



Научная статья
DOI [10.19181/nko.2026.32.2.8](https://doi.org/10.19181/nko.2026.32.2.8)
EDN [IRKMEB](https://edn.irkmeb.ru)
УДК 316.334:61



П. С. Ерошук¹

¹ Российский государственный гуманитарный университет. Москва, Россия

ТРАНСФОРМАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АВТОНОМИИ РОССИЙСКИХ ВРАЧЕЙ В УСЛОВИЯХ НОВОЙ РЕАЛЬНОСТИ

Аннотация. В условиях масштабной трансформации системы здравоохранения Российской Федерации проблема профессиональной автономии врача приобретает особую значимость. Стандартизация медицинской помощи, внедрение цифровых технологий, усиление контрольно-надзорных механизмов и изменение модели взаимодействия с пациентами формируют противоречивую среду, где традиционные представления о врачебной самостоятельности сталкиваются с жёсткими регуляторными требованиями. Для определения оптимальной модели функционирования отечественной медицины как социального института в статье проводится оценка текущего состояния и субъектов регулирования врачебной автономии. Методологическую основу исследования составляют концепции «гибридного профессионализма» М. Ноордеграафа и подходы к изучению профессиональной автономии в зарубежной и отечественной социологии. Эмпирическую базу составили данные Росстата о структуре медицинских организаций, а также системный анализ нормативно-правовой базы РФ в сфере охраны здоровья и образования. В ходе исследования установлено, что в России профессиональная автономия врачей реализуется преимущественно в рамках модели «регулируемой самостоятельности», где ведущая роль в формировании политики сохраняется за государством, а профессиональные сообщества выполняют лишь дополняющие функции. Выявлены ключевые факторы, ограничивающие автономию на индивидуальном и групповом уровнях: трансформация восприятия врача пациентом на фоне свободного доступа к медицинской информации; развитие сервисов искусственного интеллекта; рассогласованность в ожиданиях врача и пациента; опосредованное влияние сообщества на образовательные программы, а также законодательные инициативы, сужающие карьерную мобильность молодых специалистов. Сделан вывод о том, что для улучшения социального положения медицинских работников и роста престижа профессии необходимо смещение акцентов в регулировании. Усиление позиций врачебных сообществ и расширение их реального влияния на этический контроль и образовательные стандарты возможно при принятии управленческих мер, легитимизирующих новые формы равноправного взаимодействия профессиональных ассоциаций с государственными органами.

Ключевые слова: клиническая автономия врача, организационная автономия, экономическая автономия, здравоохранение, цифровизация, бюрократизация медицины, профессиональная автономия

Для цитирования: Ерошук П. С. Трансформация профессиональной автономии российских врачей в условиях новой реальности // Наука. Культура. Общество. 2026. Т. 32, № 2. С. 122–139. DOI [10.19181/nko.2026.32.2.8](https://doi.org/10.19181/nko.2026.32.2.8). EDN [IRKMEB](https://edn.irkmeb.ru).

Введение. Профессиональная автономия врача — один из составляющих элементов профессионализма, который предполагает выполнение различных трудовых задач с вариативным способом решения и предполагаемым, хотя и неопределённым заранее итогом этой деятельности. Она присуща профессиям как высокостатусным занятиям, имеющим ряд признаков, таких как высокая

степень интеллектуального труда, опора на научные знания, выстроенная система обучения и квалификации, личная ответственность и заинтересованность профессионалов в поддержании общественного благополучия [1; 2, с. 583–584; 3, с. 13; 4, с. 39]. Автономия рассматривается исследователями не только как принцип медицинской этики и организации здравоохранения, предполагающий право и способность медицинского работника самостоятельно принимать клинические решения на основе профессиональных знаний, опыта и этических норм, но и как основа саморегулирования профессии. В современной России этот принцип сталкивается с комплексом вызовов, обусловленных изменением модели взаимодействия врача с пациентом и социальными институтами, трансформацией системы здравоохранения, усилением регуляторных механизмов и цифровизацией медицины.

Актуальность исследования продиктована рядом трансформационных процессов, происходящих в сфере здравоохранения в последнее десятилетие. К ним относятся реформирование здравоохранения, включающее внедрение новых стандартов оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, систем контроля качества и электронного документооборота, которые существенно меняют условия профессиональной деятельности врача, ограничивая пространство для самостоятельных решений. Рост правовой грамотности пациентов, развитие института информированного согласия и медицинских споров повышают ответственность врача и одновременно усиливают давление на его профессиональную автономию. Цифровизация (электронные медкарты, телемедицина, ИИ-ассистенты) трансформирует процесс принятия решений, требуя переосмысления границ самостоятельности врача.

Исследовательская проблема заключается в необходимости поиска оптимального уровня выраженности профессиональной автономии. Такой уровень должен поддерживать авторитет врачебного сообщества, усиливать его влияние на формирование политики в области здравоохранения на государственном и региональном уровнях, а также повышать престиж профессии. Это необходимо для устойчивого воспроизводства кадров и успешного удовлетворения потребностей общества в профилактике, лечении заболеваний и сохранении здоровья.

В связи с этим возникает необходимость оценки состояния профессиональной автономии врачей, влияния на неё различных институциональных и организационных факторов и поиска возможных путей её расширения.

Автономия врача: исторический аспект и структурные элементы понятия.

Врачебная автономия как право и возможность врача действовать на основе своих профессиональных знаний и убеждений, а не под давлением внешних сил (государства, страховых компаний, администрации, фармацевтических фирм и т.д.) не раз становилась предметом исследования отечественных и зарубежных социологов. Во второй половине XX в. преимущественно американскими и британскими социологами были определены основные характеристики понятия профессиональной автономии, рассмотрена её динамика в разных государствах и выдвинуты утверждения о взаимосвязи политической и экономической систем, господствующих в данном государстве, с организацией здравоохранения и условиями труда врачей [5, с. 47–48; 6, с. 42–45; 7, с. 13–16]. В советской науке рассмотрение автономии как одного из основных явлений, отражающих состояние условий труда врачей, не входило в поле зрения социологов в связи с господством социально-экономической и политической модели общества,

проявлявшей признаки государственного патернализма по отношению к труду граждан [8, с. 364]. В настоящее время тема врачебной автономии вновь становится актуальной в связи с реформированием системы подготовки медицинских работников, кадровым кризисом, трансформацией отношений между врачом и пациентом.

Согласно исследованиям американского социолога Эллиота Фрейдсона, профессиональная автономия врача базируется на технической автономии — обладании специальными знаниями, навыками и способами осуществления практической деятельности, которые столь сложны, что недоступны обывателям и не-членам профессиональной общности. Фрейдсон считает именно техническую автономию базой, на которой представители профессии получают автономию в других областях — политической, экономической и др. Обладая экспертным знанием в области медицины, профессионалы имеют возможность, действуя в очерченных законодательством рамках, изменять границы этих рамок вопреки установкам руководящих и планирующих органов [9, с. 25–26].

Изучая состояние медицинской автономии в США, Британии и Советском Союзе в 60-х гг. XX в., Фрейдсон отмечал три различных подхода к её формированию. Он выделил высокую степень медицинской автономии в США, которую профессиональное сообщество завоевало благодаря открытой политике государственной власти, делегировавшей решение многих вопросов профессиональной ассоциации медицинских специалистов — Американской медицинской ассоциации. Этот орган, действующий через своих представителей, избираемых из числа её членов, ответственен за формирование методических основ лечебного процесса, а также за производство медикаментов, разработку медицинских инструментов и за регулярный пересмотр кодекса этики врача. Немаловажным направлением работы также являлось лицензирование и допуск врачей к практической деятельности. Таким образом, именно профессиональное сообщество было ответственно за регулирование всей медицинской деятельности в стране исходя из рыночной ситуации и имевшейся потребности во врачах.

Британская модель организации здравоохранения, построенная на взаимодействии медицинской ассоциации и министерства здравоохранения, предоставляла меньший объём автономии врачам, оставляя им свободу в клинической и научной работе, но исключив возможность самостоятельно организовывать свой труд в связи с принятием государственных планов по оказанию медицинской помощи и её финансированию. Данная модель представляет собой компромисс между интересами участников системы здравоохранения, который удовлетворяет интересы государства и общества в потреблении медицинских услуг и предоставляет врачам право на отстаивание своих интересов и их лоббирование в органах власти.

Советская модель здравоохранения представляется Фрейдсону как предоставляющая наименьшую автономию врачам в связи с плановым характером экономики, подчиняющим себе все отрасли народного хозяйства. Организационно медицинская деятельность регулируется министерством здравоохранения, включая заработные платы и объём рабочей нагрузки, определяемый бюрократической медицинской системой. При этом в стране отсутствовали частные медицинские ассоциации, которые могли бы представлять интересы врачей перед государством и пациентами и регулировать их деятельность. Таким образом, советское государство обладало монополией на установление организационной и экономической зависимости врачей при осуществлении медицинской

деятельности, оставляя лишь простор для принятия клинических решений на уровне лечебного процесса [9, с. 27–45]. В современной России сформирована модель здравоохранения, вобравшая черты британской и советской, которая сохраняет определённую подчинённость врачебного сообщества государственным органам, предоставляя возможность представителям сообщества формировать клиническую политику системы здравоохранения.

Д. Сальваторе утверждает, что профессиональная автономия врачей включает в себя три компонента — клиническую автономию на индивидуальном уровне практики, социально-экономическую автономию и организационную автономию [10, с. 2]. Подход автора позволяет оценить социальное положение врачей в процессе их трудовой деятельности и степень их влияния на принятие решений внутри медицинской организации и на формирование общих принципов и рамок здравоохранения. Схожей позиции, хотя и в отношении профессиональной группы учителей, придерживается М. Фростенсон, который выделяет три формы автономии: общую профессиональную автономию как способность профессиональной группы определять рамки преподавательской деятельности, коллегиальную профессиональную автономию как способность регулировать вопросы практической деятельности на уровне образовательных организаций, и индивидуальную автономию как способность самостоятельно выбирать способы и формы педагогической работы [11]. А. В. Прокофьев рассматривает автономию профессионала в аспектах отношений с клиентами с позиции субъекта, обладающего исключительными знаниями, недоступными клиенту, и отношений с обществом, которое стремится подчинить профессионалов внешнему контролю путём установки критериев оценки их деятельности [3].

Исследователи отмечают разрушение представлений о профессионализме, господствовавших в XX веке, и предлагают современные концепции профессионализма и профессиональной автономии. Так, М. Ноордеграаф утверждает, что деятельность врачей в настоящее время подвергается давлению извне и определяется принципами рациональности расходования средств, эффективности, конкурентоспособности, опоры на маркетинг из-за влияния позиций менеджериализма [12, с. 7; 13, с. 207].

Способность врача принимать лечебные решения самостоятельно, исходя из принципов наибольшей эффективности и наименьшего вреда для пациента, является одной из основ профессиональной автономии врача. Право на принятие самостоятельных клинических решений регламентировано законодательством. Ряд действий, таких как проведение диагностики, установление диагноза и лечение пациента проводит лечащий врач, который, однако, имеет право не ограничиваться только своим мнением, а пригласить для консультации врачей-специалистов, и, таким образом, организовать междисциплинарное обследование пациента. При этом выбор средств для диагностики и лечения также остаётся за врачом, с тем лишь ограничением, которое накладывают разработанные профессиональным сообществом клинические рекомендации и установленные порядки оказания медицинской помощи. Так, в целях применения наиболее действенных методов и средств лечения различных групп заболеваний, врачебные экспертные сообщества формируют регламентирующие документы, ограничивая применение неэффективных и вредных методов. Такое вынужденное снижение автономии является необходимым и действенным приёмом для поддержания высокого качества оказания медицинской помощи и недопущения выбора врачами экспериментальных и неодобренных вариантов лечения.

Вместе с тем, для соблюдения баланса прав пациента и врача законодательство разрешает врачу действовать без добровольного согласия пациента лишь в ограниченных случаях — при состоянии здоровья, имеющем непосредственную угрозу жизни пациента, а также в отношении граждан, страдающих социально значимыми, психическими заболеваниями, совершивших преступления, при проведении судебно-медицинской экспертизы, и при оказании паллиативной помощи лицу, которое по своему состоянию не способно выразить свою волю¹. В остальных случаях на каждое вмешательство необходимо согласие пациента.

Социальная и экономическая автономия врача — это возможность быть свободным от управленческого контроля, самостоятельно устанавливать себе уровень рабочей нагрузки, составлять расписание и выделять приоритеты в работе, а также формировать свой доход. Данный компонент разнится между странами, имеющими разные подходы к организации системы здравоохранения.

Согласно положениям представителя неомарксистского подхода в социологии Винсента Наварро, сектор медицины значительно контролируется и управляется держателями капитала, через которых протекают большие объёмы финансовых средств, распределяемых среди участников системы здравоохранения — это страховые компании и фонды [14, с. 150]. Влияние страховых компаний заключается в аккумуляции средств от медицинских страховок, установлении тарифов на выплаты за оказанную медицинскую помощь. Являясь связующим звеном между пациентом и врачом, страховые компании принимают решение о заключении договора с медицинскими организациями на основании соглашения о тарифах, которые могут быть ниже для страховой организации, чем для частных пациентов, не имеющих полиса страхования. У страховых компаний, следовательно, возникает возможность решать, будут ли медицинская организация или частнопрактикующий врач подключены к системе платного страхования или нет. Таким образом, распределяя деньги пациентов, страховые компании находятся в доминирующем положении.

Влияние на профессиональную автономию выражается путём контроля со стороны страховых медицинских организаций и фондов обязательного медицинского страхования, оплачивающих лечение пациентов. Переход к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, т.е. стандартизация подходов к выбору форм и методов лечения, обусловленная необходимостью достижения экономической эффективности, не позволяет врачу свободно выбирать тактику, а диктует готовые варианты лечения, разработанные профессиональным сообществом совместно с Минздравом. Отход от данных рекомендаций может являться поводом для проведения медико-экономических экспертиз оказания медицинской помощи, в рамках которых оценивается применение тех или иных методов лечения с точки зрения целесообразности расходования денежных средств фондов медицинского страхования. Таким образом, внешний контроль со стороны страховых организаций-плательщиков за лечением граждан оказывает значимое влияние на выбор тактики лечения врачами с целью минимизации нежелательных последствий за нецелевое расходование средств.

Организационная автономия определяет возможность врачей влиять на принятие решений внутри медицинской организации, которая зависит от

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.12.2025) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2026). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 01.05.2026).

установленного в организации типа управления, строгости иерархии должностей. Уровень организационной автономии в бюрократических организациях, как правило, невысок, в связи с тем, что полномочиями принимать управленческие решения наделён в соответствии с занимаемой должностью лишь ограниченный круг административно-управленческого персонала — руководитель организации, его заместители, и в меньшей степени — заведующие отделениями. Рядовые сотрудники зачастую не допускаются к принятию управленческих решений, однако согласно нормативным актам организации, могут участвовать в обсуждении вопросов, выносимых на общее рассмотрение руководством учреждения. Возможность оказывать влияние зависит не только от должности, но и от личностно-профессионального статуса, который представляет собой степень включенности индивида в отношения профессиональной группы, уровень квалификации и мастерства, признания в профессиональной среде, уровень развития профессионального самосознания [15, с. 87].

Регулируемая самостоятельность профессионалов. На межгосударственном уровне необходимость закрепления профессиональной автономии врача впервые нашла отражение в двух документах конца XX в.: Декларация о независимости и профессиональной свободе врача, принятая 38-й Всемирной Медицинской Ассамблеей в октябре 1986 г., закрепила свободу от вмешательства посторонних лиц в лечебный процесс, установив независимость решений врача². Мадридская декларация о профессиональной автономии и самоуправлении врачей 1987 г. явилась логическим продолжением предыдущего документа и закрепила ключевые положения о свободе действия профессиональных медицинских ассоциаций и их обязательствах по обеспечению оказания качественной медицинской помощи³. Роль данных документов заключалась в формировании общих принципов деятельности врачей: независимости от общественного влияния, автономности принятия решений в рамках клинической деятельности и формирования ценовой политики при организации медицинской помощи, которые в дальнейшем могут быть приняты за основу национальными профессиональными сообществами для определения рамок автономии медицинской деятельности.

В современной России модель здравоохранения характеризуется значительным преобладанием государственного сектора, финансируемого за счёт средств региональных и федерального бюджетов, а также взносов на обязательное медицинское страхование. Основные показатели и направления деятельности также определяются Минздравом РФ. Так, соотношение государственных и негосударственных больничных медицинских организаций составляет 89,4% против 10,6%, амбулаторных медицинских организаций — 68,33% государственных против 31,66% негосударственных [16, с. 87, 93]. В настоящее время деятельность врачей весьма бюрократизирована. Система здравоохранения состоит из больших структурных элементов — медицинских

² Декларация о независимости и профессиональной свободе врача. Принята 38-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Ранчо Мираж, Калифорния, США, октябрь 1986 г.). URL: <https://spb-medcom.ru/publ/info/1104> (дата обращения: 13.08.2025).

³ Мадридская декларация о профессиональной автономии и самоуправлении врачей. Принята 39-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Мадрид, Испания, октябрь 1987 г.). URL: https://e-stomatology.ru/star/info/2010/madrid_declaration.htm (дата обращения: 27.08.2025).

учреждений, которые выполняют некоторые виды социального контроля над работниками: в них устанавливаются общие цели деятельности, чётко определяется должность и функционал каждого сотрудника путём установления иерархии и внедрения локальных нормативных актов медицинского учреждения [17, с. 164–165]. Выполнение задач в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи предопределяет ограничение автономии врача вследствие государственного прогнозирования и планирования объёмов этих услуг. Утверждённые планы по квотированию специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи устанавливают лимит медицинских вмешательств, превысить который врач не может, и по исчерпанию финансируемых квот оказание медицинской помощи в указанном периоде прекращается. Данная ситуация ограничивает права пациентов, вынужденных ждать выделения новых квот, и одновременно ограничивает возможности врачей, не способных реализовать свои умения и навыки при оказании медицинской помощи.

Врачебная деятельность подвержена значительному влиянию менеджеров, организаторов здравоохранения и исполнительных органов власти в сфере здравоохранения — региональных и федеральных министерств и ведомств, которые ограничивают автономию профессионального сообщества в определении норм профессиональной деятельности, подготовки специалистов и оценки качества их образования. Процедурные документы, регламентирующие правила осуществления медицинской деятельности, выражены в форме нормативных актов Минздрава РФ или федеральных законов.

Контроль над деятельностью медицинских работников и медицинских организаций осуществляют: со стороны государства — Росздравнадзор, оценивающий доступность и качество медицинской помощи на соответствие нормативным стандартам и порядкам оказания медицинской помощи⁴; со стороны общества — Общественная палата РФ и общественные палаты субъектов РФ, уполномоченные по правам человека, ребёнка и малочисленных народов РФ, по защите прав предпринимателей и иные субъекты общественного контроля [18, с. 6].

Субъектами обеспечения профессиональной автономии являются многочисленные общероссийские и региональные общественные организации — врачебные ассоциации, создаваемые по отраслям медицины или по территориальному признаку. Наиболее крупными сообществами врачей, распространяющими свою деятельность на всю страну, являются Национальная медицинская палата и Общество врачей России. Направления и рамки их деятельности очерчены федеральным законодательством — это участие в законотворческой деятельности, совместная разработка организационных и финансовых планов медицинской деятельности с Министерством здравоохранения РФ и создание условий для саморегулирования деятельности врачей.

Формы участия профессиональных врачебных сообществ закреплены статьёй 76 Федерального закона от 21.12.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которой такие сообщества разрабатывают клинические рекомендации, которые, однако, проходят ре-

⁴ Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 N 323 (ред. от 24.10.2025) «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.03.2026). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_48299/ (дата обращения: 01.05.2026).

цензирование и одобрение в научно-практическом совете, создаваемым Минздравом России и включающим представителей научных, образовательных, медицинских организаций, согласно ст. 37 означенного закона, что обеспечивает многоэтапную проверку проектов клинических рекомендаций и предполагает вероятность их отклонения. Закон уточняет, что участие профессиональных объединений в решении вопросов охраны здоровья осуществляется «в установленном законодательством РФ порядке», т.е. в определённых формах, которые государство признает действенными и эффективными, иные механизмы участия не признаются легитимными. Законодательство не предусматривает взаимодействие главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения РФ с профессиональными объединениями специалистов⁵, что уменьшает возможность оперативного решения вопросов обеспечения кадрами, их подготовки, повышения качества медицинской помощи. Таким образом, деятельность профессиональных ассоциаций является содержательной и направленной на развитие здравоохранения, но ограниченной рамками законодательства и подверженной внешнему контролю.

Одним из способов выражения автономии профессионального сообщества является осуществление социального контроля самим сообществом в отношении его участников. В России моральные и этические нормы деятельности врача устанавливает Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации⁶ — документ, разработанный одной из крупнейших врачебных ассоциаций России. Он, однако, не устанавливает меры контроля над исполнением этих норм и санкции за их нарушение, кроме случаев нарушения российского законодательства при осуществлении медицинской деятельности, тем самым оставляя за врачом право решать, следовать им или нет. Вследствие этого профессиональный контроль осуществляется не на общепрофессиональном, региональном либо отраслевом уровне, а на уровне медицинских организаций. В них функционируют комиссии по медицинской этике и деонтологии, которые рассматривают случаи нарушения профессиональной этики, конфликтных ситуаций, а также создают условия для соблюдения профессиональных норм⁷. Профессиональные ассоциации не имеют достаточных возможностей для осуществления экспертного контроля над врачами, а лишь декларируют основные рамки их деятельности. Основные формы профессионального контроля реализуются коллективами и руководством медицинских организаций, а не представителями профессиональных ассоциаций. Создание этических комиссий на уровне отраслевых или региональных профессиональных объединений врачей могло бы способствовать усилению их экспертного влияния на повседневные практики работы врачей.

⁵ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 25 октября 2012 г. № 444 «О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения Российской Федерации». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70152230/>; Приказ Минздрава России от 19.04.2021 N 374 (ред. от 09.07.2024) «О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения Российской Федерации в федеральных округах Российской Федерации». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_386256/ (дата обращения: 01.03.2026).

⁶ Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации от 05 октября 2012. URL: <https://docs.cntd.ru/document/561281077> (дата обращения: 01.03.2026).

⁷ Положение о комиссии по медицинской (профессиональной) этике и деонтологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В. И. Кулакова» Минздрава России. URL: https://ncagp.ru/upload/files/polozhenie_o_komissii.pdf; Положение о комиссии по медицинской этике – ГБУЗ РК «Нижегородская РБ». URL: <https://nizhgor-rb.ru/protivodejstvie-korrupsii/polozhenie-o-komissii-po-meditsinskoj-etike/> (дата обращения: 02.03.2026).

В ходе проведения периодической аккредитации специалистов, согласно соответствующему Положению⁸, медицинские профессиональные некоммерческие организации формируют заключение в отношении врача, проходящего данную процедуру, и передают его в центральную аккредитационную комиссию, которая в дальнейшем выносит решение о прохождении или непрохождении аккредитации. Исходя из формулировки документа, данное заключение предоставляется дополнительно к сведениям о трудовой деятельности специалиста. На этом основании можно предположить, что заключение в некоторой степени носит рекомендательный характер, поскольку принятие решения остаётся за аккредитационной комиссией, оценивающей отчёт специалиста о профессиональной деятельности за истекший период.

Происходящие изменения в сфере практической работы и подготовки врачей вызваны зачастую инициативами органов власти, которые определяют условия, формы и содержание деятельности в сфере здравоохранения, а не профессионального сообщества. В числе последних законодательных изменений — публикация Федерального закона №424-ФЗ от 17.11.2025 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», а именно в федеральные законы № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», которые закрепили обязательство по прохождению выпускниками медицинских вузов наставничества в течение не более 3 лет в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий, а для обучающихся, заключивших договор о целевом обучении, — в медицинских организациях, являющихся работодателем по договору о целевом обучении⁹. Также данный закон обязывает обучающихся по программам ординатуры за счёт бюджетных средств заключить договоры о целевом обучении с организациями на период обучения. Этот нормативный акт был разработан в условиях нехватки кадров в государственной системе здравоохранения и призван обеспечить медицинские учреждения специалистами, оказывающими помощь населению в рамках обязательного медицинского страхования.

Таким образом, в России выстроена многоуровневая система организации медицинской деятельности и контроля над ней, в которой основными субъектами выступают не представители врачебного сообщества, а государственные и общественные организации. Внесение в нормативные акты поправок о расширении форм участия профессиональных объединений позволит узаконить новые практики взаимодействия профессиональных ассоциаций с государственными органами, образовательными и медицинскими организациями в целях более качественного управления сферой здравоохранения.

Выраженность профессиональной автономии у современного врачебного сообщества России. В России на уровне практической деятельности специалиста происходит изменение характера взаимоотношений врачей и пациентов в течение более чем 20 лет. Оно проявляется в трех аспектах:

⁸ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.10.2022 № 709н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» (зарег. 30.11.2022 № 71224). URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202211300021> (дата обращения: 02.03.2026).

⁹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.03.2026 № 167н «Об утверждении Положения о наставничестве в сфере здравоохранения» (зарег. 27.03.2026 № 85762). URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202603270019> (дата обращения: 02.03.2026).

1. *Деградация доминирования врача как профессионала.* Традиционно отношения «врач-пациент» асимметричны по возможностям влияния друг на друга, оценки предмета отношений — состояния здоровья пациента и способов это состояние изменить [3, с. 14], однако развитие цифровых сообществ пациентов и широкое наполнение сети Интернет информацией медицинского характера, опубликованной зачастую в упрощённой и доступной обывателю форме, способствует формированию у пациентов иллюзии компетентности, сопоставимой по уровню с компетентностью врача. Осведомлённость, основанная на отрывочных фактах о протекании того или иного заболевания, провоцирует снижение доверия к врачу как к носителю специфических знаний и способствует возникновению конфликтных ситуаций, связанных с несовпадением ожиданий пациента с предлагаемой специалистом тактикой лечения. Это ставит доктора перед необходимостью доказывать пациенту, как экзаменатору, правильность и обоснованность принятых им решений, рискуя стать объектом проверки со стороны контролирурующих организаций в случае подачи пациентом жалобы на некачественную медицинскую помощь. Врач уже не является безусловным авторитетом, обладающим полной автономией в выборе тактики лечения, в том числе из-за модели взаимодействия, основанной на информированном согласии пациента, в рамках которой пациент может отказаться от предлагаемых медицинских вмешательств. Недостаток доверия к врачу, а также тенденция к формированию негативного общественного мнения о медицинском персонале приводят к формированию синдрома эмоционального выгорания, которое, в свою очередь является одной из причин ухода врачей из профессии [19, с. 45].

2. *Смена характера отношения врача к пациенту.* Современный инструментарий врача создаёт опосредованность при взаимодействии с пациентом. Использование высокотехнологичного оборудования для диагностики состояния здоровья вместо традиционного осмотра с применением контактных техник взаимодействия формирует у врача представление о пациенте как о наборе данных, уменьшая значимость для врача отношения пациента к своему недугу. Ситуация усугубляется высокой загруженностью, особенно в амбулаторном звене здравоохранения, и нарастающей интенсивностью межличностных конфликтов во время взаимодействия врача и пациента. Существует рассогласованность в восприятии взаимоотношений врачами и пациентами. Врачи склонны переоценивать своё отношение к пациенту, в то время как пациенты испытывают недостаточное внимание к своему недугу, излишнюю холодность и отчуждённость врача, безразличие [20, с. 114]. В условиях кризиса доверия к врачу как профессионалу поддержание врачебной автономии в немалой степени зависит от умения наладить контакт и установить взаимопонимание с пациентом, убедить его в необходимости тех или иных лечебно-диагностических мероприятий, для чего потребуется дополнительная работа по формированию коммуникативной компетентности у докторов, которую могли бы проводить профессиональные ассоциации. Поскольку каждая патология — неврологическая, стоматологическая, эндокринологическая и т.д. — приносит пациенту индивидуальные физические неудобства и моральные страдания, рациональным было бы создание лидерами мнений в каждой отрасли медицины специализированных руководств по развитию эмпатии и навыков коммуникации с учётом специфики различных видов заболеваний. Один из путей сохранения автономии врачебного сообщества — это поддержание этических норм в деятельности специалистов. Соблюдение профессиональных норм и их трансляция в общество обеспечивают доминиро-

вание профессионального врачебного сообщества в сфере лечения пациентов над неспециалистами — знахарями, целителями и иными лицами, не имеющими профильного образования, но относящими себя к сфере медицины [21, с. 72].

3. *Возрастание роли цифровых технологий и искусственного интеллекта в медицине.* В условиях реализации стратегического направления развития здравоохранения — его цифровизации — осуществляется переход к широкому использованию медицинских информационных систем в процессе работы врачей. В целях снижения документальной нагрузки на врачей происходит формирование единого цифрового контура здравоохранения: медицинские учреждения переходят на заполнение медицинской документации в электронном виде. Парадоксально, но цифровизация здравоохранения на первых этапах реализации проекта приводит не к снижению, а к увеличению бюрократической нагрузки на врачей из-за дублирования электронного документооборота бумажным, несовершенства информационных систем, в которых работают врачи. Вкупе с невозможностью выбора врачами медицинской информационной системы, часть документооборота может и в дальнейшем вестись в бумажном виде из-за ограниченного функционала используемой системы [22, с. 184–186]. В связи с этим необходима унификация медицинских информационных систем с возможностью бесшовного обмена данными между медицинскими организациями и специалистами в целях ускорения процесса работы с документацией.

Внедрение в медицину основанных на искусственном интеллекте систем, осуществляющих поддержку врача в процессе диагностики, лечения и реабилитации, позволяет снизить нагрузку на врача и повысить скорость его работы за счёт выполнения компьютером рутинных вычислительных операций. В условиях стратегического развития и увеличения количества медицинских ИИ-систем, применяемых в каждой государственной медицинской организации до 12 единиц к 2030 году¹⁰, влияние данных систем на автономию врача в процессе лечения становится значительным. Несмотря на положительную оценку врачами и пациентами эффектов от внедрения ИИ-инструментов в медицину [23, с. 539; 24, с. 63], алгоритмы работы искусственного интеллекта имеют некоторую вероятность постановки неверного диагноза, тем самым предоставив врачу ложную информацию о состоянии здоровья пациента [25, с. 27], что приведёт к необходимости дополнительной проверки полученных данных и их верификации. Расширение их функционала и повышение точности работы способно через несколько десятилетий значительно поменять модель врачевания. В новой модели основным субъектом будет не врач как носитель знаний, а интеллектуальные системы, обученные на массиве данных пациентов и сведений о заболеваниях, что может привести к постепенной утрате у специалистов знаний и навыков проведения диагностических, лечебных процедур, постановки диагнозов [26, с. 78–79]. Вероятен сценарий, при котором врачи станут воспринимать информацию от ИИ-помощников с низкой степенью критики, и, таким образом, специалисты будут играть роль операторов медицинских интеллектуальных систем, осуществляя технические процедуры — внесение жалоб и объективных данных о состоянии пациента в систему, получение диагноза и назначений, выписку рецептов на лекарства и направлений на процедуры. Критическое отношение врача к цифровым диагностическим сервисам является необходимым

¹⁰ Стратегическое направление в области цифровой трансформации здравоохранения (утв. распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.04.2024 № 959-р). URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202404190016> (дата обращения: 24.02.2026).

условием их использования, поскольку ответственность за состояние здоровья пациента, в том числе юридическая, полностью ложится на специалиста.

Развитие сервисов искусственного интеллекта как консультантов по медицинским вопросам для пациентов также способно снизить автономию врача, поскольку пациенты будут апеллировать к заключению ИИ, который не обладает профессиональной интуицией и способностью верно поставить диагноз на основе запроса пользователя в сложных случаях с размытой клинической картиной. Опираясь на материалы из общедоступных источников, такой сервис способен дать разнообразную информацию, которую пациент в дальнейшем волен интерпретировать в зависимости от совпадения тех или иных симптомов, описанных в сформированном ответе на запрос. В дальнейшем это может вести к усилению процесса, описанного в пункте 1 настоящего раздела статьи.

Обучение специалистов работе с медицинскими системами с искусственным интеллектом и обязательное рассмотрение возможных погрешностей в работе таких систем позволит сохранить за врачом основную роль в процессе лечения пациентов и повысить качество медицинской помощи. Этому может способствовать также ограничение выдачи пациентам специализированной информации искусственным интеллектом и предоставление только базовых рекомендаций по оказанию первой помощи до посещения врача.

Затрагивая вопрос социально-экономической автономии врачей, связанный с кадровым обеспечением отрасли здравоохранения, необходимо отметить, что государство, исполняя обязательства по обеспечению населения доступной медицинской помощью, принимает решения, ограничивающие автономию врача на начальном этапе его профессионального и карьерного пути. Поскольку ими созданы условия, вынуждающие выпускников-специалистов работать по трудовому договору в определённых медицинских организациях с целью набора необходимого срока наставничества. Несмотря на то, что законом прямо не запрещается ведение индивидуальной предпринимательской деятельности или работа в иных медицинских организациях, при недостатке необходимого срока наставничества специалист будет направлен по окончании срока действия аккредитации на повторное прохождение первичной (первичной специализированной) аккредитации с прохождением оценочных процедур в виде тестирования, практической демонстрации приобретённых навыков и решения ситуационных задач¹¹. В случае прохождения наставничества в течение установленного срока, специалист допускается до прохождения периодической аккредитации, которая проводится в формате оценки портфолио с основными результатами трудовой и образовательной деятельности за прошедший период¹².

Проведённая реформа влечёт за собой некоторые риски: во-первых, возникает риск качественного изменения состава абитуриентов медицинских вузов. Если традиционно конкурсные группы на бюджетные места состоят, в первую очередь, из абитуриентов с наивысшими баллами и индивидуальными достижениями, а на платные места претендуют, как правило, кандидаты с более низкими результатами, то после вступления закона в силу, часть абитуриентов, на-

¹¹ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 октября 2022 г. № 709н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов». URL: <https://base.garant.ru/405842919/> (дата обращения: 08.03.2026).

¹² Федеральный закон от 17.11.2025 N 424-ФЗ (ред. от 08.03.2026) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_518989/ (дата обращения: 08.03.2026).

бравших высокие баллы и желающих строить свой трудовой путь самостоятельно, может подавать документы на платное обучение, обходя требование закона. Этому способствуют доступные образовательные кредиты с государственной поддержкой. Менее успешные обучающиеся займут бюджетные места, в том числе из-за гарантии трудоустройства в медицинское учреждение. Одновременно может понизиться средний проходной балл по вузам. Таким образом, типичные составы конкурсных групп могут поменяться местами. Часть абитуриентов может выбрать обучение в зарубежных университетах без обязательств по отработке, что понизит общую численность практикующих врачей в России.

Во-вторых, учитывая опцию выбора места работы, существует вероятность, что ординаторы будут стремиться заключать договоры о целевом обучении с организациями в крупных городах и региональных центрах и выбирать те учреждения, где условия оплаты труда и социальной поддержки будут выше. Часть медицинских организаций может остаться невостребованной как из-за экономической непривлекательности, так и из-за территориального расположения, например, в малом населённом пункте с посредственно развитой инфраструктурой для проживания.

Кроме того, существует вероятность, что по истечении срока отработки, молодые врачи будут искать себе новое место работы, наиболее отвечающее их потребностям, покидая целевого работодателя. Это потребует от медицинской организации вновь искать работника и ожидать, пока молодой специалист закончит обучение и будет готов приступить к выполнению обязанностей.

Описанные меры являются следствием проблемы кадрового дефицита в здравоохранении, причины которой лежат в поле социологии управления и экономики. Способы устойчивого и долгосрочного решения данной проблемы исходят из теорий мотивации и должны быть направлены на удовлетворение потребностей врачей, однако их перечень не ограничивается лишь материальным и нематериальным стимулированием, а включает глобальное создание условий в населённых пунктах для творческой реализации личности, что возможно лишь путём комплексного развития территорий. Развитие цифровых технологий, в частности, искусственного интеллекта, способно уменьшить нагрузку на специалистов за счёт делегирования части рутинных операций информационным системам, а развитие практики применения телемедицины в части увеличения объёмов дистанционных врачебных консультаций позволит, хотя и не заменить отсутствующих специалистов, но частично скомпенсировать дефицит кадров в региональных медицинских организациях за счёт использования альтернативного канала предоставления медицинской помощи.

На региональном уровне важно влияние врачебных ассоциаций на подход к образованию специалистов, поскольку ассоциации являются источниками и аккумуляторами актуальной информации о текущих вызовах и проблемах, стоящих в отрасли медицины, которую представляет ассоциация — терапии, кардиологии, нейрохирургии и пр. В настоящее время каждое образовательное учреждение составляет основные профессиональные образовательные программы высшего образования — программы ординатуры самостоятельно на основе профессионального стандарта, утверждая их внутри учреждения и в ряде случаев проводя рецензию внешними экспертами, в т.ч. работодателями. Влияние профессиональных врачебных сообществ на этот процесс опосредовано и выражается через механизм разработки клинических рекомендаций и профессиональных стандартов, которые в дальнейшем используются специалистами об-

разовательных учреждений при создании образовательных программ. Экспертная методическая поддержка и постоянное взаимодействие профессиональных объединений и образовательных организаций позволит создавать и обновлять программы ординатуры, содержательное наполнение которых будет наиболее полно соответствовать используемым в здравоохранении практикам. Это позволит повысить качество подготовки специалистов.

Описанные вызовы отражают изменения в профессиональной автономии отдельных специалистов и социальной группы врачей в целом и требуют многоуровневого ответа: от обучения врачей работе с цифровыми инструментами и развития их коммуникативных навыков для повышения авторитета профессионалов среди населения до внедрения компенсаторных механизмов предоставления медицинской помощи с использованием современных технологий и создания условий труда, удовлетворяющих специалистов. Это потребует участия как органов власти, так и представителей профессиональных объединений. При этом необходимо признать, что достижение баланса между интересами государства как представителя населения и интересами специалистов является трудно достижимым по причине проведения политики «социального государства», наделённого ответственностью за предоставление социальных гарантий гражданам, в том числе — на получение качественной и доступной медицинской помощи, вследствие чего врачи, работающие в бюджетном секторе здравоохранения, будут испытывать ряд ограничений при возникновении кризисных ситуаций в отрасли.

Заключение. В настоящее время произошёл переход от безусловной автономии, как она воспринималась в XX в., к ограниченной и регулируемой автономии, влияние на которую оказывают сообщество пациентов и государственные органы. Влияние профессиональных ассоциаций на контроль в отрасли уменьшилось, поскольку право осуществлять профессиональный контроль законодательно закреплено преимущественно за исполнительными органами власти.

Для выражения интересов врачей созданы и функционируют профессиональные ассоциации, и, согласно законодательству, члены данных организаций имеют возможность участия в разработке профессиональных стандартов медицинских специальностей, в оценке выпускников при проведении аккредитации специалистов, в разработке проектов клинических рекомендаций, однако эта деятельность законодательно ограничена. В связи с этим врачи сталкиваются с жёсткими рамками при реализации своей организационной, а в некоторых случаях и клинической автономии из-за регулирования отрасли государством. Кроме того, протекающие процессы снижения престижа профессии и ухудшения доверия населения к специалистам создают дополнительные барьеры, препятствующие качественному исполнению профессиональных обязанностей.

Технологии искусственного интеллекта, внедряемые в клиническую практику, в настоящее время занимают противоречивую позицию: с одной стороны, они облегчают процесс работы врачей, с другой, — способны в перспективе занять ведущую позицию в осуществлении лечебно-диагностических функций. Цифровые технологии способны выступить механизмом компенсации дефицита врачебных кадров, который в настоящее время пытается преодолеть Правительство РФ обязывая выпускников работать в бюджетных медицинских организациях в течение нескольких лет, тем самым обеспечивая доступ населения к медицинской помощи.

Развитие коммуникативных навыков специалистов позволит повысить клиническую автономию в контексте взаимоотношений врача с пациентом, поскольку будет способствовать лучшему пониманию врачом пациента и формированию способности эффективно донести необходимую информацию до него.

Усиление позиций врачебных ассоциаций возможно путём их непосредственного участия в разработке программ ординатуры по медицинским специальностям, соответствующим их профилю, что будет способствовать повышению качества образования и его ориентации на актуальные проблемы медицины.

Осуществление социального контроля силами самого профессионального сообщества возможно через создание отраслевых или региональных этических комиссий и наделения исключительными полномочиями по расследованию случаев нарушения врачебной этики вне рамок медицинских организаций, а также по вынесению компетентных заключений о соблюдении или несоблюдении норм профессионального кодекса. Дальнейшее укрепление профессиональной автономии требует институционализации такого этического контроля на уровне отраслевых ассоциаций. Это могло бы выразиться в создании прозрачных механизмов оценки профессиональной репутации, альтернативных стихийной системе отзывов пациентов о врачах.

В результате реализации изложенных предложений представляется возможным расширение влияния профессионального сообщества на сферу медицины.

Библиографический список / References

1. Parsons T. The Professions and Social Structure. *Social Forces*. 1939;17(4):457–467. DOI [10.2307/2570695](https://doi.org/10.2307/2570695).
2. Flexner A. Is Social Work a Profession? In: Proceedings of the National Conference of Charities and Correction at the Forty-second annual session held in Baltimore, Maryland May 12–19, 1915. Chicago: Hildmann; 1915. P. 576–590.
3. Прокофьев А. В. Автономия профессионала и автономия профессии // Ведомости прикладной этики. 2017. № 50. С. 9–29. EDN [ZEYWZJ](https://www.edn.ru/ZEYWZJ).
Prokofiev A. V. The Autonomy of the Professional and the Autonomy of the Profession. *Semestrial Papers of Applied Ethics*. 2017;(50):9–29. (In Russ.).
4. Мансуров В. А., Юрченко О. В. Социология профессий. История, методология и практика исследований // Социологические исследования. 2009. № 8. С. 36–45. EDN [KTUKMN](https://www.edn.ru/KTUKMN).
Mansurov V. A., Yurchenko O. V. Sociology of professions. History, methodology, research practices. *Sociological studies*. 2009;(8):36–45. (In Russ.).
5. Larson M. S. The Rise of Professionalism. Berkeley: University of California Press; 1977. DOI [10.1525/9780520323070](https://doi.org/10.1525/9780520323070).
6. Wolinsky F. D. The Professional Dominance Perspective, Revisited. *The Milbank Quarterly*. 1988;66(S2):33–47. DOI [10.2307/3349913](https://doi.org/10.2307/3349913).
7. Hafferty F. W., McKinlay J. B. (eds.) The Changing medical profession: an international perspective. New York: Oxford University Press; 1993.
8. Mansurov V. A., Yurchenko O. V. The Anglo-American and Russian Sociology of Professions: Comparisons and Perspectives. In: Mansurov V. A. (ed.) *Russian Sociology in Turbulent Times*. Moscow: RSS; 2011. P. 54–68.
9. Freidson E. *Profession of Medicine*. New York: Dodd, Mead & co.; 1970.
10. Salvatore D., Numerato D., Fattore G. Physicians' professional autonomy and their organizational identification with their hospital. *BMC Health Services Research*. 2018;18(1):775. DOI [10.1186/s12913-018-3582-z](https://doi.org/10.1186/s12913-018-3582-z). EDN [LLLUCP](https://www.edn.ru/LLLUCP).
11. Frostenson M. Three forms of professional autonomy: de-professionalisation of teachers in a new light. *Nordic Journal of Studies in Educational Policy*. 2015;(2):28464. DOI [10.3402/nstep.v1.28464](https://doi.org/10.3402/nstep.v1.28464).

12. Noordegraaf M. Hybrid professionalism and beyond: (New) Forms of public professionalism in changing organizational and societal contexts. *Journal of Professions and Organization*. 2015;2(2):187–206. DOI [10.1093/jpo/jov002](https://doi.org/10.1093/jpo/jov002).
13. Noordegraaf M. Protective or connective professionalism? How connected professionals can (still) act as autonomous and authoritative experts. *Journal of Professions and Organization*. 2020;7(2):205–223. DOI [10.1093/jpo/joa011](https://doi.org/10.1093/jpo/joa011). EDN JICRSL.
14. Navarro V. *Medicine under Capitalism*. New York: Prodist; 1976.
15. Филиогло Л. Д. Социология профессий и профессиональных групп. Тольятти: Изд-во ТГУ; 2014. 147 с.
Filioglo L. D. *Sociology of Professions and Professional Groups*. Tolyatti: Tolyatti State University Press; 2014. (In Russ.).
16. *Здравоохранение в России. 2025: Статистический сборник*. М. : Росстат, 2025. 149 с. Healthcare in Russia. 2025: Statistical Collection. Moscow: Rosstat; 2025. (In Russ.).
17. McKinlay J. B., Arches J. Towards the Proletarianization of Physicians. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*. 1985;15(2):161–195. DOI [10.2190/JBMN-C0W6-9WFQ-Q5A6](https://doi.org/10.2190/JBMN-C0W6-9WFQ-Q5A6).
18. Методические рекомендации по осуществлению общественного контроля в сфере здравоохранения в форме общественной проверки за деятельностью медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения, иных медицинских организаций, оказывающих в соответствии с законодательством Российской Федерации медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. М. : Общественная палата Российской Федерации, 2024. 30 с.
Methodological Recommendations for the Implementation of Public Control in Healthcare in the Form of Public Inspection of the Activities of Medical Organizations Included in the State and Municipal Healthcare Systems, and Other Medical Organizations Providing Medical Care in Accordance with the Legislation of the Russian Federation within the Framework of the Program of State Guarantees for Free Medical Care to Citizens. Moscow: Public Chamber of the Russian Federation; 2024. (In Russ.).
19. Анализ распространенности и факторов профессионального выгорания медицинских работников в Нижегородской области: пилот программы «Забота о медиках» Фонда «ВБлагодарность» / Р. А. Хальфин, В. В. Мадьянова, П. С. Твилле [и др.] // Национальное здравоохранение. 2024. Т. 5, № 1. С. 38–49. DOI [10.47093/2713-069X.2024.5.1.38-49](https://doi.org/10.47093/2713-069X.2024.5.1.38-49). EDN AFTHCP.
Khalfin R. A., Madyanova V. V., Tuillet P. S. [et al.] Occupational burnout prevalence and associated factors among healthcare workers in Nizhny Novgorod region: The Foundation “VBlagodarnost” pilot program “Taking care of healthcare”. *National Health Care (Russia)*. 2024;5(1):38–49. (In Russ.). DOI [10.47093/2713-069X.2024.5.1.38-49](https://doi.org/10.47093/2713-069X.2024.5.1.38-49).
20. Бuzин В. Н., Бузина Т. С. Взаимоотношения врача и пациента в информационном обществе // Профилактическая медицина. 2020. Т. 23, № 5. С. 111–116. DOI [10.17116/profmed202023051111](https://doi.org/10.17116/profmed202023051111). EDN BBCBBI.
Buzin V. N., Buzina T. S. The relationship between doctor and patient in the information society. *Russian Journal of Preventive Medicine*. 2020;23(5):111–116. (In Russ.). DOI [10.17116/profmed202023051111](https://doi.org/10.17116/profmed202023051111).
21. Соловьева С. В., Мухранова О. О. Этическое кодифицирование деятельности врача как инструмент власти и автономии профессионального сообщества // Аспирантский вестник Поволжья. 2023. Т. 23, № 3. С. 69–74. DOI [10.55531/2072-2354.2023.23.3.69-74](https://doi.org/10.55531/2072-2354.2023.23.3.69-74). EDN NGWPCU.
Solovyova S. V., Mukhranova O. O. Medical code of ethics as an instrument of power and autonomy of the professional community. *Aspirantskiy Vestnik Povolzh'ya*. 2023;23(3):69–74. (In Russ.). DOI [10.55531/2072-2354.2023.23.3.69-74](https://doi.org/10.55531/2072-2354.2023.23.3.69-74).
22. Галицкая В. А., Мещерякова Н. Н. «Цифровые парадоксы» в системе здравоохранения // Вопросы государственного и муниципального управления. 2022. № 4. С. 176–196. DOI [10.17323/1999-5431-2022-0-4-176-196](https://doi.org/10.17323/1999-5431-2022-0-4-176-196). EDN FSWCFT.
Galitskaya V. A., Meshcheryakova N. N. “Digital paradoxes” in health care system. *Public Administration Issues*. 2022;(4):176–196. (In Russ.). DOI [10.17323/1999-5431-2022-0-4-176-196](https://doi.org/10.17323/1999-5431-2022-0-4-176-196).

23. Borges do Nascimento I. J., Abdulazeem H. M., Vasanthan L. T. [et al.] The global effect of digital health technologies on health workers' competencies and health workplace: an umbrella review of systematic reviews and lexical-based and sentence-based meta-analysis. *Lancet Digital Health*. 2023;5(8):534–544. DOI [10.1016/S2589-7500\(23\)00092-4](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(23)00092-4).
24. Назаров М. М. Использование технологий искусственного интеллекта в здравоохранении: ожидания населения // Вопросы управления. 2025. Т. 19, № 2. С. 58–71. EDN [WTNRHA](https://www.edn.ru/WTNRHA).
Nazarov M. M. The use of artificial intelligence technologies in healthcare: public expectations. *Management Issues*. 2025;19(2):58–71. (In Russ.).
25. Искусственный интеллект в медицине и здравоохранении : аналитический доклад / И. В. Толмачев, И. С. Каверина, М. О. Плешков [и др.]. Томск : СибГМУ, 2022. 94 с. DOI [10.20538/978-5-98591-164-0](https://doi.org/10.20538/978-5-98591-164-0). EDN [HMQTQP](https://www.edn.ru/HMQTQP).
Tolmachev I. V., Kaverina I. S., Pleshkov M. O. [et al.] Artificial Intelligence in Medicine and Healthcare: Analytical Report. Tomsk: Siberian State Medical University; 2022. (In Russ.). DOI [10.20538/978-5-98591-164-0](https://doi.org/10.20538/978-5-98591-164-0).
26. Введенская Е. В. Трансформация взаимоотношений врача и пациента: от биоэтики к робоэтике // Человек. 2023. Т. 34, № 6. С. 65–83. DOI [10.31857/S023620070029305-2](https://doi.org/10.31857/S023620070029305-2). EDN [LQEJGB](https://www.edn.ru/LQEJGB).
Vvedenskaya E. V. Transformation of the Physician-patient Relationship: From Bioethics to Roboethics. *Chelovek*. 2023;34(6):65–83. (In Russ.). DOI [10.31857/S023620070029305-2](https://doi.org/10.31857/S023620070029305-2).

Поступила: 27.11.2025. Доработана: 01.05.2026. Принята: 15.05.2026.

Сведения об авторе:

Ерошик Павел Сергеевич, аспирант кафедры политической социологии и социальных технологий, Российский государственный гуманитарный университет. Москва, Россия. webpavel20@hotmail.com
ORCID: [0009-0005-0167-2049](https://orcid.org/0009-0005-0167-2049)

P. S. Eroshik¹

¹ Russian State University for the Humanities. Moscow, Russia

TRANSFORMATION OF THE PROFESSIONAL AUTONOMY OF RUSSIAN DOCTORS IN THE NEW REALITY

Abstract. In the context of the large-scale transformation of the Russian healthcare system, the issue of physician professional autonomy acquires particular significance. The standardization of medical care, the introduction of digital technologies, the strengthening of regulatory and oversight mechanisms, and changes in patient interaction models are creating a contradictory environment where traditional notions of physician autonomy clash with strict regulatory requirements. To determine the optimal model for the functioning of domestic medicine as a social institution, this article assesses the current state and the main actors regulating physician autonomy. The methodological basis of the study consists of M. Noordegraaf's concepts of "hybrid professionalism" and approaches to studying professional autonomy in both international and domestic sociology. The empirical basis comprises data from Rosstat (the Federal State Statistics Service of the Russian Federation) on the structure of medical organizations, as well as a systematic analysis of the Russian regulatory and legal framework in the field of public health and education. The study reveals that in Russia, physicians' professional autonomy is realized primarily within the framework of a "regulated independence" model, where the state retains the leading role in policymaking, while professional communities perform only complementary functions. Key factors limiting autonomy at both individual and group levels have been identified: the transformation of the patient's perception of the physician from an expert to a service provider against the backdrop of free access to medical information; the development of artificial intelligence services; a mismatch in the expectations of physicians and patients; the indirect influence of the professional community on educational programs; and legislative initiatives that narrow the career mobility

of young specialists. It is concluded that improving the social status of healthcare workers and enhancing the profession's prestige requires a shift in regulatory focus. Strengthening the position of medical communities and expanding their real influence on ethical oversight and educational standards is possible through the adoption of administrative measures that legitimize new forms of equal interaction between professional associations and government bodies.

Keywords: physician clinical autonomy, organizational autonomy, economic autonomy, healthcare, digitalization, bureaucratization of medicine, professional autonomy

For citation: Eroshik P. S. Transformation of the professional autonomy of Russian doctors in the new reality. *Science. Culture. Society*. 2026;32(2):122–139. (In Russ.). <https://doi.org/10.19181/nko.2026.32.2.8>

Received: 27.11.2025. Corrected: 01.05.2026. Accepted: 15.05.2026.

Author information:

Pavel S. Eroshik, Postgraduate student of the Department of Political Sociology and Social Technologies, Russian State University for the Humanities. Moscow, Russia.

webpavel20@hotmail.com

ORCID: [0009-0005-0167-2049](https://orcid.org/0009-0005-0167-2049)