

双重制度约束与医院 社会工作的专业实践*

——一个新制度主义视角的分析

北京大学中国社会工作研究中心 邓 锁

摘 要 本文以一家康复医院作为分析的个案，着重探讨了制度环境的矛盾性与医院社会工作部门的专业实践之间的关系。在分析框架上，本文借用了组织研究的新制度主义视角，将医疗改革过程中医院所面临的组织环境操作化为组织域中的市场管理逻辑和社会服务逻辑，它们具有相互矛盾的合法性要求。文章考察了医院社会工作部门在双重制度约束下的行动选择和策略，包括规则引入、不确定性应对与身份依赖。而为了获得合法性及与制度环境保持趋同的行动选择可能导致专业价值和目标的偏离。运用新制度主义的分析框架有助于比较深入地探讨制度环境的特性以及专业行动者的选择和策略，它说明社会工作专业化发展并非中立的知识积累，而是嵌入在具体的制度和组织运作情境中。

关键词 制度逻辑 组织域 合法性 不确定性

* 本文由作者博士论文的一部分修改而成，论文的写作得到北京大学王思斌教授的悉心指导，谨此致谢。笔者也特别感谢接受访问的医院社会工作者、医生、护士、管理人员及病患者，他们为论文提供了丰富的资料，没有他们的热情帮助，论文的写作不可能完成。



一 问题的提出

中国的社会转型以及和谐社会的目标提出给社会工作带来了成长的空间。过去的十年中，社会工作在学术知识领域发展非常迅速。然而在讨论专业化的问题时，研究者较多地关注如何实现规范化的专业学习和训练，却经常忽略具体制度、组织情境的变化对专业实践的影响。而近年来，许多学者指出专业化乃是一个反思的社会建构的过程，在不同的文化、不同的制度情境中，知识获得和建构是不同的（Payne, 1991: 7）。西方国家发端于慈善事业和强调个体尊严的社会工作与其本土的社会政治、福利制度的安排具有内在的契合性。然而，对于非西方的后发展国家，实现什么样的专业化、需要什么样的社会工作知识一直是一个重要的讨论主题。对于非西方国家来说，社会工作的发展不仅需要借鉴相关的学术知识及具体的助人方法，而更多地在于制度的学习以及在制度学习基础上的实践和本土化知识建构。研究者不仅是要关注学术知识的积累，更应当把重点投向具体制度情境中的专业实践；不仅仅是案主的情境，也包括机构以及更为广阔的制度安排（Rein and White, 1981）。在医院社会工作领域，这种具体制度特征的影响十分突出，因为医院情境中的社会工作常常受到组织的机制变迁和专业之间关系（Interdisciplinary）的制约，制度情境决定了专业地位、资源及认同的获得。社会工作的专业实践与组织运作有紧密的联系，组织化的社会工作也因而与组织本身的结构和战略变迁紧密地连接在一起。当社会工作部门或者社会工作者日益成为组织中的受雇者时，如何保持社会工作的专业自治性，保持社会工作的专业价值及服务的持续性是各国社会工作发展面临的一个挑战。在正值社会转型的中国社会，社会福利的体制呈现非均衡的特点，制度环境的矛盾性甚至冲突性构成了对组织运行及社会工作专业实践的限制，社会工作的专业化进程因而极大地受到制度体制的约束。本文则试图通过分析市场经济条件下非营利医院发展医疗社会工作的相关问题，讨论社会工作专业化实践在目前中国社会转型期所面对的挑战。



二 理论框架与调查方法

(一) 理论框架

本文以新制度主义的理论讨论作为出发点,组织研究中的新制度主义强调制度环境与合法性的问题,考虑了组织所受到的制度化压力,对于分析面临制度环境压力中组织的行为方式及其对社会工作专业实践的影响具有积极的意义。

社会学新制度主义的兴起源于对制度意义理解的认知转向。在功利主义的经济学区畴内,制度是个体利益最大化行动选择的集合物,新制度经济学强调了制度的绩效和演化,但是其根本出发点建立在制度作为个体有目的行动的结果上,制度本身的构成是模糊的,是行动选择的背景。帕森斯指出了制度为社会生活所提供的道德和规范意义,但他的重点放在行动的制度化即社会体系的分析上。20世纪60年代以来,社会学对行动和制度的理解从帕森斯的系统整合思想转变为基于常人方法学和认知心理学的实践行动理论(Powell and DiMaggio, 1991)。伯杰和卢克曼的社会建构思想对新制度主义的产生有较大的影响。他们认为,制度化没有一个先验的功能或逻辑整合,而存在于行动者的认知、反思之上,制度化是一个通过互动进而在认知过程中建构得以客观化的过程(Berger and Luckmann, 1991: 79)。由此,社会学的新制度主义将制度视为独立的变量,并转向对制度的认知和文化解释(Powell and DiMaggio, 1991)。

笔者认同新制度主义关于制度环境对组织行动的引导和约束作用,但是,早期新制度主义较多关注制度的同质性,关注制度对行动的约束性,而很少考察组织行动者本身的选择和策略,或者说,策略在早期新制度主义理论中只是对同一性制度模式的被动学习或者模仿,不具有自身的能动性(DiMaggio and Powell, 1983; Tobert and Zucker, 1983)。弗里德兰和阿弗德在1991年提出制度秩序中可能包含差异性特点,并用“制度逻辑”概念来概括这种差异性。他们认为,当代西方社会是一个多元的制度构成,每一个重要的制度(家庭、资本主义、官僚国家、民主、基督教等)背后都有一个中心的逻辑,包括了一系列的物质实践(如结构性安排)和符号构成,而正是多元的制度



逻辑存在提供了行动者行动选择的基础 (Friedland and Alford, 1991)。笔者认为,“制度逻辑”的思想对于突破早期新制度主义的困境具有重要的意义,它促使我们去考察组织环境中的具体特性,并致力于探讨制度特性与组织行动之间的关联。

本文还借用了迪马鸠和鲍威尔的“组织域 (organizational field)”概念,强调组织连接与构成之间共享的社会规则和意义,组织域是“那些聚集在一起、构成公认制度生活领域的组织:主要的供应者、资源和产品的消费者、制定规章的机构,及其他提供类似产品和服务的组织”(引自斯格特,2002:120)。通过互动、相似的服务提供或者相近的关联特定组织与组织域共享一套具有制度性的意义体系和规则 (DiMaggio and Powell, 1983)。组织域中包含了制度逻辑的特点。迪马鸠等指出,组织域会从多元的差异逐渐定型化 (established) 以及具有结构性,从而形成制度“同构” (DiMaggio and Powell, 1983)。组织域的变迁并非一个自然化的过程,而受到组织域之外的社会制度的影响。在政府居于绝对主导的社会中,国家不仅制定规则,也直接形成并左右着组织域的方向。在本文中,医疗体制改革的路径选择对医院组织域来说构成了矛盾或冲突性的制度逻辑约束。一方面,医院需要遵从市场-管理逻辑的要求,强调成本-效益和权责管理的合法性;另一方面,公共服务的角色和专业伦理规范的期待使医院还要面对社会服务逻辑的限制,它们构成医院“组织域”中双重的约束力量。组织域中的双重制度约束提供给组织行动选择的动力,由于制度环境中的矛盾性,组织不是被动地趋同于环境,而表现出行动选择的能动性。在本文中,我们考察了矛盾性的制度环境与组织的选择策略之间的关系,制度环境则通过“组织域”来对组织行为产生影响。但制度环境的多元性、矛盾的构成又提供组织行动的动力基础,正是制度的分化和冲突导致了能动性的产生,行动者会利用制度环境中的多元分化来进行选择,从而推动规则、结构持续性的建构和重构。在组织背景下的行动实践也因此建构和重构着专业化的方向和特征。

(二) 调查对象与方法

论文选择北京一家以康复为主的 B 医院作为调查对象,主要讨论 B 医院中社会康复部门在发展变迁中如何受到双重的制度约束及其相



应的行动策略。通过一个组织个案的实地研究能够使研究者较为深入地探寻组织现象背后的行为逻辑及社会互动关系，实地研究中常用的方法是参与观察法和访问法。参与观察是一种无结构的观察法，它的目的是为了全面、深入地了解某一特定的社会和文化现象，有助于细微和深入地了解研究对象在具体社会情境中的行动选择和实践。访问法则包括了结构式访问和非结构式访问，目的是通过访谈者与被访谈者的面对面互动以获得资料（袁方主编，1997：268，342）。2004年11月到2005年1月，作者利用实习和做义工的机会到B医院进行了为期两个月的参与观察，对医院管理者、医生、护士及社会工作者进行了访谈，同时也查阅收集了医院及社会工作部门的历史文献包括政策法规、领导讲话、工作总结及相关统计数据等。

B医院隶属中国残联下属机构中国康复研究中心，是中国康复医疗中最大的一家医院，以残疾人的后期康复为主。B医院在发展过程中经历着与其他医院相似的体制改革和变迁过程，面对政府投入减少和日益增长的市场环境压力；但由于康复概念来自于国外，具有很强的国际性专业标准，在医院的专门环境中来自国际性医疗机构模式的要求是一个重要构成。这种来自国际性的要求情形在我们调查的医院里较为突出，但实际上在其他类型的医院或非营利组织中也常常出现。B医院的情况因此也是国内许多医疗组织与其他非营利组织的一个缩影。

B医院的结构和技术设置是在向国际康复专业领域的学习过程中进行的。在国际普遍化的康复专业机构中，躯体的、感官的、智能的、精神的和/或社会的功能都被认为是残疾人康复过程重要的组成部分。B医院社会康复科成立于1989年3月，主要服务项目包括工伤的认定和处理，交通事故及其他意外伤害的赔偿建议，社区及居室的无障碍环境设计与改造，婚姻家庭关系调适，康复器材及残疾人用品用具的配备，职业康复咨询、评估与培训，家庭与社区康复指导等。1996年，B医院社会康复科加入中国社会工作教育协会成为其会员。

三 组织域的变迁与双重制度逻辑的形成

组织域本身的变迁与更广阔的社会制度环境变迁是紧密相连的，它在制度环境中被持续地建构和重构（Scott，1987）。对于B医院所



面临的组织域来说，它的分化与变迁主要是由政府自上而下的医疗改革驱动的，改革的路径选择和目标决定了组织域的特征和形成方式。

我们可以通过考察组织之间的连接与互动关系来分析组织域的变迁。在医疗改革的路径选择影响下，医院的自主性和经营性提高，组织运行不再仅仅对卫生部门的行政上级负责，还需要面对更加多元和复杂的组织环境。由于政府希望引入市场机制来解决公共物品提供的效率和质量问题，市场环境和专业服务环境对于医疗机构的重要性地位日益上升。医院在运行过程中，为了维持自身的生存合法性，需要与行政、市场、专业领域内不同类型的组织建立连接关系。除了满足行政性的任务和要求，参与市场竞争的医疗机构还需要面对包括竞争性的其他医疗机构、药品或技术供应商、作为消费者的患者（团体）、资金提供者等；而在专业领域中，医院也要面对包括专业协会、科学研究机构、媒体、作为服务对象的患者（团体）等等，不同的组织对于医院的行为要求也不同。对于B医院而言，自1988年建院以来它与环境中其他组织之间连接与互动发生了很大的变迁。迪马鸠和鲍威尔将组织域的形成看作是“结构化”的过程，他们指出，组织域的形成包括了四个部分：某一领域中组织之间的互动的增加；组织之间主导结构和联结模式的凸显（emergence）；组织可以获取的信息量的增加；参与者对共同组织范围之相互意识的增加等（DiMaggio and Powell, 1983）。随着这种共同结构和意识的出现，组织域内共同拥有了一套文化准则和意义体系。从这一论述可以看出，组织域的形成主要包含了规则的形成和认知的形成两个方面（前三个部分可以看作规则性的；最后一个部分则是认知性的）。因此，我们主要从互动结构和认知两个角度来讨论B医院在医疗改革以后的组织域分化和变迁过程。

首先，B医院组织域的变迁体现在与医院发生互动的组织类型和互动方式的变迁。医院刚刚成立时，尽管医疗改革的市场化方向已经初见端倪，但总体说来，行政化主导的管理以及福利提供方式在医院组织运行中发挥主要的影响力。各个医疗机构之间还不存在非常激烈的市场竞争，医院的运行经费主要由上级卫生及相关附属部门提供，医院主要对行政上级负责，完成行政性的社会服务任务。在B医院成



立时，对于它的定位是“以收治‘三瘫一截’和‘儿麻’患者^①为主的康复医疗机构；在治疗上采取借鉴国外的先进技术和经验，利用现代化医疗康复技术和祖国传统医学手段，使患者残存的功能得到最大限度的恢复，并帮助其建立代偿功能，从而使患者得到康复，回归社会。”医院主要的方向是服务于中国残联和康复中心“为全国残疾人服务”的大方向，包括为地方残联培养培训康复人才、提供技术指导、配合残联完成残疾人调查工作等等，各级残联和康复机构是医院在国内主要的交流组织。此外，由于B医院属于中国第一家专门为残疾人服务的康复机构，它被作为政府和残联对外交流的一个重要窗口，每年接待几十个国外政府和相关组织的参观访问。国外政府和机构的援助也使医院与许多外国专家和康复组织建立了密切的联系，很多日本、加拿大等国的专家长期在医院工作指导康复技术的应用，每年有定期的业务交流，如与日本国立康复中心、国际福祉大学的学术和人才交流等。1990年代中期以后，市场化的改革方向使医院不得不面临激烈的医疗市场竞争，医院被强调“向市场和管理要效益”，通过自主经营来获得市场发展中的“主动权”。此时，尽管行政性的“大社会”服务方向仍然是医院的一个重要目标，但面向市场、面向竞争已经逐渐成为医院发展中的另一个中心理念。伴随医疗改革的推行，医院外部的组织环境发生了巨大的变化。一方面，上级主管部门在“放权让利”政策的指导下，大幅度削弱对医院补偿经费的投入，行政性的主导约束减少，医院的自主性增强。医院不再只是与各级地方残联和康复机构建立一种行政性的业务指导关系，而且还必须面对更广泛的医疗市场。除了继续进行康复治疗以外，医院为了吸引周边地区的普通患者，增加收入来源，也大力地发展普通门诊和治疗，从而与一些普通综合性医院形成竞争。另一方面，由于卫生部的规定^②，综合医院必须设立康复科室，因此加剧了康复领域内的业务竞争。

① “三瘫一截”和“儿麻”是指创伤性截瘫、脑血管性偏瘫、大脑性瘫痪、截肢和小儿麻痹后遗症几类患者。

② 1989年，卫生部发布的《医院评审标准》已经指出，把设置康复科作为一项评价标准。1996年，卫生部发布《综合康复医学科管理规范》的通知，进一步指出，“二级以上综合医院应根据当地的康复医学诊疗需求和条件，设置本管理规范规定的康复医学科，并开展相应的康复医学诊疗工作。尚不具备设置本管理规范规定（转下页注）”



其他医疗机构在康复领域中的进入使 B 医院竞争压力日增，其中技术、设备和人才是医疗市场竞争中的重要内容。与国外的交流则从一种形象宣传发展到对国外的资源、技术和设备的引进和利用上，如与日本进行的“远程卫星教育”项目，与加拿大进行的人才培养项目，与美国进行的“康复研讨国际会议”，与挪威进行的“康复模式的管理”等项目中心。每一个国际合作项目不仅获得了技术和人才队伍培养，而且得到了较多的援助资金。康复中心的研究人员也参与许多国际康复领域内的研究项目，比如“中心”专家作为世界卫生组织的项目成员负责世界卫生组织《国际功能、残疾和健康分类》，这一分类已经成为国际六种标准分类的版本之一，康复中心在制定国际性的康复标准上与国际接轨。此外“中心”专家先后主持了世界卫生组织、国际劳工组织、联合国儿童基金会、联合国开放计划署以及其他国际组织的研究项目。因此，医疗体制的改革使医院的组织域中各种医疗机构的类型、行为方式都发生了较大的变迁，它们逐渐构成了组织域中具有制度化特点的行为模式和规则特性。

医院组织域变迁的第二个体现是关于组织域行动规则和意义的认知变迁。组织域的内涵不仅体现在组织互动的结构上，也更多地体现在参与组织连接和互动的成员对于组织域中的行为规范和意义的认可和遵循，这是组织域在功能意义上的特点。伴随医疗放权改革的推行，医院的相对自主性提高。它表现在两个方面，一是医院在与其他组织互动中获得信息能力的增加；另一方面是它对于信息和规则的认知解释能力的提高，这使得医院可以根据其他组织的行为做出判断和适当的行为。1990 年代以前，由于医院主要的业务方向是康复和残疾人治疗，在行政性主导发挥主要影响力的时期，与其他医院之间的竞争性表现并不突出，医院主要与各级地方残联和康复机构建立经常性的联系。医院领导者对于组织环境的定位有两点，一是 B 医院是康复医院，主要服务于残疾患者；二是遵循中国残联为全国残疾人和地方残疾机构技术指导的方向。

(接上页注②) 的康复医学科条件的地区或医院，可暂不设置，用综合医院现有的临床和医技科室开展相应部分的康复医学诊疗工作，但应随着需求的发展，逐步增加功能测评，运输治疗，作业治疗，康复工程等现代康复医学诊疗项目，待条件具备时，设置本管理规范规定的康复医学科。”



1990年代尤其是中期以后,医院面对的市场竞争日趋激烈,医院的组织域结构发生变化。组织域中的各个医疗机构对医疗服务提供和组织运行方式的观念也都逐渐发生变化,这种观念变迁进而通过互动对B医院形成认知和行为的压力。如B医院的前院长W说,“B医院面临着严峻的市场竞争,国家的医疗改革实际上给每个医院都带来了巨大的压力,其他医院都在轰轰烈烈地上马康复项目,都在搞市场改革时,你不改革,不面向市场,迟早也会被淘汰的”。医院为此召开多次会议,针对医疗市场情况,动员进行内部和外部的改革调整。医院领导对医院发展的认识可以体现在近期(2003年)的工作计划中。院长提出,“医院工作要认真分析医疗市场形势,紧紧扣住‘业务发展’这个主旋律,继续以业务为中心,进一步拓展业务领域,既作足康复,又要扩大加强综合能力,适应医保改革、医疗服务市场的需要”。由于医院仍然要遵循上级主管部门的指令,完成康复社会服务的任务,还必须同时面对医疗市场日益严峻的市场压力,所以医院要求在发展中既“做足康复,服务于大社会”,还要“扩大综合能力,服务于市场”。即同时面对社会服务和市场竞争两种要求。在下文中,我们会对这两种要求或者制度逻辑进行更为详细的讨论。这种对医院组织环境和自身发展的认知也是其他类似康复机构和医院的共同意识,它们通过医院之间的互动如会议、交流、评审等得到认可,尤其是医院评审对于医院这种认知观念的传播和在组织域中的强化具有重要的作用。

组织域通过连接和互动形成了相应的由各个组织所共同接纳的行为规则和意义,它引导着组织的注意力,又同时对组织行为构成合法性压力。在B医院的组织域中,由于医院同时被要求满足康复的社会服务和市场竞争需要,在组织域中进而形成了两种制度逻辑,它们对医院形成矛盾性乃至冲突性的制度约束。

四 双重制度逻辑的特点

由于医疗改革的路径选择,组织之间在持续性互动过程中形成了两种对组织行为具有主要影响力的制度逻辑,我们将其归纳为市场—管理逻辑和社会服务逻辑。



（一）市场 - 管理逻辑

市场 - 管理逻辑是指在组织域中形成的趋向于以成本效益和权责管理为行为特征的组织规则。它包含了可见的规则构成以及不可见的认知符号构成两个方面。在医疗体制的市场化改革推动下，医院之间的市场竞争性加强，强调降低运行成本，增加医院的经济收益；其次，医院还需要通过有效的权责管理来促进运行效率，它们成为医院吸引病人、在医疗市场的竞争中获得优势的共识。市场 - 管理逻辑强调的是经济效益和管理效率，一般体现为量化的特征。在本土的医院组织域中之所以形成这样的制度逻辑既是行政化强制推动的结果，也是医院自身在与其他组织的互动中学习模仿的结果。

黄少安提出了中国制度变迁过程中“政府以行政手段推进市场化进程”的假说。他认为，政府以非市场的行政力量培育与发展市场，放弃对社会经济的全面管制，逐步扩大市场自主决策的比例，推动了整个社会向市场经济体制前进（黄少安，2000）。医疗机构的市场化改革也是自上而下行政推动和激励的结果。1994年，中国残联视察中国康复研究中心，随后根据调查发布了《中残联党组、执行理事会关于加强中国康复研究中心建设的决定》（以下简称《决定》），《决定》明确了B医院未来的发展方向，对医院进行了重新定位。要求医院建立高效率的管理体制和有活力的运行机制，实行“四位一体”改革，包括明确每一个科室独立的责任以及岗位，落实责权利等。各个科室开始独立核算，并根据创收情况规定奖金的发放。在2000年制定的《中国康复研究中心十五发展规划（2001~2005）》中，院方明确指出，要“争取条件，不失时机地推行现代化企业管理模式，包括承包经营、租赁经营、股份合作、对内对外的合资合作等，实现产权明晰、责权明确、政企分开、管理科学。在分配上逐步实行基本工资加效益工资制，条件成熟时实行经理人年薪加期权股奖励制度”等，体现了B医院以企业化方式运作的目标和决心。上级行政机构医疗补偿的减少是医院走向市场化的一个重要原因。目前，公立医院的支出补偿有三个渠道，第一是财政补助，即政府投资；第二是医院服务的收入，比如住院费、挂号费、手术费等；第三是药品收入，包括批零差价或者回扣等。政府的财政预算拨款或专项补助目前不到医院总收入的



10%，有的地方甚至只够其发3个月的工资，而80%以上的收入来源于业务收入，包括社会保险基金及患者的自付费用，其中大部分是劳务费、检查费、药品批零售差价及药厂让利形式的收入等。医院在此背景下不得不向市场化转型，通过降低成本，增加医疗服务及药品等收入来进行自我补偿。

医院组织域中市场-管理逻辑的形成在很大程度上也是医院之间在互动中相互模仿的结果。B医院在建立初期，首先安排许多工作人员到其他比较大的医院如中日友好医院、协和医院等学习和进修，一些管理人员是直接 from 其他医院中调动过来。这使得医院组织域中其他医疗机构的变迁对B医院形成显著的影响及压力。在医疗市场化改革的驱动下，医院意识到经济收益对组织生存的重要性。如院方指出，“……在摸索有效的内在运行机制的同时，应当参照兄弟单位经验，实行管理和经济挂钩措施，运用经济杠杆，使附属医院大部分科室试行定额、质量和经济挂钩的办法”。1990年代以后，医院之间的市场竞争性日益加强，成本-效益和经营管理的强调构成医疗组织领域中的普遍行为方式与实际目标。

市场-管理的逻辑是组织域中一种默认的、自然化的符号和观念。1990年代以后，市场化改革逐渐从经济领域开始推行到社会行政事业单位中，卫生领域、教育领域都开始学习企业改革的成功经验向市场化方向迈进。卫生经费的国家投入日趋减少，从以前的全额补贴到依靠医院的自主经营，医疗行业的市场化脚步不断加快，市场化被认为是祛除计划体制下医疗服务弊病的良方。在这种意义上，市场化不仅是一种改革机制，更是一种制度理念或者梅耶和罗万所说的制度神话(Meyer and Rowan, 1977)，它被认为是理性的和理所当然的改革之路。强调经济理性和市场化的制度观念影响了医疗行业领域中的组织结构和运行方式。医疗的市场性开始被强调，许多中央及地方的医疗机构以市场效益为方向改革管理、用人、分配以及服务模式。经济理性以及市场-管理的逻辑成为医疗机构组织域的合法性期待。而对于特定的组织比如B医院来说，这种组织域特征的变迁和分化冲击着以前的组织合法性，新的制度力量对组织行为构成了新的压力与影响。

(二) 社会服务逻辑

在本文中，社会服务逻辑是指非营利性医院在面临政府以及日益



增长的国际性组织环境所体现出来的相应的服务要求和专业规范，它包括两个方面，一是非营利医院的公共服务角色；二是符合专业服务期待的技术与伦理规范。

政府在推动医疗市场化改革的同时实际上并未完全从医疗领域中退出，因为卫生事业还是带有一定福利性质的社会公益事业，政府还需要通过医院来承担公共卫生包括预防保健等的功能，政府通过医院来实现社会目标的机制并没有根本变化。其本质原因在于医院还面临着提供公共服务、承担社会福利服务角色的规范期待。公共服务的角色要求医疗服务具备两个规范性特点，一是医疗服务的可及性或公平性；二是医疗服务的公共性。可及性是指政府性卫生服务的提供应当能够为绝大部分公众平等享有，应该用适宜的成本和多层次的服务提供满足公共服务的需求。公共性则指政府强调医疗服务对公共卫生和医疗服务的提供，包括公共卫生保健体系、流行病的预防治疗、医疗保障体系建立等，此外，由于医疗服务的信息不对称性，政府也代表患者对医疗行业进行规范管制，运用政策以及法律的手段来规范医疗服务的提供方式。

社会服务的逻辑还体现在作为医疗专业服务的技术和伦理规范上。随着政府控制从社会经济领域中的退出，包括市场和专业机制都获得了一定的自治性，对医疗技术水平提高的关注使专业环境对医疗机构的约束力逐渐增强。弗雷德森指出，专业主义的主要特点是裁量（或决断）的自由化（Freidson, 2000）。专业规范具有自身的独立性的自主性，专业主义则同时是一种价值观的投入，它体现在医疗及相关服务提供的方式和伦理原则上。无论东方西方，对于医学的规范和伦理原则自古以来都有许多相近的论述。在古希腊，医学历来被称为“仁术”，仁是医德，术是医术，希波克拉底的誓言体现了对医学的伦理期待。对于一种专门化职业而言，医疗服务包括医疗社会工作等活动，实际上体现的是利他主义的价值关怀。默顿强调专业伦理规范乃是一种制度化的利他主义。他认为“专门职业者垄断了某种形式的知识，便使专门职业构成了一个强有力的职业领域。……专门职业比其他职业在更大程度上努力使利他主义制度化。通过一定的奖励制度使在专门职业中的道德责任和自我利益常常趋于一致和融合，专门职业的这种制度化机制有利于促使个体从业者的自我利己性转变为利



他性行动”^①（默顿，2001：136）。

康复医学的专业的伦理规范体现了国际性，它的创立始于对战争受害者的人道主义精神，使患者能够重新回归社会，获得参与和发展的权利。不仅患者的肢体康复是必要的，还应当把患者的身体机能训练和社会、心理、教育等的回归和参与结合起来。全面康复包括了医疗康复、心理康复、教育康复、职业康复、社会康复等等在内，这是国际康复体系对残疾人康复的专业性规范要求。在中国康复研究中心和 B 医院筹建时期，康复医学所体现出来的专业性的规范和价值观也受到重视。根据全面康复和回归社会的两个重要原则来设立医院结构以及开展技术运行是国际专业化机构体系的首要要求。由于康复医学是一门新兴的学科，国际性的康复机构和相关组织通过与 B 医院的交流和合作对医院专业发展和运行形成了重要的影响。在专业规范中，能够鲜明地体现这两个原则的治疗手段是康复评定小组，它伴随着国际援助而在康复中心建立时被引进。康复治疗组（简称 TEAM 组）是康复治疗的基本工作方式，TEAM 组由康复医师领导，成员由运动疗法师、作业疗法师、言语矫治师、心理治疗师、假肢与矫形器师、文体治疗师、社会工作者等人员组成，在康复医师的领导下，召开康复评价会，各专业人员各抒己见，从本专业角度对患者的功能障碍性质、部位、严重程度、发展趋势、预后、“转归”等方面充分发表意见，提出各种对策，然后由康复医师归纳总结成一个完整的治疗方案，再由各专业人员分头实施。为及时、有针对性地对患者实行康复治疗，保证康复治疗效果，TEAM 组对患者实行分阶段评价，根据不同的评价结果，适时地调整康复计划，使患者的生理和心理功能障碍得到最大限度的恢复，改善患者的生活自理能力和社会活动能力，使残疾人真正地回归家庭，回归社会。对于全面康复和回归社会的专业规范，要求医院执行康复评定的时间、规范性、综合性等，在效果上，要求回归社会率、跟踪访问、社会心理的定期评价等等。

由于医疗改革的路径选择，医院的组织域发生分化和变迁，从而形

① 默顿用制度化的利他主义来概括专业或专门职业的特征，说明了专业价值的制度规范性，而不仅仅是个体的志愿精神。“专门职业以其服务观念、集体取向、服务于公众的承诺区别于其他职业”（默顿，2001：131）。而利他乃是专业价值的一个重要的规范性构成。



成市场-管理逻辑和社会服务逻辑对医院的的同时约束。市场-管理的逻辑促使医院以公司化的方式来运作，这种运行方式对于典型的市场主体如企业来说无可厚非，但对于非盈利的公共事业组织（human service organization）而言，成本-收益的强调和专业主义（professionalism）的规范之间有可能相互冲突，如前者对管理主义的要求，对业务运行的创收和利润的强调，后者更强调专业规范的标准性、普遍化、注重非营利组织的公益性、专业服务中以人为本的价值观等。这种冲突同时在组织运行上发挥影响，构成组织的双重制度约束。此外，复杂制度环境和组织分化往往是嵌入在一起的，组织域中多元制度逻辑的矛盾性同时对组织管理行为和部门行为形成约束，进而导致组织行为中的各种策略，我们在下面两章中会重点讨论。图1则反映了由于医疗改革而造成的组织域制度逻辑的分化和矛盾。

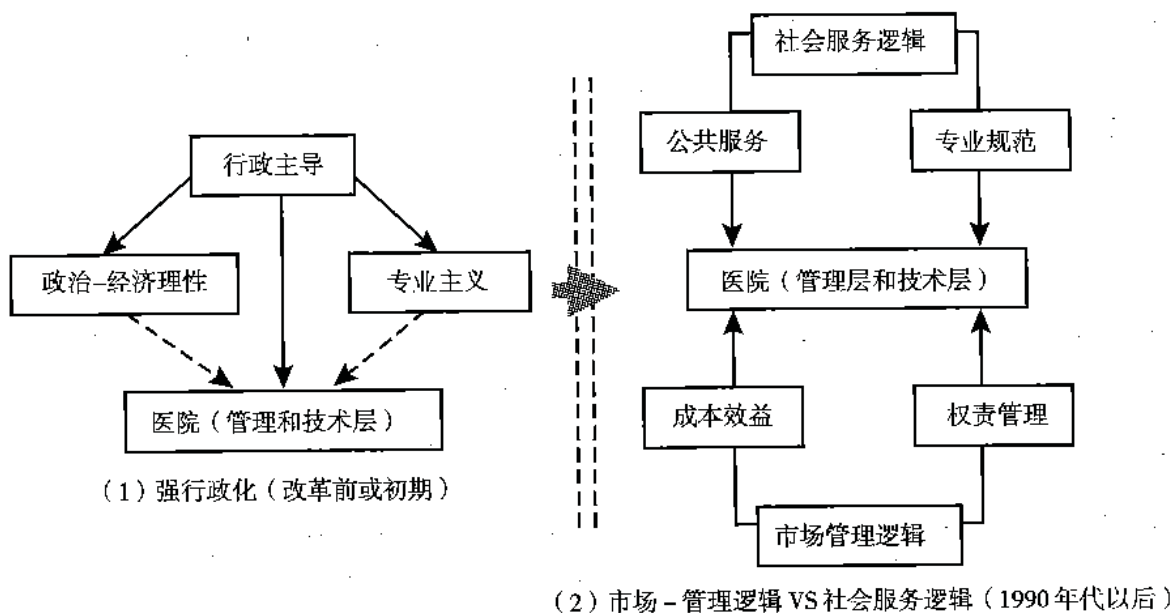


图1 组织域中的制度逻辑的变迁和特性

图1：（1）显示了行政化处于主导地位时对组织的影响，医院的政治-经济理性或者专业性都处于行政性的主导控制之中（在图中用实线箭头来表示）。医疗体制的改革相对于社会经济领域的其他改革而言比较缓慢，强行政化主导情形一直持续到1990年代中期，它对组织行为构成了一种规范期待或者合法性压力，主要表现在医院在结构设置上与政府的“同构（isomorphism）”、组织运行上受行政命令左右，专业运作上以行政任务为中心等。我们可以看到，医院的政治-经济理性和专业主义都隶属于行政指令的要求。而1990年代中期以后，医



疗的市场化改革进程加快,图1(2)显示市场环境和专业规范对医院的约束增强,同时政府的公共服务角色也仍然得到延续,从而形成市场-管理逻辑和社会服务逻辑并存,同时对组织行为构成矛盾性的约束,前者表现为成本-效益和权责管理;后者表现为公共服务角色和专业规范。

五 双重制度逻辑约束与社会 工作部门的行动选择

以双重制度逻辑为特征的冲突性制度环境影响到组织内部的部门运行,给医院社会工作部门带来生存的合法性威胁。而部门行动者也会力图通过行动选择来抵御复杂环境的威胁,运用各种策略获得其生存的机会——尽管这种策略并非总是有效的。分析部门的行动选择以及后果有助于探讨制度约束和组织行为之间的关系,以及制度变迁和组织行动对专业化发展所带来的影响。本文选择社会康复部门作为分析的对象,在市场-管理逻辑和社会服务逻辑的双重约束下,社会康复部门在组织内部结构中日益边缘化,面临着生存的困境。部门行动者通过转换与选择其运作方式同时满足两种合法性要求,维持部门的专业生存和经济生存。这些选择性的趋同策略包括了规则引入、不确定性的应对以及身份依赖等等。然而,部门为了应对矛盾性制度约束的策略也导致了其专业化运行的偏离和替代,不仅对福利服务的效果造成了影响,从长期来看也影响到其专业发展的方向。

(一) 规则引入与生存资源获得

多元的制度逻辑概念在理论上说明了行动策略发生的依据,在市场逻辑的强的合法性支配下,行动者为了维持自身的生存会利用差异性的制度环境所提供的资源,以改变自身的处境,重建合法性。在B医院中,社会康复部门通过引入法律规则来弥补自身对市场化趋向的适应不足,改变以往的工作模式,并借以获得生存的资源。

社会康复部门在行政化主导的医疗体制时期形成以“行政任务为中心”的工作模式,工作内容包括协助“中残联”进行社区康复的试点工作、残疾患者无障碍环境设施改造、残疾儿童的特殊教育以及法



律咨询等。法律方面的援助工作局限在咨询而且所占比例约在 1/3 左右，一般是免费或少量收费。但随着医院面向市场经济的管理转型，社会康复部面临很大的生存困境甚至合法性的困境。社会康复部门以往的工作内容没有办法满足市场创收的压力，其中在医院内进行的大多数患者服务工作比如患者谈话、小组活动、家庭关系调解等都以社会效益为主，很少或几乎没有经济效益。在医院新的管理改革下，如何重新建立适应成本 - 收益的新的专业运行方式成为社会康复部门首要考虑的问题。

20 世纪 90 年代中期以后，社会制度环境发生了很大的变化。医疗保障体制随着国有企业的纵深改革而不断推进，福利的单位化保障逐渐被打破，而向以社会化为基础的医疗保险制度转型，但制度变迁以及人们对新制度的适应显然还需要一段时间，围绕着医疗保障的权益和相关纠纷日益增多。通过法律来保障个体的权益获得人们越来越多的重视，法律职业成为一种新的专业市场垄断 (Larson, 1977)。对于残疾患者而言，交通事故、工伤等致残的发生比率也日渐增多。与社会工作这样的较为“软性”的半专业而言，法律显然具有更硬的专业特性以及市场收益的来源，其专业制度背景和知识的专门化程度都比当时的社会工作要强。经过社会康复科主任及工作人员的讨论，认为引入法律规则来开展工作是社会康复科为了获得强市场化组织域中的合法性的有效选择。它的内容表现在法律咨询、工伤的认定和处理，交通事故及其他意外伤害的赔偿建议等，收取一定的费用。由于法律服务具有较好的市场需求，因而也缓解了社会康复部门的资源生存困境。

社会康复科工作人员 H 这样描述引入法律规则的过程：

“……随着面向市场经济转轨，96 年以后，我们干什么不干什么更明确了。这个时候，因为外界有创收压力，我们开始探讨怎样开展有偿服务。因为法律方面咨询的人多，有需求市场。我们开展了出具赔偿建议、工伤认定等收费法律服务。这项工作开展后，基本缓解了医院对我们的创收要求。而因为我们这个新的思路，医院在大会上宣布奖励我们 500 元。你如果不创收，医院就不要你了。为了解决这个压力，解决我们的生存之道。我们不²

得不搞创收。目前，这项工作（法律服务）占我们工作的一大半，实践证明，这（引入法律服务）是一个比较正确的选择。”

立足医院开展的这些项目尤其是赔偿建议具有某种垄断性，比如意外伤害，被告人在索取肇事方赔偿时需要明确与其伤害程度相应的治疗费用，对于残疾患者，这些费用项目包括了轮椅，药品，残疾日常卫生用品如尿袋、开塞露等，与治疗相关的物品和费用证明只有医院有能力开具，即使被告人专请的律师也必须得通过医院才能了解相关的费用问题。但一般医院以诊疗为主，没有相关的部门来处理这些问题。社会康复科则注意到了这种市场需求，主动和法院协商，获得了出具赔偿建议的资格。引入法律服务项目以后，社会康复科实现了一定的经济效益。H认为，法律服务的市场前景还是比较好的。在成本-效益管理逻辑的压力下，法律服务成为社会康复科的工作中心，其他不创收的患者服务内容就停止或很少去做了。引入法律服务项目给社会康复科增加了资源，也使得社会康复部门在市场领域的压力下有了生存的空间，尽管这种服务收费在某种程度上与社会工作专业本身的理念是相矛盾的。

在决定引入法律规则来促进社会康复科生存和发展以后，所有工作人员被要求学习法律。社会康复科工作人员里，最初成立时有12个人，但懂法律的就一个人。其他人员专业背景包括了护理、历史学、中医、PT和OT（残疾人肢体训练师）等。1996年确立以法律服务项目为中心以后，法律学习被提上重要的位置考虑。目前9个工作人员中，有一个人通过律师资格考试，有两个人已经通过法律本科的自修，一个人获得应用社会学的硕士文凭，还有一个人正在准备律师资格考试。

把处理法律问题作为社会康复科的主要业务方向应该说在一定程度上反映了社会上日益增长的法律问题和需求，但是更重要的一点是部门行动者对制度环境的解释以及选择，而这种选择与组织所面临的制度逻辑约束又是不可分的。通过引入法律规则，转变工作模式，社会康复科从中获得了一定的创收，满足了市场-管理逻辑对效益指标的合法性要求。同时，工作模式的转换也使社会康复科获得了一部分不确定性的应对，获得组织内的地位合法性。



（二）不确定性的应对与地位获得

医院的组织域包含了两种主导性的制度逻辑，但显然，医疗体制的变迁使医院面对紧迫的市场需求，市场-管理逻辑的考虑居于主导性的强合法性地位，一些能够带来较好经济效益的临床科室受到重视，社会工作部门则日益边缘化。当我们把部门作为一个行动场域来考虑的话，部门之间对资源和地位的竞争是其获得特定制度逻辑下相对地位的必要手段。制度逻辑只是限定了行动的范围和条件，行动者则通过各种策略生产新的规则或者再生产着制度模式以维持自身的优势地位 (Thornton and Ocasio, 1999)。自开放的系统观产生以来，组织内的部门关系开始与组织环境联系起来。希克森等在 1971 年的论文里指出了组织中不确定性应对与部门的权力获得之间的关系 (Hickson et al, 1971)。然而，权变理论的有关讨论多将部门如何获得不确定性归结为其技术特征或者环境中的技术、市场要求，制度逻辑对于行动者的重要性被忽视。我们认为，部门会利用制度环境提供的方向和规则资源来创造获得权力的空间。

医疗活动中常常伴随着较多的不确定性，我们在此主要讨论两类不确定性：一是由于医疗服务的特点而出现的测量风险和推断风险，以及由此导致出现医疗纠纷的可能性；二是在经济理性以及特定的医疗体制下，由于患者的选择和行为的差异而出现的医疗费用支付的不确定性。

1. 医疗纠纷的不确定性

诊疗或护理的医疗服务提供是医院的主要目标，然而由于人类健康需求的无限性和医学责任的有限性之间的矛盾，使医疗活动不可能完全满足健康治疗的需要，从而存在诸多的不确定性。人类社会的发展表明，健康问题并没有因为医学水平的提高而减少，反而摆在医学面前的健康问题更多了，医学只能利用有限的知识来完成自己的使命 (赵东耀等, 2002)。

在病人的诊疗和护理活动中，不确定性主要来源于两种风险。一是测量的风险；二是推断的风险。测量的风险主要是指根据客观的某种技术测量手段所获得的患者身体健康状况的偏差。比如用血压仪、温度计、心电图或放射技术等测量手段了解病人的疾病信息。中国医



学的“望、闻、问、切”等也是一种测量疾病的手段。二是推断的风险。它是医务人员根据某种医学逻辑关系或者自身的经验所做出的对疾病的诊断所导致的偏差。由于医学诊疗涉及的是复杂的人体状况，疾病常常与人的生理、心理和社会状况和背景有关联，客观的医学知识和技术并不能充分、完备地了解疾病的情形和给出治疗的结果。在处方、手术等过程中，医生的个人经验和判断对疾病的诊治及康复具有十分重要的作用。与客观的技术指标相比较，由于医生的个体知识背景等的差异，推断所引起的不确定要远远大于测量引起的不确定。医疗活动中产生的这些不确定性尤其是推断风险是产生医患之间矛盾和纠纷的重要原因。此外，消费者保护主义的日益兴起、对医务人员的社会期待和评价下降等使医患之间的关系具有一种契约性，更使医务人员要尽量避免在诊疗中出现任何偏差。从2002年开始颁布的《医师法》、《医疗事故责任处理条例》规定医方要对医疗事故出具相应的无过失证据，改变了以往由患者举证的做法，被称为医疗事故的责任倒置。在制度环境的压力下，医务人员在医疗活动中采取防御性的治疗，尽量采取不确定性较小的测量手段，而降低推断的风险发生。同时对病人治疗尤其是做手术时，一定要签署《知情同意书》，以应对将来有可能发生的法律诉讼。关于这个问题，B医院的C医生说：

“现在各个方面要求也比较多了，知情同意，改个药也得给病人说一下。有的对病人没好处的事情却给病人做了，他自己觉得对自己有好处实际上我们觉得没好处的，病人坚持要做。我感觉原来的《医师法》出台以后，医学发展实际上是停滞了。比如很多新技术、新业务没法开展了，这些都是要冒险的。有的手术可做可不做，就不做了，也得看病人，有的病人比较通情达理的，就给做；有的病人不太理解的，就不做。有的药可能有一定风险，但不用的话就一点希望都没有。”

脊髓科护士C也指出病人对医务人员的要求：

“现在病人的自我维权意识给我们护理增加了许多难度。好多病人都学着怎样保护自己，怎样打官司。现在到了什么程度？”



一些贵重的药物都由病人本人来保存，一些药品比黄金还贵，我们得到病人的床头来发药。但实际上，到病人床前抽药是不合乎规范的。但病人如果说怀疑你的药的成分，就没有办法。”

B 医院的护理部主任 Z 也指出目前病人的自我保护意识对护理造成的难度：

“现在的病人和以前的病人不一样了，现在的病人自保（自我保护）意识特别强。原来的病人和医生之间是感激之情。现在病人就认为是应该的服务。现在护士特别小心谨慎。原来我在急诊科，一些喝酒了的、打架的病人真的很可怕，说骂你就骂你，说给你嘴巴子就给你嘴巴子。所以啊，老护士就很害怕。像我给病人换药真得左对右对，总害怕出现纠纷。要说（改革）以前原来病人还觉得你护士不容易，挺感激什么的。现在根本不是这样，他觉得你是应该的。贵重药都要签字，不然他觉得你没给他配。有的医院甚至要把药拿到病房当着病人面配。”

避免不确定性、采取防卫性治疗成为医生在医疗活动时的首要考虑。然而，推断的不确定性是医疗活动的根本特点之一，即使再完备的防御，也不可避免地会出现一些医患纠纷。而且如 C 医生所说，过度的防御会影响新技术、新业务的开展，影响医学的进展。医院只能采取各种措施以避免医疗纠纷的发生。如增加检查项目（用测量来替代推断的风险）、成立相应的医疗纠纷办公室、改变服务态度、缓和医患关系等。社会康复科的优势在于能够深入地了解患者的家庭、单位等情况，能够通过较多的沟通缩小医务人员和患者之间信息的不对称性，同时社会康复科对法律方面的熟悉有助于医患诉讼的解决。尽管社会康复工作并不能够控制这种来自医务推断风险所产生的医患纠纷的不确定性，但具有一定的弥合作用。通过弥合医疗活动不确定性，亦可以增强其部门的组织地位。因此，社会康复科迫切希望能够参与到解决医患纠纷的工作中。社会康复前主任 H 以及其他工作人员都极力强调社会康复在调和医患关系、医疗纠纷方面的作用。H 在接受一本医学杂志的采访时谈到这种作用：



“我们时刻关注着医患关系的和谐，一旦有出现矛盾或者刚露出苗头，我们就及时发现并开展沟通工作，一些医生和护士不好解决的问题，我们就出面去调解，这样大大缓解了医患矛盾，我们在这一过程中起了一个中介的作用。……实际上，社工的工作对医护人员的治疗工作起到了很大的辅助作用，使医院真正做到了‘以病人为中心’。”

“我们可以更多地解决医患的纠纷问题。目前，医院比较头痛的是，医患之间的矛盾冲突越来越多。我们是防患于未然。我们可以及时发现这些问题、苗头。我觉得也就是因为这个，医院让我们存在。”

医院医务处是专门处理医患关系、监督医疗质量的部门，他们筹备建立医疗纠纷办公室。而社会康复工作者力图进入其中并发挥作用。社会康复工作者 Q 说：

“我们实际上有这个优势，我觉得我们处理医患纠纷要比医务处好，医务处的工作就应该让社会康复来做。比如让我来处理，我觉得能做得非常好。因为我觉得我们既有医学背景，又有法律、社会工作方面的知识，我觉得所有的手术我都比较了解问题出在哪里。Z 他们成立纠办的话，我就跟他一起做，除了法律外，他可能看重的是我的医学背景。”

社会康复科对医患关系和医疗纠纷的处理得到医院管理层的一定程度的认可。在新的人事调整中，医务处的处长 P 兼任社会康复科的主任。P 认为这是希望将社会康复科在处理医患关系上的优势与医务处结合起来，“医务处面临很多关于医疗纠纷、医患关系的问题，社会康复科的人懂法律，我也想利用他们的力量来促进医务处的工作。今后希望把解决医疗纠纷作为社会康复科的主要任务”。而在某杂志的采访中，院长 L 也说，“医学社会工作者是 B 医院多兵种、多学科协同作战不可或缺的团队成员之一，在调和医患矛盾方面，他们发挥了举足轻重的作用”。社会康复工作人员 Y 认为，在医院面临市场理性的制约下，社会康复对医患关系的强调有利于医院的品牌管理，有



利于医院的市场竞争，而社会康复科也可以借此受到重视，提高自身的地位。在经济理性的约束下，部门通过强调其处理医院在特定环境下面临的不确定性来获得优势，这是特定制度逻辑下的一种策略的运用。

2. 医疗费用支付的不确定性

患者在医疗费用的支付上也有可能存在一定的不确定性，即可能出现医疗机构中病人的欠费或逃费现象。在计划经济时期，医疗欠费是国家的事情，与医务人员没有直接的关系；然而市场经济时期，医疗业务收入关乎医院和医务人员的生存，成本-效益的强调使得医院逐渐认识到欠费对医院的直接消极影响。患者拖欠医疗费用的情形主要有①企业性拖欠，即单位的效益以及医疗保险的不健全，导致工人的医疗权益无法保障；②贫困人员的拖欠，农民工，下岗职工，无业人员，患病无力治疗等；③病人的医疗费用涉及法律诉讼，等待法律裁决或判决，医院费用的支付根据诉讼结果而定，如交通事故受伤者的医疗费用可能因为事故的法律纠纷而收不到；④因意外事故或自然灾害受伤者的救治费用；⑤涉及医院和病人的法律纠纷。这几种欠费的现象在B医院中几乎都存在，而尤其以企业拖欠和病人法律诉讼拖欠情况比较突出。国内的医疗体制状况也是导致病人费用拖欠问题的重要原因。西方福利国家医疗保障的突出特点是从单一的服务收费发展到预先保险支付（prepaid insurance），它的作用不仅在于公众的健康保护，也通过第三方支付以稳定医疗机构的所得，患者在医疗支付上的不确定性因而被减少。但长期以来，我国的医疗保障呈现地区和行业的不平衡现象，城市地区的医疗保障相对健全，而农村地区十分薄弱；政府机构和效益较好的企业相对健全，其他的国有企业或单位等的保障则十分薄弱，处于医保体系以外的病患者如下岗工人、外来务工人口等常常无力承担高额的医疗费用。当然也有因为种种原因恶意逃费的情况。随着市场化约束的增强，医院希望尽可能多的招收病人，但又不想因为病人的欠费或逃费而付出很高的代价。这个时候，通过各种手段限制和监督患者的逃费可能性成为医院管理中的一个重要内容。

B医院的业务性质以残疾治疗和康复为主，交通事故、工伤等突发致残的情况比较多，常常涉及病人单位或肇事方的医疗费用支付问题。如果单位或肇事方因为种种原因拖欠为病人的治疗付款，医疗欠



费问题就会出现。根据对 1997~2001 年康复出院患者的欠款统计,五年期间,欠费总金额达到 120 多万元,平均到每个病人身上达到 10998 元。欠费患者亦分布在全国许多地区,如对脊椎损伤科的患者欠费统计发现,居前六位的地区分别是河北、安徽、内蒙古、河南和吉林、黑龙江(董清等,2006 待刊稿)。高额的欠费使医院不堪重负,亦制约医院的正常发展。B 医院管理者试图运用各种方法来避免欠费情况,最主要的方式是采取欠费与科室的经济所得挂钩管理。如果某个科室出现病人欠费现象,将按比例扣除其相应工作人员或者整个部门的年度奖金。其结果是,各个科室的医务人员都需要花大量的精力来处理病人的催款,特别是主管的大夫或护士。然而,由于患者的家庭、单位和社会背景常常比较复杂,大部分欠款的患者来自外地,其选择和行为上具有很大的不确定性。医务人员不可能详尽地核实欠费的原因,他们在病人的诊疗、护理等问题处理方面可能较有把握,但对医学以外的病人社会事务上则常常感到无能为力。

比如 C 科护士长 Z 也谈到:

“各科欠费各科解决,欠费就要停治疗。否则欠了费要大夫来赔。而大的欠费我们会找社会康复来协调,协调没有结果的话,就哪科欠费哪科赔。科室谁来赔呢,医生全赔肯定也不可能。主任、护士长、医生、病人的主管护士要平摊。院里规定一份欠费要扣科室 100 多块钱的奖金,欠的钱比如病人欠 2000 块钱也要扣掉。像我们医院一年有几十万的欠款,有的医院甚至一年上百万。这个时候媒体也不来报道了。但你要说医疗上有一点问题的,马上就给你报出来。医生和病人我觉得其实就是一个医疗合同。”

偏瘫科的 C 大夫则抱怨说:

“我们经常去给病人催钱。这些工作挺费精力的,月月都催,一个月得花三分之一时间(来催)。有时病人不在病房去训练,还得去找,挺麻烦的。我们也不知道怎么催款,经常做的就是打电话,病人没钱了,就给他单位或家属打电话,快送钱来吧。原来曾有过发生欠费,坐火车去追讨的情况,结果也没追到。还有,



我们没有时间来做这些事情，但病人欠费却要扣我们的奖金。这些工作应该有专门的人去做的，医生应该从这些事务中解脱出来。”

与医生、护士等相比，社会康复科工作者有更多的途径和方法去了解病人的详细情况包括其欠费原因。按照医院规定，病人入院的48小时以内需要进行社会康复登记，工作者需要了解其单位、家庭亲属、经济条件等状况。长期与病人的沟通工作使他们能够相对理性地分析患者欠费原因，寻找适当的方法来为医院挽回损失。在笔者调查期间，社会康复科处理了两个催款的个案：

患者M，2004年5月在马家堡东口骑自行车被从后面驶来的无叶机施——斯忒尔（汽车）撞倒，送至医院后诊断一侧大腿骨肉分离，进行植皮手术，后来截肢。患者父母皆为下岗职工，生活拮据。此事故肇事方为交通队，对方应负全责。但一直没有划拨钱给医院的治疗。医生没有办法来催款，于是转至社会康复科。社会康复科工作人员D打电话给交通队，交通队说，让她们家来告吧。社会康复科告诉他们，患者家庭贫困，现在首要的工作是保命，哪有时间来起诉，你们既然肇了事，就应该拿出钱来，帮助病人渡过难关。D将有关的交通赔偿责任告知肇事方。后来通过单位、目击者等找到肇事者的电话，肇事者答应划支票到医院，但后来医院发现这张支票乃是空白的，社会康复科又不得不找到肇事者，告知有关事故处理办法。肇事者才划拨了5万元到患者的治疗账户上。现在，过了两个多月，患者的治疗费用又拖欠5万多元，社会康复科打电话给肇事者，无法找到，据说出去开会，现在社会康复科正在想办法找到肇事者，并追讨患者所需治疗费用。

患者Y，72岁，一个人住在海淀区双槐树村，2004年9月20日骑三轮车被一辆货车撞倒，肇事者拨120送到急救中心，急救中心又转至B医院。通过社会康复科联系，现在患者治疗费用由第三方保险公司支付，账户还有5000元，已不够支付今后所需治疗。社会康复科工作者找到该老人，他告诉工作人员有一个侄子



在天津，还提供了一个电话。社会康复科找到其侄子，并与其联合找到肇事方。社会康复科告诉肇事方，根据新交通条例，他应该负全责。肇事方害怕起诉，终于答应将治疗费用及时划拨给医院。

这两个案例皆属于医院常见的突发性欠费事件，医生由于不熟悉患者家庭、单位以及相关的责任人，同时也不了解相关法律，所以很难催到款。在一些医院里，这种情况往往给医院带来较大的损失。而社会康复工作人员利用其法律工作知识和方法，可以较为有效地处理欠费问题。在 B 医院 2000 年实行欠费与科室的奖金挂钩办法后，社会康复科对催款的解决实际上有利于科室的收入分配。社会康复科在部门之间的相对地位因此也得到了提高，一些诊疗科室尤其是临床科室对社会康复的地位有了重新的认识。当笔者在社会调查时问到“诊疗科室的医务人员对社会康复科的认识有没有变化”时，社会康复工作人员 D 回答说：

“有的。不过变化完全取决于你自己。取决于你是否能得到他们的信任，如果你真的特别是什么问题都不能够给解决的话，他也觉得你没有什么价值。我原来到骨科的时候，特别难打交道。他们是对社会康复科有看法。只是骨科的 Z 主任觉得病人的什么问题都是她来处理的，不需要社会康复的协助。不过现在，也跟管理挂钩的政策调整有关系。其实，科室觉得有利可图的时候，他们就愿意跟你合作。现在社会康复也对他们有好处。你比如说 M 那个病人的催款，要不就扣他们的奖金。如 C2（科），我做的特别顺手。他们哪个病人没钱了，护士长就来找我。主管大夫、护士他们也催款，但只是说病人你赶快交钱，他们不知道有其他的渠道。”

社会康复科工作者 H 也认为：

“现在，我觉得更多的科室实际上欢迎我们。我们不给其他科找麻烦，反而帮助他们，帮助他们解决不愿意解决的问题。你



比如说一个病人住院了，一段时间后，还没有治好病，就没有钱了。面临欠费，要拿钱，医生无暇顾及这些事情，说找社工吧。我们要分析这些问题、为什么欠费，是个人原因还是单位原因，帮助他们拿到钱，可以解决欠费了，继续住院了。对科室来说当然是有利的。”

医院之所以对医疗费用支付的不确定性十分关注，实际上是医疗体制和医院的经营化取向共同导致的。医疗体制不健全使得病人的欠费现象常常发生，而医院在经济理性逻辑的制约下必须重视欠费带来的成本和效益的损失。所以，能够较好地处理患者欠费问题的不确定性便可以带来相应的组织内地位优势。同样，虽然社会康复科并不能完全地控制这种欠费不确定性，但其工作模式的转换使得他们可以通过其他有效的方法和途径为科室减轻损失使得其地位合法性得到提升。

3. 身份依赖与认同获得

身份依赖是行动者为了获得身份和社会认同而进行的策略选择。它是一种为了获得制度认同而进行的注意力的竞争。行动者具有他们自身对于不同制度逻辑要求的感知和认识，这些感知和认识进而影响了行动者对于制度的认同和选择。对专业性身份的认同和依赖是社会康复部门在双重制度逻辑约束下为了维持自身合法性的行动策略。通过转变工作模式，引入法律规则、控制不确定性，社会康复部门力图满足市场—管理逻辑的结果合法性的要求。但在双重的制度逻辑约束下，其专业运行模式还必须能够满足另一种合法性即社会服务逻辑的规范合法性要求，后者强调专业服务的伦理规范、服务程序的标准化和有效性。

随着国际专业化环境的凸显，国际社会工作的专业化理念和规范的合法性增强，社会康复科意识到必须获得专业身份的认可才能够获得专业地位和社会认同。身份依赖是组织部门行动者在面临双重制度逻辑约束下的行为策略。社会服务逻辑要求服务效果（而非效益）的体现，它与市场管理的要求在很大程度上是相互矛盾的。笔者认为，部门行动者在处理制度环境中的冲突性约束时，会有意识地根据合法性的特点以及强弱而合理化自身行动（吉登斯，2003：170），在实现与制度环境的“同构”的同时力图避免具体行动实践的混乱，获得生



存的合法性。在医院的组织域中，对市场竞争和管理效率的高度强调使社会服务逻辑的合法性相对较弱，如果说前者更多地体现在部门行动中的资源获得策略，后者则更多地体现在为了实现部门的专业生存所进行的认同获得策略。

值得注意的是，社会康复部门在认同获得的策略中，经历了专业身份的凸显和转化过程。社会康复的内涵中有很多属于医疗社会工作和残疾人社会工作的范畴，国外的社会康复工作者也就是社会工作者，社会康复是一个交叉性的学科及实践范畴。但在社会康复部门成立初期，工作者虽然明确康复的分类，却并没有清晰的工作方法意识，也不知道社会康复与社会工作的关系。前面也提到，行动者主要依照以往各自工作岗位上的经验，在行政化的主导环境中以“任务为中心”作为主要的工作模式。但随着制度环境中社会工作专业化的发展，社会康复部门开始有意识地凸显其社会工作从业者的角色，试图获得社会服务的专业性身份及合法性认可。

从20世纪80年代开始，中国大陆社会工作专业的恢复极大地促进了社会工作专业环境的扩展和影响。随着社会学的恢复和民政工作的发展，政府意识到需要建立和发展具有中国特色的社会工作制度。1987年国家教委决定在北京大学及其他高等学校试办社会工作与管理专业，招收和培养社会工作专业本科生、硕士研究生，这一年标志着社会工作专业教育的正式恢复。进入1990年代以来，共青团中央、全国妇联、民政部系统所属院校相继建立社会工作系，各地区教委所属、部门所属院校也开设社会工作课程，开展社会工作专业教育和培训。1991年7月，民政部牵头成立中国社会工作者协会；1994年我国社会工作院校系统发展为促进社会工作教育和专业发展的中国社会工作教育协会。与此同时，一些民间社会工作服务机构、国外社会工作专业机构进入，它们尝试用社会工作的专业方法开展服务。我国社会工作的发展呈现出前所未有的繁荣景象（王思斌，1997）。B医院社会康复部门在社会工作的专业环境发展中开始有意识地把自己定位于社会工作的共同体内。社会康复工作者H说：

“……开始并没有意识到所做的是社会工作。严格来说是94年开始接触社会工作。我们做的这个工作，接触到很多资料，国



外的情况，有意识地往这个方向靠。为什么 94 年有一个契机呢。因为我参加了一些社会工作的研讨会，与北大有一些交流。通过看书，与国外的如以色列、德国等专业社会工作者交流，我们这里的交流比较多。意识到所做的工作是社会工作。后来我们的工作也受到一些关注，96 年加入社会工作教育协会的会员。当时大概只有十来家吧。”

在冲突性的制度逻辑约束下，这种社会工作的专业化学习更多表现在身份的获得上。尤其从 1990 年代末期开始，获得社会工作从业者的身份成为社会康复部门有意识的行动策略。身份也带来部门发展所需要的资源，但更重要的是一种社会服务逻辑的规范要求，在专业化成为非营利组织发展日益增强的要求时，如果没有专业性的身份，就很可能在组织发展中遭到淘汰。身份实际上是一种“立足之地”，比如关于社会康复工作人员的职称问题，H 说：

“社会工作没有一个职称系列，国家没有承认这样的资格。我们长期以来苦于名不正言不顺。社会康复要走什么职称系列呢？我当时想，社工算什么呢，不能走医生系列，也不能走教师系列、工程系列，后来就走了研究系列。走这个系列，打个擦边球吧。总得有一个立足之地。”

而 2006 年 7 月社会工作的职业资格认定已经得到国家人事部门的批准，无疑会带来新的身份认定，这对于社会康复部门的合法存在是非常重要的。另外，更重要的是，由于社会康复科具有专业环境中的合法身份，保证了这个部门在冲突性的制度逻辑约束中不被取消掉。市场 - 管理逻辑强调经济效益的结果合法性，医院管理层采取“扶强不扶弱”的政策，如果某个部门不能实现创收，就很有可能被撤销掉或者被合并。比如职业康复原来是一个完整的科室，但由于无法完成经济指标，被合并到社会康复科中。在新的人事调整中，由于社会康复科无法推选出新一任的科主任人选，暂由医务处代管，被认为是社会康复科没落的表现。但社会康复工作者 H 认为：



“……社会康复科是一个被边缘化的科室。不过，庆幸的是，站稳了脚跟，没有被砍掉。……不过现在看来倒不至于被砍掉，现在我没有很强的被砍掉的危机感。为什么呢，一是社会工作专业逐渐名正言顺了，国家承认你的职业资格以后，就有一个相应的制度，考核、职称评定会有一个说法；另外一个是在社会上不同的人群对医疗社会工作有需求，有服务需求。有事找你，当然他也不是白找你，我们也可以创收。虽然我们挣的不是很多，但市场的扩大、形势的变化也会有转机，领导也看出来；第三是进入WTO以后，外国的医疗机构、医疗界有社会工作，他们把这种观念、理论、方法带进来，我们现在评三级甲等医院，没有这个部门说不过去。……另外一个是中国残联，认可康复是一个体系，里面有社会康复和职业康复。不会轻易把这块撤掉。”

然而，身份的合法性也并不是自然而然存在的，社会康复工作者因此积极地与社会工作学术界建立联系，包括参加社会工作的学术研讨会、成为社会工作教育协会的会员、发展社会康复部门作为社会工作教育的实习基地等。社会康复工作人员对外宣称B医院是社会工作恢复以来中国最早开展医疗社会工作的医疗机构。

为了符合社会工作的专业身份要求，部门行动者也力图将工作模式、程序标准化，以使得其工作运行“表现”出规范的合法性。比如关于病历的书写、实习中指导学生的程序等。W十分头疼于病历的标准化和规范化，她认为这关系到B医院的社会工作能否得到社会的认可：

“我们现在迫切需要规范这些工作程序。社会康复工作人员大部分原来是学医的，只懂怎么写医学病历，不知道社会工作的接案啊、结案啊这些。人家一看你写的病历，就知道你不是搞这行的。要得到外界承认你是社会工作者，这些工作程序要看起来像回事才可以吧。”

工作模式和程序的标准化也使部门的行动符合了国际性康复专业环境的要求。社会康复部门的成立是根据国际专业环境中对康复内涵



的分类作为基础的。在康复的理念中，它不是单纯的技术和方法问题，而是与社会因素有密切关系的。因为一个完整的人是一个兼有生理、情绪、职业、社会活动的人，应从以上各方面促使患者康复（卓大宏，1995）。国际性的专业交流是部门获得专业认可的一个重要原因。一般来说，国际性的交流是一种对口往来。比如医院曾经接待日本国立康复中心的社会康复工作者、日本福祉大学的社会工作者、香港理工大学的社会工作者等等。如果社会康复部门没有一个标准化的规范和程序，不具备专业合法性，就很难得到国际专业机构的承认。国际交流也使得社会康复部门可以逐渐学习、模仿并趋同于社会工作专业环境的规范要求。但部门对专业环境的趋同也只是停留在身份上的合法性，身份的依赖与工作的实际运行在某种程度上是分离的。尽管由于专业环境的压力，社会康复部门力图获得专业规范的合法性和身份，但在实际工作的运行中，以成本-效益为衡量标准的“法律服务”模式部分取代了全面的体现“助人自助”理念的社会工作方法。

六 行动选择与专业化的偏离

组织化社会里，专业的自治性受到组织结构和权力安排的制约。因此，专业化发展与组织结构以及组织-环境关系有着紧密联系。当环境日益变得复杂时，组织的专业部门层次独立性增加，制度环境的特性以及专业部门的行为策略也因此在很大程度上影响着专业化发展的特征。在冲突性的制度逻辑约束下，部门的行为策略其实是一种选择性的同构。在强的制度压力下，通过采用规则引入和不确定性的应对，组织部门获得资源优势，获得生存的合法性；在弱的制度压力下，专业认同只是体现在外在的身份认同上，组织部门通过身份依赖获得专业规范的合法性。由于技术是社会构成性的，技术行动者在组织内的相应的行为方式会不断地建构与重构技术的特性。对于社会康复部门来说，为了能够同时满足两种制度逻辑的合法性要求，行动者采取了各种选择性的同构策略，专业技术则伴随着行动选择而改变着其属性、特点及方向。在复杂制度环境下，社会康复部门通过转变工作模式来适应冲突性的制度逻辑约束。以法律服务为主要内容的专业运行符合市场-管理逻辑对成本效益和结果合法性要求；而加强工作模式



的程序规范化以及身份的认同也使得部门可以获得社会服务逻辑的合法性。部门行动者在冲突性制度逻辑约束下的行动策略最终导致了专业化发展的偏离和替代，它主要表现在两个方面：一是专业自治性的削弱；二是专业服务提供的目标替换。

（一）专业/技术自治性的削弱

专业或专业主义的一个突出的特点是专业人员在其技术领域与工作环境中的裁量自主性，它包括对决策、工作活动的控制权，或者对顾客的自由度。黑尧指出，医疗专业自治性的权力获得主要与两个特点有关系，一是不确定性或者非决定性（indeterminacy）；指预先确定专业被运用的情境的不可能的程度。如解决医疗问题并不总是可以像电脑程序一样自动地规划，它需要医生的判断选择。二是不可见性（invisibility）；它指细致地监督工作的不可能的程度。如不可能在医生做手术时对手术方案的选择进行详细的监督。当面临这种问题的时候，需要一种社会合同（social contract），按照社会合同的有关规定，在不确定和不可见的情境之下，决策者被赋予信任，可以自主地采取行动（黑尧，2004：185）。然而，专业的自治性在冲突性制度逻辑的约束下受到很大程度的削弱。

市场-管理的逻辑对组织的行为具有相应的要求，它在很多方面与专业规范和服务的要求是相矛盾的，前者强调通过学习国有企业的改革经验，将成本-效益和管理科学的原则应用到医疗机构的运行和改革过程中；而后者强调的更多是专业服务的提供效果以及专业人员的自主性。管理主义的原则和思想与医疗体制改革以后对医疗机构的发展和改革方向是相适应的，对于医院的决策者和领导者具有较大的影响，它对社会康复部门的日常运行以及工作者在服务提供中的自治性形成了约束和冲突。

在该医院，社会康复的工作方式和诊断方式在市场-管理的合法性日益增强情况下受到了冲击，这种情况在1990年代中期以后体现的尤为明显。社会康复的工作内容包括了与病人的谈话、社区调查和家访、组织团体活动、资料收集等等。社会康复科规定每一个工作者负责三到四个病房，工作人员具有相对独立性。前任的科主任采取较为松散的管理方式，给每个工作者比较充分的自我决定权包括时间、工



作形式的自由度等等，但这种工作方式日益受到医院管理者的质疑。社会康复科前任主任 H 说：

“我原来在管理上比较松散，跟我对社会康复的理解有关系，我更加重视工作人员的自主性以及研究性。我们医疗社会工作本身没有一个严格的时间观念，比如有的病人有问题了，你需要处理，不能下班了你就不管了。有些团体活动的组织是利用双休日、节假日等，比如到天坛、体育馆等地方的参观。当然，还有我也觉得我们需要学习和研究，你可以不用坐班，但是最好去学习。不过这种管理方式也造成了好像一定的懒散，其他科的人认为不好，因为医务人员的时间非常严格，什么时候打针、发药都有规定。虽然院领导也没有给我施加过压力，但是私下里也会有去检查的时候。比如会问到一个人不在，到哪去了。我有时就打个圆场，比如说派他到图书馆了，或去家访了等。当然有些医生、护士也反映到医院领导里。比如 G 科某某等就有这样的想法。”

医院在近年宣布由医务处接管社会康复科，为了符合市场—管理逻辑的要求，新主任在管理方式上做了很大的调整。新主任 P 在访谈中说到：

“实际上我本人也不是想要过来接手社会康复科，而是医院让我过来的。我想医院希望我过来加强社会康复科的管理。现在医院面临创收的压力，要求加强内部管理，尤其是按照一些比较好的治疗科室的标准来要求。在医疗中有很多统一的标准比如三级查房、治疗效果等标准，但是我看不到社会康复工作有什么样的统一的标准，他们就是谈话，帮助病人处理一些伤残建议等，我觉得没有什么固定的标准，也不好去评价。”

需要注意的是，这里谈到的专业自治性的削弱是相对于改革以后专业环境和地位上升的趋势来讲的。实际上，在中国高度集中的计划体制时期，国家意志通过科层设置渗透到社会生活的各个领域，专业几乎没有任何自治性和自主性，被纳入到国家的政治框架中（如医生²



护士被纳入国家干部编制),专业的发展从来都与科层组织联系在一起并依附于科层组织的管理。改革以后,伴随国家从社会领域的逐步退出以及西方知识分工体系的影响,专业的分化越来越明显,专业的自治性逐渐增强,专业化的进程亦随之加快。但一方面,专业与科层组织的关联并没有完全从体制上消除,无论在资源、地位等上都受到组织的影响。另一方面,随着社会资源配置方式的变化,专业化过程越来越多地受到市场成本-效益逻辑的侵入,专业性组织和部门为了趋同于制度环境、与外在的合法性要素“同构”,而导致其服务提供方式、运行模式日益市场化,专业化只能停留在身份上的合法性,损害了专业化和专业人员在实践活动中决策和判断的自治性。

(二) 专业服务提供的目标替换

对于医疗社会工作专业或技术而言,其价值观和服务提供具有实质理性的特点。对于社会工作者来说,在伦理决定的过程中,有两个核心的价值观是必须考虑的,一是尊重受助者的尊严和独特性;二是努力促成受助者的自我决定(王思斌,2004:89)。而对于医疗社会工作而言,其最重要的行动前提是假设患者是一个“完整的人(the whole person)”(Germain,1984:34),它运用社会工作的专业知识与方法,协助医护人员帮助患者及其家属处理因疾病而带来的在家庭、情绪、经济、职业、康复等社会及心理调适等方面的问题,以使病人早日恢复健康,重返社会。然而,在冲突性的制度逻辑约束下,部门的行动偏离了专业化的实质性理性要求,工具理性的目标替代了助人的价值理性,这里主要体现在下面两对矛盾上。

首先,服务导向还是消费导向。社会工作起源于对社会福利服务发送的专业性需求,福利性和人格性被认为是社会工作的专业价值前提(陈涛,1998)。B医院主要是基于社会效益来设置社会康复这个部门,在20世纪90年代中期以前,社会效益一直是社会康复实践活动的首要考虑,福利性和对残疾人的人道主义精神是当时对康复事业及其理念的基本定位。然而,伴随医疗体制的改革,医院不得不向市场化方向转型,病人不再被首先当作服务的对象,而应该首先是消费的主体。社会康复部门在市场-管理逻辑的约束下,为了维持部门的生存和工作人员的收入,必须尽力发掘和寻找病人的市场需求。由于奖

金与创收挂钩，工作人员每人每月有三千到四千元任务量，因此要尽可能鼓励病人在法律服务包括咨询、开具诉讼建议等方面的消费，它导致以消费为导向的工作内容的转换。社会康复部主任十分强调创收的重要性，指出要把医疗社会工作作为医院一个新的经济增长点。社会康复工作人员 Q 在访谈中说到：

“我也不知道我们现在做的还是不是社会工作，现在没有创收的工作都不做了。我原来管的脑瘫、截瘫科，做很多小组工作。比如组织偏瘫（患者的）家长过去，谈脑瘫的康复、家长的指导，怎么把自己的观念转变，怎么呵护自己的孩子，孩子能做的事情让他们做，知道今后的打算，怎么把康复的知识学到家。效果挺好的。他们挺愿意谈的。他们都说，真的挺好的，有人能了解我们的困难。但现在我们几乎不做这样的小组活动，只做法律服务方面的个案工作。”

社会康复工作人员 Y 提到自己在服务导向和消费导向上的困境：

“我们每个人都希望给患者提供很好的服务，我们也希望我们的工作福利性和义务的。本来不给患者计费（*指社会康复科在提供咨询或者建议时按照时间收取病人的费用）我做这个工作觉得是很自然的，你本来是做好事，助人的，但是你又说给人家计费，我觉得是一种侮辱。一方面我觉得这个工作是一个光荣的，但是另一方面医院又给了经济指标，所以从科室、医院都是很矛盾的。”

脊髓科的 W 主任也指出了社会康复工作的在服务提供上的困境：

“医生主要关心的是临床医疗问题。国家很多政策和国情与社会康复不配套，社会康复变成了帮病人打官司，向单位要钱的问题。它本来应该是怎么样给病人创造条件回归社会、找到工作的问题。因为现在大量的正常人找不到工作，社会对这个不重视。本来应该是为残疾人创造更好的生活方式，为社会创造价值。”



然而，由于部门还必须要获得来自社会服务逻辑中的专业及福利服务的合法性约束，消费导向的行动实践被隐藏在服务导向的显性目标中，这是一种为了适应制度要求的无奈的策略性选择。

其次，病人权利还是组织利益。增权（empowerment）是社会工作专业实践中的一个重要的部分。基于“助人自助”以及案主尊严的基本原则，从某种意义上讲，无权可以看作是社会工作介入的对象，获得权利是社会工作介入的目标，而增权是社会工作的途径（陈树强，2003）。B 医院是一个以残疾患者为主体的诊疗机构，残疾人本身是社会的弱势群体，由世界卫生组织与联合国教科文组织和国际劳工组织共同发布的《关于残疾人的社区康复——联合意见书》（1994）认为，广义的康复包括了残疾人平等参与和回归社会的任务（卓大宏，1995）。社会康复的专业实践活动本身应当包括对残疾人平等参与社会的权利的维护。但在冲突性的制度环境下，组织必须把维持自身的经济生存、规避环境风险包括防范医疗纠纷和事故等放在首要的地位。社会康复工作者在处理患者的求助上常常很为难，一方面基于社会工作的价值观使他们试图维护患者的权益，但另一方面，市场—管理逻辑的强合法性以及部门的经济生存又使他们不得不更多地考虑组织本身的利益。比如社会康复科处理病人欠费的问题，社会康复工作人员 W 认为，“我觉得医疗社会工作本来应该是救助病人，解决病人的经济、生活困难的，可是医院认为我们更容易催到款，给我们分配催款任务，我觉得非常不合适，违背了社会工作的理念，但是又没有办法。” Y 在参与医患纠纷的解决过程中同样感到了这种矛盾，“作为社工的话我觉得是应该站在患者的立场上，患者是比较弱势的，而医院是强势的。可是实际上我们不可能做到，如果我们使医院受到经济或声誉损失，是要承担责任的。”

社会工作是一种特殊的、广义上的专业技术，相比其他的“硬性”技术而言它更加深刻地嵌入在社会福利服务的组织和制度背景以及行动的选择策略中。在冲突性的制度环境约束下，部门的行动策略面临经济生存与专业生存的矛盾。由于补偿机制的变化，市场—管理逻辑具有近的、较强的压力；而社会服务逻辑要求则是比较远的、弱的压力。这类似于周雪光对制度合法性的强意义和弱意义的区分（周雪光，2003：78）。在双重制度约束下，医院中的社会工作部门力图通



过相应的行动选择保持自身的生存合法性，行动选择和实践最终导致了专业/技术发展的偏离和目标替代。

七 结 语

双重制度逻辑的约束提供给我们思考矛盾性制度环境下专业发展的很好的视角，它促使我们重视制度本身的意义以及组织行动者的能动性。制度变迁和路径选择常常是组织发展必须要面对的一个历史背景，它对于组织内的专业实践来说构成行动的前提和制约。

对于社会工作而言，随着政府建立和谐社会的理念提出，社会工作的发展和规范化得到自上而下的重视，社会工作也即将迎来其蓬勃发展的春天。然而，在具体的制度和组织情境中，专业化的过程与实践并不一定能够与组织机制很好地相配。从本文对医院社会工作的专业实践分析可以看到，具体的制度逻辑和组织结构可能限制或者改变着专业化本来的预定目标，甚至导致了专业价值的偏离。许多学者认识到，一个专业的成长与发展并非仅仅与它的知识以及价值体系有关，而必须要考虑专业成长的历史和社会文化因素（王思斌，2001；阮曾媛琪，2000）。也就是说，专业不是一个中立性的知识体的聚合，而嵌入在特殊的、具体的社会结构中。但是，需要进一步思考的问题是，专业的目标与组织体制的制约在多大程度上是可以适配的？在具体的制度情境下，如何还能够继续保持专业工作者的伦理或者价值？社会工作者如何应对特定组织结构的压力和限制？在高度组织化的现代社会里，社会工作的专业与科层结构之间常常存在基本的价值冲突，社会工作者如何在组织中生存是一个很重要的问题（扎斯特罗，2005：292），关注制度环境和组织运作的内容、方式因而是必不可少的。本文对冲突性制度环境下组织行为的分析也试图在另一方面对制度和组织框架内社会工作专业的发展有所启示。

参考文献

安东尼·吉登斯（2003）：《社会学方法的新规则：一种对解释社会学的建设



性批判》，北京：社会科学文献出版社。

伯杰·卢克曼（1991）：《知识社会学：社会实体的建构》，台北：远流图书公司。

查尔斯·H. 扎斯特罗（2005）：《社会工作实务与提高》，北京：中国人民大学出版社。

陈树强（2003）：《增权：社会工作理论与实践的新视角》，《社会学研究》，第5期。

陈涛（1998）：《公民社会：专业社会工作的社会基础》，《中国社会工作》，第6期。

董清、郝利华（2006）：《某康复医院残疾患者医疗欠费状况的研究》，待刊稿。

黄少安（2000）：《关于制度变迁的三个假说及其验证》，《中国社会科学》，第4期。

理查德·斯格特（2002）：《组织理论》，黄洋等译，北京：华夏出版社。

罗伯特·K. 默顿（2001）：《社会研究与社会政策》，北京：三联书店。

米切尔·黑尧（2004）：《现代国家的政策过程》，北京：中国青年出版社。

阮曾媛琪（2000）：《从社会工作的两极化看社会工作的本质》，载何国良、王思斌主编《华人社会社会工作本质的初探》，新泽西：八方文化企业公司。

王思斌（1997）：《转型期我国社会工作专业的地位》，《北京大学学报（哲学社会科学版）》，第4期。

王思斌（2001）：《中国社会的求助：制度与文化的价值》，《社会学研究》，第4期。

王思斌（2004）编《社会工作导论》，北京：高等教育出版社。

袁方（1997）主编《社会研究方法教程》，北京：北京大学出版社。

赵东耀、王大文（2002）：《论健康需求的无限性和医学责任的有限性》，《医学与哲学》，第5期。

周雪光（2003）：《组织社会学十讲》，北京：社会科学文献出版社。

卓大宏（1995）：《试论康复医学的社会性》，《中国康复理论与实践》，第1期。

DiMaggio, P. and Powell, W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional isomorphism and collective rationality. *American Sociological Review*, 42: 726-43.

DiMaggio, P. J. and Water, P. (1991). Introduction, in Powell, W. and DiMaggio, P. J (eds.). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

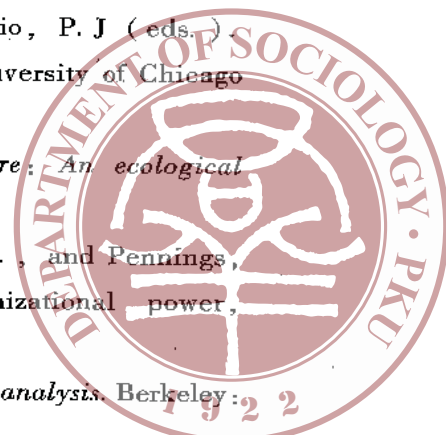
Freidson, E. (2000). *Professionalism: The third logic*. Policy Press.

Friedland, R. and Robert, R. A. (1991). Bring Society Back In: Symbols, Practices and Institutional Contradictions, in Powell, W. and DiMaggio, P. J (eds.) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Germain, C. B. (1984). *Social Work Practice in Health Care: An ecological perspective*. New York: The Free Press.

Hickson, D. J., Hinings, C. R., Lee, C. A., Schneck, R. E., and Pennings, J. M. (1971). A strategic contingencies theory of intraorganizational power, *Administrative Science Quarterly*, 16, (2): 216-229.

Larson, M. S. (1977). *The Rise of Professionalism: A sociological analysis*. Berkeley: 2 2



University of California Press.

Meyer, J. W. and Rowen, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83: 340 - 63.

Payne, M. (1991). *Modern Social Work Theory: A critical introduction*. Chicago: Lyceum Books Inc.

Rein, M. and White, S. H. (1981). Knowledge for Practice. *Social Service Review*, 55 (1), 1 - 41.

Scott, W. R. (1987). The Adolescence of Institutional Theory. *Administrative Science Quarterly*, 32: 493 - 511.

Thornton, P. H. and Ocasio, W. (1999). Institutional Logics and the Historical Contingency of Power in Organizations: Executive succession in the higher educations publishing industry, 1958 - 1990. *The American Journal of Sociology*, 105: 801 - 843.

Tolbert, P. and Zucker, L. (1983). Institutional Sources of Change in the Formal Structure of Organizations: The diffusion of civil service reform. *Administrative Science Quarterly*, 28: 22 - 39.



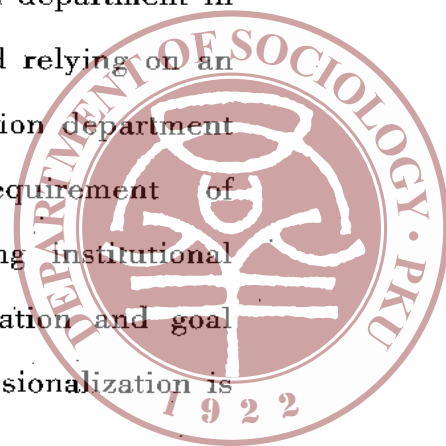
Dual Institutional Constraint and Social Work Practice in the Hospital Settings in China

—A Case Study in Beijing

Suo Deng

(Peking University)

Abstract: In the past two decades, health policy in China has undergone considerable transition which led to a multiple and even conflicting institutional environment of hospitals. In this article the theory of institutional logic from new-institutionalism is applied to explain the dual institutional constraint on social work practice in a non-profit hospital in Beijing. Because of the path choice of medical reform, institutional logics of hospitals mainly consist of two contradictory ones, including market-management logic and social service logic. Although they direct and constrain hospital's behavior, organizations have their own action choice and strategies to cope with the conflicting institutional requirement. The article stresses the agency and strategies of social workers in social rehabilitation department in a hospital. Borrowing new rules, coping with uncertainty and relying on an identity are three main strategies which the social rehabilitation department used to follow the institutional constraint and requirement of legitimacy. However, social work practice in the conflicting institutional environment at last resulted in the deficit of professionalization and goal displacement. The author concludes that the process of professionalization is



not a natural knowledge accumulation but embedded in specific institutional settings and organizational situations.

Key words: institutional logic, organizational field, legitimacy, uncertainty

