

А.Е. Чирикова^{1,2}, Е.А. Тарасенко¹

**ГОСУДАРСТВО И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ
ОРГАНИЗАЦИИ: КТО РЕАЛЬНО СПОСОБЕН ОБЕСПЕЧИТЬ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РОСТ ВРАЧЕЙ В РОССИИ¹?**

1. Национальный исследовательский университет Высшая школа экономики, Москва
2. Институт социологии Российской Академии наук, Москва.

А.Е. Chirikova^{1,2}, Е.А. Tarasenko¹

**STATE AND PROFESSIONAL MEDICAL ORGANIZATIONS: WHO
CAN REALLY PROVIDE PROFESSIONAL DEVELOPMENT FOR
PHYSICIANS IN RUSSIA?**

1. National Research University Higher School of Economics, Moscow
2. Institute of Sociology of Russian Academy of Sciences, Moscow.

Резюме: В западных странах государство активно сотрудничает с профессиональными медицинскими ассоциациями для повышения качества оказания медицинской помощи. В России функции, которые могут быть переданы профессиональным медицинским ассоциациям по контролю за врачебным профессионализмом, пока активно дебатированы в профессиональном сообществе. Медицинские ассоциации сегодня конкурируют между собой за выбор пути, по которому надо будет идти ради позитивных перемен в российском здравоохранении. Конкуренция среди претендентов на место лидера заметно ослабляет ассоциации, и делает возможность их совместной работы, как этого требуют правила игры, весьма проблематичной.

Цель: выяснить потенциальную готовность профессиональных медицинских ассоциаций взять на себя новые функции по обеспечению

профессионального роста врачей, а также возможности их взаимодействия с государством в деле обеспечения роста профессионализма врачей.

Методология: Исследование было осуществлено с помощью качественных методов: метода глубинного интервью. Всего **было проведено 25** глубинных интервью с руководителями ведущих медицинских ассоциаций, врачами из разных регионов и известными в этой области экспертами.

Результаты и выводы: Нужны инвестиции со стороны государства в тех людей, и в те методики, которые позволят профессиональным медицинским ассоциациям продвинуться вперед по пути обеспечения роста профессионализма врачей. Нужна последовательность действий по постепенному овладению ассоциациями новых функций. Нужен объективный контроль за подобной работой профессиональных медицинских ассоциаций со стороны государства. Неспособность лидеров профессиональных медицинских ассоциаций договариваться между собой может быть преодолена с помощью принятия четких правил игры, которые могут быть предложены государством.

Abstract. Governments of western countries actively cooperate with professional medical associations in order to improve health care quality. In Russia the professional medical community actively talks over functions which can be transferred to professional medical associations in order to monitor medical professionalism. Today medical associations compete among themselves for the choice of necessary way for future positive changes of the Russian healthcare system. Competition among the contenders for the leader weakens cooperation and makes possibility of collaboration very problematic.

Objective: To find out professional medical associations' potential willingness to implement new functions in order to ensure physicians' professional development, as well as its interaction with the state in order to ensure the professionalism growth of physicians.

Methodology: The study was conducted with qualitative methods usage: in-depth interview method. There were 25 in-depth interviews with leading medical associations and physicians from different regions as well as prominent health care experts.

Results and Conclusions: Investments from the state are needed for people and those techniques that will allow professional medical associations to move towards physicians' professional growth. There is a special need for professional medical associations for sequence of steps for gradual acquisition of new functions. There is an objective need for state monitoring of professional medical associations. Failure of professional medical associations' leaders agree among themselves can be overcome by adoption of clear game' rules, which can be offered by the state.

Ключевые слова: профессиональные медицинские ассоциации; обеспечение профессионального роста врачей; саморегулирование профессиональной деятельности врачей; Национальная медицинская палата

Keywords. professional medical associations; physicians professional development providing; self-regulation of physicians professional activities; the National Medical House.

Введение. В последние годы в России все чаще можно услышать мнение о необходимости изменить регулирование и контроль, связанные с обеспечением профессионального роста врачей [5].

Актуальность этой темы стала особенно очевидной после того как Правительством РФ было принято решение о переходе к эффективному контракту. Этот шаг повлек за собой обострение дискуссии среди специалистов и лиц, принимающих решения, о возможной роли профессиональных ассоциаций в этом процессе.

Как справедливо отмечает одна из российских исследовательниц профессионализма и профессиональных ассоциаций Ирина Попова «Исследование профессиональных ассоциаций в России – назревшая задача

Количество их растет, растут также неясность в отношении представлений об их функциях и специфике деятельности в реальности...» [4].

Нельзя также не согласиться с ней в том, что: «Сильные и влиятельные профессиональные ассоциации являются проводниками, основными механизмами профессионализма как контроля в организации занятости и в положении на рынке труда высокоорганизованных профессиональных групп, предоставляющих экспертные услуги. Эта форма контроля отлична от контроля со стороны государственной бюрократии и рынка. Ее специфика – в высокой степени профессиональной автономии и свободы действий, которой обладают профессии в принятии решений и самоорганизации [4]:

Некоторые из экспертов и исследователей настаивают на все возрастающей необходимости передачи части функций государства по контролю за профессионализмом врачей общественным организациям, в лице профессиональных ассоциаций. Однако пока до сих пор неясным остается вопрос: могут ли ассоциации реально взять на себя подобные функции? Как следует распределить подобные функции между ассоциациями и государством? Ответы на эти вопросы очень сложны. Хотя бы потому, что пока ни профессиональные ассоциации, ни само государство в лице Министерства здравоохранения РФ не определились с тем, как следует действовать в том случае, если каждому из названных акторов, придется вступить в коалицию друг с другом, для решения поставленных задач.

Сторонники повышения роли ассоциаций в обеспечении уровня профессионализма врачей часто ссылаются на западный опыт, согласно которому вопрос о необходимости распределения функций между государством и профессиональными ассоциациями медиков решен в пользу сотрудничества между этими двумя акторами, а иногда и в пользу медицинских ассоциаций, которым принадлежит большая власть в процессе обеспечения врачебного профессионализма. Делается это в первую очередь ради повышения качества оказания медицинской помощи и обеспечения роста профессионализма врачей.

По мнению многих зарубежных исследователей, западные профессиональные медицинские ассоциации пользуются непререкаемым моральным авторитетом как внутри врачебного сообщества [11] так и общества в целом, и играют важную роль в определении и активном продвижении среди медицинских работников высоких стандартов оказания медицинской помощи [13].

Зарубежные исследователи, размышляя о роли профессиональных ассоциаций в становлении профессионалов, обращают внимание на то, что профессиональную ассоциацию можно рассматривать как источник власти группы в целом: даже если индивидуальный профессионал имеет только ограниченное влияние, большая ассоциация может иметь в руках широкие полномочия, [10].

Функции медицинских ассоциаций за рубежом в обеспечении роста профессионализма врачебного сообщества достаточно разнообразны. Это и организованные профессиональными медицинскими ассоциациями научные конференции и симпозиумы, курсы повышения квалификации [15], профессиональная сертификация и ресертификация врачей [6], создание практических руководств, формулировка и следование жестким этическим профессиональным нормам. Действия профессиональных ассоциаций на этом поле высоко оцениваются врачами, руководством медицинских клиник, а также государством в лице и правительственных структур, ответственных за организацию и финансирование здравоохранения.

Но это не означает, что функционирование западных ассоциаций не сталкивается с широким кругом проблем, связанных с их отношениями с государством. Как считает К. Макдоналд, профессиональный проект наиболее успешен и перспективен там, где гражданское общество пронизывает государство, которое приобретает характеристики плюралистичности и децентрализованности. В таких условиях государство готово передавать важные функции тем силам в обществе, кто в них

заинтересован, давая определенные гарантии и заключая регулирующее соглашение [16].

Основной пункт, который стоит в повестке дня взаимоотношений профессиональных ассоциаций с властными государственными структурами, связан с правовыми основаниями положения профессиональной группы. Это переговоры по вопросам профессионального образования, креденциальной системы, лицензирования профессиональной деятельности, законодательных норм, касающихся социального закрытия, контроля над входом в профессиональную группу [4, 18].

Подтверждение высказанной позиции российской исследовательницы можно найти в работах Э. Фрейдсона, который убежден, что история развития креденциальной системы профессий – это, прежде всего, организация кампаний в столицах государств, с целью установления государственных законов, устанавливающих стандарты для профессиональных школ и уровень требований для государственного лицензирования. Во многих государствах принято, что лицензирующие департаменты - это государственные агентства. В США, например, это важно потому, что нет централизованно контролируемой образовательной системы и не столь сильна федеральная система лицензирования. Если система образования поддерживается государством, то государственное финансирование школ получает дополнительное значение для профессий. [9].

Другой стороной взаимодействий государства и профессиональных ассоциаций является осуществление ими роли посредников в проведении экспертизы. [4]. На практике спектр взаимоотношений государства и медицинских ассоциаций может быть весьма широк.

В США, к примеру, государство активно сотрудничает с профессиональными медицинскими ассоциациями для повышения качества оказания медицинской помощи, осуществляя совместные федеральные и региональные программы. В качестве примера можно привести кейс

совместного государственно-частного партнерства регионального Департамента здравоохранения Мичигана (США), медицинских клиник Мичигана и Федеральной Ассоциации медицинских клиник для сокращения некоторого вида инфекций на 25% в 2013 году. Данный успешный опыт планируется в будущем использовать в качестве образца при разработке подобной совместной программы действий Департамента здравоохранения Мичигана, медицинских клиник Мичигана и Федеральной Ассоциации медицинских клиник для сокращения некоторых других патологий [8].

Ярким образцом сотрудничества государства и профессиональных медицинских ассоциаций является также организация на региональном уровне временных педиатрических «Партнерств для улучшения» (Improvement partnerships), направленных на повышение качества медицинской помощи и улучшения клинических показателей здоровья детей. Подобные партнерства обычно включают в себя государственные организации, ответственные за организацию педиатрической помощи на уровне региона, государственное агентство медицинского страхования для малоимущих граждан (Medicaid), регионального главу Американской академии педиатрии, профессиональную медицинскую ассоциацию, академическую организацию здравоохранения (медицинский университет) и детскую больницу. Большинство подобных педиатрических «Партнерств для улучшения» организуются на срок 9-12 месяцев и состоят из команды, объединяющей по 8-15 специалистов с каждой стороны. Цель: добиться улучшения клинических показателей здоровья детей в местном сообществе по отдельным направлениям: аутизм, психические расстройства, астма, ожирение и проч. За последние 13 лет в 19 штатах были успешно осуществлены проекты, организованные педиатрическими «Партнерствами для улучшения», при этом их структура и источники и схемы финансирования в разных штатах различались [19].

Государство также привлекает профессиональные медицинские ассоциации и к решению проблем с обеспечением *доступности* медицинской помощи жителям некоторых районов США [17].

Активно сотрудничают ассоциации не только с государством, но и с пациентами. Например, в Великобритании достаточно эффективно действует Консорциум по улучшению качества медицинской помощи (HealthCare Quality Improvement Partnership), объединяющий профессиональные медицинские ассоциации врачей и медсестер, национальную коалицию благотворительных организаций в сфере медицинских и социальных услуг. Данный Консорциум имеет две ключевые консультативные группы, одна из которых представляет профессионалов, вторая группа - пациентов и тех, кто пользуется медицинскими услугами. Эти группы позволяют активно выслушать мнения ключевых заинтересованных сторон, чтобы получить обратную связь и улучшить качество медицинских услуг [14].

В России роль медицинских профессиональных ассоциаций в обеспечении роста профессионализма врачей и характера их взаимодействия с государством широко обсуждается как внутри самих медицинских ассоциаций, так и в Министерстве здравоохранения РФ. Не обходит эту проблему стороной и экспертное сообщество, которое смотрит на перспективы передачи части функций по наращиванию профессионализма врачей от государства к ассоциациям весьма противоречиво. Однако большинство экспертов убеждено в том, что в перспективе оправданно решиться на подобный шаг при соблюдении определенных условий. Большее участие российских врачей в решении профессиональных вопросов на национальном уровне, по их мнению, можно считать благоприятным как для самой профессии, так и для общественности в целом [1].

Одновременно признается, что передача подобных функций ассоциациям пока произойти не может в силу неготовности как самого государства, так и ассоциаций к подобному шагу [1, 3, 4].

В последние три года были сделаны продуктивные шаги по формированию актора подобных перемен в лице Национальной медицинской палаты (НМП) [2]. В качестве основной цели этой организации заявляется переход к саморегулированию профессиональной деятельности. В этом случае государство должно поделиться с членами медицинской ассоциации функциями контроля за обеспечением профессионального роста врачей, и передать в ее руки такие вопросы как сертификация и аттестация специалистов, контроль их деятельности, юридическую защиту профессионалов.

Несмотря на то, что как сторонники, так и противники передачи части функций по обеспечению условий для роста профессионализма врачей медицинским ассоциациям убедительны каждый по своему, было решено получить и консолидировать в ходе исследования оценки самих ключевых акторов планируемых перемен в лице руководителей профессиональных ассоциаций, врачей различного профиля и экспертов.

В ходе данного исследования мы попытались ответить на ряд важных вопросов,- **готовы или не готовы медицинские организации взять на себя новые функции по обеспечению роста профессионализма врачей? Какие иные институциональные механизмы, помимо ассоциаций, могут быть выработаны для реализации новых задач? Какое место в этом процессе следует отвести государству? Как сами ключевые акторы оценивают возможности взаимодействия государства и профессиональных ассоциаций в деле обеспечения роста профессионализма врачей?**

Ответы на поставленные вопросы искались путем решения следующих исследовательских задач:

- Описать ограничения и преимущества государства и медицинских ассоциаций (на примере НМП) как институтов обеспечения профессионального роста врачей

- Проанализировать условия и институциональные механизмы, препятствующие сегодня передаче всей полноты функций по обеспечению роста профессионализма врачей медицинским ассоциациям
- Описать альтернативные сценарии обеспечения профессионального роста врачей, предлагаемые противниками идеи передачи функций контроля медицинским ассоциациям

В контексте данного исследования важным было то, чтобы оценки происходящего давались в приватном режиме самими руководителями медицинских ассоциаций, а также ведущими экспертами в данной области, которые, тем не менее, не носили публичного характера, во избежание «подстройки этих позиций» под распространенные точки зрения

С этой целью для исследования использовался метод глубинного интервью. Опираясь на позиции руководителей медицинских ассоциаций разного профиля, врачей и экспертов, мы попытались суммировать те трудности и проблемы, которые могут возникнуть в том случае, если медицинские ассоциации возьмут на себя труд регулировать работу медицинского сообщества. Кроме того, мы стремились не просто указать на возможные проблемы в этом движении, а сформулировать те меры, которые необходимо предпринять, чтобы трудности оказались преодолимыми.

Материалы, на которых строятся сделанные обобщения, были получены в ходе качественного исследования, Всего было проведено 25 интервью с руководителями ведущих медицинских ассоциаций, врачами из разных регионов и известными в этой области экспертами.

1. Государство как институт обеспечения профессионального роста врачей в России: оценки руководителей ассоциаций и экспертов

Размышляя о месте и роли государства в обеспечении профессионального роста врачей, большинство из опрошенных информантов

признают факт избыточности участия государства в этом процессе. Практически все настаивают на необходимости дальнейшей оптимизации происходящих здесь процессов. Под огонь критики часто попадает Минздрав России, который, по мнению респондентов *«стянул на себя множество функций и ни с одной из них не может справиться эффективно»*.

Пытаясь разобраться в последствиях такой жесткой централизации, которая не дает должных результатов, некоторые респонденты настаивают на необходимости как минимум смягчения сложившейся системы государственного доминирования по всем направлениям регулирования медицинской отрасли, и как максимум – коренной перестройке деятельности министерства за счет передачи его функций другим заинтересованным субъектам, чтобы избавиться от излишнего администрирования. Именно такой однозначной позиции придерживается исполнительный директор российского медицинского общества: *«Наличие в системе здравоохранения только административного регулятора приводит к её деградации и деградации врачебного сообщества.»*

Стянув на себя львиную долю функций, министерство часто не справляется даже с тем, что предписывают принятые законы, что естественным образом не улучшает положение дел в отрасли. Общественные организации на складывающемся властном фоне не могут ничего предпринять, так как не обладают должной законодательной базой. Дефицит законодательной базы сохраняет монополию министерства в регулировании отрасли. Такая монополия, по мнению одного из наших экспертов, с каждым днем становится все менее эффективной: *«У нас государственное регулирование сокращается, трансформируясь в тотальный контроль, без всякого регулирования, а общественные организации ничего не могут сделать»*.

Ограничено министерство и в способности налаживать взаимодействие с заинтересованными организациями что позволяет некоторым экспертам утверждать: *«Даже если министерству предлагается взаимодействие, оно*

совсем не обязательно соглашается это делать Но ведь в профессиональных ассоциациях состояли лучшие люди. Это были врачи, которые не просто имели политический вес и умели выступать, они были профессионалами с большой буквы».

.Но подобная претензия распространяется не только на Минздрав РФ, но и на региональные министерства, особенно если речь идет о взаимодействии между ними и медицинскими организациями разных форм собственности, что создает не лучшие условия для их работы: *«Я жду, когда государство начнет выполнять те функции, которые прописаны в основном законе об охране граждан. Там четко сказано: субъекты федерации на региональном уровне обязаны решать вопросы координации между всеми формами медицинских организаций. Но ни в одном регионе в минздравах не выделены специальные люди, которые бы занимались контактами»,* - замечает один из наших информантов.

Неэффективность деятельности министерских структур рождает позицию необходимости полного отказа от министерского регулирования в перспективе, как способа решения многих накопившихся проблем в отрасли. Подобная точка зрения приводится председателем ассоциации частных клиник, который ссылается на мнение своих коллег, однозначно свидетельствующее об избыточности тех функций, которые сегодня выполняются министерством: *«Мои коллеги убеждены, если завтра Минздрава не будет, то они будут также работать, ни хуже, ни лучше. И требования к себе как к врачам, у них при этом не изменятся. Мы так образованы и воспитаны, для нас важна репутация.»*

Тем более что во многих частных клиниках действует система собственного внутреннего аудита, которая по строгости не уступает тому, что делает Росздравнадзор.

Но и это не самый главный аргумент. Важнее другое – система может быть построена таким образом, что некачественное выполнение врачом своих функций, будет автоматически выталкивать врача за границы

деятельности, в том случае, если для сообщества главными становятся репутационные риски: *«Не должно быть контроля и надзора. А должно быть сообщество, основанное на репутационных рисках. Если врач работает хорошо, то все нормально. Но если он совершает ошибку, то он выкидывается системой и получает волчий билет. Вопрос репутации очень важен для специалиста. Его и можно сделать регулятором системы. А совсем не государство».*

Есть свои аргументы против усиления государственного регулирования и у региональных акторов. О необходимости отказа от государственного администрирования, осуществляемого региональными министерствами, говорит также один из руководителей ассоциации частных клиник. Его аргументы в пользу необходимости урезания жесткого администрирования опираются на опасения, связанные с тем, что сложившаяся вертикаль неизбежно будет вымывать из региональных министерств ярких лидеров и приведет «к десанту серости» в руководящие органы таких министерств

Однако столь радикальные и негативные оценки деятельности министерства разделяются далеко не всеми нашими информантами. Часть респондентов предлагает не спешить с урезанием функций Министерства, так как это может повлечь за собой передел сфер влияния в здравоохранении, и не все ныне действующие субъекты могут при этом рассчитывать на сохранение и рост своих ресурсов. Отсюда вытекает целесообразность сохранения за государством приоритетных функций обеспечения профессионального роста врачей: *«Государственная система – более формализована, нежели контроль со стороны медицинских организаций. Она не столь субъективна...как сообщество врачей. Человек, который дает оценку, он является чиновником. Он в любой момент, как чиновник, может получить упрек в том, что он как чиновник обязан быть объективным, а он не объективен, к примеру, к частным клиникам...Мы частные клиники, будем в несколько лучшем положении, выясняя отношения с чиновником, а*

не с коллегой из ассоциации. Если негативно оценивает профессиональное сообщество, то жаловаться уже некому.», - убежден один из руководителей ассоциации частных клиник.

Также министерство должно сохранять за собой функцию распределения финансовых потоков, стремясь во всем остальном искать баланс в распределении функций с другими заинтересованными акторами: *«Если говорить о том, как было бы хорошо, то здесь скорей всего надо говорить о распределении контроля и ответственности между министерством и другими акторами. Нужен баланс. Надо искать баланс сил между всеми акторами.», -*считает эксперт.

В свою очередь, сторонники сохранения доминирующей роли министерства в обеспечении профессионального роста врачей ссылаются, прежде всего, на наличие сформированных институтов повышения квалификации, разветвленной системы финансирования, перестройка которых потребует много усилий и не обязательно даст позитивные результаты.

Таким образом, исследование показывает, что далеко не все руководители ассоциаций безусловно признают необходимость полной передачи медицинским организациям функций по обеспечению профессионального роста врачей. Согласие сохранить за министерством ряд ключевых функций в данной сфере порождается сформировавшимся недоверием в способности медицинских ассоциаций осуществлять функции по оценке уровня профессионализма врачей объективно. Возможный субъективизм возвращает ситуацию к прежним границам, порождая страх перед институциональными изменениями. Можно признать, что страх этот не беспочвенный, но все -же серьезно преувеличенный. Более продуктивным является путь не сохранения статуса-кво, если речь идет о Минздраве РФ, а модель поиска баланса сил и ответственности, благодаря которой будет возможно оставить за каждым из акторов нового альянса выполнение тех функций, в которых он будет наиболее компетентен.

Готовы ли российские медицинские ассоциации взять на себя функции по обеспечению профессионального роста врачей: ограничения, функции, механизмы развития

Движение «снизу» инициированное НМП, предполагает, что в России может быть использован западный опыт работы ассоциаций, согласно которому процессы сертификации и ресертификации во многих зарубежных странах осуществляются самими врачами, объединенными в общественные или частно-государственные организации.

Настаивают на необходимости передачи части функций по обеспечению профессионального роста врачей собственно ассоциациям, подавляющее большинство опрошенных респондентов. Их аргументация подобного шага вполне убедительна: *«Профессиональные сообщества очень нужны. Это мое глубокое убеждение. Мы много лет проводили исследования с врачами и убедились в том, что сами врачи своей референтной группой считают свих коллег. Это не медицинская администрация, это не государство, которое платит им деньги, - это коллеги».*

Однако и позиции оппонентов выглядят вполне убедительно: *«Тоталитаризм нашего прошлого сильно недооценен. В действительности такого тоталитарного общества, как советское общество, вероятно нигде не было в течение последних 200 лет. Так что этот сценарий вполне своевременный, только страна у нас сильно отстала. Подтверждение этому есть. Наши медицинские ассоциации имеют во главе бессменных царей-президентов. Это самый первый признак того, что они не эффективны. Организации, в которых происходит смена, можно по пальцам пересчитать»*, - замечает эксперт.

Ссылается на характер политических процессов в стране, как ограничитель для включения в процесс профессионализации врачей, и руководитель одной из небольших медицинских ассоциаций, который видит

выход в отказе от политизации общества: *«Мое мнение- необходим решительный отказ от сохраняющегося верховенства политического аспекта над всеми другими, от политизации всей жизни общества. Необходимо решительный отказ от монополизации и централизма административного управления, от полной зависимости от Минздрава всей медицинской науки и практики, включая Академию медицинских наук.»*

Схожая настороженность присутствует в оценках респондентов относительно степени готовности существующих российских ассоциаций к проведению подобной деятельности. Доминирующая позиция - на этом пути много не просчитываемых рисков, хотя бы потому, что заранее невозможно ответить на вопрос: *«А чем ассоциация врачей будет лучше, чем существующая система надзора?»* В этом случае, по мнению респондентов, можно идти вперед, учитывая мнение профессионального сообщества, но для этого оно должно сформироваться. Тем более, что подобная конструкция весьма зависима от лидера.

Не менее важный аргумент –отсутствие необходимой законодательной базы к осуществлению подобной деятельности: *«Пока у нас есть законодательство о профсоюзах и закон об общественных организациях, говорить о некой роли профессиональных медицинских ассоциаций не приходится. Они в хороших условиях могли бы там во что-то развиваться. Но в нынешних обстоятельствах нет»*, - замечает эксперт.

Подтверждает законодательную неготовность ассоциаций к подобной деятельности и Президент НМП: *«Нужны, прежде всего — законы. Государство должно передать профессиональным ассоциациям вопросы аттестации и сертификации. Они в свою очередь должны работать над созданием стандартов лечения и контролировать, каким образом эти стандарты исполняются. Без подобного шага изменить ситуацию сложно»*.

Существующая неготовность ассоциаций к осуществлению необходимых функций, безусловно, лежит также в сфере финансового

обеспечения, которое сегодня нуждается в заметном увеличении. Из этого следует, что ассоциации нуждаются в системной, а не разовой государственной поддержке.

Но не только финансы и законодательство определяют слабость российских медицинских ассоциаций. Прежде всего, им не хватает мотивированного кадрового ресурса для осуществления столь сложной функции: *«Не готовы ассоциации к расширению функций и ответственности . Для этого надо целенаправленно готовиться и подбирать кадры в эти медицинские ассоциации. ...Должна быть определенная специализация, этого у нас нет. У нас кто в лес, кто по дрова...»*, -заявляет один из руководителей старейшей медицинской ассоциации.

Важными ограничениями являются также как неготовность самого врачебного сообщества к признанию власти ассоциаций, так и недоверие государства относительно того, что эти функции могут уйти из стен министерства. Сегодня многие медики колеблются между необходимостью государственного контроля и передачей части функций в сфере поддержания профессионализма медицинским ассоциациям. Это создает неопределенность и не вселяет уверенности в тех, на чьих плечах лежит принятие этого непростого решения: *«На самом деле на сегодняшний день едва ли ассоциации могут взять на себя функцию обеспечения профессионализма врачей. Думаю, что основная причина – это отсутствие единства среди глав даже крупных ассоциаций. В отношении того как и куда двигаться. То ли двигаться в сторону саморегуляции, то ли в сторону усиления государственного контроля. Но это не все. Пока даже нет доверия к медицинской профессии, к ассоциациям со стороны общества. Пока к ним нет доверия, государство никогда не даст ассоциациям возможности контролировать врачебное сообщество по линии профессионализма»*, замечает один из экспертов [18].

Серьезными ограничителями могут стать и сложившиеся практики взаимодействия между врачами, когда у врачей-звезд существует недоверие к молодым врачам, что может увеличивать необъективность принимаемых решений комиссиями из профессиональных ассоциаций: *«Препятствием для объективности может служить конкуренция между врачами, между рядовыми врачами и звездами. Данные исследований свидетельствуют о том, что врачи с именем далеко не все стремятся обучать молодых и передавать им свои технологии лечения. Однако именно врачи с именем должны будут заняться сертификацией и лицензированием. Здесь может появиться неожиданно много подводных камней»*, - замечает эксперт - социолог.

Это не означает, что все респонденты без исключения отказываются от идеи бесповоротно, но считают необходимым дать ассоциациям возможность подготовиться и нарастить ресурсы для подобной работы: *«Нужен подготовительный период. Я думаю, что ассоциация все равно заинтересована в проведении объективной сертификации врачей и объективном лицензировании медицинских организаций. Ассоциация не намерена в дальнейшем платить штрафы за плохо проведенную сертификацию или лицензирование. Они будут не заинтересованы в том, чтобы плохие врачи продолжали свою врачебную деятельность»*, - уверен эксперт.

Последовательными сторонниками постепенной передачи контрольных функций ассоциациям из-за их сегодняшней неготовности, являются руководители ассоциаций частных клиник, которые так и говорят, что пока к осуществлению всего спектра функций ассоциации частных клиник просто не готовы: *«Несмотря на то, что у нашей ассоциации есть на сегодня много функций, мы не рассматриваем вопроса о расширении функций за счет сертификации, лицензирования и прочего... У нас задача одна- представление интересов частных клиник, разработка программ частно-государственного партнерства по лоббированию интересов частных клиник. и пр. На*

сегодняшний день мы не готовы, и не хотим брать на себя эти функции», - заявляет руководитель региональной ассоциации частных клиник.

Присоединяются к этой точке зрения и эксперты, плохо веря в то, что российские чиновники способны осуществить кардинальные перемены в российской медицине. «Естественно я считаю, что не должно быть аврала в передаче функций. Сразу резко что-то передавать нельзя. Я не верю в то, что это будет жизнеспособно. Двигаться по этому пути все равно надо. Ведь чиновники из министерства ничего не изменят. Они все нововведения проводят из-под палки».

Необходимым условием для того, чтобы ассоциации взяли на себя широкий круг функций, по мнению некоторых руководителей, является объединение действующих ассоциаций в одну крупную национальную ассоциацию: «Первое, что надо сделать для того, чтобы это стало реальностью, – надо объединить ассоциации. Когда существует много организаций, занимающихся одним и тем же, это плохо. Государство должно каким-то образом содействовать объединению, стать посредником в этом процессе. Тогда это будет мощная организация, внутри которой можно будет выделить группы, каждая из которых будет заниматься одним направлением. И не надо бояться, что генералы- руководители не договорятся между собой. Если государство снимает с постов министров, то с генералами это будет легко», -замечает один из руководителей ассоциации.

Выделяют фактор напряженности в отношениях между руководителями медицинских ассоциаций как существенный и ряд опрошенных экспертов, однако связывают они ее, не с личностными, а с системными социально - правовыми причинами: «Существует некая напряженность в отношениях между руководителями ассоциаций.. Важным социальным фактором этого положения дел является неопределенность. Статус самих сообществ и статус руководителей очень не определен. Тогда как на самом деле эти права должны быть

делегированы и обозначены юридически очень четко. Иначе человек теряет мотивацию работы в подобной организации.. Если бы были четко определены права и обязанности ассоциаций, взамен существующих нечетких и размытых, и они бы точно знали, что есть тот кусок работы, за который они отвечают, то на этом фоне можно было бы сделать выборы».

Подобная раздробленность на руку чиновникам, потому что она ослабляет ассоциации и не дает действовать с консолидированных позиций. Это избавляет от перемен, которые назрели, выступая объективной причиной для их старта: *«Ситуация раздробленности на руку государственным чиновникам. Поэтому остается такое большое число ассоциаций. Эта раздробленность нужна государству, чтобы ничего не менять. Кто –то должен начать нормально работать»,* - убежден один из руководителей ассоциации.

Размышляя о круге тех функций, которые могут выполнять профессиональные ассоциации, руководители и эксперты сходятся во мнении, что на первом этапе нецелесообразно ассоциациям или объединенной ассоциации передавать весь спектр задач, которые в перспективе могут взять на себя ассоциации.

Наибольшее единодушие среди респондентов вызывает признание необходимости выполнения ассоциациями, прежде всего, защитной функции. По крайней мере, именно так считает Президент НМП: *«Одна из функций палаты — защита врачей Медицинское сообщество сегодня не защищено. И в нашем уставе есть целый раздел, посвященный защите врача. Это создание третейских судов, досудебное разбирательство, страхование профессиональной ответственности и т. д. Сегодня растет вал претензий к медицинским работникам. И нам надо постараться этот вал остановить».*

Также довольно часто упоминается необходимость делегировать ассоциациям право допуска к профессии и возможность официально вести

образовательные программы. Это позволит сделать подобные программы более практически ориентированными и даст возможность повысить мотивацию врачей к повышению своего профессионального уровня:

Но далеко не все видят в профессиональном обучении ключевую задачу для ассоциаций. Некоторые из экспертов настаивают на том, что ассоциации должны заниматься не образованием, а независимой социальной экспертизой врачебного сообщества, не стремясь при этом находиться «под крышей» министерства *«Ассоциации должны быть независимыми экспертами. Они должны независимо от государства подсказывать ему, что здесь можно улучшить. И оценивать деятельность существующей государственной системы. Они не должны набирать преподавателей и заниматься только функцией образования. Это не основное. За ними – контроль и социальная экспертиза.»*

Часть информантов выступает за осуществление таких функций как аттестация и сертификация врачей, а также лицензирование медицинских учреждений. Но с таким расширенным набором функций согласны далеко не все. Основной аргумент, который приводится экспертами, -отсутствие продуктивного опыта у одной из сторон в проведении столь сложных и ответственных для сообщества процедур: *«Пока трудно говорить о том, что реально сегодня могут ассоциации. Государство сегодня живет на одном острове, а ассоциации, - на другом. Когда появляется мостик, то надо еще научиться по нему ходить. Если сегодня отдать ассоциациям функции сертификации и лицензирования, то этот мостик просто обрушится. Первые шаги по взаимодействию надо делать очень осторожно»*

Особую тревогу в этой связи у информантов вызывает именно лицензирование. По мнению некоторых из них, лицензирование медицинских учреждений не должно быть отдано ассоциациям, так как его осуществление требует более широкого управленческого профессионализма, которым часто не владеют врачи: *«Я считаю, что врач занимается лечением, он не может заниматься лицензированием деятельности клиник.»*

Оценивать организацию, помещения, финансирование, это не дело врача. Это дело главного врача, АХЧ и др. Врач даже хороший, не обладает нужными компетенциями», - убежден один из руководителей ассоциации частных клиник.

Президент НМП предлагает решить данную проблему схожим образом,- не за счет лицензирования медицинских учреждений, а лицензирования самого врача, используя для этого механизм индивидуального лицензирования: *«Мы пытаемся сейчас ставить вопрос о лицензировании не учреждения, а доктора. В этом есть здравый смысл. Например, сейчас много есть примеров, когда больница имеет лицензию на лечение онкологических больных, при этом единственный доктор-онколог может заболеть, уехать в отпуск, уволиться, а лицензия будет продолжать действовать. В процессе работы палаты, мы должны понять, достаточно ли сертификации, или нужно вводить индивидуальное лицензирование».*

Таким образом, проделанный анализ позволяет говорить о том, что на пути передачи новых функций ассоциациям больше трудностей, нежели благоприятствующих факторов. Трудности эти таятся как в устройстве государственной системы, с ее недемократическим профилем, недостаточностью правового обеспечения, слабой кадровой политикой, так и внутри самого врачебного сообществ. И это, пожалуй, труднее всего преодолеть на пути к переменам. Тем не менее, и руководители ассоциаций и эксперты убеждены – двигаться по пути децентрализации необходимо. Инициатором подобного движения вперед, как это видится респондентам, должно вновь выступить государство. Сами себе врачи доверяют плохо. Именно поэтому они говорят о необходимости постепенной передачи функций от министерства к ассоциациям. Важно то, что ассоциации при этом не собираются воевать с министерством, а согласны с ним сотрудничать. Пока такие площадки для сотрудничества работают плохо, но по мере старта проекта их можно будет усовершенствовать.

Безусловно, если опираться на прагматическую логику, то можно утверждать, что имеется слишком много «но», для того, чтобы проект реально был осуществлен. Однако общественный запрос на подобные перемены все-таки назрел, и отказываться от них вряд ли правомерно. Хотя нельзя однозначно предсказать, будет ли подобное движение движением вперед, или мы будем вынуждены вернуться к исходным позициям, разочаровавшись в общественных структурах.

Государство и ассоциации: сегодня необходимо сотрудничество...

Несмотря на то, что информанты демонстрируют неудовлетворенность работой Минздрава РФ по обеспечению профессионального роста врачей, с одной стороны, а с другой, – отказываются сполна доверять ассоциациям, предвидя неоправданный субъективизм, все же многие из них видят выход из сложившейся ситуации в налаживании совместных форм деятельности по обеспечению профессионального роста врачей между государством и ассоциациями.

Аргументируя необходимость объединения усилий государства и медицинских ассоциаций, руководители общественных организаций убеждены, что государство само должно быть заинтересовано в снятии с себя избыточных функций контроля: *«Без поддержки государства здесь ничего не сделать. Государство должно быть заинтересовано не только в развитии гражданского общества в стране, но в снятии с себя части ответственности и передачи полномочий общественным организациям. Но такая заинтересованность есть лишь у отдельных лиц государства, а в целом ее совсем не чувствуется».*

Передача ответственности, однако, возможна только в том случае, если в намечаемом альянсе профессиональные ассоциации будут иметь не декоративную, а реальную власть и влиять на развитие событий. Это заставило бы государство не просто принимать во внимание позицию профессиональных ассоциаций, но руководствоваться ей, если даже

общественные организации не соглашаются с предложениями, идущими от государственных структур: *«Государственный контроль точно никуда не должен исчезнуть. Однако определенные функции должны выполнять профессиональные ассоциации по мере готовности. Сейчас они к этому не готовы. Государственный контроль во всех странах, наиболее эффективен. Подобный контроль работает во всех странах вместе с профессиональными медицинскими объединениями. И в каждой стране есть ассоциация или палата, которая объединяет врачей, которая работает совместно с государством. Например, Правительство в Германии само принять решение без ассоциации не может...Ассоциации в Германии – это мощная сила»*- замечает один из руководителей медицинской ассоциации.

Поддерживает идею передачи части функций по обеспечению профессионального роста врачей по мере их готовности и эксперт социолог, но только при наличии государственного контроля: *«Мне кажется, что медицинским ассоциациям должна быть отдана функция контроля за медицинскими знаниями. Такими, как повышение квалификации и защита врачей, лицензирование и сертификацию. При осуществлении этих функций ассоциациям может потребоваться дополнительный контроль со стороны государства.. Как это делается в Германии. Пока все сложно и непонятно Но сами врачи никакого решения не найдут. Это будет сложно и долго, а изменения нужны сейчас»*.

Также как представляется экспертам, важно, чтобы государство не просто передало функции ассоциациям, но выстроило определенную последовательность в их передаче, с согласия самих ассоциаций: *«Должна быть выстроена какая-то лесенка, она должна обсуждаться с представителями всех ассоциаций. Должно возникнуть некое общее понимание, что, собственно говоря, передается ассоциациям. Первый шаг должен идти от государства. И это должны быть мягкие шаги, чтобы мы не разломали уже существующие институты. Надо начать с того, что не*

навредит, и делать это с теми, кто добровольно согласится на расширение своих функций».

Важно, что сторонники делегирования части функций по поддержанию профессионализма врачей не стремятся поделить власть между тем или другим актором в пользу одной из сторон. Руководитель медицинской палаты специально подчеркивает, что палата не намерена брать функции министерства на себя, а, значит, антагонизма между этими структурами не должно быть:

Об этом же свидетельствует и один из наших экспертов: «Сами врачи, даже пироговцы, никогда не исключали государство из своих планов. Они наоборот говорили о том, что надо усиливать роль государства, пусть оно внимательно относится к ассоциациям, пусть оно субсидирует их работу. Это только частники хотят приблизиться к процессу сертификации и лицензирования. А государственным врачам хватает своей занятости. Рошаль хочет этим заняться и пусть занимается. К этому следует двигаться, но постепенно».

Однако государство, в лице министерства, чаще всего было глухо к предложениям ассоциаций, чем обусловило их достаточно скромное развитие на протяжении последних лет. Именно поэтому эксперты настаивают на целенаправленной поддержке ассоциаций со стороны государства, для того, чтобы они могли развиваться в полноценные структуры гражданского общества

Прежде всего, ассоциации, по мнению экспертов, нуждаются в финансовой поддержке, хотя и здесь целесообразно правильно выбрать приоритеты: *«Не надо втягивать специально ассоциации в партнерство с государством...Государству надо слушать и помогать.. Не мешать. Надо, чтобы всероссийские ассоциации имели постоянную поддержку, чтобы у них голова постоянно не болела по поводу того, из каких денег заплатить бухгалтеру....налоги»,* -убежден эксперт.

Осознавая насущную необходимость совместных усилий, представители частных ассоциаций предлагают создать в рамках государственно-частного партнерства новое Агентство, которое будет регулировать процессы профессионализации, опираясь и на отраслевые структуры, и на профессиональные ассоциации. Причем участие государства в этой работе необходимо. Явным преимуществом подобного агентства, по мнению информантов, будет то, что в данном случае можно будет предусмотреть передачу функций вместе с передачей кадров и при этом избавиться от монополизма министерства: Соединение чиновников и общественников в одной организации, поможет, по мнению респондента, снизить коррупционные аппетиты чиновников, так как общественники, как правило, имеют иную мотивацию для своей деятельности, нежели бюрократы. Работа в рамках государственно-частного партнерства поможет государству показать, что оно способно не только контролировать, но и помогать общественным организациям. Это также поможет чиновникам взглянуть на свои функции иначе, нежели в рамках привычных и устоявшихся схем, которые так мешают двигаться вперед сегодня. Правда эксперты к этой идее относятся сдержанно, но она, безусловно, заслуживает внимания.

Размышляя о возможных акторах социального контроля, некоторые из респондентов говорят о необходимости включения в этот процесс не только врачей, но и пациентов, На Западе пациенты принимают активное участие в принятии важных решений, касающихся врачебного сообщества и это по мнению экспертов вполне оправданно

Альянс, в лице государства и ассоциаций, ради достижения общих целей, не может сложиться одномоментно. Каждый из субъектов взаимодействия должен научиться понимать и принимать друг друга, а это может произойти только в том случае, если врачи будут иметь опыт взаимодействия с министерствами и научатся понимать язык чиновников, но

для этого «нужна повседневная практика взаимодействия, чтобы понять – у кого и что лучше получается», убеждены информанты.

Но не только чиновники должны избавиться от привычных схем взаимодействия с ассоциациями. Для формирования рабочих институтов о возможностях их функционирования должны задуматься и сами ассоциации, иницирующие данную идею. Кроме того, они должны выработать оптимальные способы взаимодействия друг с другом, которое на сегодняшний день нельзя назвать бесконфликтным. И отказаться от стратегии взаимного давления:

Не менее важно врачевным ассоциациям отказаться от привычки «угождать министерству» во избежание бюрократических неприятностей и предполагать, что министерство будет им помогать в осуществлении новых функций: *«Надо ставить на фигур, в которых нет привычной подчиненности перед министерством...И не надо надеяться на то, что министерство будет им помогать. Слушать министерство никого не будет. Самое страшное, что только может быть на пути к гражданскому обществу, когда за счет обюрокративания ассоциаций мы наращиваем бюрократическую структуру».*

Еще одним важным условием для того, чтобы такой альянс состоялся – является способность отказаться от взаимных страхов и пускать в свои ряды не только тех, кто демонстрирует послушание во всем, но и оппонентов..»*Люди должны быть конфликтны, а как иначе?»*-воскликает один из экспертов и с ним трудно не согласиться

Сложность поставленной задачи, однако, не означает, что ее можно отложить на неопределенный срок. По мнению респондентов необходимо постепенно продвигаться вперед и учиться по ходу движения согласовывать позиции друг друга. Однако постепенность не означает застой, которого обязательно надо стремиться избегать: *«Для того, чтобы что-то получилось, застоя не должно быть. Сразу надо начинать кочегарить. Делать это надо*

не останавливаясь, иначе это будет болото», - убежден один из руководителей медицинской ассоциации .

Таким образом, степень осознания того, что успех может быть достигнут только на пути объединения усилий государства и профессиональных ассоциаций, свидетельствует о том, что ассоциации сегодня не в состоянии взять на себя весь объем тех функций, которые на Западе переданы общественным организациям врачей. Это и плохо, и хорошо. Плохо, хотя бы потому, что привычно демонстрируемый патернализм мешает надеяться, что ассоциации когда-либо научатся делать это самостоятельно, привыкнув прятаться за широкой спиной государства. Хорошо, что они не переоценивают свои возможности, давая несбыточные обещания. Но в любом случае – пока говорить о том, что государство должно передать свои функции и забыть о них, вряд ли возможно. Поиск компромиссов – единственный путь, который может привести к оптимизации системы и созданию работающих институциональных механизмов, помогающих постепенно менять ситуацию к лучшему.

2. Обеспечение профессионального роста врачей: альтернативные сценарии

Возможности только государства выступать институтом обеспечения профессионального роста врачей, как показывают данные исследований, не устраивают сегодня ни экспертов, ни руководителей ассоциаций. По их мнению, государство справляется с этими функциями весьма неэффективно. Однако это не означает, что процесс поддержания и развития профессионализма врачей, необходимо обязательно передать медицинским ассоциациям, как единственно возможному актору будущих перемен. Именно поэтому мы намерены рассмотреть в данной статье предлагаемые экспертами и руководителями ассоциаций, альтернативные сценарии, не связанные с передачей профессионального роста в руки ассоциаций, но которые позволят снизить напряженность, связанную с необходимостью модернизации системы профессионального роста врачей.

Полученные в ходе интервью оценки позволяют выделить как минимум 4 сценария, который каждый по-своему ищут решения для назревших в этой области проблем.

Сценарий 1: «В консерватории бы что-то поменять...»

В рамках данного сценария, предлагаемого руководителями ассоциаций частных клиник делается упор не на идее подключения профессиональных ассоциаций к функциям контроля за профессионализмом, а на качественное улучшение уровня подготовки врачей в высших учебных заведениях. Это позволит, по мнению автора идеи, изначально формировать качественный профессиональный ресурс, который позволит впоследствии снизить издержки по организации громоздкой системы контроля.

Суть предлагаемого сценария сводится к ужесточению требований к качеству знаний дипломников, вплоть до недопущения «троечников» к лечебной деятельности: *«Если мы хотим повысить профессиональный уровень, то начинать надо с консерватории. Это первое, что надо делать. Мое предложение сводится к тому, что надо принимать в медицинские вузы всех желающих, но после первого семестра должны отсеиваться троечники . К диплому в лучшем случае останется половина. И на выходе из вуза должен быть жесточайший отбор. Цена вопроса слишком высока».*

Запуск данного сценария вполне оправдан, хотя бы потому, что он избавляет от необходимости дублировать функции государственной экзаменационной комиссии, которая выдает диплом государственного образца о допуске будущего врача к профессии:

Помимо этого нельзя утверждать, что врачи во всех случаях осознанно подходят к выполнению своих функций в действующих ныне аттестационных комиссиях. Так откуда берется уверенность, что в случае с профессиональными ассоциациями они будут безупречно выполнять предписанные функции профессионального контроля: *«Сейчас согласно законодательству врач через каждые пять лет должен проходить аттестацию. Или повышение квалификации. Это обучение он проходит у*

других врачей. Которые должны дать пришедшим врачам что-то новое. Практика показывает, что на самом деле нового они ничего не дают, а иногда на шаг или более они отстают от практикующего врача, пришедшего получить эту бумажку. Это превращается в формальную процедуру, которая на самом деле не дает того, ради чего задумана. Надо создать некий механизм в профессиональной среде, который заставляет врача профессионально расти. И это на самом деле будет являться главным стимулом».

Таким образом, в рамках данного сценария усилия государства должны быть потрачены не на укрепление ресурсов профессиональных ассоциаций, а на укрепление системы вузовской подготовки врачей, ужесточении критериев выдачи врачам дипломных сертификатов.

По нашей оценке данный сценарий выглядит вполне рационально, однако он не дает ответа на вопрос: а что делать с теми врачами, которые давно перешагнули постдипломный возраст?

Сценарий 2. «Реальная конкуренция как мотиватор перемен»

Данный сценарий также отрицает необходимость делегирования части функций по поддержанию профессионализма врачей ассоциациям. Он исходит из того, что медицинские организации необходимо поставить в такие условия, чтобы они были заинтересованы поддерживать уровень профессионализма своих врачей. Иначе они потеряют клиентов, а, следовательно, необходимое финансирование. Один из руководителей ассоциации частных клиник видит в предлагаемом варианте наиболее действенный рыночный механизм, который позволит постепенно решить многие из имеющихся здесь проблем: *«Мне кажется, что процесс контроля или допуска к профессии надо отдавать в руки не формализованным сообществам, а конкретным врачам поликлиник, больниц. Если на рынке медицинских услуг, включая рынок ОМС, будет реальная конкуренция между медицинскими организациями, независимо от формы собственности, благодаря чему человек будет свободно перемещаться по рынку медицинских*

услуг, тогда будет проводиться реальный отбор. Конкуренция пациентов с полисом ОМС – первый шаг, который даст государству, владельцу сети учреждений, понять, куда хотят ходить люди, куда они реально ходят и как государству следует финансировать те медицинские учреждения, которые у него есть».

На следующем этапе государство получит возможность вести себя как эффективный собственник и за счет этого главные врачи поликлиник не только не потеряют, но и смогут повысить свои возможности по зарабатыванию денег:

В данном сценарии многое будет зависеть от пациента, и поэтому данный сценарий направлен «на оптимизацию снизу», в противовес всему тому, что можно назвать «оптимизацией сверху», которая к тому же нередко порождает массовые протесты населения и бывает не выгодна власти: «На основе осознанного выбора людей, министр здравоохранения или губернатор будет говорить населению, это не я закрываю поликлинику, это вы ее закрываете своим выбором или не выбором. Люди, Вы же сами выбираете куда ходить, а куда нет... Надо менять отношения между медицинской организацией и пациентом. Строить конкуренцию между медицинскими организациями. И тогда поменяется мотивация руководителей медицинских организаций».

Конкретное осуществление данного сценария должно строиться, по мнению другого руководителя ассоциации частных клиник по сертификационному принципу, который позволит медицинским организациям получать деньги от пациентов на добровольной, а не закрепленной основе: *«Надо переходить на сертификаты. По типу родового сертификата Он доказал свою успешность. Здесь можно действовать по аналогии. Родовой сертификат – это был глубокий и правильный шаг».*

Данный сценарий весьма радикален. Он предполагает коренную перестройку деятельности медицинских организаций. Его эффективность

может быть достигнута в крупных населенных пунктах и столичных городах. В то же время в небольших городах, селах и деревнях, он вряд ли сработает, потому что у населения нет конкурентного выбора из-за инфраструктурных и многих других проблем. В этом случае ситуация на большом российском пространстве вряд ли изменится качественным образом в лучшую сторону.

Сценарий 3. «Власть над профессионализмом медицинским учреждениям»!

Еще один сценарий, предлагаемый экспертами и руководителями ассоциаций- передать функции контроля за обеспечением профессионального уровня врачей непосредственно на уровень медицинских организаций. Суть этого альтернативного сценария в том, чтобы обеспечением профессионального роста врачей занимались не общественные организации в лице ассоциаций, а сами медицинские учреждения.

Аргументом в пользу данного сценария является тот факт, что сегодня горизонтальная и вертикальная саморегуляция в медицинских организациях идет, в том числе по неформальным каналам, и вряд ли ее стоит передавать на другие ступени, в том числе на уровень медицинских ассоциаций: *«Не стоит думать, что врачи сами совсем не следят за качеством медицинской помощи. Мне один эндокринолог в своем интервью рассказывал, как они объединялись с врачами других поликлиник, собирались каждый вторник и обсуждали сложные случаи. Тогда еще была жива их региональная ассоциация, но у них все равно были постоянные междусобойчики. Это можно рассматривать как некую стихийную форму повышения качества медицинской помощи. Самое важное – что это была их собственная инициатива, правда неформальная»*, -замечает эксперт.

Сторонники данного сценария убеждены – коллегам по медучреждению известно лучше кого и чему следует учить, нежели людям из ассоциаций: *«Мне кажется, что средства на это надо передать непосредственно в поликлиники и стационары, потому что руководство медицинских организаций, в которых работает врач, лучше знает, в каком*

наращивании профессионализма нуждается тот или иной врач. Должны быть средства на варьирование и учет реальной ситуации в том или ином медицинском учреждении», - замечает одна из экспертов.

Однако противников данного сценария гораздо больше, нежели сторонников. Основной аргумент, приводимый против этой идеи *«врачи не склонны выносить сор из избы»*. Более того, никто не поручится за то, что горизонтальная коррекция не активизирует эффект круговой поруки или всеобщего «доносительства» друг на друга: *«Существует круговая порука, как и доносительство. Если вдруг окажется, что кто-то допускает ошибки, то для такого врача перспектива закрыта. В следующий раз он накапает на обидчика, решившего быть справедливым...И все этим закончится. Делать что-то в пределах одной организации нельзя, это неправильно...Поэтому и нужны ассоциации»*, - замечает эксперт.

В ходе интервью обсуждались также врачебные конференции как возможный канал повышения профессионализма врачей, который может обеспечивать профессионализацию силами самого медицинского учреждения. Общий вывод – это возможный, но не исчерпывающий канал повышения. На узость врачебных конференций, как форм роста профессионального уровня, принятых внутри медицинских учреждений, на фоне сложной психологической обстановки, указывают не только сами врачи, но руководители медицинских ассоциаций: *«Профессиональные медицинские организации имеют много разных целей. Одна из целей – защита профессиональных интересов врачей. Врачебные конференции этим не занимаются. Конференция может выявить ошибки, указать на эти ошибки, но вообще-то в каждом коллективе врачи будут покрывать друг друга. Сейчас работать врачом невероятно сложно. Надо иметь в виду, какие процессы сейчас происходят во врачебном сообществе. Идет бегство из профессии. Просто бегство»*.

По мнению большинства опрошенных - это слабая форма контроля, которая осуществляется с опорой на непрофессиональные критерии. Более

того, она часто прикрывает отсутствие реального контроля, который весьма необходим: *«Внешний контроль должен быть. Не только утренние врачебные конференции.. Не только жалобы... У нас же какие критерии? Осложнения, внутрибольничные инфекции.. отсутствие нарушений профессиональной этики...и др. Чтобы врачи не пьянствовали, чтобы они были на работе...Еще есть профессиональные критерии, которые на самом деле никто не проверяет. А это влечет за собой смертельные ошибки, которые прикрываются...чтобы не выносить сор из избы...»*.

С этими аргументами трудно не согласиться, но они не единственные в этом ряду. Другой не менее сильный аргумент-контроль на уровне одного медицинского учреждения не позволяет увидеть ситуацию в целом, тогда как реализация его на уровне ассоциации позволяет вскрыть весь масштаб имеющихся здесь проблем.

Еще один озвучиваемый аргумент,- зачем отдавать это на откуп медицинским учреждениям, если проще придумать единую тестовую систему, которая позволит оценивать врачей, используя однозначные критерии: *«Стоит ли оставить контроль врачебными коллективами? Я бы не стал этого делать. Что такое контроль и допуск к врачебной деятельности? Это простая процедура, которую можно провести с использованием стандартных тестов. Это несложная и понятная система с формальными оценками.»*, - замечает один из руководителей ассоциации частных клиник.

Данный сценарий имеет много противников, потому что медицинское учреждение это чаще всего закрытый институт, действующий по своим принципам. Отдавать контроль институтам, которые не имеют единых правил, и даже если имеют, склонны их нарушать, вряд ли оправданно. Сегодня потребность в независимой экспертизе выражена у медицинского сообщества гораздо сильнее, нежели доверие к своим непосредственным руководителям и даже коллегам. Это говорит о том, что подобный сценарий способен вызвать много конфликтов, нежели привести к решению проблем.

Тем более, что опыт США однозначно свидетельствует о том, что американские врачи в самом начале также передали функции оценки на откуп самим медицинским учреждениям, но потом были вынуждены отказаться от подобной схемы и передать эти функции крупным национальным ассоциациям

Сценарий 4. Национальная медицинская организация и другие новые структуры как альтернативные субъекты управления системой российского здравоохранения

Данный сценарий также предполагает отказ от передачи функций контроля за профессионализмом врачей медицинским ассоциациям. Вместо этого он предлагает создать новый институт – Национальную медицинскую организацию. Автор данной идеи, один из руководителей медицинской ассоциации, обосновывает свой сценарий возможных преобразований следующим образом: *«Сегодня в системе здравоохранения России, единственным управляющим регулятором является государство, а способ регулирования – это администрирование, т.е. приказ. Система профессионального регулирования как система законодательством не предусмотрена. Государство пока не определилось с тем, что должна собой представлять система врачебного самоуправления и саморегулирования. А такая система сегодня необходима».*

Для того чтобы перейти от администрирования к регулированию, необходимо создание новой системы профессиональной организации, в состав которой входят врачи и организаторы здравоохранения.

Отличие данной организации от медицинских ассоциаций имеет принципиальный характер. Она **не является общественной, а имеет статус административной структуры, в которую входят не чиновники, а организаторы здравоохранения и сами врачи:** *«Национальная медицинская организация (НМО)- является системой корпоративного управления и регулирования профессиональной деятельности врачей, а, следовательно, составной частью национальной системы здравоохранения.*

НМО представляет мнение врачей России как внутри страны, так и за рубежом. И может осуществлять свою деятельность по общему или специальному закону».

Необходимые условия для того, чтобы эта организация была создана и впоследствии выполняла свои функции, включают в себя несколько пунктов. Первый и основной: *«Создание и функционирование данной организации возможно при условии наличия политического решения и модели организации включающей: систему имущества, финансирования и выборов».* Однако как отмечает сам автор идеи *«в настоящее время общество мало информировано о принципах деятельности и структуре таких организаций».*

Однако совершить подобный шаг можно при условии, что Министерство здравоохранения РФ, как и региональные министерства не будут противостоять вновь созданной управляющей структуре:

Создание такой структуры позволит врачам стать субъектами права и избавит отрасль от противоречий в управлении. НМО позволит управлять, основываясь на совершенно иных принципах: *«Двадцатилетние мытарства отечественного здравоохранения связаны с тем, что в его системе врач не субъект права. Какие бы средства не направлялись в такую систему, она все равно будет разрушаться изнутри.».*

Но чтобы врачи стали субъектами права, необходимо появление именно такой организации, как считают ее проектанты: *«Стать врачу субъектом права без создания НМО невозможно, поскольку именно НМО несет имущественную ответственность и за результаты профессиональной деятельности врачей и за здоровье населения, разделяя эту ответственность с самим человеком, работодателем и государством».*

Однако утверждать, что система заработает автоматически после принятия политического решения вряд ли правомерно. Здесь нельзя действовать, опираясь на старые советские схемы и наивно полагать, что все заработает само собой. Действовать в обход Министерства РФ разработчики идеи не намерены, а потому предполагают не заменять административную

структуру, а дополнять ее по мере готовности функционала новой организации. Одновременно у них нет иллюзий, что все получится быстро и без трудностей. Основным препятствием на этом пути могут оказаться сами врачи, которые не захотят менять своих привычных схем работы, из которых они благополучно научились извлекать выгоду:

Но не только экономические мотивы врачей могут стать препятствием на пути перемен. Не меньшее значение будет играть сложившийся менталитет, согласно которому любое повышение ответственности врачей, работающих в органах управления, нежелательно.

Несмотря на то, что авторы идеи считают создание подобной организации средством для оптимизации системы здравоохранения в России, а некоторые даже убеждены, что ее строительство необходимо в случае, если старая система будет полностью разрушена, эксперты отнеслись к этому проекту весьма сдержанно.

Большинство из них убеждено, что создание новой организационной структуры, пусть с новыми полномочиями, это ничто иное как пополнение штата чиновников без видимого увеличения эффективности деятельности отрасли: *«Всякие новые структуры с расширенными полномочиями мы всегда умеем создавать. Так называемые рабочие группы. Это примерно, тоже самое, что сейчас пытаются сделать с Академией наук. Создать Агентство, якобы независимое и самостоятельное. Но это опасно увеличением чиновничества. Это еще одна бюрократическая структура. Хватит нам чиновников»*, - восклицает эксперт.

Еще один сценарий, предлагаемый ассоциацией частных клиник, это создание Агентства, в которое бы входили на паритетных началах все субъекты, заинтересованные в обеспечении роста профессионализма врачей. Это были бы и чиновники, представляющие министерства, и работники Росздравнадзора, и руководители ассоциаций государственных и частных

медицинских ассоциаций, которые бы совместно принимали решения в области повышения профессионализма врачей¹.

Однако и эта идея не получила однозначной оценки со стороны экспертов. По мнению одного из них такое Агентство незаметно может переродиться в централизованный орган с «невидимым подчинением» всех остальных игроков. Причина проста- у работников Минздрава есть свои резоны для расширения централизации.

Итак, если исходить из того, что штат чиновников в данном варианте действительно будет расти, то вряд ли предлагаемый замысел в лице НМО встретит одобрение в обществе. Реализация подобной идеи, возможна на наш взгляд только после длительных согласовательных процедур, в том числе с работниками министерства, которые не обязательно приведут к должному консенсусу. В целом, это вряд ли можно признать осуществимым проектом до тех пор, пока уровень профессионализма врачей не начнет по настоящему волновать как само медицинское сообщество, так и российское население.

Остальные предлагаемые варианты представляются нам более осуществимыми. Потому что в одном случае идея опирается на усилия коллективного актора с разными интересами, в другом же случае предполагает опираться на уже знакомые формы совместной работы. Но и в том, и в другом случае требуется большая организационная перестройка, которую нельзя осуществить одномоментно.

Заключение

Вряд ли данное исследование может дать окончательный ответ на вопрос о том, какие условия и институциональные механизмы могут обеспечить выполнение медицинскими ассоциациями новых для себя функций.

Сложность ответа на поставленные вопросы обусловлена тем, что озвучиваемые респондентами требуемые изменения носят слишком масштабный, а иногда противоречивый характер. Не помогают в данном

¹ Более подробно схема и задачи подобного агентства обсуждаются также в других разделах доклада.

случае и ссылки на западный опыт, который, как показывают данные исследования, не может быть скопирован без учета политической, экономической, правовой и гражданской составляющих планируемых перемен с учетом западных моделей.

Основные условия, которые озвучиваются респондентами для возможности движения по новому пути – развитие в России гражданского общества, изменение законодательной базы, перестройка менталитета, как врачей, так и чиновников, необходимость изменения привычных практик деятельности врачебного сообщества. Даже одно из называемого ряда условий не может быть реализовано в обозримом периоде времени. Но это не означает, что двигаться по этому пути невозможно совсем.

Если оценивать имеющиеся риски, то они, по мнению респондентов, концентрируются, прежде всего, в министерских структурах, которые не захотят делиться своей властью. По крайней мере, прошлый опыт диктует заинтересованным в переменах фигурам совсем не радостные воспоминания о прошлом. Какие бы решения не принимались на уровне министров, они всегда могут быть заблокированы чиновниками в том случае, если принятые новые правила противоречат их интересам. Поэтому правы те, кто настаивает на том, что это должна быть добровольная передача министерствами своих функций ассоциациям, что поможет снизить невидимый уровень сопротивления со стороны данного института. Приказы сверху не отменяют действующей системы интересов, поэтому только одних приказов мало.

Риски кроются не только в министерских коридорах, но и в низкой интегрированности российского медицинского сообщества, которое в активных действиях кого-либо всегда видит скрытые мотивы, и склонно помнить обо всех предшествующих неудачах, которые обязательно повторятся при каждом новом шаге. Предполагать, что эта ситуация изменится завтра в лучшую сторону вряд ли правомерно. Поэтому начинать надо «с малых дел», результат которых окажется настолько убедительным, что позволит превратить противников в сторонников.

Это тем более справедливо, что функции, которые могут быть переданы ассоциациям по контролю за врачебным профессионализмом, пока дебатироваться. Участники исследования предлагают «начинать с малого» и постепенно двигаться к расширению и усложнению этих функций, однако пока не будут продуманы институциональные механизмы и не подготовлен кадровый ресурс, расширение возможностей ассоциаций в этом направлении не является оправданным. О низкой готовности ассоциаций для осуществления широкого набора функций, говорят практически все, в том числе, и сторонники, и противники данной идеи.

Как это ни парадоксально, медицинские ассоциации сегодня конкурируют между собой за выбор пути, по которому надо будет идти ради позитивных перемен в российском здравоохранении. Иначе не объяснить тот факт, что большинство руководителей медицинских ассоциаций склонны отмечать, прежде всего, недостатки тех, кто пытается двигаться вперед, нежели их достоинства и перспективы. Конкуренция среди претендентов на место лидера заметно ослабляет ассоциации, и делает возможность их совместной работы, как этого требуют правила игры, весьма проблематичной. Именно поэтому путь объединения действующих медицинских ассоциаций в один пул пока представляется проблематичным. Хотя это не исключает того, что подобное объединение может при определенных условиях произойти *«особенно, если «генералам удастся договориться между собой»*

Таким образом, безусловного доверия со стороны врачей к ассоциациям нет, а это означает, что любые проблемы, которые могут возникнуть по ходу работы, будут интерпретироваться многими как не объективные, или, что еще хуже, как скрыто-коррупционные. Все это, безусловно, не прибавит энтузиазма членам ассоциации, который вполне может угасать по мере движения по этому пути.

Именно поэтому вполне обоснованно звучат предложения экспертов и руководителей ассоциаций о налаживании рабочего партнерства между

всеми акторами данного процесса, ради смягчения ограничений каждого из них. Однако для того, чтобы «ходить по мостику» между государством и ассоциациями», необходимо согласие обеих сторон на выполнение подобной работы, и доверие к усилиям каждого. Но именно доверия пока заметно не хватает.

Столичная и провинциальная медицина живут по-разному. Нельзя ожидать, что готовность московских или Санкт-Петербургских ассоциаций к переменам будет означать сформированность системы в целом к расширению своих функций. Региональные контексты в этой ситуации чрезвычайно важны, однако, как показывают результаты исследования, готовность региональных структур к подобным изменениям очень низка. Несамостоятельность региональных отделений, дефицит ресурсов, ориентация на решение местных задач, - вот та реальность, в которой придется действовать. Наиболее оптимальным в этом случае вариантом, является опора на региональные «точки роста», который позволит отработать тестовый режим для новых задач.

Безусловно, нельзя говорить о том, что перемены будут быстрыми. Надежды, связываемые сегодня с НМП и ее лидером Леонидом Рошалем, как считают некоторые эксперты *«явно завышены»*. Хотя бы потому, что для организации своей деятельности НМП пользуется административным ресурсом, а это явно противоречит идеологии общественных организаций. Однако пока столь активно действующих на этом поле структур со стороны врачебного сообщества нет. Одна из ассоциаций имеет свой план действий по созданию Национальной медицинской организации, которая позволит сделать врача субъектом права, и тем самым, разрешит ряд правовых противоречий на этом пути. Но согласования, которые нужно будет пройти проектантам, чтобы реализовать свою идею, столь велики, что для этого потребуется еще более долгое время, чем нужно для становления НМП, и не факт, что они будут достигнуты.

Но и НМП, являющаяся лидером перемен, несмотря на определенное организационное и законодательное опережение, не может по мановению волшебной палочки превратиться в действующую структуру, которая умеет все. Нужны инвестиции со стороны государства в тех людей, и в те методики, которые позволят продвинуться вперед по этому пути. Нужна последовательность действий по постепенному овладению ассоциациями новых функций. Нужен объективный контроль за подобной работой со стороны СМИ, без повышенного внимания к выдуманным скандалам и внутренним распрям. Недоброжелательность СМИ способна похоронить любую идею.

И последнее. О неспособности лидеров договариваться между собой, которое было четко зафиксировано в ходе исследования. Представляется, что данное ограничение вполне может быть преодолено с помощью принятия четких правил игры, которые могут быть предложены государством. Так проще их принять как руководство к действию. Сработает сложившаяся привычка. Перемены нужны, поэтому ради них можно пожертвовать статусами. Ведь профессиональный авторитет при этом все равно никуда не исчезнет.

Список литературы:

1. Мансуров В., Юрченко О. Российские врачи: профессионализация сверху или саморегулирование профессии? В кн. Антропология профессий или посторонним вход разрешен. П.В. Романов, Е.Р. Ярская-Смирнова. Москва: ООО "Вариант", Центр социальной политики и гендерных исследований; 2011. С. 171-187.

2. Краснопольская И. Ума палата. *Российская газета*. №5082. (3)2010. 13 января.

3. Присяжнюк Д., Собирай Е. Новые контуры социальных отношений в сфере профессиональной занятости. *Социологические исследования*. 2010; 9: 138.

4. Попова И.П. Профессиональные ассоциации: тенденции исследований в западной социологии профессий. В кн.: Профессионалы в эпоху реформ: динамика идеологии, статуса и ценностей. В.А. Мансуров, редактор. Москва: Институт социологии РАН, РОС; 2013. С.64-66.

5. Рошаль Л. Просто надо честно работать. *Бизнес России*. 2013 октябрь; 152 (10): 75.

6. Brennan T.A., Horwitz R.I., Duffy F.D., Cassel C.K., Goode L.D., Lipner R.S. The role of physician specialty board certification status in the quality movement. *JAMA* 2004; 292 (9): 1038-1043.

7. Dalsing MC. Industry working with physicians through professional medical associations. *Journal of Vascular Surgery*. 2011 Sep;54(3 Suppl) Pages 41-46

8. Fakih M.G., George C., Edson B.S., Goeschel C.A., Saint S. Implementing a national program to reduce catheter-associated urinary tract infection: A quality improvement collaboration of state hospital associations, academic medical centers, professional societies, and governmental agencies. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2013 October; 34 (10): 1048-1054.

9. Freidson E. Professional powers. A study of institutionalization of formal knowledge. University of Chicago press, 1986. P. 187.

10. Halliday T. Beyond monopoly: Lowers, state crises, and professional empowerment. The University of Chicago Press, 1987. XIII.

11. Hawkins R., Lipner R., Ham H., Wagner R., Holmboe E. American Board of Medical Specialties Maintenance of Certification: Theory and Evidence Regarding the Current Framework. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2013; 33 (S1): 7-19.

12. Heart E. Relations between professional medical associations and healthcare industry, concerning scientific communication and continuing medical education: a policy statement from the European Society of Cardiology. *Revista portuguesa de cardiologia: órgão oficial da Sociedade*

Portuguesa de Cardiologia. *Portuguese journal of cardiology* 2012 July; 31: 7-8: 529-538.

13. Holmboe E. Maintenance of Certification, Revalidation, and Professional Self-Regulation. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2013; 33 (S1): S63–S66.

14. Lannon C.M., Peterson L.E. Pediatric collaborative networks for quality improvement and research. *Academic Pediatrics* 2013 November; 13 (6 Suppl.): S69-S74.

15. Lipner RS, Hess BJ, Phillips RL Jr. Specialty board certification in the United States: issues and evidence. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2013; 33 (S1): 20-35.

16. Macdonald K.M. *The sociology of the professions*. London: Sage publications, 1995. 240 p.

17. Meyers L., Gibbs D., Thacker M., Lafille L. Building a telehealth network through collaboration: The story of the Nebraska statewide telehealth network. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2012 October; 35 (4): 346-352.

18. Schofferman J.A., Eskay-Auerbach M.L., Sawyer L.S., Herring S.A., Arnold P.M., Muehlbauer, E.J. Conflict of interest and professional medical associations: The North American Spine Society experience. *Spine Journal*. 2013 August; 13 (8): 974-979.

19. Shaw J.S., Norlin C., Gillespie R.J., Weissman M., McGrath J. The national improvement partnership network: State-based partnerships that improve primary care quality. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2013; 33 (S1): 10-19.

References

1. Mansurov V. Yurchenko O. Russian doctors : professionalization top or self- occupation? // Anthropology professions or unauthorized entry is permitted. Ed PV Romanova, ER Yarskaya -Smirnova . M. 2011 P.171- 187.

2 . Krasnopol'skaya I. Mind Commerce // Rossiyskaya Gazeta . Number 5082 . (3) 2010 . January 13.

3 . Prysiashniuk D. Collect E. New contours of social relations in the field of professional employment // Case Studies . Number 9. 2010

4 . Popova I.P. Professional Association: Trends in Western sociology research professions. / Professionals in the reform era : the dynamics of ideology , status and values. Ed. VA Mansurov . M, Isra , ROS . 2013 . P.64- 66.

5 . Roshal L. Just be honest work . // Business Russia № 10 (152) in October 2013 , P.75.

6. Brennan, T.A., Horwitz, R.I., Duffy, F.D., Cassel, C.K., Goode, L.D., Lipner, R.S. The role of physician specialty board certification status in the quality movement Journal of the American Medical Association, 292 (9), 2004. Pages. 1038-1043.

7. Dalsing MC. Industry working with physicians through professional medical associations. Journal of Vascular Surgery. 2011 Sep;54(3 Suppl) Pages 41-46

8. Fakih, M.G., George, C., Edson, B.S., Goeschel, C.A., Saint, S. Implementing a national program to reduce catheter-associated urinary tract infection: A quality improvement collaboration of state hospital associations, academic medical centers, professional societies, and governmental agencies. Infection Control and Hospital Epidemiology Volume 34, Issue 10, October 2013, Pages 1048-1054

9. Freidson E. Professional powers. A study of institutionalization of formal knowledge. University of Chicago press, 1986. Page 187.

10. Halliday T. Beyond monopoly: Lowers, state crises, and professional empowerment. The University of Chicago Press, 1987. XIII.

11. Hawkins R., Lipner R.; Ham H.; Wagner R., Holmboe E. American Board of Medical Specialties Maintenance of Certification: Theory and Evidence Regarding the Current Framework. Journal of Continuing Education in the Health Professions Volume 33, Issue S1, 2013. Pages 7-19.

12. Heart E. Relations between professional medical associations and healthcare industry, concerning scientific communication and continuing medical education: a policy statement from the European Society of Cardiology. *Revista portuguesa de cardiologia : órgão oficial da Sociedade Portuguesa de Cardiologia - Portuguese journal of cardiology : an official journal of the Portuguese Society of Cardiology*. Volume 31, Issue 7-8, July 2012, Pages 529-538.

13. Holmboe E. Maintenance of Certification, Revalidation, and Professional Self-Regulation. . *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. Volume 33, Issue S1, 2013. Pages S63–S66.

14. Lannon, C.M., Peterson, L.E. Pediatric collaborative networks for quality improvement and research. *Academic Pediatrics* Volume 13, Issue 6 SUPPL., November 2013, Pages S69-S74

15. Lipner RS, Hess BJ, Phillips RL Jr. Specialty board certification in the United States: issues and evidence. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* Volume 33, Issue S1, 2013. Pages 20-35.

16. Macdonald K.M. *The sociology of the professions*. London: Sage publications, 1995. 240 p.

17. Meyers, L. , Gibbs, D., Thacker, M., Lafille, L. Building a telehealth network through collaboration: The story of the Nebraska statewide telehealth network. *Critical Care Nursing Quarterly*. Volume 35, Issue 4, October 2012, Pages 346-352

18. Schofferman, J.A., Eskay-Auerbach, M.L., Sawyer, L.S., Herring, S.A., Arnold, P.M. , Muehlbauer, E.J. Conflict of interest and professional medical associations: The North American Spine Society experience. *Spine Journal*. Volume 13, Issue 8, August 2013, Pages 974-979

19. Shaw, J.S. , Norlin, C., Gillespie, R.J., Weissman, M., McGrath, J. The national improvement partnership network: State-based partnerships that improve primary care quality. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. Volume 33, Issue S1, 2013. Pages 10-19.

Алла Евгеньевна Чирикова – д.с.н.

Должность и место работы:

1. Ведущий научный сотрудник Центра политики здравоохранения, Национальный исследовательский университет Высшая школа экономики, Москва
2. Главный научный сотрудник Института социологии РАН, Москва.

Координаты: моб. тел. 8-916-790-07-31 , e-mail chirikova_a@mail.ru

Елена Анатольевна Тарасенко – к.с.н.

Должность и место работы:

Старший научный сотрудник Центра политики здравоохранения, доцент кафедры управления и экономики, Национальный исследовательский университет Высшая школа экономики, Москва

Координаты: моб. тел. 8-909-799-47-83 , e-mail etarasenko@hse.ru ;
elenatar05@mail.ru

ⁱ Статья написана в рамках проекта «Направления и механизмы формирования интегрированной, транспарентной и эффективной системы здравоохранения», выполненного в Центре фундаментальных исследований НИУ-ВШЭ в 2013 году.