

---

## **ВРАЧИ КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГРУППА: ВОСПРОИЗВОДСТВО И ПОДДЕРЖАНИЕ ВРАЧЕБНОГО ПРОФЕССИОНАЛИЗМА**

*Алла Евгеньевна Чирикова*

доктор социологических наук, главный научный сотрудник Института социологии РАН, Москва, электронная почта: chirikova\_a@mail.ru

---

В статье на основе глубинных интервью с 57 врачами из трех регионов (Москва, Вологодская и Калужская области) анализируются оценки профессионалов существующих практик «доводки» молодых специалистов и своих коллег до необходимого профессионального уровня. Исследование позволяет убедиться в том, что наряду с вертикальной коррекцией во врачебном сообществе существует горизонтальный контроль за работой врача, который для некоторых является более предпочтительным, нежели вертикальный. Описываются две модели воспроизводства врачебного профессионализма: модель наставничества и конкурентная модель.

*Ключевые слова:* горизонтальный и вертикальный контроль во врачебном сообществе, модель наставничества, конкурентная модель, профессионализация молодых врачей

### **Введение**

Джон Лэдд относит профессию врача к «высоким профессиям», или «моральным профессиям» [Ladd, 1985], наряду с правом, богословием и др. Чем, по его мнению, отличаются профессионалы, работающие в моральных профессиях, от всех остальных? Во-первых, люди, работающие в моральных профессиях предоставляют личные услуги физическим лицам. Во-вторых, профессиональные сообщества таких профессий традиционно почти полностью тщательно контролируют услуги, которые они предлагают, стандарты оценки качества этих услуг и уровень квалификации для членства в профес-

сии. Автономия и самоуправление дало этим профессиональным сообществам виртуальную монополию в тех сферах деятельности, в которых они декларируют себя компетентными. И в-третьих, члены этих профессий берут на себя роль морального судьи: они воспринимают это как часть своей работы и профессии, нередко определяя, что является этичным для врачебного сообщества в целом. Особое место во врачебной профессии в этом контексте занимает понятие «социального контроля», которое призвано определить способность индивида или группы к саморегулированию; это называется саморегулированием или внутренним контролем, который может включать в себя неформальные или формальные методы.

В российской социологии тема социального контроля и власти применительно к врачам и пациентам исследовалась в работах ряда авторов [Бердышева, 2011; Мансуров, Юрченко, 2007; Присяжнюк, 2013; Темкина, 2013; Щепанская, 2011]. Размышляя о социальном контроле как механизме саморегуляции профессионализации врачей, Д. Присяжнюк настаивает на том, что саморегуляция профессионализации существует и признается самими врачами. Более того, несоответствие нормам саморегуляции может даже повлечь за собой символическое исключение из врачебного сообщества [Присяжнюк, 2013. С. 82]. Разделяют идею социального контроля «снизу» во врачебном сообществе и другие известные исследователи, делегируя эту функцию профессиональным врачебным ассоциациям [Мансуров, Юрченко, 2011].

Социальный контроль со стороны врачебного сообщества на практике может принимать самые различные формы. Например, в исследовании Фрейдсона [Freidson, 1975; 2001] изучались врачи как группа коллег, которая регулировалась набором основных неформальных норм или «правил». Эти нормы предоставляли основу для принятия решения, причем некоторые формы поведения и методы выполнения работ контролировались сообществом в меньшей степени, другие – в большей. Исследование показало, что в основе системы неформального управления профессиональной медицинской группой лежит набор правил/норм для определения неких пределов приемлемого/допустимого, основанный на представлениях о себе, своих коллегах, а также характере медицинских работ. В целом врачи действовали по собственному усмотрению без ограничений, пока их поведение не становилось вопиющим из-за некачественного предоставления медицинских услуг пациентам или не создавало неудобства для других коллег-врачей. И уже тогда включался механизм неформального контроля и наказания, ввиду резкого отхождения от норм «коллегии». Однако эти «нормы» были размыты и ослаблены по причине отсутствия официальной коллегиальной отчетности. В результате действующие нормы были разработаны и эксплуатировались таким образом, чтобы предоставить каждому врачу максимальную автономию в выполнении его работы.

Это интересный вывод, который позволяет поставить вопрос: насколько вскрытые зарубежными и российскими исследователями закономерности

социального контроля характерны для профессионального сообщества врачей в России, имеет ли этот контроль горизонтальный или преимущественно вертикальный характер? Мы не впервые обращаемся к исследованию врачей как особой профессиональной группы [Шишкин, Темницкий, Чирикова, 2008]. Однако основной вопрос, на который мы хотели найти ответ в проведенном исследовании, – осуществляется ли процесс профессиональной коррекции врачей, как руководящим составом медицинского учреждения, так и самим врачебным коллективом, в котором работает данный врач? Является ли профессиональная квалификация врача предметом наблюдения, оценки и коррекции коллегами или каждый работающий врач выбирает способ лечения автономно и не желает прислушиваться к оценкам коллег в отношении своих профессиональных шагов. Другой не менее принципиальный вопрос: если анализировать действующие механизмы «доводки» молодых врачей до уровня профессионалов, каким образом более опытные врачи помогают встать на ноги своим молодым коллегам? Способны ли они осознанно и бескорыстно передавать свой опыт молодым или, учитывая условия рыночной конкуренции, они будут отказываться это делать, используя те или иные предлоги?

Ответы на поставленные вопросы мы искали в ходе эмпирического исследования, выполненного в рамках проекта «Направления и механизмы формирования интегрированной, транспарентной и эффективной системы здравоохранения» Программы фундаментальных исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» в 2012 г. Исследование выполнено в трех регионах (Москва, Калужская и Вологодская области) с использованием техники глубинного интервью. В выборку вошли рядовые врачи разных специальностей и заведующие отделениями; кроме того, опрашивались главные врачи и руководители департаментов здравоохранения.

### **Горизонтальный и вертикальный контроль врачебного профессионализма: оценки врачей**

Как показало проведенное исследование, в медицинской практике существует как минимум два типа профессиональной коррекции: горизонтальная и вертикальная. Феномен горизонтальной коррекции, которая осуществляется не руководителями учреждения, а самими врачами, в медицинской среде достаточно выражен и является необходимым атрибутом профессии. На развитости феномена горизонтальной или неформальной коррекции, которая воспринимается врачами как вполне повседневная практика, настаивает один из наших респондентов:

Медицина – это коллегиальная профессия. Мы часто советуемся друг с другом и с реаниматологами. Другого-то варианта лечения и нет. Все должно быть коллегиально и в принципе у нас все так и есть (врач-хирург московской клинической больницы, м., 47 лет).

Некоторые врачи не без основания называют подобную практику «внутренней лабораторией» и считают ее наиболее адекватным способом профессионального роста. Горизонтальная, или неформальная, коррекция, по мнению врачей, приводит к вполне ощутимым результатам. И это не случайно. Наличие профессионального горизонтального контроля – это необходимый атрибут данной профессии. Государство играет сегодня определяющую роль в этом процессе, правда, не всегда так, как хотелось бы врачам:

Государство вместо того, чтобы поддерживать, подавляет сообщество врачей и ростки его роста и саморегуляции. Профессиональная коррекция внутри отдельных коллективов реально происходит. Более квалифицированные врачи подтягивают менее квалифицированных по собственной инициативе. Причем делают это бескорыстно (заведующий терапевтическим отделением Центральной тарусинской районной больницы, м., 32 года).

Некоторые из врачей убеждены – государство могло бы дать больше свободы профессиональным ассоциациям в определении размера вознаграждения, более уважительно относиться к врачам.

Внутренним мотивом для совместных обсуждений врачей является желание сверить свои представления о лечении больного с позицией коллег, чтобы снизить уровень риска и упредить возможную ошибку. Как правило, коллективные обсуждения вспыхивают спонтанно и не оставляют равнодушными никого:

Врачи могут спокойно объяснить коллеге, допустившему ошибку, что ты так не делай, ты нас всех подводишь, молва быстро распространяется. Если все повторяется, то могут и казнить. Особенно если ошибка врача выливается в проблему для отделения (врач-невропатолог вологодской детской областной больницы, ж., 56 лет).

Самое главное при таких обсуждениях, как считают врачи, «не унижить коллегу». Для некоторых врачей это действительно принципиально, потому что неправильная интонация вполне может привести к войне. Некоторых такой исход останавливает, заставляя отказываться от профессиональной коррекции. Правда, не исключается вариант, когда врачи позволяют себе и более резкие формы предъявления ошибок друг другу: «Коррекция действий врача в хирургии делается постоянно. Причем это делается часто в нецензурной форме» (заместитель главного врача по хирургии московской клинической больницы, м., 63 года). Некоторые врачи признаются, что в подобных выяснениях со своими коллегами они предпочитают открытый диалог, в то время как пациенту суть разногласий между врачами не раскрывается. Определенная часть врачей рассматривает механизм горизонтальной коррекции как неотъемлемую часть общей жизни отделения, где ошибка одного врача незамедлительно сказывается на работе всего отделения:

Отделение – это общий организм, ошибка одного врача может сказаться на работе всего отделения. Поэтому врачи не стесняются (врач вологодской городской больницы, м., 54 года).

Молодые врачи рассматривают возможность профессиональной коррекции как важную и неотъемлемую составляющую профессионального роста. Поэтому они готовы согласиться с лояльной коррекцией своих действий ради одного – чтобы быстрее стать профессионалами:

Каждый прикидывает, кто лучший, чтобы на него ориентироваться или, может, даже его обогнать в профессиональном плане. У хорошего врача чаще, чем у других, все получается. А вообще, врачи живут общей жизнью, если у кого-то что-то не получилось, все отделение оказывается в опале. Поэтому врачи друг за другом присматривают (реаниматолог вологодской детской областной больницы, м., 29 лет).

Весьма часто именно молодые врачи выступают с инициативой скорректировать их действия в профессиональном плане, и более опытные коллеги им в этом обычно не отказывают.

Важно, что процесс профессиональной коррекции может иметь разные векторы. Не обязательно процесс доводки молодых до определенного уровня осуществляется исключительно опытными врачами. В том случае, если коллектив врачей состоит из молодежи, то внутри такого коллектива коррекция ошибок происходит от одного молодого врача к другому. При этом молодые специалисты весьма избирательны и не будут слушать советов тех, кто не успешен. Однако вряд ли можно думать, что горизонтальная профессиональная коррекция решает все без исключения проблемы становления профессионализма врачей. Некоторые высказывания наших информантов позволяют говорить о том, что далеко не все согласны прислушиваться к мнению коллег и нередко поступают так, как хотят. Особую закрытость для профессиональной коррекции демонстрируют врачи-хирурги, амбициозность которых в профессии признается повсеместно.

В ряде случаев процесс профессиональной коррекции в принципе не осуществляется. Причина – высокая загруженность врачей. Чаще всего это относится к врачам терапевтам, работающим в поликлиниках, которые обслуживают иногда по два и даже три участка, что не оставляет времени на профессиональные обсуждения своих действий и действий коллег. Несмотря на выраженное число сторонников неформальной коррекции, определенная часть врачей убеждена – коррекция «снизу» не всегда дает должные результаты, поэтому административный контроль со стороны руководства медицинского учреждения на самом деле является наиболее действенным:

Этот процесс напрямую связан с ментальностью. А судьи кто? Кто ты такой, чтобы меня оценивать? Поэтому процесс профессиональной коррекции надо насаждать, администрировать и контролировать очень жестко... Так что коррекции неформальной я абсолютно не доверяю (главный врач московской клинической больницы, м., 36 лет).

Во многих медицинских учреждениях административный контроль принимает устоявшиеся институциональные формы, что дает возможность обозначить его как формальный. Данный тип контроля предполагает участие в нем вышестоящих структур. Например, если речь идет о клинической больнице, то такой контролирующей структурой может стать кафедральный центр. Большие права при осуществлении контроля за лечебным процессом отводятся заведующему отделением, который в большинстве случаев призван не только сам осуществлять административный контроль, но и организовывать его на горизонтальном уровне. В качестве еще одного институционального механизма смешанного типа, где присутствует и административный, и горизонтальный контроль, являются врачебные конференции – широко распространенная коллективная форма коррекции врачебных ошибок. Несмотря на то, что действенность административного контроля вряд ли кто будет оспаривать, все-таки его одного, по мнению руководителей медицинских учреждений, может быть недостаточно.

Тем не менее, как показывают результаты исследования, устойчивого баланса между административным и горизонтальным контролем в представлениях врачей не существует. Для некоторых врачей переключение горизонтального контроля на административный невозможно в принципе по этическим соображениям. В то время как наличие или отсутствие горизонтального контроля определяется характером межличностных отношений, желанием помочь и врачу, и пациенту:

Если отношения не сложились – я не буду такому врачу помогать. Но я никогда не передам этой информации заведующей, чтобы получилось так, этот врач хуже, а я лучше (терапевт калужской поликлиники, ж., 48 лет).

Другая часть врачей, напротив, по этическим же соображениям предпочитает уйти от горизонтального контроля и переключить его на контроль административный. Причина одна – нежелание вступать в сложные межличностные отношения со своим коллегой:

Если это будет интересно мне, то я обязательно подойду к врачу и спрошу, почему он назначает такое лечение... Особенно, если это будет в интересах пациента. Но если я увижу, что из этого разговора никто ничего не получит, то, возможно, я действительно не подойду. Буду действовать через заведующую (врач-педиатр московской поликлиники, ж., 45 лет).

Итак, анализ материалов интервью дает возможность предположить, что именно горизонтальная и вертикальная коррекция представляют собой действенные институциональные механизмы, с помощью которых идет процесс повышения профессионализма врачебного сообщества. Сформированные формальные и неформальные каналы профессионального роста врачей действуют по-разному в зависимости от субкультуры того или иного медицинского учреждения или могут различаться внутри одного отде-

ления. Серьезным побудительным мотивом для профессиональной взаимной коррекции является стремление сохранить имидж учреждения или отделения, понимание ответственности врача перед больным, нежелание санкций со стороны высшего руководства, если речь идет о горизонтальной коррекции. Как вертикальный, так и горизонтальный контроль за процессом лечения больных сложился практически во всех медицинских учреждениях независимо от их типа. Подобный контроль осуществляется как в публичной, так и в частной формах, но чаще всего врачи пытаются избегать выраженных конфликтных ситуаций по этому поводу. Наблюдается широкая вариативность способов административного и горизонтального контроля, однако ни один из них не предполагает унижительных форм. Чем более авторитетен врач, тем больше у него шансов отстоять свою точку зрения относительно выбранной стратегии лечения.

Важную роль в отсутствии горизонтального контроля играют не сложившиеся межличностные отношения. Часто врачи не рискуют миром в отделении и предпочитают перевести горизонтальную коррекцию на административный уровень. Какие бы формы не принимали горизонтальная или вертикальная коррекция, врачи воспринимают их как повседневную практику и согласны учиться друг у друга, особенно у признанных специалистов, имеющих авторитет. Молодые врачи воспринимают процесс вертикальной и горизонтальной коррекции как вполне оправданное действие, которое призвано существенно помочь начинающим специалистам. Опытные врачи не всегда согласны тратить свои усилия на молодых коллег, но, тем не менее, от грубых ошибок они их спасают, чтобы не навредить авторитету отделения или всего медицинского учреждения.

В целом можно утверждать, что если административная коррекция известным образом институционализована, то горизонтальная коррекция носит скорее вид неформальной практики, которая зависит в сильной степени от сложившихся межличностных отношений, действующих иерархических правил и готовности заведующих организовывать этот процесс внутри отделения. Нельзя сказать, что любые практики, складывающиеся на уровне профессионального взаимодействия между врачами, должны иметь формальную структуру, но все же полностью неформальная их организация вряд ли оправдана, ведь речь идет о здоровье пациентов.

### **Воспроизводство врачебного профессионализма: модель наставничества или конкурентная модель?**

Применительно к молодым врачам и развитию их врачебного профессионализма возникает вопрос: существует ли в медицинских коллективах традиция помогать молодым врачам овладеть своей профессией или переход к рыночной экономике отменил все нормы советского периода, согласно которым обучение молодого врача более опытным коллегой являлось не-



предложным атрибутом врачебной этики? Поиск ответа на этот вопрос оказался совсем не простым. Подавляющее большинство представителей врачебного сообщества соглашается с тем, что традиция наставничества сохраняется, однако теперь она действует не как жесткий императив, а зависит в большинстве случаев как от внешних факторов (например, от дефицита кадров, загруженности врачей), так и от внутренних качеств (личных и деловых качеств молодого врача, его мотивации).

Небольшая часть врачей из хирургической страты достаточно убедительно доказывают низкую прагматичность модели наставничества и утверждают, что в реальной врачебной практике врачи-хирурги, а также врачи других дефицитных специальностей не действуют в рамках модели наставничества, признавая тот факт, что конкуренция пришла и в российскую медицину. Как это ни парадоксально, правы и те и другие. Поведение по модели наставничества или конкурентной модели определяется многими факторами, в том числе дефицитностью услуги, кадровым ресурсом учреждения, желанием врача оставаться уникальным специалистом, стремлением вырастить себе помощника, чтобы снизить нагрузку, регионом проживания и многим другим. Но все же нельзя не признать, что в Москве сторонников модели наставничества меньше, чем в регионах. Хотя вряд ли можно утверждать, что врачи, работающие в регионах, не сталкивались с конкуренцией:

У нас во всех отделениях, независимо от профиля, практика помощи обязательно присутствует. Хотя и конкуренция встречается... Борьба за лидерство – вещь серьезная... Иногда молодого врача просто не допускают до операции. Даже банальный желчный пузырь и тот не дают сделать (главный врач вологодской городской больницы, м., 62 года).

Последователи модели наставничества, признающие ее действенность в условиях рыночных перемен, убеждены в том, что без передачи опыта молодым медицина просто не сможет существовать, через несколько лет лечить больных будет просто некому. Тревожность за будущее своей профессии порождает у таких врачей стремление учить молодежь вполне добровольно. Не менее сильной мотивацией для воспроизведения модели наставничества продолжает оставаться убежденность в том, что врачи должны отдать молодым то, что когда-то им самим отдали их учителя. Модель наставничества особенно развита среди терапевтов, которые демонстрируют максимум лояльности по отношению к своим молодым коллегам. Наиболее последовательными сторонниками модели наставничества являются главные врачи и заведующие отделениями. Именно они, как правило, отслеживают процесс передачи опыта молодым врачам, и делают все от них зависящее, чтобы модель наставничества работала в их медицинских учреждениях. Особую роль в передаче опыта молодым врачам играют заведующие отделениями. Многие из них признаются, что подобная работа занимает у них много времени, но не делать ее они просто не могут:



У нас отвечает за передачу опытом молодым заведующая отделением. Я обязательно курирую молодых. Когда я была молодым врачом, то со мной заведующая занималась. Я делаю то же самое (заведующая неврологическим отделением вологодской детской областной больницы, ж., 34 года).

Поддерживают высказанную позицию и сами молодые врачи, которые в случае необходимости обращаются именно к заведующим:

Конечно, заведующий и другие врачи помогают. Это даже не обсуждается... Если у меня возникают вопросы, то я обращаюсь к заведующему (врач-травматолог вологодской городской больницы, м., 31 год).

Несмотря на то, что модель наставничества остается определяющей для врачей многих специальностей, все же нельзя не признать, что конкуренция в медицине также существует, особенно в хирургии. Иногда она принимает весьма нелицеприятные формы: недопущение к операции, нечестная борьба за пациента и др. Как правило, в эпицентре таких событий стоят опытные хирурги, овладевшие определенным видом операции, наработавшие себе авторитет и не желающие уступать свое «место под солнцем». Так происходит даже в том случае, если другой, менее именитый хирург умеет делать менее травматичную и высокотехнологическую операцию, нежели врач, сформировавший себе определенную репутацию, но не владеющий новыми медицинскими технологиями:

Мой брат хорошо делает эндоскопические операции. В больнице, куда он приехал, таких операций не делал никто. <...> На базе больницы работал профессор, не владеющий такими операциями. Он пригласил его к себе и говорит: «А что это ты здесь размахался?» И увел нужную ему пациентку... от эндоскопической операции, сделав полостную. Вот она конкуренция... (заместитель главного врача калужской поликлиники, ж., 58 лет).

На модели конкуренции в хирургии и других специальностях настаивает и главный врач московской больницы:

Уникальный профессор, который у нас работает, не учит никого... и делать этого не будет... Он хочет оставаться уникальным. Он потому и звезда, что он классный ремесленник... А этот врач потому начинающий, что он секретов не знает, но ему секреты никто не передаст (главный врач московской клинической больницы, м., 36 лет).

В основе нежелания врачей передавать опыт молодым лежит весьма серьезный мотив, в котором открыто не признается большинство опытных медиков, а именно: «*борьба за свой приоритет*», которая характерна в первую очередь для ведущих медицинских центров. Значительную роль в отсутствии модели наставничества некоторые врачи видят в материальной незаинтересованности заведующих отделениями выполнять подобную работу. На определяющую роль в распространении модели конкуренции именно материального фактора в сочетании с возможностью оказывать

высокотехнологическую помощь указывает и ряд московских врачей. Материальный фактор и страх потерять пациентов рождает подобие конкурентной модели даже в поликлинических структурах, что весьма не характерно для подобного типа учреждений. Более мягкую стратегию поведения хирургов в отношении молодежи описывает один из московских врачей, объясняя блокировку доступа к операциям молодых специалистов нежеланием нести ответственность за состояние больного после операции, сделанной не очень опытным профессионалом:

Могу сказать так, молодых здесь учат тем операциям, которые не дадут им умереть с голода. Это обычные навыки, которые нужны для работы в стационаре... Сложные операции, конечно, молодым не дают (хирург московской клинической больницы, м., 40 лет).

Но подобную точку зрения разделяют далеко не все хирурги. Некоторые из них убеждены, можно молодому хирургу доверить пациента, но поначалу надо просто быть с ним рядом. Не менее важной причиной нежелания учить молодых, по мнению некоторых врачей, является отсутствие у них необходимых талантов и мотивации к обучению, что делает процесс их обучения во многом вынужденным, а в ряде случаев практически бессмысленным. Не исключено, что некоторые опытные хирурги предъявляют слишком высокие требования к молодым, искренне полагая, что только при наличии таланта процесс обучения хирурга имеет смысл. Сами молодые врачи признают, если не хватает желания и терпения, то дожидаться помощи со стороны более опытных коллег будет очень трудно.

Несмотря на широкую распространенность модели конкуренции, далеко не все хирурги признают обязательность ее действия в том или ином лечебном учреждении. Многие зависят от внутренней субкультуры учреждения, а также от готовности признанных авторитетов делиться опытом:

Обычно как делается в хирургии? Ведущий профессор захватывает себе методику... и стрижет с нее купоны... И никого при этом не учит... А может быть и по-другому. Многие зависят от самого светила (хирург московской клинической больницы, м., 40 лет).

Не меньшую роль может играть также тип медицинского учреждения. Но все же следует признать, что модели поведения опытных врачей в хирургии при передаче опыта молодым могут быть не только конкурентными: в хирургии действует и модель наставничества, и конкурентная модель:

Что такое учеба в хирургии? Ты участвуешь в операции и смотришь... Запоминаешь этапы... Смотришь на движения оперирующего хирурга. Но здесь, безусловно, присутствует и конкуренция. <...> Если ты делаешь операцию сам, получаются одни результаты, когда молодежь подключается, то твои результаты хуже... (руководитель федерального медицинского центра, м., 59 лет).

Кроме того, есть мнение, что наставничество все же ближе врачам, выросшим в советское время:

Я допускаю, что не каждый врач сейчас готов просто так поделиться своим опытом, как в советское время. Но врачи, ориентированные на наставничество есть. Далеко не все... Обучение – это время и усилия. Ради чего? Однако если не научишь молодого, придет время, и тебе не к кому будет обратиться... (заместитель главного врача калужской больницы, акушер-гинеколог, ж., 49 лет).

Тем не менее, по мнению одного из респондентов, не стоит думать, что модель конкуренции в хирургии совсем плоха. Часто следование или не следование данной модели определяется спецификой самой хирургической специальности, которая требует много внутренних усилий и определенной настойчивости со стороны молодых хирургов. Более того, весьма часто усложненный доступ к операциям молодым вполне себя оправдывает:

Понятно, что молодой хирург потихонечку, а не сразу пробивается... Понятно, что он нормальные торокальные операции начнет делать в 40 лет. Хирург годами пробивается к столу. А пока крючки... (руководитель федерального медицинского центра, м., 59 лет).

Высказанную точку зрения некоторые врачи не поддерживают, хотя бы потому, что часто за моделью конкуренции лежит не профессиональный, а финансовый мотив, что совершенно недопустимо, по мнению некоторых медиков:

Я боюсь, если конкурентная модель победит, тогда врач будет бороться не за качество лечения, а за деньги... А так не должно быть... Мы не на том этапе развития, где финансовая сторона может быть определяющей (врач-маммолог федерального медицинского центра, ж., 52 года).

Таким образом, проведенный анализ позволяет говорить о том, что во врачебном сообществе наблюдается высокая вариативность оценок способов воспроизводства профессионализма. Характерно, что часть врачей продолжает жить в соответствии с традициями советского времени, когда вопрос передачи опыта был нравственным императивом для медиков. Другая же часть врачей убеждена в том, что передача опыта – это весьма трудозатратный процесс, который может грозить потерей определенной части зарабатываемых финансовых средств и репутации уникального специалиста. В подобной ситуации врачи, оказывающие дефицитные и уникальные услуги, имеют право выбора: учить или не учить молодежь. Часть из них выбирает наставничество, другая же часть убеждена – рынок порождает конкуренцию, и медики уже сегодня существуют в конкурентной среде, где действуют иные нравственные принципы, нежели в среде неконкурентной. Тем не менее во врачебном сообществе с известным перевесом побеждает установка, согласно которой нельзя ставить будущее медицины под удар, хотя бы потому, что *«завтра нам самим не к кому будет обратиться за помощью»*.

Важную роль в передаче профессионального опыта играет личность самого молодого специалиста. Когда молодой врач посредственен, даже у альтруистически настроенных коллег опускаются руки. Особенно это касается хирургии, урологии, акушерства.

### **Заключение**

Проведенное исследование позволяет сделать следующий вывод: сложившиеся институциональные механизмы поддержания и развития врачебного профессионализма в формальном и неформальном вариантах позволяют убедиться в том, что здесь нет прямых зависимостей. Многое определяется субкультурой учреждения, межличностными отношениями врачей, выраженностью/невыраженностью чувства ответственности. Проведенное исследование дает возможность утверждать, что формальные каналы поддержания профессионализма, такие как конференции, практика обсуждения сложных больных внутри отделения с целью нахождения оптимальных путей лечения, сложились сегодня практически во всех медицинских учреждениях, но предполагать, что они имеют максимальный потенциал воздействия на врачебное сообщество, вряд ли можно. Наряду с формальными каналами работают и неформальные. Более того, такие каналы воспринимаются врачами как необходимая и полезная практика для поддержания и развития врачебного профессионализма. Однако серьезным ограничением для неформальных каналов является их избирательность, необязательность санкций, которые поступают по этим каналам.

Весьма важны вскрытые закономерности особенностей воспроизводства врачебного профессионализма молодых врачей. Картина здесь складывается весьма неоднозначная. С одной стороны, врачи поддерживают модель преемственности в воспроизводстве врачебного профессионализма, с другой – часть врачебного сообщества втянута в конкурентные отношения, согласно которым помогать молодым и друг другу в овладении более широкими профессиональными навыками становится материально и лично не выгодно, особенно если речь идет о профессиональных навыках. Избранный в этой ситуации многими врачами путь, учить тому, что не даст молодому коллеге умереть с голоду, а всему остальному пусть он учится сам, является отражением сложного сплава моральных норм, согласно которому – не учить нельзя, а учить – невыгодно. При этом конкурентная модель в большинстве случаев работает там, где есть возможность заработать, например в хирургии, гинекологии, урологии, в то время как модель преемственности преимущественно характерна для терапии и педиатрии. Чем уникальнее специалист, тем меньше вероятность того, что он будет участвовать в обучении тех, кто рядом. Исключение могут составить те ведущие специалисты, которые имеют свои школы и считают необходимым эти школы развивать.

**Список источников**

- Бердышева Е.* Рынок и профессия в стоматологии: логика ценообразования в частных клиниках // Антропология профессий, или Посторонним вход разрешен / под ред. П. В. Романова, Е. Р. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2011. С. 188–216.
- Мансуров В. А., Юрченко О. Ю.* Российские врачи: профессионализация сверху или саморегулирование профессии? // Антропология профессий, или Посторонним вход разрешен / под ред. П. В. Романова, Е. Р. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2011. С. 171–187.
- Мансуров В.* Российские врачи: гендерный аспект // Профессии.doc. Социальные трансформации профессионализма: взгляды снаружи, взгляды изнутри / под ред. Е. Ярской-Смирновой, П. Романова. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2007. С. 79–87.
- Темкина А.* Гинекологи и пациенты в борьбе за дисциплину: медиализация контрацепции в современной России // Профессии социального государства / под ред. Е. Ярской-Смирновой, П. Романова. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2013. С. 40–74.
- Шишкин С. В., Темницкий А. Л., Чирикова А. Е.* Трудовая мотивация российских врачей и влияние на нее национального проекта // Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность. М.: НИСП, 2008. С. 69–228.
- Щепанская Т.* Символизация повседневности и неформальный контроль в профессиональном сообществе // Антропология профессий, или Посторонним вход разрешен / под ред. П. В. Романова, Е. Р. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2011. С. 85–112.
- Gustafson J. M.* Professions as "Callings" // Social Service Review. 1982. 56 (Dec), P. 501–515.
- Ladd J.* Philosophy and the Moral Professions // Social Controls and the Medical Profession / ed. by J. P. Swazey, S. R. Scher. Boston, Massachusetts: Oelgeschlager, Gunn, & Hain, Publishers, Inc., 1985. P. 37–52.
- Freidson E.* Doctoring Together. A Study of Professional Social Control. NY.: Elsevier, 1975.
- Freidson E.* Professionalism: The Third Logic. Chicago: Univ. of Chicago Press, 2001.

---

**Physicians as a Professional Group:  
Production and Maintaining of Medical Professionalism**

*Alla E. Chirikova*

Doctor of Sociology, Leading Researcher, Institute of Sociology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, e-mail: [chirikova\\_a@mail.ru](mailto:chirikova_a@mail.ru)

In this article, based on in-depth interviews with 57 doctors from three regions (Moscow, Vologda and Kaluga regions) authors analyze physicians attitudes about current practices of "tuning" of young physicians and their colleagues to the required professional level. The study shows that vertical control as well as horizontal control exist in physician community. For some doctors horizontal control is more preferable than the vertical one. There are descriptions of two models of production of medical professionalism: a model of coaching and competitive model.

*Keywords:* horizontal and vertical control in physician community, model of coaching, competitive model, young physician, professionalism

## References

- Berdysheva E.S.* (2011) Rynok i professiya v stomatologii: logika tsenoobrazovaniya v chastnykh klinikakh [The market and the profession of dentistry: the logic of pricing in private clinics]. *Antropologiya professii, ili Postoronnim vkhod razreshen* [Anthropology of professions, or Not only for personnel], Moscow: OOO "Variant", CSPGS, pp. 188–216.
- Freidson E.* (1975) *Doctoring Together. A Study of Professional Social Control*, NY.: Elsevier.
- Freidson E.* (2001) *Professionalism: The Third Logic*, Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Gustafson J. M.* (1982) Professions as "Callings". *Social Service Review*, no 56 (Dec), pp. 501–515.
- Ladd J.* (1985) *Philosophy and the Moral Professions. Social Controls and the Medical Profession* (ed. by J. P. Swazey, S. R. Scher), Boston, Massachusetts: Oelgeschlager, Gunn, & Hain, Publishers, Inc., pp. 37–52.
- Mansurov V., Iurchenko O.* (2011) Rossijskie vrachi: professionalizatsiya sverkhu ili samo-regulirovanie professii? [Russian doctors: the professionalization of the top or self-regulation of the profession]. *Antropologiya professii, ili Postoronnim vkhod razreshen* [Anthropology of professions, or Not only for personnel], Moscow: OOO "Variant", CSPGS, pp. 171–187.
- Mansurov V.* (2007) Rossijskie vrachi: gendernyj aspekt [Russian doctors: a gender perspective]. *Professii.doc. Sotsialnye transformatsii professionalizma: vzgliady snaruzhi, vzgliady iznutri* [Social transformation of professionalism: the views from the outside, the inside story], Moscow: OOO "Variant", CSPGS, pp. 79–87.
- Shishkin S., Temnitskij A., Chirikova A.* (2008) Trudovaya motivatsiya rossijskikh vrachej i vliyanie na neyo natsionalnogo proekta [Labour motivation of Russian doctors and the influence of the national project]. *Rossijskoe zdravookhranenie: motivatsiya vrachej i obshchestvennaya dostupnost* [Russian Healthcare: the motivation of doctors and public accessibility], Moscow: NISP, pp. 69–228.
- Shchepanskaya T.* (2011) Simvolizatsiya povsednevnosti i neformalnyj kontrol v professionalnom soobshchestve [Symbolization of everyday life and informal control in the professional community]. *Antropologiya professii, ili Postoronnim vkhod razreshen* [Anthropology of professions, or Not only for personnel], Moscow: OOO "Variant", CSPGS, pp. 85–112.
- Temkina A.* (2013) Ginekologi i patsienty v borbe za distsiplinu: medikalizatsiya kontratseptsii v sovremennoj Rossii [Gynecologists and patients in the fight for the discipline: medicalization of contraception in modern Russia]. *Professii sotsialnogo gosudarstva* [Professions of the welfare state], Moscow: OOO "Variant", CSPGS, pp. 40–74.