

---

*Владимир Николаев*

## **РЕФОРМА РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЦЕННОСТНЫЕ КОНФЛИКТЫ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА**

Статья посвящена трансформации профессионализма в медицине, вызванной реформой российского общественного здравоохранения, и связанной с ней ценностным конфликтам. Вторжение государства и рынка в организацию медицинской работы и ее содержание воспринимаются врачами как посягательство на базовые ценности профессии и права пациентов. На аренах публичного обсуждения разворачивается символическая борьба между сторонниками и противниками реформы за определение подлинного профессионализма в медицине и его ценностных оснований. Ценностные конфликты, эксплицированные на этих аренах, не ограничиваются чистой риторикой и идеологией, а имеют серьезные практические импликации, проявляясь в разных деталях медицинской работы как навязанные ценностные выборы между линиями действия, соответствующими традиционным ценностям профессии и несовместимыми с ними. Представленные в статье результаты исследования базируются на анализе материалов обсуждений на специализированных форумах в социальной сети *Facebook*, созданных на волне протеста против проводимой реформы. В исследовании использованы схема конструирования социальных проблем Блумера и четырехмерный (эколого-экономико-политико-социально-психологический) анализ изменений в работе врача в стиле Чикагской школы.

*Ключевые слова:* профессионализм, социальное государство, здравоохранение, ценности профессионализма, ценностный конфликт

---

Владимир Геннадьевич Николаев – к.с.н., доцент департамента социологии НИУ ВШЭ, старший научный сотрудник Центра анализа доходов и уровня жизни Института управления социальными процессами НИУ ВШЭ, Москва, Россия. Электронная почта: [vnik1968@yandex.ru](mailto:vnik1968@yandex.ru)

Реформы образования, науки, здравоохранения и других отраслей, важных для общественного благосостояния и опиравшихся до сих пор главным образом на бюджетное финансирование, вызвали отчасти явное, но больше латентное неприятие со стороны занятых в них профессионалов. Они проводятся по образцу реформ, осуществленных в последнюю четверть века в разных секторах *Welfare State* на Западе (прежде всего в Западной Европе), во многом копируя их внешние стороны и ценностные обоснования. Вторжение *NPM* (*New Public Management*) в разные сектора государства благосостояния и его последствия для соответствующих профессий и профессионализма в странах Запада стали предметом внимательного изучения и осмысления в социологии профессий (см. Bezes et al. 2012; Evetts 2003; Романов, Ярская-Смирнова 2011). В России реформы проводятся в иной институциональной среде, что не может не сказаться как на текущих, так и на конечных их результатах. Возможные последствия этих реформ нуждаются в осмыслении, преодолевающем идеологические штампы, наводнившие это тематическое поле.

Мы ограничимся ситуацией в здравоохранении. Реформы в этой сфере проводятся неравномерно по разным регионам. Осень 2014 г. была отмечена интенсификацией реформы в московском здравоохранении, и это вызвало волну противодействия – прежде всего со стороны медиков, – выразившуюся в серии митингов. Развернувшаяся в связи с этим общественная дискуссия эксплицировала ценностные конфликты, касающиеся сути медицинского профессионализма. Они являются предметом рассмотрения в этой статье. Сначала мы покажем, как они представлены в публичной дискуссии, затем обратимся к вопросу о том, каким образом они встраиваются в профессиональную практику и какие изменения в медицинском профессионализме ими предполагаются.

### **Ценностные конфликты профессионализма в поле публичной дискуссии**

Протестное движение врачей можно рассмотреть в контексте предложенной Гербертом Блумером схемы конструирования социальных проблем (Блумер 2008). Серия шагов, предпринятых реформаторами московского здравоохранения, привела к выходу проблемной ситуации на арены публичного обсуждения (прежде всего масс-медиа и социальные сети), где оформились две оппонирующие группы акторов – сторонники и противники реформы – и были озвучены их определения и оценки происходящего. При этом были активированы ценности и иные дискурсивные ресурсы оппонирующих сторон. Примечательно, что в спорах обнаруживается не просто столкновение материальных интересов, а постановка вопроса о том, какие последствия будет иметь реформа для профессиональной работы и профессионализма медиков. В них сталкиваются два очень разных видения профессионализма – того, какой должна быть правильно организованная профессиональная ме-

дицина; оценки разных аспектов реформы производны от позиций в этом вопросе. С одной стороны, в этом противостоянии выступает государство (активно оперирующее рыночными аргументами), с другой – медицинская профессия, точнее, ее затронутый реформой общественный сектор. Пациенты в эту символическую борьбу мало вовлечены; обе стороны при этом апеллируют к их интересам. Младший медицинский персонал и медики, занятые в частном секторе, почти не участвуют в дискуссиях.

Для выявления интересующих нас ценностных конфликтов была сделана выборка релевантных материалов со страницы «Всероссийская акция “За доступную медицину!”» в социальной сети *Facebook* (Всероссийская акция... 2015). Эта страница стала одной из важных арен публичной дискуссии, где формировались позиции и символические определения той части медицинского сообщества, которая выступила против проводимых в российской медицине преобразований. Материалы отбирались в течение месяца, с 11 ноября по 11 декабря 2014 г. Объем текстового массива – 29 630 слов (без текстов по содержащимся в нём ссылкам). Выборка включает 74 документа: посты с комментариями; посты без комментариев; комплекты или выборки комментариев; ссылки на внешние источники (документы хранятся в архиве автора и пронумерованы в порядке их внесения в выборку). Все нижеприведенные утверждения базируются на анализе этого эмпирического материала.

В позиции государства, представленной в выступлениях заместителя мэра Москвы Л. М. Печатникова, реформа преподносится как неизбежность (док. 59). В доказательство приводятся два независимых, но тесно переплетающихся обоснования. Во-первых, экономическое: у государства нет средств содержать «бесплатную медицину», унаследованную от СССР, а у Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС), ставшего единственным источником финансирования этого сектора здравоохранения, недостаточно средств для его сохранения в полном объеме. Во-вторых, оценочное: существующая «бесплатная медицина» не справляется со своими задачами, пропитана коррупцией, низким профессионализмом, технической и организационной отсталостью. Реформа преподносится как единственное рациональное решение этих проблем, позволяющее приспособить систему «бесплатной медицины» к сокращению финансирования и привести качество предоставляемых в ней «услуг» в соответствие с «нормальным европейским уровнем бесплатного оказания медицинской помощи» (док. 59). Реформа, описываемая в терминах «оптимизации», «реструктуризации» и т.д., включает, помимо перевода этой части медицины на «одноканальное финансирование» через ФОМС, систему вторжений в организацию медицинских учреждений и выполняемой в них профессиональной работы: закрытие «нерентабельных» медицинских учреждений (в том числе монопрофильных больниц); слияния (объединения) ряда больниц и поликлиник; перевод части больничных функций в поликлиники; сокращения врачей в «оптимизируемых» учреждениях; изменение пропорций врачей-специалистов и врачей общей практики в поль-

зу последних; устранение ряда «неэффективных специальностей»; закупку новейшего медицинского оборудования; переопределение медицинской помощи как «услуг»; изменение порядка, процедур и нормативов «обслуживания» больных (система ЕМИАС, изменение нормативов времени на приём одного пациента, новые правила выписывания лекарств и т.д.); перевод части медицинских «услуг» в категорию платных; новые процедуры и критерии оценки «эффективности» и «качества» работы медучреждений, профессиональной компетентности и квалификации врачей; изменение в оплате труда медиков («стимулирующие» выплаты); усиление административного компонента в медицинской работе.

Это не просто идеологическая программа; эти меры осуществляются на практике и, сказываясь на работе медиков, оцениваются многими из них негативно. Хотя среди медиков есть и сторонники этих мер (один из самых известных – А. Л. Мясников), противники активнее вовлечены в обсуждение ожидаемых последствий, что неудивительно, ведь именно они воспринимают ситуацию как проблемную (в том числе для будущего самой профессии) и соответственно мотивированы ее обсуждать.

Прежде всего, противники этих мер отказываются определять их как «реформу», выдвигая альтернативные определения: «“демонтаж” существующей системы здравоохранения», «коммерциализация», «резкое сокращение расходов на медицину», «развал медицины», «опасная для общества политика в области здравоохранения», «антинародная политика замены медицины социальными услугами с соответствующим минимальным финансированием», «процесс разрушения системы здравоохранения» и т.п. (док. 1, 43, 46, 71). С их точки зрения, «не надо прикрывать преступления красивым словом “реформа”» (док. 1), «реформа здравоохранения не повышает качества медобслуживания, а, наоборот, делает его примитивным» (док. 17). Они считают, что эти меры противоречат «принципам МЕДИЦИНЫ», «нормальной медицине», «НАСТОЯЩЕЙ медицине» (док. 43, 46). Это связывается с тем, что реформу проводят «абсолютно некомпетентные чиновники», «неквалифицированные специалисты», «непрофессионалы» (док. 21, 46, 69), «привыкшие диктовать свою волю и устанавливать законы, исходя из собственных соображений и интересов, часто не совпадающих с нуждами граждан и позицией профессионалов (в данном случае медицинских)» (док. 71), «по сути не имеющие представления о проблемах в медицине и далекие от нее» (док. 21), «без согласования с медицинскими профессионалами и мед. сообществом в целом» (док. 43), с полным пренебрежением к точке зрения и опыту врача и интересам граждан/пациентов (док. 22, 17, 71). Продолжение этой политики объясняется отчасти тем, что лица и инстанции, ответственные за ее внедрение, действуют вслепую, без обратной связи, не видя и не понимая порождаемых ею последствий (док. 17, 70).

Сосредоточение контроля над профессиональной деятельностью врачей в руках чиновников, менеджеров и администраторов рассматривается про-

тивниками реформы как тем более опасное для медицинской профессии и медицинского профессионализма, что врач и администратор воспринимаются в медицинском сообществе как роли едва ли не антагонистические (док. 11, 17, 18, 22, 28, 50, 67, 71). Они считаются носителями разных интересов, ценностей, образов жизни и моделей мышления. Разницы между чиновниками системы здравоохранения и просто чиновниками при этом почти не проводится: «Во власть от здравоохранения идут те, кому нет дела до здоровья людей... Чиновники не могут быть Врачами, это два взаимоисключающие друг друга образа жизни» (док. 11). Бросается в глаза, что государственным чиновникам вообще и чиновникам системы здравоохранения вменяется в качестве характерной черты пренебрежение к людям, отношение к людям как к «быдлу» (док. 3, 9, 22, 28, 46, 54, 67, 73): «Ну, а до населения им дела нет вообще» (док. 46); «Нашим чинушам надо избавиться от больных, инвалидов, детей и стариков, вот для этого они и изобретают такие законы» (док. 46); «А Департаменту здравоохранения опыт не важен! И что для них люди... так людишки...» (док. 22); «А сейчас к людям, как к отбросам...» (док. 22); «Не ценят людей в нашей стране. Никаких» (док. 22); «У нашего государства есть одна большая нелюбовь – люди... В нашем случае основополагающий постулат это глубочайшее презрение и я бы даже сказала ненависть к людям» (док. 73); «Происходит планомерный развал службы, к людям относятся как к быдлу» (док. 3). С точки зрения оппонентов «реформы», такое отношение проявляется у чиновников и к пациентам, и к медикам-профессионалам; соответственно, в их высказываниях интересы врачей и пациентов почти всегда полагаются как общие.

Массированное вторжение чуждой логики в мир медицинской работы трактуется как деструктивное. Оппоненты «реформы» не верят в то, что медицина в результате нее станет лучше, ожидают падения качества медицинской помощи и уменьшения шансов на ее получение для тех, кто не располагает средствами для пользования коммерческой медициной и будет зависим от «бесплатного» сектора (док. 1, 22, 43, 46). Реформа видится как удар по профессионализму: «Год назад до этих реформ медицина бесплатная уже в отвратительном состоянии была, теперь ещё хуже...» (док. 22).

В ходе критики реформы и разных ее сторон противниками активизируется и эксплицируется некий идеальный образ профессии и профессионализма, по отношению к которому реформа оценивается как разрушительная. Этот образ можно собрать по частям из утвердительно-декларативных и критических высказываний медиков и сочувствующих им. Стоит отметить, что образ профессии и качественной профессиональной работы давно перестал ассоциироваться с образом профессионала-одиночки, овладевшего секретами мастерства и применяющего их в своей частной практике. В XX в., с развитием крупного предпринимательства и государства благосостояния, профессиональный труд все больше сосредоточивался в организациях. Это изменение зафиксировал уже в середине XX в. Томас Маршалл (Маршалл 2010).

В российском обществе, как и в других «развитых» или претендующих на «развитость» обществах, профессиональная работа осуществляется в основном в организациях. Любопытно, что хотя организации, в которых реализуется работа российских медиков, исторически сложились в своей конфигурации и внутреннем устройстве под длительным прямым контролем государства, самопрезентация российских медиков, выступающих против новейшего вмешательства государства-и-рынка в сферу их профессиональной работы, в основных чертах повторяет классический образ профессии, институционально автономной от государства и саморегулирующейся.

Этот идеальный образ профессионала и профессионализма включает: выбор профессии «сердцем», любовь к ней, отношение к ней как к «делу жизни», призванию (док. 1, 9, 11); любовь к пациентам, заботу о них, отдание приоритета их интересам, трактовку своей профессии как «помогающей» (док. 1, 4, 14, 22, 71); чувство профессионального долга, верность «клятве Гиппократа» и принципам медицинской этики (док. 18, 60, 71, 72); принцип универсальности оказания помощи, рвение о ее доступности для всех (док. 9, 16, 60, 71); коллегиальную солидарность, важность добрых отношений с коллегами (док. 1, 13, 22, 71), неприятие конкуренции между коллегами как препятствия для слаженного выполнения профессионального долга (док. 22, 67); высокую значимость профессионального опыта (док. 1, 9, 17, 22, 71); профессиональное достоинство и честь (док. 12, 17, 54, 71); приоритет бескорыстных мотивов (док. 57, 60, 72).

Проводимая «реформа» рассматривается как посягательство на профессиональную автономию и этот конститутивный для профессии ценностный комплекс: «Прагматичная антигуманная политика... губит нашу медицину, унижает и деморализует медицинских работников, попирает принципы, которым клянется следовать каждый врач» (док. 71); «Крик души: остановите развал медицины! Дайте врачам спокойно заниматься своим делом» (док. 1). Основная линия ее критики направлена против навязываемого извне переопределения медицины в экономико-административно-менеджеральных терминах, полагаемого несовместимым с самой природой медицинской профессии. На поверхности это проявляется в неприятии лексики, навязываемой в качестве нормативного и само собой разумеющегося описания профессиональной работы медиков, в особенности таких слов, как «рентабельность», «нерентабельность», «неэффективность» (док. 1, 14, 44), «услуга» (док. 9, 13, 17, 43, 57, 59, 71, 72), «койкооборот» (док. 14) и т.п. Показательно неприятие понятия «услуга»: «Ты что, проститутка, чтобы услуги оказывать? Ты врач и помни об этом, услуги на базаре и на панели, а ты спасаешь людям жизнь, иди и всегда помни об этом» (док. 13); «Когда горит твой дом, ты тоже кричишь “помогите”, а не “окажите мне услуги по пожаротушению”. Так и с медициной, когда сломал ножку так, что кость наружу и кровь хлещет, бедолага будет просить помощи, а не оказания “медицинских услуг”» (док. 13).

В таком символическом противостоянии слова и определения очень важны. Но к ним дело не сводится. Эта лексика является риторической оболочкой для практик, вторгающихся извне в те стороны медицинской работы, которые медики рассматривают как поле собственных монопольных определений, как сферу собственного контроля, как собственный «мандат» (Hughes 1958) и стараются оградить от внешнего контроля – как в своих интересах, так и (по крайней мере, заявительно) в интересах пациентов.

Такие внешние вторжения в профессию, как жесткая стандартизация медицинской работы и разных ее аспектов (времени приема одного пациента, выписки лекарств и т.д.), увеличение доли и значимости документооборота в работе врачей, привязка заработка к оказанию платных услуг, фактическое установление в медицине нехарактерной для нее потогонной системы труда, произвольная механическая перекройка сложившегося разделения труда в медицине и пространственной организации медицинской помощи, внедрение внешних для профессии критериев оценки качества медицинской работы и профессиональной компетентности и т.д., воспринимаются как сказывающиеся на содержании работы врачей, и эти эффекты расцениваются изнутри профессии как угроза тому виду профессионализма, который считается в ней правильным и естественным, как подрыв его основополагающих ценностей и принципов.

### **Ценностные конфликты и профессиональная практика**

При рассмотрении подобных ценностных конфликтов важно знать, насколько они не сводятся к риторике, а практически проявляются в мире действия как сталкивающиеся давления на профессиональную работу врача, в ответ на которые он вынужден делать выбор между разными линиями профессионального поведения, которые, отвечая одним требованиям к его работе, могут не отвечать другим. Исходя из того, как формулируются проблемы профессии на аренах публичного обсуждения самими врачами, а также другими заинтересованными участниками, требования, исходящие от профессии и укорененного в ней идеального образа профессионала и профессионализма, сталкиваются с требованиями, исходящими от государства и различных проводников его давления; последнее включает прямые требования, зафиксированные в различных регуляциях, и косвенные, вытекающие из навязанных государством изменений в организации профессиональной работы и условиях ее осуществления.

Соответственно, мы попытались выделить изменения в практической работе врача, которые вызваны проводимой реформой, непосредственно сказываются на ее сути и содержании и побуждают к выбору линий поведения, заключающих в себе в большей или меньшей степени отход от принятых ценностей профессии и представлений о том, что есть врач, и что и как он должен делать. С этой целью мы сделали выборку релевантных проблем-



ных материалов со страницы общедоступной группы «Против уничтожения здравоохранения» в социальной сети *Facebook* (Против уничтожения... 2015). Материалы были собраны 23 марта 2015 г. и охватывают период с 23 февраля по 23 марта 2015 г. Численность группы на 21.00.23.03.2015–3497 подписчиков. Общий объём – 76 500 слов. Общее количество «постов», из которых отобраны документы – 330; количество собранных документов – 67. Документы представляют собой записи без комментариев, с комментариями, комплекты комментариев (документы хранятся в архиве автора и пронумерованы от П-1 до П-67). Приведенные ниже утверждения опираются на этот эмпирический материал, особенно описываемые и разбираемые в нем случаи и ситуации. В качестве теоретической рамки использована типовая схема анализа, применявшаяся в Чикагской школе социологии и включающая 4 уровня рассмотрения: экологический, экономический, политический и социально-психологический.

Анализ показал, что реформа вносит целый комплекс взаимосвязанных изменений в условия, в которых осуществляется профессиональная работа медиков на конкретных рабочих местах, и медикам приходится так или иначе на них реагировать.

Прежде всего, эти изменения затрагивают социальную морфологию медицинской работы, или ее экологическую (пространственно-временную) организацию. Реорганизация сети медучреждений (закрытие ряда больниц, укрупнения с сокращением подразделений, сокращения персонала) имеет следствием расширение зон обслуживания медучреждений, их подразделений и сотрудников, возрастание численности потенциальной «клиентуры» конкретных медучреждений (больниц, поликлиник, центров, станций скорой помощи) и врачей (участковых врачей, специалистов и др.) и, соответственно, возрастание нагрузки на них. Возрастание нагрузки закрепляется стандартами «эффективности» медучреждений и врачей, нормативами «койкооборота», времени на прием одного пациента и т.п. (на практике эти нормативы даже «перевыполняются»); в частности, в разных местах на прием одного пациента отводится 15, 12, 10 или даже всего 6 минут (док. П-4, П-7, П-15, П-18, П-19, П-21). Реальная нагрузка врачей оказывается еще выше в случае их нехватки в медучреждениях, как в силу недоукомплектованности штатов, так и в силу таких обстоятельств, как болезнь, отпуск коллеги идентичного профиля или прохождение им курсов повышения квалификации и т.п. Вдобавок к тому, не всем пациентам удается попасть на прием по официальной записи, и к пациентам, принимаемым по записи, часто добавляется живая очередь. В силу низкого уровня оплаты труда (у многих даже упавшего в ходе реформы) врачи часто совмещают работу, работая не на одну ставку (до 2-х ставок, бывает и больше), что также увеличивает их нагрузку и повышает интенсивность труда (док. П-4, П-21, П-30, П-31, П-34, П-38, П-43, П-44).

Важным изменением в социальной морфологии медицинской помощи является существенное изменение в ее локальной пространственно-времен-



ной организации. Сюда относятся не только изменения в территориальной организации разделения медицинского труда, но и серьезные изменения в пространственно-временных параметрах работы врача с пациентами. Каждый случай работы с пациентом представляет собой хронологическую цепочку шагов от первичного обращения пациента за помощью до постановки диагноза и проведения лечения (возможно, закрытия больничного листа). Если раньше все эти шаги (или почти все) были сконцентрированы в одном месте (поликлинике) или минимальном наборе мест (поликлиника, включая набор расположенных в ней кабинетов, и больница), то теперь разные шаги могут размещаться в разных местах, доступ к которым регулируется отдельными очередями и записью. Это не только добавляет в прежние цепочки новые пространственные перемещения, действия и дополнительные временные траты и риски для пациента, но и создает иную ситуацию для врача, когда он, будучи как профессионал хорошо осведомлен о факторе времени и его значимости для конкретного случая, зачастую не может влиять на скорость прохождения пациентом этих цепочек и иногда на саму возможность их прохождения. Территориальное (географическое) и функциональное разнесение элементов медицинской помощи, сопрягающихся в коллективной профессиональной работе с частными случаями, по разным локализациям (учреждениям, кабинетам, населенным пунктам, районам города, врачам) вносит существенные сдвиги в разделение медицинского труда.

Изменения в социальной морфологии медицинской работы включают не только общее изменение пространственного распределения медицинских учреждений и врачей, и изменение локальной пространственно-временной организации медицинской работы. В силу активизированной внутрипрофессиональной мобильности часть врачей перетекает из общественного сектора медицины в коммерческий (особенно этому способствуют низкий уровень оплаты труда и сокращение рабочих мест специалистов в общественном секторе); в итоге изменяется баланс платного и бесплатного секторов в общей конфигурации здравоохранения. В общественном секторе изменяется соотношение поликлиник и больниц, врачей общей практики и врачей-специалистов. В функционировании медицинских учреждений общественного сектора усиливается роль управленческого персонала относительно ролей собственно медицинского персонала. В силу ограничений финансирования со стороны ФОМС изменяется соотношение платных и «бесплатных» «услуг» в общественном секторе; к этому подталкивают как привязка показателей эффективности медучреждений и заработка медиков (а именно надбавок, или «стимулирующих» выплат) к оказанию платных услуг, так и создание для пациентов вынужденного выбора между несвоевременным получением соответствующих «услуг» по ОМС и своевременным их получением за отдельную плату. Врач в общественном секторе множеством разных способов сталкивается в своей работе с обстоятельствами, обусловленными изменением этих соотношений.

Диффузные точечные изменения в актуальном разделении медицинско-го труда, обусловленные изменением содержания/профиля работы медиков при переходе с одних рабочих мест на другие, не всегда равнозначные прежним, также оказывают давление на работу медиков – и тех, кто сменил место работы, и тех, кому теперь приходится работать с ними в связке. Эти изменения и давления в целом не очень масштабны, но значимы по своим последствиям в конкретных местах и конкретных случаях.

Вместе с морфологическим давлением в профессиональный опыт врача входят новые экономические давления. Прежде всего, речь идет об изменении в экономической основе (ресурсной базе) общественного здравоохранения. Финансирование через ФОМС привносит в него ряд ограничений. Режим экономии (недофинансирования) изначально заложен в эту систему: ФОМС не покрывает расходы на лечение (особенно высокотехнологичное) в полном объеме; медицинская работа оплачивается по «прейскуранту», не покрывающему всю выполняемую медиками работу; в финансировании через ФОМС заложены низкие «тарифы» на оказанные «услуги». Это не только негативно сказывается на оплате труда медиков, побуждая их дополнительно зарабатывать совместительством и добровольно идти на увеличение трудовых нагрузок, но также стимулирует их к прямому или косвенному предложению платных услуг взамен бесплатных и разными способами ограничивает их в выборе назначений – позитивно (протоколы, учет финансовых возможностей пациентов и т.д.) и негативно (страх прямых негативных финансовых санкций за некоторые действия, в частности, за «необоснованную госпитализацию» или назначение определенных лекарств). Новые формы ответственности врача за свою работу привязываются к механизму финансирования через разные формы отчетности и документации, смешивающие медицинские смыслы с экономическими. Все это подталкивает медиков к принятию не только коммерциализации, но и самого ее духа.

На политическом уровне врачи сталкиваются с новым уровнем и новыми формами контроля и регламентации/регуляции профессиональной работы извне профессионального сообщества. Через системы электронной записи и нормативы временных затрат на одного пациента осуществляется более жесткое регулирование ритма и темпа работы, и она жестче встраивается в административно заданный и контролируемый временной режим. Интенсивность работы с пациентами и в какой-то степени ее содержание регулируются не только внешними временными рамками, но и давлениями внутри этих временных рамок, прежде всего внедрением в работу врача гораздо более громоздкой и детализированной, чем раньше, отчетной документации («писанины»), связанной в том числе с финансовой и иной ответственностью. При невозможности уложиться в эти нормативы врач попадает в ситуацию, когда интересы оказания помощи нуждающимся требуют от него продолжения обслуживания больных в нерабочее время, за свой счет. В работу врача привносятся, кроме того,

новые функциональные ограничения: ограничения в осуществлении диагностики (протоколы) и лечебных назначений (протоколы, категоризации оплачиваемых по ОМС услуг, регламентация условий госпитализации, перечни лекарств и т.п.), ограничения в возможностях временной организации работы с индивидуальными случаями (ограничение времени приема, трудности с назначением повторных приемов, невозможность контроля над скоростью прохождения пациентов через комплексы требуемых обследований и/или осмотров) и т.п. Происходит изменение критериев оценки качества работы, смещение их в сторону отчетности по навязанным извне формам, нормативам, классификаторам. Внутри медицинских учреждений повышается роль менеджмента и утверждаются более жесткие формы административной власти над работниками. Новые трудовые договоры и условия работы, негарантированность занятости (в том числе по своему профилю), контроль над врачами через зарплату и надбавки, гиперзанятость и бесправность врача – все это явное посягательство на мандат и достоинство профессии, на профессиональную автономию. В сферах действия, традиционно подконтрольных профессии, укрепляется власть менеджмента/администрации учреждений над занятыми в них профессионалами.

Утрата медиками контроля в узловых точках работы с пациентами (болезнями), означающая частичную потерю мандата, – двоякий процесс. С одной стороны, государство в своем посягательстве на медицинскую власть апеллирует к интересам пациентов: в его определении ситуации российская медицина характеризуется низким профессионализмом и злоупотреблениями, и усиление контроля над медицинской профессией преподносится как осуществляемое от лица общества и в интересах общества. Параллельно происходит постепенное утверждение «клиентских» установок в отношении общества к врачу, и этот процесс поддерживается государством и другими вовлеченными институтами, в том числе СМИ: врач становится более зависимым от мнений и оценок пациентов как «клиентов». С другой стороны, под этим двойным давлением у врача появляется скованность в работе, в том числе в использовании на благо пациента профессионального знания, расходящегося со знаниями и нормативными ожиданиями непрофессионалов (пациентов и чиновников/менеджеров), и в исполнении своего профессионального долга, как он его понимает. Это ущемление ведёт к падению самооценки врачей как профессионалов, делающих важную работу для людей и общества.

Все эти изменения приносят в профессиональную работу врача новые элементы и выборы, проявляющиеся в разных случаях по-разному, с разной степенью интенсивности и в разных комбинациях, но при этом типичные в силу общего их происхождения. Общую ситуацию характеризуют цитаты: «Условия работы в медучреждениях, особенно в поликлиниках, созданы нечеловеческие. Людям приходится либо подстраиваться под систему, либо из нее уходить» (док. П-44), а также:

НОРМАЛЬНЫЕ КВАЛИФИЦИРОВАННЫЕ специалисты БЕГУТ из гос-медицины. А вы как хотели? сокращение элп, увеличение нагрузки, хамский способ обращения руководства. Естественно нормальный врач не будет так работать... второе, НИКТО сейчас врачей за качество оказываемой помощи (а также степень вежливости) не ругает. Ругают за то, что лишний день продержал в стационаре, госпитализировал еще не совсем умирающего и т.д. ЭКОНОМИЯ – альфа и омега в госмедицине сегодня (док. П-44, орфография и пунктуация сохранены).

Но дело не просто в общей атмосфере изменений, а в бесчисленных деталях. Сталкиваясь с падением зарплаты, врач может переинвестировать свои жизненные усилия и профессиональные знания и навыки из общественного здравоохранения, где оказание помощи не опосредовано платежеспособностью пациента, в частный сектор, где оно ею опосредовано, может, оставаясь в общественном секторе, брать дополнительную работу, лишаясь в силу перегрузок возможности относиться к больным с тем вниманием, которое требуется для точности диагнозов и назначений. Увеличение нагрузки входит в работу врача и без совместительств, ставя его перед альтернативой оказания помощи в рамках установленных нормативов или сверх этих нормативов, приема только по записи или приема также и тех, кто не смог записаться, приема строго в рабочее время или сверх рабочего времени, оказания и не оказания помощи. Вынужденный тратить немалую часть ограниченного времени работы с пациентом на ведение документации, врач встает перед выбором между внимательным обследованием пациента или правильным заполнением установленных форм. В условиях коммерциализации медицины он либо сохраняет былое представление, что медицинская помощь должна оказываться всем нуждающимся в ней независимо от их доходов, либо принимает новое представление, что за все надо платить, в том числе за здоровье, и что качественное лечение должно стоить дорого; в конечном счете это сказывается на его выборе и действиях в конкретных случаях. Высокая нагрузка и регулярная сверхурочная работа могут создавать ситуации, когда врач, выполняя свой врачебный долг в полном объеме, проводит на работе столько времени, что это лишает его возможности полноценного присутствия в семье, а также в целом образа жизни, который он считает соответствующим ценности его работы; но есть альтернатива – работать строго в рамках должностных обязанностей и нормативов, даже если нуждающиеся остаются при этом без медицинской помощи. Альтернативой нервозности, сопровождающей попытки следовать профессиональному долгу в условиях, этому не способствующих, может быть отказ от ответственности и чрезмерно тяжелых идеалов врачебного долга. Обставленность работы врача всевозможными ограничениями (ограниченным финансированием, лимитами, регламентами госпитализации и назначения лекарств и обследований, протоколами и т.д.) создает разные по конкретике, но типичные по форме ситуации, в которых врач вынужден выбирать, работать ли

с пациентом так, как он считает нужным исходя из своих знаний и профессионального опыта, или действовать в соответствии с установленными извне регламентами, требованиями, нормативами, параметрами. Он может выписать нерегламентированное лекарство, которое считает необходимым, может для назначения нужных лекарств фальсифицировать диагноз, может при несоответствии симптоматики установленным параметрам (например, при недостаточном числе случаев жидкого стула за 3 часа) госпитализировать больного, когда считает это необходимым, может подделать отчетность, чтобы неучтенные лекарства могли своевременно предоставляться пациентам больницы; но он может не идти на эти действия, чреватые для него санкциями, а просто соблюдать все правила, выбирая правильное лечение «на бумаге», какими бы ни были фактические последствия этого выбора для здоровья и жизни пациента. Врач в поликлинике может или принимать тех, кто не записался на прием и сидит в живой очереди, поскольку так велит ему поступать врачебный долг, или не принимать их, поскольку официально он не обязан это делать. В нынешней ситуации он больше ответствен перед инстанциями, внешними для медицинского дела как такового (государством, страховой компанией, начальством), чем перед коллегами и тем более пациентом. Новые условия работы ставят под вопрос индивидуальный подход к пациенту и его лечению. В медицинском профессионализме всегда существовали элементы искусства и ремесла, но если раньше на передний план выводилось искусство, даже если реально оно далеко не всегда было очень высоким, то теперь стимулируется ремесло. Искусство не поддается счету, учету, контролю; оно часть мандата врача. Новые регламентации выстроены так, что зачастую врачу просто недостает времени и других ресурсов для такой работы, какой она, с его точки зрения, должна быть.

\*\*\*

Этот краткий и неполный обзор альтернатив, с которыми врач сталкивается в своей практической профессиональной деятельности вследствие реформы, наглядно показывает, что поле профессионализма стало полем борьбы, ценностных конфликтов и ценностных выборов. Одной из ставок в этой борьбе является определение того, что такое «хороший» врач и «плохой» врач. Профессия задает в качестве критерия описанный выше идеальный образ врача; государство, выступающее в союзе с рынком, выдвигает другие критерии и создает условия, прямо и косвенно стимулирующие поведение, не согласующееся с заданными этим идеальным образом ориентирами. Уступая давлению государства и рынка, врач вынужден регулярно совершать действия, несовместимые с его представлением о своей профессиональной роли и миссии. Там, где врачи вопреки этому давлению руководствуются внутренними критериями профессионализма, обычно «за свой счет», функционирование общественного здравоохранения в условиях реформы держится на старом профессионализме. Новый профессионализм, идеологически

обещанный как следствие реформы, пока остается черным ящиком; он себя еще никак не проявил и не зарекомендовал. Возможно ли развитие нового профессионализма в такой области, как медицина, на основаниях экономии, технологичности и строгой формальной отчетности, остается под вопросом. При этом новая система организации медицинской помощи действительно препятствует сохранению старого типа профессионализма.

Таким образом, в нынешней ситуации мы наблюдаем символическую борьбу между очень разными пониманиями профессионализма в медицине, и эта борьба, развертываясь на аренах публичной дискуссии как риторическая и идеологическая, имеет вместе с тем серьезные практические импликации.

### **Выражения признательности**

В данной научной работе использованы результаты проекта «Влияние изменений в экономической и социальной политике на потребительское поведение основных групп населения и формирование условий для активного долголетия», выполненного в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2015 г.

### **Список источников**

Блумер Г. Социальные проблемы как коллективное поведение // *Социальные и гуманитарные науки. Сер. 11. Социология*. 2008. (2): 118–131.

Всероссийская акция «За доступную медицину!» // *Facebook* // <https://clck.ru/9b93s> (дата обращения: 04.10.2015).

Маршалл Т. Х. Новейшая история профессионализма в связи с социальной структурой и социальной политикой // *Журнал исследований социальной политики*. 2010. 8 (1): 105–124.

Против уничтожения здравоохранения // *Facebook* // <https://clck.ru/9b93w> (дата обращения: 04.10.2015).

Романов П., Ярская-Смирнова Е. Идеологии профессионализма и социальное государство // П. В. Романов, Е. Р. Ярская-Смирнова (ред.) *Антропология профессий, или посторонним вход разрешен*. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2011: 64–81.

Bezes P., Demazière D., Le Bianic T., Paradeise C., Normand R., Benamouzig D., Pierru F., Evetts J. New Public Management and Professionals in the Public Sector. What New Patterns beyond Oppositions? // *Sociologie du travail*. 2012. (54): e1–e52.

Evetts J. The Sociological Analysis of Professionalism. Occupational Change in the Modern World // *International Sociology*. 2003. 18 (2): 395–415.

Hughes E. C. Licence and Mandate // E. C. Hughes *Men and Their Work*. Glencoe, Ill.: The Free Press, 1958: 78–87.

Vladimir Nikolaev

## REFORM OF THE RUSSIAN PUBLIC HEALTH SYSTEM AND THE VALUE CONFLICTS OF PROFESSIONALISM

This article how medical professionalism is being reshaped in the context of current health reform shows efforts in Russia and considers the value conflicts that have emerged as a result. Physicians have seen this invasion of the state and the market into the organization and content of medical work as an infringement of both the fundamental values of their profession and the rights of their patients. In various arenas of public discussion it is possible to discover symbolic battles between the proponents and opponents of the current reforms. These debates mainly focus on definitions of true medical professionalism and the values behind this. These value conflicts are not confined to pure rhetoric and ideology but have essential practical implications, which can be seen in various details of medical work such as making choices between values that may either reinforce or contradict traditional professional values with them. The results presented in this paper are based on an analysis of discussions in specialized online pages in Facebook that emerged from the tide of protest against the current reforms. In this research the author employs Herbert Blumer's scheme of constructing social problems and the Chicago school-style four-dimensional (ecological-economical-political-sociopsychological) analysis of change in medical work.

*Key words:* professionalism, Welfare State, public health, values of professionalism, value conflict.

### References

- Bezes P., Demazière D., Le Bianic T., Paradiise C., Normand R., Benamouz D., Pierru F., Blumer H. (2008) Sotsial'niye problemy kak kollektivnoye povedenie [Social Problems as Collective Behavior]. *Sotsial'niye i gumanitarniye nauki. Ser. 11. Sotsiologiya* [Social Sciences and Humanities. Series 11. Sociology], 2: 118–131.
- Evetts J. (2012) New Public Management and Professionals in the Public Sector. What New Patterns beyond Oppositions? *Sociologie du travail*, 54: e1–e52.
- Evetts J. (2003) The Sociological Analysis of Professionalism. Occupational Change in the Modern World. *International Sociology*, 18 (2): 395–415.

---

Vladimir Nikolaev – Candidate of Sociology, Associate Professor in Sociology Department NRU HSE, Senior research fellow in the Center for Studies of Incomes and Living Standards, Institute for Social Development Studies NRU HSE, Moscow, Russian Federation. Email: vnik1968@yandex.ru



Hughes E. C. (1958) Licence and Mandate. E. C. Hughes. *Men and Their Work*, Glencoe, IL: The Free Press: 78–87.

Marshall T. H. (2010) Noveyshaya istoriya professionalizma v svyazi s sotsial'noy strukturoy i sotsial'noy politikoy [The Recent History of Professionalism with regard to Social Structure and Social Policy]. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki* [The Journal of Social Policy Studies], 8(1): 105–124.

Protiv unichtozheniya zdavoohraneniya [Against the Extermination of Health Care]. *Facebook*, available at: <https://clck.ru/9b93w> (accessed October 4, 2015).

Romanov P., Yarskaya-Smirnova E. (2011) Ideologii professionalizma i sotsialnoye gosudarstvo [Ideologies of Professionalism and the Welfare State]. P. Romanov, E. Yarskaya-Smirnova (eds.) *Antropologiya professiy, ili postoronnim vkhod razreshyon* [Anthropology of Professions, or Not Only for Personell], Moscow: Variant, TsSPGI: 64–81.

Vserossiyskaya aktsiya "Za dostupnyuyu meditsinu!" [All-Russian Action "For Accessible Medical Care!"]. *Facebook*, available at: <https://clck.ru/9b93s> (accessed 4 October 2015).