查結果提供給專案經理人完成專案報告。

專案報告的內容分為事實部分與建議部分，事實部分來自於歸納各種資料的結論，表達品質問題的嚴重性及因果關係，建議部分則為對後續政策、個別醫療服務提供者、被保險人求醫行為等之建議，並納入健保局或相關政府組織之研考系統，納入追蹤考核，以達到連續品質改善(CQI, continuous quality improvement)的效果。

醫療費用審查之改善方案

避免醫療服務提供者因道德風險產生之詐欺與

濫用

詐欺與濫用的處理應包括預防、查察及處罰三方面。現行健保制度中對詐欺與濫用的處理機制包括：稽核、醫務管理和醫療服務審查。在總額支付制度下，個別的醫療服務提供者的詐欺與濫用行為，不但會浮增醫療支出，且會侵到其他提供者的權利，因此對於這些不當行為的防制，健保局與各總額執行委員會都是責無旁貸的。

本規劃案限於規劃目的，對於健保有現有的稽核、醫務管理和醫療服務審查，僅就審查部分進行探討。

醫療服務審查直接承繼醫療申報作業，並決定實際支付金額，故其審查資料應以醫療服務提供者的申報資料為基礎。全民健保自開辦起，即



以「電腦申報」為首要工作目標之一，採電腦申報(媒體、連線或網際網路)的院所數均能維持於95%以上的佔率，案件或費用佔率更在99%以上，此良好基礎是包括美國、日本在內的許多國家所望塵莫及的，未來於二代健保時，應充分在此基礎上，配合支付制度的論病例計酬化及電子化病歷的發展，修改申報格式，將醫療服務審查工作由人工專業審查為主的作業，轉為以電腦專家系統為主的自動化作業。

同樣以電腦為基礎的是檔案分析技術，檔案分析在避免詐欺與濫用的利用上，可以突顯異常狀況，但很難就據以發現因果關係，故應屬查察作業的上游工作，由健保局負責。檔案分析發現異常的，則可交付專案稽核或案件病歷審查，前者仍由健保局負責，後者則由總額執委會負責。總額執委會取代現行健保局自行辦理的「專業審查」功能，繼續承擔案件病歷審查的業務，而審查對象來源則以檔案分析的發現為依歸。對於案件病歷審查結果有異議者，除依循目前已有的申復制度，由總額執委會受理外；目前的醫療費用爭議審議制度則改為「再議」制度，由健保局受理對申復結果仍然不服的案件。如此，不但可以維持深入探究醫療行為適當性的機制，也減少大多數醫療院所及健保局的行政負擔，以及過往醫界對「專業審查」的不滿。

促進有限資源之最適照護

包括以臨床規範來促進醫療利用效率，及以醫院營運成本監督機制來促進合理資源分配。

為定義「最適照護」的醫療行為，首應制定符合此目的之臨床規範(clinical guideline and clinical protocol)，其技術面是以世界各國及醫界普遍認同的「證據醫學(evidence-based medicine)」的方法論為依歸；執行面則在總額專業委託架構下，由總額執委會進行之，並由健保局做最後的確認，以使其具有行政法上的「行政指導」功能。由於實務上臨床規範具有共識不易、日新月異的特質，故對此專業上的疑異，健保局應設立專責機構受理，並仿效國外經驗，定期收集疑異或意見，設定定期修改臨床規範的機制，以減少歧異並維持醫療科技的永續進步。同

時，健保局亦可依據此臨床規範，開發電腦勾稽程式執行電腦審查，或設定檔案分析指標。

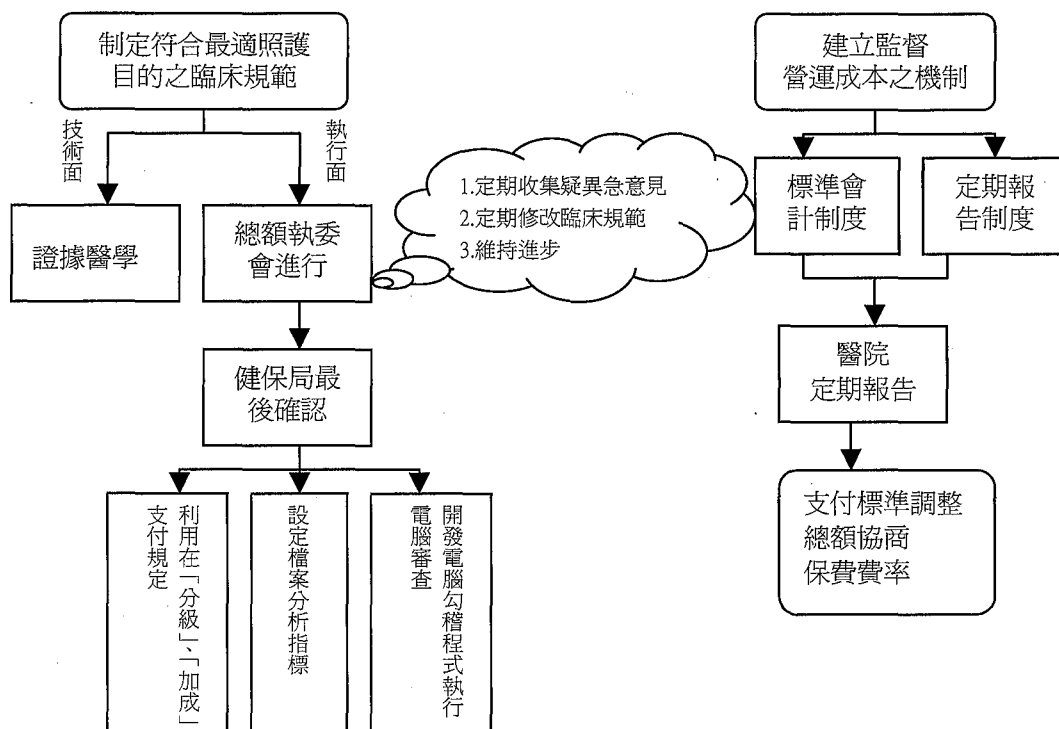
為期全民健保能提供最適照護之醫療服務，健保局理應優先與能提供此服務的醫療服務提供者特約，故應在現行特約管理及支付制度上，融入「分級支付」及「加成支付」之規定，前者用以保障服務的適當性，後者則用以鼓勵服務的最適性。為避免分級支付及加成支付流於形式，並找出適當的醫療服務提供者，則有賴檔案分析的技術，健保局藉由對提供者的檔案發現及監督，即能確保提供最適照護之醫療服務。

另外，依照我國的相關法規，醫院的設置標準、設立許可、醫院評鑑及醫療品質等，原本就屬衛生行政機關依醫療法監督的業務。惟實際關係全民醫療費用支出(total health expenditure)、健保財務負擔及人民應納保費率的醫院營運成本監督機制，則尚待建立。為有效運用健保資源，監督醫院合理營運，健保局有必要在二代健保架構下，建立可以監督營運成本的機制。

參考加拿大的經驗，醫院營運成本的監督應包含二大部分，分別為標準會計制度及定期報告制度。健保局在財務處下設專責單位(科)或人員，負責規劃、維護此制度，並分析、陳報或公開相關報表。在此制度下，才能有合理、公平的總額協商及分配，也才能據向被保險人交待應有的合理費率。關於加拿大的方法，可上網查詢，網址是：<http://www.cihi.ca>。

本項建議雖非直接與醫療專業審查有關，但此整體、標準化的財務評估制度有助於醫療資源的合理分配。如果我們只從專業審查手段著手而忽略各醫院仍有整體財務運作上的差異，可能只會以管窺天，無法整體解決。故本研究建議於考量資源合理使用時，微觀上可自審查制度著手，宏觀上應建立標準及透明的會計制度，以免流於「以大博小」的醫院間競爭，影響醫療資源分配的社會化。

由於本機制屬創新制度，應於修法時一併考量列入，若不能明確列於健保法，也應明訂於特約管理辦法中。



圖四：促進有限資源之最適照護

結論

全民健保每年涉及以數千億計的費用、全民的健康以及所有醫療相關人員的報酬，當然應有合理的審查制度予以規範、約束、保障及促進。現行全民健保專業審查制度的發展是綜合歷史、制度、習慣、專業、文化等因素，無論評價如何，總是必須承認其來有自、功過兼具。本研究僅就品質與費用二大主軸下，設立安全、品質、防止浮濫、合理使用四大目標規劃。安全方面，將專業審查定位在利用健保環境、協助主政單位的功能；品質方面，定位在品質保證，以連續性品質改善的概念來規劃；防止浮濫方面，定位在問題的發覺，以專業智慧取代專業人力；合理使用方面，以指導性的臨床規範替代限制性的審查規定，並結合透明化的成本監督制度，促進及監督健保資源使用。

醫療服務審查制度接續於支付制度及申報制度之後，是醫療院所與健保局日常互動的基本平台，若有所改革，應是循序漸進而非一蹴可幾。本研究試圖站在目的論上，檢視及改善現有制度，並提出未來的執行架構。在此架構下，尚需許多法規修改、組織重整、流程再造、人力訓練以及更詳細的執行步驟，更需要醫界的接受與認可。本文希望有拋磚引玉之效，喚起對專業審查制度的期許，將只對現行專業審查制度的批評，移轉為能對醫界、保險對象創造出雙贏的建設性建議。

推薦讀物

1. 黃振宇：醫界黑幕。台北，新苗文化 2002：67-68。
2. 陳端容、楊銘欽、何桂芬、洪婉如、黃彥莉：



- 台灣地區醫藥專業菁英對全民健保實施成效之評估，行政院衛生署，民國八十九年。
3. 陳玉敏：全民健康保險醫療服務專業審查適當性及其影響因素之探討，國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。民國八十七年，88p。
 4. 盧瑞芬、謝啓瑞：醫療經濟學。台北，學富文化，2000：5-6。
 5. National institute for clinical excellence: Principles for best practice in clinical audit. U. K.: National institute for clinical excellence, 2002.
 6. 莊逸洲等：全民健康保險醫療服務及費用審查方法之研究期末報告，行政院衛生署，民國八十二年。
 7. 龐一鳴：簡介加拿大 BC 省的醫療規範諮詢委員會—醫療品質共同管理模式，全民健康保險雙月刊 2001;36:18-20。
 8. Durieux P, Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, et al: From clinical recommendations to mandatory practice. *Int J Technology Assessment in Health Care* 2000;4:969-7

