

Новые переводы

КОНКУРИРУЮЩИЕ ЛОГИКИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ, ГОСУДАРСТВЕННАЯ И МЕНЕДЖЕРИАЛЬНАЯ¹

Ричард В. Скотт

Перевод Е.С. Александровой под ред. М.С. Добряковой

Научное редактирование – В.В. Радаев

За последние два десятилетия в системе здравоохранения США произошли изменения, поражающие своей глубиной и стремительностью. Система, в течение многих лет находившаяся в состоянии застоя, демонстрировавшая, как метко выразился Роберт Олфорд [Alford 1972], «динамику без изменений», в последнее время дает множество поводов для размышления тем, кто пытается понять характер и природу происходящих в ней перемен и оценить их последствия.

Медики очень долго (практически до конца первой половины XX в.) занимали доминирующее положение в здравоохранении. Они не только определяли, что требуется пациентам, но и ставили условия, при которых те могли рассчитывать на обслуживание. Пациентов такое положение дел устраивало. Неудовлетворенными оказывались те, кто, нуждаясь в медицинских услугах, не имел к ним доступа. В защиту этих дискриминируемых групп выступили социальные движения, потребовавшие от государства более справедливого порядка оказания медицинской помощи. В результате государству пришлось вмешаться в ситуацию. Однако постоянно растущие издержки и вынужденные сокращения масштабных социальных программ возвестили о наступлении эры экономии и сдерживания расходов. Тогда на передний план вышли менеджеры и рыночные механизмы. Именно эту ситуацию мы попытаемся подробно описать и проанализировать в данной работе.

Стремительность преобразований в системе здравоохранения настораживает, особенно если принять во внимание всю сложность этой системы и многообразие действующих внутри нее хитросплетенных сил. Обеспокоенные и сбитые с толку пациенты, мятущиеся и раздраженные медики, ненадежные и конфликтующие государственные деятели, находящиеся в состоянии стресса и под огнем критики администраторы и, наконец, инвесторы и финансовые аналитики, выискивающие, как заработать на чужих болезнях, – лишь некоторые примеры проявления ситуации в здравоохранении на данный момент. Старый мир, где ни от кого не зависящий врач (заметим, чаще всего мужчина) оказывал помощь своим пациентам, опираясь на простую договоренность об оплате и периодически сотрудничая с муниципальными больницами, остался в далеком прошлом.

Система здравоохранения, стабильная в течение столь долгого времени (с 1920-х по 1960-е гг.), казалась непоколебимой. Пожалуй, другой такой социальной сферы, сопоставимой по масштабу, столь устойчивой изначально и так координально изменившейся в итоге, просто не найти. Вместе с тем скорость и многогранность преобразований подтверждают тезис Р. Гринвуд и К.Р. Хайнинга о том, что в сильной степени институционализированные сектора по определению устойчивы к изменениям, однако, если последние все же

¹ **Источник:** *Scott Richard W. Competing Logics in Health Care: Professional, State, and Managerial // The Sociology of the Economy / Ed. by F. Dobbin. N.Y.: Russell Sage Foundation, 2004. P. 267–287.*

происходят, трансформация оказывается весьма стремительной [Greenwood, Hinings 1996]. В этом случае глубокоструктурированные поля могут подвергаться очень быстрой деструктуризации.

Как же случилось, что наиболее стабильный и институционализированный сектор вдруг начал меняться прямо на глазах? На этот непростой вопрос мы и попытаемся ответить в данной работе. Сразу же оговоримся, что отдаем себе отчет в многогранности проблемы и понимаем, что любые попытки разобраться в ней остаются неполными и частными. Наш анализ основан на концептуальных разработках и эмпирических результатах пятилетнего исследования, проведенного Р. Скоттом, М. Руфом, Л. Менделом и Н. Каронной и подробно описанного в книге «Институциональные изменения и медицинские учреждения: от власти экспертов к менеджериальной системе» [Scott, Ruef, Mendel, Coronna 2000]. В данной книге мы не только попытались осветить изменения, произошедшие за последние полвека в системе здравоохранения одного из американских городов, но и предприняли попытку разработать аналитическую схему, применимую для анализа прочих фундаментальных институциональных изменений. Несмотря на то что наши эмпирические данные охватывают период только до 1995 г., основные тенденции, которые мы обнаружили, остаются актуальными и по сей день.

Институциональные изменения: концептуализация и измерение

Концептуальная схема

Обычно исследования медицинских учреждений сфокусированы на одной или нескольких организациях одного типа, охватывают различные аспекты их «жизнедеятельности» и ограничены кратким временным периодом. При помощи таких исследований можно найти ответ на многие важные вопросы, однако они оказываются не слишком полезными, если мы хотим понять более мощные силы, действующие длительное время и оказывающие свое влияние на самые разные организации. Чтобы расширить спектр обследуемых организаций, мы сочли целесообразным включить в анализ все организационное поле здравоохранения, – «всю совокупность организаций, которые образуют распознаваемую область институциональной жизни»: ключевых производителей, потребителей ресурсов и готовой продукции, органы государственного регулирования и другие организации, производящие сходные услуги или товары» [DiMaggio, Powell 1983: 148]. (Мы используем термины «поле» и «сектор» как синонимы; см.: [Scott, Meyer 1983].)

Итак, мы следуем подходу, разработанному в социологии организаций, и рассматриваем здравоохранение как «организационное поле», в то время как многие предпочитают говорить о рынке. Очевидно, если взять традиционное определение рынка как системы обмена, в которой поведение каждого отдельного актора оптимально и ведет к установлению эффективного равновесия, то понятие организационного поля не тождественно «рынку». Однако стараниями экономсоциологов и институциональных экономистов понятие рынка переформулируется и постепенно приближается к понятию организационного поля. Растущая плеяда ученых, включая социологов Марка Грановеттера и Нила Флигстина и экономистов Дагласа Норта и Авнера Грайфа [Granovetter 1985; Fligstein 2001; North 1990; Greif *forthcoming*], рассматривают рынки как социальные, культурные и политические конструкты. Они развивают идею о том, что рынки существуют неавтономно, они во многом зависят от государства, формируются под его воздействием; а рыночное равновесие вовсе не обязательно является оптимальным с точки зрения акторов и экономических процессов [см. Dobbin 2004].

Но, несмотря на все большее сближение этих понятий, я, тем не менее, использую термин «организационное поле», чтобы подчеркнуть: 1) важность организаций для социальных акторов; 2) роль политических процессов (как общих социетальных, так и специфичных для

данного поля) для поддержки и ограничения систем производства и потребления; 3) влияние культурно-когнитивных и нормативных факторов, формирующих мировоззрение, интересы и действия хозяйственных акторов; 4) способы организации хозяйственной деятельности в относительно обособленных кластерах с четкими границами. Понятие поля указывает на сообщества организаций, разделяющих общую систему смыслов и взаимодействующих друг с другом с большей устойчивостью и интенсивностью, нежели с агентами за пределами поля [Scott 1994: 207–208]. Внутри поля можно обнаружить индивидуальных и коллективных социальных акторов, системы обмена (наборы организаций), различные типы организаций («популяции») и структуры управления. Изучая поле здравоохранения, мы фокусируемся прежде всего на отобранных типах производителей медицинских услуг, но включаем также таких важных организационных акторов, как потребители (например, работодатели и государственные структуры), фискальные посредники (страховые компании, здравоохранительные проекты) и контролирующие структуры (профессиональные ассоциации, органы государственного регулирования).

Помимо этого, мы ставим своей задачей оценить долгосрочные изменения в системе здравоохранения. Многочисленные работы, посвященные изучению организаций, слишком часто ограничиваются анализом частных вариаций организационных форм и их функционирования, упуская из виду масштабные и значимые потоки изменений, когда новые формы и способы организации деятельности приходят на смену старым [см. Meyer 1994; Scott, Christensen 1995]. Лонгитюдное же исследование поля организаций позволяет проанализировать: 1) различные типы организаций; 2) перемены в отношениях (обмена, конкуренции, собственности, контрактации) между этими организациями; 3) преобразования в пределах отдельной организации; 4) изменения очертаний организационных форм или популяций (организаций одного типа); 5) появление новых типов организаций; 6) перемещение границ самого организационного поля.

Мы придерживаемся концепции открытых систем, согласно которой для понимания сути изменений, происходящих с организационными формами с течением времени, необходимо изучить изменения в их внешней среде, – начиная от материальных ресурсов, от которых они зависят, и заканчивая институциональными схемами, на которые они опираются [Scott 2003].

Под «материально-ресурсной» средой [material-resource environment] мы будем подразумевать наиболее релевантные элементы внешней среды, позволяющие рассматривать организацию как систему производства, зависящую от ограниченных ресурсов и трансформирующую эти ресурсы [Scott et al. 2000: 18]. В первую очередь сюда относятся факторы, влияющие на спрос и предложение, например: численность врачей, демографические характеристики населения, проживающего на данной территории, охват пациентов программами медицинского страхования, технологии (включая специализированное медицинское оборудование и методы обработки информации), наконец структура отрасли в той мере, в какой она определяет потоки ресурсов между конкурентами и участниками обмена.

Не меньший интерес для нас представляет *институциональная среда*, воздействующая на структуру и поведение индивидов и организаций. Некоторые аналитики не разделяют организационную и институциональную структуры, однако, на наш взгляд, их аналитическое разделение оказывается более продуктивным. Институты представляют собой регулятивные, нормативные и культурно-когнитивные рамки, совокупность которых обеспечивает стабильность и осмысленность социальной жизни [Scott 2001: 48]. Отдельные организации могут вырабатывать собственные «корпоративные культуры» – нормы и верования, которые в свою очередь задают символические (нормативные и культурно-когнитивные) схемы их поведения [см. Selznick 1957; Schein 1992]. Однако нас главным образом будут интересовать символические системы, которые действуют на уровне организационного поля или даже на общем социетальном уровне, задавая правовые требования, нормативные ориентиры, когнитивные модели и культурные логики, которые влияют на всех индивидуальных и

коллективных акторов этого поля. Для изучения изменений в институциональной среде полезно выделить три ее компонента: институциональные логики, институциональных акторов и системы управления.

- *Институциональные логики* [institutional logics] – это совокупность материальных практик и символических конструкций, которые конституируют принципы организации поля и могут достраиваться коллективными и индивидуальными акторами [Friedland, Alford 1991: 248]. Трансформация господствующих логик, в том числе правил (например, допускается ли представителям альтернативной медицины лечить больных) и систем убеждений (например, следует ли федеральному правительству оплачивать медицинские услуги), отражает серьезные изменения в организационном поле.
- К *институциональным акторам* [institutional actors] относятся как индивиды, выполняющие определенные роли, так и организации или ассоциации – в обоих случаях мы наблюдаем деятельность, направленную на создание и реализацию институциональных логик. Вариации численности и типов институциональных акторов (например, увеличение числа экономистов, изучающих здравоохранение, или сокращение количества муниципальных больниц) служат индикаторами важных преобразований в организационном поле. Конечно, в связи с этим нас интересуют и изменения во взаимоотношениях между акторами.
- Под *системами управления* [governance systems] мы понимаем «механизмы, поддерживающие формальные схемы контроля – посредством режимов, сложившихся в результате взаимной договоренности, действий легитимной иерархической власти или нелегитимных принудительных действий одной группы акторов в отношении другой» [Scott, Mendel, Pollack 2004]. Тщательный анализ изменений в характере властных структур, выходящих за рамки отдельной организации, позволяет многое понять в основополагающих процессах, протекающих в организационном поле.

Нам кажется, что проследив происходившие с течением времени изменения институциональных логик акторов, систем управления, их взаимных связей и перемены в доступности материальных ресурсов, мы получим социологически информативную картину преобразований в сфере здравоохранения. Оговоримся, что ни одно организационное поле не является абсолютно изолированным, оно всегда испытывает влияние со стороны более общих социальных, экономических и культурных условий. Иногда причина изменений эндогенна, т.е. коренится в самом организационном поле; в других случаях воздействие на поле оказывается извне, возникая за его пределами, но затем проникая в него и порою меняя его очертания. Такого рода изменения могут быть вызваны, например, социетальными потрясениями (экономической депрессией, войной), сменой политических режимов и идеологий или же проведением масштабных реформ.

Эмпирическая база исследования

Для того чтобы программа нашего исследования стала осуществимой, мы ограничили собираемые данные о здравоохранении несколькими популяциями организаций, расположенных на одной большой урбанизированной территории в районе залива Сан-Франциско, и включили в анализ только вторую половину XX в. (1945–1995 гг.). Для систематического обследования было отобрано пять популяций (типов) организаций: больницы, интегрированные системы здравоохранения, службы по оказанию медицинской помощи на дому, организации по охране здоровья и центры для больных с острой почечной недостаточностью. Спектр отобранных организаций позволяет проследить не только традиционные, но и новейшие формы (службы по оказанию медицинской помощи на дому, больничные комплексы, центры для больных с острой почечной недостаточностью), не только более универсальные (больницы и больничные комплексы), но и специализированные

форматы (службы по оказанию медицинской помощи на дому и центры для больных с острой почечной недостаточностью), функционирующие в сфере здравоохранения. Сан-Франциско – быстро растущая агломерация, численность населения которой с 1945 по 1995 г. увеличилась с 2,2 до 6,1 млн. человек. Район был отобран в качестве примера крупного, быстро растущего урбанизированного региона, однако он ни в коем случае не является репрезентативным для анализа изменений в системе здравоохранения в других регионах. По ряду важных параметров район залива Сан-Франциско – скорее исключение, пример внедрения передовых практик в системе здравоохранения: здесь расположен головной офис компании «Kaiser Permanente», которая является прототипом новых режимов предоставления медицинских услуг².

Хотя мы и ограничили наше исследование одной городской агломерацией, при анализе институциональных логик и структур управления мы также учитывали изменения на более общих уровнях – региона, штата и государства. Географические рамки эмпирического объекта позволяют ограничить спектр и численность акторов (индивидуальных и коллективных), действия которых реализуются под влиянием изучаемых нами сил, но это вовсе не означает, что мы должны игнорировать акторов и процессы, производящие и транслирующие новые правила, нормы и культурные модели. Авторы, изучающие динамику организационных полей, должны учитывать одновременно горизонтальные (обменные, конкурентные) и вертикальные (иерархические) воздействия, а также влияние локальных и удаленных сил. Ранее исследователи межорганизационных взаимоотношений часто пренебрегали важностью связей между филиалами и головными офисами, между местными учреждениями и организациями, контролирующими их деятельность на уровне штата и на федеральном уровне [Scott, Meyer 1983]. Однако поле включает в себя и организационных акторов, и релевантные структуры управления [Scott 1994].

Карта изменений в системе медицинских учреждений

Меняющееся распределение институциональных акторов

Прежде всего посмотрим, как изменялись институциональные акторы. Представляется, что фокусировка на акторах позволит составить продуктивное описание демографических изменений в организационном поле. Нас интересуют как индивидуальные, так и коллективные акторы. Но вместо изучения их особенностей мы обратимся к анализу институционализированных элементов: *ролей* индивидов и *форм* организаций.

В 1945–1995 гг. количество потребителей медицинских услуг в районе залива Сан-Франциско сильно возросло. Причем эта группа становилась все более урбанизированной и образованной. Число поставщиков медицинских услуг также увеличивалось, росла и их специализация: если в 1945 г. на 100 тыс. жителей приходилось 180 врачей, то к 1990 г. их число возросло до 300; при этом в 1945 г. более 70% врачей занимались общей практикой, в то время как в 1990 г. уже более 80% врачей были квалифицированы как специалисты.

На национальном уровне все более профессионализированным становился и менеджмент в сфере здравоохранения, менялись места и характер подготовки администраторов. Так, в 1949 г. предполагалось лишь 12 программ подготовки для администраторов в сфере здравоохранения, а к 1994 г. их количество превысило 60. В начале изучаемого периода

² Одна из крупнейших систем некоммерческого медицинского обслуживания в США, услугами которой пользуются более 8 млн. граждан в десяти штатах. Головной офис находится в г. Оуланд, Калифорния. «Kaiser Permanente» основана в 1945 г. промышленником Генри Кайзером и врачом Сидни Р. Гарфильдом [Henry J. Kaiser, Sidney R. Garfield]. – *Прим. отв. ред.*

администраторы обучались в основном в школах государственного здравоохранения, однако постепенно их обучение перемещалось в бизнес-школы. К 1994 г. треть всех программ подготовки для администраторов в сфере здравоохранения базировалось либо непосредственно в бизнес-школах, либо в связанных с ними структурах [Scott et al. 2000: 216].

Содержание организационных форм задается институциональными моделями, предписывающими, какие виды работ, какими категориями работников и как именно должны выполняться. Эти модели определяют также, какие социальные функции следует отделять друг от друга, а какие можно сочетать.

В свою очередь такие традиционные формы, как больницы, оказались в сложной ситуации, столкнувшись с конкуренцией со стороны специализированных медицинских учреждений, с сокращением финансирования со стороны страховых программ и увеличением издержек, обусловленных острыми заболеваниями и более совершенными методиками лечения.

Возрождая более раннюю форму ассоциаций сиделок по вызову, развивались службы по оказанию медицинской помощи на дому, ставшие альтернативой дорогому стационарному лечению. Центры для больных с острой почечной недостаточностью, первоначально появившиеся в качестве специализированных отделений в обычных больницах, стали отделяться в самостоятельные автономные организации, показывая пример того, как комплексная организация обслуживания разделяется на независимые специализированные учреждения. Развитие обеих форм во многом зависело от новых более совершенных технологий, а также соответствующей государственной политики. Центры для больных с острой почечной недостаточностью также получали поддержку в рамках федеральной программы по борьбе с конкретными заболеваниями [Retliag, Levinsky 1991]. Среди тактик выживания больницы использовали увеличение взаимозависимости и налаживание отношений с партнерами и бывшими конкурентами, договаривались об установлении связей с новыми системами предоставления медицинских услуг – на основе контрактных или собственнических отношений. Такие тактики выживания часто выливались в создание сложных интегрированных систем здравоохранения, существенно различавшихся по своему масштабу, величине, географическому охвату, формальной структуре, типу собственности, уровню контроля, роли и стабильности связей и в целом по степени «системности» [Scott et al. 2000; см. также: Shortell et al. 2000]. Постепенно больницы теряют независимость, становясь лишь одним из компонентов более крупных систем.

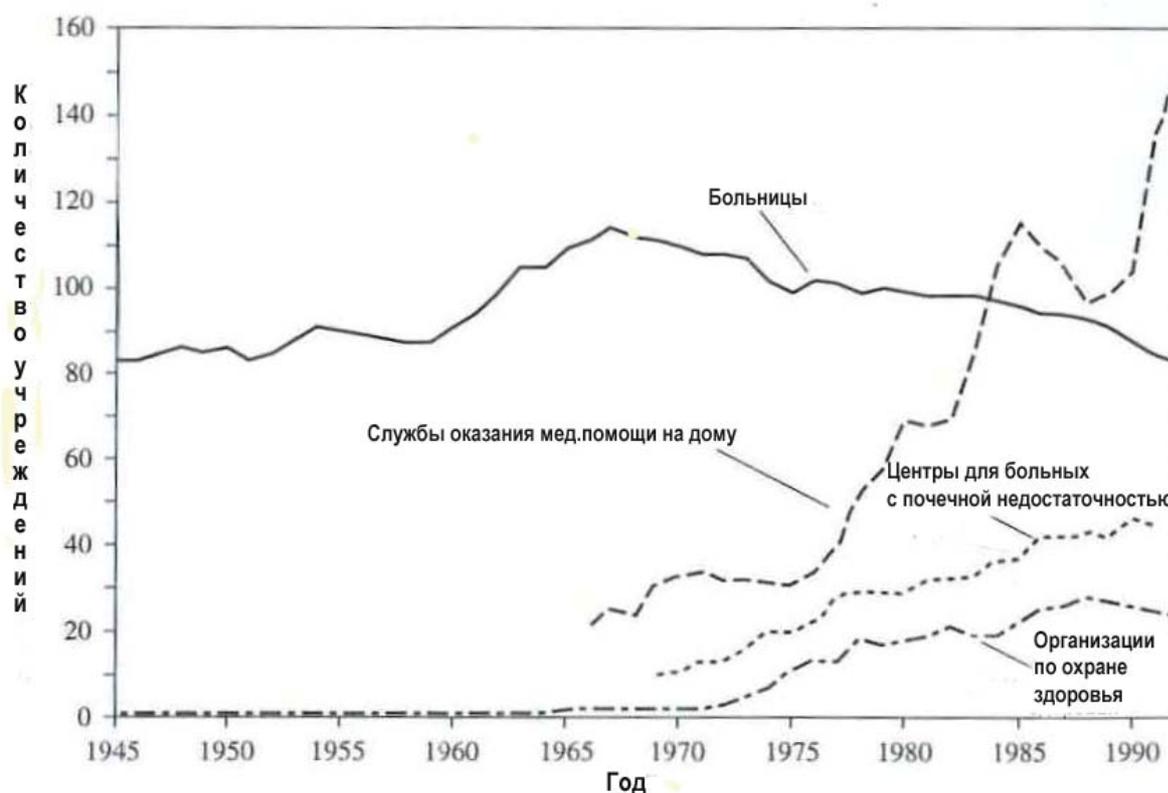
Наиболее инновационной и противоречивой организационной формой, возникшей в этот период, стали, несомненно, организации по охране здоровья [Health Maintenance Organizations – НМО], взявшие за основу существовавшую ранее модель предварительной оплаты медицинских услуг, переработав и дополнив эту модель. В течение длительного времени Американская медицинская ассоциация выступала против нее, опасаясь, что медицинские решения окажутся подчинены экономическим критериям. Однако в 1970-х гг., именно эту модель выбрали политики из Вашингтона, усмотрев в ней средство обуздания постоянно растущих государственных расходов на здравоохранение [Starr 1982]. Организации по охране здоровья представляют собой гибрид двух или более ранее различных организационных форм [Haveman, Rao 2004]. Они сочетают функцию оказания медицинских услуг со страховыми услугами, в результате чего медики напрямую ощущают на себе экономические последствия своей клинической практики, и тем самым в той или иной степени оказываются в зоне финансового риска. Создание организаций по охране здоровья является убедительным примером того, как новая организационная форма воплощает иные институциональные логики, побуждая и направляя акторов принятия решений к новым критериям и способам действия.

Увеличение или сокращение числа учреждений, воспроизводящих ту или иную организационную форму, является одним из простейших и наиболее эффективных

индикаторов изменений, происходящих в организационном поле. Экологи организаций говорят, что доминирование какой-либо организационной формы с высокой степенью вероятности свидетельствует о ее культурно-когнитивной легитимности: именно такая структура считается само собой разумеющейся для выполнения соответствующего набора функций [Carroll, Hannan 1989]. Развивая этот тезис, мы предполагаем, что относительная плотность организационных популяций, действующих в поле в данный момент, может послужить хорошим критерием успешности этих организационных форм в конкурентной борьбе за клиентов, доходы и легитимность.

Как с этой точки зрения развивались отобранные нами пять организационных форматов, действующих в районе залива Сан-Франциско с 1945 по 1995 г.?

Рис. 1. Организационные популяции в сфере здравоохранения в районе залива Сан-Франциско, 1945–1992 гг.



На рис. 1 представлена динамика плотности организационных популяций: в четырех из пяти интересующих нас случаев она изменилась. Не изменилась лишь абсолютная численность больниц: и в 1945, и в 1992 г. их было 82. (Конечно, это не означает, что речь идет непременно об одних и тех же больницах.) За этот период население района залива Сан-Франциско утроилось, а число больниц сначала возросло до 150, но затем с 1965 г. постепенно стало сокращаться. Положение же больниц, которым удавалось выжить в этот период, ухудшалось: их загрузка снизилась с 75 до 65%. Количество организаций по охране здоровья (НМО) в исследуемый нами период, напротив, возросло, начав с одного поставщика такого формата в 1945 г. (это было одно из двух первых подразделений компании «Kaiser Permanente») до 23 фирм в 1995 г. Число агентств по оказанию медицинской помощи на дому увеличилось почти в 7 раз: с 21 в 1966 г. до 140 в 1995 г. А количество центров для больных с острой почечной недостаточностью, в свою очередь, увеличилось более чем вчетверо: с 10 в 1969 г. до 45 в 1993 г. На рисунке не приводятся данные по интегрированным системам здравоохранения района залива Сан-Франциско, однако их легко можно получить путем сложения. Их количество увеличилось более чем

вдвое: с 7 в 1945 г. до 17 в 1995 г. Доля больниц в составе этих систем возросла с 15% в 1945 г. до 70% в 1995 г. Главный вывод, который нам позволяет сделать демографический анализ организационных форм, заключается в том, что в районе залива Сан-Франциско традиционная универсальная организационная форма муниципальных больниц уступила место новым, более специализированным форматам оказания медицинских услуг [Scott et al. 2000: ch. 3].

Наши данные также позволяют проследить, каким образом изменялась структура прав собственности в сфере здравоохранения. Здесь выявлены два направления: выбор между государственной и частной формами собственности, а во втором случае – между коммерческим и некоммерческим характером организации. Доля медицинских учреждений, находящихся в государственной собственности, сократилась с 40% в 1945 г. до 25% в 1992 г. Среди новых специализированных медицинских центров государственная собственность практически отсутствует. При этом больницы сохраняют свой некоммерческий статус, в то время как среди специализированных медицинских учреждений здравоохранения (организаций по охране здоровья, центров для больных с острой почечной недостаточностью, служб оказания медицинской помощи на дому) доля коммерческих организаций превысила долю некоммерческих [Scott et al. 2000: ch. 4]. Таким образом, если говорить об общих тенденциях, то среди медицинских учреждений, расположенных в районе залива Сан-Франциско, наблюдается стойкое движение к приватизации и коммерциализации. Исключение составляет лишь наиболее традиционная группа – больницы, все еще пытающиеся удерживать статус некоммерческих организаций, даже если они и подвергаются приватизации. Отметим также, что тенденции, наблюдаемые в данном районе, в целом соответствуют тем изменениям, которые претерпевает система здравоохранения по всей стране [см. Gray, Schlesinger 2002].

Наконец, если обратиться к анализу интенсивности взаимоотношений между медицинскими организациями, следует отметить рост взаимозависимости между ними. Современные больницы гораздо чаще, чем их предшественники, оказываются включены в интегрированные системы здравоохранения. Например, если в 1945 г. лишь 10% больниц в районе залива Сан-Франциско были так или иначе связаны с интегрированными системами здравоохранения, то к 1995 г. уже 70% больниц вошли в состав подобных систем. Аналогично развивается горизонтальная и вертикальная интеграция между различными типами организаций. После 1980 г. значительно выросла и степень вертикальной интеграции между рассматриваемыми нами типами медицинских организаций, которая реализовывалась через контрактные и собственнические связи. Причем в последнее время предпочтение все чаще отдается контрактным отношениям [Scott et al. 2000: ch. 8]. Все три типа специализированных организаций – службы оказания медицинской помощи на дому, организации по охране здоровья и центры для больных с острой почечной недостаточностью – все чаще объединяются в горизонтальные сети.

Суммируя результаты предпринятого нами лонгитюдного исследования, можно констатировать, что в период с 1945 по 1995 г. в организационном поле здравоохранения в районе залива Сан-Франциско наблюдались стремительные изменения: в сторону большей специализации, концентрации, приватизации, коммерциализации и взаимозависимости.

Несомненно, скорость и направление преобразований обусловлены в том числе действиями руководства этих организаций. Среди заметных фигур в сфере медицины в районе залива Сан-Франциско упомянем доктора Рассела Ли [Russell Lee], основателя одной из первых и наиболее успешных многопрофильных медицинских групп; а также Генри Дж. Кайзера и доктора Сидни Гарфилда, основавших компанию «Kaiser Permanente», ставшую прототипом интегрированной медицинской системы. И все же большинство организаций чаще отражают, нежели провоцируют изменения. Новые модели обычно возникают за пределами организаций (особенно это касается рассматриваемых нами типов) вследствие изменения материальных ресурсов (включая новые технологии), институциональных логик (включая

политические идеологии и профессиональные практики) или систем управления – на государственном, корпоративном уровнях и уровне деловых ассоциаций. Таким образом, переход от вопроса «как» к вопросу «почему» при анализе социальных изменений требует изучения изменений в области ресурсов, убеждений и власти.

Объясняя изменения в здравоохранительных системах

Материальные ресурсы

Серьезные изменения в здравоохранении произошли как на стороне спроса, так и на стороне предложения. Спрос на медицинские услуги рос по мере того, как все больше индивидов присоединялось к страховым программам – государственным, коммерческим или корпоративным. При этом с течением времени в силу развития государственных и укрупнения частных программ, в том числе путем формирования коалиций между работодателями [Berghold 1990; Robinson 1995, 1999], группа потребителей становилась все более концентрированной. Что касается предложения, то здесь наблюдался рост специализации отдельных поставщиков услуг, а также увеличение численности врачей на душу населения. Получала все большее распространение и завоевывала легитимность альтернативная медицина: численность специалистов по акупунктуре, хиропрактике и т.д. постепенно росла.

Концентрация покупательской способности клиентов (за счет медицинского страхования, ассоциаций работодателей и государственных программ) в сочетании с обострившейся конкуренцией в силу увеличения числа специалистов и фрагментации интересов медиков, порожденной их специализацией, ограничили экономическую власть врачей. Все большую популярность среди медиков завоевывали профильные медицинские ассоциации, в то время как главное медицинское сообщество – Американская медицинская ассоциация, – теряла свои позиции. Действие всех этих факторов привело к тому, что в последнее десятилетие XX в. рыночные позиции и политические возможности врачей оказались существенно ослаблены.

Развитию здравоохранения во многом способствовали успехи медицинской науки и связанный с ними прогресс в области фармацевтики и медицинских технологий. Медицинская помощь становилась все более действенной и дорогостоящей. Появившиеся новые технологии были не только более эффективными, но и более мобильными, что стимулировало децентрализацию и специализацию медицинских услуг. Развитие информационных технологий сделало возможным более гибкие и сложные контрактные механизмы взаимодействия между врачами, медицинскими организациями и финансирующими структурами, включая государственные органы и страховые компании. Настало время, когда любая страховая компания могла заключать контракты с разными врачами и медицинскими группами из самых разных частей региона и осуществлять финансовый контроль их деятельности.

Расширение спроса, технологический прогресс и последовавшее за ними увеличение численности узкоспециализированных медицинских учреждений требовали все больших расходов на здравоохранение. Эти расходы непрерывно увеличивались на протяжении второй половины XX в.: в 1970 г. их доля в ВВП составляла лишь 4%, а к 1995 г. она достигла почти 14%. Начиная с 1970-х гг. ежегодный рост цен на медицинские услуги регулярно обгонял индекс потребительских цен. Неудивительно, что большая часть мер в области здравоохранения начиная с 1970-х гг. была направлена на обуздание роста издержек.

Материальные ресурсы, их доступность, распределение и концентрация прямым образом влияют на организационные поля. Однако эти экономические эффекты всегда опосредованы социальными механизмами и преломляются сквозь призму культуры. Спрос на услуги врача никогда не является прямой функцией от предложения медицинских услуг,

распространенности страховых программ или структуры заболеваний. Здесь в дело вступают институциональные факторы, определяющие предпочтения, конституирующие и ограничивающие спектр доступных решений.

Институциональные логики и системы управления

Итак, мы описали основные изменения численности и типов индивидуальных и коллективных акторов, а также материальных ресурсов. Теперь перейдем к рассмотрению двух других элементов: институциональных логик и систем управления.

Институциональные логики – это системы верований и базовых убеждений, которые формируют мотивацию и направляют поведение участников поля. Изменения в системах верований (когнитивных и нормативных структурах) порождают фундаментальные преобразования институциональной среды [Alexander, D'Aunno 1990]. Однако чтобы институциональная логика оказывала реальное воздействие, ей требуются носители – индивиды и организации, утверждающие, воплощающие, распространяющие ее принципы и действующие в соответствии с ними. Различные логики обычно связаны с разными типами акторов. При увеличении численности и росте влияния одного типа акторов логика, которой они следуют, также начинает доминировать и с большей вероятностью интегрируется в реконструированные системы управления. Как показывают наши эмпирические данные, в американской системе здравоохранения можно выделить три основных вида институциональной логики, каждый из которых, соответствуя определенному режиму управления, поочередно доминировал на протяжении второй половины XX в.

Эпоха господства профессионалов (1920–1964 гг.). С начала XX в. и вплоть до середины 1960-х гг. в сфере медицинских услуг огромнейшим «культурным авторитетом» обладали врачи [Freidson 1970; Starr 1982]. Эпоха господства профессионалов характеризовалась преобладанием частнопрактикующих врачей. При этом медики сохраняли свою профессиональную независимость, заставляли считаться с нею при формировании больничных штатов и достижении финансовых договоренностей.

В этот период господствовала логика, выстроенная вокруг понятия «качество лечения», понимаемого в клиническом, а не эпидемиологическом смысле, и определяемого врачом. Эксплуатируя эту ценность, врачи оправдывали свое нежелание подчиняться управленческому и финансовому контролю и подогревали медицинскую «гонку вооружений». Что касается структур управления, то они действовали прежде всего через формальные и неформальные профессиональные сообщества, функционировавшие на всех уровнях – национальном, уровне штата, местном уровне. Со стороны организованной медицины неоспоримым оставался голос Американской медицинской ассоциации [Garceau 1941]. Роль же государственных органов на этом этапе была второстепенной и ограниченной. На национальном уровне они занимались в основном субсидированием развития инфраструктуры (например, обеспечивая федеральное финансирование медицинских исследований или строительства больниц после Второй мировой войны). На уровне штатов решались задачи по укреплению профессионального контроля (например, посредством систем лицензирования). Американский подход к управлению в тот период напоминал японскую систему профессиональных ассоциаций [Bai Gao 2004: 43–73].

Описанные институциональные механизмы более полувека прочно занимали свои позиции и казались незыблемыми. Однако уже в середине столетия в них стали проступать явные противоречия и изъяны. В 1950-е гг. начался неровный, но устойчивый рост государственных расходов на здравоохранение, вызванный отсутствием финансового или организационного контроля над деятельностью врачей и их нацеленностью на повышение качества лечения, что способствовало росту доходов этой профессиональной группы. Вдобавок начиная с 1960-х гг. данная группа становилась все менее сплоченной.

Специализация в определенной области медицины не только обеспечивала более точное (а значит, и более дорогостоящее) экспертное знание, но и усиливала фрагментацию интересов врачей. Численность узкопрофильных ассоциаций росла, в то время как ряды членов Американской медицинской ассоциации постепенно редели: в 1950-е гг. в нее входили почти 80% врачей, а к 1990 г. их доля сократилась до 40% [Scott et al. 2000: ch. 6]. Таким образом, благодаря эндогенным факторам ворота для преобразований были открыты. Ключевую роль сыграли неумеренное потребление ресурсов, подогреваемое узкопрофессиональной логикой медиков и растущая фрагментация политических интересов врачей.

Эпоха государственного вмешательства (1965–1982 гг.). Вне всякого сомнения, высшим достижением 1965 г. стала программа построения Великого общества, инициированная президентом Линдоном Джонсоном и демократическим Конгрессом. Масштабные социальные движения, нацеленные на преодоление неравенства доходов и этнического неравенства, не могли не коснуться системы здравоохранения, выразившись здесь в стремлении обеспечить депривированным слоям населения равный доступ к медицинским услугам. И уже в 1965 г. Конгресс принял акты [Medicare and Medicaid acts], в соответствии с которыми медицинская помощь пожилым и нуждающимся теперь финансировалась из государственного бюджета. Впервые в истории правительство США оплачивало прямое оказание медицинских услуг широким слоям населения: буквально в одночасье федеральная власть стала покупателем почти половины всех таких услуг. Сообщество медиков в тот период было еще достаточно сплоченным и влиятельным, чтобы обеспечить через механизмы оплаты сохранение своей профессиональной автономии [Starr 1982]. Однако их влияния уже не хватило, чтобы заблокировать законопроект, охарактеризованный лидерами Американской медицинской ассоциации как «обобществление медицины». Вторым ведущим принципом институциональной логики в здравоохранении, наряду с качеством лечения, стал принцип равного доступа – не столько медицинская, сколько политическая ценность. Внезапно на властных позициях в сфере здравоохранения стали появляться все новые типы акторов: политики, федеральные чиновники, администраторы. На всех уровнях они создавали новые структуры государственного управления здравоохранением. Финансирование строго регламентировалось и учитывалось, а поскольку дополнительный источник средств порождает и дополнительные расходы, вскоре появились новые типы регулятивных структур, в том числе устанавливающие расценки.

За пятнадцать лет общее количество федеральных органов, регулирующих сферу здравоохранения в районе залива Сан-Франциско, выросло с менее чем 10 организаций в 1950 г. до более чем 90 – к 1975 г. [Scott et al. 2000: 198]. Часть управленческих функций, ранее сосредоточенных в руках врачей, перешла к бюрократии, что усиливало фрагментацию и порождало противоречивые требования к системам оказания медицинских услуг. Как мы указывали ранее с Джоном Мейером, организационное поле, столкнувшееся с новыми требованиями своих институциональных акторов, рискует утратить легитимность [Meuer, Scott 1983]. А обстановка вокруг медицинских учреждений действительно становилась все более напряженной. И врачи, и менеджеры, и пациенты все меньше понимали свои роли и права.

Эпоха рыночных механизмов и контроля менеджеров (с 1983 г. – по настоящее время). Точно так же как в 1960-е гг. программа построения Великого общества держалась на масштабных социетальных силах, рыночно-менеджеральная эпоха явилась в первую очередь продуктом крупных (нередко международных) изменений в политической идеологии соответствующих государственных структур. Прежним моделям «управления ради общественного блага» не удалось сдержать инфляцию расходов в здравоохранении, да и сами модели дискредитировали себя, превратившись в инструмент манипуляции в руках профессионального сообщества врачей. И уже в ходе первой волны дерегулирования правительство Р. Рейгана отказалось от этой модели (причем не только в сфере

здравоохранения), лишив гильдию медиков множества привилегий [Robinson 1999]. На смену доверию к экспертному знанию пришел рыночный контроль. Медикам предлагалось конкурировать друг с другом по поводу цены и качества услуг. Ядром новой логики государственного управления здравоохранением стал принцип эффективности. На втором плане все чаще давала о себе знать логика потребительского выбора и ответственности перед потребителем, также зародившаяся за пределами сферы медицинских услуг [см. Herzlinger 1997]. Непредвиденным последствием этого движения стала легитимация практик применения обычных рыночных механизмов по отношению к сектору, который, как прежде декларировалось, был свободен от коммерческих соображений. Государством были приняты меры, призванные поддержать сначала потребителей, а затем и поставщиков медицинских услуг. Первым были предложены скидки и программы соплатежей, вторым – возможности для снижения рисков [Melhado 1988]. Конечно, одним из ключевых механизмов воздействия на мотивацию врачей стала новая форма оказания медицинских услуг – организации по охране здоровья (НМО). Однако предложенный еще администрацией Р. Никсона (начало 1970-х гг.) этот организационный формат не получал широкого распространения вплоть до начала 1980-х гг., когда были ослаблены требования к условиям оказания медицинских услуг и введены планы медицинского страхования.

В целом в сфере здравоохранения возникло множество новых организационных форм (многопрофильные центры, ассоциации независимых врачей, организации «предпочитаемых медклиник» и содружества «врач – больница»), которые в разных формах, но все в большей степени подчиняли себе медиков, встраивая их в разнообразные системы мотивации и менеджериального контроля [Robinson 1999]. Впрочем, эти формы быстро перемешались между собой [Scott et al. 2000: 86–88]. Даже традиционные районные больницы постепенно поглощаются более крупными системами организационного управления. Авторитет менеджеров, долгое время занимавших в здравоохранении маргинальные позиции, стремительно вырос [Leicht, Fennell 2001]. Заметив это, врачи все больше стали стремиться освоить квалификацию менеджера и получить сертификат «врача-администратора» [Montgomery 1990].

Вдобавок американские корпорации вдруг осознали, что здравоохранение может приносить прибыль. Коммерческие фирмы и страховые компании ринулись на медицинский рынок, и уже в 1975 г. компания, специализирующаяся на оказании медицинских услуг, вошла в тысячу крупнейших корпораций Америки. К 1995 г. таких компаний стало около 30 [Scott et al. 2000: 231].

Ошибочно думать, что риторика дерегулирования и развитие рыночных механизмов ослабили государственный контроль в сфере здравоохранения. За исключением легкого спада в середине 1970-х гг., количество государственных органов, контролирующих здравоохранение, постоянно росло. (В частности, к 1995 г. число федеральных структур, регулирующих деятельность медицинских организаций в районе залива Сан-Франциско превышало 130, в то время как в 1957 г. их насчитывалось около 90) [Scott et al. 2000: ch. 6.] Интенсивность государственного регулирования не снижалась, менялся лишь способ контроля.

Итак, в описываемый третий период (продолжающийся и по сей день) профессиональную автономию врачей потеснили значительно расширившиеся позиции государства, рынка и менеджеров. В течение десятилетий сфера здравоохранения считалась исключением, не подвластным корпоративистской модели, действующей во всех других хозяйственных отраслях (включая сферу услуг). Теперь же разрыв между организационными формами и институциональными логиками в здравоохранении и в других секторах хозяйства начал стремительно сокращаться.

Изменения порождались и внутренними, и внешними причинами. Власть экспертов держалась несколько десятилетий. Однако врачи не смогли организовать свою группу так,

чтобы остановить чрезмерный рост издержек или хотя бы сохранить собственную внутригрупповую солидарность и политическое единство. Не удержав былого политического влияния, медики не устояли перед двумя политическими волнами, подступавшими к здравоохранению то слева, то справа. В первом случае речь идет о либеральных реформаторах, которые, открыв доступ к здравоохранению под лозунгом преодоления неравенства, затем вынуждены были вводить сложные меры регулирования в попытке справиться с возникшим финансовым кризисом. Во втором случае имеются в виду реформисты-консерваторы, которые, будучи захвачены идеей свободного рынка, попытались повысить эффективность системы здравоохранения при помощи рыночных механизмов, новых стимулов и проверенного в других сферах менеджериального контроля.

Каждая из описанных нами трех институциональных логик реализовывалась соответствующими типами акторов (индивидуальных и коллективных) и опиралась на релевантную ей структуру управления: «качество лечения» «продвигалось» профессиональными ассоциациями; «равенство доступа» – государственной бюрократией; «эффективность и прибыльность» – частными корпорациями. В завершение, используя категории, предложенные В. Штреком и Ф. Шмиттером, можно сказать, что управление в сфере здравоохранения смещалось вдоль условной оси – от профессиональных ассоциаций к государственному регулированию и затем к рыночным механизмам [Streeck, Schmitter 1985]. Такое линейное представление позволяет уловить смену систем управления, но скрывает всю сложность итоговых преобразований. Профессионалы по-прежнему обладают определенной властью, особенно в области исследований, образования, клинической практики. Государство также вовсе не отошло в сторону, а продолжает сохранять свое влияние на здравоохранение. Просто фискальный и регулятивный контроль теперь дополняется менеджериальными и рыночными инструментами. Метафорически современную ситуацию в здравоохранении США можно описать как коллаж [Douglas 1986]: индивидуальные и коллективные акторы выстроили новые сочетания структур управления из существовавших ранее форм. Используя «репертуар этих уже апробированных институциональных принципов (моделей, аналогий, конвенций и понятий), акторы находят новые решения, которые, в свою очередь, и приводят к эволюционным изменениям» [Campbell 1997: 22].

Деструктуризация организационных полей

Результаты нашего исследования можно вывести на более общий теоретический уровень, если рассматривать описываемую ситуацию как пример действия структуризации и деструктуризации. Предложенное Энтони Гидденсом [Giddens 1979, 1984] понятие структуризации описывает способы неизменного производства и воспроизводства социальных структур действиями акторов, которые конституируют схемы, укрепляют или изменяют правила, распоряжаются ресурсами [см. также: Sewell 1992]. Социальные структуры, таким образом, оказываются одновременно и продуктом прошлых действий, и контекстом для действий настоящих. Наиболее значимые из них объективируются в виде социальных институтов, что обеспечивает прочность таких социальных структур во времени и пространстве [Giddens 1984: 24], однако и в этом случае не исключена возможность их изменения.

Пол Димаджио настаивает на том, что все институциональные механизмы основываются на власти и интересах [DiMaggio 1988, 1991]. Однако, поскольку ранние институционалистские исследования были сфокусированы на анализе распространения успешных организационных моделей и на процессах, ведущих к возрастанию изоморфизма между участниками организаций, роль этих факторов игнорировалась. Димаджио формулирует это следующим образом: «невнимание исследователей к процессам структуризации ведет к однобокому видению институциональных изменений: эволюция представляется как само собой разумеющийся, ненаправленный, бесконфликтный процесс, в то время как упускаются из

вида преднамеренные действия (в русле ограниченной рациональности), навязывание чьей-то воли и конфликтные процессы, которые в действительности определяют поля и задают траектории движения, кажущиеся участникам и наблюдателям столь естественными» [DiMaggio 1991: 268].

Чтобы исправить ситуацию, Димаджио предлагает исследователям обратиться к анализу ранних стадий формирования организационного поля, – когда борьба и соперничество происходят в более явном виде и обычно более заметны. Победителей и проигравших можно определить по тому, какие группы одерживают верх в борьбе за создание правил и контролирование ресурсов. В качестве удачного примера эмпирического изучения такого противостояния в период формирования организационных полей можно назвать исследование поля музейного искусства в США, предпринятое Полом Димаджио [DiMaggio 1991], и проект по изучению транснационального поля коммерческого арбитража, реализованный Ивом Дезоле и Брианом Гартом [Dezalay, Garth 1996]. Роль власти и групп интересов проявляется также в периоды, когда высокоинституционализированное поле сталкивается с кризисом, т.е. претерпевает деструктуризацию. Описанный нами пример иллюстрирует этот процесс: укоренившимся здесь первоначально группам интересов был брошен вызов, в результате чего они оказались реконституированы и вынуждены разделить свою власть с новыми типами акторов.

Как представляется моим коллегам и мне, изменения, произошедшие в системе здравоохранения США во второй половине XX в., следует рассматривать как случай деструктуризации и затем первых попыток реструктуризации организационного поля. Как отмечают Димаджио и Пауэлл [DiMaggio, Powell 1983: 65], степень и тип структуризации организационных полей (структурный порядок и культурное единство поля) варьируются во времени. Авторы предлагают четыре индикатора степени структуризации организационного поля: интенсивность взаимодействия, четко определенные межорганизационные структуры, увеличение объема доступной информации и степени осведомленности акторов друг о друге. Мы дополнили список критериев, предложенных Димаджио и Пауэллом, выделив восемь параметров, по которым может варьироваться степень структуризации поля [Scott et al. 2000: 258–260].

1. Централизация финансирования: степень концентрации финансовых ресурсов, находящихся в распоряжении акторов данного поля.
2. Единство управления: степень, в какой структуры управления согласованы по своим полномочиям и последовательны в поддержании правил.
3. Соотношение государственного и частного режимов управления: степень, в какой властные отношения, реализуемые в рамках каждого режима, не оспариваются в пределах поля.
4. Структурный изоморфизм: степень, в какой организационные акторы следуют одному или нескольким определенным архетипам или структурным моделям.
5. Согласованность границ между организационными популяциями: степень, в какой границы организационных форм однозначно понимаются всеми участниками поля.
6. Согласие по поводу институциональных логик: степень, в какой ключевые акторы разделяют одни и те же базовые представления и способы действия.
7. Организационная связность: количество формальных связей между организационными акторами.
8. Ясность границ поля: степень, в какой акторы данного поля защищены от вторжения внешних игроков и логик.

Опираясь на полученные эмпирические данные, мы можем охарактеризовать состояние поля здравоохранения по каждому параметру в пределах трех выделенных эпох. Наши выводы представлены в табл. 1. Наблюдаемые тенденции указывают на все большую деструктуризацию поля здравоохранения. Налицо раздробленность структур управления. Структурный изоморфизм сгладился настолько, что в поле возникло множество организационных форм. Многообразие смешанных и гибридных форм позволяет говорить о рассогласованности организационных границ. Нет особого согласия по поводу институциональной логики: пациенты не знают, какую страховую программу выбрать, медики испытывают трудности с повседневной организацией своей профессиональной деятельности, порядок финансирования здравоохранения вызывает разногласия. Границы поля стали более проницаемыми. Сектор здравоохранения уже не воспринимается как особая защищенная территория, он подвержен влиянию извне, проникновению чуждых логик и сторонних акторов. Таким образом, на протяжении последних 50 лет организационное поле здравоохранения в районе залива Сан-Франциско деструктурировалось по всем направлениям.

Таблица. 1. Параметры поля и институциональные эпохи [в здравоохранении США].

	Господство специалистов	Вмешательство государства	Ориентация на рынок
Централизация финансирования	Низкая	Высокая	Средняя
Единство управления	Высокое	Среднее	Низкое
Роль государственного режима относительно частного режима	Низкая	Средняя	Средняя
Структурный изоморфизм	Высокий	Средний	Низкий
Согласованность границ между организационными популяциями	Высокая	Средняя	Низкая
Согласие по поводу институциональных логик	Высокое	Среднее	Низкое
Организационная связность	Низкая	Средняя	Высокая
Ясность границ поля	Высокая	Средняя	Низкая

Источник: [Scott et al. 2000: 362].

Тем не менее важно понимать, что подобные процессы обычно сложны, протекают с разной скоростью и затрагивают разные направления. Например, такой важный индикатор увеличения структуризации, как степень централизации [см. DiMaggio 1983], хотя и возрастает при переходе от эпохи господства профессиональных ассоциаций к эпохе государственного регулирования, все же не прибавляет чиновникам авторитета в сфере медицины. Связей между акторами стало больше, и на сегодняшний день поле здравоохранения выглядит достаточно плотным. Одно время казалось, что новые корпоративные системы и больничные сети станут надежной основой для более интегрированного порядка в здравоохранении, однако этого не произошло. Вопреки возрастающей взаимозависимости, предсказуемость и согласованность происходящего в здравоохранении лишь сокращаются.

Итак, возвращаясь к вопросу о власти и конфликтующих интересах, суть нашей истории в том, что врачей заставили поделиться своей властью, сначала с федеральными структурами и их администрацией, а затем с корпоративными менеджерами. Правила, которых придерживались профессионалы-медики, были пересмотрены для того, чтобы политические акторы, корпоративные менеджеры и инвесторы получили возможность реализовать свои

интересы. Большая часть прав на ресурсы, которыми раньше распоряжались врачи, перешла к корпорациям. Правда, некоторые предприимчивые врачи смогли легко перестроиться и приобщиться к ресурсам, доступным благодаря государственным программам. К сожалению, ни старые, ни новые институциональные порядки не фокусировались на интересах потребителя или здоровье нации. Впрочем, поле здравоохранения все еще находится в процессе формирования.

Литература

- Alexander J., D'Aunno T.* Transformation of Institutional Environments: Perspectives on the Corporatization of U.S. Health Care // *Innovations in Health Care Delivery: Insights for Organization Theory* / Ed. by S. Mick. San Francisco: Jossey-Bass, 1990.
- Alford R.* The Political Economy of Health Care: Dynamics Without Change // *Politics and Society*. 1972. No. 2. P. 127–164.
- Gao Bai.* The State and the Associational Order of the Economy: The Institutionalization of Cartels and Trade Associations in Japan, 1931 to 1945 // *The Sociology of the Economy* / Ed. by F. Dobbin. N.Y.: Russell Sage Foundation, 2004. P. 43–73.
- Berghold L.* Purchasing Power in Health: Business, the State, and Health Care Politics. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1990.
- Campbell J.* Mechanisms of Evolutionary Change in Economic Governance: Interaction, Interpretation, and Bricolage // *Evolutionary Economics and Path Dependence* / Ed. by L. Magnusson, J. Ottosson. Cheltenham: Edward Elgar, 1997.
- Carroll G., Hannan M.* Density Dependence in the Evolution of Populations of Newspaper Organizations // *American Sociological Review*. 1989. Vol. 54. No. 4. P. 524–548.
- Dezalay Y., Garth G.* Dealing in Virtue: International Commercial Arbitration and the Construction of a Transnational Legal Order. Chicago: University of Chicago Press, 1996.
- DiMaggio P.* State Expansion and Organizational Fields // *Organizational Theory and Public Policy* / Ed. by R. Hall, R. Quinn. Beverly Hills: Sage, 1983.
- DiMaggio P.* Interest and Agency in Institutional Theory // *Institutional Patterns and Organizations: Culture and Environment* / Ed. by L. Zucker. Cambridge, MA: Ballinger, 1988.
- DiMaggio P.* Constructing an Organizational Field as Professional Project: U.S. Art Museums, 1920 to 1940 // *The New Institutionalism in Organizational Analysis* / Ed. by W. Powell, P. DiMaggio. Chicago: University of Chicago Press, 1991.
- DiMaggio P., W. Powell.* The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields // *American Sociological Review*. 1983. Vol. 48. No. 2. P. 147–160.
- Dobbin F.* Introduction: The Sociology of the Economy // *The Sociology of the Economy* / Ed. by F. Dobbin. N.Y.: Russell Sage Foundation, 2004. P. 1–26.
- Douglas M.* How Institutions Think. Syracuse, N.Y.: Syracuse University Press, 1986.
- Fligstein N.* The Architecture of Markets: An Economic Sociology of Twenty-first-Century Capitalist Societies. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2001.
- Freidson E.* Profession of Medicine: A Study in the Sociology of Applied Knowledge. N.Y.: Dodd, Mead, 1970.

- Friedland R., Alford R.* Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions // *The New Institutionalism in Organizational Analysis* / Ed. by W. Powell, P. DiMaggio. Chicago: University of Chicago Press, 1991.
- Garceau O.* The Political Life of the American Medical Association. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1941.
- Giddens A.* Central Problems in Social Theory: Action Structure and Contradiction in Social Analysis. Berkeley: University of California Press, 1979.
- Giddens A.* The Constitution of Society. Berkeley: University of California Press, 1984.
- Granovetter M.* Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness // *American Journal of Sociology*. 1985. Vol. 91. No. 3. P. 481–510.
- Gray B., Schlesinger M.* Health // *The State of Nonprofit America* / Ed. by L. Salamon. Washington, D.C.: Brookings Institution Press, 2002.
- Greenwood R., Hinings C.* Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together the Old and New Institutionalism // *Academy of Management Review*. 1996. Vol. 21. No. 4. P. 1022–1054.
- Greif A.* Comparative and Historical Institutional Analysis. N.Y.: Cambridge University Press, Forthcoming. По всей вероятности, книга вышла под другим заголовком: *Institutions and the Path to the Modern Economy: Lessons from Medieval Trade*. N.Y.: Cambridge University Press, 2006. – *Прим. ред.*
- Haveman H., Rao H.* Hybrid Forms and Institution/Organization Coevolution in the Early California Thrift Industry // *How Institutions Change* / Ed. by W. Powell, D. Jones. Chicago: University of Chicago Press, 2004.
- Herzlinger R. E.* Market-Driven Health Care: Who Wins, Who Loses in the Transformation of America's Largest Service Industry? Reading, MA: Addison-Wesley, 1997.
- Leicht K., Fennell M.* Professional Work: A Sociological Approach. Maiden, MA: Blackwell, 2001.
- Melhado E.* Competition Versus Regulation in American Health Policy // *Money, Power, and Health Care* / Ed. by E. Melhado, W. Feinberg, H. Swartz. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1988.
- Meyer J.* Rationalized Environments // *Institutional Environments and Organizations: Structural Complexity and Individualism* / Ed. by R. Scott, J. Meyer. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.
- Meyer J., Scott R.* Centralization and Legitimacy Problems of Local Governments // *Organizational Environments: Ritual and Rationality* / Ed. by J. Meyer, R. Scott. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1983.
- Mick S., Wyttenbach M.* (eds.). *Advances in Health Care Organization Theory*. San Francisco: Jossey-Bass, 2003.
- Montgomery K.* A Prospective Look at the Specialty of Medical Management // *Work and Occupations*. 1990. Vol. 17. No. 2. P. 178–197.
- North D.* Institutions, Institutional Change, and Economic Performance. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- Retting R., Levinsky N.* Kidney Failure and the Federal Government. Washington, D.C.: National Academy Press, 1991.
- Robinson J.* Health Care Purchasing and Market Changes in California // *Health Affairs*. 1995. Vol. 14. No. 4. P.117–130.

- Robinson J.* The Corporate Practice of Medicine: Competition and Innovation in Health Care. Berkeley: University of California Press, 1999.
- Schein E.* Organizational Culture and Leadership. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass, 1992.
- Scott R.* Conceptualizing Organizational Fields: Linking Organizations and Societal Systems // Systemrationalitat und Partialinteresse / Ed. by H. Derlien, U. Gerhardt, F. Scharpf. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1994.
- Scott R.* Institutions and Organizations. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2001.
- Scott R.* Organizations: Rational, Natural, and Open Systems. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, 2003.
- Scott R., Christensen S.* Crafting a Wider Lens // The Institutional Construction of Organizations: International and Longitudinal Studies / Ed. by R. Scott, S. Christensen. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995.
- Scott R., Ruef M., Mendel P., Caronna C.* Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care. Chicago: University of Chicago Press, 2000.
- Selznick P.* Leadership in Administration: A Sociological Interpretation. N.Y.: Harper & Row, 1957.
- Sewell W.* A Theory of Structure: Duality, Agency, and Transformation // American Journal of Sociology. 1992. Vol. 98. No. 1. P. 1–29.
- Shortell S., Gillies R., Anderson D., Erickson K, Mitchell J.* Remaking Health Care in America: The Evolution of Organized Delivery Systems. San Francisco: Jossey-Bass, 2000.
- Starr P.* The Social Transformation of American Medicine. N.Y.: Basic Books, 1982.
- Streeck W., Schmitter P.* Community, Market, State – and Associations? The Prospective Contribution of Interest Governance to Social Order // Private Interest Government: Beyond Market and State / Ed. by W. Streeck, P. Schmitter. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1985.