

ческой педагогики заключается прежде всего в создании необходимых условий и возможностей для развития детей, атмосферы физической и психологической безопасности учащихся, обеспечения их интересов и успешного индивидуально-личностного развития.

Библиографический список

1. Газман О.С. Педагогическая поддержка детей в образовании как инновационная проблема // Новые ценности образования: десять концепций и эссе. 1995. № 3.
2. Сенченко Н.А. Социально-педагогическая помощь старшеклассникам – представителям юношеских субкультур. URL: <http://altruism.ru/sengine.cgi/5/28/12>
3. Мудрик А.В. Социальная педагогика: учеб. для студ. пед. вузов / под ред. В.А. Сластенина. М., 2000.
4. Александрова Е.А. Виды педагогической поддержки и сопровождения индивидуального образования. URL: http://www.isiksp.ru/library/aleksandrova_ea/aleks-000001.html
5. Сериков Г.Н. Образование и развитие человека. М., 2002.
6. Игнатова В.В. Педагогические факторы духовно-творческого становления личности в образовательном процессе. Красноярск, 2000.
7. Филиппова Н.М. Педагогическое обеспечение общественной самоорганизации учащейся молодежи: автореф. дис. ... канд. пед. наук. Кострома, 2007.
8. Михайлова Н.Н., Юсфин С.М. Педагогика поддержки: учеб.-метод. пособие. М., 2001.

D.I. Prisyazhnyuk
The Role of Medical Associations
in the Process of Collective
Mobilization of the Medical
Community

The problems of formation and development of medical associations are analyzed, and the dynamics of their functions and forms of interaction with the medical community and the government is studied. The role of medical associations in protecting the interests of the medical community is shown.

Key words and word-combinations: medical association, medical profession, professional self-regulation.

Анализируются проблемы становления и развития врачебных сообществ, исследуется динамика их функций и форм взаимодействия с медицинским сообществом и государством. Показана роль медицинских ассоциаций в защите интересов врачебного сообщества.

Ключевые слова и словосочетания: медицинская ассоциация, профессия врача, профессиональная саморегуляция.

УДК 316.3:316.35
ББК 60.5

Д.И. Присяжнюк

РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ АССОЦИАЦИЙ В ПРОЦЕССЕ КОЛЛЕКТИВНОЙ МОБИЛИЗАЦИИ ВРАЧЕБНОГО СООБЩЕСТВА

Высокая степень доверия к профессионалам со стороны общественности является необходимым условием для поддержания профессиональной автономии. В такой ситуации государство оказывает поддержку и обеспечивает профессию необходимыми ресурсами для реализации общественно значимых целей. Медицинские ассоциации принимают уча-

ствие в выборе векторов развития здравоохранения, при этом они отражают интересы не только своей профессиональной группы, но и общества в целом [1, с. 17]. Это становится возможным в ситуации, когда профессия, обладая монополией на специализированное знание, обретает профессиональную автономию – независимость от внешних форм контроля.

В социальном государстве медицинские ассоциации стремятся оправдать и легитимировать самостоятельный контроль над системой здравоохранения в терминах более эффективного мониторинга деятельности врачебного сообщества по причинам того, что медицинская практика чрезвычайно специфична и сложно поддается стандартизации. Государственный контроль над здравоохранением, выраженный во внешнем мониторинге системы, нередко оказывается неэффективным и приводит к усилению коррумпированности медицинской практики.

Медицинским ассоциациям многих европейских стран (Германия, Великобритания) до недавнего времени удавалось убедить государство и общественность в успехе реализации профессионального контроля над медицинской практикой [2, с. 472–479]. В условиях новых реформ, усиления мониторинга медицинской деятельности со стороны государства и рынка, европейские врачебные объединения продолжают оставаться реальной силой, способной включаться в борьбу за отстаивание корпоративных интересов и обеспечивать профессиональную группу необходимыми ресурсами [3, с. 403–404]. Европейские медицинские ассоциации сохраняют за собой право осуществлять саморегуляцию медицинской деятельности. Они самостоятельно реализуют практику социального закрытия профессии – контроля на вход в профессиональную группу посредством своего участия в процедурах лицензирования, сертификации и повышения квалификации врачей. Европейские объединения врачей не только контролируют, но и поддерживают позитивный имидж и авторитет профессии, что позволяет им сохранять статус-кво и высокую степень независимости от государственных и рыночных агентов [4].

Применительно к российской действительности ключевой вопрос исследования может быть сформулирован, на наш взгляд, следующим образом: готовы ли отечественные медицинские ассоциации выступить в качестве агента саморегуляции профессиональной деятельности? Для ответа на него требуется оценка деятельности российских медицинских ассоциаций, их роли в защите интересов врачебного сообщества.

Акцент поставлен нами на анализе развития врачебных сообществ, их функций и форм взаимодействия с медицинским сообществом и государством. Анализ степени консолидации медицинского сообщества и роли медицинских ассоциаций в данном процессе на макроуровне осуществляется на основе массового опроса врачей «Престиж профессии врача в российском обществе» (НИУ ВШЭ, 2011, N=120). Выявление микроуровневых стратегий коллективной мобилизации медицинского сообщества производится по данным, полученным в ходе глубинных интервью с врачами муниципальных поликлиник (2008–2011 гг., 40 интервью, г. Саратов) и представителями медицинских ассоциаций (2012 г., 6 интервью, г. Саратов и Москва).

Деятельность российских медицинских ассоциаций в настоящее время регламентируется рядом нормативных актов. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан [5] в ч. 2 ст. 62 формулируют основные полномочия медицинских ассоциаций, связанные с участием в разработке норм этики, стандартов оказания медицинской помощи, тарифов на медицинские услуги. Орган, с которым им приходится сотрудничать в этой сфере, – это аппарат государственной власти в сфере охраны здоровья (ст. 5). На практике совещательные функции медицинских ассоциаций являются ограниченными. Так, Национальная медицинская палата в течение 2011 г. безуспешно обращалась к государству с предложением изменить тарифы ОМС.

На основании приказа «О порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности» [6] медицинские ассоциации могли самостоятельно организовывать курсы повышения квалификации в разрабатываемых при профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциациях. В состав комиссии входят ведущие специалисты здравоохранения и медицинской науки ... учреждения или профессиональной медицинской или фармацевтической ассоциации». Изменения в нормативные акты были внесены в 2011 г. с выходом приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ о порядке получения квалификационных категорий медицинскими и фармацевтическими работниками [7], который включает чиновников в комиссии по оценке квалификации врачей. Однако на практике курсы повышения квалификации проходят без непосредственного участия работников органов управления здравоохранения.

Данные глубинных интервью свидетельствуют, что врачи поликлиник понимают клятву Гиппократа в качестве источника этических норм. Однако она не является официальным документом и содержит абстрактные предписания, затрудняющие решение этических дилемм в повседневной медицинской практике. Первый профессиональный этический кодекс в Российской Федерации был утвержден 4-й конференцией Ассоциации врачей в ноябре 1994 г. [8]. В настоящее время у отечественных медицинских работников не существует единого этического кодекса, и каждая медицинская ассоциация формулирует свой свод норм, согласно которому персонал обязуется организовывать врачебную практику: «*А у нас нет единого кодекса этики. У каждой организации, ассоциации он свой. А единого нет*» (муж., 65 лет., Москва, 2012, председатель Кокрановского движения врачей доказательной медицины).

В современной России отсутствует официальная статистика, свидетельствующая о количестве профессиональных медицинских объединений. В связи с этим нами проанализирована деятельность наиболее статусных врачебных обществ, характеризующихся высокой степенью публичной активности.

Приведем типологию врачебных ассоциаций, построенную на основании целей их создания и выполняемых функций.

1. *Медицинские профсоюзы, отстаивающие социально-экономические интересы работников системы здравоохранения (например, профсоюз работников здравоохранения).*

В отличие от немецких профсоюзов, обладающих широкими возможностями защищать интересы медиков [9, с. 99], профсоюзы в России имеют ограниченные способности отслеживать и поддерживать запросы со стороны медицинского сообщества. Защита интересов профессионалов усложняется ориентацией таких организаций на защиту всех работников системы здравоохранения, а не только практикующих врачей. С другой стороны, в отчет о деятельности профсоюза попадают свидетельства о защите экономических интересов только профессионалов-медиков, среднего медицинского персонала или студентов. Из годовых отчетов, подготовленных профсоюзом, остается непонятно, каким образом проводится работа с другими группами работников немедицинских специализаций и проводится ли она вообще.

2. *Медицинские общества (например, Общество аллергологов и клинических иммунологов, Общество эндокринологов), созданные для обсуждения актуальных вопросов конкретных специальностей.*

Это наиболее часто организуемая форма медицинских ассоциаций с широкой сетью специализаций и региональных представительств. Руководящие должности в данного типа медицинских объединениях заняты ведущими специалистами, обычно заведующими соответствующих кафедр. Врачи вступают в медицинские общества через установившиеся социальные сети: *«Фактически все те врачи, которые у нас учились, которые получали специализацию по аллергологии и иммунологии – они к нам регулярно приходят»* (жен., 65 лет, Саратов, 2012, председатель Общества клинической аллергологии и иммунологии). Функции таких обществ заключаются в помощи профессионалам в практической деятельности и решении сугубо медицинских задач – обсуждение диагностики сложных случаев и выбор лечения. Медицинские общества данного типа широко распространены в Германии; они называются «кружками качества», а не медицинскими ассоциациями и представляют собой инициированные «снизу» объединения врачей [10, с. 408]. Российские профессиональные объединения врачей по специальностям получают недостаточно широкое распространение в медицинском сообществе: об их существовании известно 45,9% респондентам-врачам (НИУ ВШЭ, 2011).

3. *Медицинские ассоциации, отстаивающие необходимость активного участия медицинского сообщества в определении главных целей, направлений и стратегии реформирования национальной системы здравоохранения.*

В рамках этого направления ассоциации призваны консолидировать медицинское сообщество, создать условия для саморегуляции медицинской профессии и повышения ее престижа в обществе. Достижение этих целей обеспечивается при помощи диалога с государством. Сегодня в России существует три медицинские ассоциации (Российская медицинская ассоциация, Российское медицинское общество, Национальная медицинская палата), которые объявляют это как основную цель своей работы. В настоящее время такая деятельность не имеет широкого общественного резонанса: *«Я считаю, что это прогрессивная полтика, несомненно, идея хороша. Но только пока мало что получается сделать в этом направлении»* (муж., 65 лет., Москва, 2012, председатель Кокрановского движения врачей доказательной медицины). Профессиональ-

ные объединения врачей, выступающие за внедрение практики саморегуляции, слабо известны российским врачам. Только 12,3% респондентов-врачей слышали о существовании одного из крупнейших объединений – Пироговском движении (НИУ ВШЭ, 2011).

Медицинские профсоюзы и врачебные общества по специальностям значительно более известны по сравнению с медицинскими ассоциациями, деятельность которых направлена на внедрение саморегуляции врачебной деятельности. Это напрямую связано с особыми запросами врачей к профессиональным объединениям, направленными на улучшение материального положения (25,4%) и возможность профессионального роста (26,2%). Значимость потребностей по усилению саморегулирования профессиональной деятельностью значительно ниже (10,7%) у современных врачей (НИУ ВШЭ, 2011).

Представители медицинских ассоциаций говорят о других медицинских объединениях в терминах взаимодействия: *«Мы очень активно работаем вместе с ассоциацией... и иногда проводим и совместные заседания»* (жен., 65 лет, Саратов, 2012, председатель Общества клинической аллергологии и иммунологии). Однако такое взаимодействие возникает на уровне председателей ассоциаций, а рядовые члены обществ реже включаются в данную практику. Суть партнерства между медицинскими ассоциациями заключается в практической помощи в процессе лечения, а не в защите корпоративных интересов медиков.

Конкуренция прослеживается, когда переносится фокус внимания с конкуренции во взглядах на конкуренцию за ресурсы. Суть в том, что три крупнейшие медицинские ассоциации (Российская медицинская ассоциация, Российское медицинское общество, Национальная медицинская палата), преследующие схожие цели по утверждению саморегуляции медицинской деятельности, не объединяются в единую метаассоциацию, несмотря на то, что это облегчило бы достижение корпоративных целей. Создание единой ассоциации невыгодно руководителям сформировавшихся медицинских объединений, которые рискуют потерять самостоятельный контроль над получением и распределением ресурсов.

Российское медицинское сообщество не сформулировало единого мнения относительно саморегуляции профессиональной деятельности. Рядовые врачи скептически относятся к самой идее, что медицинское сообщество способно инициировать изменения и влиять на ход реформ в системе здравоохранения, что отмечается 37,7% респондентов-врачей (НИУ ВШЭ, 2011).

В ходе исследования нами были выделены идеологии по вопросу внедрения практики саморегуляции.

Согласно первой из них данная практика рассматривается как неотъемлемый элемент дальнейшего реформирования здравоохранения, а медицинское сообщество готово взять на себя функции по саморегуляции своей деятельности.

Вторая идеология поддерживает саму идею о саморегуляции, но с опасением относится к результатам реализации этой практики в настоящий момент.

Третья идеология выступает за ограничение границ саморегуляции созданием комиссий по защите медицинского сообщества и внедрением практики страхования врачей от ошибок.

Четвертая идеология, родившаяся из дискурс-анализа публикаций в российских СМИ, отказывается от самой идеи саморегуляции и поддерживает сохранение государственного контроля над системой здравоохранения.

Степень консолидированности медицинского сообщества и субъективное ощущение единства различаются на макро- и микроуровнях. По данным опроса 2011 г. в регионах России, врачи чаще воспринимают коллег как членов единого профессионального сообщества на уровне одного учреждения (82,8%), чем на уровне города (68%) и на уровне страны (41,8%). Во многом это связано со слабостью контактов врачей за пределами медицинского учреждения. Создание медицинских сетей возможно благодаря деятельности врачебных ассоциаций, которые должны повышать степень консолидации своих членов, но на практике данная стратегия реализуется слабо.

Неоэберинская парадигма социологии профессий дает возможность посмотреть на медицинское сообщество, как на активных консолидированных акторов, которые взаимодействуют с государством и обществом, отстаивая свои профессиональные интересы. Так, в европейских государствах профессиональные медицинские ассоциации выступают институтом, который с высокой степенью независимости от государства и рынка обеспечивает допуск в профессию при помощи инструментов лицензирования, сертификации и оценки квалификации врачей; осуществляет поддержку страхования деятельности медиков и защиту их профессиональных интересов.

Медицинские профсоюзы в настоящее время уделяют особое внимание решению социально-экономических проблем профессиональной группы. Появляются первые ассоциации, которые пытаются открыто взаимодействовать с государством по вопросам включения профессионального сообщества врачей в процессы обсуждения векторов реформирования системы здравоохранения и получения полномочий для саморегуляции медицинской деятельности, но в настоящее время их интересы не поддерживаются государственными структурами.

В отличие от зарубежных, российские медицинские ассоциации сегодня представляют собой объединения профессионалов, которые пытаются решить разные задачи, слабо взаимодействуя между собой. Медицинское сообщество не имеет единого этического кодекса и неоднозначно относится к самой идее саморегуляции. Отсутствие единства внутри профессионального сообщества свидетельствует о слабом потенциале медицинских ассоциаций воспроизведения практики саморегуляции врачебной деятельности.

Библиографический список

1. Мерсиянова И.В., Чешикова А.Ф., Краснопольская И.И. Самоорганизация и проблемы формирования профессиональных сообществ в России / Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М., 2011.
2. Noordegraaf M. Remaking Professionals? How Associations and Professional Education Connect Professionalism and Organizations // *Current Sociology*. 2011. Vol. 59, № 4. P. 465–488.
3. Kirkpatrick I. Introduction: Professions and Organizations – a Conceptual Framework // *Sociology*. 2011. Vol. 59, № 4. P. 389–405.

4. *Saks M., Olsson Дж.* Социология профессий: государство, медицина и рынок в Великобритании. URL: www.ecsocman.edu.ru/db/msg/30074.html
5. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 // Ведомости съезда народных депутатов РФ и Верховного Совета РФ. 1993. № 33. Ст. 1318.
6. Об утверждении Положения «О порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности»: приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 19 дек. 1994 г. № 286. М., 1994.
7. О порядке получения квалификационных категорий медицинскими и фармацевтическими работниками: приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 июля 2011 г. № 808 [Электронный ресурс]. Доступ из СПС «КонсультантПлюс».
8. Врачебный кодекс этики: [официальный сайт Российской медицинской ассоциации]. URL: <http://www.rmass.ru/publ/info/kodex>
9. *Busse R., Riesberg A.* Healthcare systems in transitions – Germany. European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen, 2004. Vol. 6, № 9.
10. *Халий И.А.* Профессиональная самоорганизация в виртуальном пространстве: работники скорой медицинской помощи в поисках солидарности // Россия реформирующаяся: ежегодник / отв. ред. М.К. Горшков. М., 2008. Вып. 7.