

全球醫療事業勞工罷工事件對台灣的啟示

范國棟^{1,2}

KUO-TUNG FAN^{1,2}

¹ 高雄醫學大學麻醉科，高雄市十全一路100號

Department of Anesthesiology, Kaohsiung Medical University, No. 100, Shin-Chung 1 st Rd., Kaohsiung 807, Taiwan, R.O.C.

² 國立成功大學公共衛生研究所

Institute of public Health, National Cheng Kung University.

E-mail: kutufa@cc.kmu.edu.tw

行政院勞工委員會宣稱新修訂的勞資爭議處理法，將送立法院審理，若依該版本修訂通過，則醫療事業勞工所發起之罷工需再經三十天的「冷卻期」。目前超過二十萬的台灣勞工，正受僱於私有化和大型化趨勢的醫療照護體系內。作者回顧過去全球醫療照護體系的罷工事件，分析其運用模式與成效。並試圖對台灣醫療工作者過去在勞資角力中所採取的抗爭手段，和其在國家醫療保健政策下的身份轉變、國家勞動法令對其爭取工作權益的束縛、以及醫療團隊中醫師身份的特殊性進行剖析。面對全球化浪潮，唯有醫務勞動者建立自信，結合民眾健康教育並團結其力量，進而迫使國家鬆綁勞動法令及修訂衛生政策，才可使罷工權真正備而不用，同時讓人民邁向生理、心理與社會健康的新境界。(台灣衛誌 2001；20(3)：175-182)

關鍵詞：罷工、醫療事業、勞工、健康。

The inspiration of global employees' strikes in the medical industry to Taiwan

The Settlement of Labor Dispute Law (SLDL) put forward to revise by the Council of Labor Affairs of Taiwan will be reviewed at the Legislative Yuan. Upon enactment of the revised SLDL, no medical industry strikes can be staged before the 30-day 'cooling period'. In the healthcare system of Taiwan, there are more than 200 thousand medical workers employed in hospitals and clinics. This paper reviews global labor strikes in healthcare system and analyses the pattern and effect of strikes. Furthermore, it examines past struggles of the medical workers in Taiwan, the changes in their status as result of the government health policy, the constraint of their rights imposed by the national labor law, and physicians' specific characteristics in the medical team. To confront the trend of globalization, medical workers should build up greater confidence and unite with community in action to exert pressure on the government regarding labor laws and health policies. In this way, strikes will no longer need to be staged while the public can enjoy physical, mental and social health. (*Taiwan J Public Health*. 2001;20(3):175-182)

Key words: *strike, medical industry, labor, health.*

前言

行政院勞工委員會決定 2001 年將工會法、勞資爭議處理法、團體協約法修正案送交立法院審議。其中規範除軍公教外，新增電力、自來水、航管事業禁止行使爭議行為，以交付仲裁處理。電信、大眾運輸、公共衛生、石油煉製、醫院及燃氣事業勞工雖有罷工權，但有三十天的「冷卻期」。與現行未設定產業別及罷工冷卻期之規定差異甚大。

罷工乃資本主義體制下無法完全避免的產物，且為勞工解決勞資爭議的最後手段[1]。醫療工作具有服務性產業的特質，勞動者面對病患付出勞動力，並將之轉換成「健康」。民眾常視醫療照護為其健康維繫的重要防線，卻甚少思考醫務勞動能否順利地轉換成健康。雖然仰賴科技發展的現代醫療是促成健康的因子之一，但仍有其侷限性、爭議性及反效果[2-4]。如台灣在 1950 到 1980 年間，諸多公共衛生政策的施行便對提升人民健康具有決定性的影響[5]。由歷史的發展軌跡來看，健康照護(health care)和現代醫療照護(medical care)並不完全是同義詞。但醫療事業勞工若為改善其勞動條件採取罷工，拒絕提供醫療服務，卻易造成危害大眾健康的負面印象。

到底醫療事業勞工是否具有罷工權？他們的專業與職責是否會與罷工產生衝突？他們的專業與工作權存在什麼樣的互動？在國家健康照護政策中，他們的角色有著什麼樣的轉變？國內對此一議題的探討不多[6,7]。本文中，我們搜尋廿世紀後半期相關文獻，對各國醫療事業勞工罷工的原因、規模與影響進行分析，以供社會大眾省思。

各國醫務勞動者罷工事件

美國在 1965 至 1971 年間，私立醫院中超過一半的工作人日的喪失是因為於醫院受僱者罷工[8]。1987 到 1990 年，平均每年有 39 起

罷工在健康照護產業中發生，其中醫院部份即佔 20 件。罷工天數從 2 到 347 天不等，人數範圍從 60 至 1799 人，參與罷工者包括醫師、護士、非臨床專業人員，而協助爭議談判的團體有醫師委員會、國際機工協會、服務業勞工國際聯盟、美國鋼鐵工人聯盟、美國公務員聯盟、及賓州、俄亥俄州及紐約州護士公會等[9]。

實習及住院醫師的罷工事件更不斷上演，爭議內容包括提升病患照護品質、過低薪給、過長工時、惡劣的工作環境和訓練課程。一份針對住院醫師的問卷調查發現，85% 的醫師認為重要的醫療設備與措施若能在短期內因應，罷工仍具有正當性，並不會對病患產生致命的傷害[10]。另外，更有住院醫師是全美醫院中最具生產力的醫師，因而得以進行勞資爭議的看法[11]。1976 年美國全國勞動關係委員會(National Labor Relations Board)判定洛杉磯 Cedars-Sinai 醫學中心的實習及住院醫師因具學生身份，不得籌組工會對醫院進行集體談判，即引起很大的爭議[12]。當主治醫師逐漸受僱於健康照護組織，這迫使他們嚐試籌組工會，1972 年醫師 Sanford Marcus 籌組美國醫師牙醫師工會即是一例。兩年前美國醫學會表態贊成醫師籌組工會，全國勞動關係委員會亦重新認定醫療從業人員包括實習、住院醫師和主治醫師，只要確認是受僱於健康照護組織或醫院者，為提供專業處置服務病患，均可組織團體以集體爭議方式改善工資、工時和勞動條件[12]。

美國非營利性社區醫院為提供民眾健康服務，享有部份營收免稅的優惠，居民甚至對醫院的經營擁有決策權。然而面對柯林頓政府推動有利醫療財團及保險業者的稅制改革，促使這類醫院被迫合併或為財團收購轉為營利取向，造成醫療提供與居民需求之間出現落差。民眾曾結合醫院受僱者透過訴訟方式表達抗議 [13]。1993 年加拿大 Saskatchewan 省政府為因應工商業發展所衍生的社區變遷，就規模、利用率和與鄰近醫院的距離對 112 家小型(社區)醫院進行評估，最後宣佈關閉 52 家醫院不再予以補助。社區

投稿日期：90年3月12日

接受日期：90年9月12日

居民因具病患、醫務勞動者及醫院營運維修提供者的多重角色，對該政策表達抗議，並在接下來的政治改選中拉下推動該項政策的政客[14]。

1983年以色列耶路撒冷醫師對專業薪級制度不滿，引發了全國數千名醫師發起長達四個月的罷工，其中4700位受僱於勞工聯合保險機構(Insurance Institute of the General Federation of Labor-Kupat Holim Sick Fund)，另3000名服務於公立醫院。罷工期間醫院營運相較於平時只維持30%的醫師人力(包括開刀房)，只有急診部門編制不減。結果Shaare Zedek醫院的急診量比1982年末罷工期間多出33%的成長[15]。另外罷工期間與平時的死亡率比較無明顯區分[16]。1995年春天西班牙發生醫師罷工，學者對Badajoz省第一衛生分區於罷工期間的病患急診量與前一年同期比較，發現增加了940人次(1994年為8964人，1995年為8024人)，但住院率和治療結果與非罷工期間比較並無差異[17]。由此二例看出醫療院所因醫師罷工關閉門診服務，將促使病患轉向急診部門尋求醫療協助。但並未使病患死亡率、住院率與治療癒後，與平時非罷工期間比較有所差異。

南韓金大中政府面對1997亞洲金融危機，決定推動醫藥分業政策以減緩國家健康保險的經濟壓力。此舉引起醫師反彈，這將導致他們無法透過賣藥補貼低微的開立處方費。他們在韓國醫學會的帶領下，於2000年六月起發動數次與鎮暴警察對峙的全國性罷工行動。除了有醫師於行動中遭受攻擊導致殘廢外，也有病患因罷診無法接受醫療造成死亡[18]。醫師最後獲得政府在醫藥法令上的退讓而改善收入，但也相對造成南韓勞工需要多負擔21%的健保費用，部份藥局藥師更因無醫師處方簽不得販售處方藥，導致經濟困難、關門歇業，並造成2000年全國醫藥支出增加20億美元的窘境[19]。

1986年澳大利亞墨爾本的護士發起為期50天的罷工，表達出對專業權和薪資結構的不滿[20]。英國Dudley地區的醫院受僱者及其他工會團體，2000年底抗議政府對國家健康服務(National Health Service)局部改革為

Private Finance Initiative(PFI)制，他們所發起的罷工抗議行動至今仍在延燒[21]。因為PFI涉及下降公部門醫療事業受僱者的工資和勞動條件，以利財團經營者獲取基金補助。

日本醫療院所的受僱護士，長期以來面對人力短缺和嚴峻的工作環境。1989年日本醫務勞動者工會聯盟(Japan Federation of Medical Workers' Unions)發起「護士潮」，要求醫院增加護理人力、協調夜間輪班工作時間、履行每週五日工作制、合理評估護士的工作量及更好的職業訓練。他們展現罷工實力同時減少罷工對病患照護的不良後果，經三年努力，終於促使政府修改健康政策要求醫院增加護理人力配置，並且贏得日本民眾對這群白衣天使的敬重[22]。

台灣醫護罷工事件與 醫療保健政策所衍生的困境

台灣醫療事業勞工的爭議事件，最早可以追溯至1930年，台北馬偕醫院護士針對薪資和工時向英籍院方要求改善，並成立「看護婦協會」進行罷業抗議。1946年台大醫院醫師因聘僱缺額問題，發起為期20天的罷診活動。1988年中國醫藥學院北港馬祖紀念醫院護士，為抗議院方不合理待遇、福利及行政措施，原擬集體休假一天，經雇主承諾改善勞動條件後平息。接著新竹市南門醫院30名護士和書記集體休假一天、高雄醫學院附設中和紀念醫院二十餘位藥師於作業務繁忙時集體前往院長室談判、中國醫藥學院附設醫院護士七十餘人集體離職、馬偕醫院近百名醫師以開會怠工等方式，來抗議資方低薪、低福利的惡劣勞動條件[23]。

過去十年，亦有台大醫院、成大醫院、高雄醫學院附設中和紀念醫院、北市宏恩醫院、國泰醫院、省立基隆醫院、全國校護、台安醫院、長庚醫院等，各類醫務勞動者針對自身工作權益，進行怠工、罷工、集體休假、集體離職、甚至遊行抗議，讓社會各界瞭解他們的低劣的勞動條件。但當資方經營不善、積欠勞工薪資或掏空資產準備歇業時，此時罷工多為時已晚。

國民政府來台後，並未依憲法第 157 條全面實行公醫制。轉以開辦公、勞、農、漁保險，在廣度與深度上，間接地增加政府對人民的健康照顧。爾後又依憲法增修條文於 1995 年開辦全民健康保險，雖不能全部減免人民在健康照護上的花費，不過，總試著將人民的健康照護逐步由公部門負擔。但政策造成醫療界的生態大變動，依 1998 年我國衛生統計，醫療體系中 62% 的病床屬於私部門、小型私立醫院倒閉或遭併購者增多、醫院大型化成為趨勢、公立醫院需輔以績效制來留住醫師或乾脆採用公辦民營[24-26]。該年國民醫療保健最終支出約 4,718 億元，較 1997 年增加 9.5%，約占當年國內生產毛額 (GDP) 的 5.39%，其中 57.05% 用於全民健保醫療，比 1994 年未實施全民健保時的 40.53% 高出許多 [26]。人民的健康照護逐漸由講求績效、利潤掛帥的醫療企業所承擔。

具法律強制性的全民健保擁有 96% 的納保率，其保費收入 28% 為政府補助、33.5% 為企業投保單位、38.5% 來自保險對象。給付內容則多限於經醫師開立之醫囑(包括交付健保特約藥局或檢驗所之處方或檢查)和執行之醫療行為，給付對象除極少數開業助產士外，均以醫療機構為主。這跟以稅收支應健康照護的英國十分不同，英國國家保健服務中的社區保健項目或助產士實施自宅分娩，均可不受醫師或醫院支配 [27,28]。台灣的助產士對產婦健康維護有其功績，然而在助產士與產科醫師的消長下，前者的生存空間受到壓縮，退休或轉而受僱於醫院執行醫師醫囑成為她們的選擇 [5,29]。1997 年實施「醫藥分業」，病患需持醫師處方箋才可向特約藥局取藥，藥局再依處方箋向健保局申請給付。南韓則於醫藥分業實施之初，應允藥師無需醫師醫囑即可對民眾部份疾病進行處方，使得藥師團體生機驟現 [19]。但國內資料顯示從 1996 年 12 月到 1998 年 4 月，在藥局和販賣業執業的藥師(生)比率減少，且逐漸受僱於醫療院所。1997 年 3 月台北市和高雄市藥師(生)選擇受僱於私立醫院或診所者有 55.97%，藥局執業的 14.99%，但至 1998 年 4 月選擇藥局執業者則降至 12.50% [30]。1998 年醫藥衛生產

業就業人數超過 28 萬人並以僱傭關係為主，在醫療機構內執行醫師醫囑提供醫療服務，以獲得薪資維持生活 [26]。

1998 年 7 月除醫師外之醫療保健人員者均適用勞動基準法，以體現國家依憲法保護勞工之精神。但薪資、工時、休假與女性等保護性條款，使得醫療財團的人事成本負擔增加、利潤下降 [31]。由於醫務勞動者長久以來並未能透過組織、協商與爭議之方式，展現自身力量以改善勞動條件，即使有法令保障亦不知所措。反倒是雇主開始對醫院勞工進行降薪、裁員，或針對非醫療專業勞務透過派遣、外包方式經營 [32]。

從團結到罷工——國家法令的干預

分析國外罷工或抗議起因可略分為兩方面，一、制度面：包括公共部門的政策變動 [14,18]、由公共部門轉向私營部門的醫療制度變革 [21]、私營部門間的兼併或向公共部門的侵吞 [13]，均會造成醫療從業人員甚至包括病患、社區居民發起抗議行動。二、改善勞動條件，受僱勞工面對日益惡化的工作條件或薪資福利 [10,15,20,22]，要求資方進行改善所發起的罷工活動。動員方式可粗分三類，一、依專業別 [9,18,20,22]，未必需要全院受僱勞工集體動員，儘管法令上對部份專業的集體協商權有所設限 [12]；二、結合非醫療產業之工會團體 [9]；三、喚醒民眾，醫療權益是可以和勞工的利益相結合，透過各類型抗議活動來減低財團或政府不當施政的影響 [13,14,21]。這些都可作為台灣醫務勞動者學習的參考。

國內部份具專業憑證的醫務勞動者於執業前，依法需向縣市之醫師、藥師、護士等公會登記入會，此外還會參加著重學術研究的各類學會。但我國之公會與學會並未能像國外那般，透過集體談判或發動罷工協助會員爭取權益 [9,18]。作者認為公會或學會的理監事可能多具資方代理人色彩或自行開業，對會員與僱主間勞資糾紛的處理態度，因勞資角色對立或直接利害關係小而鮮少介入，但這樣的推論仍待後續研究檢證。另外，台

灣醫療人員依工會法籌組工會之比例甚少，目前僅有「高雄醫學大學醫療事業產業工會」、「國軍左營醫院產業工會」及「高雄市立婦幼醫院產業工會」三家，相對於產業別工會，還有高雄市醫師職業工會和高雄市護士職業工會。工會籌組率低也是造成醫療機構勞工只能個別地和資方進行對抗的原因。

若勞工依現行法令規定提起勞資爭議尋求官方調解，過程約需24日至32日，且非經調解無效不得罷工—這已相當於國外的罷工冷卻期。但世界上承認勞工爭議權、罷工權的國家，都有「刑事免責」、「民事免責」、「禁止不利對待」三方面之規定，藉以保護勞工。本國僅工會法第十八條略有提及，其餘則付諸闕如[1-33]。根據勞資爭議處理法，只有「調整事項」才能進行仲裁，即由官方強制勞資雙方接受仲裁結果。自1989至1999年涉及45萬勞工的三萬件勞資爭議案件中，經勞工主管機關調解後只有三件爭議事項進入仲裁程序。但仍有645件調解不成立，且多判定為權利事項—不得由工會來進行罷工。故勞工即使依法罷工，在罷工結束後還要與雇主纏訟數年，這也是台灣勞資爭議鮮少以罷工呈現的原因之一[34]。前述法規亦適用於醫務勞動者，但目前僅有高雄市政府勞工局曾處理過這類案件[35]。

離職並不等於罷工，它只迫使雇主在勞動力市場中尋求勞力補充以利營運。罷工則是透過工會團結互助(企業內部的勞工或不同產業體系勞工)展現罷工權，可能針對企業內某部門或全部勞工工作條件等議題與資方談判，改善後的「果」是由罷工勞工所共享。故常有所謂的罷工糾察線，讓資方不得於罷工期間僱用替代勞力進行生產運銷，或其他資本家無法對同行進行支援，最後迫使資方與勞方談判。儘管各國政府面對勞資爭議訂定長短不一的罷工冷卻期，即透過公權力介入使經濟活動得以延續，違反規定者多被處以罰款。如1995年加拿大政府決定將Alberta省Calgary醫院的洗衣作業外包給私營企業，該院洗衣工人即公然違抗罷工冷卻期之命令，透過行業工會發起罷工，連該院醫師都配合取消預訂手術，並得到數千名他院醫療事業

勞工的響應[36]。

勞資身份特殊的醫師與醫療團隊的互動

雖然美國醫師已被應允組成區域性的獨立工會或勞工團體，得與雇主進行集體談判，但仍有三種障礙迫使這種集結不甚普遍。一、醫師目前不習慣集體出時、出力、出資與雇主進行談判，仍常經由專業學會的介入，如美國醫學會協助洛克菲勒紀念醫院的醫師解決勞資爭議；或透過法律、政治、和抗議議題上表達支持，向全國工會組織尋求奧援。二、醫師自認負有病患照顧的義務，無法在不影響病患權益下，向雇主施以經濟壓力，因此病患常成為雇主得以繼續惡化受僱者勞動條件的緩衝閥。三、為免因提出激進的看法違逆經營者，而被視為麻煩製造者的心理戰，迫使因訓練或個人因素的資淺醫師，不敢表達不滿[37]。所幸這些障礙並未因醫師在醫療團隊中的管理優勢，阻撓了國外非醫師勞工對資方要求改善勞動條件的行動，他們甚至組成跨院所的產業別(行當)工會，以集結更多的勞工對個別資本家或其同業產生強大壓力[9,22,36]。

醫師在台灣醫療發展史有著決定性的角色，其影響力甚至擴及政治體系、社會與經濟等方面，造成民眾對其產生極端崇敬的心理[38]。當醫療保健成為有利可圖的產業，誘使企業財團透過商業行銷與積效管理等手法，紛紛搶佔這塊市場[25,39]，因此受僱醫師在數量和百分比上也比開業醫多[26]。除了美國受僱醫師籌組工會的部份障礙亦適用於台灣外，國內經營者更利用醫師的社會地位、醫療團隊發動機與管理者的優勢，以及健保醫師決策導向的給付制度，提供高薪誘因[24,40,41]，藉此混淆醫師的受僱本質。儘管有少數醫師深切體認其身份的轉變而向資方爭取權益，反而因此喪失工作權，這更突顯出台灣醫療財團勢力的巨大[35]。加上我國罷工權之行使受限於廠場工會的法令規範，職業工會又多為爭取政府對勞、健保補助而設立，實無心調解會員勞資糾紛。罷工權在醫療產業的實踐，可說是遙遙無期。

另外，醫師並非一利潤均享、同質性高的團體。如針對健保總額預算制，基層開業醫和大醫院受僱醫師便出現利害衝突 [42, 43]。或以「提升醫療品質」為理由，健保部份診療或藥品限由特定專科醫師執行 [44,45]，間接表現為各專科間醫師的利益傾軋。受僱住院醫師為了爭取較佳的醫師市場價值 [46]，其專科訓練大多需在醫學中心或區域醫院進行 [26]，卻因此擔負了大量的工作 [47]。部份專科醫學會甚至延長受訓年限，或提高受訓醫院專科與受訓醫師比例，如從 2：1 變成 3：1 造成僧多粥少、受訓名額搶手的處境，間接使得資淺受訓醫師被迫在僱傭關係下，延長接受較差勞動條件的苦果。他們無法像美國住院醫師歷經數十年抗爭要求集體協商權 [12]，或享有英國醫師公會下設資淺醫師委員會，協助受訓醫師向國家衛生事業局爭取較佳工作條件和薪資的福利 [48]。

結 論

面對全球化的衝擊，各國在政策制訂或改革漸從大有為政府轉向管理競爭的思考模式，因此健康服務公部門的預算開始縮水，逐步讓渡給醫療業及保險業的企業財團 [25, 49-51]。民眾花在健康照護的自付比例愈來愈高，醫療財團為追求利潤迫使醫療人員的勞動條件惡化。國家對勞工集體協商權乃至罷工權的法令規範卻從未稍歇，醫療事業勞工是否可藉罷工迫使政府增加預算、修改法令，進而改善醫療照護品質，雖意見不一 [6, 15, 18, 22, 31, 48]。但超負荷的勞動無法提供良好的醫療品質，卻是無庸置疑的定論。我國政府與人民都有責任去預防罷工的發生，也就是要提供好的工作環境，設置解決醫療院所勞資糾紛的仲裁機關，也該允許在惡劣工作環境下的醫療人員有罷工的權利。

總的來說，台灣醫務勞動者的工會組織率低、受僱者間串連性弱、發動爭議的格局小，且與他類產業工會結盟幾近於零。他們甚少與社區居民、就醫民眾發生醫療照護以外的互動，除了少數宗教醫院或醫院基於行

銷考量。在團結權、協商權、爭議權都還無力成形的此刻，政府不思索建立迅速、有效的管道以解決勞資糾紛，竟要進一步阻撓勞工行使其最後法寶，他們在勞動市場上淪為刀俎的情形只會惡化。倘若醫務勞動者能自我覺醒，建立自信挺身面對勞資問題；結合民眾助其理解健康增進之道，並非全然仰賴醫療照護；和迫使國家鬆綁勞動法令與修訂衛生保健政策等三個方面著手。這將使得罷工權真正備而不用，民眾對醫務勞動者罷工不再心生畏懼，醫療團隊的專業分工重新取得平衡，醫療保健的公共財不再淪為財團利潤的來源，進而向人類生理、心理與社會的健康境界邁進。

致 謝

本文得以完成，除了感謝定稿前諸位匿名審稿者的批評與建議。更要感激台灣無數的醫務勞動者，他們提供了作者資料蒐集、研究與實踐的場域。

參考文獻

1. 黃雙喜：罷工爭議權之研究。台北：中國文化大學勞工研究所碩士論文，1999。
2. Williams SJ, Calnan M. The 'limits' of medicalization?: modern medicine and the lay populace in 'late' modernity. Soc Sci med 1996;42: 1609-20.
3. Ragone H, Willis S. Reproduction and assisted reproductive technologies, in Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC eds, the Handbook of Social Studies in Health and Medicine. First edition, London, SAGE, 2000:308-322.
4. 愛德華·田納著，蘇采禾譯：科技反撲 - 萬物對人類展開報復。初版，台北市，時報文化 1998：45-94。
5. 陳拱北預防醫學基金會：發現台灣公衛行腳 - 台灣十大公衛計劃紀實。初版，台北縣，玉樹圖書 2001：17-185。
6. 蔡振修：「醫事人員罷工有罪嗎？」討論會會議記錄。醫事法學 1996；5：84-97。

7. 醫師能罷工嗎？醫望 1996；17：14-31。
8. Solomon RC. Collective bargaining in the health care field: the housestaff controversy. Health Matrix 1987;5:3-16.
9. Burda D. Fewer healthcare strikes in '92. Mod Healthc 1992;22:46.
10. Kravitz RL, Linn L, Tennant N, Adkins E, Zawacki B. To strike or not to strike? House-staff attitudes and behaviors during a hospital work action. West J Med 1990;153: 515-9.
11. Frishauf PM. Residents-the most productive physicians in American. Hosp Physician 1979;15:8.
12. Yacht AC. Collective bargaining is the right step. N Engl J Med 2000;342:429-31.
13. Scott L. Communities strike back. Residents oppose ceding control to outside not-for-profit chains. Mod Healthc 1997;27:26-8, 30,32.
14. Lepnurm R, Lepnurm MK. The closure of rural hospitals in Saskatchewan: method or madness? Soc Sci Med 2001;52:1689-707.
15. Slater PE, Ever-Hadani P, Adler Y, Ellencweig AY. Emergency department utilization during a doctors' strike. Am J Emerg Med 1984;2:486-90.
16. Slater PE, Ever-Hadani P. Mortality in Jerusalem during the 1983 doctors' strike. Lancet 1983;2:1306.
17. Buitrago F, Gamero Samino MJ, Vergeles Blanca JM, Cano Lozano MJ. Do physicians' strikes influence the utilization profile of hospital emergency services? Rev Esp Salud Publica 1997;71:35-40. [Spanish]
18. Watts J. Strikes continue in South Korea as doctors fight drug reform. Lancet 2000;356: 1583.
19. Watts J. Korea's pharmacists protest against drug law reforms. Lancet 2001;357:697.
20. Arch M, Graetz B. Work satisfaction, unionism and militancy amongst nurses. Community Health Stud. 1989;13:177-85.
21. Seventh Round of Rtrikes Against a PFI Staff Transfer in Dudley Group of Hospitals. Workers' Daily Internet Edition 2000; November 21. No. 198. [http://www.wnne.demon.co.uk/ww2000/d00-198.htm#dudley]
22. Katsuragi S. Better working condition won by 'nurse wave' action: Japanese nurses' experience of getting a new law by their militant campaign. Nurs Ethics 1997;4:313-22.
23. 黃文弘：台灣醫界事件之概括。醫望 1998；28：44-50。
24. 祝春紅：公立醫院醫師績效獎勵金制度之焦點團體研究。台北：國立臺灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，2000。
25. 蕭文、顏裕庭：公辦民營醫院 - 契約書的探討。台灣醫界 2001；44：60-1。
26. 彭花春：中華民國87年衛生統計動向：醫療設施現況、醫事人力及醫療資源。初版，台北市：衛生署 1999；p.參1-p.參30。
27. 中央健康保險局：我國全民健康保險與各國健康照護服務系統現況比較。2001. [http://www.nhi.gov.tw/intro/chil1-08.doc]
28. 日本社會保障研究所著，張雪真譯：歐美國家醫療體制與保險制度。初版，台北：行政院衛生署員工消費合作社 1994：23-60。
29. 林綺雲：組織變遷與轉型—社會變遷中組織興衰的個案研究。台中：東海大學社會學研究所碩士論文，1993。
30. 徐淑莉：醫藥分業政策與藥師執業型態。台北：國立台灣大學公共衛生學研究所碩士論文，1998。
31. 陳真慧：醫院護理部門主管對勞動基準法之認知及其因應策略之態度調查研究。台北：國立台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，1998。
32. 鄭夙惠：台灣私立醫院組織互動之實證研究。台南：國立成功大學企業管理學系碩士論文，2000。
33. 鄭傑夫、劉志鵬、陳金泉、陳文靜：勞資雙贏聖經—工會、勞工訴訟、勞資爭議、

- 團體協約。二版，台北市，新自然主義 2000：104-10。
34. 張烽益：2000年台灣工權報告：勞資爭議篇。勞動者 2001；114：13-6。
35. 夏念慈：為超時工作護士爭權益，惹毛上級，未獲高醫續聘。中國時報 2001/6/25；第18版。
36. Plawiuk EW. Wildcat! Calgary Hospital Workers Defy Back-to-Work Order. January, 1996, in Industrial Worker "ewplawiuk@geocities.com"
37. Clousson JP. Physicians and unions: an oxymoron? Surg Neurol. 2000;53:403-5.
38. 陳永興：台灣醫療發展史。一版，台北市，月旦出版社 1997：97-114。
39. 蕭文、顏裕庭：企業設立的醫院。台灣醫界 2001；44：65-6。
40. 謝慧敏：醫療品質與醫師參與相關性之研究。嘉義：國立中正大學企業管理研究所碩士論文，2001。
41. 江琇琴：論病例計酬醫師績效模式之建立及其在臨床路徑變異控制之應用。台北：台北醫學院醫學研究所碩士論文，2001。
42. 李玉春：全民健保西醫總額支付制度之推動政策—基層與醫院預算之分立或統合？台灣醫界 2001；44：43-7。
43. 邱永仁：西醫基層總額預算制度下之醫療服務品質。台灣醫界 2001；44：49-50。
44. 全民健康保險醫療費用支付標準(上冊)。中央健康保險局，2000年6月。
45. 吳慧玲：麻醉專科醫師專業排他性研究。台北：陽明大學醫務管理研究所碩士論文，2000。
46. 陳淑娟：台灣專科醫師之市場價值研究初探—以實際收入和目標收入為例。台北：臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論，1998。
47. 林玉茹：教學醫院內外婦兒科醫師工作負荷之研究。台北：陽明大學衛生福利研究所碩士論文，2000。
48. Moss F. Junior doctors' pay: a wake-up call to the NHS. BMJ 2000;320:1224.
49. 范國棟：台灣民眾與醫療界應關心世界貿易組織對醫療服務業的影響。台灣醫界 2000；43：57-60。
50. 陳美霞：全球化與公共衛生界的自省。中華衛誌 2000；19：12-5。
51. Light DW. Comparative institutional response to economic policy managed competition and governmentality. Soc Sci Med 2001;52:1151-66.