

醫療體制與醫院組織的「相互再生產」 ——以基督宗教醫院組織 行動特質的變與不變為例*

陳敏郎

弘光科技大學醫務管理系助理教授

宗教與醫療之間有著既古老又傳統的關係。醫療的宗教起源及其社會本質，對於醫療文明發達史的建構，也一直具有一定的影響力。基督宗教醫院組織所體現的醫療行為，在台灣醫療環境或醫療產業的發展經驗中，一向有著相當程度的歷史與社會經濟意義。當然，在醫療場域逐漸結構化的過程中，宗教與醫療之間的關聯程度也不斷地在改變。在健保體制已然成為台灣醫療場域最主要的制度性結構的情境之下，很明顯地，除了健保資源的爭取之外，經營能力的增進、宗教使命的傳達，乃至既有之社會意象的延續與再造，都是基督宗教醫院組織維繫其在台灣醫療場域的生存位置與競爭能力的重要職能。

整體而言，基督宗教醫院組織行動特質「變與不變」的基本樣貌，事實上即體現在必須同時回應「健保資源的爭取」、「財務能力的要求」、「傳教使命的堅持」以及「社會意象的營造」等面向的共變關聯時，對於既有之政治、經濟、文化與社會等資源的動員、累積與再分配的整體過程之中。兼顧上述諸面向發展的「一致性」，說明了基督宗教醫院組織仍能維繫其角色與地位的條件，同時也是展顯其行動特質「變與不變」的基礎。而在「相互再生產」的整體過程中，基督宗教醫院組織對於既有之政治、經濟、文化與社會資源的動員、累積與再分配的過程、方式與結果，也將體現本文從「社會做為一個整體」的觀點，來看待基督宗教醫院組織行動特質之「變與不變」的分析意涵。

關鍵詞：基督宗教醫院組織、相互再生產、功能與反功能作用、社會做為一個整體

* 本文寫作蒙國科會專題研究計劃 (NSC-91-2412-H-241-002) 經費補助，謹此致謝。作者亦感謝兩位匿名評審對於本文的建設性意見。

收稿日期：93 年 2 月 12 日；接受刊登日期：93 年 12 月 20 日

一、緒論

(一)健保體制與醫療行動主體之間的「相互再生產」：

全民健康保險於民國八十四年三月開辦以來，社會支持度的逐年提升，頗令政府相關單位欣慰，¹並成為其逐步調整全民健保相關操作機制的有力依據。而民意高支持度的現實代價，則是健保醫療給付費用的相應攀升。²後項數字的不斷高漲，一方面讓政府相關部門的欣慰之情頗受抑制；同時似乎也是促使其加速健保體制改革的重要推力。從而，社會支持度與財務支出兩者同時與日俱進，使得全民健康保險的開辦，顯然成為令政府特別感到「愛恨交加 (ambivalent)」的一項公共政策。社會支持、財務壓力、政治角力甚至是文化慣習的交相參雜，明白地顯示全民健康保險的實踐，其影響與意義絕不只是做為一項公共政策的實施。

做為一項已付諸實施的公共政策，由於牽動社會、經濟乃至政治與文化等諸多層面的關聯互動，無法面面俱到的情境不言可喻，從而也體現為健保體制的持續變革。而在體制變革的過程中，構成體制運作基本規範的政策及其調整，同時也成為影響健保體制運作內涵的重要依據，進而引動了產、官、學界之間持續不斷的辯論、質疑與協商。然而，除了政策施行效益的折衝，並成為一種規範體制之外，參與醫療產業整體運作的諸多「行動主體」，無疑才是實踐與建構健保體制運作機制的真正推手。就醫療場域而言，所謂的「行

1 衛生署健保小組從民國八十五年，即委託「中華民國民意測驗協會」，以三個月為一季，電訪進行「全民健康保險民意調查」。官方的數字顯示，國人的「健保滿意度」，從開始實施後一年的 33% 逐年攀升，實施三年後（民國八十七年第一季），「健保滿意度」即達到 70% 以上。此後亦一直維持在官方宣稱受到「高度肯定」的「滿意度」數字中 (<http://www.nhikb.org.tw>；<http://www.doh.org.tw>)。

2 全民健保實施的第二年（民國八十五年），健保醫療費用的年支出即超過 2000 億；第四年（民國八十七年）超過 2500 億，並開始出現費用支出大於保費收入的財務缺口；到了第六年（民國八十九年）的醫療費用年支出已達 3000 億。從民國八十五年到九十年，在醫療支出的平均年成長率為 6.25%，而保費收入的平均年成長率為 3.44% 的「不均衡」發展趨勢下，沈重的財務考驗不但引發「健保破產『指日可待』」的社會疑慮；「健保千千結」也逐漸成為政府健康福利政策揮之不去的施政陰影（李雪莉，2002a；游常山，2002）。

動主體」，基本上可以概括為兩個主要類型：一個是由政府/國家、各級醫療組織、醫師及其它醫療專業人員，也就是包含法人與自然人所構成的「醫療資源與服務的提供者」；另一個則是各種不同類型的求醫群體，也就是所謂的「醫療資源與服務的需求者」。

事實上，不論就規範體制的商議與形成，或是參與主體的行為與方略來看，健保體制乃至醫療場域的變革本身即是一種歷史過程。而在踐行健保體制的整體過程中，一方面昭示著健保體制做為一種「制度結構」的運作力量；二方面則是體現了醫療場域中諸多「行動主體」的行動特質。當然，無論是制度結構的力量或行動主體的特質，其意義均無法單獨存在。從組織社會學與制度經濟學的角度來看，制度結構與行動主體之間，是一種不斷在相互影響的雙向關係，而不是一種單方面的片面影響（DiMaggio & Powell, 1983; Scott, 1983; 1987; 1992; DiMaggio, 1988; Oliver, 1991; Powell, 1991）。

概括而言，制度結構與行動主體之間，展現的其實是一種「相互再生產（reciprocal reproduction）」的過程。而醫療場域之制度結構與行動主體之間的「相互再生產」過程，至少包括三個主要的意涵：

首先，無論其是在什麼樣的條件下產生，健保體制本身所內含的各種遊戲規則做為一種「制度結構」，如前所述，勢將節制醫療院所、醫師以及病患等「行動主體」的醫療行為。而從另一個角度來看，很顯然地，在特定的制度結構之下，不同性質的行動主體各自所體現的行動模式與行動策略，也不盡相同。更重要的是，行動主體的行動模式與策略，也可能對健保體制的發展與運作過程，產生一定的模塑作用。

其次，從「組織生態學（organizational ecology）」與「制度理論（institutional theory）」的分析中可以得知，不同行動主體的行動模式及其行動策略的展現，並不能孤立於其它行動主體之外進行，而是在彼此之間持續不斷的互動情境之下型構而成。因此，由於各種正式或非正式的相互制約，各個行動主體之間的行動模式與策略，也可能成為一種制度性規範，影響著彼此之間的競合關係。此一競合關係的型塑，一方面關係著彼此的生存機會，同時也互為其存在或行動之穩定性與合法性的重要基礎（Meyer & Rowan, 1977; DiMaggio & Powell, 1983; Carroll & Hannan, 1989; Hannan &

Freeman, 1989; Zucker, 1989; Nee, 1998)。換言之，不同性質的行動主體所可能彰顯的行動策略與特質，也會受到同在一個行動場域中的其它行動主體，如何回應制度結構的要求所影響，從而成爲塑造與實踐其行動特質的一個重要依據。

最後，醫療場域行動主體的行動特質，除了可能受到與制度結構以及其它行動主體之間的「相互再生產」過程影響之外，也會因爲組織原則或是醫療資源需求的差異，從而在行動主體的內部運作過程中體現。比如就法人行動主體而言，不同層級或屬性的醫院組織，可能在行政管理與醫療專業之間的衝突或模合程度有不同的表現；而從醫病關係兩端的行動主體來看，也可能在互有需求的內在考量下，出現所謂「醫師誘發需求 (supplier induced demand)」(Folland、Goodman & Stano, 1997；盧瑞芬、謝啓瑞，2000) 以及「逛醫師 (doctor shopping)」(張荳雲，1998b) 的行爲。

綜合前面的討論來看，很明顯地，全民健保的踐行與變革，已然成爲影響醫療場域中之制度結構與行動主體之間「相互再生產」過程的一個重要機制。而在這個含括三個層次的「相互再生產」過程中，本文進一步要關注的是全民健保實踐過程的兩個重要特質，及其所可能彰顯的若干理論性意涵。

首先，如前所述，全民健康保險不單純只是一項公共福利政策的付諸實施，而是牽涉社會、經濟、政治與文化等層面的再造或是抵制。譬如，它並不只是靠高舉社會福利思想的大旗即可實現；若非當時的社會經濟情境許可，這張仍被許多人認爲代價不少的政治支票，即使要匆忙兌現也不容易。³換言之，全民健保的實踐過程，無論就制度結構本身，或是諸多行動主體的因應作爲來看，其實均是所謂「社會做爲一個整體 (society as a whole)」之意義與現象的彰顯。

其次，「社會做爲一個整體」之意義在醫療場域的彰顯，也讓諸如「政策成就廣受肯定」與「醫療環境備受質疑」之間的弔詭，在全民健保的實踐過

3 健保局第一任總經理葉金川先生曾經總結健保的實施過程爲「七年規劃，一年立法，三天實施」。如此「匆促開辦」，從好的一面來看，是「台灣終究已正式進入一個先進國家必有的社會安全體制的新世紀」；而醫界形容爲「醫界的二二八事件」，幾乎可說是對健保「強行上路」最嚴厲的指責 (葉金川，2003)。

程中顯而易見。也就是說，全民健保的實踐，在醫療場域的發展過程，以及醫療行動主體的行動特質中，可能同時體現了「功能與反功能（function and dysfunction）」的作用與現象。

具體而言，本文的主要目的與命題，即是以「制度結構」與「行動主體」之間的「相互再生產」過程為主要的分析架構，並希望指出「社會做為一個整體」之意義與現象，在醫療場域之中體現的若干圖像。而在彰顯醫療場域中「社會做為一個整體」之意義的基礎與觀點上，能對於若干醫療行動主體，乃至台灣醫療場域之發展的「功能與反功能」作用，有一個基本的理解。

（二）以基督宗教醫院組織為基本線索：

基於研究資源與能力的限制，本文將以「基督宗教醫院組織」，做為理解上述命題的主要對象。⁴ 以此一對象做為本文討論前述命題的初步起點，基本上兼具有理論建構與經驗認識上的分析意義。

首先，以「醫院組織」為研究的首要特徵，主要是因為在現代醫療場域的運作與變遷過程中，醫院組織做為醫療資源的主要集中、分配與運用者的趨勢日漸顯明。雖然醫療場域中諸多的行動主體，各自對於醫療體制的發展與運作會有不同程度的影響與作用，但是，醫療知識與技術的現代化需求與專業化程度的日漸增高，以及國家介入醫療與健康照護事務的影響力不斷增強，明顯地促使醫療服務成為一種高度組織化的作業。換言之，隨著社會的發展與變遷，特別是在強調保障甚至促進國民基本健康的現代國家中，無論是面對日漸升高之醫療服務與需求的滿足，乃至對醫療環境與體制運作的可能影響，醫院組織在在扮演著重要角色（Freidson, 1970; 1973; Newhouse, 1970; Becker & Sloan, 1985）。要言之，由於醫療場域的不斷擴張，以及組

4 本文對於醫院組織的分類，基本上是以其背後主要的支持體系為依歸，以便能更清楚地思考與分辨其組織表現的行動特質與一般形象。一般而言，台灣醫療服務場域的醫院組織，概分為「四大體系」：一是政府部門接收日據時期遺產，並加以擴大重製的公立醫院體系；二是國民政府遷台後因應軍需而建制的軍方醫院與榮民醫院體系；三是行政院衛生署成立後，逐漸開放並鼓勵民間興建的私立醫院體系；以及最早在台發展西醫療法，規模也與日俱進，晚近並有若干不同宗教系統加入成立的宗教性醫院體系（張苙雲，1998a; 1999）。

織化醫療服務的趨勢與要求，使得醫院組織對於醫療資源如何提供與實踐，有著實質的影響力。因此，很明顯地，醫院組織無疑是瞭解醫療場域之制度結構與行動主體之間「相互再生產」過程的重要切入點。

其次，以「基督宗教」背景做為本文討論對象的另一個特徵，對於台灣醫療場域之發展的理解，也有著若干特殊的研究意義。一如眾所周知，台灣醫療環境的發展受到「西方醫學」相當程度的影響；而基督宗教醫療組織在台灣的「醫療傳教」工作，對於近百年來台灣醫療環境的發展，除了有一定的影響與貢獻之外（李健鴻，1996；張苙雲，1998a；丁仁傑，1999；蕭文、顏裕庭，1999），對於醫療與宗教之間的某種關聯及其關聯形式，事實上也造就了一定的「社會意象（social image）」。

從上述兩點來看，基督宗教醫院組織的存在及其可能的轉變，對於本文欲進一步認知「社會做為一個整體」之意義與現象在醫療場域中呈顯，或將別具意義。此外，在醫療體制與醫療環境發展過程的「功能與反功能」現象的命題中，「醫療技藝向上提升」與「醫療德行向下沈淪」之間的緊張，特別受到關注。相較於具家族或財團背景之醫療組織明顯的經濟利益偏向，而招來「醫療商品化」的批評（Stevens, 1987; McKinlay & Stoeckle, 1990; Rayner, 1990）；或是公立醫院的政策利益偏向，相對引來「績效不彰」的質疑，基督宗教醫院組織可能必須同時在經營效益（經濟利得的能力與表現）的與文化使命（宗教德行的維繫與宣揚）之中求得平衡，從而或能特別突顯醫療場域及其發展的「功能與反功能」現象，甚至對於其間的可能弔詭有所啓示。

基本上，宗教與醫療之間有著既古老又傳統的關係，醫療的宗教起源及其社會本質，對於醫療文明發達史的建構，也一直具有一定的影響力。因此，了解宗教性力量在講求臨床經驗與科學證據的現代醫療場域中，是否仍展現某種形式的持續性影響力，無疑會是理解現代醫療場域之制度結構與行動主體之間「相互再生產」過程的一個有意義的切入點。從而，以「基督宗教醫院組織」為研究對象，進而了解台灣醫療場域之制度結構與行動主體之間的「相互再生產」過程及其相關效益的展現，即是本文主要的命題架構與問題意識。

對於上述命題架構與問題意識的開展和探討，本文主要採行質性研究方法的相關策略。除了相關文獻的討論之外，也蒐集若干基督宗教醫院組織公開發佈的資料和訊息，進行部分的內容分析。此外，爲了增進對於實際情境的認識與了解，也針對若干議題，訪查在基督宗教醫院組織服務的管理階層與專業醫師。田野訪談的個案記錄並不能宣稱具有代表性，這也是本文的限制之一；但做爲一個質性研究，本文關切的不在於現象的完全表露，而是希望能對所要探討之問題的存在及其可能的意義有所揭露。

雖然國內已有不少以醫院組織爲基本分析單位的研究，分別討論過國家醫療政策對若干醫療組織乃至醫療產業整體運作的可能影響(林國明,1997；蔡篤堅,2000)；醫療組織在現代醫療場域中的互動與行爲模式(張苙雲,1982；陳東升,1993；林綺雲,1995)等議題；也不乏比較營利與非營利、公營或私立等醫療組織之間運作經營的若干異同(李茂雄,1991；張苙雲,1995；李文福、王媛慧,1998；陳端容,2002；葉宏明,2002)。然而在諸多的研究之中，與基督宗教醫院組織相關的討論，除了其與台灣早期醫療環境發展的關聯，以及若干比較教會醫院與其它屬性醫療院所的生產效率(林小嫻等,1993；蕭文、顏裕庭,1999)之外，特別是面對現代醫療情境的行動特質乃至組織轉化等相關面向的理解，似乎並不多見。因此，本文以下的討論，基本上即是在醫療與宗教之間傳統關聯的認識起點上，進一步開展對於若干基督宗教醫院組織在台灣的前期經驗，及其面對現代醫療場域之相關行動特質的發展與轉化的可能理解。

二、醫療行爲組織化的宗教起源

如上文所述，醫療場域的發展與變遷，事實上牽動著社會、經濟、政治與文化等層面的互動發展。從基督宗教在西方社會的傳統優勢，對於西方醫療組織型式的發展與影響的過程中，可以清楚地看到社會、政治、經濟與文化等不同層面之間的密切關聯。而這也即是「社會做爲一個整體」之分析意涵，在醫療場域的發展與變遷過程中展現的一種體現。本節討論西方醫療行爲組織化的宗教起源問題，除了初步彰顯「社會做爲一個整體」之分析觀點

的若干基本意涵之外，也將做為探討基督宗教醫院組織如何可能在現代化醫療場域中發展與轉型的一個基礎與起點。

(一)生病觀念與治療行為：宗教的印記及其褪化？

大約在西元前五世紀，希臘醫者希波克拉提斯提出「體液論」，主張「生理平衡」才是醫療的基礎與手段。相關認知不但被後世視為是試圖改變當時一般大眾視罹病為「觸怒鬼神」之想法，而為「科學醫學」的先驅，希波克拉提斯也進而受崇奉為「西方醫學之父」(Wolinsky, 1999)。而就當時的情況來看，一般大眾的罹病觀念既然與宗教信念有關，治療的方法自是不會例外。罹病既是因鬼神作祟，病癒自然也須承受其功。於是乎，宗教象徵物、宗教儀式乃至頌唸咒文往往是治病療程的一個重要部分 (Yalom, 2001)。

其實，不只是從一般社會大眾的尋醫與求治行為，可以看到古代以降的醫療觀念與做法的社會起源有其宗教關聯，在希波克拉提斯所提出，並成為日後醫學倫理基本準則的「醫者誓言」中，向「阿波羅（醫者之神）、阿斯克勒庇俄斯（健康神）、潘那西（藥物神），以及所有的神祇」宣誓的誓詞，⁵ 在做為一個被賦予具有「科學」意象的醫者身上，也清晰地看到醫療與宗教之間的密切關聯。而這種「醫學倫理與宗教告解相似」（蔡篤堅，2001）的圖像，相對於今日來看，即便其所要彰顯之濟世救人的精神與倫理依然不變，但是那些偉大神祇的聖名，在現代的「醫者誓言」中已不復見。⁶

隨著基督教信仰在西方社會的勝利，宗教與醫療之間的關聯更為緊密。在教會的影響底下，「罹病是對罪惡的一種懲罰」，持續成為一般大眾對醫療的主要社會意象。從醫學發達史的觀點來看，教會所代表之「經院醫學」的勝利，或許會被視為是希波克拉提斯以降之「科學醫學」的倒退；但若從宗

5 引自 Wolinsky (1999: 327)。

6 當然，宗教印記的「褪化」程度，在「行醫者」身上要比「求醫者」來得快速而且明顯。此外，特別是在現代的醫療環境中，行醫者與求醫者之間「宗教印記褪化程度」的差異，往往也會被歸咎為醫病關係齟齬日深的因素之一。在求得心理或精神上的撫慰作用多過病痛治療的時代，「醫者」(healer) 本身多少都具有宗教印記；今日，宗教印記表現在醫療行為上，則多將會被斥為「迷信」。

教發展史的角度來看，醫療只是教會試圖掌控社會生活的另一種方式，也形成基督教信仰日後進行「醫療傳教」行動的基礎與傳統。而從此一基調來看，宗教與醫療的古老關係與密切結合，並不因「科學」的進展而顯得突兀或有所衝突。

當然，在所謂「科學昌明」時代未盛之際，社會行爲（醫療也是一種社會行爲）與宗教信仰有所關聯，甚或受其影響，並不令人驚異。基本上，至少從西元前五世紀，也就是希波克拉提斯生活其間的遠古時代，直到解剖學、細菌學、麻醉學乃至抗生素等真正奠定「現代醫學」萬世功績的二十世紀中葉期間，一般大眾的醫療認知，甚至行醫者的治療作為，均受到宗教觀念或教諭不同程度的影響。概言之，長期以來，包括求醫者與行醫者在內的醫療行爲，一直是在宗教氛圍中悠遊，而尚未有足夠的力量與宗教「劃清界限」。

（二）組織化的醫療：宗教力量的延伸與斷裂？

除了在觀念與行爲上有所關聯之外，就西方的歷史經驗而言，醫療與宗教之間的綿密關係，對於醫療行爲漸漸發展成一種「與組織有關」⁷的行爲，同樣有著重要的影響。根據醫療社會史家的說法，原始型態的醫療組織在羅馬帝國時期即告出現，主要即是拜基督教會的興盛之賜。對教會及其教諭而言，幫助與收容貧病，不但是體現上帝恩典與獲得救贖的方式之一；在教會的支援與管理之下，普設收容貧病場所，也是深入人們日常生活的一種管道。到了十五世紀，在教會支持底下設立的醫療場所，已經在西歐普遍存在（Granshaw & Porter, 1989; Wolinsky, 1999）。簡言之，「醫療行爲的組織化」，或是「醫療組織」的形成與發展，和基督教信仰傳統的興盛有著密切的關聯。

7 所謂「與組織有關」，或下文中所指之「組織化」或「組織性」的醫療行爲，係指符合「有基本的組織目標」、「該組織目標的進行或完成有一固定或專屬的作業場所」，以及「在該場所進行或完成的組織目標，有專人執行甚或有基本的分工」等三個主要意涵。此外，「與組織有關的醫療行爲」，除了是指有專屬場地、有特定目的、有專人分工與負責等形式意涵之外，也是就醫行爲從「醫師出診」轉變成「病人就醫」的一種「以醫者為本位」所構成的組織性行爲。

當然，前述所謂「醫療行為的組織化」或是「醫療組織」，不論在形式規模或是實質內涵上，都與二十世紀中期之後，在現代醫學取得全面勝利之下快速茁壯成型的醫院組織，及其所表現的組織性醫療行為大不相同。首先，就「醫療組織」的服務特質而言，即便在十六、十七世紀的文藝復興與宗教改革時期，除了教會之外，政府及若干慈善社團也加入社會貧病的收容與照護工作，但是此時所謂的「醫療組織」，基本上仍是一個「社會服務」多於「醫務治療」的場所。收容貧病之外，教會成立的「醫療組織」也是提供朝聖信徒臨時落腳的一個處所。

其次，就提供「醫療服務」的人員來看，在這些初始的「醫療組織」中，一般而言，神職人員即是主要的醫務人員。除了若干神職人員同時兼有醫者身份之外，當時受過「醫學教育」，具備醫療技術的醫師，多數是自行開業，定期到教會成立的醫療場所幫忙，基本上是基於奉獻的精神，而非受雇其中。簡言之，在「醫療」意義上，不論是基督宗教教會或公私慈善社團所支持的「醫療組織」，主要任務仍在於提供「貧弱照護」與「精神寬慰」，而不是現代醫院組織專擅的「疾病治療」⁸ (Rosen, 1963; Granshaw & Porter, 1989; Wolinsky, 1999)。

基本上，基督宗教教會提供了一個貧病之人、虔誠信徒與神職人員同時集結的場所，體現了醫療組織的原始型態，以及組織化醫療行為的初始意義。誠如論者所言，「收容、普及、服務」是當時教會醫療組織的三大主要原則 (Wolinsky, 1999)。從這三個主要特質來看，以基督教會為基礎之醫療組織的設立與發展，實兼具政治（教會勢力的勃興）、社會（貧病階級的收容）、經濟（照護資源的提供）與文化（宗教信仰的傳遞）等層面的互動與整合。

從十五、十六世紀之前，基本上主要做為提供慈善照護的地方；到了十

8 當然，在「醫院發展史」中，也有其「不名譽」的一面。比如當時不論是政府或私人慈善團體，固然是為收容貧病而出資成立「醫療組織」，但其主要目的，是希望那些「不雅觀的」窮人、流浪漢、殘疾人、精神病患能「從大街上消失」。尚有工作能力者，可能被迫出去工作，以償付居留費用。更駭人聽聞者，乏人照料而被送進來的嚴重傷殘或瀕死之人，還可能成為「醫學實驗品」。這類原始的「醫療組織」，不但被形容為是個「窮人院 (poor house)」，而且還是個「死亡屋 (death house)」。此外，古老意義下的醫療組織，也常常是權勢人物沽名釣譽或政治鬥爭的工具 (Rosen, 1963; Granshaw & Porter, 1989; Wolinsky, 1999)。

七、十八世紀才漸漸有簡單原始的醫療服務；直至二十世紀成為醫學教育與研究的專業場所，基督教傳統與醫療組織之發展的關係固然密切，但很顯然地，今日規模宏大的現代醫院，早已不是那個以體現宗教教諭為初衷的原始醫療組織可與比擬。由於生活條件的改善、醫學知識的進展、社會秩序的變動、教會勢力的消長等等歷史與社會經濟因素的影響，醫療資源供需之間的辯證性發展，讓現代醫院的成長，以及醫療場域的變遷，在「技術上」快速地超越宗教教諭所能臆想與掌控的範圍。

從上面的討論看來，含括政治、經濟、文化與社會等層面之間彼此互動關聯的整合與斷裂過程，影響著醫院組織乃至醫療場域的發展與變遷。基本上，此一整體發展型態的體現，也即是所謂「社會做為一個整體」之分析意涵的彰顯。從而，就「社會做為一個整體」的觀點來看，宗教與醫學發展之間某種程度的斷裂，並非意味著宗教與醫療之間古老關係的滅絕，也可能因此而產生新的整合形式。在醫療場域的發展與變遷過程中，宗教與醫療之間互動關聯的深刻痕跡，除了表現在「收容、普及、服務」三大原則，仍是現代醫療行為乃至醫療組織存在與運作的正當性基礎之外，若干基督宗教醫療組織隨著時代變遷，蛻變為規模宏大、設備精良的現代化醫院，持續在體現宗教意念與教諭的使命傳承下存續與經營。

表面上看來，特別是進入所謂「抗生素時代」，「現代醫學」建立前所未有的專業暨社會權威之際，在醫療場域中體現涂爾幹（Emile Durkheim）所謂「宗教所保留的領地，科學將成為主人」（Durkheim, 1992: 487）的說法，似乎更是殆無疑義。然而，就現實經驗來看，即便如現代醫院這種高度依賴科學技術的專業場域，未必即意味著宗教力量的完全斷裂。

三、基督宗教醫院組織在台灣的發展意涵 及其可能的轉變

基本上，從「醫療做為一種社會建構（social construction）」（張苙雲，1998a: 34）的觀點來看，宗教與醫療之間古老又密切的關係並不難理解。宗教氛圍影響著社會行動，從而也對當時的醫療觀念有著一定的型塑作用。同

樣地，隨著「理性」、「科學主義」的進展，醫療行為乃至醫療組織的運作，在相當程度上已然脫離宗教力量的掌控亦是事實。然而，如上文所述，宗教做為社會建構的重要基礎或主要力量的時代情境，或許已經有所轉移，但這並不一定意味其影響力或重要性的完全消退。因此，本文關切的是，與醫療行為和醫療組織的起源乃至發展，有著古老而綿密關聯的宗教性力量，是否以及如何能在日新月異的現代醫療場域中，保有其一定的延續性或影響力？

(一) 基督宗教醫療組織在台灣的建立與發展

在有關百年前台灣的醫療與公共衛生條件的描述中，日據時期（1895～1945）一般被視為是「近代台灣醫學」發展的「基礎」或所謂「奠基期」（吳文星，2000；洪有錫，2000；許成仁，2000）。另一方面，從對台灣「古名」的考究、當時日軍登台遭遇的抵抗，乃至據台初期的「傷亡數字」，不論是文字描繪或統計數據，也常被引證為百年前台灣醫療與公共衛生條件惡劣的具體跡象。⁹ 相關的描述與數字，除了意味著日據以前，台灣似乎不存在有意義的醫療環境或公衛條件之外，在所謂「近代台灣醫學」基本上是指「西方醫學」範型的情況下，源遠流長的中醫技藝，在百年前的台灣整體醫療環境中，似乎也沒有太大的意義與作用。

相對於中國傳統醫學的醫療力量與公衛意義微弱，西方醫學在台灣的「紮根」、「奠基」與「建制」過程，在各方看來，就特別顯得意義重大。概括而言，1865年蘇格蘭基督教長老教會宣教師馬雅各（James Maxwell）抵台，是為西方醫學在台「紮根」的初始；日據時期，殖民政府建立以西醫為範型的醫療與公衛設施，並消極打壓中醫，則為所謂「奠基」時期；而至國民政府遷台，從恢復基督教會醫院的運作、重建日治時期的公醫體系、籌建軍系醫院、允許若干私立醫學院的設立，直至衛生署成立，開始邁入台灣醫療體系的「建制」階段（張荳雲，1998a；1999；江東亮，1999）。整體而言，就

9 比如在連橫的《台灣通史》中，即提到台灣原名「埋冤」（河洛語）（連雅堂，1979）。而在所謂「征台役」中，日軍計有515人受傷、164人戰死，但卻有二萬六千多人罹病、四千六百餘人病死（陳紹馨，1989；小田俊郎，2000）；據台初期，駐台日軍一直超過40%的死亡率，主要是因病而死（江東亮，1999）。

制度發展的角度來看，以「西方醫學」為典範，可說是近百年來台灣醫療環境與體制發展的重心與基準。

基本上，在這段西醫範型對近百年來台灣醫療環境與體制發展的影響過程中，具基督宗教背景之醫療組織的傳入、建立與經營，彰顯了宗教在現代醫療場域中的延續性意義。一方面，做為一個行動主體，基督宗教醫療組織的建立、經營與發展過程，時至今日，仍持續見證並實際參與台灣醫療場域的轉型。當然，在另一方面，從結構變遷的角度來看，在與台灣醫療場域整體發展的互動過程中，也會不斷地重新界定基督宗教醫療組織在台灣醫療場域中的發展意義與存在地位。

(二)基督宗教醫院組織發展特質的延續及其可能的改變

眾所周知，具宗教背景之醫院組織對於台灣醫療場域之發展的影響，是以基督宗教透過教會體系的運作為濫觴。基督宗教醫院組織在台灣「紮根」，基本上在於「醫療傳教」之目的與理念的體現與實踐。除去信仰傳遞的本質與效益不論，在西方醫學與療法的引進、提供貧苦階層免費的醫療服務、收容並救治身心殘障或被社會遺棄的傷病、開設護理基礎教育、建立醫事人員培育機構、疏解偏遠地區醫療困境、彰顯宗教與醫療的人道與非營利本質等方面，可說是基督宗教背景之醫院組織的傳入、經營與發展，在台灣醫療場域中，深受指認與肯定的明顯特質（劉碧昭等，1992；江東亮，1999；蕭文、顏裕庭，1999；2000；葉宏明，2002）。而上述諸多特質，基本上不脫離「收容、普及、服務」的範疇，從而也顯示基督宗教醫療組織，對於古老宗教信念的傳遞與維繫作為。

隨著政府機構、私人部門，乃至其它的宗教與社會福利團體相繼投入醫療場域的營造與運作，基督宗教醫院組織在台灣醫療場域中的行動意義與特質，也有若干程度的改變。而其行動意義與特質可能有所改變的徵兆，和基督宗教醫院組織力求發展之後的「經營成就」有關。基督宗教醫院組織醒目的「經營績效」，¹⁰一方面顯示，在競爭日趨激烈的台灣醫療場域中，基督宗

10 一個組織的「經營績效」，具體來說，基本上指的就是獲利能力。而從表一若干代表各種醫

教醫院組織的組織能力與經營效能，並不下於其它屬性的醫院組織。然而在另一方面，強調「救助」、「慈愛」、「人道」、「非營利」等宗教信念，並在此基礎上建立與發展的基督宗教醫院組織，能在醫療場域已然「商業化」、「功利化」的批評中持續地「規模化」，或是展現「經營績效」，即不免招致組織原則與經營理念，可能已經有所動搖的質疑甚至責難。¹¹

事實上，誠如組織社會學者所言，由於行動主體無法脫離，更無法完全掌控結構條件的制度性影響，在制度結構不斷變遷的現實影響之下，行動主體為了維持競爭地位，必須不斷地增加外部資源投入的可能性，以及對內部資源進行重分配，以符合現行制度條件的要求。然而在向外多方爭取資源，以便強化組織競爭能力的同時，也增加了組織對外部資源的「依賴性 (dependency)」，從而導致組織行動進一步失去行動「自主性 (autonomy)」

療體系之醫院歷年營業額的比較來看，若干基督宗教背景的醫院，在所謂的「經營績效」上，一直有不錯的表現：

表一：不同屬性醫院組織歷年的營業收入

單位:億元新台幣

年度 醫院名稱	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
長庚醫院	225.06	236.80	248.08	275.77	319.63	308.19	337.33	331.64
台北榮民總醫院	91.17	95.40	111.12	122.28	129.48	134.46	139.42	136.93
台大醫院	—	—	83.26	91.34	100.41	106.74	114.83	116.68
馬偕醫院(總院)	68.92	63.33	67.87	76.42	81.8	101.69	106.14	109.89
新光醫院	36.68	38.64	43.23	45.84	45	46.77	47.49	46.15
中山醫大附設醫院	10.01	12.76	16.14	18.42	26.87	29.45	34.78	—
台安醫院	—	—	—	—	13.82	13.31	13.80	14.02
馬偕醫院(台東分院)	8.97	9.53	10.67	11.86	12.06	12.81	13.47	—

資料來源：《天下雜誌》特刊 28 期 (2000)；特刊 36 期 (2002)；274 期 (2003)；298 期 (2004)。

- 11 在若干與教會醫療體系有關的評估或研究中，其醫療品質與經營效率一般而言均受到肯定，表現甚至在其它醫療體系之上（楊志良，1990；劉碧昭等，1992）。但相對於若干醫院組織的經營日漸困難，基督宗教醫院組織如何可能在競爭激烈的醫療環境中生存，甚至有不不錯的成長與發展，即容易讓人產生基督宗教醫院組織所追求的目標已經不明的疑慮。從而，隨著某些基督宗教醫院組織「經營成就」而來的責難與譏諷，也就屢見不鮮。比如「像個怪獸，巨大無比；像八爪魚，四處滲透……。太企業化、世俗化了」（訪問記錄，RM03）；或是「醫院愈蓋愈大，神的恩典愈來愈小」（張曉卉，2002）。當然，這些批評對基督宗教醫院組織而言或不盡公允，但勢必會影響社會對具宗教背景之醫院組織既有的「社會期待」與「文化想像」。

的可能空間。此外，組織因應情勢而進行內部資源重分配的同時，由於可能出現資源利用的偏斜（deflection of resources），進而致使部門衝突，甚至造成背離組織目標的質疑（Perrow, 1961）。換言之，行動主體在制度結構影響之下，試圖維繫其行動「自主性」的重要關鍵，在於控制對組織外部的「資源依賴」程度，同時可能還要面對組織內部「資源偏斜」現象的產生。

從而，基督宗教醫院組織同時存在著「不錯的經營績效」與「理念原則受質疑」的情境，除了意味著基督宗教醫院組織的行動特質，可能隨著台灣醫療場域的發展而有所轉變之外，從「社會做為一個整體」的觀點與角度來看，基督宗教醫院組織的發展所牽動之社會資源的引入與動員，以及組織內部資源與組織結構的重新分配，也說明其在醫療場域中的行動特質，是一種含括政治、社會、經濟與文化意涵的整體表現。於此同時，醫療場域與醫療組織發展之「功能與反功能」的弔詭現象，也會在行動主體進行資源動員與資源分配的過程中呈顯。

四、健保體制的運作與基督宗教醫院組織的行動特質

宗教與醫療之間所存在的古老的社會建構關係，進一步體現了醫療行為組織化的社會文化起源與初始意義。而在醫療場域逐漸組織化與結構化的過程中，也同時改變了宗教與醫療之間的關聯程度。在健保體制已然成為台灣醫療場域最主要的制度性結構的情境之下，基督宗教醫院組織與健保體制之間「相互再生產」的過程與結果，具體地表現在「健保資源的爭取」、「財務能力的維繫」，以及「宗教使命的傳遞」等諸面向的努力與作為，同時也關乎其「社會形象的營造」。對基督宗教醫院組織而言，上述四個面向的「一致性（coherence）」程度，關係其可能的生存機會與發展空間。

（一）宗教意念與醫療組織原則的同構與離異

從制度結構面來看，全民健保的實踐做為一種保障民眾基本「健康照護（health care）」乃至「健康促進（health improvement）」權益的制度性因素與力量，雖然其功過與損益至今迭有爭論，但仍無疑是近十年來台灣醫療

環境與體制變革過程的重要導引力量。藉由全民健保的實踐所帶來的整體醫療資源的增進與改善，基督宗教醫院組織體現「同體大悲」或是見證「上帝恩典」的宗教善意與組織目的，事實上也會獲得一定程度的助益。

在社會經濟資源與醫療資源俱為貧乏的時代，負有體現「醫療傳教」任務的基督宗教醫療院所，往往需仰仗教會體系給予一定的經濟支援。隨著台灣社會經濟情境的發展與醫療資源的日漸豐富，由於相關的宗教性資源可以移轉到其它需求更為殷切的地方，從而也降低了教會體系持續給予在台所屬醫療院所經濟支援的必要性。基本上，教會體系資源挹注的減少，自然會對早期以體現宗教慈善為目的，而在某種程度上可以「不計營虧」的基督宗教醫療組織的營運產生衝擊。在競爭性格日漸明顯的台灣醫療場域中，資源不足之醫院組織的生存已然備受考驗。¹²

在醫療場域逐漸發展，競爭也隨之激烈的情況之下，對基督宗教醫院組織的運作，可能出現兩個立即的影響。一方面，如果醫院組織的營運主要仍得依賴教會的直接支援或仰仗外界的捐助，而不能彰顯「競爭能力」的話，其生存無疑將會漸顯危難；¹³ 二方面，對於尚能審度時勢提升競爭能力，從而得以隨著台灣醫療場域的擴展而同步成長的基督宗教醫院組織而言，也可

12 衛生署醫政處的數據指出，健保開辦以後，兩百床以下的區域及地區醫院共關了 377 家，重新整併成 148 家。少了 229 名「醫院院長」的頭銜，也說明中小型醫院生存的困難（周啓東，2002）。基本上，「缺乏經濟規模」常被視為是中小型醫院逐漸萎縮，甚至被淘汰的主因之一（張錦文、黃淑雅，1998；王俊文等，1999）。

13 會員院所涵蓋基督教與天主教所屬醫療院所的「中華民國教會醫療院所協會（CHCA）」，亦不諱言在今日的醫療環境中，許多會員院所「有嚴重的財務問題」。協會理事長，彰化基督教醫院黃昭聲院長在其工作報告中即認為，「教會醫療院所協會」應協助、分享與整合募款經驗，共同開發「上主在財務上在社會各個角落替我們預備的……，希望可以導正一些會員院所的財務困難」（黃昭聲，2002）。然而，若干教會醫療院所的經營階層則認為，正是因為社會的情境與需求已經不同，依靠募款的心態也應該改變。一位基督教醫院的副院長即指出：

宗教性醫院的領導人也要能注意社會的變化和需求。像現在很多天主教醫院的經營不太好，一直在倒。現在你已經不能像以前只說我有愛心啊、服務啊，或只依靠外面的募款。以前或許可以靠募款，現在台灣幾乎募不到款，很多你要靠自己，要繼續經營或生存下去，當然要想辦法……。宣揚上主的福音很重要，這是醫院的根本，但是也要有經營或管理的效益做基礎，沒有這個基礎，講很多的愛心、照顧，其實到最後會是空的。（訪問記錄 RM01）。

能由於教會體系資源的移轉他處，而面臨「自負營虧」的要求，乃至承擔「回饋教會」的期許與責任。

對基督宗教醫院組織而言，由於台灣醫療場域的發展與全民健保的實施，使得「收容、普及、服務」等具宗教意念的濟助貧病工作，得到制度性社會資源的輔助與支援；同時也因不再只是基督宗教醫院組織獨自承擔，而讓平等、慈愛、救助等宗教性普世價值與願景的體現，更具有普及的可能性。此外，隨著台灣醫療場域的進展，宗教性資源的移轉，也有了新的空間與機會。基督宗教醫院組織在行有餘力之虞，也得以藉由宗教性資源的再移轉過程，進一步延續與擴展宗教理念與力量的原始目的與基本任務。

簡言之，台灣醫療場域的發展因全民健保的實踐而更為普及化與平民化，對基督宗教醫院組織的存在目的及其理念價值的實現而言，具有其功能性的意義與價值。宗教意念與醫院組織原則之間的同構作用，在制度性社會資源的逐漸開展之下，其正面的組織意義與社會價值得以持續展現。基督宗教醫院組織能在健保體制與資源的競爭過程中持續地成長茁壯，也顯示宗教力量在現代醫療場域中的某種延續性意義。

與此同時，如前所述，由於台灣社會經濟情境的長成，帶動醫療場域的進一步發展，連帶也使得對早期台灣醫療情境的維繫有一定貢獻的國外宗教性資源，在「醫療傳教」的信念下持續地進行資源的再移轉。因此，基督宗教醫院組織必須在組織與經營上，具備更強的「自為能力 (capacity for itself)」，才可能在醫療資源逐漸豐沛，但競爭也更顯激烈的台灣醫療場域中，持續尋求生存與發展空間。

從而，在宗教性資源減少，生存壓力增大的情況下，為了爭取制度性社會資源，以及在現行的醫療體制中生存，基督宗教醫院組織的經營方式與競爭策略，在若干服務於基督宗教醫院組織的醫療人員看來，似乎愈來愈顯得與非宗教性醫院組織沒有太大差異。一位在醫學中心級的基督宗教醫院組織中服務的主治醫師即認為：

這麼多年的競爭之下，其實我們醫院的經營角色非常濃厚，而且不斷擴張。反正這個系統裡面我看不出宗教的一些味道。這種運

作方式另一個也可能是因為權利鬥爭之下的一些運作，這個一般醫院和宗教性醫院其實很像。……院長講說你如果不競爭，就是裁員嘛！減薪嘛！那如果醫院本身的一個政策是不減薪，不裁員，它就必須想方法，然後用不同的方法去維持。……基本上跟臺大、長庚系統一樣，都在架構醫療網，做一些醫療體系的維繫工作。

我看到的那個（發展）分析圖，是分析這一塊是誰的醫療路線，群眾運送會比較方便？這個我們可能可以把它立刻包起來做。……（內部）報告的是這種東西。這個領域可不可以架構在疆界的範圍裡面？主要是這個。生存啦！都在講競爭和生存。……現在它是看這個點本身有沒有在高速公路的運作上面？是不是有更便利的交通，可以縮短從哪裡到哪裡的就醫路線？……重點幾乎都是發展取向啦，因為要跟整個其他的醫療體系搶。（訪問記錄 RP02）

如同另一位於某市立醫院任職，但固定利用空餘時間，參與一個基督宗教醫院組織在原住民部落進行醫療工作的醫師所指出的：

台灣的醫療環境，現在逼得差異性其實不會很大了。因為台灣的制度會把醫療特質壓縮到很接近，因為健保給付的關係。宗教性醫院，也是要跟健保局申請錢，健保變成最後的規範。（訪問記錄 RP01a）

簡言之，基督宗教醫院組織的生存競爭，即使不至於陷入無立足之地的窘境，但在自負營虧與回饋教會的要求與原則下，為了競爭資源，取得生存的利基點，基督宗教醫院組織的組織原則、經營理念、乃至長期營造的社會聲譽，即可能因此而有某種程度的轉變。一方面，基督宗教醫院的組織原則與發展策略可能必須往有利於爭取健保資源的方向偏移，以利於生存與發展；另一方面，在必須爭取外部資源而有所偏移的同時，可能即與基督宗教醫院組織兼負「醫療傳教」的若干原則有所衝突。從而，台灣醫療場域的發展與全民健保的實踐，對基督宗教醫院組織的行動特質而言，即可能出現某

種「反功能」的作用。如此一來，過去宗教意念與宗教性醫院組織原則之間所呈顯或強調的同構作用，即可能漸漸產生離異的現象。

(二)醫院組織行動特質的「同形同性化」

除了制度結構面的影響之外，就行動主體的角度而言，如前所述，台灣現今規模宏大、設備一流的醫學中心，不乏基督宗教醫院組織。顯見基督宗教醫院組織在台灣的醫療場域中仍能繼續保有相當的影響力，同時也意味其組織模式與行動策略具備一定的競爭能力。若干基督宗教醫院積極在「憐憫、慈愛」與「績效、卓越」之間尋求有效的平衡點，從而仍能繼續在競爭日趨激烈的台灣醫療場域中，保有實現類似「收容、普及、服務」或是「醫療傳教」之理念和使命的機會與空間。

當然，就今日台灣醫療場域的情境而言，重要的行動主體不只是基督宗教醫院組織。因此，處於相同場域之不同背景的行動主體之間互動往來的結果，也會對於彼此行為模式或行動策略的模塑產生一定的影響。不同背景之行動主體之間互動再生產的結果，一方面有其功能性的意義，比如在相互競爭的情境下，或許可以共同型塑出能提供更為多元、更為先進，甚至更為有效的醫療作為與服務機制。然而在更加規模化、更為有效益的同時，若干「反功能」的作用與現象，也逐漸在相互競爭的醫療情境中顯現。例如，在所謂「藥價黑洞」¹⁴、「醫病關係不良」（楊志良，1986；張荳雲，1992；1998a；黃

14 2002年下半年，鑑於健保財務危機的考量，行政部門開始蘊釀調高健保費率。由於「健保雙漲」的爭議，一年八百多億的藥品支付費用中，一百五十億到二百億的「藥價差」或「藥價黑洞」問題，再度受到關注。在健保局以「業務祕密」為由，拒絕公布各醫院組織藥價申付數據的同時，若干立法委員紛紛引用各種「非官方」資料，公布「藥價差排行榜」。其中數字或有差異，但榜上有名者不乏宗教性醫院組織。例如，立委陳文茜的資料顯示，2001年向健保局申報藥費的前三名中，彰化基督教醫院名列第三（23.9億），僅次於林口長庚（41億）與台北榮總（35.9億）；其推估「藥價差行情」約為藥價給付的40%（中國時報，2002a）。立委徐中雄的前十大「藥價差」醫院名單中，馬偕醫院（14億）、彰化基督教醫院（13億）、嘉義基督教醫院（6億）、慈濟醫院（4.75億）則分列第二、三、八、九名（中國時報，2002b）。立法院國安聯盟針對單一藥品所公布的「藥價差」資料中，彰化基督教醫院（胃潰瘍、十二指腸潰瘍）、耕莘醫院（高血壓、狹心症）、嘉義基督教醫院（抗生素）均名列單一藥品差價倍數最高名單中（李雪莉，2002b）。

達夫，1999；黃崑巖，2000；賴其萬，2000；成令方，2002），乃至醫療行為與醫院經營的「商業化」與「功利化」（林國明、陳東升，2003；黃崑巖，2003；陳美霞，2003b）等眾多的專業批評與社會質疑中，基督宗教醫院組織，似乎並未能特別豁免於這些頗受爭議與指謫的徵象之外。

醫療場域的競爭，必然迫使相關行動主體做出必要的因應。從上述基督宗教醫院組織為因應台灣醫療場域的發展與變化，而對其同時體現「功能」與「反功能」的綜合效益來看，基督宗教醫院組織的行動特質，似乎也變得愈來愈不明顯。無怪乎即使是在基督宗教醫院中任職的醫師，並不認為「宗教背景」和醫院的生存競爭型態之間，有太大的關聯或影響：

CC 能夠比較突出，我不認為是它的宗教性色彩在影響，雖然我們醫院是都在宣傳他們的宗教色彩。……這個東西是醫院一直在宣揚的啦，可是我在病人身上，其實聞不到這種味道，他來 CC 是因為這樣的理由來的。或許有少數一些人啦。說不定他本身是基督徒，所以他會來這個醫院。這樣的比率，其實在我們自己的醫療生態上其實是不多。

我覺得是它本身在醫療上有沒有競爭性，去決定一個群眾他會不會來這個醫院。（比如它）設立比較久、設備比較好、醫生比較多、醫生比較專業……。就跟醫學中心的概念一樣。所以群眾讀到的是，它是醫學中心，而不是因為它是基督教醫院。（訪問記錄 RP02）

或許為了因應醫療場域發展與競爭的現代要求，對基督宗教醫院組織而言，型塑「醫學中心」形象的意圖與行動，可能要比彰顯「宗教背景」來得重要。相較之下，宗教意象（religious image）較明顯的場所，則可能被放置到較為附屬，甚至邊緣的角色：

每個人經過馬偕醫院門口，台北中山北路和民生路交叉口那一個，每次看到這間醫院，就不感覺這是醫院，感覺像是飯店。大家經過那裡看到的燈光設置、還有那個拱門……。各方面喔，已經不

再是醫院的感覺了……。已經感覺不出來了，感覺不出來了。再轉過去就是他們的舊院區。每個人進去新院區，新的那個拱門，像飯店的那個拱門，他們進去覺得來去自如。反而舊的那個地方，舊院區，看起來好像還處在是那個醫院原創時期的感覺，病人對那個地方，反而不太願意進去，所以這個舊地方，舊院區後來變成癌症中心，好像變成是你不得已的時候，你就要來。(訪問記錄 RP01b)

無可否認地，全民健保的實施，不但重新塑造醫療場域的運作規則，也讓醫療院所的組織模式產生了結構性的改變。在西方發展經驗中出現的醫院組織「大型化」，甚至「兩極化」現象，似乎也已然成為台灣醫療場域運作的主要特徵之一（張苙雲，1999；王俊文等，1999；莊逸洲、黃崇哲，2000；胡幼慧，2001；陳端容，2002；陳良榕，2003）。對於醫院組織的結構性改變，醫療經濟學者的研究傾向於認為，不論是何種屬性或背景，「價格競爭」對醫院組織的組織行為，都有著重要的影響（Dranove, Shanley & White, 1993; Keeler, Melnick & Zwanziger, 1999; Sloan, 2000）。此外，整體而言，醫院組織所提供的「醫療品質」水準，也並沒有因為屬性的不同而有明顯的差別（Becker & Sloan, 1985; Keeler, Rubinstein & Kahn et al., 1992）。換言之，不論是「價格競爭」或「非價格競爭」，不同屬性之醫院組織的行動特質，就經營面而言，似乎沒有太大差異。

從另一個角度來看，組織社會學者的研究也曾經指出，在一個已經結構化(structuralized)的場域中，行動主體在組織結構與行為的「結構性改變」，常常會有「同形同性化(isomorphism)」的結果。比如，非營利組織的結構性改變，會漸漸地與營利組織沒有兩樣。從結構面的角度來說，即使是屬性不同的組織，這種「同形同性化」的結構性變遷，主要是現代社會組織「科層化」過程的結果。而若就組織行動的面向來看，則可視為是行動主體面對不確定或避免障礙情境時，所表現的一種「集體理性(collective rationality)」」。因此，在一個已經結構化的場域中，最終常常導致組織在內部結構、行為模式乃至組織文化上的某種同質性(homogeneity)。而組織行動「同形同性化」的結果，除了可能造成組織內在結構與外在表現上的某種相似性之

外，也會逐漸顯現組織行動的結構性改變，主要不是基於競爭或效率，而是爲了體現組織存在的「正當性」(DiMaggio & Powell, 1983)。

換言之，行動主體因應制度結構力量的方式，表面上看來會因爲屬性的不同而各有對策，但實際的結果卻可能是行動主體彼此之間的行爲模式，似乎愈來愈相似。我們即不乏看到，爲了體現或維繫競爭能力，基督宗教醫院組織也要建構醫療網、大型化然後規模化。從上述的觀點來看，在相互競爭的同時，醫院組織的行爲模式本身即具有某種程度的規範性與制度意義。從而，對於基督宗教醫院組織發展的行爲模式或行動特質的認知，即便是在基督宗教醫院組織服務的醫療專業人員，也很容易會從市場競爭的角度來解讀，基本上可以從組織結構性變遷的「同形同性化」結果，得到一定的解釋。

(三)基督宗教醫院組織行動特質的延續

不論是從「制度結構與行動主體之間 (between institutional structure and active subjects)」，或是「不同行動主體之間 (between active subjects)」[「相互再生產」的相互關係來看，基督宗教醫院組織的行動特質相較於其它屬性的醫院組織而言，似乎愈來愈不具差異性。這樣的結果，當然也會對「行動主體之內 (within active subject)」的若干運作模態產生一定的影響。比如，由於兼負「醫療傳教」的使命與任務，「醫師兼教徒」基本上是早期基督宗教醫療組織，在人事結構乃至升遷模式上的一個既傳統又明顯的特徵。時至今日，特別是在規模宏大的基督宗教醫院組織中，「宗教」已經不是醫療專業人員能否成爲組織成員的重要「身份印記」。

換言之，做爲一個現代化的醫療組織，「專業資格」已然要比「宗教認同」來得重要。基本上，這也是組織科層化與專業化過程的必然結果。然而，這並非意味著基督宗教醫院組織內部若干的運作特質，已全然無異於其它屬性的醫療院所。例如前述基督宗教醫院組織成員的「身分印記」問題，若從組織的水平結構來看，也就是在人員構成上，兼具宗教身份的情況或許變得不明顯，也不重要；但是若就組織的垂直結構來看，也就是在人事升遷方面，情況就似乎略有不同。一位在具有基督宗教背景的醫學中心任職的醫師即觀察到：

如果說你在這個醫院系統裡，你想爬升的話，你想往上爬，你一定要去受洗。你去看我們醫院，有很多科主任，本身如果要往上晉階的話，你就可以常常看到他們的消息，然後院內會大肆宣傳。大家就知道，他受洗了；然後就知道，他可能很快就要當副院長了。……CC 的醫療體系裡面，你要升到一個主管階級，不用特別的宗教色彩。比如說某科的主任，這不用宗教的色彩。但這一個中間的領導階層要再往上，就要！有這樣的區別。（訪問記錄 RP02）

在已然規模化與現代化的基督宗教醫院組織中，組織成員的「宗教認同」即便已不再被強調，但是「醫師兼教徒」的古老印記，在組織結構某一層級的職務領域中，似乎仍然頗為緊要。當然，由於組織規模已大不相同，基督宗教醫院組織真正能清楚表現其延續性意義的身份印記，可能已不只是「醫師兼教徒」所能概括，而是為集「醫師」、「教徒」與「管理者」於一體者所替代。

基本上，在現代化的宗教性醫院組織的專業醫師成員中，漸漸形成「醫師、教徒與管理者」三位一體、「醫師兼教徒」，以及「醫師」三個主要的身份地位團體。與此同時，當組織內部出現意見相左時，對於所謂「領導」或「管理」的認知與看法，不同身份地位團體的解讀即可能明顯有異。集「醫師、教徒與管理者」於一體的地位團體，基本上會主張乃至強調宗教與管理結合的重要性。例如，彰化基督教醫院黃昭聲院長即不只一次地向院內同仁宣示：

本院嘗試以愛上帝、愛土地、愛人民為彰基精神的架構，實際在日常工作與生活中付諸行動，並訂出考核辦法互相鼓勵。使本院全體同仁不僅是一群專業人士，而且共同流露出一股特殊的文化和氣質。（黃昭聲，2000）。

我一直堅信，上帝是公義和慈愛的。彰基和彰基人只要是神忠實的僕人，聽從上帝的話，上帝就要紀念祂與我們所立的永約。（黃昭聲，2003）。

對於不同意見的表達，「醫師、教徒與管理者」地位團體甚至可能會認為，「員工的擔心是不瞭解，基督徒員工的誤解是『不夠基督化』」（訪問記錄 RM03）¹⁵。然而，類似上述的領導宣示或管理方式，「醫師」地位團體卻可能做如下的解讀：

（管理階層的）背後會有個宗教色彩在後面當 backup，就是要大家都禁聲，不要講話。這也是他（宗教）能力的一個佐證啦！authority 會更強。你不該有不同的聲音，因為，我們都是在為神做事！這個味道有時候在這裡就跑出來，當有人聲音特別強的時候。
（訪問記錄 RP02）

除了宗教性的身份特徵仍在基督宗教醫院組織的某些職務領域中顯現之外，在基督宗教醫院組織任職的醫師，似乎也要面對與承擔某些不同於其它屬性之醫院組織的執業心境。在宗教性醫院組織中服務的醫療人員，所會面臨的一種型塑「專業人士」與「宗教情懷」兼具之組織文化的期待，基本上並無不妥。因為這種涵蘊宗教色彩之組織文化的宣示與期待，不僅彰顯「醫療」本質原本就具有的人本精神與價值，也符合宗教性醫院組織初始的組織原則與存在目的，同時更能體現出與非宗教性醫院組織之間的差異。雖然組織文化的涵化作用對組織成員的「效益」不盡相同，但無疑仍是在宗教性醫院組織中服務的醫療專業人員，所要面對的一種基本的執業情境。

如前所述，在醫療場域的發展過程中，質疑與批評醫院組織「商業化」、「功利化」的聲音所在多有。姑且不論類似的評價，反映多少醫院組織經營時的真實情境，由於不同屬性之醫院組織的醫療情境有所差異，醫療專業人員基本的執業心境，明顯會受到揉合著社會評價的執業情境所影響。特別是當

15 當然，就行政管理策略的角度來看，組織在進行爭議管理時，「訴諸權威」的手段與方式原本就是解決爭議的一種方式。然而，這裡所衍生出來的一個有趣的問題是，就宗教性醫院組織的爭議管理而言，除了「教義」或「教諭」可能做為權威的最終來源之外，無論「醫師」與「醫師、教徒與管理者」彼此對於解決爭議的管理方式的「解讀」有多少差異，雙方似乎都「理所當然地」認為「宗教」會是權威的最終依據。

「專業」、「績效」與「管理主義」結合，用來合理化或正當化日趨競爭的醫療情境時，在身負「宗教」名義的醫院組織中服務的醫師，很容易在顯露「商業化」、「功利化」的執業情境，與蘊含「濟弱」、「慈愛」、「憐憫」等宗教意念的組織文化之間，出現某種認知衝突的執業心境：

宗教性醫院的醫生特別會抱怨這件事情。因為宗教醫院的醫生很希望能夠跟病人獲得比較好的醫病關係，希望比較多的時間（和病人相處）。但是現在的醫療制度讓宗教性醫院的醫生沒辦法如願，因為一定要衡量，衡量的結果就是，質沒有辦法顧到。……所以可能在這種健保制度下，宗教性醫院的醫生會過得更沒有成就感，這是確實。

在其他醫院也許沒有那麼明顯。因為其他醫院的醫生，他可能該做的事情做完了，也許他覺得就夠了，責任已了。他覺得在這種制度之下，我做我該做的事情。可是宗教性醫院有一些醫生，據我所聽到的，有一些醫生，在這種給付制度之下，他跟病人的醫病關係，他沒有辦法克服，所以工作上會比較不滿意。（訪問記錄 RP01a）

近來醫界對於「醫師不快樂」似乎已經成為一種「集體的躁鬱」現象頗多議論（黃達夫，2002；林介山，2003）。一方面，並無相關研究指出在宗教性醫院組織服務的醫師可能可以「比較快樂」；而在另一方面，他們卻似乎較容易在執業情境的落差中覺得「更沒有成就感」。從而，對於在宗教性醫院組織服務的醫生或其它醫務人員而言，宗教理念與醫療現實之間的差距，即可能讓他們更容易在執業心境上出現「相對剝奪感」。¹⁶

16 雖然有些零星個案，顯示在宗教性醫院組織服務的醫療專業人員，可能因為行醫理念與執業情境的差距，導致執業挫折感加重，甚至出現輕生的現象（訪問記錄 RP01a），但我們仍沒有充分的證據或指標，可以說明在宗教性醫院組織服務的醫療專業人員，比起其它屬性醫院組織的醫療專業人員，在執業心境上是否較為快樂或不快樂。本文只是指出，從組織文化的可能特質與醫療場域整體發展趨勢之間可能出現的相對距離，對於在宗教性醫院組織服務的醫療專業人員而言，可能會面臨或產生「更需要調適」的執業心境。

除了內部人事運作與執業氛圍仍有若干不同於其它屬性醫院組織的徵象之外，從醫療行為的整體表現來看，基督宗教醫院組織也展現若干不同的行動特質。例如，基於「濟弱」、「慈愛」、「憐憫」等宗教信念，基督宗教醫療院所在台灣醫療條件薄弱的時期，對於易受社會歧視與排斥的肺結核、癲瘋病、腦脊髓障礙等病患的收容與救治，成效與貢獻有目共睹。而在醫療資源日漸充足的時代，基督宗教醫院組織同樣在宗教信念的引導下，強調「身、心、靈完整醫治」，開設「安寧病房」，首先關注罹病臨終的關懷與照護問題。¹⁷到了醫療場域日漸競爭，醫療品質乃至醫療的目的與意義也益受重視的今日，若干基督宗教醫院組織試圖在醫療功能與概念，從傳統的「罹病救治」轉化為「疾病預防」乃至「健康促進」的轉化過程中，進一步開拓與落實醫療資源與宗教資源結合的空間與可能性。¹⁸

概略而言，基督宗教醫院組織隨著台灣醫療場域的發展，歷經了從「貧弱與重大殘疾病患的收容救治」，到「引進與關注靈性治療在醫療過程的重要性」，及至「藉由宗教資源的再整合，以推動新的健康觀念」等三個重要的發

17 「安寧照護 (hospice care)」、「臨終關懷」或今日醫界所謂的「緩和醫學 (palliative medicine)」的初始概念與作為，在中世紀即出現在西方的宗教與醫療發展史上。在國內，基督教長老教會所屬的馬偕紀念醫院於1990年2月設立台灣第一間安寧病房，同年12月發起創立「財團法人中華民國安寧照護基金會」。天主教耕莘醫院則於1993年成立聖若瑟病房，從事臨終照護醫療。佛教界則有1994年成立的「財團法人佛教蓮花臨終關懷基金會」(<http://www.mmh.org.tw>；<http://www.lotushcf.org.tw>)。

18 比如若干宗教性醫院即結合醫療設備與既有的宗教資源，積極推動「疾病預防」或「健康促進」等「新」醫療觀念的落實。而從市場競爭與醫院經營的角度上看，類似的健康概念，其實就成為醫院組織「自費健檢」的相關業務。醫界估計每年至少有十億元的產值，各大醫院組織莫不盡力爭取。其中，慈濟醫院規劃推出的「身心清淨健康檢查」，除了院內健檢之外，另安排受檢人參觀慈濟護專與靜思堂；台安醫院的「新起點健康計劃」，則整整規劃兩個星期的日月潭健康生活（中國時報，2003）。慈濟護專與靜思堂是慈濟功德會的相關機構；台安醫院所屬的安息日教會，則在日月潭附近設有教育與醫療服務據點。當然，除了市場意義之外，醫界亦認為這部分業務的推展，對於醫院的角色與功能，乃至醫療的目的與意義，也存在著推動「觀念革新」的意涵。雖然，宗教性醫院組織在所謂「觀念革新」這部分，扮演獨特角色的現象並不明顯。但是在所謂「新的」醫療觀念的實踐行動上，既有宗教資源的再結合，從相關案例來看，確實是宗教性醫院組織在整個經營與發展過程中的一個明顯特質。

展與轉型過程。而這個整體過程也清楚地顯示，基督宗教醫院組織持續地將具有宗教意念的醫療價值或健康觀念，移轉到醫療組織的經營與發展過程之中。事實上，就在持續地思考宗教意念如何在推動與落實不同的醫療觀念與行為的過程中扮演一定的位置與角色的同時，也即體現了基督宗教醫院組織在其結構性變遷過程中的一個特殊的行動特質。

五、基督宗教醫院組織行動特質變與不變的再思考

在上一節的討論中，我們可以從「制度結構與行動主體之間」、「不同行動主體之間」以及「行動主體之內」等不同層面，清楚地看到「健保體制」成為型塑台灣醫療場域運作樣態最重要的制度結構之後，對於基督宗教醫院組織的行動模式、經營策略乃至發展軌跡，無疑已經產生了一定的改造作用。做為台灣現代醫療場域的一個重要的醫療行動主體，基督宗教醫院組織的行動特質，有些部分有了明顯地轉變，這部分讓它看起來和其它屬性醫療組織的現代化發展沒有太大差異；有些地方則仍然清晰地顯現它的「宗教性背景」，展現著基督宗教醫院組織延續其特有意念與行動風格的一面。

簡言之，制度結構與主體行動之間的「相互再生產」過程，不但說明了基督宗教醫院組織行動特質變與不變的可能性；同時也體現其對基督宗教醫院組織，乃至醫療體制整體發展過程的「功能與反功能」作用。然而，除了看到制度結構對行動主體行動特質所產生的某種模塑作用之外，從「相互再生產」的觀點來看，「健保體制」的踐行方式及其所呈顯的整體面貌，在相當程度上，也是與各個醫療行動主體合謀、折衝乃至妥協之後的一種結果。整體而言，基督宗教醫院組織行動特質的變與不變，除了可能是回應健保體制制度性影響力的一種表顯之外，同時也是估量基督宗教醫院組織做為一種行動法人或行動主體，對於各種制度結構層面產生「再結構（restructuring）」意義之可能性的一個基本的思考方向。

（一）健保資源的爭取與對健保體制的可能影響

從「制度結構與行動主體之間的相互再生產」過程這個層面來看，一方

面，健保體制擴大了台灣醫療場域資源運作的規模，¹⁹ 同時也是促使醫院組織進一步規模化的重要力量。在台灣醫療場域尚未成型，醫療資源運作規模有限之際即已建立的基督宗教醫療院所，面對現代醫療場域快速轉變的競爭模式，雖然可能有組織老化、變動不易之虞，但是基督宗教醫院組織不但沒有在台灣醫療場域現代化的蓬勃發展中缺席，甚至蛻變為規模宏偉、設備精良的醫學中心。從一位基督宗教醫院副院長的積極態度來看，宗教性醫院組織的發展雄心與競爭能力的意志與展現，其實不遑多讓：

《聖經》「馬可福音」上說：「你們往普天下去傳福音給萬民聽」！

CC 目前大部分病人的分佈從大肚溪以南，濁水溪以北，八卦山以西而已。我們有什資格說擴張太大、四處滲透？……我們目標已經很清楚了，就是醫療傳道！就是要讓上帝的國藉著你、我大大的彰顯。我們要大大張口，上帝就給我們充滿。（訪問記錄 RM03）

除了健保體制擴大了醫療資源的規模，提供組織規模化的物質基礎與成長機會之外，基督宗教醫院組織強盛的發展企圖，也被視為是宗教意念與宗教教諭的具體實踐。而其可能的動力與機制，或許正如韋伯（Max Weber）

19 從表二的數字資料來看，健保實施那一年（1995）的國民醫療保健總支出為 3,698 億元，相較於五年前（1990），增加一倍有餘。與十年前相較，支出規模則是超過三倍。

表二：國民醫療保健支出表：

項目 年代	醫療保健支出 (億元新台幣)	每人平均支出 (元台幣)	佔 GDP 比重 (%)	被保險人比例 (%)
1980	507	2,874	3.40	16.64
1985	1,081	5,651	4.37	25.40
1990	1,810	8,945	4.20	47.22
1995	3,698	17,387	5.27	89.54
2000	5,254	23,683	5.44	96.16
2001	5,616	25,136	5.91	96.64
2002	5,843	26,013	5.99	97.67

資料來源：盧瑞芬、謝啟瑞（2000: 40）；「衛生署衛生統計資訊網」（2004）。

對於「基督新教倫理」的分析所指出的，基督徒以現世成就彰顯上帝的恩典與榮耀，並以之為獲得來世拯救的徵兆（Weber, 1978; 1988）。換言之，在與制度結構的「相互再生產」過程中，醫療資源的擴充與宗教資源的再移轉，同時擴展了基督宗教醫院組織體現宗教善意之原始使命與組織目的的空間與機會。

另一方面，醫院組織做為一個行動主體，其行動特質除了回應健保體制的影響之外，對於健保體制的實踐形式，事實上也會有一定的型塑作用。例如，從一開始「並沒有做好成本精算」，到各項費率一再面臨調漲壓力時必定併發「改革仍待努力」的檢討與反省聲中（黃達夫，2003；葉金川，2003），健保給付制度近十年來可謂爭議不斷。其中，從 2000 年年底七大醫院組織團體聯合抗議健保局對醫院實施「合理門診量」的「不合理」²⁰、2002 年年底健保局與六大醫院組織團體的「給付談判」破裂、²¹ 2003 年涂醒哲真除衛生署長似乎必須先徵得「醫學中心大老、重量級醫院院長同意、背書」所引發的

20 包括「醫院協會」、「醫學中心協會」、「區域醫院協會」、「地區醫院協會」、「私立醫療院所協會」、「私立地區醫院協會」、「教會醫療院所協會」等七大醫院組織團體，在 2001 年 1 月 1 日起即將實施「醫院合理門診量」的前五日，集會決議表達對新制的不滿。除了將向立法院遞交陳情書之外，並表示不排除自行提高「掛號費」、開辦「自費門診」；甚至在「忍無可忍」的情況下，發動各醫院「統一拒看超量門診」，癱瘓一天醫療；也揚言健保局若沒有善意回應，不惜「集體退出健保」，以表達「嚴重抗議」。面對相關醫院組織的強烈反彈與示威，當時的衛生署長李明亮則不解醫院團體的舉動，並表示至少與醫界協商了一年，開過十餘次會，才公告實施「醫院合理門診量」。健保局也提出數據指出「醫院合理門診量」實施後的影響只有五億，僅僅是每年支付給醫學中心與區域醫院 650 億門診費用中的 0.7%；而且隨即公布相關「配套措施」，擬定提高諸如急診診察費、重症病房費、外科手術費、慢性病連續處方門診診察費、解剖病理檢查費等主要在醫院施作之醫療費用的給付標準，對醫院的給付將因此而增加 40 億，期待並認為應能受到醫院團體的「接受」與「配合」（中國時報，2000a; 2000b; 2000c）。

21 九十一年十二月中旬，衛生署邀集「醫院協會」、「醫學中心協會」、「區域醫院協會」、「地區醫院協會」、「私立醫療院所協會」、「教會醫療院所協會」等六大醫院組織代表，就九十二年度（2003）醫院總額費用成長率進行商議。六大醫院組織代表最後以「集體退席」的方式，「強烈抗議」4.01%費用成長率的訂定。除了認為漲幅太低，根本無法支應醫療費用的成長之外；更表示在醫療費用「高漲」，保險給付「太低」的情況下，醫院即使想要維持醫療品質也會「有心無力」，屆時只好「選擇性執行」醫療行為。「醫療改革基金會」與「消費者文教基金會」則對相關醫院團體一再叫窮，又不願公開財務，動輒「挾持病患權益要脅政府」的作法，深表「痛心」與「憤怒」（中國時報，2002c; 2002d）。

質疑（陳美霞，2003a），直至 2004 年四月起由「台灣醫院協會」接管 2500 億健保總額預算的承辦權²²……等等相關健保給付制度的變革；乃至「論量計酬」、「論病歷計酬」到「總額預算」、「醫院卓越計劃」等給付制度實施的形式、對象與順序的演進，在在體現健保體制的實踐形式及其對醫院組織行動的影響，實際上是與各種醫院組織及其團體「協商」之後的結果與表現。

事實上，給付制度同時攸關健保與醫院組織的生存命脈，而醫院組織及其相關團體對於給付制度實踐形式所展現的「抗爭」或「協商」能力，也同時說明了其做為一個行動主體對於健保體制再生產過程的型塑力量。當然，本文無意誇大醫院組織及其相關協會團體對於健保體制的作用力，只是指出其在健保體制的再生產過程中，確實產生若干實質的影響。換言之，醫院組織並非只是被動地順應著健保體制的規範，或是對健保體制的型構方向無所作為。而在醫院組織對於健保體制再生產過程的可能影響中，基督宗教醫院組織除了組有「教會醫療院所協會」之外，同時也透過「醫院協會」的參與，²³表達其意向與立場。

整體而言，在「制度結構與行動主體之間的相互再生產」過程這個層面上，基督宗教醫院組織行動特質變與不變的關鍵，主要仍在於透過「集體的政治行動」以爭取健保資源的相關作為上。然而，行動主體對制度結構的反饋作用固然存在，對於健保體制的型塑及其變革的可能影響，基本上是各種屬性醫院組織的「集體力量」，基督宗教醫院組織似乎並未有明顯或獨特的啓示作用。

22 2004 年七月，「醫院總額預算」或「醫院自主管理」乃至「醫院卓越計劃」等給付制度的實施，雖然面對「扭曲醫療人道精神」、「病患變人球風暴將席捲全台」、「民眾醫療權益未蒙其利先受其害」等社會疑慮（蘇偉碩，2004；聯合報，2004a；2004b），但是對健保局而言，是「為了導正醫療資源使用浮濫」的必要之舉（聯合報，2004c）；醫院組織及其相關協會則視為是「重新分配健保資源」的一種措施，以疏解「不是醫院倒閉，就是健保做不下去」的困境；並且在「相信每家醫院都會以追求卓越為滿足」，從而「希望能讓醫療亂象回歸常態」的體認下，由「台灣醫院協會」接手健保支付費用相當額度的分配與管理（自由時報，2004；聯合報，2004d）。

23 除了彰化基督教醫院、馬偕醫院、耕莘醫院、門諾醫院等基督宗教醫院之外，慈濟醫院、恩主公醫院等其它具宗教背景醫院的院長，也都名列「台灣醫院協會」的理監事名單當中（<http://www.hatw.org.tw>）。

(二)財務能力的維繫與醫療資源的開創

從「不同行動主體之間的相互再生產」過程來看，即使不同屬性醫院組織的組織目的與基本使命有所不同，但是在健保體制日漸型塑的結構化醫療場域中，醫療資源的高度競爭，幾乎成為所有醫院組織爭取與宣示其「存在正當性」的主要手段與方式，從而也使得醫院組織在醫療場域中的結構性變遷，基本上體現了「同形同性化」的現象與結果。這也使得無論在醫療資源的爭取，或是競爭策略與競爭能力的表現上，基督宗教醫院組織對於組織績效的企求與努力，相較於其它屬性的醫院組織而言，並沒有顯現出太大差異。

如前所述，不同屬性行動主體「同形同性化」的行動特質，基本上是行動主體面對某種「結構化的結構 (structured structure)」時，可能體現的一種共同的「結構性變遷」，也是行動主體「集體理性」的一種表現。行動特質的「同質化」從而成為行動主體體現生存價值的正當基礎。²⁴ 換言之，「集體理性」體現了不同屬性醫院組織在結構化醫療場域中某些行動特質的相似性，也指涉了承載此一經由不同屬性醫院組織之間的相互再生產過程，所共同型塑而成的競爭策略與競爭結構 (competitive structure)，對不同屬性醫院組織行動特質的一種影響。醫院組織之間的相互學習與競爭，隨著醫療情境的發展與變遷，已經讓基督宗教醫院組織過去在台灣醫療場域的獨特影響力與特殊貢獻相對地不明顯。與此同時，基督宗教醫院組織在健保體制醫療場域中的績效表現乃至組織發展的成果，雖然不再特別強勢，但也並未顯得疲弱。

然而，這種由「同質化」或「集體理性」所說明的競爭結構，其實也是一種不斷在「結構中的結構 (structuring structure)」。²⁵ 換言之，這個競爭結構所呈顯的某種「集體理性」，其內涵仍是變動不拘的，並不一定意味著行動主體只能被動地以某種方式呈顯「集體理性」。一方面，不同行動主體之間互動往來所體現的「集體理性」，可能型構一種負面意義的競爭結構。比如，醫院組織之間因為「不安全感與互不信任」，常常致使整體利益難以整合，從而

24 請參見第四節第二小節的討論。

也讓醫院「叫苦連天」、醫界「勇於內鬥」、「內鬥內行」的慨嘆時有所聞（王之杰，2001；吳運東，2002；戴文凱，2002；牟聯瑞，2003；葉金川，2003）。

此外，當自我防衛、相互爭鬥成為醫院組織「維續生存」的「理性行為」時，不但可能造成負面意義之「集體理性」競爭結構的再製，同時也會進一步澱積為健保體制再生產的重要基礎。如此一來，即便醫院組織乃至醫界一再對健保體制下的「醫療給付偏低、不合理」、「被健保局瞧不起」、「專業形象漸漸被社會輕視」等現象感到不滿與憂心（林易煌，2003；陳冠宇，2004），似乎也只有徒呼負負。

當然，醫院組織之間的互動模式，也可能型塑與表現具有正面意義之「集體理性」的競爭結構。雖然基督宗教醫院組織在前述較具負面意義之「集體理性」行動特質的表現上，似乎也沒有獲得特別不同的評價，但是如同前文已經描述的，基督宗教醫院組織仍持續在「貧弱與重大殘疾病患的收容救治」、「引進與關注靈性治療在醫療過程的重要性」，以及「藉由宗教資源的再整合，以推動新的健康觀念」的發展與轉型過程中，體現具宗教意念的醫療行為與價值。²⁵ 特別是在喚起社會大眾重新面對與思考現代科技醫療對於生命末期的醫療對待方式上，基督宗教醫院組織對於推動「緩和醫療」或「身心靈全人醫療」等醫療行為與觀念的努力，一直有著特殊的引領作用。

雖然其它屬性醫療組織也開始設有「安寧病房」或強調「全人醫療」，使得相關的醫療觀點與作為，也漸漸地具有一定的市場意義。但是在社會大眾乃至醫界本身為了扭轉醫療「市場化」或「商業化」趨勢的若干流弊，而不斷疾呼乃至期待醫療教育與臨床執業應有更多的「人文視野」與「人性關懷」，卻一直未得要領的情況之下，基督宗教醫院組織持續將若干具有宗教意涵的醫療觀念和其既有的資源結合，進一步在某些醫療行為上轉化出類似「尊重『人』而不只是看重『病』」的醫療德行，而且在相當程度上也能引起其它屬性醫院組織的學習與跟隨，對於「醫療人文化、人性化」競爭結構的型塑，或許會是一種有效的轉化力量。

基本上，醫院組織行動特質可能共同呈顯「集體理性」的一面，不論是

25 請參見第四節第三小節的討論。

正面或負面意義的展現，主要仍在於財務能力的維繫，甚至是期待能有新的開創。從這個角度來看，雖然整體而言，基督宗教醫院組織對於不同行動主體之間「集體理性」或競爭結構的內涵，是不是能有獨特的影響力，可能因為醫院組織結構性變遷的「同形同性化」有不同的作用與結果，從而顯得不容易體現與觀察；但是由於在結構化醫療場域中已然形成的某種形式的競爭結構，行動主體在其中所展現的「集體理性」內涵也會不斷地被改變，使得醫院組織「同形同性化」的效應，可能也不完全是「商業化、市場化」的批判與質疑所能概括。基督宗教醫院組織踐行某些宗教意念與市場價值俱在的醫療行為，已然體現其對於某種「集體理性」形式的一種獨特與可能的作用，從而也彰顯其和既有競爭結構之間的「相互再生產」過程。

(三)宗教使命的傳遞與組織性格的轉化

而從「行動主體內部的相互再生產」過程來看，隨著基督宗教醫院組織的規模化，一個現代化醫療組織的行政管理需求也愈來愈重要。影響所及，基督宗教醫院組織成員的身份特質與構成型態，也因此產生了些許的改變。

在醫療與宗教之間古老又密切的互動發展過程中，基督宗教醫療組織中的醫師地位團體，過去明顯的「宗教認同」與「專業資格」同構的傳統身分特質，也隨著醫療組織的現代化，漸漸地分化成「醫師」、「醫師兼教徒」以及「醫師、教徒與管理者」三種不同身份特質的地位團體。雖然基督宗教醫院組織結構的宗教印記，可能因為醫師地位團體身份特質的進一步區分而淡化，訴諸「宗教權威」仍然在組織內部進行爭議管理時，扮演一定的角色。因此，基督宗教醫院組織醫師地位團體身份特質的分化，是會進一步疏離基督宗教性醫院組織「宗教認同」與「專業資格」同構的傳統特質；或是會促使其產生新的轉化，決定著基督宗教醫院組織的組織結構乃至行動特質的基本性格。

就目前來看，諸如「愛人」、「奉獻」、「喜樂」、「憐憫」、「弘道」等宗教德性，仍是許多基督宗教醫院組織宣示的組織願景或核心價值；基督宗教醫院組織內部更常設有「院牧部」或「院牧室」等正式部門，協助或安排與「醫療傳道」工作有關之活動的進行。換言之，不論是表現在組織願景的宣示，

或是透過組織內部正式部門的運作，宗教氛圍的營造與作用仍然依稀可見，其對於基督宗教醫院組織執業情境的型塑也仍有一定的影響力。因此，當執業情境常常要面對管理主義「績效」的要求，而可能與「慈愛」、「人道」、「非營利」等宗教德行的教導之間有所齟齬時，基督宗教醫院組織的「醫師」地位團體，相較其它屬性醫院組織的醫師，可能就更容易產生「相對剝奪感」的執業心境。如此一來，基督宗教醫院組織所宣稱並試圖加以型塑，蘊含著宗教意念與宗教德行的組織願景、核心價值乃至行為準則，不論對組織內部的執業成員或組織之外的社會意象而言，即會有流於形式之虞，從而也就可能影響基督宗教醫院組織內在與外顯的發展方向。

基本上，爲了因應醫療場域的變化以及組織規模化的需求，基督宗教醫院組織自然不可能堅持與要求組織成員的宗教認同，也必須尊重組織內部醫師地位團體的專業權力。醫師是否參與院內某些宗教感召的活動，也從而能有選擇的自由。然而，即便現代醫療環境日新月異，宗教使命的傳遞仍是基督宗教醫院組織存在與發展的一個重要規範與價值。無可諱言地，基督宗教醫院組織對於宗教德行的強調與型塑，乃至延續、轉化甚至開創宗教力量的歷史與社會空間，仍須立基於內部權力的發展與鞏固。「宗教印記」從而仍必須成爲組織內部身分晉升的充要條件。

因此，就「行動主體內部的相互再生產」過程來看，如何在權力分配上回應「宗教印記」或「去宗教印記」的挑戰，以及在執業情境上面對「醫療人性化」或「醫療商品化」的質疑，不但是基督宗教醫院組織內部成員共同承載的一種獨特的執業心境；對於兼具「組織管理模式的更新與再造」以及「宗教使命的傳遞與開創」之組織性格的模塑與再造，也成爲基督宗教醫院組織內部不同身份地位團體，彼此之間不斷地辯論與回應的重要課題。

六、「相互再生產」與「社會做爲一個整體」之 分析意涵的彰顯

從制度結構與行動主體之間「相互再生產」過程的整體分析架構來看，「相互再生產」過程同時意味著行動主體無法脫離制度結構的影響而單獨存

在；以及制度結構的形成及其可能的作用，其實也是行動主體不斷影響之下的一種體現。而上述意涵所包括的三個主要分析面向的具體實現，除了體現基督宗教醫院組織行動特質的變與不變之外，同時也是「社會做為一個整體」之分析觀點的充分彰顯。

從前文的討論來看，對基督宗教醫院組織而言，在無法單獨跳脫健保制度遊戲規則的情況下，參與其它屬性醫院組織團體進行與健保局或衛生署的「政治抗爭」過程，成為爭取健保資源的必要手段。而強調「管理主義」的經營模式，以及「觀光飯店化」的外顯形象，乃至具有宗教意涵之醫療觀念或行為的引進、改造和市場化，同時是獲得較佳的市場地位與增益財務能力的重要舉措。此外，組織所傳承之「宗教印記」的釋放、掌握與轉譯的拿捏，則無疑是維繫甚至開創傳教使命不可或忘的首要關鍵。而基督宗教醫院組織長期遺留下來的「社會意象」，對於上述諸面向之操作與經營的可能性，不但可能產生一定的型塑力量，也可能重新模塑其既有的面貌與意涵。

因此，很明顯地，除了健保資源的爭取之外，經營能力的增進、宗教使命的傳達，乃至既有之社會意象的延續與再造，都是基督宗教醫院組織維繫其在台灣醫療場域的生存位置與競爭能力的重要職能。整體而言，基督宗教醫院組織行動特質「變與不變」的基本樣貌，事實上即體現在必須同時回應「健保資源的爭取」、「財務能力的要求」、「傳教使命的堅持」以及「社會意象的營造」等面向的共變關聯時，對於既有之政治、經濟、文化與社會等資源的動員、累積與再分配的整體過程之中。

而正如本文所要表達的，在與健保體制的順從與抗爭、与其它醫院組織的相互模仿與學習，以及組織文化與使命的轉變和傳遞等不同層次的「相互再生產」過程中，基督宗教醫院組織惟有致力於上述四個面向發展的「一致性」，才可能在社會需求不斷改變的現代醫療情境中，持續地保有一定的地位與角色。簡言之，兼顧上述諸面向發展的「一致性」，說明了基督宗教醫院組織仍能維繫其角色與地位的條件，同時也是展顯其行動特質變與不變的基礎。而在「相互再生產」的整體過程中，基督宗教醫院組織對於既有之政治、經濟、文化與社會資源的動員、累積與再分配的過程、方式與結果，也即體現本文所謂從「社會做為一個整體」的觀點，來看待基督宗教醫院組織行動

特質之變與不變的分析意涵。

從「社會做為一個整體」的分析意涵來看，進行資源動員、累積與再分配的整體過程與方式，影響基督宗教醫院組織尋求「健保資源的爭取」、「財務能力的要求」、「傳教使命的堅持」以及「社會意象的營造」等面向的「一致性」發展的可能形式與方向。譬如，相較於上文的分析，若是基督宗教醫院組織不參與與體制抗爭的政治過程；或是有意漠視醫療市場化或商業化趨勢的一面；甚至對於宗教傳統權力在醫院組織中的存在與行使形式難以妥協……等等，只要其中一個面向出現變異，不但必然會對其餘面向產生連帶的影響，也會關聯出另外一種不同的政治、經濟、文化與社會資源的動員、累積與再分配模式。從而，基督宗教醫院組織的行動特質，也就會呈顯出不同的圖像。

整體而言，「社會做為一個整體」的分析意涵所要指出的是，首先，對於基督宗教醫院組織行動特質的考察與理解，並不能只著重於某些單一面向的評估與強調。其次，在與醫療場域各個體制層面的「相互再生產」過程中，由於既有之政治、經濟、文化與社會等資源的動員、累積與再分配的過程與方式彼此相互關聯，我們也才可以進一步了解，基督宗教醫院組織在維繫與發展其地位與角色時的限制與可能性，以及其行動特質變與不變的若干基本面貌。

最後，在「社會做為一個整體」的分析意涵之中所體現的基督宗教醫院組織行動特質的變與不變，一方面說明了「相互再生產」過程對於基督宗教醫院組織發展形式的一種「功能性」效益：使其仍能在日趨激烈的競爭場域中屹立不搖，從而能讓見證「上帝恩典」等宗教意念，得以持續地透過醫療的形式踐行與傳遞，同時體現做為一個宗教性醫療組織存在的「正當性」。然而，另一方面，在追求與達成更高組織成就的同時，對於醫療場域講求績效與管理主義的可能流弊，以至醫療倫理、醫療品質的淪落等批評，基督宗教醫院組織似乎並未能在相關的社會批判中豁免，從而可能對基督宗教醫院組織社會意象的持有與經營，產生若干「反功能」的作用與影響。畢竟，一旦「收容、普及、服務」或是「救助、慈愛、人道」等醫療價值漸漸模糊，以致「基督宗教醫院與財團醫院無異」的社會意象形成時，對於基督宗教醫院組織

存在的「正當性」，無疑會是一項重大的理念與生存挑戰。基本上，這也可能是基督宗教醫院組織所展現之經營管理與行動特質的最大弔詭。

參考資料

中國時報

- 2000a 「合理門診不合理，醫團今遞陳情書」，89/12/28:7 版。
- 2000b 「健保局：每年少給付五億，影響不大」，89/12/28:7 版。
- 2000c 「健保局擬定配套措施」，89/12/29:7 版。
- 2000d 「合理門診量元旦上路，看法『醫』分為二」，89/12/29:7 版。
- 2002a 「去年三大醫院申報藥費，共賺 40 億」，91/11/08:6 版。
- 2002b 「立委公布十大藥價差醫院，長庚居首」，91/12/17:13 版。
- 2002c 「健保給付談判破裂，醫院揚言選擇性看病」，91/12/14:6 版。
- 2002d 「醫改會：挾病患要脅，令人憤怒」，91/12/14:6 版。
- 2003 「醫院開源，健檢各出奇招」，92/07/24:A9 版。

自由時報

- 2004 「醫院自主管理，病患變人球」，93/06/07:21 版。

聯合報

- 2004a 「健保給付總額管制，病患變人球」，93/06/29:A6 版。
- 2004b 「健保總額預算勢將嚴重扭曲醫療人道精神」，93/07/02:A2 版。
- 2004c 「導正醫療資源使用浮濫」，93/07/02:A5 版。
- 2004d 「病患成人球，健保接受申訴」，93/07/03:A1 版。

丁志音

- 1999 〈醫師如何看待醫院的企業化經營管理趨勢〉，《中華衛誌》18:152-166。

小田俊郎

- 2000 《台灣醫學五十年》（洪有錫譯）。台北：前衛出版社。

王之杰

- 2001 〈台灣醫界十年驚奇錄：醫生、醫院、醫德與權錢爭鬥內幕〉，《財訊》236:107-109。

王俊文、葉德豐、陳紫郎

- 1999 〈健保新時代醫療產業之生態與因應〉，《醫院》32(2):17-31。

成令方

- 2002 〈醫「用」關係的知識與權力〉，《台灣社會學》3:11-71。

江東亮

- 1999 《醫療保健政策：台灣經驗》。台北：巨流圖書公司。

牟聯瑞

- 2003 〈台灣醫界的危機及應有之省思〉，《台灣醫界》46(3):8。

吳文星

- 2000 〈近代台灣醫學史研究之題庫〉，收於小田俊郎《台灣醫學五十年》，頁 5-6。

吳就君

- 1981 〈台灣地區居民社會醫療行為研究〉，《公共衛生》8(1):25-49。

吳運東

- 2002 〈團隊合作確保醫界整體權益〉，《台灣醫界》45(9):9。

李茂雄

- 1991 〈淺談醫院之組織文化〉，《人事行政》96:31-38。

李雪莉

- 2002a 〈健保破產「指日可待」〉，《天下雜誌》264:176。

- 2002b 〈用藥漩渦怎麼擋？〉，《天下雜誌》264:180-183。

李健鴻

- 1996 《慈善與宰制：台北縣社會福利事業史研究》。板橋：台北縣立文化中心。

周啓東

- 2002 〈最後一個金飯碗破了！二二九個醫院院長失業的背後〉，《商業周刊》787:142-148。

季瑋珠

- 1985 〈醫學生社會化影響因素之探討〉，《中華民國公共衛生學會雜誌》5:3-18。

林介山

- 2003 〈快樂醫生那裡找？〉，《台灣醫界》46(2):6。

林小嫻、楊志良、林瓊香

- 1993 〈省市立及教會醫院的生產效率：DEA 的應用〉。

林易煌

- 2003 〈公會應勇於拒絕不當的醫療政策〉，《台灣醫界》46(3):9。

林國明

- 1996 〈國家與醫療專業權力：台灣醫療保險體系費用支付制度的社會學分析〉，《台灣社會學研究》1:77-136。

林國明、陳東升

- 2003 〈台灣的醫療體系、民眾行為與 SARS 疫情〉，《當代》190:60-79。

林綺雲

- 1995 〈醫療組織的變遷與轉型：慈護護專附設醫院的個案研究〉，《國立台北護理學院學報》2:159-193。

洪有錫

- 2000 〈譯者序〉，收於小田俊郎《台灣醫學五十年》，頁 7-8。

胡幼慧

- 2001 《新醫療社會學：批判與另類的視角》。台北：心理出版社。

許成仁

- 2000 〈原著者介紹〉，收於小田俊郎《台灣醫學五十年》，頁 9-11。

連雅堂

- 1979 《台灣通史》。台北：眾文圖書公司。

張錦文、黃淑雅

- 1998 〈台灣醫療制度的四大問題與解決之道〉，《醫院》31:1-4。

張芷雲

- 1982 〈醫療服務網的形成與組織間關係的建立：一個實證的研究〉，《台大社會學刊》15:

- 196-211。
- 1992 〈工具理性與實質理性之間：剖析醫院醫療照顧的儀式性與迷思〉，《中央研究院民族學研究所集刊》74:63-93。
- 1998a 《醫療與社會：醫療社會學的探索》。台北：巨流圖書公司。
- 1998b 〈「逛醫師」的邏輯：求醫歷程的分析〉，《台灣社會學刊》21:59-87。
- 1999 〈產業競爭本質的剖析：台灣醫療照顧產業生態結構百年變遷〉，收於蔡敦浩、吳興國編《管理資本在台灣》，189-226 頁。
- 張荳雲、朱永昌
- 1994 〈組織場域的浮現：台灣醫療產業的研究〉，《中央研究院民族學研究所集刊》77:157-192。
- 張曉卉
- 2002 〈當醫學中心變美容中心〉，《康健雜誌》47:152-159。
- 莊逸洲、黃崇哲
- 2000 《醫療機構管理制度》。台北：華杏。
- 陳良榕
- 2003 〈傳染病挑戰二十一世紀〉，《天下雜誌》276:122-129。
- 陳東升
- 1993 〈醫療組織關係的制度理論分析：以新竹醫療區為例〉，《中國社會學刊》17:101-126。
- 陳美霞
- 2003a 〈公衛羔羊請回頭〉，《中國時報》，92/01/05:15 版。
- 2003b 〈公衛改革，市場個人主義止步〉，《聯合報》，92/07/14:A15 版。
- 陳冠宇
- 2004 〈是誰將醫療變成消費行為？〉，《台灣醫界》47(8):53-54。
- 陳紹馨
- 1985 《台灣的人口變遷與社會變遷》。台北：聯經出版公司。
- 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。
- 游常山
- 2002 〈全民健保還能保你多久〉，《天下雜誌》264:174-179。
- 黃昭聲
- 2000 「共創一份健康的企業」，<http://www.cch.org.tw>。
- 2002 「教會醫療院所協會」，<http://www.cch.org.tw>。
- 2003 「上帝的應許」，<http://www.cch.org.tw>。
- 黃崑巖
- 2000 〈尋找理想的醫病關係〉，《康健雜誌》4:82。
- 2003 〈護理教育未扎根、醫療商業化〉，《中國時報》，「藉 SARS 為台灣醫學教育把脈系列」，92/06/12:A6 版。
- 黃達夫
- 1999 《用心聆聽：黃達夫改寫醫病關係》。台北：天下遠見公司。
- 2002 〈選對行的醫師就是快樂的醫師〉，《自由時報》，91/12/29:15 版。

- 2003 〈為台灣生技產業開路〉，收於葉金川《全民健保傳奇 II》，IX-XIII 頁。
- 楊志良
- 1986 〈醫院與病人關係為何跌入谷底？〉，《中華衛誌》177:34-37。
- 1990 〈對我國醫療體系之評估〉，「行政院經濟建設委員會全民健康保險規劃小組」。
- 葉金川
- 2003 《全民健保傳奇 II》。台北：財團法人董氏基金會。
- 葉宏明
- 2002 〈非營利醫院：台灣醫界的最佳選擇〉，《台灣醫界》45(7):52-53。
- 劉碧昭、楊志良、曾子育
- 1992 〈教會醫院醫療體系之評估〉，《醫院》25(5):304-328。
- 蔡篤堅
- 2000 〈生命科技、衛生政策與市民社會：論文化霸權移轉之倫理意涵〉，《台灣社會研究季刊》40:181-223。
- 2001 〈時代變遷中醫學人文教改的導引〉，收於蔡篤堅等編《實踐醫學人文的可能》，1-35 頁。
- 蕭文、顏裕庭
- 1999 〈台灣早期的基督教醫院〉，《台灣史料研究》14:182-188。
- 2000 《演進中的台灣醫院經營形態》。台南：世峰出版社。
- 蘇偉碩
- 2004 〈醫療應回歸非營利事業〉，《中國時報》，93/07/27:A15 版。
- 賴其萬
- 2000 《當醫生遇見 Siki》。台北：張老師文化公司。
- 盧瑞芬、謝啓瑞
- 2000 《醫療經濟學》。台北：學富文化公司。
- 戴文凱
- 2002 〈我就不信醫界春天喚不回〉，《台灣醫界》45(9):10。
- 謝啓瑞
- 1994 〈醫療糾紛風險與防禦性醫療行為〉，《人文及社會科學集刊》6(2):199-230。
- Becker, E. and F. Sloan
- 1985 "Hospital Ownership and Performance," *Economic Inquiry* 23:21-36.
- Carroll, G. and M. Hannan
- 1989 "Density Dependence in the Evolution of Populations of Newspaper Organizations," *American Sociological Review* 54:524-548.
- Collins, Randall
- 1990 "Changing Conceptions in the Sociology of the Professions," in R. Torstendahl & M. Burrage (eds.), *The Formation of Professions* pp. 11-23.
- DiMaggio, Paul
- 1988 "Cultural Aspects of Economic Action and Organization," in R. Friedland; A. Robertson (eds.), *Beyond the Marketplace* pp. 113-136.
- DiMaggio, Paul and Walter W. Powell
- 1983 "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields," *American Sociological Review* 48:147-160.

- Dranove, D. and M. Shanley and W. White
1993 "Price and Concentration in Hospital Markets: The Switch from Patient-Driven to Payer-Driven Competition," *Journal of Law and Economics* 36:179-204.
- Durkheim, Emile
1992 《宗教生活的基本形式》。(芮傳明、趙學元譯)。台北：桂冠圖書公司。
- Folland, S. A. Goodman and M. Stano
1997 *The Economics of Health and Health Care*. N.J.: Printice-Hall Inc.
- Freidson, Eliot
1970 *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
1973 *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Atherton Press.
- Granshaw, Lindsay and Roy Porter (eds.)
1989 *The Hospital in History*. New York: Routledge.
- Hall, O.
1949 "Types of Medical Careers," *American Journal of Sociology* 55:243-248.
- Hannan, Michael and John Freeman
1989 *Organizational Ecology*. Cambridge: Harvard University Press.
- Keeler, E. and G. Melnick and J. Zwanziger
1999 "The Changing Effects of Competition on Non-profit and For-profit Hospital Pricing Behavior," *Journal of Health Economics* 18:69-86.
- Keeler, E. and L. Rubinstein and K. Kahn et al.
1992 "Hospital Characteristics and Quality of Care," *Journal of the American Medical Association* 268(13):1709-1714.
- McKinlay, J. and J. Stoeckle
1990 "Corporation and the Social Transformation of Doctoring," in J. Salmon (ed.), *The Corporate Transformation of Health Care* pp. 133-149.
- Meyer, John and Brian Rowan
1977 "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony," *American Journal of Sociology* 83:340-363.
- Meyer, John and Richard Scott
1983 *Organizational Environment: Ritual and Rationality*. Beverly Hills: Sage Press.
- Miller, A.
1979 "The Changing Structure of the Medical Profession in Urban and Suburban Settings," in E. G. Jaco(ed.), *Patients, Physicians and Illness* pp. 239-258.
- Mizrahi, T.
1984 "Managing Medical Mistakes: Ideology, Insularity and Accountability among Internists-in-Training," *Social Science and Medicine* 19:135.
- Nee, V.
1998 "Introduction," in M. Brinton & V. V. Nee (eds.), *The New Institutionalism in*

Sociology.

Newhouse, J.

- 1970 "Toward a Theory of Non-profit Institutions: An Economic Model of a Hospital," *American Economic Review* 60:64-74.

Perrow, Charles

- 1961 "Organizational Prestige: Some Functions and Dysfunctions," *American Journal of Sociology* 66(4):335-341.

Powell, Walter and Paul DiMaggio (eds.)

- 1991 *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.

Rayner, G.

- 1990 "Lessons from America: The Commercialization and Growth of Private Health Care in Britain," in J. Salmon (ed.), *The Corporate Transformation of Health Care* pp. 187-207.

Rosen, G.

- 1963 "The Hospital: Historical Sociology of a Community Institution," in E. Freidson(ed.), *The Hospital in Modern Society* pp. 1-36.

Scott, Richard

- 1987 "The Adolescence of Institutional Theory," *Administrative Science Quarterly* 32(4):493-511.

Sloan, F.

- 2000 "Not-For-Profit Ownership and Hospital Behavior," in A. Culyer & J. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics* B1:1141-1174.

Steven, R.

- 1987 "The Changing Hospital," in L. Aikenson & D. Mechanic (eds.), *Applications of Social Science to Clinical Medicines and Health Policy*.

Weber, Max

- 1978 *The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism*. London: George Allen & Unwin.

- 1988 《新教倫理與資本主義精神》(于曉、陳維綱等譯)。台北：谷風。

Wolinsky, Fredric

- 1999 《健康社會學》(孫牧虹等譯)。北京：社會科學文獻出版社。

Yalom, Marilyn

- 2001 《乳房的歷史》(何穎怡譯)。北京：華齡出版社。

Zola, Irving

- 1972 "Medicine as an Institution of Social Control," *Sociological Review* 20:487-504.

Zucker, L.

- 1989 "Combining Institutional Theory and Population Ecology: No Legitimacy, No History," *American Sociological Review* 54:542-545.

The Processes of “Reciprocal Reproduction” between Medical Institutions and Activities of Hospital in the Case of Active Characteristics of Christian Medical Organizations

Min-lang Chen

Assistant Professor, Department of Healthcare Administration
and Management, HungKung University.

ABSTRACT

The traditional relationships between religion and medicine influenced the development of medical discipline. Starting a hundred years ago, Christian medical organizations revealed their historical and social meanings in the development of Taiwan's medical environment. The “structured and structuring” process of medical field will revise the past relationships of religion and medicine.

The processes of “reciprocal reproduction” between National Health Insurance Institution (NHII) and Christian medical organizations are represented in the following dimensions: pursuit of the resources of the NHII, requirement of financial ability, carrying out religious purposes, and construction of social image. The “coherence” of activities mentioned above not only influences the existent opportunities of Christian medical organizations, but demonstrates their active characteristics as well.

In the processes of “reciprocal reproduction”, the forms and effects of mobilized, accumulated and redistributed political, economic, cultural and social resources reveal and reform the active characteristics of Christian medical organizations. From this article, comprehending the possibilities and limitations of the active characteristics of Christian medical organizations will express the significance and analytical mean-

ing of the perspective of “the society as a whole”.

Key Words: Christian medical organizations, reciprocal reproductions, functional and dysfunctional effects, perspective of “the society as a whole”