

«ВОП ЖЕ – ПРОСТО РЕГИСТРАТОР!»: ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В КАЗАХСТАНЕ

Юлия Хан, Жанар Кадырбек, Асия Шери, Сабина Шаймерденова

Юлия Хан, Школа социологов и исследовательский центр «Kazakhstan Sociology Lab», Казахстан; кафедра антропологии, Сеульский национальный университет, Республика Корея. leel-han@yandex.ru.

Жанар Кадырбек, Школа социологов и исследовательский центр «Kazakhstan Sociology Lab»; кафедра регионоведения, Евразийский университет имени Л. Н. Гумилева; Институт общественной политики партии «AMANAT», Казахстан. mkadyrbek.zhanar@gmail.com.

Асия Шери, Школа социологов и исследовательский центр «Kazakhstan Sociology Lab»; кафедра социологии и социальной работы, Евразийский университет имени Л. Н. Гумилева, Казахстан. assiya.urazbayeva@gmail.com.

Сабина Шаймерденова, Школа социологов и исследовательский центр «Kazakhstan Sociology Lab»; управление социологических исследований и прогнозирования, Научно-исследовательский центр «Молодежь», Казахстан. saneka.shaimerdenova@gmail.com.

Статья основана на материалах, собранных в рамках исследовательского проекта «Kazakhstan Sociology Lab» по направлению «Социология медицины». Авторы выражают благодарность коллегам, занимавшимся организацией исследования – куратору Алине Куличковой, научному руководителю Дмитрию Серебренникову, директору Школы социологов и исследовательского центра «Kazakhstan Sociology Lab» Алие Сарсеевой, а также всем респондентам и представителям руководства больницы, любезно согласившимся участвовать в исследовании.

Одной из ключевых проблем системы здравоохранения в Казахстане остается институционально не реализованный потенциал врачей общей практики. Предполагалось, что врач общей практики – универсальный специалист, сочетающий профилактическую, диагностическую и лечебную работу. Он должен был стать центральной фигурой в системе первичной медицинской помощи. Однако эта модель натолкнулась на ряд системных препятствий: снижение профессионального престижа, дефицит кадров, отсутствие устойчивой институциональной поддержки. В медицинском сообществе и среди пациентов укоренилось восприятие врачей общей практики как

посредников – «регистраторов», которые не лечат, а лишь направляют пациентов к так называемым узким специалистам. Основой статьи стали интервью и материалы не включенного наблюдения в поликлиниках Алматы и Астаны (Казахстан). Авторы анализируют, как в условиях институционального давления и профессиональной уязвимости врачи общей практики стремятся сохранить и переопределить свое понимание профессионализма. В их интерпретации врачебная экспертиза выходит за рамки сугубо клинической автономии, включая бюрократические и административные функции. Рутинные задачи (оформление направлений, маршрутизация пациентов, работа с цифровыми платформами) осмысляются не как помеха, а как важная часть профессиональной идентичности. Бюрократическая нагрузка становится основой символического авторитета. Врачи общей практики пересматривают свою профессиональную роль и находят новые стратегии: кооперируются с другими врачами, сохраняя контроль за маршрутом пациента; осваивают дополнительные специализации (особенно в частных клиниках, где трудовые отношения организованы более гибко). Таким образом, представление о профессионализме врача общей практики в постсоветском Казахстане связано не с «универсальностью», как это предполагалось в процессе реформ, а с присвоением бюрократических функций и гибридизацией занятости. Контроль над содержанием и организацией собственного труда (даже если он преимущественно административный) становится источником профессиональной автономии и способом сопротивления внешнему управлению.

Ключевые слова: врач общей практики; ВОП; профессионализм; реформа здравоохранения; бюрократическая работа; Казахстан

ВВЕДЕНИЕ

В социологии профессий давно существует интерес к формированию медицинских профессий и производству медицинского экспертного знания. Появление новых профессиональных категорий неизбежно влечет переосмысление профессиональных юрисдикций (Abbott 1988), трансформацию взаимоотношений между профессиональными группами, изменения в содержании прежних форм профессиональной деятельности и перераспределение иерархического статуса (Allen 1997). Новой профессиональной категорией в системе здравоохранения Казахстана можно считать такую специальность, как врач общей практики (далее – врач ОП)¹.

Изначально задуманный как прогрессивная модель «семейного доктора», обеспечивающего первичную медицинскую помощь и сопровождение пациента на всех этапах, институт врачей ОП столкнулся с рядом структурных ограничений: кадровым дефицитом, расплывчатостью в формулировке функций, недостаточным финансированием и несоответствием возложенных на врача ОП задач и его ресурсов. Результатом стал кризис специальности, утрата престижа и неустойчивость самой модели.

Врач ОП оказался на пересечении ожиданий: он должен выполнять функции участкового врача, оказывать социальную поддержку населению, соответствовать

¹ В сфере медицины в Казахстане обычно используется сокращение ВОП – врач/врачи общей практики.

новым рыночным требованиям (например, заниматься профилактикой, оптимизацией потока пациентов в системе обязательного медицинского страхования), а также соответствовать требованиям государства в сфере медицины, действовать по установленным правилам (а не исключительно для пациентов). Несмотря на то, что врач ОП – это центральное звено системы здравоохранения, имеющее профилактические, диагностические, бюрократические и социальные функции, сама специальность все чаще ассоциируется у медиков с профессиональным выгоранием, а для пациентов характерен низкий уровень доверия в отношении врачей ОП (Еренжан и др. 2021; Сейдуанова и др. 2019).

В таких условиях устойчивое функционирование модели требует не только высокой профессиональной подготовки, но и четкого разграничения компетенций. Важно выстраивать согласованные практики внутри команды медиков, чтобы эффективно распределять и координировать нагрузку. Возникает закономерный вопрос: как врачи остаются врачами ОП, если их зона ответственности размыта, а профессиональные роли охватывают буквально все – от административной отчетности до эмоционального труда и социальной опеки?

Очевидно, что активные трансформации социального контекста и рыночные условия, в которых существует профессия семейного врача, ставят под вопрос привычные представления о медицинском профессионализме. В отличие от функционалистской модели, в которой профессия мыслится как стабильная, ориентированная на общественное благо структура с четко заданными функциями (Parsons 1939), в рамках современных западных и российских социологических подходов профессия рассматривается все чаще как результат динамичного и противоречивого процесса. Этот процесс включает борьбу за монополию на знание (Freidson 1970), конкуренцию за ресурсы, власть и авторитет (Gierup 1983; Larson 2018; Saks 2012), а также постоянное переопределение границ профессии (Темкина 2017). Настоящая статья встраивается в дискуссии о трансформации профессионализма и институциональной адаптации медицинских профессий в условиях постсоветских реформ. Исследование сосредоточено на повседневных практиках и риторике врачей ОП. Мы показываем, как врачи ОП переопределяют содержание своей профессиональной роли в ответ на системную перегрузку, конкуренцию и институциональную нестабильность.

Исследования медицинского сектора в Казахстане по-прежнему опираются в основном на классическое понимание профессии как институционализированной, иерархически организованной системы, которая основана на разделении труда (Алиманова и др. 2017; Касымова и Калиева 2017; Мергентай и др. 2017). Между тем агентивная роль самих врачей в процессе формирования границ собственной профессии и их защиты остается малоизученной. В этой работе мы стремимся понять, как врачи ОП в условиях неолиберальной перестройки здравоохранения участвуют в процессах признания, легитимации и оспаривания профессии, какие риторические и практические стратегии они используют для удержания или повышения своего статуса в медицинской иерархии.

В методологическом разделе статьи описываются особенности проведенного этнографического исследования, включая специфику сбора данных и методоло-

гические ограничения. Далее представлена теоретическая дискуссия по поводу концепции профессии и профессионализма. Здесь анализируется траектория развития профессии «врач ОП» в Казахстане, включая ключевые этапы реформ и их влияние на социальный статус института врачей ОП. В следующей части наше внимание сосредоточено на анализе того, как врачи ОП выстраивают свою профессиональную позицию в двух пересекающихся режимах: риторическом – через утверждение особой бюрократической миссии как признака профессиональной значимости, и практическом – через формирование кооперативных отношений с узкими специалистами и освоение дополнительных специализаций. Наше исследование показывает, что в условиях институциональных ограничений врачи ОП вырабатывают особые стратегии утверждения собственной профессиональной значимости. Они балансируют между стремлением к автономии и необходимостью кооперации с узкими специалистами, а также адаптируются к требованиям бюрократической системы, стремясь сохранить за собой профессиональную легитимность. Эта адаптация зачастую сопровождается снижением качества медицинской помощи и приводит к росту профессионального выгорания среди врачей ОП. Понимание этих процессов важно для анализа кризисного состояния профессии «врач ОП» в современных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ходе работы применялись качественные методы исследования (интервью, не включенное наблюдение), которые позволили изучить профессиональную риторику, практики и институциональное положение врачей ОП. Основным методом сбора данных стали глубинные полуструктурированные интервью, проводившиеся по заранее разработанному гайдю, что обеспечило систематичность в сборе информации при сохранении гибкости в исследовании индивидуального опыта респондентов. Были проведены интервью с 19 врачами ОП. Данные собраны в двух крупных городах Казахстана – Астане и Алматы, в период с июля по сентябрь 2024 года.

Формирование выборки осуществлялось методом «снежного кома» (респонденты рекомендовали своих коллег для участия в проекте). Отправной точкой стали личные связи исследователей в медицинском сообществе. Интервью проводились преимущественно в неформальной обстановке – в кафе в обеденное время, в выходные дни, что способствовало созданию подходящей для откровенного разговора атмосферы.

Общая продолжительность интервью, взятых в Астане, составила 10 часов 34 минуты, в среднем каждая беседа длилась от одного до полутора часов. В Астане интервью были проведены с 10 специалистами (двумя мужчинами, восемью женщинами), работающими как в частных, так и в государственных медицинских учреждениях. Среди информантов семеро – действующие врачи ОП, двое – педиатры (один из них ранее работал врачом ОП, а второй выполняет функции врача ОП по совместительству), один – врач с дополнительной квалификацией «аллерголог-иммунолог» (ранее работал врачом ОП). В Алматы было проведе-

но интервью с девятью респондентами (тремя мужчинами, шестью женщинами). В интервью принимали участие один педиатр и врачи ОП, имеющие дополнительную квалификацию (реаниматолог, психиатр, два инфекциониста). Один из информантов ранее работал врачом ОП, а сейчас является заместителем заведующего отделением общей практики в медицинском учреждении.

Рассматриваемые нами проблемы оказались важны и для самих медицинских организаций. После того, как мы рассказывали о цели исследования, представители администрации лечебных учреждений обычно отмечали актуальность темы и выражали готовность сотрудничать и участвовать в сборе данных. Рекрутирование респондентов происходило через администрацию клиник с использованием заранее подготовленного листа описания исследования, его целей и задач (здесь были указаны также сведения о планируемой продолжительности интервью, дан полный перечень вопросов, сведения о том, какого рода информация интересует исследователей; мы сообщили также, что исследование анонимно, и указали свои контактные данные). Участие в исследовании было добровольным, выразившие желание участвовать в исследовании врачи могли связаться с нами либо напрямую, либо через администрацию. В первом круге с нами связались шесть врачей в Астане, четыре – в Алматы. В дальнейшем участники передавали информацию о проекте своим коллегам, так в исследование вовлекались новые участники. В начале интервью респондент подтверждал добровольное согласие на участие в проекте и согласие на запись на диктофон (в устной форме) сначала до записи, потом еще раз в конце интервью (эти сведения также записывались на диктофон). Все данные были анонимизированы, в интервью ни один врач не называл своего имени, места работы, должности, в наших записях респондентам были присвоены номера, мы записывали также сведения о должности и стаже.

Наблюдение удалось провести в процессе работы лишь одного врача (в Алматы). Согласие его на наблюдение мы получили во время интервью, заверив, что будем присутствовать в кабинете только с согласия пациентов. Пациентов мы предупреждали в коридоре у кабинета врача, перед консультацией. Пока пациенты ожидали приема в клинике, мы предлагали участвовать в исследовании, объясняя, что будем находиться в кабинете и наблюдать. Если пациент давал согласие (устное), исследователь заходил в кабинет вместе с ним и садился в углу на табурет. Видео- или аудиозапись не велась, записи от руки не делались, чтобы не смущать участников, имея в виду чувствительный контекст. После наблюдений исследователи делали записи, восстанавливая увиденное по памяти. Именно из-за «закрытости и иерархичности медицинских организаций, не транспарентности их правил и недоверия к аутсайдерам, ассоциирующимся с угрозами “проверок” и санкционирования» (Новкунская и др. 2021:58) наблюдения являлись вспомогательным источником данных. Большинство участвовавших врачей согласились только на интервью.

Работа проводилась в следующих медицинских учреждениях: государственные клиники (Астана, 10 респондентов), частные клиники с государственным субсидированием (Алматы, 9 респондентов). Несмотря на то, что половина информантов работала в частных клиниках, функционирующих по государственному

заказу, сильного смещения выборки в пользу частного сектора не наблюдается: врачи в таких учреждениях обслуживают то же количество участков, ведут ту же документацию и подчиняются тем же нормативам, что и в государственных поликлиниках. Тем не менее данная конфигурация позволяет лучше проследить, как нестабильность профессиональной позиции врача ОП проявляется (и формируется) в условиях рыночной организации здравоохранения, поскольку в частной клинике больше возможностей для совмещения ролей, индивидуальных договоров, гибкого распределения нагрузки.

Все интервью были транскрибированы с помощью сервисов Meet.ai, Voicy и Speech2Text.ru, после чего тексты были отредактированы: устранены неточности, удалены лишние паузы и, при необходимости, выполнен перевод. При загрузке аудиофайла для транскрибирования мы использовали нумерацию, данную файлам при описании, после транскрибирования все данные были удалены. Анализ интервью и полевых наблюдений осуществлялся с использованием подхода тематического и концептуального кодирования. На первом этапе применялось индуктивное тематическое кодирование (Braun and Clarke 2006), при котором коды формировались из самих данных без предварительно заданной теоретической сетки. Это позволило выделить эмпирически значимые темы, связанные с повседневными трудностями и стратегиями врачей ОП в системе здравоохранения Казахстана.

На втором этапе применялось концептуальное (или теоретическое) кодирование (Charmaz 2006; Coffey and Atkinson 1996), при котором предварительно выделенные темы соотносились с ключевыми аналитическими понятиями: «профессионализм», «агентность», «бюрократическая логика» и др. Такой двухступенчатый анализ позволил не только систематизировать эмпирические данные, но и выявить, как врачи используют те или иные ресурсы (например бюрократическую экспертизу) для навигации в иерархиях и межпрофессиональных отношениях. Практически анализ осуществлялся с использованием таблиц Excel, где по строкам размещались фрагменты интервью и наблюдений, а по столбцам – коды (сначала индуктивные, а затем концептуальные).

Одним из ключевых ограничений данного исследования является характер организации выборки. Как уже было сказано, мы использовали метод «снежного кома», при котором начальная точка отбора была связана с административным гейткипером – руководителем медицинского учреждения. В постсоветском контексте, где вертикаль власти пронизывает повседневные институциональные практики, это может означать, что в выборку попали преимущественно врачи, принадлежащие к одному кругу лояльных сотрудников, придерживающихся схожих представлений о профессии. Такая однородность способна снижать вариативность позиций и затруднять выявление дискурсивного многообразия. Также существенным ограничением исследования является его географический охват. Исследование проводилось лишь в двух городах республиканского значения, в нем не принимали участие врачи ОП из сельских населенных пунктов, где ситуация может существенно отличаться от городской как по характеру работы врача ОП, так и по институциональным условиям его деятельности.

ИСТОРИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ: РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИИ «ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ» В КАЗАХСТАНЕ

В Казахстане, как и в других постсоветских странах, неолиберальные реформы оказали значительное влияние на систему здравоохранения. В ходе них продвигались рыночные принципы и приватизация, которые часто ставят экономическую эффективность выше социальной справедливости. Несмотря на наличие классических черт неолиберализации здравоохранения, в казахстанском контексте уместнее говорить о форме «государственного неолиберализма» (So and Chu 2012), при которой именно государство выступает активным агентом рыночных трансформаций. Оно не отказывается от регуляторной функции, а, напротив, создает и контролирует систему сдержек и противовесов, направленную на рационализацию и управляемость реформ. Например, децентрализация в управлении финансовыми потоками и расширение свободы выбора пациентов (врача и учреждения) сопровождаются ужесточением административного контроля, повышением требований к отчетности и внедрением цифровых технологий в рамках Единой национальной системы здравоохранения («Прикладные маркетинговые исследования» 2014). В результате формируется амбивалентная политико-экономическая конфигурация, в которой процессы рыночной трансформации и коммерциализации медицинских услуг сочетаются с усилением государственного надзора и реализацией социальных обязательств.

Одним из центральных проявлений этой амбивалентной трансформации стало институциональное оформление новой профессиональной фигуры – врач ОП. Эта категория возникла в ходе адаптации или репрофессионализации (Pickard 2009:251) существующих ролей терапевта и педиатра к новым управленческим, экономическим и нормативным условиям, вызванным серией реформ.

Сначала развитие модели первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) на принципах семейной медицины было закреплено в государственной программе «Здоровье народа» (1998), где врач ОП рассматривался как универсальный специалист, сочетающий клиническую, профилактическую и консультативную функции². Эта модель была направлена на повышение эффективности системы здравоохранения, снижение нагрузки на узкопрофильных специалистов и сокращение затрат на специализированную помощь (Шоранов и др. 2023:18).

Несмотря на нейтральную или даже позитивную риторику эффективности, сама формулировка целей отражает ключевые принципы неолиберальной логики в управлении социальной сферой, где здравоохранение рассматривалось не как публичное благо, а как объект экономической рационализации. Перенос рыночных критериев в сферу здравоохранения выразился в стремлении к оптимизации расходов, универсализации функций медицинских работников и повышению производительности труда при ограниченных ресурсах («Прикладные маркетинговые исследования» 2014:7–8). В этом контексте фигура врача ОП стала отражением

² О Государственной программе «Здоровье народа», Указ Президента Республики Казахстан № 4153 от 16 ноября 1998 г., Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан «Adilet», https://adilet.zan.kz/rus/docs/U980004153_.

неолиберальных реформ: его расширенные полномочия и универсальная роль выступали как инструмент снижения издержек и перераспределения профессиональных задач, что повлекло за собой не только трансформацию содержания труда, но и напряжение в профессиональных иерархиях (McGregor 2001).

Система здравоохранения не была готова к таким стремительным изменениям. Переход к системе ПМСП на основе общей врачебной практики требовал разработки новых нормативно-правовых документов, изменения форм финансирования и оплаты труда, создания и апробации различных моделей организации общих врачебных практик. Кроме того, реформы натолкнулись на заметное сопротивление как со стороны населения, так и внутри профессионального медицинского сообщества. Одним из наиболее острых вопросов стало упразднение института участковых педиатров и терапевтов и замена их на врачей ОП, чья универсальная подготовка вызывала сомнения у пациентов. Население выражало обеспокоенность по поводу компетентности врачей ОП в педиатрии при отсутствии отдельной специализированной подготовки, а также выступало против объединения приема взрослых и детей в одном помещении, опасаясь рисков заражения и т. п.³

В отличие от работавших в советской и постсоветской системах терапевта и педиатра, сфера деятельности которых была строго разделена по возрастным группам пациентов, врач ОП должен был совмещать оба направления, обслуживая людей всех возрастов. Прежде врачи также имели административные и отчетные функции, однако предполагалось, что современный врач ОП дополнительно возьмет на себя задачи, ранее свойственные узким специалистам⁴, и будет действовать в условиях большей институциональной и клинической нагрузки. Он будет не только лечить и диагностировать широкий спектр состояний, но и отвечать за выполнение клинических протоколов, взаимодействуя с государственными структурами и обеспечивая полный цикл первичной медицинской помощи.

В 2005–2010 годы была реализована Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан⁵. Главное новшество ее – введение профильного обучения врачей ОП с последующим закрытием педиатрии как направления в профильной интернатуре. В рамках этой программы также происходило стимулирование рыночных принципов конкуренции за счет свободного выбора врача, стационара и поликлиники в пределах территориальной

³ «Казахстанцы не хотят, чтобы детей и взрослых лечил один врач», *КТК*, 4 апреля 2015 г., <https://www.ktk.kz/ru/news/video/2015/04/03/58760>.

⁴ Врач ОП берет на себя функции терапевта, педиатра, гинеколога, невролога, психиатра, дерматолога, отоларинголога, офтальмолога и хирурга на базовом уровне, осуществляя диагностику и лечение распространенных заболеваний, ведение хронических состояний, профилактику, вакцинацию, оказание неотложной помощи, психосоциальную поддержку, а также выполнение административных и координационных функций в рамках ПСМП.

⁵ О Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы, Указ Президента Республики Казахстан № 1438 от 13 сентября 2004 г., Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан «Adilet», https://adilet.zan.kz/rus/docs/U040001438_.

доступности, а также перераспределение бюджетных средств с акцентом на развитие услуг ПМСП.

Важным направлением развития здравоохранения в 2011–2015 годы в рамках реализации государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» стал переход от преимущественно лечебной к профилактической модели медицины, что существенно изменило роль врача ОП («Прикладные маркетинговые исследования» 2014:6). Программа «Денсаулық» (2016–2020 годы) продолжила курс реформ, нацеленных на переход к пациенто-ориентированной модели с расширенным пакетом услуг и универсальной прогрессивной моделью патронажного обслуживания⁶.

В 2019 году Министерство здравоохранения для преодоления дефицита кадров (нехватки врачей ОП) внесло изменения в образовательную программу интернатуры, сосредоточив ее исключительно на подготовке врачей ОП. Это означало отказ от прежней практики узкопрофильной интернатуры. Такое решение было обусловлено стратегическим видением роли семейного врача в контексте введения обязательного социального медицинского страхования (ОСМС). Согласно этой концепции, семейный врач, являясь ключевым звеном в системе ПМСП, должен был взять на себя функции, ранее распределенные между различными узкими специалистами. То есть данная реформа образования была направлена на подготовку врачей ОП как универсальных специалистов, способных заменить собой целую межпрофессиональную команду в рамках ПМСП⁷.

Несмотря на то, что становление профессии врача ОП происходило поэтапно (постепенно расширялись профессиональные роли и компетенции в зависимости от государственных задач), амбициозность поставленных целей и масштабность изменений обнажили существенный разрыв между теоретической моделью и практической реализацией реформы. Особенно ярко это противоречие сформулировано одним из наших респондентов, сказавшим, что «поликлиника была придумана не для того, чтобы лечить людей», а для того, «чтобы превентивно оказывать профилактические вещи [т.е. профилактическую помощь]». Он отметил далее: «Но сейчас, к сожалению, эта система плохо работает в связи с тем, что не хватает рук на участках, поэтому приходится по факту работать над всем сразу» (врач ОП, муж., 32 года, Алматы).

Респондент подчеркивает изначальное предназначение поликлинической службы – профилактика заболеваний, противопоставляя его современному приоритету (лечение). Это различие раскрывает структурное напряжение внутри ПМСП в условиях неолиберальных реформ. Несмотря на декларативную поддержку профилактики, реальные организационные условия, формируемые логикой оптими-

⁶ Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2019 годы, Постановление Правительства Республики Казахстан № 634 от 15 октября 2018 г., Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан «Adilet», <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1800000634>.

⁷ «В Минздраве разъяснили, почему медики не могут поступить в резидентуру», *Казахстанский фармацевтический вестник*, 25 июля 2019 г., https://pharmnews.kz.com/ru/news/v-minzdrave-razyasnili-pochemu-mediki-ne-mogut-postupit-v-rezidenturu_15416.

зации, сокращения издержек и отчетностью, вынуждают врачей работать в режиме постоянной перегрузки, реагируя преимущественно на уже заболевших пациентов. То есть в действительности на профилактические приемы финансирование часто не выделяется, и даже пациенты, приходящие с соответствующим запросом, сталкиваются с отказом в обслуживании (Yessimov et al. 2019). Таким образом, реактивная модель помощи, навязанная структурными ограничениями и борьбой за «показатели», становится доминирующей, несмотря на противоречие с провозглашаемыми принципами первичной медицины.

Кроме того, первоначальная идея семейного доктора, который должен был стать центральной фигурой в профилактике заболеваний и комплексном медицинском обслуживании, на практике трансформировалась в нечто иное. Общая врачебная практика превратилась в систему ограниченной терапевтической помощи (Тузельбаев и Бектурганов 2014:57). Это привело к двум взаимосвязанным последствиям: возросшему спросу на консультации узкопрофильных специалистов и фактическому превращению врача ОП в своеобразного «регистратора», который в основном направляет пациентов к узким специалистам, что прямо противоречит изначальной концепции врача ОП как основного лечащего врача.

Несмотря на благие намерения реформаторов, реальная практика организации ПМСП в Казахстане существенно отклонилась от изначальной концепции врача ОП как ключевого звена в системе здравоохранения (Алиманова и др. 2017). Вместо укрепления профилактической направленности в медицинской помощи, «ведения» пациента, врачи ОП заняты совершенно другим. Они пребывают в ситуации перегрузки, кадрового дефицита и институциональной нестабильности⁸. Чтобы понять, чем сегодня является профессия врача ОП, каким образом, несмотря на кризисное состояние этой сферы, врачам ОП удается продолжать работу и выстраивать собственную профессиональную практику, мы обратимся к теоретическим подходам, описывающим формирование и трансформацию профессии.

Следует отметить, что в некоторых странах в становлении новых профессий ключевую роль могут играть сильные профсоюзы и независимые профессиональные ассоциации, обеспечивая институционализацию, нормативную защиту и закрепление статуса профессии на структурном уровне. Однако в случае с врачами ОП в Казахстане такие механизмы поддержки практически отсутствуют. Врачи ОП не интегрированы в систему профсоюзов (даже в ситуациях, связанных с серьезными профессиональными рисками, такими как потеря статуса, дохода или репутации) (*Роль и эффективность профсоюзов* 2023).

Можно предположить, что из-за отсутствия профсоюзной поддержки врачи ОП вынуждены защищать профессиональные границы через индивидуальные стратегии. Анализ повседневной работы врачей ОП позволит показать, каким образом они закрепляют свое профессиональное положение, реагируя на структурные ограничения в системе здравоохранения.

⁸ «Министр назвала врачей, испытывающих неподъемные нагрузки», *Tengrinews*, 16 июля 2024 г., https://tengrinews.kz/kazakhstan_news/ministr-nazvala-vrachey-ispityivayuschiy-nepodyemnyie-528103.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ РАМКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В данной статье мы рассматриваем, каким образом медицинские работники (врачи ОП) адаптируются к новым организационным условиям, сохраняя или трансформируя профессиональную идентичность. Теоретическая рамка статьи основана на интеграции трех аналитических перспектив в социологии профессий, позволяющих увязать микро-, мезо- и макроуровни анализа. На микроуровне мы опираемся на институциональный подход, акцентирующий внимание на практиках и стратегиях профессионалов в их повседневной деятельности. Мезоуровень представлен микроагентивной перспективой, позволяющей рассматривать тактики и рефлексивные действия врачей в процессе конструирования и поддержания профессиональных границ. На макроуровне мы используем концепцию профессионализма Элиота Фрейдсона (Freidson 1999) как особой логики регулирования труда, противопоставленной рыночной и бюрократической. Такая многоуровневая рамка позволяет связать индивидуальные формы агентности с институциональными процессами и структурными трансформациями профессионального поля.

Классические исследования профессий восходят к работам Эндрю Эбботта (Abbott 1988), предложившего концепцию «системы профессий». Согласно его подходу, профессии – это взаимосвязанные образования, конкурирующие за юрисдикцию, то есть контроль над задачами, клиентами и сферами знания. Профессиональные границы в этой модели не являются статичными: они постоянно пересматриваются под влиянием институциональных реформ, политических изменений и межпрофессиональной конкуренции. Однако, сосредотачиваясь на структурной динамике, этот подход оставляет в тени повседневные стратегии и риторику самих профессионалов.

Исследования современных трансформаций профессиональной занятости все чаще обращаются к повседневным микропрактикам, через которые переопределяются формы профессионализма и авторитета. Так, Джулия Эветтс (Evetts 2003) изучает, как внутри организаций происходит перераспределение автономии и профессиональных ролей. В своих эмпирических работах она акцентирует внимание на нормативных структурах, взаимодействии и агентивности специалистов. Майк Сакс (Saks 2012) описывает, как профессионалы адаптируются к требованиям рынка и государства, формируя смешанные модели профессиональной идентичности. Однако микроуровневый анализ, сосредоточенный на локальных действиях, не позволяет полноценно отразить механизмы воспроизводства институционального порядка.

В этой связи ключевым понятийным ресурсом исследования становится концепция профессионализма как «третьей логики» координации труда, разработанная Фрейдсоном (Freidson 1999). Он противопоставляет профессионализм двум другим способам регулирования труда – бюрократическому и рыночному. Если бюрократия опирается на вертикальное управление, а рынок – на механизмы потребительского спроса, то профессионализм предполагает, что контроль за организацией труда осуществляется самими специалистами на основе специализированного знания, этических норм и автономного профессионального суждения.

В этой логике профессия не просто роль, а институционализованный форма автономии и саморегулирования. Именно этот акцент – пересборка профессиональной автономии в рамках конкретных институциональных условий – является ключевым для данного исследования.

Институциональный контекст неолиберальных реформ в здравоохранении при этом задает особую среду, в которой профессионализм формируется не как устойчивая и заданная структура, а как результат постоянной адаптации, переопределения и стратегического маневрирования. Неустойчивость профессиональных границ и трансформация источников легитимации экспертного знания стали ключевыми темами в современной социологии. Так, Николас Роуз (Rose 1999) и Джулия Эветтс (Evetts 2011) отмечают, что неолиберальные преобразования способствовали фрагментации и перераспределению профессионального знания между специалистами, управленцами и потребителями. Прежняя модель, основанная на автономии и контроле над содержанием труда, уступает место логике рыночной эффективности и бюрократической подотчетности. Все чаще профессиональная идентичность формируется не через принадлежность к экспертному сообществу, а через гибкую адаптацию к внешним нормативам, цифровым индикаторам и клиническим протоколам, разрабатываемым внешними структурами, а не самими профессионалами (Davenport and Prusak 1998).

В постсоветском контексте данные процессы приобретают специфическое выражение. Сакс (Saks 2015) анализирует трансформации медицины в России как результат давления со стороны одновременно рыночных и государственных акторов, в результате чего профессионализм утрачивает устойчивую институциональную опору. Элианна Риска и Аурелия Новельскайте (Riska and Novelskaite 2011) вводят модель четырех конкурирующих логик (профессиональной, бюрократической, рыночной и патерналистской) и показывают, как врачи в постсоветских системах здравоохранения вынуждены постоянно лавировать между ними. В свою очередь, Екатерина Бороздина (Borozdina 2023) демонстрирует, что даже управленчески навязанные практики, такие как доказательная медицина, могут быть адаптированы самими врачами в качестве инструмента институциональной агентности, позволяющего укреплять экспертную позицию и защищать профессиональную автономию в иерархических клинических структурах.

Опираясь на эти теоретические основания, мы рассматриваем профессию врача ОП в Казахстане как проявление институциональной агентности в трансформирующемся поле здравоохранения. Наш аналитический фокус смещается с темы утраты профессионального статуса к анализу того, как врачи пересобирают свою идентичность, осваивая и трансформируя внешние регуляторные логики не только как ограничения, но и как ресурс символического утверждения своей профессиональной позиции.

Как подчеркивают Лорелей Джонс и Джудит Грин (Jones and Green 2006), профессионализм в условиях реформ целесообразно рассматривать не только как набор закрепленных норм, но и как динамический процесс, проявляющийся в повседневных практиках. Дискурсивные формы – то, как специалисты описывают себя, свою профессию, – дают представление о том, как они интерпретируют

и оправдывают свою роль. Однако для понимания профессионализма важно также анализировать, как эта риторика воплощается в действиях: например, в способах взаимодействия с другими специалистами, согласования решений и распределения ответственности. Такое сочетание анализа высказываний и наблюдения за практиками позволяет связать уровень структурных трансформаций с повседневным формированием профессиональной идентичности и с конкретными механизмами организации работы (Jones and Green 2006:928–929).

РЕАПРОПРИАЦИЯ БЮРОКРАТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ

Бюрократическая нагрузка является одной из самых частых причин отказа интернов от специализации в области общей практики (Мергентай и др. 2017). Поэтому нас в первую очередь заинтересовало, как врачи ОП думают и говорят о бюрократическом давлении. Почему несмотря на то, что бюрократическая нагрузка считается одним из основных препятствий для развития ПМСП, роль врача ОП в бюрократических процессах остается значимой? Процитируем полевой дневник одной из авторок исследования.

Во время приема у врача ОП я сидела и наблюдала за тем, как врач, стройная высокая женщина 35 лет, вела осмотр пациента. Это был обычный рабочий день, и мне удалось увидеть, как бюрократическая работа переплетается с процессом лечения, становясь его неотъемлемой частью. В тот момент, когда врач, сосредоточенно и усердно, глядя на экран, вводила данные о пациентке в компьютер, в дверном проеме показалась голова молодой девушки:

Врач, слегка прищурившись: Вы кто? Вы по записи?

Девушка: Нет, мне просто нужна справка.

Врач, отложив ручку: Вам в университет поступать?

Девушка: Да.

Врач с задумчивым взглядом стала что-то печатать и смотреть в экран компьютера: В базе нет ваших данных. Когда вы заканчивали школу, системы «Дамумед» еще не было. У вас в школе должен быть паспорт ребенка и справка 063, написанная от руки. Заберите ее там и отнесите в университет. Понятно? (Казалось, что пациентке, сидящей рядом, все равно, что происходит, – она просматривала свой телефон).

Девушка кивает: Да, поняла.

Врач, уже улыбаясь: Ты не сестра N? Очень на нее похожа.

Девушка снова кивает, немного улыбнувшись.

Врач продолжает, смеясь: Передай маме, что твоей сестре нужно к стоматологу, пусть не забудет. Оказывается, я с вашей семьей в WhatsApp'e общаюсь. Девушка уходит, а через несколько минут в кабинет заходит предыдущая пациентка, которая вышла всего пятнадцать минут назад. В руках у нее бумаги.

Пациентка 2: А где мне ставить печать? В регистратуре сказали, что там печати не ставят.

Врач удивленно: Что-о-о? Как это – не ставят? Почему они свою работу не знают? (встает с места и сопровождает пациентку 2).

(Полевые заметки на приеме у врача ОП в одной из больниц, г. Алматы, август 2024 года)

В повседневной работе врачей ОП граница между лечением и бюрократией практически незаметна – оба процесса переплетаются и служат одной цели: обеспечению комплексной заботы о пациенте. В рассматриваемой ситуации врач, вводя данные в компьютер, прерывается, чтобы выдать справку, сопровождая этот процесс неформальной коммуникацией и проявляя заботу. Тут же появляется другая пациентка, возвратившаяся за пояснениями, где поставить печать. Врач реагирует активно и выходит из кабинета, чтобы уладить ситуацию. Этот фрагмент показывает, что бюрократическая работа не является внешней по отношению к лечению, а вплетена в ткань профессиональной этики и повседневной организации работы.

В неформальной беседе после приема врач выразила смешанные чувства по поводу бюрократической работы. С одной стороны, она осознает ее важность как неотъемлемой составляющей государственного контроля, а с другой – испытывает сожаление и раздражение от ее объема, что часто отвлекает от непосредственного лечения и подрывает статус.

Я понимаю, что эта бюрократия нужна и важна, без нее медицинская система не работает. Но ее столько, что я иногда вообще забываю, что я врач, а не человек, который весь день заполняет бумаги. Это все забирает силы, отвлекает от пациентов... И, если честно, из-за этого нас уже за врачей не считают пациенты. Они же видят, что мы больше в компьютере сидим, чем лечим (врач ОП, жен., 35 лет, г. Алматы).

Эта амбивалентность ярко иллюстрирует природу гибридного профессионализма, описанную Мирко Нордеграафом: врач оказывается в поле напряжения между профессиональной и управленческой логиками (Noordegraaf 2015). Бюрократическая работа воспринимается как инструмент внешнего контроля, подчиняющий клиническую автономию организационной дисциплине, что порождает раздражение как следствие «неустойчивого» гибрида. В то же время та же деятельность выступает формой легитимации – занимаясь ею, врач подтверждает свою роль агента государственного контроля, встраивается в систему и обретает значимость. Эта амбивалентность отражает не просто личный дискомфорт, а структурное противоречие, в котором бюрократия выступает и как механизм давления и ограничения профессиональной автономии, и как ресурс для утверждения новой «организующей формы профессионализма». Например, в интервью врачи ОП регулярно использовали термин «регистратор» для обозначения своей бумажной и цифровой работы, особенно когда речь шла об оформлении направлений и справок. Усиление бюрократизации в условиях неолиберальных реформ подрывает профессиональный статус врачей ОП: их клиническая автономия ограничивается стандартизированными протоколами, отчетностью, что усиливает восприятие их как «регистраторов», а не как полноправных клиницистов. То есть в результате врачи ОП символически приравниваются к исполнителям административных функций, что снижает престиж их профессии.

Однако термин «регистратор» здесь имеет двойное значение: с одной стороны, так проявляется их подчиненная, по сравнению с другими врачебными специ-

альностями, позиция (так как «регистратор не лечит»), с другой – подчеркивается незаменимая функция врача как государственного служащего, обеспечивающего стабильную работу системы. Образ «регистратора» функционирует как форма сопротивления нарастающей бюрократизации, которая ставит врача ОП в уязвимое положение в медицинской иерархии.

[А как вы решили, что будете врачом ОП?] Ну, здесь не я решил, это государство решило. Потому что когда мы поступили, точнее, до того, как мы поступили, был выбор между пятью специальностями. Хирургия, стоматология, педиатрия, врач ОП, общественное здоровье, терапия, что-то такое. И вот в наш год, в который поступил, у них просто один выбор – врач ОП. И здесь, условно, государство за нас выбрало. [...] Но я не хочу всю жизнь быть врачом ОП. Это тяжело. И здесь больше врачи ОП играют роль «регистратуры». Условно, направление туда, к этому специалисту, к этому. Ну и так население, не знаю, как восприняло, наверное, такой стереотип, что врач ОП как регистратор. Раньше, условно, если регистраторы записывали к невропатологу, к узким специалистам, сейчас это же все через врача ОП идет... И, условно, пациент уже приходит к нам, чтобы не лечиться, а чтобы взять документ к другому врачу. Но мы стараемся все успеть, нам еще нужно успеть полечить (врач ОП, муж., 32 года, г. Алматы).

Врач описывает свою ситуацию как «тяжелую», но, отмечая «особую роль», на которую его назначило государство, утверждает: «Государство за нас выбрало». Он ощущает себя находящимся в положении, где «все через него идет», мысля себя как своеобразное связующее звено между пациентами и узкими специалистами. Превращение врача ОП в «регистратора», который направляет пациентов к другим специалистам, не столько снижает символический статус профессии, сколько подчеркивает ее системообразующую роль в маршрутизации пациентов. Врач ОП позволяет трактовать бюрократическую работу как специфическую форму экспертной координации, в ней врач ОП не просто передаточное звено, а фигура, создающая порядок административных маршрутов. Разговор о «тяжелом» труде в интервью – это разговор не только про физическую и эмоциональную нагрузку, но и про напряжение между ожидаемой профессиональной идентичностью и реальной институциональной функцией.

В условиях, когда статус врача ОП маргинализирован в обществе, а его роль в системе здравоохранения считается менее престижной по сравнению с узкими специалистами, именно «бюрократическая» составляющая становится их отличительной чертой и стратегическим ресурсом в межпрофессиональной конкуренции. Здесь проявляется ключевой аспект «третьей логики» профессионализма: не сводясь только к сопротивлению или подчинению внешним регуляциям, врачи адаптируют и переопределяют их, используя бюрократические практики как средство символического позиционирования внутри системы. Похожее описание своего «особого» положения дала еще одна врач ОП:

Что такое врач ОП? На него повесили много функциональных задач, это невозможно вывезти. Не каждый день я могу объяснить пациенту, что я могу его лечить, что нужно время... на все сразу. Один день могу, другой день мне

сложно, потому что каждый день одну и ту же информацию передавать – это, честно скажу, настолько изматывает, ты начинаешь терять свою ценность перед пациентами. Как будто бы ты просто сидишь как регистратор. И все, ты больше ни на что не влияешь. Знаете, как будто от тебя зависит все и ничего одновременно (врач ОП, жен., 35 лет, г. Алматы).

Описывая свое положение при усиливающейся бюрократизации, врач замечает: «от тебя зависит все и ничего одновременно». Она подчеркивает, что работа «регистратора» часто берет верх над лечебной функцией, создавая у пациентов впечатление, что врач ОП – не эксперт и не врач. Однако по высказываниям информантки также видно, что взаимодействие между пациентами и так называемыми узкими специалистами полностью зависит от нее, и это является важным элементом риторики, формирующей авторитет профессиональной категории. Она подчеркивает, что именно через нее проходят ключевые маршруты взаимодействия с системой и узкими специалистами – этот посреднический статус становится основой для риторического подтверждения важности и незаменимости ее профессиональной позиции.

Один из врачей ОП в Алматы также пояснил, в чем заключается их исключительная профессиональная роль. Он отметил, что работа врача ОП не ограничивается только регистрацией пациентов и выдачей направлений: «Направление – это самое важное, ведь врачи ОП осуществляют контроль за тем, как узкие специалисты назначают лечение». По его словам, «узкие специалисты не могут назначить ничего без нашего одобрения, и именно мы регулируем поток пациентов в систему». Респондент подчеркнул наличие у него определенной власти в управлении медицинскими процессами:

у нас работа связана с тем, что мы, например, направление, в таком плане, все равно все сводится к тому, что все к нам в конечном итоге должны [приходить]. Например, мы отправляем пациента к какому-либо узкому специалисту, допустим, невропатологу. Невропатолог видит, что пациенту, допустим, нужно снять УЗИ шеи, головного мозга, сосудов. И в таком плане пациенты в любом случае обратно к нам идут. Без нас – никак. Мы несем ответственность за все шаги. Наверное, только узкие специалисты лечением занимаются, а мы там, помимо лечения, также и направления, в таком плане. Мы еще на участке несем полную ответственность за любые случаи, связанные с онкологией, с туберкулезом, с любым заболеванием, а также инфекционные заболевания также обслуживаются нами. Также профилактика, оздоровление, диспансеризация – все это у нас... Мы сами должны понимать, какие задачи решать, и как каждый специалист делает какую-то часть (врач ОП, муж., 26 лет, г. Алматы).

Через описание «круговорота» пациентов, которые «в любом случае обратно к нам идут», врач нормализует свою роль не только как первичного звена, но как фигуры, несущей институциональную ответственность за весь диагностико-терапевтический маршрут. Эта «точка сборки» клинико-административной логистики представляет собой не просто бюрократическую функцию, а форму профессио-

нального контроля, где врач ОП обладает и знаниями, и властью координировать процессы между врачами других специальностей. Врач ОП использует нормативные требования, регламенты и обязательства по отчетности не как внешние ограничения, а как средства самоорганизации и подтверждения своей экспертной роли. Ответственность за «все шаги» и ведение «особых» категорий заболеваний (туберкулез, онкологические, инфекционные заболевания) усиливает статус врача ОП как врача широкого профиля, который одновременно лечит, контролирует и управляет медицинским потоком. Эта многофункциональность воспринимается информантом как уникальный профессиональный профиль, противопоставляемый узким специалистам, занимающимся лишь одной задачей – лечением.

Кроме того, как рассказал нам главный врач больницы, «широта знаний» врача ОП включает понимание устройства всей системы здравоохранения и ее взаимодействия с различными элементами, что позволяет эффективно адаптироваться к изменениям. В работе над организацией трудовой деятельности понимание и умение управлять бюрократическими процессами становится формой профессионального знания, которую врачи ОП используют для легитимации своей позиции.

Я такая думала, блин, вот это [нормативные документы] надо изучить, вот это надо. Две недели подряд каждый день я поднималась к заведующей, и она прям опрос сделала. И приказ по номерам, год выпуска и так далее. Она так помогала нам *стать настоящими врачами*. Это все дает тебе потом возможность аргументировать и говорить о своих правах, о своих компетенциях (врач ОП, жен., 26 лет, г. Астана; курсив добавлен).

Стоит отметить, что когда врачи ОП отвечают на вопрос о возможности делегирования бумажной работы медсестрам или другому низовому персоналу, они однозначно указывают, что это невозможно из-за рисков ошибки. То есть «тяжесть и сложность» и «высокие риски» этой профессиональной роли также часто становятся предпосылкой для определения своей профессии. Врач-реаниматолог и по совместительству врач ОП вообще заявила, что больнице не нужны узкие специалисты, так как врачи ОП все могут лечить сами, а работают узкие специалисты только из-за того, что они часть нормативной системы: «Ну, нужен узкий специалист чисто по документации, не по показаниям. Тогда да, мы отправляем. Это общие медицинские осмотры и так далее. Работая врачом ОП, я к узким специалистам очень редко направляю. Мы умеем все» (врач ОП, реаниматолог, жен., 35 лет, г. Алматы).

Здесь врач демонстрирует свою экспертность и автономию, стремясь показать нам как сторонним наблюдателям, что направление – это не просто бюрократический инструмент государственной системы управления, но еще и маркер ее дополнительной, иногда избыточной, квалификации. Бюрократическая функция становится способом артикуляции профессионального авторитета: именно врач ОП, по словам информантов, принимает решение о целесообразности привлечения других специалистов, тем самым подтверждая свое экспертное суждение и контроль над клиническим процессом.

Работа врачей ОП как исполнителей «особой» бюрократической миссии не просто отражает изменение организационных условий здравоохранения, но и демонстрирует, как профессионалы осваивают и трансформируют эти условия в собственный ресурс. Бюрократическая нагрузка, нередко критикуемая как помеха клинической деятельности, становится в их повседневной практике индикатором профессионализма и пространством институциональной автономии. Это позволяет по-новому взглянуть на устойчивость бюрократической нагрузки в здравоохранении: она сохраняется не только как инструмент управления сверху, но и как механизм воспроизводства символического и институционального влияния врачей снизу – в духе «третьей логики», где контроль над трудом сохраняется за профессионалом через присвоение формальных норм.

ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КООПЕРАЦИИ И АВТОНОМИИ

В условиях неолиберальных реформ здравоохранения, особенно после внедрения Единой национальной системы здравоохранения и системы ОМС, на врачей ОП легла двойная нагрузка: с одной стороны, они оказались «на передовой» из-за растущего потока пациентов, увеличившегося в результате децентрализации финансирования и введения свободного выбора врача; с другой – вступили в конкурентную борьбу с узкими специалистами за социальное признание и статус. Несмотря на идеологическую направленность реформ, ориентированных на укрепление универсального профиля врача ОП, на практике все более востребованной становится узкая специализация, воспринимаемая как маркер особой компетентности.

Насколько качественной может быть помощь, когда у нас теперь не медпомощь, а услуга. Как в компаниях, где услуги предоставляют, а там клиент всегда прав. Клиент хочет идти к специалистам, и вот так стоишь: либо будет жалоба, либо нужно направить. И еще полечить надо, поэтому нужно очень доходчиво объяснять и стараться выдержать давление (врач ОП, муж., 32 года, г. Алматы).

Эта тенденция обусловлена сразу несколькими факторами. Во-первых, пациенты, ориентируясь на рынок медицинских услуг, склонны доверять узким специалистам, предполагая наличие у них более глубоких знаний. Во-вторых, система количественной оценки эффективности труда, характерная для государственного неолиберализма, поощряет стандартизируемые и легко измеримые формы клинической деятельности, маргинализируя профилактическую и универсальную составляющую работы врача ОП. В-третьих, в условиях институциональной нестабильности, кадрового дефицита и высокой нормативной нагрузки врачи ОП часто утрачивают возможность полноценно реализовывать клиническую практику, что подталкивает их к поиску альтернативных форм поддержания профессиональной идентичности.

Если в сфере бюрократической работы врачи ОП стремятся закрепить свой авторитет, присваивая бюрократическую роль в качестве элемента профессионализма, то в клинической практике их стратегия «не проиграть» в конкуренции с узкими специалистами заключается в выстраивании доверительных отношений с ними, что позволяет перераспределять нагрузку и ответственность. В таких отношениях врачи ОП демонстрируют готовность передавать пациента при выходе ситуации за пределы их компетенции, тем самым укрепляя профессиональную кооперацию. При этом, оставаясь вовлеченными в процесс и координируя лечение, они де юре присваивают результат, сохраняя роль ключевого лечащего врача в глазах пациента и системы.

Так, ну, в основном врачи, да, врачи ОП [помогают]. Узкие специалисты – ну, тоже. В основном я общаюсь с кардиологом по многим вопросам. И, конечно, очень помогала наш главный врач – хирург. То есть она такой доверительный контакт, к которой действительно можно подойти в любое время, и она все объяснит, все разъяснит и поможет (врач ОП, муж., 26 лет, г. Алматы).

Другой респондент подчеркнул важность способности «заобщаться» с коллегами для получения консультаций по сложным случаям. В такой обстановке врачи фактически разделяют свои клинические компетенции, и они становятся гибкими и контекстуальными, особенно когда необходимо совместное решение медицинских задач.

У меня всегда получается заобщаться. Я просто прихожу: вот, я такой-то, вот такая проблема. Могут сказать: «Ко мне отправь экстренно». А может и так: «Вот эти капли пусть принимает и ко мне пусть через неделю подойдет». Здесь я проблем со своей стороны не вижу. Мне легко выстраивать сотрудничество, я, если не знаю, что делать, я прямо спрашиваю (заместитель заведующего отделением общей практики, бывший врач ОП, муж., 32 года, г. Алматы).

Стремление врачей ОП выстраивать устойчивые доверительные связи с узкими специалистами становится не просто тактикой выживания, но и механизмом сохранения профессионального статуса, позволяющим врачам проявлять агентность и создавать зоны автономии в условиях системной перегрузки и высокой конкуренции. Один из респондентов описывает ситуацию, в которой попасть на прием к невропатологу объективно трудно из-за большой очереди, но благодаря профессиональным контактам врач ОП может оперативно получить рекомендации по лечению пациентов:

Допустим, к невропатологу запись огромная, а пациенту уже нужно сейчас помочь, а к нему запись на конец месяца. Идешь и советуешься: вот такой-то такой-то пациент пришел, что я могу ему посоветовать? И она назначает заочно. Вот так вот, в обход записи, в обход самостоятельной консультации невропатологом пациента, происходят такие вот вещи, то есть за счет того, что они помогают (врач ОП, жен., 27 лет, г. Астана).

В этом примере доверительные отношения с узкими специалистами выступают механизмом поддержания клинической значимости врача ОП перед пациентами. Врач ОП и аллерголог из Астаны поделился, что из-за нехватки времени врачи часто направляют пациентов к узким специалистам даже с теми случаями, которые могли бы лечить самостоятельно. Например, если у пациента сахарный диабет, участковый врач контролирует его состояние, а эндокринолог раз в год проверяет, чтобы убедиться, что лечение идет по плану. Как только диагноз поставлен, эндокринолог назначает начальную терапию, а дальнейшее наблюдение переходит к участковому врачу. Во многих рекомендациях указано, что участковый врач должен осматривать таких пациентов раз в три месяца, а к узкому специалисту направляют раз в год или при необходимости. Однако, по словам респондента, в реальности к узким специалистам направляют гораздо чаще. Системные ограничения ресурсов врачей ОП ставят их в такое положение, когда они вынуждены кооперироваться с узкими специалистами. Недостаток времени и кадровых ресурсов заставляет врачей ОП договариваться с узкими специалистами принять их пациентов вне очереди и вне записи:

Бывает, к кардиологу, например, под конец месяца не бывает мест. Если попросить кардиолога без записи принять, в том плане, что без времени отправим, то кардиолог у нас обычно соглашается. Но это на него нагрузка идет, с одной стороны. А если возможности нет, то просто проконсультировать, на подхвате. Ну, не отказывают в целом (врач ОП, муж., 25 лет, г. Алматы).

Почему иногда к узкому специалисту отправляют сразу, не особо разбираясь? Потому что за 15 минут опять-таки невозможно все (врач ОП, жен., 33 года, г. Алматы).

Такая позиция позволяет врачам ОП сохранять участие в принятии клинических решений и поддерживать контроль над профессиональной территорией даже в тех случаях, когда клиническую инициативу приходится уступать узким специалистам. За счет институциональной гибкости и способности к координации врач ОП перерабатывает ограниченность своей клинической автономии в форму ситуативного преимущества, демонстрируя способность адаптироваться к сложным условиям неолиберального здравоохранения. При этом нередко врачи ОП транслируют менее престижную ролевую модель для узких специалистов, представляя их не как равноправных партнеров, а как исполнителей вспомогательных рутинных функций, обслуживающих поток пациентов, поступающих от врачей ОП.

Чаще всего просто вот не хочется уже заморачиваться, и вот это какая-то бывает такая накопленная усталость, когда ты просто сидишь, тебе тяжело дается прием. Наверное, если бы было меньше пациентов, либо дольше прием, врач ОП бы сам лечил, там не нужно было бы узких специалистов. А вот когда вот это вот быстро-быстро-быстро, тебе за 15 минут нужно трех пациентов принять, потому что двое без записи еще пришли, и ты просто распределяешь, как считаешь, они [узкие специалисты] же для этого нужны (аллерголог-иммунолог, бывший врач ОП, жен., 26 лет, г. Астана).

Как видно из приведенного высказывания, узкие специалисты описываются как работники «на конвейере». При этом контроль за распределением нагрузки и направлением пациентов представлен как инструмент, находящийся в руках врача общей практики. Такая логика подчеркивает, что кооперация обязательно сопровождается диспетчеризацией, обе стратегии становятся формой контроля над временем, содержанием лечения, маршрутом пациента. Врачи ОП не подчиняются давлению бюрократии или рынка напрямую, а ситуативно адаптируются к обоим режимам.

Показательно, что в частных клиниках с государственным субсидированием врачи ОП также стремятся повысить свой клинический статус вне рамок ПМСП, совмещая профессиональные категории (например, врач ОП и анестезиолог или кардиолог). Это становится возможным именно в частных учреждениях, где процессы более вариативны.

Здесь [в частной клинике] у меня есть возможность параллельно в другой больнице организовать свою работу психиатром. Да, это своего рода автономия. И я выбрала, у меня там два раза в неделю, я работаю с 11, там, с утра у меня тренировки какие-то, я могу там поработать с утра с пациентами. И там три раза в неделю я работаю с 8 утра. Мне там абсолютно комфортно. Но в госполиклинике это было бы невозможно (врач ОП, психиатр, жен., 35 лет, г. Алматы).

Этот фрагмент демонстрирует, что частные клиники открывают пространство для институционального маневра. Возможность совмещать работу в разных учреждениях (например, как врач ОП в одной клинике и как психиатр в другой) становится не просто индивидуальной стратегией профессиональной гибкости, но выражением новой формы агентной автономии в условиях неолиберальной гибридации системы здравоохранения. В частных клиниках, получающих госфинансирование, наблюдается больший уровень автономии: врач сам выбирает график, тип практики и может формировать собственный профессиональный режим, ориентированный как на экономические, так и личностные или терапевтические цели: «Да, я думаю, это адаптация, сегодня я – врач ОП, по вторникам я – иммунолог, работаю этажом ниже на частной основе» (врач ОП, иммунолог, жен., 37 лет, г. Алматы).

Таким образом, профессионализм врачей ОП поддерживается не за счет строгой специализации или полной универсальности, а через адаптацию: врач подстраивает свою практику под различные режимы труда, логики финансирования и организационные формы. Подобная модель особенно отчетливо проявляется в квазигосударственных учреждениях, где сохраняется регуляторная рамка (отчетность, лицензии), но появляется возможность индивидуализированного распределения функций и ролей. Такая фрагментированная, но управляемая занятость – форма институциональной автономии, характерной для «третьей логики»: врачи не находятся под полным контролем ни государства, ни рынка, но формируют свою профессиональную судьбу в условиях плюрализма институциональных логик.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленное исследование проводилось в постсоветском контексте (Казахстан), однако полезно рассмотреть аналогичные проблемы в других странах. Репрофессионализация врачей ОП не уникальна для рассматриваемого региона. Так, в исследовании британской системы общей практики (Grant and Guthrie 2018) также фиксируются схожие процессы: рост административной нагрузки и увеличение потока пациентов ведут к изменению профессиональных ролей. В этих условиях границы между лечением и бюрократией становятся менее четкими. Британские врачи ОП тоже вынуждены маневрировать, с одной стороны, настаивая на сохранении клинической монополии, а с другой – допуская частичное перераспределение бюрократических задач и перекладывание их на администраторов.

Однако в постсоветском контексте, особенно в Казахстане, мы наблюдаем другой вариант. Здесь бюрократическая часть работы не отодвигается на второй план и не передается «регистраторам». Напротив, она становится важной частью повседневной работы врачей ОП и тесно переплетается с их клиническими обязанностями. В условиях постоянных изменений в системе, нехватки персонала, строгих нормативов, врачи ОП осваивают и используют административные функции как способ укрепить свою профессиональную позицию. Работая с направлениями, справками, маршрутами пациентов и цифровыми системами, они не просто исполняют указания сверху, но и формируют свой авторитет внутри системы. Таким образом, бюрократическая миссия становится важной составляющей их профессионализма.

Параллельно в условиях конкуренции с узкими специалистами и постоянной перегрузки врачи ОП выстраивают стратегию сотрудничества. Даже передавая часть клинических решений другим врачам, они сохраняют контроль за направлением пациента и организацией всей цепочки медицинской помощи. Так, врачи ситуативно лечат, направляют, координируют и управляют. Это позволяет им сохранять значимость в системе, даже если монополия на лечение отдана другим.

В частных клиниках, где сочетаются элементы государственного регулирования и гибкой рыночной модели, врачи ОП нередко совмещают несколько профессиональных ролей, например работают как врачи ОП и как узкие специалисты (психиатр, анестезиолог и т. п.). Это дает им больше свободы, позволяет самостоятельно организовывать рабочее время, повышать доход и укреплять профессиональный статус в разных контекстах.

В целом исследование показывает, что в постсоветском Казахстане профессионализм врача ОП формируется не за счет предполагаемой реформами универсальности, а за счет гибкости, адаптивности и способности совмещать роли бюрократа и узкого специалиста, иногда разделяя эти функции в разных институциональных контекстах (например, в разных больницах). Усиление бюрократической составляющей, поиск новых форм сотрудничества и самореализации, постоянная адаптация к рыночным условиям – все это становится неотъемлемой частью профессионализма врача ОП. Как с «третьей логикой», способность

врачей контролировать содержание и организацию своей работы, включая бюрократические задачи, выступает основой их профессиональной автономии в условиях давления со стороны государства и рынка (Freidson 1999:118–119).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Алиманова, Жанна, Дина Карибаева и Динара Купеншеева. 2017. «Проблемы в подготовке врачей общей практики и пути их решения». *Вестник Казахского национального медицинского университета* 1:467–469.
- Еренжан, Кунсая, Маржан Асуханова, Гаухар Дильмагамбетова, Зоя Молдашева и Алия Тлеуова. 2021. «Эмоциональное выгорание у врачей общей практики». *West Kazakhstan Medical Journal* 2(63):117–122. <https://doi.org/10.24412/2707-6180-2021-63-117-122>.
- Касымова, Гульнара и Баян Калиева. 2017. «Совершенствование первичной медико-санитарной помощи населению, оказываемой врачом общей практики». *Вестник Казахского национального медицинского университета* 4:363–365.
- Мергентай, Айгуль, Ирина Сон, Дюсентай Кулов, Гульбадан Бекембаева, Виталий Койков, Бауыржан Омаркулов и Галия Мусина. 2017. «Изучение нагрузки и затрат рабочего времени врачей общей практики в организациях здравоохранения в Казахстане». *Менеджер здравоохранения* 5:48–54.
- Новкунская, Анастасия, Дарья Литвина и Анна Темкина. 2021. «“Социологи в белом”: конструирование профессиональной позиции в медицинском поле». *Laboratorium: журнал социальных исследований* 13(3):57–87. <https://doi.org/10.25285/2078-1938-2021-13-3-57-87>.
- «Прикладные маркетинговые исследования в приоритетных отраслях экономики. “Общая врачебная практика” (код ОКЭД 86.21)». 2014. Алматы: Даму. <https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:EU:73c58167-67e9-45cc-ba2f-5684d3648204>.
- Роль и эффективность профсоюзов в защите прав трудящихся через призму общественного восприятия*. 2023. Астана: Eurasian Center for People Management.
- Сейдуанова, Лаура, Серик Карабалин, Айнура Текманова и Эльмира Кусайынова. 2019. «Изучение особенностей формирования синдрома профессионального выгорания у врачей общей практики». *Здравоохранение Кыргызстана* 3:23–27.
- Темкина, Анна. 2017. «Студенты сестринского дела: между идеалами и практикой профессии». *Социологические исследования* 7:24–31. <https://doi.org/10.7868/S0132162517070030>.
- Тузельбаев, Нурдилл и Серик Бектурганов. 2014. «Главный приоритет в здравоохранении – развитие общеврачебной практики». *Вестник КазНМУ* 2(4):57–59.
- Шоранов, Марат, Гульнар Кулкаева, Камалжан Надыров, Максут Кульжанов, Кайрат Давлетов, Дарига Смаилова, Ляззат Кошербаева, Айнура Құмар, Елена Степкина, Асхат Жумагалиулы, Камшат Толганбаева и Асель Хасенова. 2023. *Национальный доклад по развитию первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан*. Алматы: Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова.
- Abbott, Andrew. 1988. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Allen, Davina. 1997. “The Nursing-Medical Boundary: A Negotiated Order?” *Sociology of Health & Illness* 19(4):498–520.
- Borozdina, Ekaterina. 2023. “Evidence-Based Medicine and Physicians’ Institutional Agency in Russian Clinical Settings.” *Critical Public Health* 33(4):409–420. <https://doi.org/10.1080/09581596.2023.2180608>.
- Braun, Virginia, and Victoria Clarke. 2006. “Using Thematic Analysis in Psychology.” *Qualitative Research in Psychology* 3(2):77–101.
- Charmaz, Kathy. 2006. *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage.
- Coffey, Amanda, and Paul Atkinson. 1996. *Making Sense of Qualitative Data: Complementary Research Strategies*. London: Sage.

- Davenport, Thomas H., and Laurence Prusak. 1998. *Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know*. Boston: Harvard Business School Press.
- Evetts, Julia. 2003. "The Sociological Analysis of Professionalism: Occupational Change in the Modern World." *International Sociology* 18(2):395–415.
- Evetts, Julia. 2011. "A New Professionalism? Challenges and Opportunities." *Current Sociology* 59(4):406–422.
- Freidson, Eliot. 1970. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freidson, Eliot. 1999. "Theory of Professionalism: Method and Substance." *International Review of Sociology* 9(1):117–129.
- Gieryn, Thomas F. 1983. "Boundary-Work and the Demarcation of Science from Non-Science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists." *American Sociological Review* 48(6):781–795.
- Grant, Suzanne, and Bruce Guthrie. 2018. "Between Demarcation and Discretion: The Medical-Administrative Boundary as a Locus of Safety in High-Volume Organisational Routines." *Social Science & Medicine* 203:43–50. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.005>.
- Jones, Lorelei, and Judith Green. 2006. "Shifting Discourses of Professionalism: A Case Study of General Practitioners in the United Kingdom." *Sociology of Health & Illness* 28:927–950.
- Larson, Magali Sarfatti. 2018. "Professions Today: Self-Criticism and Reflections for the Future." *Sociologia, Problemas e Práticas* 88:27–42. <https://doi.org/10.7458/SPP20188814796>.
- McGregor, Sue. 2001. "Neoliberalism and Health Care." *International Journal of Consumer Studies* 25(2):82–89.
- Noordegraaf, Mirko. 2015. "Hybrid Professionalism and Beyond: (New) Forms of Public Professionalism in Changing Organizational and Societal Contexts." *Journal of Professions and Organization* 2(2):187–206.
- Parsons, Talcott. 1939. "The Professions and Social Structure." *Social Forces* 17(4):457–467.
- Pickard, Susan. 2009. "The Professionalization of General Practitioners with a Special Interest: Rationalization, Restratification and Governmentality." *Sociology* 43(2):250–267.
- Riska, Elianne, and Aurelija Novelskaite. 2011. "Professionalism and Medical Work in a Post-Soviet Society: Between Four Logics." *Anthropology of East Europe Review* 29(1):82–93.
- Rose, Nikolas. 1999. *Powers of Freedom: Reframing Political Thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Saks, Mike. 2012. "Defining a Profession: The Role of Knowledge and Expertise." *Professions and Professionalism* 2(1):1–10.
- Saks, Mike. 2015. *The Professions, State and the Market: Medicine in Britain, the United States and Russia*. Abingdon, UK: Routledge.
- So, Alvin Y., and Yin-Wah Chu. 2012. "The Transition from Neoliberalism to State Neoliberalism in China at the Turn of the Twenty-First Century." Pp. 166–187 in *Developmental Politics in Transition: The Neoliberal Era and Beyond*, edited by Chang Kyung-Sup, Ben Fine, and Linda Weiss. London: Palgrave Macmillan.
- Yessimov, Nabi, Altyn Aringazina, Gulnara Tokmurziyeva, Nailya Izmailova, and Daniyar Seidumanov. 2019. "Assessment of the Integration Between Primary Health Care and Public Health in Almaty." *Research Journal of Pharmacy and Technology* 12(9):4241–4249. <https://doi.org/10.5958/0974-360X.2019.00729.7>.

"GPS ARE JUST REGISTRARS!": THE FORMATION OF PROFESSIONALISM AMONG GENERAL PRACTITIONERS IN KAZAKHSTAN

Julia Khan, Zhanar Kadyrbek, Asiya Sheri, Sabina Shaimerdenova

Julia Khan, School of Sociologists and Research Center "Kazakhstan Sociology Lab," Kazakhstan; Department of Anthropology, Seoul National University, South Korea. leel-han@yandex.ru.

Zhanar Kadyrbek, School of Sociologists and Research Center "Kazakhstan Sociology Lab"; Department of Regional Studies, L. N. Gumilyov Eurasian National University; Institute of Public Policy of the AMANAT Party, Kazakhstan. mkadyrbek.zhanar@gmail.com.

Asiya Sheri, School of Sociologists and Research Center "Kazakhstan Sociology Lab"; Department of Sociology and Social Work, L. N. Gumilyov Eurasian National University, Kazakhstan. assiya.urazbayeva@gmail.com.

Sabina Shaimerdenova, School of Sociologists and Research Center "Kazakhstan Sociology Lab"; Department of Sociological Research and Forecasting, Research Center "Youth," Kazakhstan. saneka.shaimerdenova@gmail.com.

This article is based on materials collected within the research project "Kazakhstan Sociology Lab" in the field of medical sociology. The authors express their gratitude to colleagues involved in organizing the study—curator Alina Kulichkova, academic supervisor Dmitry Serebrennikov, director of the School of Sociologists and Research Center "Kazakhstan Sociology Lab" Aliya Sarsekeyeva—as well as to all respondents and hospital management representatives who kindly agreed to participate in the study.

One of the key challenges of the healthcare system in Kazakhstan remains the underdeveloped institutional potential of general practitioners (GPs). The GP was expected to be a universal specialist combining preventive, diagnostic, and therapeutic work, serving as a central figure in primary healthcare. However, this model faced a number of systemic obstacles: declining professional prestige, staff shortages, and lack of stable institutional support. Within the medical community and among patients, the perception of GPs as intermediaries—"registrars" who do not treat but merely refer patients to so-called specialists—became entrenched. The article is based on interviews and materials from nonparticipant observation in clinics in Almaty and Astana (Kazakhstan). The authors analyze how, under institutional pressure and professional vulnerability, GPs strive to maintain and redefine their understanding of professionalism. In their interpretation, medical expertise extends beyond purely clinical autonomy to include bureaucratic and administrative functions. Routine tasks (processing referrals, patient routing, working with digital platforms) are understood not as obstacles but as an important part of pro-

professional identity. Bureaucratic workload becomes a basis for symbolic authority. GPs are rethinking their professional role and adopting new strategies: cooperating with other physicians while maintaining control over patient pathways, and acquiring additional specializations (especially in private clinics, where employment arrangements are more flexible). Thus, the conception of GP professionalism in post-Soviet Kazakhstan is associated not with “universality,” as envisioned by reforms, but with the appropriation of bureaucratic functions and the hybridization of employment. Control over the content and organization of one’s work, even when primarily administrative, becomes a source of professional autonomy and a way to resist external management.

Keywords: General Practitioner; GP; Professionalism; Healthcare Reform; Bureaucratic Work; Kazakhstan

REFERENCES

- Abbott, Andrew. 1988. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Alimanova, Zhanna, Dina Karibayeva, and Dinara Kupensheeva. 2017. “Problemy v podgotovke vrachei obshchei praktiki i puti ikh resheniia.” *Vestnik Kazakhskogo natsional’nogo meditsinskogo universiteta* 1:467–469.
- Allen, Davina. 1997. “The Nursing-Medical Boundary: A Negotiated Order?” *Sociology of Health & Illness* 19(4):498–520.
- Borozdina, Ekaterina. 2023. “Evidence-Based Medicine and Physicians’ Institutional Agency in Russian Clinical Settings.” *Critical Public Health* 33(4):409–420. <https://doi.org/10.1080/09581596.2023.2180608>.
- Braun, Virginia, and Victoria Clarke. 2006. “Using Thematic Analysis in Psychology.” *Qualitative Research in Psychology* 3(2):77–101.
- Charmaz, Kathy. 2006. *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage.
- Coffey, Amanda, and Paul Atkinson. 1996. *Making Sense of Qualitative Data: Complementary Research Strategies*. London: Sage.
- Davenport, Thomas H., and Laurence Prusak. 1998. *Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know*. Boston: Harvard Business School Press.
- Evetts, Julia. 2003. “The Sociological Analysis of Professionalism: Occupational Change in the Modern World.” *International Sociology* 18(2):395–415.
- Evetts, Julia. 2011. “A New Professionalism? Challenges and Opportunities.” *Current Sociology* 59(4):406–422.
- Freidson, Eliot. 1970. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freidson, Eliot. 1999. “Theory of Professionalism: Method and Substance.” *International Review of Sociology* 9(1):117–129.
- Gieryn, Thomas F. 1983. “Boundary-Work and the Demarcation of Science from Non-Science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists.” *American Sociological Review* 48(6):781–795.
- Grant, Suzanne, and Bruce Guthrie. 2018. “Between Demarcation and Discretion: The Medical-Administrative Boundary as a Locus of Safety in High-Volume Organisational Routines.” *Social Science & Medicine* 203:43–50. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.005>.
- Jones, Lorelei, and Judith Green. 2006. “Shifting Discourses of Professionalism: A Case Study of General Practitioners in the United Kingdom.” *Sociology of Health & Illness* 28:927–950.
- Kasymova, Gulnara, and Bayan Kalieva. 2017. “Sovershenstvovanie pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi naseleniiu, okazyvaemoi vrachem obshchei praktiki.” *Vestnik Kazakhskogo natsional’nogo meditsinskogo universiteta* 4:363–365.
- Larson, Magali Sarfatti. 2018. “Professions Today: Self-Criticism and Reflections for the Future.” *Sociologia, Problemas e Práticas* 88:27–42. <https://doi.org/10.7458/SPP20188814796>.

- McGregor, Sue. 2001. "Neoliberalism and Health Care." *International Journal of Consumer Studies* 25(2):82–89.
- Mergentay, Aigul, Irina Son, Dyusentai Kulov, Gulbadan Bekembayeva, Vitaliy Koikov, Bauyrzhan Omarkulov, and Galiya Mussina. 2017. "Izuchenie nagruzki i zatrat rabocheho vremeni vrachei obshchei praktiki v organizatsiakh zdavookhraneniia v Kazakhstane." *Menedzher zdavookhraneniia* 5:48–54.
- Noordegraaf, Mirko. 2015. "Hybrid Professionalism and Beyond: (New) Forms of Public Professionalism in Changing Organizational and Societal Contexts." *Journal of Professions and Organization* 2(2):187–206.
- Novkunskaia, Anastasia, Daria Litvina, and Anna Temkina. 2021. "'Sotsiologi v belom': Konstruirovaniie professional'noi pozitsii v meditsinskom pole." *Laboratorium: Russian Review of Social Research* 13(3):57–87. <https://doi.org/10.25285/2078-1938-2021-13-3-57-87>.
- Parsons, Talcott. 1939. "The Professions and Social Structure." *Social Forces* 17(4):457–467.
- Pickard, Susan. 2009. "The Professionalization of General Practitioners with a Special Interest: Rationalization, Restratification and Governmentality." *Sociology* 43(2):250–267.
- "Prikladnye marketingovye issledovaniia v prioritnykh otrasliakh ekonomiki. 'Obshchaia vrachebnaia praktika' (kod OKED 86.21)." 2014. Almaty, Kazakhstan: Damu. <https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:EU:73c58167-67e9-45cc-ba2f-5684d3648204>.
- Riska, Elianne, and Aurelija Novelskaite. 2011. "Professionalism and Medical Work in a Post-Soviet Society: Between Four Logics." *Anthropology of East Europe Review* 29(1):82–93.
- Rol' i effektivnost' profsoiuzov v zashchite prav trudiashchikhsia cherez prizmu obshchestvennogo vospriiatiia. 2023. Astana: Eurasian Center for People Management.
- Rose, Nikolas. 1999. *Powers of Freedom: Reframing Political Thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Saks, Mike. 2012. "Defining a Profession: The Role of Knowledge and Expertise." *Professions and Professionalism* 2(1):1–10.
- Saks, Mike. 2015. *The Professions, State and the Market: Medicine in Britain, the United States and Russia*. Abingdon, UK: Routledge.
- Seiduanova, Laura, Serik Karabalin, Ainur Tekmanova and Elmira Kusainova. 2019. "Izuchenie osobennostei formirovaniia sindroma professional'nogo vygoraniia u vrachei obshchei praktiki." *Profilakticheskaiia meditsina* 3:23–27.
- Shorinov, Marat, Gulnar Kulkaeva, Kamalzhan Nadyrov, Maksut Kulzhanov, Kairat Davletov, Dariga Smailova, Lyazzat Koshbaeva, Ainur Qumar, Elena Stepkina, Askhat Zhumagaliuly, Kamshat Tolganbaeva, and Asel Khasenova. 2023. *Natsional'nyi doklad po razvitiu pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi v Respublike Kazakhstan*. Almaty, Kazakhstan: Asfendiyarov Kazakh National Medical University.
- So, Alvin Y., and Yin-Wah Chu. 2012. "The Transition from Neoliberalism to State Neoliberalism in China at the Turn of the Twenty-First Century." Pp. 166–187 in *Developmental Politics in Transition: The Neoliberal Era and Beyond*, edited by Chang Kyung-Sup, Ben Fine, and Linda Weiss. London: Palgrave Macmillan.
- Temkina, Anna. 2017. "Studenty sestrinskogo dela: Mezhdue idealami i praktikoi professii." *Sotsiologicheskie issledovaniia* 7:24–31. <https://doi.org/10.7868/S0132162517070030>.
- Tuzelbaev, Nurdill, and Serik Bekturganov. 2014. "Glavnyi prioritet v zdavookhraneni—razvitiie obshchevrachebnoi praktiki." *Vestnik KazNMU* 2(4):57–59.
- Yerenzhan, Kunsaya, Marzhan Asukhanova, Gaukhar Dilmagambetova, Zoya Moldasheva, and Aliya Tleuova. 2021. "Emotsional'noe vygoranie u vrachei obshchei praktiki." *West Kazakhstan Medical Journal* 2(63):117–122. <https://doi.org/10.24412/2707-6180-2021-63-117-122>.
- Yessimov, Nabi, Altyn Aringazina, Gulnara Tokmurziyeva, Nailya Izmailova, and Daniyar Seidumanov. 2019. "Assessment of the Integration Between Primary Health Care and Public Health in Almaty." *Research Journal of Pharmacy and Technology* 12(9):4241–4249. <https://doi.org/10.5958/0974-360X.2019.00729.7>.