
РАЗНОВИДНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА ПОЗДНЕЙ СОВРЕМЕННОСТИ: НА ПРИМЕРЕ НЕМЕЦКОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Э. Кульман

Статья посвящена исследованию профессионализма и противоречиям между исключением и социальной интеграцией в различных моделях профессионализма. Целью исследования является фокус на инновативном потенциале профессионализма, направленном на модернизацию системы здравоохранения, и роли государства в оформлении этого потенциала. Трансформация корпоративистской системы регуляции несет с собой новые модели профессионализма и потенциал модернизации здравоохранения вне подходов маркетизации и менеджериализма. Результаты исследования подчеркивают гибкость и власть профессионализма в немецком здравоохранении.

Ключевые слова: профессионализм, менеджериализм, модернизация, здравоохранение, Германия

В этой статье будет дана оценка изменениям в немецкой системе здравоохранения на примере двух профессиональных групп, которые в системе оказания медицинской помощи действуют с абсолютно разных позиций, а именно – на примере врачей и физиотерапевтов. Результаты исследования отражают гибкость и возможность самотрансформации профессионализма. Врачи активно применяют элементы нового управления и развивают новые модели профессионализации, которые обеспечивают осуществление медицинской власти в изменяющихся условиях. Физиотерапевты расширяют маркетизацию, улучшают академическую подготовку и пренебрегают контролем врачей. Динамика в этой профессиональной сфере предоставляет возможности функционирования более инклюзивных моделей профессионализма. В результате оформляется более сложная, чем ранее взаимосвязь между профессиями, государством и гражданами.

Введение

Система здравоохранения является важной сферой для проведения модернизации в западном мире и других странах [Annandale et al., 2004]. Менеджеризм, маркетинг и более устойчивое государственное управление, наряду с участием потребителей услуг в процессе принятия решений, в настоящее время являются основными ориентирами реформы здравоохранения в разных системах государства всеобщего благосостояния [Allsop, Saks, 2002; Blank, Bureau, 2004; The Economist, 2005]. Новые модели управления и новые требования к оказанию медицинской помощи приносят изменения во взаимоотношения между профессиями и государством, между провайдерами медицинских услуг и их потребителями. Эти новые направления развития бросают вызов профессиям и влияют на «уменьшение роли отдельных специалистов своего дела» [Kuhlmann, 2004. P. 69]. Однако это не означает, что профессионализму пришел конец и не обязательно ослабляет влияние широко признанных профессий, что особенно актуально в отношении медицинской власти. Более того, как профессиям, так и профессионализму в целом чрезвычайно важно находить решение по социальным проблемам и тем самым повышать доверие со стороны общества к правительству и тем услугам, которые обеспечиваются государством всеобщего благосостояния [Kuhlmann, 2006a]. В сфере здравоохранения постоянно растут требования к профессионализму. В связи с этим все чаще он понимается как гибкий и контекстуализированный вид регулятивного порядка, который может использоваться различными акторами по-разному.

Политика и практика профессии – это ключ к пониманию динамики нового управления системой здравоохранения. Более динамичный подход к изучению профессий позволяет рассмотреть проблематику этой сферы посредством определения широкого круга движущих сил модернизации и роли различных агентов в реструктуризации системы здравоохранения. Я предлагаю тезис о взаимозависимости трех составляющих: профессии, государства и общественности, а также рефлексивности характера изменений [Kuhlmann, 2006b]. Профессиям отведена ключевая роль в системе здравоохранения, они являются посредниками между государственными структурами и гражданами. Эта триада характеризуется пересечением и конфликтом интересов сторон, причем все стороны неизбежно нуждаются друг в друге. Изменения на одном уровне усиливают динамику на других. Следовательно, профессионализм и стратегии профессионализации не статичны, напротив, они гибко реагируют на новые веяния политики и новые требования к системе здравоохранения. Такая перспектива позволяет увидеть способность профессионализма трансформироваться. Профессионализм способен воссоздавать себя и сохранять властные позиции специалистов и в изменяющихся условиях государства благосостояния, и с выдвиганием новых требований к медицинским услугам обществами XXI века.

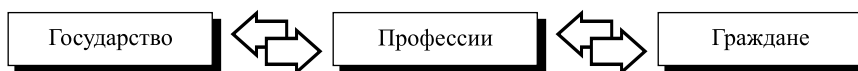


Рис. 1. Профессии как посредники между государством и гражданами

Немецкая система здравоохранения и устойчивая система самоуправления в медицинской профессии как таковой могут продемонстрировать способность профессионализма к самовоспроизводству, укрепляющему власть профессий в изменяющихся условиях, и открыть возможность оценки роли государства в определении ориентиров нового подъема профессионализма. Эмпирические данные, на которые мы будем опираться в первой части статьи, получены в рамках исследовательского проекта по модернизации системы здравоохранения в Германии¹. Представленные здесь результаты получены в ходе анкетирования врачей, оказывающих амбулаторную помощь (N = 3500), фокус-групп с амбулаторными врачами, входящими в сеть провайдеров услуг, фокус-групп с физиотерапевтами, а также в ряде экспертных интервью с врачами – членами и представителями ассоциаций врачей и физиотерапевтов. Сбор данных происходил, в основном, с весны 2003 года до весны 2004 года в западной части Германии.

Новое управление² в корпоративистской системе здравоохранения

Корпоративизм и федерализм являются ключевыми элементами политики здравоохранения, представляя особый подход принятия политических решений в Германии. В рамках корпоративистской системы управления государство определяет рамки деятельности «сети государственных правовых институтов» [Moran, 1999] и интегрирует федеральные интересы, используя хорошо развитый правовой контекст. Медицинская профессия имеет сильную систему самоуправления, функционирующую на федеральном, региональном и местном уровнях благодаря институтам, установленным

¹ Исследовательский фонд университета Бремена, ZF 27/820/1 (*Research fund of the University of Bremen, ZF 27/820/1*). Опрос врачей был проведен при поддержке ассоциации врачей Фонда обязательного медицинского страхования Вестфалия-Липпе и Северного Рейна и Палатой врачей Северного Рейна (более подробно см.: <http://ww.zes.uni-bremen.de/~kuhlmann>).

² Новое управление (*new governance*) – здесь: понятие, характеризующее процессы реформирования управления социальной сферой, связанные с усовершенствованием работы государственного бюрократического аппарата, с одной стороны, и включением граждан в разработку стратегий и мероприятий – с другой. В результате происходят фундаментальные изменения: снижается важность государственного аппарата для развития и устойчивости жизнеспособных обществ, и децентрализация приводит к вытеснению термина «правительство» (*government*) понятием «управление» (*governance*). Считается, что благодаря совместной выработке стратегий развития социальной сферы гражданами и государственными властями вырастают новые формы гражданского общества. – *Примеч. ред.*

структура особенно сильна в оказании интенсивно развивается и в больнич врачей обязательного медицинского страхования представляет интересы врачей как провайдеров услуг и одновременно выражает интересы государственных правовых институтов. Эта двойная функция является ахиллесом

и ключом к пониманию корпоративистской системы управления и регулирования медицинской профессии. Краеугольным камнем медицинского регулирования является система коллективного соглашения и монополия ассоциация

медицинского страхования (ОМС) являются вторым ключевым актором корпоративистской системы, они представляют интересы 90 % населения. Фонды обязательного медицинского страхования – это некоммерческие организации, основывающиеся на принципе самоуправления, их представители избивают

видах занятости в сфере медицины, на подготовку медицинских сестер и физиотерапевтов.

задний план. Однако с наступлением XXI века государство стало более открыто вмешиваться в корпоративистское управление, а система государственных правовых институтов становится более гибридной и открытой новым акторам. Главной целью политики здравоохранения является сплочение

и участия потребителей услуг ¹

и значительное количество новых законов и правил, нацеленных на повышение

доказательством новой политики. На повестке дня, прежде всего, – программы по контролю заболеваемости, а в особенности, объединения провайдеров

¹ Участия потребителей услуг (*consumer participation*)

требования, в свою очередь, нуждаются в новых концептах координации и профессиональной автономии на индивидуальном уровне деятельности и коллективном уровне регулирования.

Современную немецкую систему в изрядной степени характеризуют как элементы нового управления [Newman, 2005], так и более жесткое государственное регулирование. Закон «О модернизации системы здравоохранения», принятый в 2004 году, расширяет полномочия целого ряда различных заинтересованных акторов, в первый раз представители потребителей услуг включены в органы корпоративистского управления. Это является важным шагом на пути к социальной интеграции и более гибкому управлению, хотя потребители все еще не получили полных прав. Новое стремление политики здравоохранения по увеличению количества субъектов управления делает вызов корпоративистским гигантам и может проложить путь для дальнейших изменений, например, выдвинуть новых игроков среди медицинских профессий и видов занятости, которые в настоящее время не входят в систему управления. Эти направления развития могут спровоцировать раскол в кажущемся устойчивым взаимодействии врачей и фондов ОМС.

Новая сетевая культура врачей: трансформация самоуправления и профессионализации

Данные анкетных исследований врачей, работающих в сфере оказания амбулаторной помощи, указывают на увеличение сетей и объединений внутри медицинской профессии. Полученные в ходе исследования данные показывают, что 45 % медицинского персонала, работающего в отделениях фонда ОМС, входят в сети. Это совпадает с оценкой врачей, принявших участие в исследовании. 44 % отметили общий рост сетей и объединений. Кружки качества медицинских работников являются еще одним показателем увеличивающихся объединений, они являются «мини-сетями», как сказал один из участников такой группы. Среди медицинских работников, принявших участие в этом исследовании, 74 % являются членами кружков качества. Сети и кружки качества являются новой формой самоуправления медицинских работников, которая основывается на принципах восходящей демократии и совместном участии в принятии решений. Осуществление изменений не инициируется ассоциациями, а продвигается снизу вверх. В настоящее время сети дополняют классические формы институционального управления с помощью ассоциаций фондов ОМС, но не стремятся их сместить. Более того, сегодня сосуществуют классические стратегии политики, основанной на групповых интересах профессионалов, и новые формы сетевого управления.

Подъем сетевой культуры подтверждает, что врачи, реагируя на изменение требований к оказанию медицинской помощи, активно создают новые формы объединений провайдеров услуг. Цели и стратегии политики

здравоохранения, направленные на объединение провайдеров услуг, трансформируются и переопределяются такими способами, которые не имеют отношения к профессиональному самоуправлению. Они не изменяют по существу организационную структуру оказания амбулаторной помощи, и мы можем ожидать лишь небольшие изменения в системе профессий и видов профессиональной занятости, поскольку большинство врачей (59 %) не заинтересованы в сотрудничестве вне медицинской профессии.

Создание сетей – это не просто организационная стратегия для сплочения провайдеров услуг и реформирования системы самоуправления, это новый вид профессионализации, основанной на менеджериализме, сотрудничестве, участии, а также децентрализации власти. Врачи все больше и больше включают в свою профессиональную практику такие инструменты управления, как стандарты оказания помощи, клинические руководства и директивы, отчеты о качестве проделанной работы, медицинское обслуживание на основе новейших научных данных¹ и принятие решения. Таким образом, они способны выбирать в точности те элементы нового управления, которые позволяют производить трансформацию согласно профессиональным интересам. Врачи выступают против политических целей по усилению контроля, «завоевывая» инновационный потенциал нового управления как инструмента модернизации профессионализма «изнутри» [Kuhlmann, 2006a; Kuhlmann, 2006b]. Это означает, что профессионализм трансформируется согласно интересам врачей, а не развивается как «профессионализм сверху» [Evetts, 2003].

Создание сетей может быть и ответом на растущую конкуренцию внутри профессии, которая усиливается новыми целями и стратегиями политики здравоохранения:

«Мы все заняты чем-то своим, каждый из нас изолирован в наших кабинетах, так сильно изолирован. Мы чувствуем давление, особенно извне, со стороны политики, и этот недостаток доверия к нам и утрата коллегиальности, вот почему нам нужна сеть» (фокус-группа, сеть работников амбулаторной помощи).

Этому виду индивидуальной поддержки придавалось особое значение во всех интервью с участниками кружков качества. Стимулом для создания сетей были индивидуальные желания взаимного сотрудничества, коллегиальности и оказания поддержки. Следовательно, сети и кружки качества становятся мостиком над разрывом между общественным и частным, профессиональными и индивидуальными интересами.

¹ Медицинское обслуживание на основе новейших научных данных (*evidence-based medicine*) – здесь: осознанное, эксплицитное и легальное использование современных новейших исследовательских данных при принятии решений относительно способа лечения или ухода за конкретными пациентами. Практика такой медицины предполагает интеграцию индивидуальной клинической экспертизы с доступными научными данными систематических внеклинических исследований. – *Примеч. ред.*

Кроме улучшения индивидуальных условий труда, основными мотивами для создания сетей стали стремление к повышению качества оказания помощи путем приобретения знаний в группах, однородных по составу, и критическая оценка собственной практической деятельности в конфиденциальной обстановке. Врачи говорят о сотрудничестве и создании сетей как о стратегии улучшения качества посредством «действенных изменений снизу». Следовательно, создание сетей объединяет разные стратегии обеспечения качества с помощью управленческих инструментов, организационных изменений и разных источников научного и «скрытого знания».

Третьим мотивом являлось удержание профессиональной власти. Врачи описывали преимущества сетей следующим образом: *«Мы можем объединиться единым фронтом, чтобы показать тем, кто снаружи, что есть что»* (фокус-группа, сетевое оказание амбулаторной помощи). Под «общим фронтом» имеется в виду сотрудничество всех медицинских работников и всех секторов здравоохранения; сбалансированный состав универсалов, владеющих всеми или многими специальностями в своей профессии, и узких специалистов, причем соблюдение равенства участников являлось основополагающим принципом сетевой деятельности. Участники групповой дискуссии рассматривали сотрудничество универсалов и узких специалистов как «защиту» против усилий политики здравоохранения разделить врачей и таким образом ослабить профессиональную власть. Подобным образом – как угрозу профессии, которую следует ослабить с помощью сотрудничества и построения отношений доверия, – участники фокус-группы воспринимали и конкуренцию между больничными врачами и медицинскими работниками из отделений фондов ОМС. Когда вопрос касается интересов фондов ОМС по конкретным контрактам с провайдерами услуг, больше всего актуализируется необходимость защищать коллективную власть. Эти установки показывают, что создание сетей является новым примером защиты профессиональных интересов. Мотивы для создания сетей выявляются в ходе исследования: целью участников сетей является изменение, а не распад корпоративистской структуры. Врачи ощущают необходимость модернизации самоуправления снизу, потому что ассоциации, в той форме, в которой они существуют сейчас, воспринимались как «застойные», управляемые «крепкими дедами» и «бюрократами», и поэтому неспособными стимулировать инновации, дальнейшее сотрудничество и коллегиальность.

Возникающая таким образом новая стратегия профессионализации берет за основу классические элементы профессиональных проектов, такие как коллективная профессиональная идентичность и установление границ, путем выработки общей линии – «фронта» противостояния политике здравоохранения и фондов ОМС. Однако эта, хорошо известная, тактика связана с новыми моделями регулирования, такими как сетевое управление, открытое сотрудничество и децентрализованное управление. Хотя у врачей

сохраняются основные претензии, а тактики исключения могут даже усиливаться, «общий фронт» становится все более гибридным, а его границы – все более проницаемыми. Создание сетей, таким образом, усиливает динамику, которая разными способами способствует модернизации. Здесь возникает возможность удовлетворения противоречивых на первый взгляд стремлений к сотрудничеству и самостоятельной работе. Уравновешивается власть между индивидуальными и профессиональными интересами, научным знанием и практическим опытом, между универсалами и узкими специалистами, между специалистами-практиками и «бюрократами» из ассоциаций.

В заключение необходимо отметить, что новые модели профессионализации выдвигают на первый план гибкость профессионализма и его способность к трансформации. Это является доказательством способности врачей успешно действовать в изменяющейся системе управления. В медицинской профессии разрабатываются новые модели сотрудничества и учета современных требований к оказанию медицинской помощи и к ответственности профессий, уравнивания нередко несопоставимых интересов разных групп врачей. В ситуации, когда политика здравоохранения не адекватна инклюзивным моделям профессионализма, стремление врачей к созданию сетей и сотрудничеству может в той или иной степени уменьшить напряжение между инклюзией и социальным исключением.

Профессионализация физиотерапии: между подчинением и исключением

Профессионализация физиотерапии является хорошим примером инклюзии посредством «подчинения» медицинской профессии в рамках типологии, описанной Тернером [Turner, 1995]. Эта профессиональная группа интегрируется в систему обязательного медицинского страхования, и многие виды лечения, которые они оказывают, финансируются фондами ОМС. Пациентам необходимо получить рецепт от врача, чтобы пройти курс лечения, то есть врачи выдают физиотерапевтам предписание. У физиотерапевтов есть собственное профессиональное сообщество, но в нем нет требования обязательного членства и самоуправления. Их позиция в качестве акторов корпоративистской системы управления очень слаба, особенно, когда это касается обсуждения оплаты с фондами ОМС. Однако в этом укладе подчинения наблюдаются изменения, и физиотерапия больше не вписывается в идеальные типы профессионализации разных видов занятости в системе здравоохранения.

Тернер привел три модели медицинского доминирования над близкими профессиями, а именно: «подчинение, ограничение и исключение» [Turner, 1995. Р. 138]. Эти модели относятся к разным стратегиям получения профессионального статуса. «Ограничение» – это стратегия получения профессионального статуса, опирающаяся в данном контексте на какой-либо

конкретный метод лечения или сфокусированная на какой-то конкретной части тела. Эту стратегию, например, успешно применяют стоматологи [Kuhlmann, 2001]. В ситуациях «подчинения» предписание от врача оказывается приемлемым для других специалистов. Этот пример профессионализации в наибольшей степени характеризуется гендерной иерархией и практиками исключения. В данном контексте участие¹ и самоопределение в работе ограничены, но система здравоохранения в целом выигрывает. Эту модель управления Дэвис характеризует как «фиксирующую различия» [Davies, 2002. P. 91]. Сакс указывает на то, что «исключение» как третья модель медицинского доминирования относится в значительной степени к представителям альтернативного целительства, которые имеют немедицинскую квалификацию и не могут получить «полную официальную регистрацию» [Saks, 2003. P. 52]. Далее мы покажем, насколько немецкие физиотерапевты балансируют между границами этих идеальных типов и разрабатывают новые тактики профессионализации в условиях изменения институциональной среды и обновления требований к оказанию медицинской помощи.

Физиотерапевты принимают формальное подчинение, одновременно находясь в поисках новых возможностей выбора, чтобы преодолеть врачебное доминирование, повысить свое рыночное влияние и самоопределение. Они считают себя опытными в вопросах, относящихся к физическому функционированию тела, и не признают компетенцию врачей в этой сфере [Ричардсон, 1999]. Участники моего исследования отметили, что физиотерапевтический подход рассматривается как более предпочтительный, нежели биомедицинский, особенно в тех случаях, когда становятся очевидными ограничения официальной медицины. Основная проблема заключается в противоречии между формальным подчинением физиотерапевтов врачам и их идентичностью как «настоящих» экспертов. Отношение власти при отсутствии ресурсов для воплощения таких представлений в практику вызывает многочисленные проблемы, которые усиливают сложную динамику. Классический пример профессионализации с помощью рыночного регулирования и государственной поддержки [Larson, 1977] не подходит к условиям формального подчинения, а также новым требованиям, предъявляемым к оказанию медицинской помощи. В этой ситуации физиотерапевты развивают разнообразные и гибридные модели, хотя такие классические элементы, как академическая квалификация и расширение рынка оказываемых услуг частично продолжают существовать и связаны с индивидуализированными тактиками получения рыночной власти.

Тактика «ограничения» в основном реализуется в процессе получения профессионального статуса путем повышения академической квалифика-

¹ Участие (*participation*) – здесь: участие пользователей услуг и других заинтересованных акторов в принятии решений. – *Примеч. ред.*

ции и включения в университетскую систему. Эта стратегия оказалась очень успешной, но развитие в отношении профессионализации по-прежнему ограничено. Физиотерапевты используют тактику «ограничения», но им не хватает всесторонней формализованной системы знаний и возможностей своей легитимации. В настоящее время у физиотерапевтов недостаточно академической квалификации для разработки научных стандартов и доказательной аргументации успехов их практики, не созданы системы управления качеством и общественного контроля. Решающим является то, что борьба за независимость нуждается в поддержке со стороны исследований, которые могут проводиться только под покровительством врачей. Тем самым, попытки создать собственный терапевтический подход, который бы не зависел от биомедицины и в какой-то степени имел преимущество перед ней, а также попытки улучшить стандартизацию знаний и лечения неизбежным образом сопрягаются с подчинением медицинской профессии.

Дальнейшие попытки улучшения профессионального статуса относятся к повышению рыночного влияния и выводят на первый план сложные трансформации в системе подчинения, усиливающиеся давлением практиков снизу. Изменения наблюдаются и в отношениях между врачами, физиотерапевтами и пациентами. Этим трансформациям в основном содействуют стратегии, на которые опираются самостоятельно практикующие физиотерапевты, и которые основаны на взаимном учете интересов¹. С наибольшей очевидностью это проявляется во все более популярных сферах, связанных, например, с программами фитнеса и профилактики заболеваний, где физиотерапевт не нуждается в предписании врача, которые обычно не входят в систему обязательного медицинского страхования. Число потребителей таких видов лечения постоянно растет, оценки значения такой практики повышаются. Пациенты, не посещая врача, непосредственно вступают в контакт с физиотерапевтом и платят за обслуживание в индивидуальном порядке. Такое физиотерапевтическое обслуживание относится к категории профессиональных стратегий, считающихся исключенными из системы традиционного разделения труда [Saks, 2003]. В этом случае успех либо провал регулируются только рынком. Тактика «исключения», таким образом, предоставляет возможности для влиятельных и умелых «рыночно мыслящих» акторов в силу того, что оплата обсуждается непосредственно с потребителем, который находится в менее выгодном положении, чем фонды ОМС.

Однако растущая популярность профилактики заболеваний и ее недавнее включение в систему обязательного медицинского страхования предоставляет возможность оплаты некоторых услуг через фонды ОМС.

¹ Взаимный учет интересов (*interest-based strategies*) – здесь: термин из литературы о технологии переговоров, означающий стратегии соблюдения интересов, или интегративные, кооперативные стратегии, противопоставляются конкурирующим стратегиям, так как позволяют достичь выигрыша для всех участников переговоров. – *Примеч. ред.*

В этом случае пациенту необходимо сначала внести предоплату, а затем обговорить компенсацию с фондом ОМС. Эта процедура отличается от традиционной модели оказания помощи фондами ОМС, когда оплата из фондов обязательного медицинского страхования поступает врачам или терапевтам, и имеет место ее коллективное обсуждение в кругах представителей профессии. Хотя профилактика представляет собой лишь малую часть услуг, предоставляемых физиотерапевтами, эти новые стратегии открывают возможности смягчения степени подчинения и ограничения в существующей практике предписаний от врачей. В долгосрочной перспективе тактика «исключения» могла бы успешно перейти в тактику «ограничения».

Попытки трансформировать и предотвратить подчинение путем исключения услуг из системы фонда ОМС сопровождаются изменениями «внутри» системы работы и экспертных, и непрофессиональных отношений. Физиотерапевты активно выступают как партнеры пациентов и фондов ОМС. Более того, они способны расширить свои возможности для самостоятельного принятия решений. При проведении фокус-групп физиотерапевты отмечали, что поставленные врачом диагнозы и выданные рецепты иногда переформулируются, причем эти решения принимаются ими вместе с пациентами без консультаций с лечащим врачом. Модель подчинения медицинской профессии трансформируется на практике изнутри, способствуя развитию профессионального контроля и самоопределению физиотерапевтов и расширению рынка услуг. Вполне очевидно, что физиотерапевты обладают ресурсами сопротивления, однако они не узаконивают это право, а врачи не пытаются защитить свой полный контроль.

Эти изменения сопровождаются растущим сотрудничеством с врачами. Такое сотрудничество зависит от установок отдельных докторов. Даже если физиотерапевты полностью проинформированы и вовлечены в процесс принятия решений по поводу лечения пациента, то это не приводит к подлинно совместному принятию решений. Например, если вместо хирургического вмешательства рекомендуется физиотерапевтическое лечение, то *«в итоге решение принимает лечащий врач, и пациенту делается операция»* (фокус-группа, физиотерапия). Ключевым моментом является то обстоятельство, что в процесс принятия решений не вовлекается пациент и его не информируют об имеющихся возможностях выбора. Физиотерапевты ожидали повышения их профессионального статуса благодаря более полному вовлечению пациентов в клинический процесс принятия решений. Однако пациенты пока не воспринимаются как коллективные акторы системы здравоохранения, которые бы способствовали развитию профессионализации, как это было успешно реализовано в случае, например, с акушерами [Bourgeault et al., 2004]. Таким образом, объединение физиотерапевтов и пользователей услуг может помочь улучшить ситуацию на рабочем месте, но оно не направлено на осуществление изменений в системе управления и организации оказания помощи.

Подводя итог, необходимо отметить тенденцию укрепления связи тактик профессионализации в большей степени с креденциализмом¹, чем с законодательными изменениями. Интересно, что эта стратегия выявляет поразительные сходства с исторической борьбой немецких женщин за получение доступа к профессиям, для которой типична недостаточная представленность тактик в отношении законодательства [Kuhlmann, 2001]. Современные новые направления развития физиотерапии, характеризующаясь высокой концентрацией представителей женского пола среди специалистов в этой области (около 80 %), позволяют говорить о взаимосвязи профессионализации и гендера. Представляется, что стратегия, принятая физиотерапевтами, вне зависимости от их пола, определяется специфической гендерной тактикой получения профессионального статуса, развивающейся в национальном контексте.

Более того, трансформации классических стратегий продвижения профессиональных интересов сопровождаются изменением видов профессиональной идентичности. Даже если профессионализация не ведет к повышению профессионального статуса, вера в силу профессионализма сама по себе является движущей силой для изменений. Инновационный аспект состоит в том, что физиотерапевты, особенно те из них, кто получил академическую подготовку, обращаются к профессионализму, коллективной идентичности и интересам, не обязательно применяя тактику исключения, укоренившуюся в классической модели профессионализации. Например, они жалуются на «механистический терапевтический подход», ослабляющий коллективную идентичность физиотерапевтов, и призывают к применению холистского подхода к оказанию медицинской помощи, который приведет к созданию нового сообщества и источника идентичности. Обращение к этому подходу поощряет появление контекстуализированных и проницаемых идентичностей. Эти новые идентичности переходят профессиональные границы и становятся более открытыми для всех видов занятости, связанных с системой здравоохранения, включая медицинскую профессию.

Огораживание, или стремление упрочить границы между профессиями и дисциплинами, сохраняется, хотя постепенно переопределяется. Интересно отметить, что интеграция, междисциплинарный стиль работы и центрированные на клиенте модели оказания помощи используются в качестве дискурса профессионализации и для определения физиотерапии как отрасли, отделенной от профессии врача и медицинской сестры. Как и врачи, работающие в сетях, физиотерапевты с академической подготовкой желают обладать коллективной властью, профессиональной независимостью и сотрудничать друг с другом. Важным отличием является то, что они пытаются создать менее агрессивный и более гибкий «общий фронт», например, с пользователями услуг, а также продолжать сотрудничество с врачами.

¹ Креденциализм – тенденция определять общественные позиции индивидов (особенно профессиональные) на основании их послужного списка или дипломов (*credentials*). – Примеч. ред.

Таким образом, профессионализация физиотерапии основывается на новых и разнообразных тактиках, нацеленных на повышение статуса, в настоящее время подчиненного по отношению к врачам. Происходящие процессы отличаются от классических стратегий профессионализации. Они связаны с плавным развитием разнообразных тактик и гибких переходов от исключения к подчинению и ограничению. Разнообразие может быть представлено как попытка ускорения перехода от вида занятости к профессии в таких условиях, когда классические тактики уже не используются, а профессиональные интересы физиотерапевтов становятся все более гетерогенными. Соперничество групп интересов, а также тактики исключения и маргинализации по-прежнему присутствуют в этом виде профессиональной занятости. В то же время появляются новые модели более инклюзивного профессионализма, а именно: подотчетность общественным интересам и принятие во внимание контекстуализированных идентичностей, что соответствует целям политики здравоохранения (например, более активное участие потребителей услуг). Однако физиотерапия не может эффективно использовать возможности, открытые благодаря изменениям в системе здравоохранения, и свою более высокую академическую квалификацию. Проект развития этой профессии ограничен гендерными особенностями реализуемой модели профессионализации, основанной скорее на крeденциализме, чем на формальных правах и установленных законом принципах самоуправления. Гендерные особенности проявляют себя и на уровне управления, где физиотерапевты не связывают попытки интеграции и сотрудничества с идеей управления с участием заинтересованных субъектов фондов ОМС, а правительство не поддерживает профессиональный рост физиотерапевтов и усиление их влияния в системе здравоохранения.

Новый профессионализм: между исключением и социальной инклюзией

В своей классической версии профессионализация основывается на исключении и установлении границ. Эта стратегия противоречит целям модернизации и концепции гражданства. Наряду с реализацией общественных интересов, врачи выдвигают новые модели управления, способные учитывать различные интересы, а физиотерапевты, в свою очередь, развивают более инклюзивные модели профессионализма. В то же время профессионализация требует создания источника коллективной идентичности. Следовательно, противоречия между исключением и инклюзией укоренены в профессионализации [Bertilsson, 1990].

Новые модели профессионализма по существу не разрешают сложившихся противоречий. Однако развитие новых направлений внутри медицинской профессии и других видов занятости системы здравоохранения ясно указывает на то, что профессионализм принимает более разнообразные

формы и все больше зависит от контекста. В этом проявляются свидетельства возникновения новых форм профессионализма в контексте нового управления и изменяющихся концептов гражданственности в эпоху постмодернизма, значительно отличающихся от его ранних форм [Larson, 1977]. В то же самое время имеются доказательства устойчивости классических моделей профессионализма, основанного на исключении, огораживании и иерархии. Новые тенденции развития немецкой системы здравоохранения характеризуются сосуществованием классических стратегий исключения и новых форм более инклюзивного профессионализма.

Осознание различий и противоречий между консервативными и инновационными элементами профессионализма имеет большое значение для лучшего понимания тех препятствий и возможностей выбора, которые имеются и для модернизации корпоративистской системы, и для перспектив трансформации медицинской профессии. Противоречия между конфликтующими моделями профессионализма и то общее, что их объединяет, способствуют возникновению новых различных форм продвижения профессиональных интересов. Однако в конкретных профессиональных группах можно наблюдать значительное разнообразие в этом отношении. Хотя каждая группа вынуждена постоянно отстаивать свое место в системе здравоохранения, медики обладают большей способностью гибко сочетать классические и новые модели профессионализма и развивать новые стратегии с целью успешного продвижения профессиональных интересов. Эти качества медиков и их возможности для маневра в складывающихся условиях не становятся предметом регулирования. Государство играет решающую роль в сохранении или уменьшении роли медицинской власти, поэтому в результате этих процессов трансформации профессии государство и общественность оказываются связаны друг с другом более сложным образом.

Во введении я рассматриваю модель, которая представляет профессии посредниками между государством и его гражданами. Исследование показывает рефлексивность изменений [Giddens et al., 1994]. Проблемы и требования ответственности врачей находятся в центре внимания общественного дискурса и исследований медицинской профессии. Однако влияние на профессию «извне» – это одна сторона медали, и принимать во внимание лишь это обстоятельство означало бы, что профессионализму угрожают только новые модели здравоохранения, возникающие в последние годы. В действительности новые требования в отношении трансформации профессионализма поступают «изнутри» медицинской профессии и других видов занятости в системе здравоохранения. Как было показано в нашем исследовании, такая динамика относится к обеим рассмотренным здесь профессиональным группам. Это позволяет сделать заключение о том, что вместо концентрации на «уравновешивающих силах» [Light, 1995], мы должны обратиться к динамическому подходу и рассматривать взаимодействие и точки соприкосновения между различными и даже конфликтующими интересами профессий, госу-

дарства и общественности. «Третья логика», которую Фрейдсон [Freidson, 2001] приписывает профессиям, является гибкой и прозрачной, а не устойчивой или постоянной. Это понятие все более связано с логикой рынка и бюрократического управления, а в особенности с инструментами медицинского управления [Gray, Harrison, 2004].

Динамический подход направляет внимание на акторов и действие [Bureau, 2005]. Он указывает на то, что профессионализм способен трансформироваться, выступая влиятельным источником возникновения стратегий, основанных на взаимном учете интересов, действий и идентичностей в изменяющихся условиях системы здравоохранения. То, каким образом появляются эти трансформации и разные виды профессионализма, и появляются ли они вообще «в качестве профессионалов, подотчетных интересам общественности», по крайней мере, отчасти являются целью структуры управления системы здравоохранения.

Список литературы

- Allsop J., Saks M.* Regulating the Health Professions. London: Sage, 2002.
- Anandale E., Elston M. A., Prior L.* (Eds). Medical Work, Medical Knowledge and Health Care. Oxford: Blackwell, 2004.
- Bertilsson M.* The welfare state, the professions and citizens // The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy / R. Torstendahl, M. Burrage (Eds). London: Sage, 1990. P. 114–133.
- Blank R. H., Bureau V.* Comparative Health Policy. Houndmills: Palgrave, 2004.
- Bourgeault I. L., Benoit C., Davis-Floyd R.* (Eds). Reconciving Midwifery. Montreal: Mc Gill, Queen's University Press, 2004.
- Bureau V.* Comparing professions through actor-based governance: community nursing in Britain and Germany // Sociology of Health and Illness. 2005. 27 (1). P. 114–137.
- Davies C.* Registering a Difference: Changes in the Regulation of Nursing // Regulating the Health Professions / J. Allsop, M. Saks (Eds). London: Routledge, 2002. P. 94–107.
- Evetts J.* The construction of professionalism in new and existing contexts: promoting and facilitating occupational change // International Journal of Sociology and Social Policy. 2003. 23 (4/5). P. 23–38.
- Freidson E.* Professionalism. The Third Logic. Oxford: Polity Press, 2001.
- Giddens A., Beck U., Lash S.* Reflexive Modernization. Cambridge: Polity Press, 1994.
- Gray A., Harrison S.* (Eds). Governing Medicine. Theory and Practice. Berkshire: Open University Press, 2004.
- Kuhlmann E.* The rise of German dental professionalism as a gendered project. How scientific progress and health policy evoked change in gender relations, 1850–1919 // Medical History. 2001. 45. P. 443–460.
- Kuhlmann E.* Postmodern times for professions – the fall of the «ideal professional» and its challenges to theory // Knowledge, Work & Society. 2004. 2 (2). P. 69–85.
- Kuhlmann E.* Traces of doubt and sources of trust – health professions in an uncertain society // J. Evetts (Ed.). Professions, knowledge and trust. Current Sociology. Special Issue, 2006a. (forthcoming)

- Kuhlmann E.* Towards «citizen professionals»: new patterns of professionalism in healthcare // M. Saks, E. Kuhlmann (Eds). Professions, Social Inclusion and Citizenship. Knowledge, Work and Society. 4 (6). Special Issue, 2006b. (forthcoming)
- Larson S. M.* The Rise of Professionalism. Berkeley: University of California Press, 1977.
- Light D.W.* Countervailing powers: A framework for professions in transition // Health Professions and the State in Europe / T. Johnson, G. Larkin, M. Saks (Eds). London: Routledge, 1995. P. 7–24.
- Moran M.* Governing the Health Care State. Manchester: Manchester University Press, 1999.
- Newman J.* Remaking Governance. London: Sage, 2005.
- Richardson B.* Professional Development. Physiotherapy. 1999. 85. P. 461–467.
- Saks M.* Orthodox and Alternative Medicine. Politics, Professionalization and Health Care. Sage: London, 2003.
- SVR – Advisory Council for the Concerted Action in Health Care* Health care finance, user orientation and quality. Report summary, English version. 2003. <http://www.svr-gesundheit.org>
- SVR – Sachverständigenrat im Gesundheitswesen.* Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten. 2005. <http://www.svr-gesundheit.org>
- The Economist.* Rich countries everywhere are struggling to finance health care. Aug 18th 2005. http://www.economist.com/world/Europe/displayStory.cfm?story_id=4293317
- Turner B. S.* Medical Power and Social Knowledge, 2nd ed. London: Sage, 1995.

Эллен Кульман
доктор социологии, магистр здравоохранения,
координатор Исследовательской сети по социологии профессий
Европейской социологической ассоциации,
член исполнительного совета исследовательского комитета
«Профессиональные группы»
Международной социологической ассоциации,
ведущий научный сотрудник Центра исследований социальной политики,
Университет Бремена, Германия
электронная почта: e.kuhlmann@zes.uni-bremen.de
(Пер. с англ. Н. Нестеренко)
