
ПРОФЕССИИ И ПОЛИТИКА ПОСРЕДНИЧЕСТВА: ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ*

Эллен Кульман

приглашенный профессор политики здравоохранения в Университете г. Зигена, Германия, приглашенный профессор социальной политики в Университетском Кампусе Саффолка, Великобритания, президент Исследовательского комитета по профессиональным группам [RC52] Международной социологической ассоциации [ISA] и вице-президент Европейской социологической ассоциации [ESA], электронная почта: e.kuhlmann@em.uni-frankfurt.de

Сегодня во многих странах растет осознание значимости проблем психического здоровья или нездоровья как важного сектора общественного здравоохранения, который слишком долго не получал необходимого внимания. В статье делается попытка проследить, как в настоящее время, когда расширяется спрос на услуги в сфере охраны психического здоровья, те или иные институциональные условия либо препятствуют, либо способствуют развитию психотерапии. Автор исходит из той теоретической предпосылки, что профессии играют роль посредников между государством и потребителями услуг. Проведенное в Германии исследование этой проблемы на примере психотерапии иллюстрирует существование определенных отношений между профессиями, государством и гражданами, а некоторые из сделанных выводов позволяют наметить пути дальнейшего изучения социологами набирающей силу отрасли здравоохранения – психотерапии.

Ключевые слова: профессии в сфере здравоохранения, профессии как посредники, охрана психического здоровья, психотерапия, Германия

* Данная статья написана в теоретическом русле моей книги «Modernization of Healthcare: Reinventing Professions, the State and the Public» [Kuhlmann, 2006; см. также: Kuhlmann, 2008]. Я хотела бы выразить признательность издательству «Policy Press» за разрешение использовать его материалы. Основной объект рассмотрения в данной статье – психотерапия, новый предмет эмпирического изучения, который может внести свою лепту в дебаты о месте профессиональных групп в меняющейся системе управления общественным сектором.

Вводные замечания

Проблемы психического здоровья сегодня получают все больше внимания во многих странах мира. В русле этой тенденции и происходила профессионализация психотерапии последние несколько лет. Психотерапия стала новой областью здравоохранения; она дополняет собой круг традиционных биомедицинских и психиатрических услуг, отвечая на изменившиеся запросы потребителей и на рост заболеваемости психическими недугами [Busfield, 2011; OECD... 2012]. Это, бесспорно, тенденция общая, но в разных европейских странах процесс профессионализации психотерапии проходит по-разному. Возникает вопрос: как следует перестроить организацию профессий в здравоохранении, чтобы сделать последнее более восприимчивым к новым потребностям в услугах, в том числе гендерно-специфических, в сфере охраны психического здоровья [Busfield, 2012; о проблеме в целом см.: Kuhlmann, Annandale, 2012a].

В статье делается попытка выявить те институциональные условия, которые сегодня, когда повышается востребованность услуг в области психического здоровья, либо блокируют развитие психотерапии, либо способствуют ему. Суть моего теоретического подхода состоит в том, что профессии предлагается рассматривать как посредников между правительствами и рядовыми членами общества [подробнее см.: Kuhlmann, 2006; 2008]. Эта гипотеза поможет нам исследовать «точки пересечения» в модифицирующемся профессионализме, в новых управленческих практиках и в меняющихся запросах граждан и потребителей услуг. Я считаю, что уяснение того, каким образом связаны профессионализм и государство, это самое важное в понимании возможностей профессиональных сообществ для стратегических действий и способности служить «посредниками» между группами с различными интересами. Кроме того, профессионализация психотерапии должна быть соотнесена с потребностями граждан и открыта для общественного контроля, что само по себе может послужить стимулом к расширению предложения психотерапевтических услуг. Очерченный подход был разработан главным образом на материале врачебной профессии [Kuhlmann, 2006]; в данной статье с его помощью изучается профессиональное развитие психотерапии.

В начале статьи дается беглый обзор дебатов в социологии профессий и показывается связь изменений в развитии профессий с общим процессом модернизации общества и с инновациями в управлении общественным сектором. В частности, «размывание» границ между профессиями и появление форм менее замкнутого профессионализма обсуждается в связи с тем значением, которое имеет водораздел между биомедициной и психотерапией. Затем приводятся результаты конкретного исследования, проведенного в Германии, где психотерапия рассматривается в нормативных рамках здравоохранения. Исследование наглядно демонстрирует институциональную укорененность властных отношений в медицине. В заключительной части статьи

делаются некоторые выводы о важности институтов и более разнообразных форм общественного контроля как «двигателей» профессионализации психотерапии, чье развитие, в свою очередь, может способствовать тому, что здравоохранение станет лучше отвечать потребностям граждан XXI в.

Посредническая роль профессий: контекст профессионализации

Перемены в области здравоохранения вызываются несколькими факторами, которые невозможно верно оценить, просто взглянув на политику здравоохранения и институциональные регуляции, с одной стороны, и на деятельность профессионалов, с другой. Напряженность в экономике, изменения на рынке труда, в том числе сдвиги в половом составе рабочей силы, и новейшие требования социальной инклюзии и гражданского участия – все это подразумевает необходимость по-новому отрегулировать баланс между независимостью профессионалов и общественным контролем за их активностью. Сочетание теорий управления и концепций из области социологии профессий поможет в анализе перемен в интересующей нас сфере как части более широкого процесса социетальных изменений и модернизации.

По Ньюману [Newman, 2005], управление включает в себя как социальные и культурные, так и институциональные практики. Автор утверждает, что изменения в способах управления происходят не просто в результате давления, будь то сверху или снизу, они есть итог «переделки людей, политики и публичных сфер», и это не единая, однородная тенденция с одним направлением, а целый динамический комплекс подвижек [Newman, 2005; см. также: Newman, Clarke, 2009]. Имея это в виду, мы можем сказать, что профессионализм и «управление медиками в пользу частного интереса» [Morgan, 1999] есть определенные управленческие практики, пересекающиеся с другими формами управления.

В историческом плане возникновение профессионализма и появление профессиональных проектов характерны для гражданских обществ [Bertilsson, 1990]. Профессии продолжают играть центральную роль в понятии государства всеобщего благосостояния и его превращении в общество услуг, которое в целом отличается расширением экспертного знания и профессионализма. Моран утверждает, что «социальное государство было профессиональным государством: оно нуждалось в профессионалах как для получения знаний, необходимых при выработке политики, так и для осуществления политики» [Morgan, 2004. P. 31; см. также: Johnson, 1995]. В этом заявлении подчеркивается зависимость друг от друга профессий, государства и граждан [Kuhlmann, 2006].

Как пишет Бертильсон [Bertilsson, 1990. P. 131], «можно определить приемлемый статус нашего социального гражданства с помощью теории интересов профессий». Развивающимся государствам всеобщего благоден-

ствия было жизненно важно, чтобы профессиональные проекты росли и развивались. Пообещав гражданам доступные социальные услуги, они должны были обеспечить и расширить рынки специализированного профессионального труда. В глазах населения доступность услуг стала критерием успешности попыток государств благоденствия воплотить понятие социального гражданства в практике пользования социальными услугами. Профессионализм также служит идеологической моделью для «оправдания неравенства статусов и закрытия доступа к сферам занятости» [Larson, 1977. P. xviii]. Государство в своих стратегических интересах использовало профессионализм, опираясь на него и для демонстрации «заслуг» гражданского общества, и для легитимации социальной эксклюзии. В последнем случае имеется в виду способность профессий и их саморегулирующихся ассоциаций снижать уровень социальной конфликтности и быть, предположительно, благодаря саморегуляции, более эффективными.

В настоящее время государственное регулирование претерпевает изменения во всех сферах социального обслуживания, включая различные системы здравоохранения [Kuhlmann, Annandale, 2012b]. Новые методы общественного управления, появление сетевых форм управления – все это признаки активного движения к «реформированию государства сверху, изнутри и снизу» [Reich, 2002. P. 1669]. В здравоохранении перемены такого рода изучаются в основном в сфере клинической практики и в медицинской науке [напр., Burgau et al., 2009]. Но они происходят во всех секторах отрасли и в системе принятия соответствующих решений, что также требует новых исследований [обзор см.: Saks, Allsop, 2012]. Кроме того, за обновлением модели управления следует обновление роли потребителя услуг [Newman, Kuhlmann, 2007].

Одновременно изменения происходят и в стане провайдеров услуг. Специализация становится все более диверсифицированной и контекстно-ориентированной, возникают новые профессиональные проекты с новыми стратегиями профессионализации. В Европе и даже в странах других континентов возникающая необходимость «навести мосты» между новыми взглядами различных заинтересованных сторон – включая национальные государства – требует новых обоснований легитимизирующей силы профессионального знания и практик и доверия населения социальным услугам [Faulconbridge, Muzio, 2012; Kuhlmann, 2006]. Сейчас медицина и менеджмент все больше действуют как «близнецы» [Kuhlmann et al., 2011. P. 722; см. также: Reay, Hinings, 2009]. Все подобные перемены заставляют усомниться в традиционном представлении о профессионализме как «третьей логике» [Freidson, 2001], которая непременно приходит в столкновение с другими логиками – рынка и бюрократии.

Профессии, действительно, способны противодействовать рынку и государству как «третья логика» [Freidson, 2001]. Профессии могут быть «защитниками людей», особенно пациентов, выполняя этим «альтруистическую миссию» и стоя на страже «общественного интереса» [Saks, 1995], но они также могут управляться с позиций своего частного интереса. Двой-

ственное положение профессионалов и как должностных лиц, и как «слуг народа» заключает в себе немало неопределенности и противоречий. Эти классические двусмысленности сегодня, как пишет Кларк, накладываются на «неустоявшиеся структуры социального обеспечения, государства и нации» [Clarke, 2004. P. 25]. Нижеприведенная треугольная схема отражает динамические взаимоотношения граждан, государства и профессий здравоохранения – взаимоотношения, которые позволяют по-разному моделировать и ремоделировать отношения власти в системах здравоохранения.

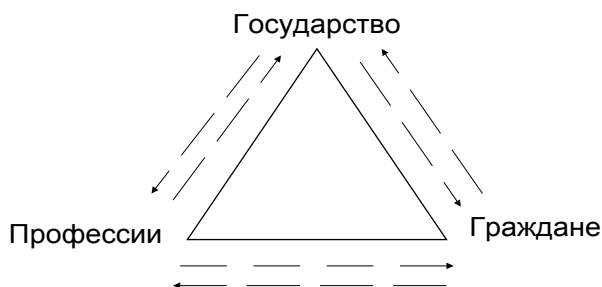


Рис. Профессии, государство и граждане как динамический треугольник
[см.: Kuhlmann, 2006]

«Реформирование государственного правления» [Newman, 2005] и появление новых моделей профессионализма – две стороны одной медали, т.е. это модернизация социальных государств, с одной стороны, подталкиваемая «глобальными» силами и стратегиями, но, с другой стороны, приобретающая конкретные очертания под действием регуляторных принципов отдельных государств [Kuhlmann, 2008].

Меняющееся гражданство и профессионализм: к разнообразию профессий

В здравоохранении гражданство как двигатель модернизации социального государства соединяется с влиянием профессионализма как регулирующей системы организации охраны здоровья [Kuhlmann, 2006]. При этом в обществе постоянно растет необходимость установить критерии для распределения дефицитных ресурсов и легитимизировать эти критерии с точки зрения соблюдения прав граждан и социального равенства, профессии и профессионализм нужны, возможно, как никогда прежде. Как сказано, «эксклюзия и иерархии внутри профессий и между ними не преодолены, однако их эффективность как принципов падает, <...> и начинают возникать новые формы профессионализма и способы "быть профессионалом"» [Blättel-Mink, Kuhlmann, 2003. P. 14–15].

Таблица

Вариативность эксклюзивности и инклюзивности в профессиях

<i>Исключающие (эксклюзивные) модели</i>	<i>Включающие (инклюзивные) модели</i>
Иерархические, бюрократические модели саморегулирования и самоадминистрирования	Сетевое управление, более активное участие членов в органах саморегулирования
Стремление к рыночному закрытию	Сотрудничество
«Трайбализм» и закрытие доступа в профессию	Работа в сетях и менее непроницаемые границы профессий
Претензии на «автономию» и независимое принятие решений	Введение менеджеризма, стандартизации процедур лечения, доказательной медицины
Качество лечения основывается на квалификации индивидов	Качество лечения основывается на формализованных процедурах и показателях результативности работы
Идентичность строится на принадлежности к профессиональному сообществу	Идентичность строится в большей зависимости от контекста и на менее жестких основах
Гендерное разделение работников здравоохранения	Меняющееся соотношение мужчин и женщин внутри профессий
Разделение на экспертов и непрофессионалов	Повышение информированности потребителей, включение их в управляющие органы
Членами профессии считаются только медики и представители других высокостатусных родов занятий	Различные роды занятий в здравоохранении становятся профессиями и тем самым повышают свой статус

Источник: [Kuhlmann, 2006].

В новых формах профессионализма приветствуется сотрудничество, барьеры внутри профессиональных групп и между ними становятся не столь непроницаемыми, а идентичности все в большей мере определяются контекстом. Любопытно, что изменения в гражданском сознании и притязания на участие в общественной жизни выступают не просто как внешние силы (например, участие потребителей услуг), но наблюдаются также и внутри медицинской профессии [Kuhlmann et al., 2013]. При этом есть свидетельства упорного сохранения в профессионализме классических моделей, основанных на недопущении «чужих», жестком разделении и иерархии. Знать о подобном положении и о напряжении между консервативными и новаторскими аспектами профессионализма чрезвычайно важно, если мы хотим лучше понять как положительные перспективы, так и трудности на пути к утверждению новых моделей управления здравоохранением; особенно

важно оценить возможности проявить себя вновь возникающим профессиональным группам и услугам, таким как психотерапия.

Именно в психотерапии интересно наблюдать появление новых форм инклюзивного профессионализма, непривычных наборов специальностей и моделей перераспределения задач, поскольку психотерапия – это главное поле, на котором соперничают различные понимания здоровья и болезни. Естественно, что здесь мы ожидаем большего консерватизма профессии, чем в других областях, и в связи с этим возникает более общий вопрос: может ли ослабление границ между профессиями, наблюдаемое в сфере лечебной практики, так же легко произойти и в психотерапии и как этого добиться?

Ниже приводятся результаты изучения меняющейся ситуации в психотерапии на примере регулирования данной отрасли в системе здравоохранения Германии.

Кейс стади: регулирование психотерапии в Германии

Здравоохранение в Германии отличают корпоративизм, децентрализация и использование сетевых методов управления; властные полномочия заключены в самой системе регламентации, в которой докторам подчинены все остальные группы провайдеров услуг здравоохранения [подробнее см.: Blank, Buraу, 2010; Kuhlmann, 2006; SVR... 2009]. Общественному контролю доступна главным образом система обязательного медицинского страхования (SHI), два столпа которой – фонд страхования докторами своей профессиональной ответственности и фонд страхования на случай болезни; все другие игроки контролируются по минимуму. Амбулаторная и госпитальная виды помощи организованы по-разному, и их координация в целом поставлена слабо, хотя сейчас здесь и наблюдаются перемены к лучшему. Кроме того, новые стратегии управления здравоохранением направлены на сдерживание стоимости услуг, на усиление конкуренции и повышение компетентности медиков, другие возможности оптимизации отрасли, например совершенствование структуры специальностей в медицинских учреждениях, почти не используются [Bourgeault et al., 2008; SVR... 2007, 2009]. То есть движение к более инклюзивному профессионализму и к более продуктивному использованию работников различной профессиональной специализации может быть легко заблокировано институционализированной медицинской властью.

В соответствии с правилами социального медицинского страхования, психотерапия относится к амбулаторным видам помощи. Характерно, что психотерапия уже давно борется за более широкое признание, за место на рынке медицинских услуг и за возможность самой себя регулировать. Десять лет назад наметился прогресс, и психотерапия получила статус профессии и право самой выработать свою регламентацию. Психотерапевты теперь объединены в так называемую *палату*, подобно терапевтам, дантистам и фармацевтам. Это действительно большой успех, такого

не достиг никакой другой провайдер медицинских услуг в Германии, даже медсестры – самая многочисленная группа в здравоохранении [Di Luzio, 2008]. Однако юридические возможности саморегулирования психотерапии остаются ограниченными.

Определяющий фактор здесь то, что органы саморегулирования психотерапии входят в управленческую архитектуру всей медицинской профессии, в Палату докторов (Ärztelkammer). В теории психотерапевты равноправны с докторами, но на практике им приходится «торговаться» по всем вопросам регламентирования своей работы, поскольку вся система подчиняется докторам. Поэтому интересы психотерапевтов, которых примерно 10% среди всех членов Палаты докторов, легко могут быть отодвинуты на второй план. К тому же в Германии, из-за ее специфической регламентационной модели включения психотерапии в медицинские регулирующие органы системы социального страхования здоровья, психотерапия становится «невидимой» для публики. Название Ärztelkammer [Arzt – «доктор», «врач». – *Прим. пер.*], например, не было изменено, что психотерапевты воспринимают как обиду. Получается, психотерапия только «сестренка» в тени «большого брата» – медицины. При таком положении весьма вероятно, что стратегические усилия по профессионализации психотерапии будут встречать постоянные препятствия.

Вдобавок привязка психотерапии (в плане регламентации) к разряду амбулаторной помощи ограничивает ее профессиональные интересы в больничном секторе. Хотя организационная структура больниц значительно поменялась за последние несколько лет (что особенно наглядно показывает включение представителей сестринского состава в топ-менеджмент), психотерапевты остаются «невидимками» и практически не имеют голоса при принятии решений по распределению ресурсов и штатному наполнению больниц.

Учитывая все вышесказанное о посреднической функции профессий, можно выделить ряд недостатков в германской модели регулирования здравоохранения, проявляющихся в профессионализации психотерапии:

- Психотерапевты не в состоянии быть эффективными посредниками между интересами граждан и государства; они вынуждены вместо этого главным образом отстаивать свои интересы внутри всевластной медицинской макроструктуры, поскольку доктора неким образом «отфильтровывают» профессиональные интересы психотерапевтов.
- Слабые в принципе механизмы общественного контроля также не помогают психотерапевтам создавать стратегические альянсы с потребителями их услуг для расширения своего рынка и для усиления своей позиции по отношению к традиционной теоретической и клинической медицине.
- В дебатах по поводу политики здравоохранения психотерапевты остаются по большей части «невидимыми» для общественности, поэтому им труднее, чем докторам, строить высокодоверительные отношения с потребителями своих услуг.

- У психотерапевтов меньше ресурсов для пропаганды своего видения здоровья и болезни – докторские «фильтры» перераспределяют эти ресурсы так, что психотерапевты не получают достаточного финансирования для своих исследований. Особенно мешает развитию профессии маргинальное положение психотерапевтов в менеджменте больниц, традиционно являющихся полигоном научных изысканий.

Ситуация с психотерапией в Германии показывает, что не только узкие интересы медицины, но даже и широкие рамки институциональных норм как таковых могут ограничить психотерапевтам возможности эффективно воспользоваться растущей востребованностью услуг, связанных с поддержанием душевного здоровья. Это не просто подрывает профессиональные интересы психотерапевтов, но и снижает способность системы здравоохранения в целом максимально эффективно отвечать на меняющиеся запросы граждан.

Заключение

В статье психотерапия рассматривается, с одной стороны, в контексте растущего спроса на услуги в сфере охраны душевного здоровья и, с другой стороны, в условиях меняющихся принципов управления – в частности, появления более открытых моделей профессионализма. Я попыталась представить такие институциональные условия, которые или блокируют, или толкают вперед развитие психотерапии, выдвигая идею о необходимости подходить к профессиям как к посредникам между государством и гражданами в практике получения последними различного рода услуг. Такое видение может помочь лучшему пониманию имеющихся возможностей для совершенствования профессионализации психотерапии и для удовлетворения потребностей граждан в услугах здравоохранения в области психического здоровья.

Исследование ситуации в Германии демонстрирует особое значение институциональных регламентаций. Растущая потребность в психотерапии в контексте меняющегося спроса на услуги по поддержанию душевного здоровья встречает «фильтр» медицинской профессии. Этот «фильтр» в определенных обстоятельствах и при определенных институциональных нормах может продвинуть вперед развитие психотерапевтических услуг, а может и заблокировать процесс профессионализации психотерапии – если экспансия услуг этой направленности затронет интересы медицины. Тогда потенциал общественных перемен и рост спроса на помощь в поддержании душевного здоровья не смогут быть эффективно использованы психотерапевтами.

Что касается теоретических аспектов изучения изменений в организации профессий, то наше германское исследование показывает, что «юрисдикция» [Abbot, 1988], сдвиг границ профессий и «трайбализм» [Hunter, 2006; McKee et al., 2006], а также «трансформации» профессионализма [Plochg et al., 2009] и культуры [Iarskaia-Smirnova, Romanov, 2008], быть может, важны, но недостаточны для всестороннего объяснения происходящего процесса.

Возможности психотерапии использовать для профессионализации возросший спрос на услуги в сфере охраны душевного здоровья формируются в значительной мере под влиянием общей идеологии управления здравоохранением и состоянием отношений между государством и профессией.

Результаты исследования говорят о том, что необходима более разносторонняя управленческая идеология, охватывающая всевозможные профессиональные группы и дающая им возможность действовать независимо от «главной» профессии – в нашем случае докторов, – которая стратегические действия этих групп пропускает сквозь собственный «фильтр». В Германии передача медицинской профессии государственных властных полномочий, возможно, окажется самым серьезным барьером и на пути профессионализации психотерапии, и на пути превращения охраны душевного здоровья в более гибкую систему услуг. Сравнительное изучение разных стран может помочь нам глубже понять данную проблему, а анализ отношений между государством и профессиями [см. также: Wrede, 2010], и методов институционализации общественного контроля в различных системах здравоохранения послужит трамплином для фундаментального исследования меняющейся роли психотерапии в Европе.

Перевод с английского Н. Н. Кулаковой и Н. В. Равдиной

Professions and the Politics of Mediation: the Case of Mental Healthcare and Psychotherapy

Ellen Kuhlmann

Guest Professor of Health Policy and Services at the University Siegen, Germany and Visiting Professor of Social Policy at the University Campus Suffolk, United Kingdom, the President of the Research Committee on Professional Groups (RC52) of the International Sociological Association (ISA), and Vice-President of the European Sociological Association (ESA), e-mail: e.kuhlmann@em.uni-frankfurt.de

Across countries, mental health and illness are increasingly gaining significance as an important field of public health policy that has too long been neglected. This article attempts to explore the institutional conditions that either block or further the development of psychotherapy within the context of growing demand for mental healthcare services. A theoretical approach on professions as the mediators between the state and the service users is introduced. A German case study serves to explore this approach in relation to psychotherapy and to illustrate the connectedness between the professions, the state and the citizens. Finally, some conclusions are drawn on future research into the emergent field of psychotherapy.

Keywords: health professions, professions as mediators, mental healthcare, psychotherapy, Germany

References

- Abbott A.* (1988) *The System of Professions*, Chicago & London: Chicago Univ. Press.
- Bertilsson M.* (1990) *The Welfare State, the Professions and Citizens. The Formation of Professions Knowledge, State and Strategy* (ed. by R. Torstendahl, M. Burrage), London: Sage, pp. 114–133.
- Blank R. B., Burau V.* (2010) *Comparative Health Policy*, Basingstoke: Palgrave.
- Blätzel-Mink B., Kuhlmann E.* (2003) *Health Professions, Gender and Society: Introduction and Outlook*. *International Journal of Sociology and Social Policy*, vol. 23, no 4/5, pp. 1–21.
- Bourgeault I. L., Kuhlmann E., Neiterman E., Wrede S.* (2008) *How to Effectively Implement Optimal Skill-mix and Why? Health Evidence Network – WHO Europe: Policy Brief Series*. Available at: http://www.euro.who.int/document/hsm/8_hsc08_ePB_11.pdf
- Burau V., Wilsford D., France G.* (2009) *What is it about Institutions? Reforming Medical Governance in Europe*. *Health Economics, Policy and Law*, vol. 4, no 3, pp. 265–282.
- Busfield J.* (2011) *Mental Illness*, Oxford: Polity.
- Busfield J.* (2012) *Gender and Mental Health. The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* (ed. by E. Kuhlmann, E. Annandale), Basingstoke: Palgrave, pp. 192–208.
- Clarke J.* (2004) *Changing Welfare, Changing States: New Directions in Social Policy*, London: Sage.
- Di Luzio G.* (2008) *The Irresistible Decline of the Medical Profession? An Empirical Investigation of its Autonomy and Economic Situation in the Changing German Welfare State*, *German Politics*, vol. 13, pp. 419–448.
- Faulconbridge J. R., Muzio D.* (2012) *Professions in a Globalizing World a Transnational Sociology of the Professions*. *International Sociology*, vol. 27, no 1, pp. 136–152.
- Freidson E.* (2001) *Professionalism: The Third Logic*, Oxford: Polity Press.
- Hunter D. J.* (2006) *From Tribalism to Corporatism: The Continuing Managerial Challenge to Medical Dominance*. *Challenging Medicine* (ed. by D. Kelleher, J. Gabe, G. Williams), London: Routledge, pp. 1–23.
- Iarskaia-Smirnova E., Romanov P.* (2008) *Culture Matter: Integration of Folk Medicine into Healthcare in Russia. Rethinking Professional Governance. International Directions in Healthcare* (ed. by E. Kuhlmann, M. Saks), Bristol: Policy Press, pp. 141–154.
- Johnson T.* (1995) *Governmentality and the Institutionalization of Expertise. Health Professions and the State in Europe* (ed. by T. Johnson, G. Larkin, M. Saks), London: Routledge, pp. 2–24.
- Kuhlmann E.* (2006) *Modernising Health Care. Reinventing Professions, the State and the Public*, Bristol: Policy Press.
- Kuhlmann E.* (2008) *Governing Beyond Markets and Managerialism: Professions as Mediators. Rethinking Professional Governance. International Directions in Healthcare* (ed. by E. Kuhlmann, M. Saks), Bristol: Policy Press, pp. 77–92.
- Kuhlmann E., Annandale E.* (eds.) (2012a) *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare, Second Edition*, Basingstoke: Palgrave.
- Kuhlmann E., Annandale E.* (2012b) *Researching Transformations in Health Services and Policy in International Perspective*. *Current Sociology*, vol. 60, no 4, pp. 401–414.
- Kuhlmann E., Burau V., Larsen C., Lewandowski R., Lionis C., Repullo J.* (2011) *Medicine and management in European healthcare systems: How do they matter in the control of clinical practice? International Journal of Clinical Practice*, vol. 65, no 7, pp. 722–724.

- Larson S. M.* (1977) *The Rise of Professionalism*, Berkeley: Univ. of California Press.
- McKee M., Dubois C.-A., Sibbard B.* (2006) *Changing Professional Boundaries. Human Resources for Health in Europe* (ed. by C.-A. Dubois, M. McKee, E. Nolte), Berkshire: Open Univ. Press, pp. 63–78.
- Moran M.* (1999) *Governing the Health Care State* Manchester, Manchester: Univ. Press.
- Moran M.* (2004) *Governing Doctors in the British Regulatory State. Medical Governance: Theory and Practice* (ed. by A. Grey, S. Harrison), Berkshire: Open Univ. Press, pp. 27–36.
- Newman J.* (2005) Introduction. *Remaking Governance: People, Politics and the Public Sphere* (ed. by J. Newman), Bristol: Policy Press, pp. 1–15.
- Newman J., Clarke J.* (2009) *Publics, Politics and Power*, London: Sage.
- Newman J., Kuhlmann E.* (2007) Consumers Enter the Political Stage? Modernization of Health Care in Britain and Germany. *European Journal of Social Policy*, vol. 17, no 2, pp. 99–110.
- OECD* (2012) *Health Data*. Available at: <http://www.oecd.org/health/healthdata>.
- Plochg T., Klazinga N., Starfield B.* (2009) Transforming Medical Professionalism to Fit Changing Health Needs, *BMC Medicine*.
- Reay T., Hinings C. R.* (2009) Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics. *Organization Studies*, vol. 30, no 6, pp. 629–652.
- Reich M. R.* (2002) Reshaping the State from Above, from Within, from Below: Implications for Public Health. *Social Science & Medicine*, vol. 54, pp. 1669–1675.
- Saks M.* (1995) *Professions and the Public Interest: Medical Power, Altruism and Alternative Medicine*, London: Routledge.
- Saks M., Allsop J.* (eds.) (2012) *Researching Health. Quantitative, Qualitative and Mixed Methods*, London: Sage.
- SVR – Sachverständigenrat im Gesundheitswesen* (2007) *Cooperation and Responsibility. Prerequisites for Target-Oriented Health Care*, Advisory Report, English Summary. Available at: <http://www.svr-gesundheit.de>.
- SVR – Sachverständigenrat im Gesundheitswesen* (2009) *Coordination and Integration-Healthcare in an Ageing Society*. Advisory Report, English Summary. Available at: <http://www.svr-gesundheit.de>.
- WHO* (2005) *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practices*, Geneva: WHO.
- Wrede S.* (2010) How Country Matters: Studying Health Policy in a Comparative Perspective. *Sage Handbook of Qualitative Methods on Health Research* (ed. by I. Bourgeault, R. Dingwall, R. De Vries), Los Angeles: Sage, pp. 88–105.