

臺灣社會學刊，2007年6月
第38期，頁105-133

研究紀要

醫師生涯路徑選擇相關因素的事件史 分析——醫師職場階層化的效應

陳端容 范國棟

陳端容（通訊作者） 台灣大學公衛學院醫療機構管理研究所副教授
（duan@ntu.edu.tw）、范國棟 台灣大學衛生政策與管理研究所博士生
（d94845002@ntu.edu.tw）。作者誌謝國科會專題研究計畫（NSC92-2412-H002-011-SSS; NSC91-2416-H002-019-SSSA）及台大公衛學院健康保險研究中心。
收稿日期：2006/08/25，接受刊登：2007/06/04。

中文摘要

本研究旨在探討醫師執業生涯路徑類型，以及醫師由醫院受雇身份轉為診所自雇所涉風險程度及其決定因素。本文探討在考慮專科別的自我選擇效應後，醫師職場在長期政經勢力影響下形成的階層化結構，如何透過醫師生涯初期的「地位取得」變項，影響醫師在中、後期由醫院受雇轉為診所自雇的生涯轉換。以行政院衛生署所提供2002年全國醫事人員執業異動資料檔，選取進場時間（初次執業證照核發時間）為1988年至1995年的內、外、婦、兒、骨科專科醫共6,111位醫師為分析對象，檢視其於自1988年至2002年間的工作異動歷程，並利用對比涉險COX迴歸模式分析醫師由醫院受雇轉為診所自雇自雇所需時間及所涉風險的決定因素。結果指出，醫師平均在醫院工作5.3年後（標準差為2.43年）即會選擇診所自雇。醫師的生涯異動型態主要分為四種類型：一、穩定型；二、流動型；三、轉換型；四、零亂型，其中以流動型為主要型態。醫師生涯初期的地位取得對中、後期生涯路徑轉換有一定的解釋力，反映出醫師專業職場以學校派系、學制與組織位階化所鑲嵌的階層化結構，影響醫師中、後期的的生涯路徑選擇。

關鍵詞：醫師、醫學教育、生涯路徑、生涯轉換

Taiwanese Journal of Sociology, June 2007, 38: 105-133

Event History Analysis of Career Path Change from Hospital to Self-employment among Taiwanese Doctors

Duan-Rung Chen

Graduate Institute of Health Care Organization Administration,

National Taiwan University

Kuo-Tung Fan

Institute of Health Policy and Management, National Taiwan University

Abstract

Physician career path types and hazard factors related to changing from hospital employment to self-employment in clinics are explored. The main study question is how the stratified structure of the medical job market formed by the long-term development of a political economy affects physicians' mid- and late-period career moves from hospitals to clinics; the effects of specialty choices are also considered. In addition to examining the effects of early status attainment on late career moves, we analyze physician job change data provided by Taiwan's Department of Health between 1988 and 2002. The data indicate that 6,111 physicians (internal medicine, surgery, obstetric and gynecologic, pediatric, and orthopedic specialists) started their practices between 1988 and 1995. Results from a COX proportional hazards model show that 1,293 of these physicians (21.2%) chose self-employment in office-based clinics after an average of 5.3 years ($SD=2.43$) of hospital employment. Four types of job change patterns were identified: stable, mobile, transformative and chaotic, with mobile being the most prevalent. Early status attainment variables were found to affect mid- and late-career moves, with the long-standing structure of stratification in this specific labor market also affecting physician career choices. Stratification is manifested in the form of school schisms, hospital stratification, and separate medical education tracks.

Keywords: physicians, medical education, career path, career change

一、問題緣起

在台灣地區，執業西醫師每年以約3%的成長率在增加。依衛生署的官方統計，至民國95年為止，執業的西醫師已超過三萬人。國內外學者對醫師人力的探討多半從衛生政策的角度，分析醫師人力在地理上或科別的分布是否均衡（張苙雲 1983；嚴雅音 1983；李彩萍 1983；藍忠孚、李玉春 1983；江東亮 1988）。其中多以醫師成長家庭的社經地位、人格特質或其對職業報酬期待等種種個人因素如經驗（experiential hypothesis）、喜好（taste hypothesis）、經濟誘因（economic hypothesis）為決定醫學生選擇職業生涯最重要的因素。執業型態的選擇僅是反映個人職業生涯的偏好與專科的選擇，與醫師職場結構特性沒有關係（Ernst 1985；季緯珠 1983；藍忠孚、李丞華 1985；楊慧芬、季瑋珠 1984）。

以西方社會學文獻來看，對醫師職場的理解可以從其專業自主權的歷史進程來了解（Lason 1977; Caplow 1954），著重專業如何取得社會認可及法律對專業權（jurisdiction）的保障（Abbott 1989），概略稱之為「專業化」論述（professionalization）。其後由於醫療產業的擴張，醫師執業型態逐漸由私人診所自雇轉為醫院受雇，醫師專業受限於資本主義下的科層組織化管理，形成以馬克思觀點的專業「無產階層化」論述（proletarianization）（Navarro 1976; McKinlay 1982）。後期學者Hoff（1988）開始重視專業內部的異質化與階層化現象，他認為弱勢的少數族群及女醫師較易選擇新型但專業價值尚未受到肯定的「受薪」執業型態（staff-salaried model），醫師專業內部的階層化與權力位階現象值得進一步討論。

台灣醫療體系的醫師人力培育、執業型態分布和醫療院所層級化的發展與美國不甚相同。在長期的政治經濟發展下，醫療體系的階層化結

構已是相當明顯，其中又以四項階層化結構對醫師生涯有相當大的影響，¹ 需要深入掌握，才能幫助我們理解醫師執業型態轉換的意義。第一是醫學院校的階層化，醫學院聲望的位階化歷經數十年不變，公立醫學院明顯具有「名校」訊號；第二是醫學系畢業生的職場區隔化，以目前台灣醫師執業型態的分布來看，七成醫師以受雇領薪身份在醫院組織中工作，三成醫師為診所自雇，而診所自雇醫師是以私立醫學院畢業生為主；第三是醫療組織型態的階層化（醫院層級化及醫院相對於診所），即不同評鑑層級的醫院與診所具有階層化、地位不同的「地位一訊號」（status as signals）關係（Podolny 1993）；第四是醫學「學制」的區隔化，在七年制醫學系的主流下，五年制學士後「醫學系」學制相當程度邊緣化（以上各項說明容後詳述）。因此，我們認為在外在政經因素長期作用下的台灣醫療環境中，醫師由醫院受雇轉為診所自雇不僅代表個人生涯轉換的抉擇，還必須從專業階層化的觀點切入，以掌握醫師由醫院受雇轉為診所自雇的意義。

本研究旨在探討醫師執業生涯路徑類型，以及醫師由醫院受雇身份轉為診所自雇所涉風險程度及其決定因素，並探討在控制專科別、性別、省籍背景及進入職場時間等變項，上述醫師職場的階層化結構，是否會透過生涯初期的「地位取得」變項，影響醫師在生涯中、後期由醫院受雇轉為診所自雇的機會。此一研究主題有理論上的涵義值得關注，即如果個人出身或早期生涯地位取得變項可以解釋中、後期的生涯結果，顯示醫師個人的生涯選擇決策不能被視為僅是個人自由意志或偏好

¹ 作者感謝審查委員提出另一個醫療體系階層化的現象值得深入討論，即醫療地理的階層化。此一論點的確是相當重要，因為從本文資料的初步分析中，醫學院的階層化亦使醫學生在地理區位的流動模式呈現區隔化，有待未來進一步的深入研究。

的結果，而可能是醫師職場階層化結構下的結果。其次，醫師職場不平等結構的持續再製，對醫界的影響，值得關注。

二、文獻回顧

(一) 台灣醫師職場的階層化

台灣醫療體系的醫師人力培育、執業型態分布和醫療院所層級的發展與美國不甚相同。在長期的政治經濟發展下，醫療體系的階層化結構已是相當明顯，其中又以四項階層化結構對醫師生涯發展起著較大的影響。第一，醫學院的階層化：台灣的醫師人力培育始於 1897 年的台灣醫師養成所，在脫離日本殖民之前，也只有台北帝國大學醫學部一家。國民政府遷台後，除台大醫學院外，陸續有多所公私立醫學院校遷台或設立，² 成為國內執業醫師的主要養成機構。加以 1954 年政府辦理大學院校聯合招生，至 1991 年共計有 47 所大學暨獨立學院參加聯招，此一制度已將大學院校的聲望位階定型化。從大學聯招中心收錄十年以上醫學系錄取分數來看，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。

第二，醫學院的職場區隔化：進一步看醫學系背景與不同執業型態的關連，可看到醫院受雇醫師與診所自雇醫師在醫學教育背景上呈現相

² 國防醫學院（1949 年）、高雄醫學院（1954 年）、中國醫藥學院（1958 年）、台北醫學院（1960 年）、中山醫專（1962 年）、陽明醫學院（1975 年）、長庚醫學院（1987 年）、慈濟醫學院（1994 年）以及輔大醫學院（2000 年）等。

當明顯的差異。以衛生署所提供畢業於 1971 年至 1991 年之內、外、婦、兒、骨科等專科醫師，在 2002 年登錄的執業場所來看，診所自雇醫師大都來自於私立醫學系畢業者，其中又以中山、中國與台北醫學系畢業的醫師涵蓋近七成的診所醫師，顯示診所醫師人力以私立醫學系為主的結構沒有太多改變。而位居醫學系排名第一的台大醫學系畢業生會選擇診所自雇的比例在各畢業年度都是最低的。

其次，根據陳端容的研究（2004），台灣各主要大型醫學中心擔任主管職的醫師多是來自於單一相同醫學院校，亦即每家醫學中心的高階主管（包括科、部主任及正、副院長）有超過 80% 皆是來自相同的醫學系背景，形成所謂的「醫學院勢力版圖」。同時，最具學校優勢的名校醫學系畢業生在職業生涯中取得主管職的機會較大。從以上的說明可以約略看到，在長期的歷史發展過程下，不同醫學系在醫師職場中已逐漸占據不同區塊，而使醫師職場成為由各醫學系劃分的區隔化勞力市場。

第三，醫療組織型態的階層化：根據學者的研究指出，台灣醫療產業近 20 年的發展，已逐漸形成醫院產業的大型化、階層化與資源集中化的結構，以及「重醫院輕診所」的醫療生態（張苙雲 1999；陳端容 1998、2002）。從歷史資料亦可看到，台灣診所自雇醫師的比例曾從 1909 年逐漸增至 1970 年前後，爾後至 1990 年代又逐漸下降，自此 1990 年至 2002 年為止，醫師人力大致皆維持約七成在醫院受雇，另外三成醫師為私人診所。此顯示醫院受雇醫師原本多於診所自雇醫師，後由於政經因素使得醫院受雇醫師比例逐漸下降，直至 1970 年後，醫院受雇醫師才開始比診所自雇醫師顯著增加（范國棟 2005）。然而，從歷史發展的角度來看，無論從日治時期到脫離日本殖民統治至今，不管是從殖民統治者的心態、醫療照護體系的分工或是醫學生的角度來看，醫院受雇醫師雖未能在所得方面超越診所自雇醫師，但前者卻始終在醫療專業地位

上較診所醫師為高（范燕秋 1995；廖雪芳 2002；紀駿輝 1984）。

其次，國民政府自 1956 年開辦的勞公農保醫療保險政策，明顯有利於醫院的發展與擴張，1986 年實施的專科醫師制度更促使醫療照護逐漸偏向以專精的分科領域為主，使以大型教學醫院為基礎的醫學研究，以及著重高科技儀器導向的醫療模式，在專業價值上要遠高於以整體性與基礎預防的醫療模式。1988 年實施三級制醫院評鑑制度（王俊文、葉德豐、曾坤儀 2003；韓揆 2003），其與公、勞、健保之醫療保險給付制度長期相互搭配的結果（李卓倫、吳凱勳 1990），致使醫院生態形成一相當階層化與差異化的結構。

第四、醫學「學制」的區隔化：台灣醫師養成教育主要是以四大系統與雙軌學制為主要特色。所謂的四大系統指的是：1、七年制自費學生；2、七年制公費生，以陽明醫學系畢業生為主，然其他醫學系每年亦招收 20 名左右之公費生；3、七年制國防醫學系的軍職生；4、五年制的學士後醫學系。前三者皆招收高中畢業生，實施七年的醫學教育，最後一種則是招收大學畢業生，實施五年的醫學教育，而形成所謂的「雙軌」學制。在七年制醫科中，一般自費生、陽明公費生、國防軍職生在生涯發展上有著相當大的不同。1975 年政府首度大規模建立公醫制度，以陽明公費生為首開始正式招生 120 名公費生，畢業後分發各公立衛生醫療機構服務六年，其他醫學院亦陸續招收公費生。公費畢業生在執業場所與科別選擇上有一定的限制，大部分的公費畢業生須以偏遠地區的基層院所為服務場所（如衛生所或署立醫院系統），其在專科別的選擇上亦被鼓勵以基層科別為主（如內科、家醫科）（楊慧芬、季緯珠 1984）。國防醫學院的軍職畢業生則是必須在軍方醫院系統服務 15 年（後來改成八年）始可退伍，他們進入一個相對而言更為封閉的職場，在軍方系統轉任多年後，對其他醫療系統的作業方式不瞭解也不熟悉，

使他們在退伍後不是選擇同屬多數是國防醫學院畢業學長任職的醫院，即是選擇自行診所開業（國防醫學院院史 1995）。

其中較為特別是 1983 年政府為普及醫師人力來源所成立的五年制學士後醫學系（通稱後醫系），此醫學學制招收已具有學士資格的理、工、農、醫學院畢業生，初成立之時爭論似頗多，但在政府加速培育醫師人力政策之下，台大、成大、陽明、高醫，長庚皆開辦了後醫系（初期以公費生較多，但也有自費生，高醫則以自費生為主）。然而，五年制後醫學制在沒有經過任何客觀評估下決定終止。根據非正式的觀察，後醫系成立之初，部分醫學界人士頗持樂觀看法，甚至希望以後可以逐漸取代七年制醫科學制，但因醫界認為後醫系學生學習慾望不高，年紀較大（五年制後醫生平均入學年齡為 26.89 歲相對於七年制的 19 歲至 20 歲）且已有家室，而相當受到一般七年醫學系學界的排斥，而不利其職業生涯發展（陳端容 2003；學士後醫學教育推廣聯誼社網站 2004）。

三、資料來源與研究方法

（一）資料來源

本研究資料來自於 2002 年行政院衛生署醫政處所提供全國醫事人員執業異動資料檔。依據醫師法的規定，醫師的執業場所如有變更必須向當地醫師公會與縣市衛生局登錄，再由衛生局呈報衛生署追蹤，因此該項資料庫中載明每位醫師的更換執業場所的時間與地點。然而，由於該項資料並沒有醫師的籍貫與性別資料，因此向中華民國醫師公會全國聯合會取得 2002 年相關資料，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。

由於全民健康保險制度於1995年實施，為避免健保制度實施前後所產生的效應較難評估，因此選取在台灣完成醫學教育，且在1988至1995年間進入職場（即初次核發工作登記）的內、外、婦、兒、骨專科醫師共6111人，其中內科2481位，占40.6%；外科共1438位，占23.5%；骨科503位，占8.2%；婦產科為730位，占11.9%，以及小兒科959位，占15.7%。選擇1988年為觀察起點是由於衛生署在1988年才推行三級醫院評鑑制度（醫學中心、區域醫院及地區醫院），並公布醫院評鑑層級。因此我們追蹤其自1988（進入職場起點）至2002年（觀察終點）間，由醫院受雇身份轉為診所自雇，且不再轉回醫院受雇的生涯異動模式。由於本研究的資料屬於時間資料，即採用Cox風險對比迴歸模式來評估。醫師在醫院受雇及開業間轉換的情況很少（ $n = 426, 7\%$ ），排除在分析之外。

（二）研究變項說明

1. 依變項

醫師由醫院受雇轉為診所自雇的時間（duration）。觀察時間以1988年初次開始執業執照的時間為起點，觀察的終點為衛生署提供資料的時間點2002年。

2. 自變項

醫學系背景：選取畢業於台大、陽明、成大、高醫、北醫、中國醫藥、中山、國防等醫學系及其他國外畢業或審查合格者分為八個類別。

初職醫院評鑑層級：依據行政院衛生署77-88年公布的醫院評鑑資料，由於醫師初次任職的醫院若屬於醫學中心，對其專業養成有相當大

的影響，據以建構二元醫學中心與非醫學中心兩類。

學士後醫學系：透過公文取得五家辦理學士後醫學系的歷屆後醫醫學士名單，計有台大、成大、長庚、陽明、高醫醫學系共 1,594 人。但由於本研究僅針對內、外、婦產、小兒、骨科等五大專科，比對完成的學士後醫學系個案數為 343。

省籍背景：資料來源為中華醫師公會全國聯合會的資料檔，籍貫資料為醫師自由填寫，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。

專科別：以衛生署醫政處所提供資料檔中所登錄的第一專科別，選擇內科、外科、骨科、婦產、小兒等五大專科的醫師。

3. 控制變項

初次進入職場時間 此一變項定義第一個執業執照核發日期。將之分為 10 個虛擬變項，以 1988 年為參考組，其他類別為 1989、1990、1991、1992、1993、1994、1995。

(三) 資料分析

在資料分析上，由於本研究依變項為時間資料，個體對事件發生的涉險機率可能因自變項不同而不同，而自變項皆為不因時間而改變的「屬性」(attributes)變項，因此採用存活分析中的 Cox 迴歸模式，又稱對比涉險模式 (proportional hazards model) 來評估影響醫師生涯路徑由醫院受雇轉換為診所自雇所涉風險程度的影響因素 (戴政、江淑瓊 2000：260-282)。Cox 迴歸模式是以涉險函數 (hazard function) 為建立

預測因子（自變項）和存活率之間的關係。最基本的涉險函數概念指的是了解個體在 t 時刻尚存活，但在後續之極小單位時間內（ Δt ）發生死亡（事件）的機率，因為它所描述的死亡（事件）機率是以 t 時刻存活的個體為基礎，指的是一個體涉及死亡（事件）的危險程度（hazard），稱之為涉險函數（hazard function）（戴政、江淑瓊 2000：260-282）。

Cox 迴歸模型定義兩個不同特質的醫師由醫院受雇轉為診所自雇的涉險函數（ $\lambda_j(t)$ ，第 j 個體在 t 存活時間點之涉險函數）有「對比」關係（張晉芬、李亦慧 2001）。例如，以本研究為例，函數式 $\lambda_a(t|x_a) = \lambda_0(t)\exp(x_a)$ 為國防醫師 A 的危險函數， x_a 為國防醫師 A 由醫院受雇轉為診所自雇所涉風險程度的解釋變項， $\lambda_0(t)$ 為可以任意之危險函數；同樣，台大醫師 B 的危險函數為 $\lambda_b(t|x_b) = \lambda_0(t)\exp(x_b)$ ，而國防醫師 A 與台大醫師 B 的風險比（hazard rate ratio）呈現對比關係，也就是 $(\lambda_a(t|x_a)/\lambda_b(t|x_b) = \exp(x_a - x_b))$ 。換言之，如果此比值為 2.46，即解釋為國防醫師 A 所涉及由醫院轉為診所自雇的可能性或風險（risk）是台大醫師 B 的 2.46 倍，而此倍數在時間的變動上維持一定（即與時間無關）。Cox 對比涉險模式假設風險率在任何一段時間都是常數，也就是說不同觀察值之間的風險比例不應該隨時間而改變，稱之為「成比例風險假設」。

存活資料（survival data）在此處指是醫師停留在醫院受雇至轉為診所自雇的時間資料。以醫師第一個執業執照核發日期（設定為 1988 年至 1995 年）為觀察起點（即進場時間），以資料取得時間 2002 年為觀察終點，如果醫師在 1988 至 1995 年間進入職場後，在 2002 年之前曾由醫院受雇轉為診所自雇而不再轉回醫院，即有登錄醫師第一次轉為診所的時間，從而測量到醫師由醫院受雇至轉為診所自雇所需的時間資料。如果至 2002 年仍未觀察到醫師由醫院受雇轉為診所自雇，此筆資料即為設限資料（censored data）。設限資料的時間資料是以觀察終點 2002 年減去進

場時間來計算 (Yamaguchi 1991)，即假設醫師至 2002 年醫師仍停留醫院受雇，也就是仍停留在職場，沒有生涯路徑轉換的事件發生。

由於事件史分析最重要的部分在於能掌握依時間而改變的自變項對存活時間 (survival time)，或事件發生所需時間 (duration) 的影響，然而本研究所運用之自變項已假設為不依時間而改變的出身變項，例如性別、省籍、畢業學校等，因此，沒有考量時間變化的變異。

四、研究結果

(一) 醫師生涯路徑類型

本研究共選出 6111 位醫師的平均年齡為 38.6 歲 (標準差 5.13)，屬本省籍約占 67%，外省籍占 33%，以男性為主 (91.6%)。在執業科別的分佈上，內科占 40.6%，其次為外科占 23.5%，婦產科為 11.9%，小兒科占 15.7%，以及骨科 8.2%。醫學系背景的分佈與母群的分佈類似，私立醫學系畢業的醫師占近六成，其次為國防醫學系，占 19.2%。學士後醫學生畢業者約占 5.6%。參看表 1。

我們將醫師的執業異動歷程分為四大類型：1、穩定型：只在一家醫院受雇；2、流動型：在不同醫院間流動，但未轉為診所自雇；3、轉換型：由醫院受雇轉為診所自雇，且在轉為診所自雇前曾轉換過不同的醫院；4、零亂型：在醫院受雇與診所自雇之間相互轉換。結果顯示，醫師在醫院與診所的流動並不頻繁且存有相當程度的區隔。大部分醫師 (72.9%) 到 2002 年為止，皆停留在醫院體系內流動，且僅有四分之一多 (21.2%) 的醫師由醫院轉換為診所自雇，不再轉回醫院。在醫院與診所間來回轉換醫師最少 (7%)，詳究其每次的異動歷程亦較為混

表1 醫師基本資料

	總人數 (n=6111)	
族群背景		
本省籍	4085	66.8
外省籍	2014	33.0
外國籍	12	0.2
性別		
男	5598	91.6
女	513	8.4
醫學院背景		
台大醫學系	305	5.0
陽明醫學系	366	6.0
成大醫學系	38	0.6
高雄醫學系	485	7.9
台北醫學系	409	6.7
中國醫藥學系	761	12.5
中山醫學系	388	6.3
國防醫學院	1172	19.2
其他國外或合格	2187	35.8
學士後醫學系	343	5.6
初職醫院為醫學中心	2499	40.9
執業專科別		
內科	2481	40.6
外科	1438	23.5
骨科	503	8.2
婦科	730	11.9
兒科	959	15.7

亂。而選擇由醫院受雇轉為診所自雇的醫師，平均在醫院工作5.3年後（標準差為2.43年）即會選擇診所自雇。由以上訊息大致可以推知，多數醫師是以受雇於醫院且以醫院間流動為醫師生涯的主要路徑，其次則是在醫院間流動一段時間後，轉為診所自雇且不再轉回醫院體系，在醫院診所間進出轉換的生涯模式可說少數。

進一步以雙變項統計檢定醫師個人變項與醫院診所生涯路徑轉換模式的關係，發現性別、族群背景、醫學系背景及後醫學制、執業專科

別，以及初次執業醫院為醫學中心等變項有顯著相關，從表2中可以看到男醫師傾向以醫院體系為主要生涯發展路徑，女醫師相對於男醫師有較高比例屬於零亂型生涯模式。台籍醫師較大陸省籍有較高比例由醫院轉為診所，學士後醫學系醫師相對於七年制醫科轉為診所自雇的比例相

表2 醫師特質與不同生涯路徑之相關分析（呈現「列」百分比）

	不同生涯路徑類型 (n=6111)				P-value
	醫院間流動 (n=3549, 58.1%)	單一醫院 (n=843, 13.8%)	醫院轉診所 (n=1293, 21.2%)	進出醫院與診所 (n=426, 7%)	
性別					
男	58.4	13.8	21.0	6.8	ns
女	52.0	15.5	23.0	9.5	
族群背景					
台籍	57.2	14.1	22.6	6.2	***
大陸省籍	60.1	12.5	19.0	8.4	
學士後醫系					
是	67.7	8.0	27.1	5.0	***
否	54.1	14.7	20.8	7.1	
初職為醫學中心					
是	57.8	12.5	16.8	4.7	***
否	58.3	13.9	24.1	8.6	
專科別					
內科	57.1	13.7	20.8	8.4	***
外/骨科	63.4	17.7	13.6	5.4	
婦產科	84.4	15.1	0	0.5	
小兒科	33.1	7.3	49.7	9.9	
醫學系背景					
台大醫學系	59.0	16.4	7.0	7.5	***
陽明醫學系	66.1	6.0	21.9	6.0	
成大醫學系	57.9	7.9	28.9	5.3	
高雄醫學系	54.2	13.6	22.3	8.9	
台北醫學系	50.1	18.3	23.0	8.6	
中國醫藥學系	50.9	10.6	30.1	8.4	
中山醫學院	48.7	10.8	33.2	8.4	
國防醫學院	57.9	9.6	22.9	9.6	
其他合格或國外畢業	63.2	13.8	21.2	7.0	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

對較高。醫師初次執業於醫學中心日後由醫院受雇轉為診所自雇的比例較低，外、骨科醫師會由醫院受雇轉為診所自雇的比例亦相對較低。台大醫學系畢業醫師不僅由醫院轉為診所自雇的比例明顯偏低，在單一醫院內流動的生涯模式的比例亦較高。中山、中國醫藥等私立醫學系畢業醫師由醫院受雇轉為診所自雇的比例最高，而國防醫學系畢業醫師則是相對有較高的比例是屬於進出醫院或診所的零亂型生涯模式。

(二) 醫師生涯路徑轉換的分析模式：由醫院受雇轉為診所自雇所涉風險程度之COX迴歸分析

表3為醫師自醫院受雇轉為診所自雇所涉風險程度的COX迴歸分析結果。相對於台大醫學系畢業醫師由醫院受雇轉為診所自雇的可能性(Hazard, 中譯為風險, 本文為避免其具有負面意義, 以「可能性」一詞代之), 多數私立醫學系畢業醫師(含高雄醫學系、台北醫學系、中國醫學系、中山醫學系)在醫院工作一段時間後, 有較高的可能性會選擇由醫院受雇轉為診所自雇, 特別是中山醫學系與中國醫學系(Hazard Ratio, HR, 風險比分別為2.32、2.10), 與前述診所醫師人力組成分析中指出中山、中國與台北醫學系畢業的醫師涵蓋近七成的開業醫師的資料相符。然而, 在公立醫學院系統中, 只有國防醫學系畢業醫師選擇由醫院受雇轉為診所自雇的可能性較高, 是台大畢業生轉為診所自雇可能性的1.54倍(風險比為1.54), 達統計顯著水準。國防醫學系畢業醫師何以在醫院受雇(服役)後轉為診所自雇的可能性較台大畢業生來得高, 由於他們多是以軍方或榮民醫院體系為主, 可能與國防體系醫師的職業生涯選擇有較高侷限性有關。

相對於醫師初職在非醫學中心者, 醫師初次執業若在醫學中心, 其

表3 醫師由醫院受雇轉為診所自雇的COX對比涉險迴歸分析 (n=6,111)

	b	S.E.	Exp(b)	95% CI	p-value
個人變項					
族群背景 (參考組: 台灣省籍)					
大陸外省籍	-0.21	0.07	0.81	0.71-0.93	**
性別 (參考組: 女性)					
男性	0.31	0.11	1.36	1.11-1.67	**
畢業學校變項					
畢業學校 (參考組: 台大醫學系)					
陽明醫學系	0.10	0.19	1.11	0.77-1.60	
成大醫學系	0.12	0.36	1.13	0.55-2.30	
高雄醫學系	0.36	0.17	1.44	1.02-2.03	*
台北醫學系	0.41	0.18	1.51	1.06-2.15	*
中國醫藥學系	0.74	0.16	2.10	1.53-2.88	***
中山醫學系	0.84	0.17	2.32	1.65-3.25	**
國防醫學系	0.43	0.16	1.54	1.12-2.12	***
其他國外學校或甄試合格	0.34	0.18	1.41	0.99-1.99	
學制變項					
學士後醫學系 (參考組: 否)					
是	0.45	0.12	1.56	1.23-1.99	**
初職變項					
初職醫院層級 (參考組: 非醫學中心)					
醫學中心	-0.45	0.06	0.64	0.57-0.72	***
專科選擇變項					
專科別 (參考組: 內科)					
外/骨科	-0.54	0.08	0.59	0.49-0.69	***
小兒科	1.21	0.01	3.35	2.95-3.80	***
進場時間 (參考組: 1988)					
1989	0.09	0.10	1.10	0.90-1.34	
1990	0.07	0.10	1.07	0.89-1.29	
1991	-0.16	0.11	0.85	0.69-1.06	
1992	-0.25	0.14	0.70	0.54-0.92	**
1993	-0.53	0.16	0.59	0.43-0.81	**
1994	-0.47	0.16	0.62	0.45-0.86	**
1995	-0.70	0.19	0.50	0.34-0.73	**

Model Chi-Square Improvement over constant only mode(X2)

713.76(21), p<.00001

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

醫院受雇後轉為診所自雇的可能性相對較低 ($HR = 0.64$)，而五年制後醫畢業生由醫院轉為診所自雇的可能性較七年制醫科高（風險比為 1.56）。

性別、省籍背景、進入職場時間及專科別與生涯路徑的轉換有關。女性較少以自雇的職業型態做為生涯選擇的目標。大陸省籍醫師在醫院工作後轉為診所自雇的可能性低於台籍醫師。相對於 1988 年進場的醫師，自 1991 年後進場的醫師由醫院受雇轉為診所自雇的可能性較低，特別是在 1992 年後都達統計顯著意義，與衛生署歷年公布的衛生統計資料亦相符。

相對於內科醫師由醫院受雇轉為診所自雇的可能性，外、骨科醫師由醫院受雇轉為診所自雇的可能性的確較低，而小兒科醫師則較高由於沒有婦產科醫師在觀察期間由醫院受雇轉為診所自雇不再轉回醫院，因此沒有列入分析。

五、討論與限制

依目前台灣整體（不分科別）醫師人力分布結構來看（歷年衛生統計），診所自雇比例自 1990 年後逐年降低，其後至 2000 年為止皆大致維持在約占整體執業醫師的三分之一多左右（33% 至 35%），見圖 1。以全民健保特約診所醫師人數的成長趨勢來看，也發現 2001 年實施全民健保西醫基層總額支付制度後，雖使 2002 年至 2004 年的基層西醫門診大幅成長，但診所醫師人數卻無明顯變化（費協會，2005），仍舊僅占全體特約醫師的 34.3%，之後也僅緩慢增加 1%，至 2004 年為 35.4%，與自 1990 年以來診所醫師所占比例沒有太大差別，顯示大醫院與小診所的發展趨勢是醫師職場中不爭的事實。

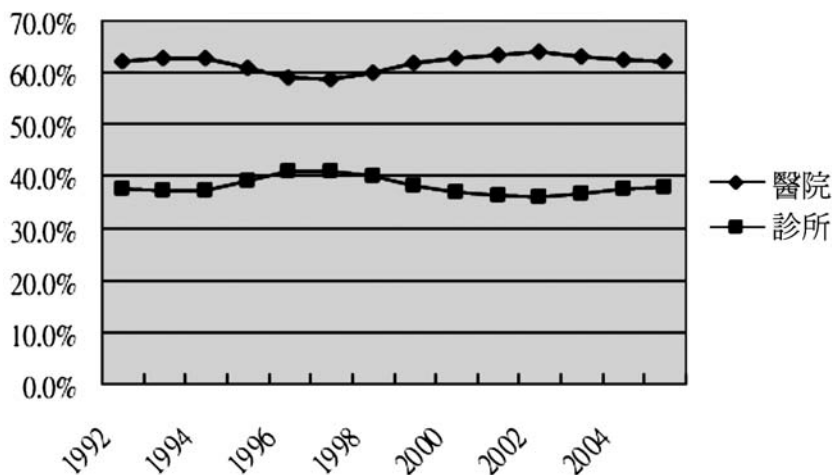


圖 1 歷年在醫院受雇及診所自雇醫師的人口比例

本文以1988年至1995年進入醫院職場的內、外、骨、婦產、兒科醫師為例，探討其至2002年為止的生涯路徑異動模式，以及由醫院受雇轉換為診所自雇所涉風險程度的決定因素。研究目的有二：第一為進行醫師生涯異動模式的相關分析；第二為採取事件史的分析方法，探討醫師由醫院受雇轉換為診所自雇的所涉風險程度的決定因素，二者皆以醫師長時序的生涯歷程為分析對象，可以約略呈現目前台灣醫師職場的階層化結構對醫師個人、中後期生涯選擇的衝擊。

首先就醫師職業生涯路徑異動模式來看，醫師在醫院與診所間流動並不頻繁，醫院組織是醫師生涯發展與成就取得的主要場域。超過七成的醫師至2002年為止（平均執業12年）仍未選擇離開醫院轉為診所自雇，而選擇由醫院受雇轉為診所自雇的醫師，平均在醫院工作5年後會轉為診所自雇。極為少數的醫師是在醫院與診所間相互轉換，而其工作異動的歷程亦較為混亂。台籍醫師較外省籍醫師有較高的比例由醫院受

雇轉為診所自雇（22.6%與19%），而私立醫學系、五年制後醫學畢業生，以及初次執業場所非醫學中心的醫師由醫院受雇轉為診所自雇的比例相對較高。

學校背景與職場生涯路徑轉換存在顯著相關。台大醫學系畢業醫師由醫院受雇轉為診所自雇的風險最低，屬於「穩定型」的生涯模式比例亦較高，而私立醫學系畢業的醫師相較於台大醫學系畢業者由醫院受雇轉為診所自雇的可能性較高。私立醫學系因為長期以來在基層醫療體系中所占比重較高，基層醫療的勞力市場實質上是再製私立醫學系在診所生態中的主導位置，也可能阻礙了其他醫學系醫師的進入。此一研究結果指出醫師職場長期形成的學校區隔化現象，對醫師個人的生涯選擇有一定影響（亦參考陳慶餘等 1993）。

其次，國防醫學系畢業醫師的生涯路徑與私立醫學系畢業醫師相似，其由醫院受雇轉為診所自雇的可能性相對於台大畢業者較高。此一結果與軍醫醫學制的獨立性有關係。國防醫學系畢業醫師通常必須輪調於軍方體系（多數）或榮民體系醫院約8年至15年，而醫師如不能在軍方四級醫院以上或是榮民總醫院體系（如台北、台中、高雄榮民總醫院）任職，通常會在軍方醫院體系中轉換以取得主任職後，即辦理退伍尋求其他執業機會，而不會再選擇回去軍方醫院。而署立醫院體系醫師多來自陽明醫學系公費生，或是透過與台大醫院的建教醫療合作計畫（如署立醫院系統），形成以台大畢業醫師為主的醫院生態（陳端容 2004），可能也不是國防醫學系畢業醫師可以輕易進入的職場。其他地區醫院在專業地位上與基層診所沒有太大差別，而診所開業的自主性、收入及發展性反倒較高，因此使他們在醫院生涯的實質選擇有限，在進入私人醫院幾年後即會離職轉為診所自雇。

由於有半數左右（53%）國防醫學院醫師為外省籍（其他醫學系則

僅有二成左右為外省籍)，而外省籍醫師一般是偏向在醫院間流動為主，何以國防畢業醫師卻是以醫院受雇轉為診所自雇為主，我們進一步整理資料發現，國防畢業的台籍醫師有46%是由醫院轉為診所，而外省籍則有54%；然而，在其他公、私立醫學系畢業醫師，如台大的台籍醫師有75%轉為診所自雇，而畢業於台大的外省籍醫師則僅有25%是選擇診所自雇。其他如陽明/成大或私立醫學系畢業醫師大致是相同的模式。此一結果顯示，以醫院為生涯發展的外省籍醫師係主要是指非國防體系的外省籍醫師。

其次，醫師職場的組織階層化亦透過醫師的初職而影響醫師中、後期生涯路徑的轉換。醫師初職在醫學中心會選擇由醫院受雇選擇轉為診所自雇的可能性相對較低。這群在醫院評鑑制度推行後開始進入職場的執業醫師，在教學醫院接受住院醫師訓練後，始能轉為診所自雇。³初職代表進入醫師生涯的第一個公開競爭場域，而能在專業聲望高的醫學中心任職（或接受醫師訓練）反映其在職業生涯上的「成功第一步」，在階層化的結構下，可以成為步上主流的門票（pass）。初職亦是專科資格（證書）取得最重要的階段，通常是資淺醫師被資深醫師觀察與認識的重要階段，也會決定其人脈關係的機會結構。正如Rosenbaum（1979）所指出，專業生涯的進展可以像是一連串的「競賽」（tournament），當

³ 甲類教學醫院為符合醫學中心或區域醫院評鑑標準者，其訓練對象包括醫學系學生與住院醫師；而乙類醫院則為只要符合區域醫院或地區醫院評標準者，其訓練對象只有住院醫師。換句話說，只要通過衛生署訂定之醫學中心、區域醫院與地區醫院評鑑標準，才可申請甲或乙類教學醫院。此外，由於住院醫師訓練已朝向專科化，也就是由各專科醫師會評鑑已符合甲或乙類教學醫院標準的醫院，就其相關細項是否符合某某專科醫師訓練醫院進行審核，而評鑑通過者，始招募住院醫師，設定招募員額，並經雙方（醫院與受雇醫師）簽訂勞雇契約。

在第一個競賽場域成功後，即對其社群傳遞「能力」的訊號，進一步獲得提攜，也同時強化其在「具專業聲望」的大型醫學中心發展的生涯動機。

五年制後醫生相較於七年制醫科由醫院受雇轉為診所自雇的可能性較高。我們進一步控制其公費生身份後，學士後醫生仍舊較七年制醫科生由醫院受雇轉為診所自雇的可能性較高（結果未呈現，因為公費生制度較為複雜，且公費生生涯路徑較難掌握，此處暫不詳述），顯示學制也是一個篩選機制。從以上的分析來看，醫學系背景、初職醫院層級及學制等生涯初期成就取得變項仍舊對醫師中、後期生涯選擇上有著重要的影響力，顯示個人生涯的選擇不僅僅是個人偏好的選擇，也受到醫師職場的階層化結構的影響。

本研究透過事件史分析模型，探討醫師生涯路徑異動歷程，以及醫師生涯路徑轉換所需時間及所涉風險的影響因素，顯示醫師專業職場的階層化結構可以透過個人初期地位取得機制，影響醫師在中、後期生涯路徑的選擇。醫師職業生涯初期的成就取得可以影響其未來中、後期職業生涯的結果。既有文獻以科別選擇、個人因素來解釋醫師執業選擇及生涯異動（Benarroch and Grant 2004; Hurley 1991; Thornton 2000），是相當不足的。醫師職場結構的階層化結構已隱然成形，對未來進入醫師專業職場醫師生涯機會，具有相當程度的影響，值得學者深究。

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網絡與空間分析、醫師專業職場與社會網絡、醫師醫療決策與資訊回饋、醫護人員組織公平知覺與職場健康等相關議題。

范國棟，台灣大學衛生政策與管理研究所博士班，台灣麻醉醫學會理事。撰寫成大公衛所碩士論文《台灣醫師執業型態變遷之分析》。目前研究興趣：台灣病歷電子化的政治經濟分析、從健康促進到職場健康促進的歷史分析。

參考書目

- 王俊文、葉德豐、曾坤儀，2003，〈台灣醫院評鑑趨勢之探討〉。《中山醫學雜誌》14(4): 513-522。
- 全民健康保險醫療費用協定委員會，2005，公告94年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配網頁。
http://www.nhi.gov.tw/information/law_detail.asp?Bulletin_ID=438&menu=1&menu_id=9，取用日期：2006年8月15日。
- 江東亮，1988，〈台灣地區醫療照護的發展與問題〉。《中華民國公共衛生雜誌》8(2): 75-89。
- 李卓倫、吳凱勳，1990，〈公勞保診療費用支付制度沿革與醫療費用之關係〉。《公共衛生》17: 1121-135。
- 李彩萍，1983，〈台灣地區醫師人力地理分布之改變情形與影響因素之探討〉。台北：國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文。
- 季瑋珠，1983，〈醫學生社會化影響因素之探討〉。台北：國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文。
- 林忠正、林鶴玲，1993，〈台灣地區各族群的經濟差異〉。頁27-51，收錄於張茂桂編，〈族群關係與國家認同〉。台北：業強。
- 紀駿輝，1984，〈醫學生對未來執業之態度-中國醫藥學院醫學生之調查研究〉。《公共衛生》11(3): 273-285。
- 范國棟，2005，〈台灣醫師執業型態變遷之分析〉。台南：國立成功大學公共衛生研究所碩士論文。
- 范燕秋，1993，〈日治前期台灣公共衛生之形成（1895-1920）：一種制度面的觀察〉。《思與言》33: 215-258。

- 徐火炎，1994，〈台灣選民的國家認同與黨派投票行爲：1991至1993年間的實證研究結果〉。《台灣政治學刊》1: 85-128。
- 國防醫學院，1995，《國防醫學院院史》。台北：國防醫學院。
- 張荳雲，1983，〈台灣地區衛生人力分布問題之初探〉。《中國社會學刊》1983(7): 133-156。
- _____，1999，〈組織連外活動的行動邏輯：台灣醫院產業，1980-1995〉。頁225-270，收錄於張荳雲編，《網絡台灣》。台北：遠流。
- 張晉芬、李亦慧，2001，〈台灣中高齡離職者的勞動參與和再就業：對台汽與中石化的事件史分析〉。《台灣社會學》2001(1): 113-147。
- 陳端容，1988，《七〇年代台灣醫療產業和醫療政策規劃的互動關係——批判的觀點》。台北：國立台灣大學社會學研究所碩士論文。
- _____，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》。行政院衛生署委託專題研究計畫報告。
- _____，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。
- _____，2003，《醫學教育學制對專業生涯成就取得之相關因素分析：五年制學士後醫科與七年制醫科的比較分析》。國科會委託專題研究計畫報告。
- _____，2004，〈大型醫院主管職的生涯路徑與醫師職場結構〉。《台灣社會學刊》33: 109-155。
- 陳慶餘、李龍騰、呂碧鴻、謝維銓，1993，〈台灣地區醫學生從事基層醫療之意願及其影響因素之調查〉。《中華家庭醫學雜誌》3(2): 51-61。
- 游盈隆，1996，〈台灣族群認同的政治心理分析〉。《台灣政治學刊》

1: 40-84。

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): 147-54。

楊慧芬、季瑋珠，1984，〈公費醫師執業科別、地點、執業機構型態之趨勢研究〉。《中華衛誌》13(5): 405-418。

廖雪芳，2002，《醫者之路：台灣肝炎鼻祖宋瑞樓傳》。台北：天下雜誌。

劉慧俐、藍忠孚、藍采風，1992，〈台灣地區男女醫師專業生涯之比較：醫學社會面的探討〉。《中華民國公共衛生雜誌》11(1): 49-59。

學士後醫學教育推廣聯誼社網站。

<http://jnntfs1.cnsh.mlc.edu.tw/sct/content/1985/00080188/0001.htm>，

取用日期：2004年7月30日。

戴政、江淑瓊，2000，《生物醫學統計概論》。台北：翰蘆。

謝博生，1993，〈內科專科醫師與基層醫療人力〉。《內科學誌》4: 32-33。

韓揆，2003，〈論醫學中心之任務及醫管組評鑑要旨〉。《醫務管理期刊》4(2): 1-25。

藍忠孚、李玉春，1983，《台灣地區未來廿年醫師、牙醫師人力供需之規劃研究》。行政院經濟建設研究委員會委託陽明醫學院社會醫學科研究。

嚴雅音，1983，《台灣地區發展與衛生人力分布與長期趨勢的研究》。台北：國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文。

Abbott, Andre, 1989, "The New Occupational Structure — What Are the Questions?" *Work and Occupations* 16(3): 273-91.

- Becker, Gary S., 1964, *Human Capital*. New York : National Bureau of Economic Research.
- _____, 1985, "Human Capital ,effort ,and the sexual division of labor." *Journal of Labor Economics* 3: 258-274.
- Benarroch, Michael and Hugh Grant, 2004, "The inter-provincial migration of Canadian physicians : Does income matter?" *Applied Economics* 36(20): 2335-2345.
- Berz, Martin and Larry O'Connell, 1988, "Work orientations of males and females: Exploring the gender socialization approach." *Sociological Inquiry* 59: 318-330.
- Caplow, Theodore, 1954, *The Sociology of Work*. University of Minnesota Press.
- Cole, Jonathan R. and James A. Lipton., 1977, "The Reputations of American Medical Schools." *Social Forces* 55(3): 662-84.
- Dorsey, Ray E., 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 Yett Ernst, 1985, *Physician location and specialty choice*. Michigan : Health Administration Press.
- Freidson, Eliot, 1970, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Atherton Press.
- Hafferty, Frederic and Frederic Wolinsky, 1991, "Conflicting characterizations of professional dominance." Pp. 225-249 in *Current Research on Occupations and Professions: Vol. 6*, edited by J. A. Levy. Greenwich, CT: JAI Press.

- Hurley, Jeremiah E., 1991, "Physicians choice of specialty, location and mode." *Journal of Human Resources* 26: 47-71.
- Kanter, Rosabeth M., 1977, *Men and women of The corporation*. New York: Basic Books.
- Larson, Magali S., 1977, *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. California: Berkeley, UCLA.
- Lemkau, Jeanne, James Rafferty, Richard Purdy, and John Rudisill, 1987, "Sex role stress and job burnout among family practice physicians." *Journal of Vocational Behavior* 31: 81-90.
- Liberson, Stanley, 1958, "Ethnic Groups and the Practice of Medicine." *American Sociological Review* 23(5): 542-49.
- Lorber, Judith, 1984, *Women Physicians: Careers, Status, and Power*. New York: Tavistock Publications.
- _____, 1991, "Can women physicians ever be true equals in the American medical profession?" Pp. 25-37 in *Current Research on Occupations and Professions*, edited by Helena Z. Lopata. Greenwich, CT: JAI Press.
- McKinlay, John B., 1982, "Toward the proletarianization of physicians." In Charles Derber ed., *Current Research on Occupations and Professions* 6: 25-62.
- Navarro. Vicente, 1976, *Medicine Under Capitalism*. New York: Prodist.
- Podolny, Joel M., 1993, "A Status-Based Model of Market Competition." *The American Journal of Sociology* 98(4): 829-872.
- Prechel, Harland and Anne Gupman, 1995, "Changing economic conditions and their effects on professional autonomy: An analysis of family practitioners and oncologists." *Sociological Forum* 10: 245-271.

- Richardsen, Astrid M . and Ronald J. Burke, 1991, "Occupational stress and job satisfaction among physicians: Sex differences." *Social Science and Medicine* 33: 1179-1187.
- Rosenbaum, James E., 1979, "Tournament Mobility: Career patterns in a Corporate." *Administrative Science Quarterly* 24: 220-241.
- Solomon, David N., 1961, "Ethnic and Class Differences Among Hospitals as Contingencies In Medical Careers." *American Journal of Sociology* 66(5): 463-71.
- Starr, Paul., 1982, *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.
- Thornton, James, 2000, "Physician choice of medical specialty :Do economic incentives matter? " *Applied Economics* 32(11): 1419-1428.
- Timothy J. Hoff, 1998, "Same profession ,Different People: Stratification, Structure, and Physicians' Employment Choices." *Sociological Forum* 13(1): 133-156.
- Yamaguchi, Kazuo, 1991, *Event history analysis*. Newbury Park, California: Sage Publications.