

臺灣社會學刊，2004年12月  
第33期，頁109-155

研究論文

# 大型醫院主管職的 生涯路徑與醫師職場結構\*

陳端容

\* 陳端容 台灣大學醫療機構管理研究所副教授 (duan@ntu.edu.tw)。本文受國科會專題研究計劃補助 (NSC 89-2416-H-002-089-SSS)，特此誌謝。作者特別感謝審查人、主編與編委會對本文所提出的寶貴意見。

收稿日期：2004/1/13，接受刊登：2004/9/14。

## 中文摘要

台灣醫師人力多集中在大型醫療機構，醫師想在大型機構如醫學中心或區域醫院中取得醫療主管職相當困難。什麼因素構成醫師取得主管職的機會結構未有具體研究。本研究旨在探討在控制個人背景因素後，醫學系背景、進階學位、或醫師生涯選擇（優勢科別與生涯路徑選擇），以及工作經歷（轉換不同任職機構次數）對醫師取得正副院長職是否有關。以台灣90家醫學中心與區域教學醫院歷、現任內科、外科、婦產科、小兒科、骨科之科主任及正副（醫療）院長為對象，以衛生署所提供之「醫事人員執業異動資料檔」，取得醫師生涯路徑流動資料。

研究結果顯示，在大型醫院擔任科主任與正副院長職醫師以男性為主，平均年齡約50歲。醫師取得大型醫院正副院長職與下列因素有關：年齡、名校文憑、進階學位、外科背景，以及選擇公立醫院體系為生涯路徑。醫師擁有名校文憑具有明顯競爭優勢，然其部分導因於名校與勞動職場的制度性連結。醫師勞動職場呈現區隔化與集結化特性。在不同的醫院市場區塊中，醫師由科主任升任正副院長職的條件不同，顯示組織的市場位置會與組織內人員升遷機會有關。

**關鍵詞：**醫師職場、主管職、生涯路徑

Taiwanese Journal of Sociology, Dec. 2004, 33: 109-155

## **Pathways to Large-scale Hospital Director and Physician Labor Markets**

Duan-Rung Chen

Graduate Institute of Health Care Organization Administration,  
National Taiwan University

### **Abstract**

About two-thirds of all Taiwanese physicians are employed in large hospitals, making it increasingly difficult for general physicians to move into a limited number of high-level managerial positions, including hospital CEO positions. The author examines factors associated with getting managerial positions in large-scale hospitals, based on data gathered from 90 such institutions throughout Taiwan. A dataset on physician job history is examined and matched to determine the career patterns of managerial physicians at these institutions. The results show that these physicians are primarily males in their late 40s and early 50s with degrees from highly selective medical schools. Other factors associated with physicians in managerial positions include surgical backgrounds and career patterns focused on public hospitals. Some of these results can be explained by the signaling effect of prestigious medical schools, while others can be attributed to strong institutional links between prestigious school-based hospitals and other hospitals. The physician labor market is characterized by segmentation and clustering. Success factors associated with physicians in managerial positions are different for different market segments, indicating that an organization's market stance exerts an influence on internal employee promotion mechanisms.

**Key Words:** physician labor market, hospital directors, career lines

## 一、問題緣起

台灣目前大約有七成醫師人力集中在約二成的大型醫療機構（平均病床數500-1,000床）。醫院大型化的發展，加以醫院評鑑制度之運作，醫院產業已逐漸形成一種相當階層化的結構。醫院依評鑑標準被劃分成「醫學中心」、「區域醫院」與「地區醫院」三個層級，各層級醫院在醫療作業能力、醫師數、病床數，以及健保門、住診申報醫療費用比例上，皆呈現明確的階層化結構。<sup>1</sup>張苙雲（1999）的研究也指出，醫院組織在合作關係網絡中，可以分成核心、半邊陲與邊陲三個基本的角色類型。這種階層化市場結構對醫師生涯發展造成的立即影響即是，各校醫學生以大型醫學中心與區域醫院為專業養成的優先選擇（李宇宙1997；楊明仁、蔡瑞熊1999），大型醫院也成為醫師職場資源分配與集中的中心，而大型醫院職位的取得與升遷無異代表醫師生涯中最主要的競爭場域。

在台灣醫院體系中，醫師的地位升遷與其專業養成過程習習相關。圖1呈現大型醫院以七個逐步晉升的階梯來區分醫師專業地位高低與專業訓練的養成。以大型醫學中心為例，第一個層級為住院醫師（Resident），<sup>2</sup>是醫師養成的主要階段，並接受專科醫師訓練。醫師在住院醫師訓練期間，必須受到醫院內較高層級的主治醫師及總住院醫師的教導、評分與提拔，工作內容則以配合主治醫師工作為主，並學習操作醫院的精密儀器與熟悉醫院病人特性。當醫師完成住院醫師訓練後，首

<sup>1</sup> 讀者可參考衛生署歷年出版之衛生統計。

<sup>2</sup> 許多住院醫師已考取國家醫師執照，因此可以看到住院醫師值班急診，並對病人進行診斷與給藥。

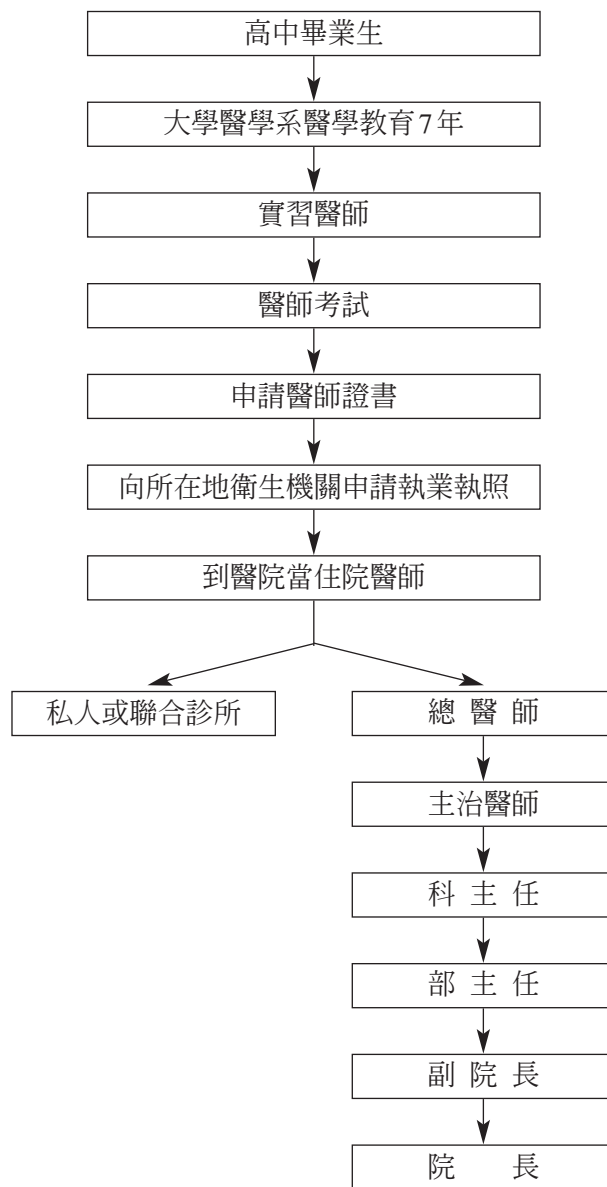


圖1 醫師職業之養成訓練階段

先考慮在原醫院升任總住院醫師，如不能升任即會選擇離開醫院至其他醫院擔任總住院醫師或主治醫師，或在此時選擇自行開設診所。第二個層級為總住院醫師（Chief Resident, C.R.），即當醫師完成住院醫師訓練後（3-5年不等），被醫院拔擢擔任總住院醫師，主要負責病房事務與病床調度的行政工作。第三個層級為主治醫師（Visiting Staff, V.S.），當醫師完成了一至二年的總住院醫師訓練，如果原醫院有主治醫師職缺，即可升任為主治醫師，如果沒有職缺，則可以擔任所謂的「研究醫師」（fellow），等待主治醫師職缺。如果不願等待，即會選擇離開醫院在其他醫院升任主治醫師，或是在此時選擇自行開設診所。第四個層級為科主任，大部分醫師在擔任主治醫師一段時間後（約5-10年），希望能晉升為科、室主任。然而晉升主任的機會受醫院層級與科別有不同程度的競爭。在大型醫學中心，因為專科化的程度較強，使主專科下又分化為不同的次專科，科主任即是指次專科主任（如心臟內科主任），而在各次專科主任上另設部主任（如內科部主任），以統籌相關次專科，形成第五個層級，也就是部主任。<sup>3</sup>再上去就是第六個層級—醫療副院長，以及最後一個層級—院長。<sup>4</sup>

每個醫師或多或少會經歷這些不同專業地位層級的轉變。在此專業養成的過程中，醫師會面臨三個高流動率的階段。第一個高流動率階段是在完成住院醫師訓練以後，如果沒有繼續擔任總住院醫師，即需要離開醫院而另謀他職。第二個階段是在完成總住院醫師以後，如果無法升任為主治醫師，即會離開醫院而另謀他職。第三個階段則是在擔任過主

<sup>3</sup> 目前幾乎大多數醫學中心有設立部主任一職，區域醫院除了署立醫院與市立醫院體系未設有部主任一職，其餘私立財團法人醫院則多有部主任一職。

<sup>4</sup> 以上有關醫師進階制度之說明可參考台大醫院秘書室出版的《醫師權利與義務》（2004）。

治醫師以後，歷經多年的專業歷練，醫師期待能晉升為科部主任等主管職務。當醫師無法擔任主管職時，即會選擇離開醫院而另謀他職。在此三個高流動率的階段，多數醫師必須面臨生涯決策，即留下或走人（stay or out）。

多數醫師希望在大型醫學中心中取得主治醫師的專任職位已屬不易，在大型醫學中心升遷至醫療專科的主管職務則顯得更為困難。相對而言，醫師取得區域醫院的科部主任可能較為容易，因為醫院的數目較多，職位也就較多。醫學中心的正副院長多半必須由主治醫師、科主任、部主任一路由內部晉升上來。而醫院是以哪些「強勢」的科主任晉升上來，則涉及相當複雜的組織文化與歷史，同時也會受組織環境的需求所影響。例如，根據一位醫學中心人事組主任指出，該醫學中心晉升科主任人選乃是由院長作最後裁決，為因應競爭環境，通常院長會「較偏好挑選具環境搏鬥及創造力之人格特質者，而不考量溝通協調特質」，而「科主任在醫師參與醫學會活動時較具聲望與影響力」等。<sup>5</sup>

大體而言，台灣大型醫院醫師的升遷模式相當類似內部勞力市場（internal labor market）、「延遲選擇模型」（late selection model）與「競賽模型」（tournament model）的混合體（Rosenbaum 1984; Ishida et al. 2002: 180-181）。因為醫師在醫學中心擔任三至五年的住院醫師，再加上五到十年的主治醫師觀察與養成期，醫院及醫界社群對醫師的能力與品格會有所了解，然而在每個階段或重要的競爭中（如爭取科主任失利），失敗者即較難進一步晉升，而會選擇離開醫院至其他醫院。

早期社會學者Hall（1946, 1948, 1949, 1951）指出，醫師必須耐心遵循大型醫院組織中所規劃的一系列連續的階梯緩慢地往上爬，以取得

---

<sup>5</sup> 此資料來源為作者所進行之非正式的個案訪談。

在醫院內被觀察、被選擇的機會，從而取得良好與必要的醫學訓練，獲得進一步的升遷。因此醫師通常會選擇在聲望較高的大型醫院中等待經歷每一個階段，通常又較所預期的停留時間為長，如果已知升遷無望，即會選擇離開醫院。Turner（1960）進一步指出，醫院內的決策權力多集中在少數核心，採取學師式「恩主隨從」關係（sponsorship），決定後進者成敗與地位。

因此，醫師在大型醫院取得主管職，如科部主任及正副（醫療）院長職，不僅代表著個人職業生涯上的成就，亦代表醫師可以離開例行性的臨床事務（rank and file），參與醫院管理的決策，例如複雜的醫療藥品與器材購買等事務的決策權，其所涉及的利益與醫療資源使主管職成為相當稀罕的資源與地位象徵。特別是在台灣這樣一個以大型組織為主的醫師勞動職場，醫師擔任醫療大專科的科部主任職或正副院長職，可以主導多數醫師至為關切的醫師人事權與獎勵金分配制度。因此，分析醫師取得醫療主管職的相關因素會是一個理解醫師職場結構特性的切入點。目前中文文獻對此問題沒有太多研究，而其他英語系國家關於醫師生涯的研究往往因為醫療體制的不同，因多數醫師是以診所為基礎（office-based）的個人或聯合診所為執業型態，使其分析較側重於科別的選擇（Ernst and Yett 1985），對於什麼因素構成醫師取得主管職的機會結構，不易看到可以相互比較的文獻。

在台灣醫師的勞動職場中，多數醫學中心附設有醫學院，有固定的醫師來源，呈現著區隔化的趨勢。反之，區域醫院（除台北醫學院附設醫院外）大都沒有醫學院，必須透過醫院的合作關係才能掌握醫師來源（陳端容 2002：152-154；張苙雲 1999）。其次，透過長期升學制度的運作，各醫學系的學術聲望與位階有明顯差距，造成醫學系不同的位階。<sup>6</sup>醫院因制度性背景不同而形成不同體系，其中較明顯的類型即屬公、私



立醫院體系的差異。例如，公、私立醫院體系的醫師薪資制度有明顯差異，其職場經驗相當不同。

醫師如何在這樣的勞動職場中取得專業地位的晉升，即如何取得科部主任職以及正副院長職等主管職？是名校文憑還是進階學位有利於醫師取得主管職？在區隔化明顯的醫學中心職場，名校文憑能發揮多少作用？醫師專業生涯的選擇，如是否選擇優勢科別（如外科），或是選擇在公或私立醫院體系發展職業生涯等是否會影響其未來職業成就的取得？基於上述的問題背景，本研究嘗試回答以下三個問題：第一、相對於多數沒有取得大型醫院主管職的醫師，擔任大型醫院科部主任與正副院長等主管職的醫師有何特性？第二、是什麼因素決定醫師擔任大型醫院正副院長職的機會結構？第三、在醫學中心或區域層級的醫院市場中，醫師由科部主任職升任正副院長職的條件是否有所不同？

本研究以量性分析模型來檢視，在控制個人背景因素下，醫師的名校文憑、進階學位，生涯路徑選擇，以及工作歷程對其取得正副院長職是否有影響。其次，將檢驗這些變項對醫學中心與區域醫院的醫師，其從科部主任升任正副院長所發揮的作用是否不同。醫學院背景是用以測量名校文憑，進階學位則是用來測量個人的教育資本，即是否取得碩、博士學位。生涯路徑代表醫師進入勞動職場的位置，工作歷程變項測量醫師轉換不同執業場所的次數。在文本中所指的主管職包括科部主任職與正副院長職兩種職稱，若單指其中一類職稱時，即會以分類概念如正副院長職來指稱。

---

<sup>6</sup> 大學聯考中心收錄十年以上醫學系錄取分數，其中顯示公立醫學系如台大與陽明醫學系在十年來皆位於前一、二名，其次為其他公立醫學系；而私立醫學系大抵則是排名較後的。

## 二、名校文憑、進階學位與主管職

在教育與勞力市場的文獻中，教育階層化（educational stratification）是一個相當核心的議題，如 Warner 及 Abegglen（1955）、Alwin（1974）、Bills（1988）、DiPrete 及 Soule（1988）、Ishida（1993）、Ishida et al.（1997）、Kanter（1977）、Tam（1997）等人的研究。教育階層化指出學校品質或地位排名會影響畢業生未來收入、組織升遷與職業地位的取得。美國大型企業組織管理者多來自特定名校（Klitgaard 1985）。Useem 及 Karabel（1986）指出不僅要擁有名校文憑，亦要有進階學位，才能擔任大型企業組織管理者。Ishida 等人一系列有關日本教育體系的研究指出，名校菁英在取得大型組織主管職具有明顯優勢（Ishida 1993; Ishida et al. 1997; Ishida et al. 2002）。Ishida（1993）指出，無論在美國或日本，擁有名校大學文憑對取得較高的社會經濟地位有正面影響，且在大型企業管理職的人事運作上，愈易看到名校文憑的效應。Ishida 認為名校影響力一部分是透過名校所具有的市場價值與訊號功能以取得良好的初職，而初職則有利於其累積相關的工作經驗、人際網絡與工作能力。Ishida 等人（1997）對日、美比較研究亦指出，儘管美國大型企業沒有在低階工作層級時以名校文憑作為篩選員工的標準，然而其管理階層卻明顯集中在少數特定名校（Ishida et al. 1997）。名校文憑會影響畢業生進入勞動市場後所取得的初職，在生涯中、後期，名校文憑對畢業生在大型企業的升遷機會亦有影響，部分日本大型公司僅招募名校畢業生，且與某些名校形成建教合作關係（Ishida 1993; Ishida et al. 1997; Rohlen 1983）。Takeuchi 的研究指出畢業於優勢學校的畢業生較弱勢者獲取主管職的機會較高（轉引自 Ishida et al. 1997）。

如何解釋學校教育對取得主管職或在組織內升遷的優勢，大致有幾

種不同卻互補的論述。第一種論述主要是從人力資本理論（human capital theory）的角度，論述勞動者基於理性考量，預期人力資本的增加可在未來職場中獲得較好報酬，因而會善用各種方式，例如投資教育年數及取得正式學位、增加職業訓練或累積工作經驗，以增進自己的人力資本。教育程度不同所導致的薪資不平等是因為勞動者在教育投資上的質、量不同，使其擁有的工作能力與技術不同所導致。因此，勞動者的薪資不平等導因於人力資本累積的差異，其最終決定因素是「能力」，而非教育本身。因此，從人力資本的角度而言，學校教育對職場成就的作用是功能性，亦非絕對的（Becker 1964；劉正、Sakamoto 2002），而取得名校文憑的職場報酬較高，是因為名校的學校教育增加學生「才能」的質與量，因此較容易在職場上成功（Wise 1975）。其次為 Arrow（1973）與 Spence（1974）提出的教育文憑的「訊號」（signaling）理論，此論述主要是從雇主的角度來分析，因為雇主多半無法事先了解員工的生產力，為降低僱用的交易成本，會以文憑做為選擇生產力較高或對企業最有價值員工的依據，造成文憑成為一種「篩選」的機制。「訊號」理論一般而言在初職取得較有影響，其影響會隨著年資而減弱，因為員工的績效與工作歷史已有案可查，能力應可取代文憑。然而，仍有不少研究，例如 Bills（1988）、Spilerman 及 Lunde（1991）、Ishida（1993）、Kanter（1977）等，指出擁有高度聲望的名校文憑會持續在勞動者生涯的中、後期發生作用。文憑對雇主或管理者而言，仍不僅代表「能力」的訊號，而可能反映雇主本身的偏好與操作。當員工在生涯中、後期時，雇主多半已掌握其長期的工作能力，若文憑仍具有一定影響，其原因即可能是企業管理者對文憑的成見，或是操作文憑做為維繫自身團體利益的工具，即是所謂的「文憑主義」（credentialism）的論述（Collins 1979）。文憑主義指出勞動者的成就取

得基本上與能力或工作經驗無關，而與文憑的取得有關。文憑之所以有絕對優勢主要是因為資產階級為維護其自身階級利益（status interest），而將學校文憑視為一種文化資本，而惟有取得文化資本才能晉升至上層社會。因此，教育文憑被用來合理化勞力市場的不平等（Bowles and Gintis 1976），文憑是資產階級製造團體界限的工具。因此，從文憑主義的論點來看，當名校文憑在畢業生的中、後期生涯仍有影響，可能導因於儘管雇主在已掌握員工工作能力的情況下，仍舊刻意形成以特定名校為核心的團體。

無論是從人力資本或市場訊號的角度來看，名校文憑代表畢業生獲得高品質的教育，從而增加人力資本的質與量，也有利於取得較有競爭優勢的初職（篩選機制），因為職場初期即進入有聲望的機構，使行動者能夠據以建立人際關係與掌握進入上層社會的文化資本，從而累積有利升遷的人脈。二者皆著重以個人的「能力」或「生產力」，或是足以代表「生產力」的訊號如學位或名校，來解釋勞力市場的成就取得。反之，文憑主義從社會的巨視觀點論述資產階級操作文憑以維繫自身團體利益，再製社會的不平等。雖然不同的論述各有強調，然而這些論述基本上忽略勞動者如何透過所謂的中層結構，例如「社會鑲嵌」或「制度鑲嵌」的中介，達到人與事的謀合，對於理解教育對勞力市場的影響仍屬不足。Granovetter（1973）的社會鑲嵌論述指出，勞力市場實質上是一個以社會關係為基礎的市場結構，而好工作的取得與認識誰有關，與人際關係的強弱有關，也與人際關係的類型如親屬或朋友關係有關。其次，勞動者能夠認識誰，能夠取得何種職場資源，是關於工作的訊息或是取得工作本身，又與勞動者本身的社會地位有關，社會與經濟地位較高的勞動者往往較易透過人際關係取得較有利的資源（Lin 1982, 1999）。因此，從社會鑲嵌的論點來看，當名校文憑在生涯中、後期階

段仍影響勞動者的成就取得與升遷機會，即可能是透過其社會網絡所中介，因為社會地位愈高的行動者，人際網絡傾向愈異質，且可以接觸社會位置較高的團體，可以協助其取得主管職本身，或是透過社會網絡取得有利的職場資源。

最後一種論述是勞力市場的制度理論（Rosenbaum and Kariya 1989; Brinton and Kariya 1998; Western 1998），其中與本文主旨有關的論述是學校透過建教合作或就業計劃等方案，與特定企業組織進行合作計劃，使企業組織優先錄用其畢業生，因此學生畢業後即可直接進入職場（from school to work），而不必面對勞力市場的激烈競爭。Rosenbaum 及 Kariya（1989）將這種學校與特定企業組織所形成的合作關係稱之為制度性的連結（institutional linkages），或是 Briton 及 Kariya（1998）稱之為制度鑲嵌（institutional embeddedness）。當學校與企業組織建立了長期而制度化合作聯盟，會造成勞力市場不再是一個完全開放的市場，名校畢業生的職業成就不再只是決定於個人能力，更是鑲嵌在勞力市場中由學校與企業組織所建立的關係網絡中。因此社會鑲嵌論述與制度理論相同之處在於二者皆指出勞動者會透過「第三者」中介，以取得較好的工作，不同之處在於前者是非正式的社會網絡，後者為制度化的組織合作關係。特別是制度理論主要在論述學校背景對職場成就的重要性並非絕對的，聲望不高的學校仍可以透過與企業組織建立建教合作，增加畢業學生在勞力市場成功的機會。因此，從勞力市場的制度論來看名校文憑的作用，即必須從名校與企業組織建立制度化的合作模式來切入，組織關係的建制使企業必須優先錄用名校畢業生，才造成名校的職場優勢。

從組織的角度來看，透過與學校的合作關係取得人力資源，可以降低聘僱的交易風險，但是必須確保人才的品質，而學校願意與企業組織

合作，是著眼於學生就業率可反映學校聲望，以在教育體系中持續有其優勢，吸引更好的人才就讀。然而，個別學校與企業組織所簽訂的合約內容與隨之而來的行為規範，以及其對勞力市場的影響是一個經驗性的問題，需要更多資料來說明。

進一步考量台灣醫療生態特性與醫院發展歷史，醫學系排序位階歷經十年以上大學升學制度的發展，已相當定型。醫學系背景是影響醫師職場生涯發展的重要因素。由於醫學中心皆附設醫學系培育醫師人才，因此作者預期應會有不同醫學系背景主導不同醫學中心主管職的區隔化現象。其次，由於存在不同醫學系所主導不同醫學中心的區隔化格局，因此名校文憑在醫學中心職場相對於在區域醫院的職場，應該是較難發揮優勢。最後，由於醫學系階層化明顯，預期名校醫學系文憑仍具有「才能」的訊號效應，對取得主管職有正面影響。其次，醫師取得進階學位，是投資人力資本的「訊號」，可以在醫院的升遷決策上產生「篩選」競爭者的功能，預期對取得主管職有正面影響。作者據此提出假設（1）與（2）。

假設（1）：醫學系文憑對醫師取得正副院長職有影響，畢業於名校醫學系的醫師，較易取得正副院長職。

假設（2）：醫師若取得進階學位有利於取得正副院長職。

### 三、生涯路徑、職場結構、工作歷程與主管職

#### （一）醫療專科別（specialty choice）

醫學或醫管文獻對醫學生選科之研究，大都指出醫學生的選科受預期的物質性報酬、生活方式與社會地位高低等因素的影響，例如 Ernst 及 Yett（1985）、Newton 及 Grayson（2003）、Dorsey et al.（2003）、

Kiker及Zeh（1998）的研究。專科間人力消長會受醫療保險市場與健康保險制度的影響，而專科間人力分佈不均是醫療政策介入醫師人力的主要原因，例如公費生制度或偏遠地區醫師人力的獎勵措施。很少文獻指出專科別是否代表不同的市場價值或專業聲望，最多只是統計醫學系學業成績較高的學生所選擇專科別，以看出不同專科在醫學生眼中所代表的價值排序（楊明仁、蔡瑞熊 1999；高美英等 2000）。有一些未出版的碩士論文與陳端容（2000）的訪談紀錄也可以看到醫學系學生認為選擇外科系是偏向以專業聲望與名利為主，也較傾向以大型醫院為生涯發展場域。

然而，不同專科在職場的發展機會，特別是擔任主管職機會是否有所不同？醫療專科是否存有「優勢」科別？Kiker及Zeh（1998: 162）的研究指出，傳統上外科專科別在所有次專科中被視為最具醫療聲望，財務報酬亦最高，外科的聲望高會使醫學生選擇外科而非其他一般科。另有部分未出版碩士論文亦與上述說法有部分呼應（黃曉令 1996；歐文琴 1995）。因此，醫院如果對「營運績效」較為重視，可能晉升易於創造營運收入的外科醫師至主管職。<sup>7</sup>雖然某些醫學中心以小兒科或婦產科著名，醫院傾向由這些專科中拔擢人才擔任主管職。然而，醫院管理者往往需要較為強勢的人格特質。<sup>8</sup>從上述討論中，作者預期外科醫師在取得正副院長職較有優勢。

醫師不同專科別對醫師取得主管職的影響，即類似勞力市場文獻所指出，大型企業員工的主修「學科」不同，其組織內升遷模式亦會不

---

<sup>7</sup> 然而，台灣醫療職場的變化很快，目前外科已非多數醫學生的優先選擇，本文的說法可能在十年之後即需要修正。

<sup>8</sup> 作者另訪問大約十位醫師（目前就讀於台大碩士班），大致獲得類似的說法，例如外科系醫師較為主動、強勢，因為外科的訓練即是需要如此。

同。在低階職位是以工程與科學為主，然而在主管職則因為著重管理與公關才能，社會科學科背景可能較為重要（Wise 1975; Ishida 1993; Spilerman and Lunde 1991）。然而，員工專業背景對組織內升遷或晉升速度的影響並非絕對的，主要仍是反映組織市場條件如何影響組織內的人事決策。

其次，由於醫學中心與區域醫院在醫院規模與醫師人力來源不同，如前述大部分醫學中心主要是醫學院的附設醫院，不乏醫師人力，且醫學中心中各專科與次專科齊備，雖然外科為醫院創造的醫療收入很高，內科藥品種類繁多且量大，對醫院營運也有很大幫助，各專科間不易形成所謂的「優勢」科別，因此不易在醫學中心看到外科系相對於非外科系的優勢。再者，醫學中心在醫療市場多屬穩定成長階段，可能不如區域醫院迫切需要院長在醫院願景或未來發展有強勢作為。因此，本文預期外科背景對取得正副院長職的優勢，在醫學中心與區域醫院有所不同，在醫學中心職場較不易看到優勢。作者據以提出假設（3）與（4）。

假設（3）：外科系醫師較非外科系（如內、婦、兒科）醫師較易取得正副院長職。

假設（4）：外科系醫師對取得正副院長職的優勢會因為醫療組織層級而有不同，醫學中心相對於區域醫院不易看到外科系醫師取得正副院長職的優勢。

## （二）市場結構與工作歷程

討論醫師職業成就的取得，如取得大型醫院的正副院長職，同時必須理解醫師勞動市場的結構特性。目前相關的文獻並不多，例如張苙雲（1999）與胡幼慧（2001）的部分章節。從作者個人的觀察與訪談大致



可以看到，醫師勞動職場類似文獻中所提出之「階層化職業內部勞動市場」(stratified occupational internal labor market, OLM) (Smith 1983)。Smith 指出在專業勞動市場內，組織間常形成一種在專業地位上核心與邊陲的區隔化市場結構。在核心組織中，升遷方式較嚴峻而保守，卻在同儕團體中被視為較有聲望與地位，有較好的工作條件與經濟收入、較高的專業地位與權力，而專業聲望卻又往往「集聚」(concentration) 在少數的大型機構。因此是否任職於大型且具高聲望的機構，即成為展現專業地位及權威的一種方式。其他有關學術界或律師專業的研究，例如 Rosenfeld 及 Jones (1986)、Rosenfeld (1992)、Fujiwara-Greve 及 Greve (2000)、Smigel (1964)、Abel (1989) 等皆指出專業勞動職場與組織階層化有密切關係。

陳端容 (1997) 對台灣五十位醫師執業流動之初步研究也指出，醫師多是為了取得專業地位的晉升而異動，例如當任職醫院沒有足夠的主治醫師職缺，受完總住院醫師訓練的醫師即可能在競爭失敗後，轉往其他醫院，或是醫學中心的資深主治醫師轉往其他次級醫院擔任院長或副院長職位。<sup>9</sup>其次，醫師為了尋求更好的發展機會，常以轉換任職機構做為轉進的方法。換言之，在醫師勞動市場中，所謂的專業成就與地位大多是指取得大型機構的重要職位，或是透過跳槽至其他機構，以取得較好的地位與收入。因此，在一個組織階層化的職場結構中，組織間流動往往是專業地位晉升的手段之一，此與 Barnett 等人 (2000) 的發現指

---

<sup>9</sup> 生涯初期的異動多半是為了取得專業資格，然而，初期訓練醫院的地位與聲望往往可以影響醫師的專業聲望與人脈的累積。如果醫師的住院訓練醫院是在醫學中心層級，完成住院訓練後的工作場所異動常常是競爭失敗的結果，而異動的方向往往是轉向次一級的醫院或是不同地理區域，如由北部轉南部或是都會區轉向都會區外圍。

出轉換工作頻繁常無益於職位升遷可能有所不同。

再者，台灣的醫師職場結構與勞力市場結構論者所指出雙元化、區隔化的市場結構亦有相當程度的呼應。依據勞力市場結構論指出，企業組織會因為規模大小、薪資水準、升遷預期、工作福利與保障等勞動條件的不同，而形成組織的階層化（stratification）與區隔化（segmentation），市場結構亦形成核心與邊陲的二元結構，從而決定不同部門員工的生涯成就。早期文獻如Kalleberg 等人（1981）、Althausen（1989）、Althausen及Kalleberg（1981）、Wallace及Kalleberg（1981）、Kalleberg及Van Buren（1996）、Sakamoto及Chen（1991）多以行業別來區分核心或邊陲，後來Stolzenberg（1978）、Kalleberg及Van Buren（1996）、Hodson及Kaufman（1982）的研究則指出企業規模的大小才是區分核心與邊陲的最主要依據，不管是否在公或私立部門，大型組織才具有優勢的勞動條件。

台灣許多學者嘗試對市場結構論進行實證研究。黃毅志（2001）對文獻進行整理並運用資料檢證台灣勞力市場的區隔化現象。他指出台灣的產業結構因為公、私立組織往往與企業組織規模大小相互重疊，因此，企業組織的規模大小，或是公與私立部門差異，皆為區分「核心」或「邊陲」的重要依據。其次，公、私立部門間人力流動障礙較為明顯，而在私立部門內勞工流動率又較其他國家來得高（瞿海源 1982；譚令蒂、于若蓉 1996；曾敏傑 1988；蔡瑞明、林大森 2002；Tang and Parish 2000）。謝國雄（1993）的研究也指出勞動者多以公營機構、大型私人企業組織做為工作選擇的主要優先。從上述不同學者的實證研究可得知，台灣勞動市場普遍存在以公、私部門及機構規模大小所形成的區隔化結構。

就台灣醫院的發展歷史來看，也有某種程度的對應。公立醫院體系

發展較早，如早期的署、市立醫院體系、軍方體系、榮民體系與國立醫學院附設醫院，因此在早期台灣醫療市場上較具優勢。直到1970年大型私立財團法人醫療機構興起，例如長庚醫院，醫院市場中以公立醫院體系為主導的結構才逐漸有所改變。就目前整體醫院產業結構來看，公立體系如國防、台大、榮總體系不僅有長遠發展歷史，且向來屬於台灣醫療發展的重鎮。其他署立醫院系統或台北市市立醫院體系，因為領有政府補助的公務預算，在醫院規模與人力資源上都超過私立醫院體系。因此，就醫師勞力市場的角度來看，公部門因機構數目多，內部升遷機會相對較多，且有一定升遷路徑。而多數私立醫院屬於中、小型的醫院及少數的大型財團法人醫院，其受董事會或家族企業影響較大，醫院主管職人事的替換率相對較低。以和信醫院為例，主管職如院長或科部主任皆任職十年以上，且自醫院成立至今沒有改變（本研究資料），而這種情形在私立部門並不少見。因此，選擇公或私立體系做為職業生涯發展的路徑，對大型醫院正副院長職的機會結構可能不同。因此，作者預期醫師選擇在公立醫院體系內發展專業生涯較易取得正副院長職，因為公立醫院體系規模較大，數量較多，因此生涯發展的機會較多，亦較易累積資歷，作者據以提出假設（5）。

假設（5）：醫師生涯路徑的選擇不同，取得正副院長職的機會不同。醫師選擇在公立醫院體系流動者，擔任正副院長職的機會較大。

其次，在專業勞動市場中，所謂的專業成就與地位大多是指取得聲望高的大型機構職位，並在大型機構中等待升遷。其次則是透過跳槽至其他機構以取得地位晉升，作者據以提出假設（6）。

假設（6）：取得正副院長職的醫師轉換執業醫院的次數較未取得者來得多。

## 四、資料來源與分析方法

### (一) 資料來源

醫師是否擔任主管職的資料多屬於各醫院人事室的管轄範圍，無法由衛生署的統計資料得知，且向來被視為醫院人事機密，不得對外公開。因此為了解醫師取得主管職的相關資訊，於2002年9月至12月間向各大醫院發出正式公文函，要求取得各醫院歷任與現任的內科、外科、婦產科、小兒科、骨科等五大科的科部主任與正副院長的醫師姓名、性別、畢業之醫學院、最高學位、畢業年度與任期。研究對象僅限於此五種主要專科別的主要原因在不希望引起醫院方面的質疑與反彈。儘管如此，在資料回收上亦遭遇相當困難。醫院或者不願意提供姓名，或是僅願意提供部份資料，或是僅願意提供現任的科部主任或正副院長資料，而不願提供歷任者的資料。在所發出的90家區域醫院以上的醫院，有2家無法取得連繫，使應回收家數為88家，其中23家醫院拒絕提供資料，其中大部分是私立與軍方所屬的區域醫院。最後有效回收65家醫院資料，回收率達74% (65/88)。

在進行分析時將所有的分院與總院合計為1家，另有一家醫學中心不願提供醫師姓名，只提供相關學校背景與專科別等資料。在65家醫院的資料中共整理出1,413筆人次資料，其中35位醫師沒有姓名，無法進一步核對。在可以核對的1,378筆人次資料中，有319名醫師前後擔任不同的主管職位，在進行以醫師為分析單位之分析時，即以其所擔任的最高職位為分析對象。因此，整體醫師人數為1,059位，再進一步排除現齡超過70歲以上的院長或科部主任，使實際邏輯迴歸分析的人數確定為914位醫師。

有關醫師生涯路徑模式資料則取自衛生署2000年醫事人員異動資料

庫。由於該項資料庫欠缺醫師的基本人口變項，包括籍貫與性別，因此另向中華民國醫師公會全國聯合會取得相關資料，經仔細判讀核對，逐一核對個別醫師姓名與相關確認碼，才鍵入資料。我們進一步將醫院提供的名單逐一在衛生署醫事人力資料庫中比對，其中有63位正副院長的專科非本研究所涵蓋的專科範圍，因此另外在衛生署的全國醫事人力資料檔搜尋，再以是否為外科系或非外科系來區分，並依此鍵入專科別資料。<sup>10</sup>

## （二）分析方法

作者先就各主要變項進行樣本醫師與母群醫師特性的差異分析。其次，作者分別分析在醫學中心與區域醫院中擔任主管職（包括正副院長職與科主任職）醫師之醫學院背景。然後作者以流行病學研究中常使用所謂的個案與對照組（case-control groups）研究設計來進行分析，該研究設計旨在建構對照組與個案組兩個比較的樣本，以便在相較於對照組的特性之下，所收集之個案（如罹病者）是否具有統計上達顯著差異的危險因子。因此，作者即以年齡分層進行等比例隨機抽樣（PPS），<sup>11</sup>從所有非主管職（即將914位個案醫師除外），且年齡介於30-70歲之間的內科、外科、婦產科、小兒科和骨科醫師中，抽取大約相當於個案組醫師（332位正副院長）的4至6倍樣本做為對照組，再利用二項式邏輯迴歸分析（binomial logistic regression analysis），進行取得正副院長職與非主管職醫師特性的差異分析。<sup>12</sup>最後，則分別在醫學中心與區域醫

---

<sup>10</sup> 外科系在本研究中主要包括外科與外科部所涵蓋的次專科，一般傳統上所指的內科系亦包括骨科專科在內，因此多數骨科醫師亦領有外科專科醫師。

<sup>11</sup> 年齡分層是以10年為一個間隔。

院，分析醫師從科部主任升任正副院長職之條件因素，並進行二項式邏輯迴歸分析。

由於年齡（常與年資重疊）與是否取得正副院長職有高度相關性，即將個案組年齡層的分佈做為分層隨機抽樣的依據，藉此控制年齡的效應。以10歲做為一個間隔，區分成30-40、41-50、51-60及61-70歲等四個年齡層組，再依照取得正副院長職醫師在各年齡組的分佈，來決定對照組樣本數目，即進行等比例的抽樣。其次，由於母群數目夠大，作者即選取母群中四個不同的樣本，用以檢證迴歸模型結果之一致性（consistency）。而對照組樣本數為個案組之4至6倍的標準是參考流行病學個案與對照組設計上的通例，因此，最後進入分析的總樣本數分別為1,520、1,671、1,737及1,929。

### （三）變項測量說明

本研究依變項為是否擔任大型醫院歷、現任正副院長職。醫學中心與區域醫院所提供歷、現任正副院長職即成為個案組，編碼為「1」，其他由母群所抽出的樣本為對照組，編碼為「0」。當我們分別探討醫學中心或區域醫院，從科部主任升任正副院長職的條件時，擔任正副院長職的醫師即為個案組，而擔任科部主任者即為對照組。而自變項包括省籍、年齡、醫學院背景、是否取得進階學位、生涯路徑選擇，及轉換任職機構等變項。省籍資料來自中華醫師公會全國聯合會資料檔，由醫師自行填寫。由於其所提供的資料僅有台灣省各縣市、大陸各省籍，以及

---

<sup>12</sup> 非主管職醫師指的是本研究所涵蓋的五大專科醫師中，沒有取得正副院長職或科部主任職的醫師。由於科部主任透過醫院內部升遷至正副院長的機會很大，因此將科部主任職醫師除外。

其他外國籍。剔除外國國籍者後，將此變項建構為二元類別變項。年齡為一連續變項，以取得資料的時間（2002）來計算每位醫師的年齡。醫學院背景變項為畢業於台大、陽明、成大、高醫、北醫、中國、中山及國防醫學院或其他國家醫學院。後將私立醫學院歸為一組，而畢業於成大醫學院的醫師人數過少，合併為陽明／成大醫學院，建構成台大、陽明／成大、私立醫學院、國防醫學院與其他醫學院等五個類別。取得進階學位的資料由醫院提供。將醫師取得碩士或博士學位或二者皆有編碼為「1」，若只有醫學系畢業即編碼為「0」。生涯路徑選擇包括兩個變項，第一個變項為專科別，為內科、外科、婦產科、小兒科、骨科等五個專科，後將專科別分為外科系，包括一般外科、外科次專科以及骨科，其餘即歸為非外科系。第二個變項為生涯路徑，是以醫師的工作歷史來建構此一變項，並區分五種生涯路徑：1) 皆在公立醫院體系；2) 皆在私立醫院體系；3) 在公立與私立醫院間流動；4) 由公立轉至私立醫院體系，以及5) 從私立轉至公立醫院體系。擔任正副院長職的醫師之生涯路徑異動資料是計算至其擔任正副院長職為止，其後的異動資料暫不考慮。轉換任職機構變項則是來自衛生署醫事人員異動資料檔，計算出每位醫師轉換不同任職機構的次數，為一連續變項。

## 五、研究結果

在回收的65家醫院中，擔任現、歷任的科部主任與正副院長職位的醫師共1,378人次，其中扣除重覆者，共1,059位醫師。由於部分醫師曾經歷不同的主管職位，作者以每位醫師所取得之最高職位為分析對象，在排除年齡（於2003年）大於70歲的醫師後，進入迴歸模式分析共914位醫師，其中擔任正副院長職者為332位醫師，擔任醫療部主任者為

186位醫師，擔任科主任者為396位醫師。由於醫院所提供之科部主任是以內科、外科、婦產科、小兒科、骨科等五大專科為主，因此選取全國相同專科的醫師做為母群，以比較大型醫院主管職醫師與母群的基本差異。表1顯示，擔任主管職的醫師以男性為主，年齡主要在41至50歲之間，其次為51至60歲的醫師。大約75%的醫師籍貫為閩南籍，其分佈模式與母群相似。整體而言，擔任主管職醫師以私立醫學院畢業者居多，然而，就樣本與母群的統計顯著差異來看，畢業於台大的醫師有較高比例擔任主管職（26%相對於9.2%），而畢業於其他非國內醫學院的醫師取得主管職的比例則偏低（6.7%相對於21%）。其次，擔任主管職的醫師雖以非外科系為多數，然就樣本與母群差異來看，外科系所占比例仍屬較高（35.5%相對於30.2%），達統計顯著差異。就生涯路徑選擇來看，擔任主管職醫師傾向以選擇公立體系為其生涯發展路徑，其他多數醫師則是在私立體系內流動。擔任主管職的醫師轉換不同執業機構的次數與母群沒有顯著差異。

從表2所登錄各醫學中心擔任正副院長職醫師的醫學院背景來看，醫學院有附設醫院且為醫學中心者，該醫學中心正副院長職會高度集中於該單一醫學系，形成以不同醫學系為核心的區隔化結構。在區域醫院層級，其集中於單一醫學系的比例不如在醫學中心的程度來得高，區隔化的程度相對較不明顯。<sup>13</sup>其次，一些醫學中心的正副院長職因為來自相同的同醫學系，而會形成所謂的「同校菁英」集結（clique），<sup>14</sup>例如一個較大的「台大醫師集結」，包括台大醫院、成大醫院、國泰醫院、新

<sup>13</sup> 由於資料繁雜，作者僅列出醫學中心正副院長職的醫學院背景。

<sup>14</sup> 運用社會網絡分析中兩種不同資料模式的分析方法（two-mode data analysis），即透過醫院正副院長在醫學系背景的同質性，找出醫院間的連結關係。



表 1 30-70 歲醫師擔任大型醫院主管職與全體醫師特性之比較<sup>a</sup>

	擔任主管職醫師 <sup>b</sup>	%	全體醫師 <sup>c</sup>	%
<b>性別*</b>				
男	788	94.90	13,144	90.20
女	42	5.10	1,140	8.00
<b>年齡組***</b>				
30-40 歲	100	11.80	5,824	40.80
41-50 歲	387	45.70	5,359	37.50
51-60 歲	250	29.50	2,254	15.80
61-70 歲	110	13.00	858	6.00
<b>省籍背景</b>				
大陸省籍	199	24.60	3,321	25.00
台灣省籍	606	74.80	9,909	74.70
其他	5	0.60	39	0.30
<b>醫學院背景**</b>				
台大醫學院	216	26.00	1,316	9.20
陽明 / 成大醫學院	26	3.10	731	5.20
私立醫學院	372	44.80	5,187	48.40
國防醫學院	160	19.28	2,310	16.20
其他國外醫學院	56	6.70	3,005	21.00
<b>專科別*</b>				
外科系	302	35.50	4,188	30.20
非外科系	549	64.50	9,683	69.80
<b>曾取得大型醫院最高醫療管理職</b>				
正副院長	332	36.30	-	-
專科部主任與醫療部主任	186	20.35	-	-
科(室)主任	396	43.30	-	-
<b>醫院體系間流動模式**</b>				
公立體系內流動	259	37.40	2,947	23.80
私立體系內流動	216	31.20	4,892	39.50
由公立轉私立體系流動	155	22.40	3,244	26.20
由私立轉公立體系流動	22	3.20	320	2.60
在公私立體系間流動	41	5.90	974	7.90
<b>執業機構異動次數 (至 2000 年為止)</b>				
	3.27 次 (2.25)		3.53 次 (2.58)	

括弧內為標準誤。統計檢定為卡方檢定：\*  $p < 0.05$ ；\*\*  $p < 0.01$ ；\*\*\*  $p < 0.001$ 。

(a) 本研究限定於內科、外科、婦產科、小兒科、骨科之專科醫師。

(b)  $N = 914$ ，因有不等之遺失值，各變項加總未達 914 位醫師。

(c)  $N = 14,284$ ，因有不等之遺失值，各變項加總未達 14,284 位醫師。

表 2 各醫學中心正副院長之醫學院背景<sup>a</sup>

醫院名稱 <sup>b</sup>	醫學院名稱	中山醫學院	中國醫藥學院	成大醫學院 <sup>c</sup>	長庚醫學院 <sup>c</sup>	高雄醫學院 <sup>c</sup>	陽明醫學院 <sup>c</sup>	台北醫學院	台大醫學院	國防醫學院	國外大學	其他 / 查無 資料	各醫學中心歷、 現任正副院長總 人數 (百分比)
國立成功大學醫學院附設醫院	醫學院名稱							29	71				7 ( 3.2)
國立台灣大學醫學院附設醫院								71	71	100	3	27	34 (15.8)
三軍總醫院附設民眾診療服務處													12 ( 5.6)
行政院國軍退除役官兵輔導委員會榮民總醫院 (含台中、台北、高雄分院)						2		2		71	17	8	42 (19.5)
財團法人長庚紀念醫院 (含林口、台北、林口 兒童、基隆、高雄分院)						12		20	56	4	4	4	25 (11.6)
財團法人國泰綜合醫院								100	100				9 ( 4.2)
財團法人新光吳火獅紀念醫院								75	75			25	4 ( 1.9)
財團法人彰化基督教醫院 (含中華路分院)						75		25					4 ( 1.9)
財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院						69			28			3	32 (14.9)
財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院 (含中港分院)		82				9					9		11 ( 5.1)
財團法人私立中國醫藥學院附設醫院			88						13				8 ( 3.7)
財團法人佛教慈濟綜合醫院 (含大林分院)			6			6		6	47	18	18		17 ( 7.9)
財團法人基督教長老教會馬偕紀念醫院						20			80				10 ( 4.7)
各醫學系畢業醫師曾擔任正副院長職總人數 (百分比)		9 ( 4.2)	8 ( 3.7)	0	0	33 (15.3)	0	10 ( 4.7)	80 (37.2)	47 (21.9)	13 ( 6.0)	15 ( 7.0)	215 (100)

(a) 將 10 位未署名正副院長列入計算，總計 215 位正副院長。

(b) 各醫院橫向總和為 100，部分醫院總和超過 100 為四捨五入的結果。

(c) 長庚醫學院、陽明醫學院與成大醫學院成立時間較晚，本研究資料的正副院長醫師平均年齡 50 歲，且侷限於內科、外科、婦產科、小兒科、骨科等五大專科之醫師，因此沒有看到該校畢業生擔任正副院長職並不特別，然在科部主任職位上即可以看到該校畢業生 (資料未呈現)。

光醫院、長庚醫院與慈濟醫院，第二個集結為「國防醫師集結」，包括三軍總醫院與榮民醫院系統，第三個則為「高醫醫師集結」，包括彰化基督教醫院與高醫附設醫院，最後包括兩個自成體系 (isolates)，中國醫藥學院與中山醫學院所附設的醫學中心，使在醫學中心職場中形成以五個核心 (core) 為主的集結化結構。最後，可以看到台大畢業醫師除了在台大醫院居主導地位外，在其他 5 家醫學中心也擔任超過 70% 以上的歷、現任正副院長職 (慈濟醫院的比例雖未過半，然所占比例相對亦較高)，相當具有名校優勢。

以區域醫院層級的正副院長職進行分析，<sup>15</sup> 也有類似但些微不同的分佈模式，例如台北醫學院附設醫院的正副院長職亦如預期集中於該校畢業的醫師。其次，多數沒有醫學院的區域醫院會形成以特定醫學中心為核心的集結化結構，例如國防醫學院主導 4 家區域醫院的正副院長職，台大畢業醫師主導了 11 家區域醫院的正副院長職，形成一個相當大規模的集結。

作者在表 3 整理各醫學系畢業醫師在醫學中心或區域醫院取得正副院長或科主任職的比例。以醫學中心正副院長職來看，台大畢業醫師占全部醫學中心正副院長職的 37.2%；占全部區域醫院的正副院長職的 33.1%，然而，因為醫學中心與區域醫院層級的醫院數目不同，若以醫院數目來看，台大在區域醫院的正副院長職是較具優勢 (醫院數目資料未呈現)。值得注意的是，台大畢業醫師不管是醫學中心或是區域醫院層級，在正副院長職的占有率皆遠遠領先第二順位的國防醫學院畢業醫師，顯示台大醫師在正副院長職的首要性相當明顯。<sup>16</sup>

<sup>15</sup> 由於區域醫院數目太多，在此不列表說明，僅摘錄部分分析結果。

<sup>16</sup> 首要性在此指的是第一順位與第二順位間的差距遠高於第二順位與第三順位或其他順位。

表3 各醫學系畢業醫師擔任大型醫院主管職之比例<sup>a</sup>

	正副院長 <sup>b</sup>				科部主任 <sup>c</sup>			
	區域醫院 (N=317)		醫學中心 (N=215)		區域醫院 (N=546)		醫學中心 (N=335)	
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
台大醫學系	105	33.1	80	37.2	118	21.6	105	31.3
國防醫學系	59	18.6	47	21.9	101	18.5	81	24.2
其他醫學系 <sup>d</sup>	153 (30-0)	48.3 (9.5-0)	88 (13-0)	40.9 (6-0)	327 (67-1)	59.9 (12.3-0.2)	149 (41-0)	44.5 (12.2-0)

(a) N=1,413人次，因將未署名的10位正副院長及25位科部主任列入計算。

(b) N=532人次。

(c) N=881人次。

(d) 表列其他醫學系擔任主管職之總人次，括弧內為最大值與最小值的範圍。

若以科部主任職進行分析，無論是在醫學中心或區域醫院，台大畢業醫師擔任科部主任職的比例相較正副院長職的比例皆較低，分別為31.3%對37.2%（醫學中心）與21.6%對33.1%（區域醫院），特別是在區域醫院的科部主任職比例明顯偏低，顯示台大優勢在區域醫院科部主任職有減弱趨勢，部分原因可能是因為區域醫院數目較多，因此科部主任職位亦較多。換言之，台大名校在區域醫院的正副院長職較具優勢，在科部主任職則不特別明顯。

作者利用個案與對照組的研究設計，並選取母群中四個不會在醫學中心或區域醫院擔任科部主任或正副院長職的醫師樣本，以探討醫師取得大型醫院正副院長職的影響因素。表4呈現邏輯迴歸分析模型結果，並呈現迴歸係數與標準差之最大值與最小值（range）。由於四個樣本中達統計檢定顯著的變項相當一致，且擬R平方值在35%至39%之間，因此，接受其為目前為止的最適模型。

表4指出，在控制個人背景因素之後，醫學院背景對醫師取得大型醫院正副院長職的影響相當明顯，台大畢業醫師取得正副院長職的勝算比（odds）相對於其他私立醫學院的勝算比較大，相對比（odds ratio）

表 4 醫師擔任大型醫院正副院長職之邏輯迴歸分析<sup>a</sup>

變項名稱 <sup>c</sup>	正副院長 <sup>b</sup>	
	<i>b</i> (S.E.)	EXP ( <i>b</i> )
<b>個人背景</b>		
性別 (女)		
男	0.07-0.39 (0.44-0.45)	1.07-1.48
年齡	0.13-0.15 (0.01-0.02)	1.14-1.16
省籍背景 (大陸省籍)		
台灣省籍	-0.24-0.01 (0.25-0.25)	0.79-1.01
<b>專業成就</b>		
醫學院背景 (私立醫學院)		
台大醫學院	1.39-1.46 (0.22-0.24) **	4.01-4.32
陽明 / 成大醫學院	0.31-0.45 (0.53-0.54)	1.36-1.57
國防醫學院	-0.58-0.21 (0.29-0.30)	0.56-0.81
其他國外醫學院	0.19-0.36 (0.40-0.41)	1.21-1.44
<b>生涯路徑選擇</b>		
專科別 (非外科系)		
外科系	0.46-0.54 (0.20-0.20) **	1.59-1.71
醫院體系間流動模式 (公、私體系間流動)		
公立體系內流動	0.87-1.36 (0.44-0.46) **	2.39-3.91
私立體系內流動	-0.58-0.19 (0.43-0.45)	0.56-0.83
由公立轉私立體系流動	-0.09-0.31 (0.44-0.46)	0.91-1.37
由私立轉公立流動	0.36-1.08 (0.74-0.76)	1.44-2.95
<b>工作經歷</b>		
執業機構異動次數 (至 2000 年為止)	0.05-0.06 (0.04-0.06)	1.05-1.06
Model improvement over constant model	X <sup>2</sup> =238.45-278.48 (13) P<0.0001 擬 R <sup>2</sup> : 35%~39%	

括弧內為標準誤。\* p<0.05；\*\* p<0.01。

(a) 作者抽取四次樣本分別進行邏輯迴歸分析，因此四個模型的樣本總數分別為 1,520、1,671、1,737、1,929 人。在圖表中呈現的是四次模型中邏輯迴歸係數與標準差的最大值與最小值。

(b) 參照組為未曾擔任正副院長職之醫師。

(c) 各變項括弧內為參照組。

在 4.01 與 4.32 之間。擁有台大名校文憑可以增加擔任大型醫院正副院長職的勝算比，支持了名校文憑有利於取得正副院長職的假設 (1)，名校背景不管是被視為一個人力資本的品質指標，或是反映升學制度篩選下

的結果，對醫師取得正副院長職位是有相當程度的正面影響。其次，外科系醫師取得大型醫院正副院長職的勝算比亦相對於非外科系醫師的勝算比為大，相對比在 1.59 與 1.71 之間。外科系背景與正副院長職有關，支持假設 (3)。由於對照組醫師沒有最高學位資料，因此沒有將進階學位變項納入分析。最後，相對於選擇在公、私立醫院體系間流動，醫師若選擇在公立醫院體系內流動，取得大型醫院正副院長職的勝算比較大，相對比在 2.39 與 3.91 之間，支持假設 (5)。最後，轉換不同任職機構的次數則對取得正副院長職沒有影響，沒有支持假設 (6)。

相對於沒有取得任何主管職的醫師而言，醫師選擇公立醫院為生涯路徑在取得大型醫院主管職的勝算比較大，證實公、私立勞動市場機會結構的不同。張荳雲 (1988) 對公務人員升遷的研究指出，公務行政機構主要以教育與年資來決定升遷，在公務機構的年資可以累計，資歷也可以互相承認，公立體系較類似所謂的內部勞力市場 (Doeringer and Piore 1971)。因此，醫師若選擇以公立醫院體系為主的生涯路徑，可能在資歷上較易累積。其次，公立醫院體系的正副院長職替換一般較私立體系為高，因此醫師若選擇在公立體系做為生涯發展的路徑，可能因為升遷的機會結構不同而影響取得正副院長職的機會。

作者進一步分別就醫學中心與區域醫院的主管職進行分析，檢證擁有名校文憑、進階學位、生涯路徑選擇與工作歷程，是否對醫師從科部主任升任正副院長職有影響。從表 5 可以看到，在醫學中心職場，除了年齡之外，沒有其他變項可以區辨擔任科部主任與正副院長職的條件因素，而年齡相當程度代表醫師的專業年資。學校背景分佈、進階學位、專科別，或生涯路徑選擇在科部主任與正副院長職沒有差異，顯示在醫學中心職場，擔任科部主任與正副院長職的條件是相當類似的，其生涯

表5 不同層級醫院醫師擔任正副院長（相對於科部主任）主管職之邏輯迴歸分析<sup>a</sup>

變項名稱 <sup>d</sup>	醫學中心正副院長 <sup>b</sup>		區域醫院正副院長 <sup>c</sup>	
	<i>b</i> (S.E.)	EXP ( <i>b</i> )	<i>b</i> (S.E.)	EXP ( <i>b</i> )
<b>個人背景</b>				
性別 (女)				
男	1.85 (1.16)	6.35	-0.34 (0.53)	0.71
年齡	0.11 (0.03) **	1.12	1.06 (1.06) **	2.89
省籍背景 (大陸省籍)				
台灣省籍	-0.34 (0.51)	0.71	0.31 (0.33)	1.37
<b>專業成就</b>				
醫學院背景 (私立醫學院)				
台大醫學院	0.87 (0.61)	2.39	0.87 (0.34) *	2.38
陽明 / 成大醫學院	0.71 (0.57)	2.04	0.44 (0.58)	1.55
國防醫學院	0.54 (0.82)	1.72	0.29 (0.43)	1.34
其他國外醫學院	-	-	0.22 (0.57)	1.25
取得進階碩博士學位 (無)				
有	-0.04 (0.59)	0.96	1.64 (0.43) **	5.16
<b>生涯路徑選擇</b>				
專科別 (非外科系)				
外科系	-0.34 (0.31)	0.71	0.69 (0.29) **	2.01
醫院體系間流動模式				
(公、私立體系間流動)				
公立體系內流動	0.48 (0.92)	1.61	0.42 (0.57)	1.52
私立體系內流動	0.84 (0.93)	2.31	0.32 (0.56)	1.38
由公立轉私立體系流動	0.65 (0.95)	1.91	-0.11 (0.57)	0.89
由私立轉公立體系流動	0.28 (1.26)	1.32	-0.13 (0.79)	0.88
<b>工作經歷</b>				
執業機構異動次數				
(至2000年為止)	0.13 (0.14)	1.14	0.02 (0.05)	1.02
Model improvement over constant model	X <sup>2</sup> =35.27 (df=13) p<0.0001 擬R <sup>2</sup> : 20%		X <sup>2</sup> =110.39 (df=13) p<0.0001 擬R <sup>2</sup> : 32%	

括弧內為標準誤。\* p&lt;0.05 ; \*\* p&lt;0.01。

(a) 參照組為僅擔任科、部主任主管職的醫師。

(b) 樣本數為345人。

(c) 樣本數為569人。

(d) 各變項括弧內為參照組。

路徑的模式亦沒有明顯差異，反映出醫學中心職場很可能是一個相當偏向內部勞力市場的結構。醫學中心的正副院長職多半是透過醫院內部的主治醫師、科主任、部主任一路升上來，同時，醫學院附設的醫學中心多晉用畢業於該醫學系的醫師，因此，科部主任與正副院長在學校背景與生涯路徑皆沒有太大差異，應是合理的結果。是否具有進階學位亦不是醫學中心科部主任職晉升正副院長職的條件，與原有假設（2）不符。推測這樣的結果可能是因為醫學中心正副院長與科部主任在醫學院多兼有教職，皆必須具有碩士以上的學位。學校背景分佈沒有太大差異。上述結果顯示，在醫學中心職場中，擔任不同主管職的醫師在個人背景與生涯路徑上沒有太大差異。

其次，就區域醫院的主管職來看，則可以看到科部主任與正副院長職兩者不僅在年齡上有明顯差異，在學校背景、進階學位與主要專科別上皆有明顯不同。相對於其他私立醫學系的醫師，擁有台大名校文憑的醫師可以增加由科部主任職升任正副院長職的勝算比，相對比為2.38。而外科系醫師相對於非外科系者，其會由科部主任升任正副院長職的勝算比亦較大，其相對比為2.01，而醫師取得進階學位者相對於沒有進階學位者，其升任正副院長職的勝算比也較大，相對比為5.16。公、私立部門流動的生涯路徑與異動次數則沒有顯著差異。

是否擁有台大名校文憑並不構成醫師在醫學中心由科部主任升至正副院長職的重要條件，然而對取得區域醫院的正副院長職卻具有競爭優勢。醫師取得進階學位對擔任區域醫院正副院長職有正面影響，在醫學中心即無此一效應。此項結果指出，名校文憑或進階學位做為一個代表人力資本品質與生產力的「訊號」，較易在競爭性高的勞力市場中發揮其篩選的功能。外科系背景與正副院長職有關，同樣也只在區域醫院職場較為顯著，可能反映區域醫院重市場生存利基，可能造成區域醫院會



鼓勵能夠影響這些條件的因素，從而造成組織內不同專科別擔任正副院長職的機會不同，而醫學中心則無此迫切需要。而外科系醫師由於操作較複雜的檢查與手術，對醫院營運績效較可產生明顯效益，易受人肯定。其次，外科系醫師因為外科執業的特性，需要明快、強勢作風，表現出較具主動積極性，這些人格特質可能符合了區域醫院對領導者的需求，顯示組織發展的條件或所處市場的環境特性很可能會影響組織內部人員的升遷機會（Rosenbaum 1979）。

## 六、討論與研究限制

在有關勞力市場的文獻中，大多將許多不同行業放在一起討論，雖然有以特定專業為研究對象（如Tam（1997）、Smith（1983）、嚴祥鸞（1995）、徐進鈺（1999）），討論醫師勞動市場的研究仍是相當少。本文以醫師取得正副院長職做為指標性的職業成就，分析醫師的名校文憑、是否取得進階學位、生涯路徑選擇（優勢科別或公、私立醫院體系生涯流動），與工作歷程對取得大型醫院正副院長職的影響。作者就醫師專業成就取得的影響機制提出初步分析，並討論名校優勢運作的制度性基礎。

從本研究所收集的資料來看，我們大致可以看到醫師勞動職場呈現相當區隔化與集結化。第一、醫學院附設醫院且為醫學中心者，該醫學中心正副院長職即高度集中於該單一醫學系，形成以不同醫學中心為核心的「區隔化」結構，相當程度地反映出一個不完全競爭的勞動市場。名校文憑在不同的市場區塊中，對醫師從科部主任職升任正副院長職的影響力不同，在區域醫院的市場區塊中，擁有台大名校文憑可以增加由科部主任職升任正副院長職的機會，然而，在醫學中心，是否擁有台大

名校文憑則沒有加分效果。反映在一個區隔化的勞動市場中，名校文憑無法產生「訊號」的篩選功能，其校友社會網絡也可能因為在區隔化的市場中，沒有明顯的作用。顯示市場區塊不同，職業成就取得的過程與因果機制可能有所不同。第二、沒有醫學院的醫學中心或區域醫院又因主管職集中於單一醫學系，而形成「同校菁英」聚合的集結，使整個大型醫院醫師職場形成以醫學院附設醫學中心為核心的「集結化」特性。第三、醫學中心正副院長集中於單一本校的醫學系畢業醫師，反映醫學中心的成就取得取決體系內醫師的競爭，而非勞力市場內的競爭。

醫學中心形成一個相當區隔化的勞動職場，並不令人意外，因為各醫學中心多為醫學院附設醫院，必須聘任其自身學校畢業的醫學系師生。在區域醫院層級，台大文憑有助於醫師從科部主任職升任為正副院長職，顯示擁有台大文憑在競爭性較高的醫院市場區塊中，會產生篩選與區辨的效應，增加醫師成功的機會。其次，取得進階學位在區域醫院層級有助於醫師從科部主任升任為正副院長，顯示名校文憑與進階學位做為個人「能力」或是「資格」的訊號表徵，亦是在市場競爭性較大的區域醫院中發揮作用。此結果支持訊號理論的論述，指出當市場的競爭性較大時，雇主無法有效決定適當人才時，會傾向以文憑或學位做為其決策的參考。同時，此研究結果進一步指出，文憑做為一種「訊號」所造成的篩選作用，必須要掌握市場結構的脈絡，與市場結構論的觀點相符，即當勞力市場呈現出區隔化時，在不同市場區塊中的競爭機制或影響升遷的條件因素，皆可能有所不同。

整體而言，擁有台大名校文憑對取得大型醫院的正副院長職是具有相當的競爭力，台大畢業醫師在4家醫學中心與11家的區域醫院中，皆占有過半數的正副院長職位。且儘管醫學中心職場呈現較為區隔化的結構特性，其仍是一個以「台大」為核心且規模相對較大的醫院集結，伴

隨著其他規模較小的醫院集結。因此，正如文獻所指出，名校文憑在勞動職場中的確有相當明顯的優勢。然而，名校文憑在醫師生涯的中、後期與取得正副院長職有關，是因為名校文憑讓醫師可以取得較理想的初職，從而累積較有價值的才能或人脈，或是因為競爭激烈的大學聯考制度已篩選出最優秀的人才，從而可以取得較高的職業成就，受限於資料，本文無法得到明確的答案。然而，當我們仔細檢視台大醫院與其他醫院的醫療支援合作計劃，我們大致可以看到台大醫學系與台大醫院如何透過「制度鑲嵌」的操作，為名校文憑的優勢提供了制度性的基礎。

檢視台大醫學院與過去的台灣省立醫院所簽定的醫療建教合作契約，當時台灣省政府衛生處與台大醫學院所簽定的醫療合作契約書中第三條即載明：「甲方（即台灣省所屬醫院）醫院院長、副院長、醫療科主任遇有缺額，視合作需要，得洽商乙方（台大醫學院）推薦人選，由甲方依法任用」。其次，台大醫學院與任何其他私人財團法人醫院，如恩主公醫院簽訂醫療訓練交流合約書，其合約書第一條即載明：「甲方（私人財團法人醫院）之各科主任及主治醫師如遇有缺額，應先洽商（台大醫學院）推薦人選，按規定聘用，解聘時應先徵得（台大）同意，甲方擬聘用之人選，如非（台大）推薦者，應徵得（台大）同意方可聘用，解聘時應照會（台大）」。

從以上資料可以看到，大型醫院從科部主任到正副院長職多為台大的同校菁英，其中最主要的制度性基礎即在於這些醫療合作契約，因為這些合作契約給予台大醫學院主導其他醫院正副院長與科部主任職的權力，即類似將職場中的主管職「鎖住」（lock in），不得由其他醫學系來擔任。這個發現證明了制度理論的論點（Rosenbaum and Kariya 1989; Brinton and Kariya 1998; Western 1998）。勞力市場制度論指出人與事的謀合不能忽略勞力市場中的制度性基礎，如學校或工會透過建教合作或就業計劃等方案，與特定的企業組織進行合

作計劃，使企業組織優先錄用某些學校的畢業生，因此學生畢業後即可直接進入特定的企業組織任職，而不必面對勞力市場的激烈競爭。這種學校與特定企業組織所形成的制度性的連結，造成勞力市場不再是一個完全開放的市場，學校畢業生的職業成就不再只是決定於個人能力，也鑲嵌於勞力市場中學校與產業組織間所建立的關係網絡中。

從制度理論來看，醫院透過與學校的合作關係取得名校的人力資源，降低聘僱的交易風險，可以確保人才品質，而名校願意與企業組織合作，並且鎖住主管職，等於主導整個醫院的人事，不僅反映名校意圖實質操作與維繫其在職場中的優勢，亦反映名校意圖建立以同校菁英為主的「內團體」，以確保名校畢業生在職場的勢力版圖。然而，從較微觀的角度來看，「內團體」中個別醫師是透過個人努力或社會網絡取得管理職仍是一個經驗性的問題。同時，名校透過醫院合作計劃實現其人事主導權的努力與成果，是否因不同醫院而有不同，則是另一個經驗性的問題，值得更進一步分析。換言之，社會鑲嵌理論與勞力市場的制度理論雖然著重點不同，前者強調非正式的社會網絡，後者以制度化的組織間合作關係為主，然二者仍可互相補足。

從勞力市場結構來看，名校透過操作制度化的「組織合作」關係，形成以名校為核心的醫院集結，鋪陳出同校菁英聚集主管職的優勢，也直接塑造了勞動市場中的競爭規範。在同校菁英的醫院集結中，非同校菁英就算是在醫術上超乎水準，對組織發展具有前瞻性，亦可能會面對升遷瓶頸，形成所謂的天花板效應，例如非台大畢業醫師在「台大醫院集結」中任職，或台大醫師在非台大的醫院集結任職，皆有可能無法以能力表現而升遷至主管職的窘境。<sup>17</sup>正如 Brinton 及 Kariya (1998: 185)

<sup>17</sup> 一位新光醫院整型外科主治醫師接受訪談時即指出：「我不可能升上去的呀！我

所言，學校與勞力市場的制度鑲嵌會再次強化勞動市場中的不平等，認可名校優勢的「正當性」與文憑本身的「訊號」意義。此種學校與勞動職場的制度鑲嵌可能形成醫師專業內部的派系與隔離，對專業內部的整合與互動可能有不利影響。

本文也發現醫師若是選擇在公立醫院體系流動會較公、私立醫院體系間流動者有較多機會取得大型醫院正副院長職。此結果呼應勞力市場結構論的研究文獻，指出公、私立部門勞動條件與升遷機會不同。深究其原因，除了可能因為公立醫院體系的正副院長任期制儘管並未明文規定，但是正副院長人選替換頻率比私立醫院體系來得快，最主要的原因可能是因為公立醫院與台大醫學院合作時，包括省立醫院體系或台北市立醫院體系，皆會在醫療合作契約書載明由台大醫學院推薦主管職人事的權力。<sup>18</sup>因此，我們可以從資料上看到，醫師若以公立醫院體系為生涯路徑，又畢業於台大名校，即可能產生所謂前述制度化的「路徑效應」(Spilerman 1977)，在取得主管職上有較高的機會。然而，此研究發現也進一步呼應制度論者的觀點，即公、私部門之所以勞動條件不同及升遷機會不同，其實必須更進一步探究是什麼制度性基礎導致這樣的勞力市場結果。

最後，本文也指出外科是另外一個在區域醫院而非醫學中心由科部主任職升任正副院長職的重要變項，支持了自然系統論的組織觀點 (Scott 1981)，認為組織發展條件或所處市場環境特性會影響組織內部運作，因此組織間相對位置與生命週期，會影響組織內人員的升遷模式。

---

不是台大畢業的，主治醫師再下去就沒有了。」

<sup>18</sup> 作者將另為文說明醫學院與勞力市場的制度鑲嵌問題，在該文中將會條列各醫學院與醫院間合作契約的內容。

相較於醫學中心，區域醫院將市場存活視為最優先考量，造成區域醫院會鼓勵能夠影響這些條件的因素。我們推測外科系醫師由於操作較複雜的檢查與手術，對醫院營運績效有一定貢獻，若能成功完成一項複雜手術，在醫院財務與醫院聲譽上較易受人肯定。其次，外科醫師因為外科執業的特性，需要明快、強勢，表現出較具主動積極性，對需要生存的區域醫院而言，這樣的人格特質可能切合所需，<sup>19</sup>因此被拔擢的機會較大。從上述分析來看，外科做為擔任區域醫院正副院長職的條件之一，部分原因可能是外科醫師的能力或資歷，但更有可能是醫師為因應外科執業需要所形成的行事風格或人格特質，在特定的組織脈絡下反而成為相當具有效益及價值的資產，也間接呼應 Burt 等人（1998）的論點，指出人格特質與社會關係結構的相關性。

本研究首次利用次級資料對台灣醫院領導者如正副院長的組成與特性進行分析，並就醫師勞動職場的結構提出說明。研究結果指出醫師職場具有區隔化與集結化的特性，擁有台大名校文憑在取得大型醫院正副院長職有明顯的競爭優勢，然而其大部分優勢可能是導因於學校與勞動職場的制度性連結。在不同層級的醫院市場區塊中，影響科部主任升任正副院長職的因素有所不同，顯示組織的市場位置會影響組織內人員的升遷機會。醫師職場中學校與勞力市場的制度鑲嵌，值得進一步分析。

然而，本研究有許多限制，其中最重要的部分即在分析中沒有掌握醫師的社會資本與醫術聲望對職業成就取得的影響，無法清楚界定社會鑲嵌機制在制度鑲嵌結構化的勞動市場中如何作用。其次，本研究運用

---

<sup>19</sup> 作者曾在課堂上（2004）就此一問題詢問在座的近 10 位醫師，大半同意本文所提出的二種說法。如一位醫師直言，外科醫師的人格特質較具主動積極性，且外科醫師若能成功完成一項複雜手術，在醫院財務與醫院醫術名聲上皆較易為人所肯定。

的「公立醫院體系生涯流動」變項需要再進一步釐清，如應區分成是市立、署立、榮民或軍方體系，然因為資料有限，未來應可以再發展。同時在本研究資料中，亦發現不僅女醫師擔任科部主任或正副院長的比例極低（5%），且幾乎集中於小兒科部，其中的影響機制值得進一步探討。最後，不少醫院不願意提供相關訊息，或是所提供的資料不夠完整，只有85.2%的大型醫院願意提供歷、現任醫院主管名單，其中以區域醫院流失較多，在結果的外推性有一定限制。然而本研究經過不同樣本的檢驗，其結果一致性高，可以做為未來研究的參考。

### 作者簡介

陳端容，美國哥倫比亞大學（Columbia University）社會學博士。目前為台灣大學公共衛生學院醫管所副教授。學術專長：醫療組織行為、醫療社會學、社會網絡分析。目前從事的研究為醫療組織合作、醫療產業智慧資本、醫師職場與社會資本、病人安全與醫療錯誤、醫師醫療決策的社會學分析、醫護人員健康風險與工作壓力等相關議題。

## 參考書目

- 王榮德，1989，《流行病學方法論》。台北：台灣大學醫學院出版委員會。
- 台大醫院秘書室，2004，《醫師權利與義務》。台北：台灣大學醫學院出版委員會。
- 李宇宙，1997，〈醫學生涯規劃研究：專科與執業地點的選擇〉。《醫學教育》1(4): 76-79。
- 胡幼慧，2001，《新醫療社會學》。台北：心理出版社。
- 徐進鈺，1999，〈流動的鑲嵌：新竹科學工業園區的勞動力市場〉。《台灣社會季刊》35: 11-54。
- 高美英等，2000，〈醫學生的專科偏好與相關因素探討〉。《醫學教育》4(1): 23-37。
- 張苙雲，1988，〈行政組織內的個人事業生涯發展〉。《中央研究院民族學研究所集刊》66: 1-30。
- 張苙雲，1999，〈組織連外活動的行動邏輯：台灣醫院產業，1980-1995〉。頁225-270，收錄於張苙雲編，《網絡台灣》。台北：遠流。
- 陳端容，1997，〈醫師職場醫療職場中的生涯發展路徑與執業流動的關係：以醫師生涯發展和執業流動為例〉，口頭報告。台北：台灣大學公共衛生學院醫療機構管理研究所。
- 陳端容，2000，《全民健保後醫師人力結構之變遷研究：以醫師執掌、生涯異動為例》，行政院衛生署八十八年下半年及八十九年度科技研究發展計劃研究報告。



- 陳端容，2002，〈台灣醫療產業的組織合作：不對等合作關係運作機制之探討〉。《台灣社會學》3: 119-162。
- 曾敏傑，1988，〈台灣核心與邊陲產業的分類：1990年代初期的靜態測量〉。《東吳社會學報》7: 361-394。
- 黃毅志，2001，〈臺灣地區勞力市場分隔之探討：流動表分析〉。《台灣社會學刊》25: 157-200。
- 黃曉令，1996，〈台灣地區不同執業科別醫師所得之研究〉。台北：陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 楊明仁、蔡瑞熊，1999，〈某醫學院學生之專科選擇及其相關因素〉。《醫學教育》3(2): 147-154。
- 劉正、A. Sakamoto，2002，〈學校教育在台灣勞動市場扮演的角色：人力資本，篩選機制，或文憑主義？〉。《台灣社會學刊》29: 1-56。
- 歐文琴，1995，〈醫學生選科及訓練醫院的相關因子研究〉。台中：中國醫藥大學醫務管理研究所碩士論文。
- 蔡瑞明、林大森，2000，〈教育與勞動市場的連結：以台灣的教育分流為例〉。頁143-190，收錄於劉兆佳、伊寶珊、李明坤、黃紹倫編，〈市場、階級與政治：變遷中的華人社會〉。香港：香港中文大學亞太研究所。
- 謝國雄，1993，〈事頭、頭家與立業基之活化：台灣小型製造單位創立及存活過程之研究〉。《台灣社會研究季刊》15: 93-129。
- 瞿海源，1982，〈勞力市場與出身對成就之影響〉。《中央研究院民族學研究所集刊》53: 133-153。
- 譚令蒂、于若蓉，1996，〈雙元勞動市場模型的運用〉。《經濟論文叢刊》24(2): 273-311。

嚴祥鸞，1995，〈美國高學歷科技人才的就業型態與薪資報酬：性別差異之分析〉。頁61-98，收錄於張晉芬、曾瑞玲編，〈美國與台灣社會結構研究〉。台北：中央研究院歐美研究所。

Abel, Richard L., 1989, *American Lawyers*. New York: Oxford University Press.

Althausser, Robert P., 1989, "Internal Labor Markets." *Annual Review of Sociology* 15: 143-161.

Althausser, Robert P. and Arne L. Kalleberg, 1981, "Firms, Occupations and the Structure of Labor Markets: A Conceptual Analysis." Pp.119-152 in *Sociological Perspectives on Labor Markets*, edited by Ivar Berg. New York: Academic Press.

Alwin, Duane F., 1974, "College Effects on Educational and Occupational Attainments." *American Sociological Review* 39(2): 210-223.

Arrow, Kenneth J., 1973, "Higher Education as a Filter." *Journal of Public Economics* 2: 193-216.

Barnett, William, James Baron, and Toby Stuart, 2000, "Avenues of Attainment: Occupational Demography and Organizational Careers in the California Civil Service." *American Journal of Sociology* 106(1): 88-144.

Becker, Gary S., 1964, *Human Capital*. New York: National Bureau of Economic Research.

Bills, David B., 1988, "Educational Credentials and Promotions: Does Schooling Do More than Get You in the Door?" *Sociology of Education* 61(1): 52-60.

Bowles, Samuel and Herbert Gintis, 1976, *Schooling in Capitalist America*.

- New York: Basic Books.
- Brinton, Mary C. and Takehiko Kariya, 1998, "Institutional Embeddedness in Japanese Labor Markets." Pp.181-207 in *The New Institutionalism in Sociology*, edited by Mary C. Brinton and Victor Nee. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Burt, Ronald S., Joseph E. Jannotta, Jr., and James T. Mahoney, 1998, "Personality Correlates of Structural Holes." *Social Networks* 20: 63-87.
- Collins, Randall, 1979, *The Credential Society*. New York: Academic Press.
- DiPrete, Thomas A. and Whitman T. Soule, 1988, "Gender and Promotion in Segmented Job Ladder Systems." *American Sociological Review* 53: 26-40.
- Doeringer, Peter B. and Michael J. Piore, 1971, *Internal Labor Markets and Manpower Analysis*. Lexington, MA: D.C. Heath.
- Dorsey, E. Ray, David Jarjoura, and Gregory Rutecki, 2003, "Influence of Controllable Lifestyle on Recent Trends in Specialty Choice by US Medical Students." *Journal of American Medical Association* 290: 1173-1178.
- Ernst, Richard L. and Donald E. Yett, 1985, *Physician Location and Specialty Choice*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Fujiwara-Greve, Takako and Henrich R. Greve, 2000, "Organizational Ecology and Job Mobility." *Social Forces* 79(2): 547-568.
- Granovetter, Mark S., 1973 "The Strength of Weak Ties." *American Journal of Sociology* 78: 1360-1380.
- Hall, Oswald, 1946, "The Informal Organization of the Medical Profession."

- The Canadian Journal of Economics and Political Science* 12: 30-44.
- Hall, Oswald, 1948, "The Stages of a Medical Career." *American Journal of Sociology* 53(5): 327-336.
- Hall, Oswald, 1949, "Types of Medical Careers." *The American Journal of Sociology* 3: 243-253.
- Hall, Oswald, 1951, "Sociological Research in the Field of Medicine: Progress and Prospects." *American Sociological Review* 16: 639-644.
- Hodson, Randy and Robert L. Kaufman, 1982, "Economic Dualism: A Critical Review." *American Sociological Review* 47: 727-739.
- Ishida, Hiroshi, 1993, *Social Mobility in Contemporary Japan*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Ishida, Hiroshi, Kuo-Hsien Su, Seymour Spilerman, 2002, "Models of Career Progression in Japanese and U.S. Organizations." *European Sociological Review* 18: 179-198.
- Ishida, Hiroshi, Seymour Spilerman, and Kuo-Hsien Su, 1997, "Educational Credentials and Promotion Chances in Japanese and American Organizations." *American Sociological Review* 62: 866-882.
- Kalleberg, Arne L. and Mark E. Van Buren, 1996, "Is Bigger Better? Explaining the Relationship between Organization Size and Job Rewards." *American Sociological Review* 61: 47-66.
- Kalleberg, Arne L., Michael Wallace, and Robert P. Althausen, 1981, "Economic Segmentation, Worker Power, and Income Inequality." *American Journal of Sociology* 87(3): 651-683.
- Kanter, Rosabeth Moss, 1977, *Men and Women of the Corporation*. New York: Basic Books.

- Kiker, B. F. and Michael Zeh, 1998, "Relative Income Expectations, Expected Malpractice Premium Costs, and Other Determinants of Physician Specialty Choice." *Journal of Health and Social Behavior* 39(2): 152-167.
- Klitgaard, Robert, 1985, *Choosing Elites*. New York: Basic Books.
- Lin, Nan, 1982, "Social Resources and Instrumental Action." Pp. 131-145 in *Social Structure and Network Analysis*, edited by Peter V. Marsden and Nan Lin. Beverly Hills, CA: Sage.
- Lin, Nan, 1999, "Social Network and Status Attainment." *Annual Review of Sociology* 25: 467-487.
- Newton, Dale A. and Martha S. Grayson, 2003, "Trends in Career Choice by US Medical School Graduates." *Journal of American Medical Association* 290: 1179-1182.
- Rohlen, Thomas P., 1983, *Japan's High Schools*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Rosenbaum, James E., 1979, "Organizational Career Mobility: Promotion Chances in a Corporation During Periods of Growth and Contraction." *American Journal of Sociology* 85: 21-48.
- Rosenbaum, James E., 1984, *Career Mobility in a Corporate Hierarchy*. New York: Academic Press.
- Rosenbaum, James E. and Takehiko Kariya, 1989, "From High School to Work: Market and Institutional Mechanisms in Japan." *American Journal of Sociology* 94(6): 1334-1165.
- Rosenfeld, Rachel A., 1992, "Job Mobility and Career Processes." *Annual Review of Sociology* 18: 39-61.

- Rosenfeld, Rachel A. and Jo Ann Jones, 1986, "Institutional Mobility Among Academics: The Case of Psychologists." *Sociology of Education* 59(4): 212-226.
- Sakamoto, A. and M. Chen, 1991, "Inequality and Attainment in Dual Labor Market." *American Sociology Review* 56: 295-308.
- Scott, W. Richard, 1981, *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Smigel, Erwin Orson, 1964, *The Wall Street Lawyer: Professional Organization Man?* Bloomington and London: Indiana University Press.
- Smith, D. Randall, 1983, "Mobility in Professional Occupational-Internal Labor Markets: Stratification, Segmentation and Vacancy Chains." *American Sociological Review* 48(3): 289-305.
- Spence, Michael, 1974, *Market Signaling*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Spilerman, Seymour, 1977, "Careers, Labor Market Structure, and Socioeconomic Achievement." *American Journal of Sociology* 83(3): 551-593.
- Spilerman, Seymour and Tormod Lunde, 1991, "Features of Educational Attainment and Job Promotion Prospects." *American Journal of Sociology* 97(3): 689-720.
- Stolzenberg, Ross M., 1978, "Bringing the Boss Back In: Employer Size, Employee Schooling, and Socioeconomic Achievement." *American Sociological Review* 43: 813-828.
- Tam, Tony, 1997, "What's in a Name: The Earnings Effects of American Law School Prestige." *EurAmerica: A Journal of European and*

- American Studies* 27(2): 1-36.
- Tang, Wenfang and William L. Parish, 2000, "Taiwan and China Compared." Pp. 273-305 in *Chinese Urban Life Under Reform: The Changing Social Control*, edited by Wenfang Tang and William L. Parish. Cambridge: Cambridge University Press.
- Turner, Ralph, 1960, "Sponsored and Contest Mobility and the School System." *American Sociological Review* 25: 855-867.
- Useem, Michael and Jerome Karabel, 1986, "Pathways to Top Corporate Management." *American Sociological Review* 51: 184-200.
- Wallace, Michael and Arne L. Kalleberg, 1981, "Economic Organization of Firms and Labor Market Consequences: Toward a Specification of Dual Economy Theory." Pp. 77-117 in *Sociological Perspectives on Labor Markets*, edited by Ivar Berg. New York: Academic Press.
- Warner, W. Llyod and James C. Abegglen, 1955, *Big Business Leaders in America*. New York: Harper and Row.
- Western, Bruce, 1998, "Institutions and the Labor Market." Pp.224-243 in *The New Institutionalism in Sociology*, edited by Mary C. Brinton and Victor Nee. CA: Stanford University Press.
- Wise, David A., 1975, "Personal Attributes, Job Performances, and Probability of Promotion." *Econometrica* 43(5-6): 913-931.