
СОЦИАЛЬНЫЕ, КУЛЬТУРНЫЕ, ИСТОРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И БЕЗОПАСНОСТЬ

SOCIAL, CULTURAL, HISTORICAL STUDIES AND SECURITY

Научная статья / Research Article

УДК 316.7

DOI: 10.14258/SSI(2026)1–08

Модернизация медицины: от технологий к ценностям

Елена Алексеевна Смирнова

Череповецкий государственный университет, г. Череповец, Россия, smirnova56@yandex.ru,
<https://orcid.org/0000-0002-9383-0649>

Аннотация. Современное развитие биомедицинских технологий, включая генную инженерию, клеточную терапию и цифровизацию медицины, создает новые возможности для улучшения здоровья, но одновременно с этим и порождает сложные этические проблемы. Возникают вопросы доступности новых биомедицинских технологий, социальной справедливости при распределении ресурсов, сохранении человеческого достоинства при различных вмешательствах.

Исследование направлено на анализ ценностных ориентаций различных групп в условиях ценностно ориентированного здравоохранения. Методологическую основу составили качественные методы исследования: три фокус-группы с молодежью (33 участника) для выявления субъективных оценок по изучаемому вопросу и этических дилемм; серия структурированных интервью с 13 экспертами из сферы здравоохранения, науки, управления и общественных организаций. Такой подход позволяет сопоставить эмоционально-нормативное восприятие технологий населением с институционально-ценностным подходом профессионального сообщества. Результаты демонстрируют различия во мнениях.

Для молодежи важен человеческий фактор, эмпатийные взаимоотношения при существующем опасении биологической дискриминации. У экспертов в приоритете системная эффективность, рациональные регуляторные механизмы и научное обоснование рисков. При этом обе группы признают существование проблем доступности, качества оказываемых медицинских услуг и возможного роста социального неравенства.

Практическая значимость исследования заключается в последующей разработке рекомендаций по формированию политики, учитывающей как технологические достижения, так и этический запрос общества. В результате происходит укрепление доверия пациентов к системе здравоохранения и повышение качества оказываемой медицинской помощи.

Ключевые слова: ценность, система здравоохранения, доступность, биотехнологии, жизнь

Для цитирования: Смирнова Е.А. Модернизация медицины: от технологий к ценностям // Society and Security Insights. 2026. Т. 9, № 1. С. 143–164. doi: 10.14258/ssi(2026)1–08.

Medicine's Modernization: Embracing Values in a Technological Age

Elena A. Smirnova

Cherepovets State University, Cherepovets, Russia, smirnova56@yandex.ru,
<https://orcid.org/0000-0002-9383-0649>

Abstract. The modern development of biomedical technologies, including genetic engineering, cell therapy, and the digitalization of medicine, creates new opportunities for improving health, but simultaneously gives rise to complex ethical problems. Questions arise regarding the accessibility of new biomedical technologies, social justice in resource allocation, and the preservation of human dignity in various interventions. The research is aimed at analyzing the value orientations of different groups in the context of value-oriented healthcare.

The methodological basis was formed by qualitative research methods: three focus groups with young people (33 participants) to identify subjective assessments of the issue under study and ethical dilemmas; a series of structured interviews with 13 experts from the fields of healthcare, science, management, and public organizations. This approach allows for the comparison of the emotional-normative perception of technologies by the population with the institutional-value approach of the professional community.

The results demonstrate differences in opinions. For young people, the human factor and empathetic relationships are important, alongside existing concerns about biological discrimination. Experts prioritize systemic efficiency, rational regulatory mechanisms, and scientific justification of risks. At the same time, both groups acknowledge the existence of problems with accessibility, the quality of medical services provided, and the potential growth of social inequality.

The practical significance of the research lies in the subsequent development of recommendations for policy formation that considers both technological advancements and society's ethical demands. As a result, patient trust in the healthcare system is strengthened, and the quality of medical care provided is improved.

Keywords: value, healthcare system, accessibility, biotechnology, life

For citation: Smirnova, E. A. (2026). Medicine's Modernization: Embracing Values in a Technological Age. *Society and Security Insights*, 9(1), 143–164. (In Russ.). doi: 10.14258/ssi(2026)1–08

Введение

В современном мире стремительно развиваются биомедицинские технологии (биомедицинские технологии — методы генной инженерии, клеточной терапии, трансплантологии и разработки лекарств, поднимающие вопросы вмешательства в природу человека, идентичность и справедливость распределения ресурсов), способствуя увеличению продолжительности и улучшения качества жизни. Однако это порождает дилеммы: доступность технологий усиливает социальное неравенство, а противоречия между возможностями современной медицины и морально-этическими и религиозными убеждениями людей провоцируют конфликты. По данным ВЦИОМ³⁴ 65% россиян не поддерживают извлечение органов без согласия родственников, 64% требуют прижизненного согласия донора, опасаясь коммерциализации и нарушений прав уязвимых групп.

Теоретическая основа биоэтики заложена В. Р. Поттером как «мост» между наукой и ценностями (Поттер, 2002) и систематизирована «четырьмя принципами» Дж. Чилдресса и Т. Бичампа (автономия личности, справедливость, благодеяние и невреждение) (Чилдрес, Бичамп, 1994). Г. Йонас обосновал «этику технологической цивилизации» и принцип ответственности (Йонас, 2004). В России Б. Г. Юдин анализировал биотехнологии с позиции проблемы конструирования человека (Юдин, 1998), А. Я. Иванюшкин — права пациента и этики донорства (Иванюшкин, 2010). Для защиты человеческого достоинства Л. Касс ввел «предупредительную мудрость» (Касс, 1997). Ш. Шварц связал ценности с установками к медицинскими инновациям (Шварц, 1992).

Новые направления биоэтики включают вопросы, касающиеся социальной справедливости, культурного разнообразия и долгосрочных последствий технологического развития человечества. К основным современным направлениям относятся: феминистская биоэтика, изучающая вопросы репродуктивного здоровья, гендерной дискриминации в медицине и роли женщин при принятии медицинских решений. Представители данного подхода, например Х. Лонгино, стремятся к более справедливому подходу (Longino, 2015).

Теория справедливости в здравоохранении интересуется вопросами распределения ресурсов здравоохранения и доступа к медицинской помощи. Опираясь на философию Джона Ролза (Ричардсон, Вейтман, 1999), Н. Дэниелс утверждает, что справедливость требует обеспечения равных возможностей для здоровой жизни, что включает в себя доступ к качественной медицинской помощи (Daniels H., 1985, 2007). Эта теория актуальна в условиях глобального неравенства и проблем доступности новейших медицинских технологий.

³⁴ Посмертное донорство: конфликт науки и этики // Официальный сайт ВЦИОМ <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/posmertnoe-donorstvo-konflikt-nauki-i-etiki> (дата обращения 30.12.2025).

Этика заботы (К. Гиллиган и Дж. Трамбл) смещает акцент с принципов автономии и справедливости на взаимозависимые, эмпатийные и ответственные отношения между людьми. Теория подчеркивает важность условий и характер межличностных отношений между людьми при принятии этических решений, особенно в сфере ухода за больными и пожилыми людьми (Gilligan, 1982; Tronto, 2005) и предлагает более гуманный подход.

Постгуманизм и трансгуманизм предлагают новые перспективы на будущее человека и его взаимодействие с технологиями. Сторонники концепции, такие как Ник Бостром, исследуют возможности использования технологий для улучшения человеческих способностей и преодоления биологических ограничений. При этом они поднимают сложные этические вопросы о природе человека, равенстве и потенциальных рисках, связанных с технологическим развитием (Bostrom, 2016).

Вместе с тем анализ информации, полученной в ходе проведения фокус-группового интервью и структурированного интервью, позволит нам выявить расхождения в понимании и восприятии новых биоэтических технологий. Анализ полученной информации поможет понять, где именно происходит недопонимание и какие вопросы биоэтических технологий вызывают наибольшие вопросы или неприятие населением. Например, население может испытывать страх перед новой технологией, который основан на недостоверной или неполной информации, а эксперты могут видеть ее потенциал для решения существующих проблем. И наоборот, эксперты могут недооценивать общественное мнение, основанное на культурных или религиозных убеждениях. Исследование различных групп (экспертов и населения) повышает открытость в принятии решений, что, в свою очередь, способствует укреплению доверия между научным сообществом, государственными органами и обществом, создавая ощущение сопричастности граждан. Игнорирование одного из этих аспектов неизбежно ведет к неэффективным или даже деструктивным решениям.

Материалы и методы

Цель исследования заключается в проведении сравнительного анализа ценностных приоритетов населения и экспертов в условиях цифровизации и высокотехнологичных методов лечения для обоснования модели биоинтегративного развития системы здравоохранения — интеграции биомедицинских инноваций (биоэтические технологии) с гуманитарными ценностями и институциональными механизмами (ценностно ориентированное здравоохранение), обеспечивая этичность, доступность и социальную справедливость.

Задачи исследования:

1. Провести сравнительный анализ ценностных ориентаций молодежи и экспертов в отношении биомедицинских технологий и цифровизации здравоохранения.

2. Выявить этические дилеммы и социальные риски, связанные с внедрением высокотехнологичных медицинских инноваций, как на уровне общественно-го восприятия, так и с позиции профессионального сообщества.

3. Определить расхождения и точки соприкосновения в понимании справедливости, доступности и безопасности медицинских услуг между потребителями и специалистами.

Объектом исследования стала система здравоохранения в условиях технологических изменений. Предметом — ценностные ориентации молодежи и экспертов.

В работе использован комплекс качественных методов социологического исследования:

1) метод фокус-групповых дискуссий. Проведено три сессии с участием 33 представителей молодежи (18–35 лет, г. Череповец). Две группы сформированы из студентов гуманитарных специальностей, одна — из представителей технических направлений. Данный метод позволил верифицировать субъективные оценки, опасения и этические дилеммы, возникающие у потребителей медицинских услуг на бытовом уровне, а также выявить базовые ценностные паттерны в отношении цифровизации медицины;

2) метод структурированного экспертного интервью. Проведена серия интервью с 13 экспертами, представляющими сферу здравоохранения, фундаментальной науки, государственного управления и общественных институтов. Состав экспертной группы ($n = 13$) включил: представителей законодательной власти и органов местного самоуправления, специалистов практического здравоохранения, представителей академического сообщества, лидеров общественных организаций и экспертов в сфере коммуникаций. Участие специалистов позволило раскрыть научные принципы функционирования новых технологий, сопоставить их преимущества с рисками (биологическими, правовыми, социальными), а также определить границы этической допустимости их применения в рамках действующего законодательства.

Под биомедицинскими технологиями понимается «совокупность методов, устройств и научных разработок, направленных на сохранение и восстановление здоровья человека, диагностику заболеваний, разработку новых терапий и улучшение качества жизни».³⁵ Существуют их разные виды, находящие применение в широком спектре областей. В диагностике они используются для генетического анализа, создания биочипов и биосенсоров, а также для компьютерного совмещения пространственных изображений. В лечении применяются терапия стволовыми клетками, генная терапия, математическое моделирование, а также автоматизированные методы скрининга и комбинаторной химии. Для реабилитации разработаны роботизированные системы, методы биофидбэка и функциональная электростимуляция. В сфере профилактики используются генетический скрининг, создание единого цифрового профиля пациента и разработка мРНК-онковакцин.

Биоинтегративное развитие — гармоничное сочетание биотехнологий с этическими нормами и социальной инфраструктурой для устойчивого прогресса.

Ценностно-ориентированное здравоохранение (ЦОЗ) — это «подход, при котором организация медицинской помощи, выстраивание процессов и функ-

³⁵ Биомедицинские технологии // Словарь эксперта. <https://sl.ceur.ru/dictionary/biomedycznskie-technologie/> (дата обращения 05.03.2026).

ционала осуществляются, исходя из ценности для состояния здоровья человека. Цель — не минимизировать затраты, а максимизировать «ценность» (Porter, Tiesberg, 2006).

Комплексный анализ мнений экспертов и результатов фокус-групп обеспечил соблюдение принципа преемственности между научным обоснованием инноваций и их общественным признанием. Такой подход необходим для формирования социально допустимой политики в сфере здравоохранения, где нормативное регулирование должно опираться на технологическую эффективность и на этический запрос общества.

Результаты и обсуждение

Ценности — это главные ориентиры, которые определяют наше отношение к миру, к другим людям и к самим себе. Они формируют наши решения, наши приоритеты и в конечном итоге — наше поведение. В эпоху развития биотехнологий важную роль играют ценности, поскольку они затрагивают жизнь, здоровье и благополучие человека. Ценностные ориентации задают «критерии приемлемости» для медицинских биотехнологий. Они определяют, какие риски общество готово считать допустимыми, какие выгоды — значимыми, какие условия применения технологии воспринимаются как справедливые и достойные пациента. Поэтому оценка биомедицинских решений на практике складывается из двух взаимодополняющих составляющих: клинико-биологической результативности и гуманитарно-этической легитимности.

Студенты гуманитарных специальностей при выборе главных жизненных ценностей, релевантных в том числе и для медицинских услуг, преимущественно выбирали межличностные и этико-ориентированные ценности (достоинство, уважение, забота, доверие), связывая качество медицинской помощи прежде всего с характером взаимодействия и моральной приемлемостью процедур. Студенты технических специальностей, напротив, описывали ценностные основания через клинико-технические параметры (качество, эффективность, измеримость результатов), делая акцент на воспроизводимости, доказуемости и управляемости медицинских технологий (рис. 1).

Такая дихотомия согласуется с профессиональными эпистемологиями и отражается в двух комплементарных измерениях качества: межличностном (коммуникация, совместное принятие решений) и клинико-техническом (эффективность, безопасность, своевременность). Молодые участники отмечают дефицит эмпатии и уважения во взаимодействии с медицинскими работниками: *«сочувствие, уважение, которого, к сожалению, когда ты приходишь на прием к врачу, не хватает. Очень часто хамят специалисты, не только в системе здравоохранения, но и в других областях, но там очень агрессивно себя ведут»* (жен., 22 года, ФГ-2). Недостаток уважительного общения снижает доверие и приверженность лечению. Это соответствует данным, связывающим качество коммуникации с удовлетворенностью и клиническими исходами (Бузина, Бузин, Ланской, 2020; Дмитриева, Сопетина, 2023).

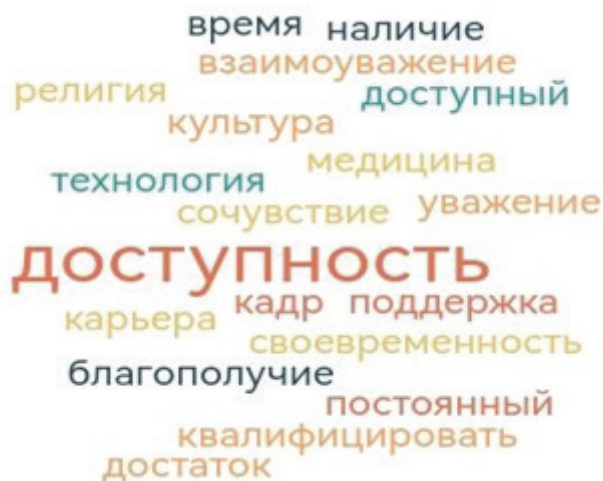


Рисунок 1 — Основные жизненные ценности современной молодежи. Методика «Облако слов»
 Figure 1 — Basic life values of modern youth. Method «Cloud of words»

Часто упоминаются барьеры доступа: сложность записи, очереди к узким специалистам, длительность ожидания диагностических процедур и физическая недоступность инфраструктуры для людей с ограниченной мобильностью: «Я думаю, что можно усовершенствовать систему записи. Сейчас есть нехватка врачей, из-за чего есть очень длительное ожидание по времени между приемами к различного рода врачам. Попасть в больницу — это что-то нереальное» (муж., 18 лет, ФГ-1). «Я тоже подумала о нехватке кадров, потому я бы усовершенствовала систему талончиков. Нужно пойти к узкому врачу, но мы можем взять талон у терапевта, чтобы потом получить талон к врачу, к которому мы хотим. Но к терапевту чтобы записаться, чтобы получить талон, нужно выждать 2–3–4 недели. Поэтому было бы классно, если бы этот период ожидания приема у терапевта сократился бы до недели, например. Также различные заболевания, которые более серьезные, нежели простуды или то, что лечится быстро, там онкология, например, ждать онкоконсилиумов можно месяц, можно два, можно ждать бесплатных КТ, МРТ очень долго» (жен., 23 года, ФГ-1).

Информанты отмечают противоречивость медицинских рекомендаций, повторные визиты, что указывает на дефицит межпрофессиональной координации и единых протоколов: «Я бы улучшила оказание помощи. Много ситуаций некачественного выполнения работы медицинскими работниками, и людям приходится много раз ходить к одному и тому же врачу или к нескольким, и все дают разные решения проблем, а мы идем к ним как специалистам, нас это вводит в какую-то неясность, и появляется только больше вопросов, чем ответов» (жен., 19 лет, ФГ-1). «Я думаю, что очень важно, чтобы были очень качественные и профессионально обученные специалисты. Ценностно ориентированное здравоохранение

— это чтобы отношение ко всем было достойное, а не то, что мы одних лечим, а других не лечим. Я понимаю, у нас демография хромает, но это не значит, что не нужно лечить стариков» (жен., 22 года, ФГ-2).

Часть участников рассматривает нехватку кадров как системную проблему, другие указывает на дисбаланс между выпуском специалистов и их трудоустройством в госсекторе: «С ребятами не согласна, что мало специалистов, специалистов выпускают очень много. Идут ли они работать в бесплатную поликлинику? Государственную точнее. Нет, конечно. Зачем? Когда можно уйти в платную. Хотелось бы повысить качество нашего бесплатного здравоохранения» (жен., 21 год, ФГ-1). Проблема имеет количественный и распределительный характер, например миграция в частный сектор и крупные центры, различия в оплате и условиях труда, выгорание. Организационные барьеры прикрепления к поликлинике: «И на счет не только доступности медицины, а доступности медицинских учреждений. Например, лично я не могу прикрепиться к поликлинике уже 2 года. Меня просто не могут прикрепить, из-за этого я не могу вообще получить ничего по ОМС. Я хожу только к платным врачам. Это достаточно дорого, неудобно» (жен., 22 года, ФГ-2). Перегрузка практикантами и недостаточный супервизионный контроль воспринимаются как риски для качества: «Потому что очень часто в больницах за пациентами ухаживают молодые практиканты. И на самом деле они относятся достаточно лояльно. И стариков в принципе не лечат» (жен., 22 года, ФГ-2).

Выявлена тенденция временных издержек пациентов как скрытая цена доступа: «Чтобы отставить одну ценность — здоровье, нужно потратить уйму времени» (муж., 18 лет, ФГ-1). Высокие временные затраты отражают низкую «своевременность» системы и являются фактором социального неравенства. Люди с меньшей гибкостью занятости чаще откладывают лечение. В международных метриках качества своевременность является самостоятельным доменом, коррелирующим с исходами и удовлетворенностью. Метрики времени до ключевых событий (первичный прием, диагностика, начало терапии) следует формализовать в виде целевых КРП для организационных изменений.

Отношение к искусственному интеллекту (ИИ) двойственно. Признание потенциала как вспомогательного инструмента для ускорения диагностики и обработки данных при одновременной настороженности в отношении невозможности учесть весь субъективный контекст пациента и рисков конфиденциальности. «Я считаю, чтобы использовать ИИ, надо еще очень долгое развитие, и самое главное — к каждому больному должен быть свой подход. Система не сможет обеспечить персонализированный подход» (муж., 19 лет, ФГ-1). «У ИИ, по крайней мере, в этом веке, нормальных специалистов заменить не получится. Почему? Первое, необходим уникальный подход ко всем. Это и психика, и здоровье, и какой-то материальный достаток. ИИ отвечает конкретно по данной ситуации. Но он не учитывает мое мнение, он не учитывает какие-то факторы, которые у меня есть» (муж., 19 лет, ФГ-1). «Подход к людям могут найти только люди. ИИ — это компьютер, а человек видит эмоции, язык жестов, которые показывают, что человек, может, волнуется, может, переживает еще что-то. Врач, качествен-

ный специалист может правильно выстроить траекторию общения и правильно помочь человеку» (жен., 22 года, ФГ-2). Эта позиция отражает концепцию индивидуализации и холистического подхода к пациенту. Информанты интуитивно осознают ограничения алгоритмических систем в учете контекстуальной сложности и субъективного опыта. В то же время участники видят потенциал ИИ как вспомогательного инструмента: *«ИИ под контролем квалифицированного врача вполне уместен. С его помощью можно быстрее и проще выявить болезнь, которая может быть не видна человеку сразу. Это только на пользу, но в разумных планах»* (жен., 20 лет, ФГ-2). *«Если применять ИИ в подсчетах, более внимательная диагностика рентгеновских снимков, способ поиска информации, т.е. если он будет помощником человека, а не его заменителем, — это экономит время, но человек должен работать с человеком»* (жен., 23 года, ФГ-1). Участники отмечают роль ИИ в ускорении диагностики, обработке больших данных и разработке новых лекарств и медицинских технологий. Эта точка зрения соответствует концепции «дополненного интеллекта», где ИИ расширяет возможности специалиста, но не заменяет его. Некоторые участники выражают опасения по поводу конфиденциальности и врачебной тайны: *«В первую очередь это конфиденциальность, это врачебная тайна»* (муж., 18 лет, ФГ-1). Внедрение ИИ требует надежных механизмов защиты персональных данных и соответствия регуляторным нормам (например, GDPR или эквивалентам).

Дальше мы изучили отношение молодежи к неравенству в доступе к технологиям. Первоначально анализ сосредоточен на молодежи гуманитарных направлений. Участники демонстрируют тенденцию к нормализации смертности и признанию ценности цикличности жизни. Смерть воспринимается как естественный аспект существования общества. Продление жизни до экстремальных возрастов (например, 150 лет) рассматривается как потенциальная угроза ресурсной и социальной устойчивости: *«Я допускаю появление такой технологии, особенно для исключительного круга людей. Мы должны понимать, почему здесь исключительно все не должны жить долго. Это объективно не надо нашему обществу. Люди должны умирать и воспроизводиться. Если у нас все будут жить до 150, то мы со своим нынешним количеством человек на планете просто не сможем обеспечить себя, на нас не хватит ресурсов, зачем укорачивать жизнь нашей планеты, этих ресурсов? Нет, все должно быть как есть. Еще, почему для ограниченного числа лиц, Богатые люди, которые смогут себе это позволить, смогут себя до этих 150 лет обеспечивать, а обычные люди, которые будут жить до 150 лет, им же пенсию-то никто не отменит, и не факт, что людей больше будет рождаться, и нагрузка на трудоспособное население станет еще больше и больше. Зачем?»* (жен., 21 год, ФГ-1).

Информанты предполагают, что такие технологии, вероятно, сначала станут доступными состоятельным слоям и усилят существующее социальное и экономическое неравенство: *«Это нормально, неравенство, оно есть во всем, оно есть биологическое, социальное, оно должно быть. Я в этом ничего плохого не вижу»* (жен., 21 год, ФГ-1). Некоторые высказывают идею ограниченного доступа по кри-

териям «заслуженности» и предлагают комиссии для отбора получателей: *«Может, заслуженные люди. Нужно учитывать мнение всего населения. Должны быть представители из всех слоёв, из всех профессий, чтобы они отражали мнение этого круга лиц. Надо установить какой-то барьер, кому это будет доступно, а кому нет, чтобы человечество развивалось только на пользу, и не было тех, кто тянет человечество на дно»* (жен., 18 лет, ФГ-1). Другие скептически относятся к объективности таких процедур: *«Я как-то в людей не очень верю. То есть все эти комиссии — это блат сразу же. Чип мне, пожалуйста, моему сыну, зятю, свату и, короче, еще моим одноклассникам 20 штук. Ой, квота закончилась. То есть в моем представлении это что-то такое»* (жен., 22 года, ФГ-2).

Наблюдается инструментальная оценка ценности индивида по возрасту и предполагаемой полезности: *«Человек после 50, грубо говоря, бесполезен. И вот, я думаю, людям это не надо. Данная технология подойдет политикам, правителям или философам. То есть у них достаток есть, у них деньги есть, у них мозг, это самое главное, не загниет сразу. Ну, то есть ладно, до 70 лет. Ну, то есть они просто едят и как бы пользы не приносят. Давайте, там, ресурсы, кислород. Ну, вообще, 50 — это край»* (муж., 19 лет, ФГ-1). Альтернативная точка зрения опирается на принцип личной ответственности и заслуг: *«Каждый человек сам влияет на свою судьбу, и то, какой у него будет статус в обществе, какой у него будет заработок, здоровье, — на его ответственности. Если будет такое, что кто-то будет решать, давать такую возможность, нет, если он [человек] в данный момент не сможет дать себе хороший статус, сохранить свое здоровье и получать хороший заработок, какова вероятность того, что в будущем он это сделает? И он будет, получается, оставаться на одном уровне и не развиваться, смысл того»* (жен., 19 лет, ФГ-1).

Часть информантов скептически относятся к самой идее технологий продления жизни, считая их ненужными или опасными: *«Мне кажется, этой технологии вообще не нужно, чтобы не привести к социальному неравенству»* (жен., 20 лет, ФГ-2). Другие указывают на риски злоупотреблений и изменения мотивации, аналогично опыту косметологических вмешательств: *«Например, косметология, все вмешательства, там, лицо, губы, нос. Это же было изначально, я думаю, задумано для того, чтобы дефекты исправлять. Но потом люди стали это использовать для повышения своей самооценки. И вот эти чипы к тому же приведут. Потом люди будут в злых целях это использовать»* (жен., 22 года, ФГ-2).

Некоторые информанты отмечают, что уже сейчас состоятельные слои имеют преимущества в доступе к медицинским услугам и продлению жизни: *«Богатые люди за счет своих средств могут продлить свою жизнь. А бедные, у которых нет денег на операции, не дожидаются и умирают. В принципе, сейчас уже так и есть»* (жен., 21 год, ФГ-1). Это подтверждает сценарии усиления неравенства при введении новых технологических возможностей.

Исследование выявило существенные различия в подходах к внедрению технологических инноваций между представителями гуманитарных и технических специальностей. Технические специалисты более сдержанно оценивают возмож-

ность полномасштабного внедрения новых технологий, подчеркивая необходимость постоянного совершенствования: «*ее [технология] постоянно нужно будет усовершенствовать*» (муж., 21 год, ФГ-3). Более того, представители технических специальностей чаще возлагают ответственность за обеспечение доступности технологий на государство, подчеркивая важность всеобщего охвата, особенно среди наиболее уязвимых слоев: «*Государство должно в первую очередь быть нацелено на людей, которым это действительно нужно, а не тех, которые могут себе это позволить. Иначе у нас получится слишком много недовольства в обществе, поэтому нужно определенным группам населения давать большую возможность получить такие технологии*» (муж., 20 лет, ФГ-3). Такая позиция подкрепляется мнением о приоритете государственной поддержки для граждан с ограниченными финансовыми возможностями: «*Я считаю, что в первую очередь мы же, как жители определенного государства, и уже государство должно это определять. Если у тебя недостаточно средств на какую-то помощь, то, скорее всего, должно государство выделить эту помощь. Богатые — они сами за себя могут постоять, им эта помощь не нужна*» (муж., 22 года, ФГ-3). Гуманитарии же склоняются к поддержке выдающихся и состоятельных индивидов, тогда как представители технических профессий акцентируют внимание на рабочем классе как ключевом элементе производственной системы государства: «*если смотреть с точки зрения государства, наверное, более важен будет рабочий класс, как именно производственные единицы для государства*» (муж., 19 лет, ФГ-1).

Для верификации запросов молодежи и определения реалистичности их ожиданий был проведен экспертный опрос. Это позволило сопоставить стихийные ценностные установки граждан с нормативно-управленческими приоритетами специалистов (рис. 2).

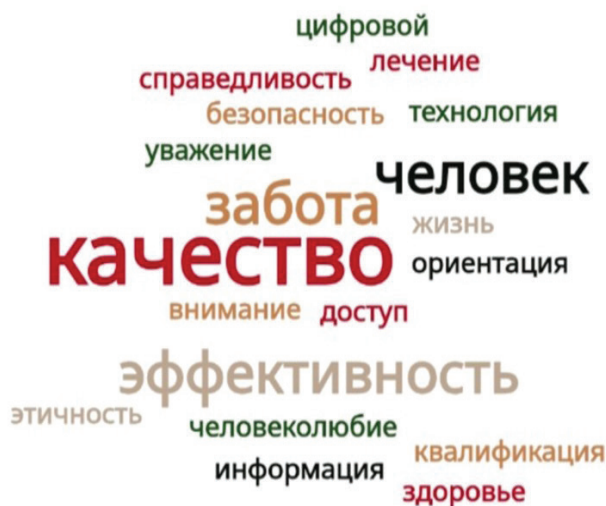


Рисунок 2 — Основные жизненные ценности экспертов. Методика «Облако слов»

Figure 2 — Basic life values of experts. The method “Cloud of words”

Согласно мнению экспертов, представляющих законодательную власть области, при ценностно ориентированном здравоохранении присутствует *«ориентация на здоровье граждан через программы доступности медицинской помощи, установку модульных ФАПов в сельских территориях и развитие телемедицины. Профилактика и повышение квалификации медицинского персонала. Внедрение передовых научных достижений и технологий, включая цифровизацию управления здравоохранением и автоматизацию документооборота и учета пациентов»*.

«Доступность услуг, качество — современное, безопасное и эффективное лечение, эффективность — направленность на быстрое выздоровление и профилактику заболеваний». *«Доступность медучреждений, лекарственных средств и профилактических мероприятий. Качество — профессионализм персонала, наличие современного оборудования и технологий и соблюдение стандартов оказания медицинской помощи. Эффективность — рациональное использование ресурсов, развитие диагностики и повышение квалификации»*. *«Доступность к узким специалистам (приемлемое время ожидания, продуманная логистика). Цифровая доступность информации (доступность электронной медкарты для пациента). Доступность сложных диагностических методов при минимальных очередях»*. Представители городской общественности и СМИ выделяют: *«человеколюбие, внимание, забота как центральные принципы предоставления медицинской помощи»*. *«Уважение к жизни и индивидуальный подход. Доступность — транспортная, географическая, финансовая и возможность выбора врача. Этичность — информированное согласие, конфиденциальность, готовность персонала к постоянному обучению»*. *«Ориентация на потребности, особенности, опыт и возможности пациента. Безопасность и качество, где приоритет отдается методам и средствам с доказанной эффективностью. Доступность и справедливость — равный доступ к помощи независимо от социального статуса, места жительства»*. *«Формирование у населения ценности здоровья — восприятие здоровья как главного ресурса личности и общества»*. Наиболее часто упоминаемая ценность — доступность, интерпретируемая в разных измерениях: географическом, финансовом, временном, цифровом. Качество и безопасность медицинской помощи также выделяются как ключевые приоритеты. Информанты акцентируют внимание на соблюдении стандартов, применении доказательных методов, профессионализме персонала и наличии современного оборудования. Эффективность используется в двух основных смыслах — клинико-организационном (быстрое выздоровление, профилактика, сокращение очередей) и ресурсном (рациональное расходование средств). Гуманистические принципы — уважение к пациенту, забота и этичность. Отмечают необходимость соблюдать права, эмоциональное состояние и автономию пациента. Цифровизация и обеспечение доступа к данным (электронные медицинские карты, телемедицина) рассматриваются как средства повышения доступа и эффективности. Наконец, профессиональное образование и постоянное повышение квалификации персонала, а также формирование у населения ценности здоровья обозначены как факторы долгосрочного улучшения системы здравоохранения.

Информанты единодушны во мнении, что ценностно ориентированное здравоохранение (ЦОЗ) представляет собой качественное изменение медицинской практики, в которой клинические решения и организационные стратегии ориентированы на ценности и предпочтения пациента. Представители академического сообщества, участвовавшие в исследовании, подчеркивают негативные последствия управленческих практик, ориентированных на количественные показатели (оптимизация по объемам отчетности): *«возможно, поэтому профессия врача стала на сегодняшний день непрестижной и невостребованной, хотя обучаться этой профессии могут не все, а только определенного склада ума люди»*. В свою очередь, представители общественности отмечают дефицит человеческого подхода в здравоохранении: *«Самая распространенная практика, к сожалению, когда в пациенте не видят человека, со своим опытом, особенностями, ограниченными ресурсами и возможностями. Когда не слушают историю пациента, а назначают лечение по универсальным схемам, не учитывая особенности и его предыдущий опыт. Если пациент вегетарианец, ему все равно пропишут употреблять больше мяса, пусть и диетического, чтобы сбалансировать белковый рацион»*. Обращают внимание на формальный характер медицинских осмотров без последующих рекомендаций: *«Они просто тебя осматривают, но не дают никаких рекомендаций. Из-за этого диспансеризацию все воспринимают, ну и зачем мне сдавать кровь, мочу, если я не могу по-настоящему пройти специалистов, которых мне необходимо пройти»*.

Наиболее очевидное применение модели ЦОЗ прослеживается в специализированных направлениях, где персонализация напрямую повышает клиническую и экономическую эффективность. Представители практического здравоохранения аргументируют высокую совместимость ценностно ориентированной медицины с генетикой: *«Медико-генетическое консультирование глубоко персонализировано, фокусируется на ценности для пациента. Отмечаются такие перспективные области, как онкогенетика (таргетная терапия и иммунотерапия), пренатальная и преимплантационная диагностика (НИПТ, ПГТ), фармакогенетика (индивидуальный подбор лекарств) и диагностика редких заболеваний, каждая из которых обеспечивает повышение эффективности лечения, снижение рисков и сокращение диагностических неопределенностей»*. Они подчеркивают роль коммуникативного процесса: *«До того, как я назначаю лечение, я произвожу очень тщательный опрос пациента. Во время этого диалога я уже вижу, какие у него ценности, и понимаю, что могло бы ему лучше подойти. И для того, чтобы у человека был выбор, врач должен знать все возможные методы лечения, которые предлагает современная медицина по данному заболеванию»*.

К препятствиям на пути ЦОЗ относятся управленческие требования, ориентированные на объем, формализованные обследования, недостаточная коммуникация между пациентом и врачом, дефицит подготовки персонала в коммуникативных навыках и конфликт-менеджменте, а также неравномерная инфраструктурная поддержка. Представители общественности фиксируют эмоциональную усталость медицинского персонала и указывают на необходимость двусторонней работы: *«Необходимо провести анализ настроений населения,*

какие ценности им ближе всего. На основании этих ценностей работать с медицинским персоналом, обучать их навыкам — не только профессиональным, но и навыкам ведения переговоров, навыкам поведения в конфликтных ситуациях и другое. Работать с населением посредством СМИ, агитации, видеоматериала, с точки зрения формирования лояльного отношения к медицинскому персоналу». Низкое финансирование, консерватизм взглядов и стигматизация психиатрии также являются серьезными вызовами. Представители врачебного сообщества указывают на «крайне низкое финансирование специализированных психиатрических учреждений; нехватка кадров и, как следствие, высокая нагрузка на врачей-психиатров, которая не дает возможности досконально погрузиться в проблемы пациента; устоявшаяся культура психиатрического патернализма; консерватизм взглядов врачей «со стажем», не желающих менять что-либо в своей работе; стигматизация психиатрии и низкая медицинская грамотность населения; сложность измерения результатов деятельности в психиатрии ввиду субъективности данных». Переход к ценностно ориентированному здравоохранению требует сочетания организационных изменений, образовательных интервенций и внедрения клинически обоснованных технологий персонализации.

При оценке возможных рисков использования ИИ в принятии медицинских решений эксперты склонны отводить ему в клинической практике вспомогательную роль. Представители общественности выражают осторожную поддержку ограниченного применения ИИ, опасаясь риска недостоверных рекомендаций: «ИИ может эффективно помогать в расшифровке анализов, но полагаться на его рекомендации без критической оценки нельзя; решения не должны приниматься исключительно на основе ИИ». «ИИ можно использовать для уточнения и консультации. Его ответы ограничены качеством и составом исходных данных».

Развитие трансгуманистических и биотехнологий порождает как значительные возможности для улучшения здоровья и качества жизни, так и серьезные этические, социальные и экономические риски. Среди возможностей информанты выделяют: «улучшение качества жизни, повышение выносливости организма и психики, коммерческие возможности» (общественность), представители законодательной власти: «более точная диагностика и лечение, новые рынки труда и образования, замедление старения и сокращение числа неизлечимых заболеваний», «долгосрочная экономическая польза». Представители практического здравоохранения: «Нейроусиление при доказательной эффективности и без медикаментозного вмешательства». «Перспективы лечения моногенных наследственных заболеваний, развитие CAR-T и регенеративной медицины, создание универсальных стволовых клеток». Информанты выделяют и определенные риски, среди них: этико-социальные: «утрата базовых человеческих ценностей, социальных связей и духовности; роботизация может дистанцировать врача от пациента; возможное ослабление социальных институтов, например семьи; потеря смысла жизни» (представитель академического сообщества). «Непрогнозируемые общественные последствия, неизвестные побочные эффекты, высокая стоимость» (общественность). Представители законодательной власти: «Вмешательство в природу чело-

века». *«Изменения семейных ролей и рынка труда, изменение образования (нейроинтерфейсы), появление новых социальных классов». «Размывание границ между нормой и патологией, восприятие естественных эмоций как “дефектов”, непредсказуемые долгосрочные последствия для мозга».* К экономическим и системным рискам информанты отнесли следующее: *«перегрузка систем здравоохранения, трудности интеграции новых профессий и навыков». «Увеличение продолжительности жизни усилит нагрузку на социальные системы и вызовет вопросы справедливости распределения ресурсов».* Кроме того, выделяются национальные риски: *«Отсутствие инвестиций в отечественные разработки может ослабить национальную конкурентоспособность»* (законодательная власть).

Учитывая неоднозначное отношение населения к новым биотехнологиям, мы изучили мнение экспертов о рисках, влекущих развитие генной инженерии. Представители практического здравоохранения отмечают существующий *«консенсус: клиническое редактирование зародышевой линии (изменения, передаваемые по наследству) находится под мораторием из-за неопределенных рисков для будущих поколений. Соматическое редактирование клеток (изменения, не передаваемые по наследству) с лечебной целью допустимо в рамках исследований и клинической практики при соблюдении безопасности и этики. Вмешательства ради «улучшения» вне терапии считаются неэтичными».* Относительно долгосрочных перспектив генной инженерии выражено мнение, что вмешательство в геном человека неизбежно в будущем, несмотря на текущие законодательные ограничения, которые постепенно будут либерализоваться. Информант также высказывает опасения относительно возможных изменений человечества и накопления мутаций, приводя примеры генетически модифицированной пищи и ее влияния на животных: *«Мы уже едим во многом генетически модифицированную пищу. Например, опыты на мышах показывают, что употребление в пищу генетически модифицированных продуктов в будущем приводит к изменениям и к мутациям у самих мышей. У человека тоже, конечно, эти мутации будут накапливаться».* Эти утверждения отражают личные прогнозы и опасения эксперта относительно будущего развития технологий.

Особое внимание уделяется этическим дилеммам, связанным с использованием донорского материала от родственников, не являющихся супругами. Так, *«Родственные доноры — повышенные риски семейных конфликтов, нарушений конфиденциальности и родительской роли. Предпочтительнее анонимные доноры с проверкой по медико-генетическим критериям».*

Постмортальная репродукция: *«возможна только при четком предварительном волеизъявлении, строгих юридических процедурах и судебном контроле, с учетом рисков злоупотреблений и необходимости единых федеральных правил».*

Доступность ЭКО: *«В России существует несколько программ ЭКО (ОМС, межтерриториальная, коммерческая), что обеспечивает определенный уровень доступности».*

Отложенное родительство: *«Замораживание яйцеклеток и спермы в молодом возрасте позволяет сохранить более качественный биоматериал для будущего».*

Выбор пола при ЭКО: *«Запрещен в России, за исключением случаев генетических заболеваний, сцепленных с полом»*. Эксперт относится отрицательно к свободному выбору пола, называя это селекцией.

Существует значительный риск усугубления социального неравенства, поскольку трансгуманистические технологии изначально будут доступны тем, кто обладает финансовыми ресурсами и высоким уровнем информированности. *«Неравенство уже существует. Диабет — обеспеченные пациенты используют сенсоры и инсулиновые помпы, тогда как малообеспеченные вынуждены полагаться на менее эффективную терапию на шприцах и глюкометрах»*. *«Социальное расслоение усиливается. Многие не могут позволить даже доступные упреждающие или поддерживающие средства (пример — дорогие курсы препаратов и биодобавок)»* (общественность). *«Нужны государственные стандарты качества и доступности, система квот и субсидий для малоимущих, образовательные кампании и защита персональных данных»* (законодательная власть). Примеры демонстрируют реальную разницу в исходах между обеспеченными и малообеспеченными пациентами.

Для снижения неравенства и обеспечения социального контроля представители законодательной власти предлагают комплексные меры: государственное регулирование: *«Введение квот на доступ к технологиям за государственный счет для малообеспеченных граждан. Запрет прямой или косвенной дискриминации. Надзор — межведомственные комиссии при Минздраве и общественный контроль»*. *«Государственный контроль доступа к чувствительным технологиям»*. *«Признание потребностей психиатрической помощи на государственном уровне, создание фондов и механизмов софинансирования дорогостоящих терапий, контроль цен»* (психиатр). Правовые и экономические меры предлагают представители законодательной власти: *«законодательство (фонды и субсидии, защита персональных данных, регулирование генетики), стандартизация подходов к регулированию технологических инноваций»*. *«Разработать концепцию развития биотехнологий с правовыми рамками и моральными нормами: защитой персональных данных, сохранением идентичности и здоровья. Вести этические стандарты и комиссии по биоэтике, а также законодательное регулирование оборота препаратов и устройств с правилами лицензирования и сертификации»*. Образование и просвещение: массовое просвещение, программы по цифровой и биомедицинской грамотности, интеграционные практики (выставки, НКО, гранты) для снижения стигматизации и подготовки общества. Эксперты (представители общественности) единогласны: решения о биоэтических нормах должны приниматься коллективно — учеными, врачами, законодателями и обществом в целом.

Подчеркивается императивная необходимость актуализации нормативно-правовой базы и принятия новых актов, регулирующих передовые медицинские технологии. Институциональные меры (законодательная власть): *«Создание этических комитетов на базе научных и медицинских организаций для контроля и экспертизы»*. *«Необходима разработка этических стандартов и создание специальных комиссий по биоэтике при медицинских учреждениях и научно-исследовательских институтах»*. Права пациента: *«Обеспечение добровольного*

и максимально информированного согласия пациентов, усиление защиты биометрических и медицинских данных». Этические кодексы и сферы применения: «Разработка понятных и общедоступных этических кодексов, ограничение сфер применения технологий до всестороннего исследования последствий». Адаптация законодательства: «Пересмотр и адаптация международных (Конвенции Совета Европы, декларации ЮНЕСКО) и национальных актов (ФЗ № 323-ФЗ) для регулирования генетического редактирования, экспериментальных методов лечения и “улучшения” человека». Комплексный подход: «Формирование комплексной концепции развития биотехнологий с четкими правовыми рамками и моральными нормами, включающей защиту данных, сохранение идентичности, единые этические стандарты, а также законодательное регулирование оборота препаратов и устройств». Государство может стимулировать частные инвестиции и инновации через «гранты, налоговые льготы, создание совместных научно-медицинских центров», «нефинансовые преференции», «целевые гранты и фонды», «создание совместно финансируемых фондов». Общественный контроль обеспечивается через «законодательные механизмы, консультативные этические органы, строгую регуляцию клинических испытаний, прозрачность отчетности», а также «независимую экспертизу проектов и обязательное соблюдение стандартов качества».

Эксперты (представители академического сообщества) отмечают необходимость изменений в медицинском, педагогическом и психологическом образовании для подготовки специалистов к новым реалиям. Аксиологический и интердисциплинарный подход: «Выстраивание системы образования на основе ценностей, интеграция знаний из разных областей, усиление взаимодействия с работодателями, индивидуализация обучения». Квалификация преподавателей: «Специалисты, готовящие будущие кадры, должны сами глубоко понимать концепции ЦОЗ, биоэтики и трансгуманизма». Формирование критического мышления: «Развитие критического мышления через интерактивные технологии, участие в проектах, практическую деятельность».

Представитель СМИ подчеркивает, что СМИ могут эффективно способствовать информированному общественному диалогу. Достоверность и объективность: «Приоритет достоверности информации, обращение к статистике, экспертам, официальным документам, социальная составляющая (общение с людьми) для создания максимально объективной картины». Форматы просвещения: «Прямые эфиры с экспертами, документальные фильмы и телепрограммы с историями реальных людей и комментариями специалистов, сюжеты о текущих исследованиях. Важно избегать однобокого освещения, паники и излишнего восторга, способствуя повышению научной грамотности».

Далее мы заинтересовались о таких чувствительных биотехнологиях, как аборт и эвтаназия. При разработке политики в отношении абортов эксперты выделяют следующие принципы: право женщины на выбор (законодательная власть): «Гарантия свободы выбора в вопросах своего тела и репродуктивного здоровья, включая доступ к информации». «Женщина вправе самостоятельно принимать решения о своем теле и здоровье». Безопасность и качество: «Прерывание беремен-

ности должно проводиться квалифицированными специалистами в медицинских условиях с доступом к диагностике и лечению осложнений». «В приоритете — безопасность процедур: минимизация осложнений через строгий контроль качества и доступ к квалифицированной медицинской помощи». Государственная позиция и социальная поддержка: «Необходимость ясной этико-правовой позиции государства, учет демографических тенденций, а также система социальной поддержки матерей и беременных». Просветительская работа: «Повышение осведомленности населения о контрацепции и планировании семьи». «Важно стимулировать просветительскую работу среди молодежи и взрослых по методам контрацепции, последствиям нежелательной беременности и рискам прерывания, при этом учитывая нравственные и гуманные принципы общества». Генетические аномалии (представитель практического здравоохранения): «Роль врача-генетика и психолога — обеспечить полную и понятную информацию, недирективное консультирование и поддержку для личного взвешенного решения. Мотивы родителей включают предотвращение страданий. Этически проблематично фиксировать порог оправданности прерывания беременности при генетических аномалиях на уровне законов; предпочтителен процессный подход с полной информацией, обсуждением ценностей семьи, всех вариантов и психосоциальной поддержкой».

Вопрос ассистированной эвтаназии поднимает не менее сложные этические и психологические дилеммы. Врач психоневрологического диспансера выделяет ряд вопросов. Непринятие психиатрами: «надеюсь, на наши плечи никогда не возложат принятие подобных решений, ибо добровольная эвтаназия сродни суициду, а наша работа направлена в том числе на предотвращение самоубийств». Сложность дифференциации: «Крайне сложно дифференцировать стойкое желание умереть, вызванное неизлечимым физическим страданием, от желания, протекающего из депрессии или других психических состояний». Отмечается, что длительный болевой синдром часто приводит к депрессивным расстройствам, и «изолированного неизлечимого физического страдания просто не существует». Моральные риски: «Риск косвенного давления (со стороны семьи, экономическое давление системы), стигматизация уязвимых групп, подрыв паллиативной помощи и психиатрической реабилитации, вероятность ошибочных решений». Этические гарантии: «Для минимизации рисков необходимы многократные и независимые оценки специалистов из разных сфер, обязательное обсуждение альтернатив, “критический период” между запросом и реализацией, право отозвать запрос в любой момент, а также возможность врачей отказаться от участия без профессиональных последствий». Диагностическая неопределенность: использование диагностических и прогнозных неопределенностей как основания для отказа или одобрения запроса на ассистированную эвтаназию категорически исключено.

Выводы:

1. Результаты, полученные в ходе фокус-группового интервью и структурированного интервью, показали сложное восприятие в обществе современной систе-

мы здравоохранения. Обе группы признают такие проблемы, как доступность, качество и безопасность. Однако они расходятся в акцентах на ценностях и способах решения проблем. Участники фокус-групп, ориентированные на гуманистические ценности, подчеркивают важность человеческого фактора и эмоционального комфорта, в то время как эксперты, ориентированные на системные решения, делают акцент на эффективности и рациональности. Для успешного развития системы здравоохранения необходимо учитывать обе точки зрения, сочетая и гуманистический подход, и продуктивные организационные решения. Это способствует повышению качества предоставляемых медицинских услуг, улучшению коммуникации и, как следствие, повышению как удовлетворенности полученным лечением пациентов, так и собственным трудом медицинского персонала.

2. Для успешного внедрения ИИ в медицинскую практику необходимо учитывать и его возможности для улучшения эффективности деятельности, и серьезные опасения, связанные с рисками. Для повышения качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов необходимо дальнейшие исследования направить на выявление способов минимизации выявленных рисков, обеспечивая при этом максимальное использование возможностей ИИ. Особое внимание следует уделить вопросам прозрачности работы алгоритмов ИИ, валидации их рекомендаций и разработке понятных протоколов взаимодействия между ИИ и медицинским персоналом для обеспечения индивидуального подхода к каждому пациенту и надежной защиты конфиденциальности данных пациента.

3. Анализ эмпирических данных выявил основные различия в восприятии биоэтических технологий. Если для участников фокус-групп характерно эмоционально-нормативное отношение, обусловленное интуитивным осознанием конечности жизни и страхом перед социальной стратификацией, то экспертное сообщество демонстрирует институционально-ценностный подход. Эксперты переводят абстрактные этические категории «справедливости» и «заботы» в плоскость практических регуляторов и конкретных механизмов: разработку строгих протоколов информированного согласия, расширение полномочий этических комитетов и внедрение системы государственных квот. Таким образом, в то время как молодежная аудитория артикулирует запрос на сохранение человеческой эмпатии и предотвращение биологической дискриминации, экспертный дискурс формирует необходимое нормативное регулирование, позволяющее минимизировать выявленные риски через инструменты законодательства и биоэтическую экспертизу.

4. Анализ как фокус-группового, так и структурированного интервью демонстрирует их близость друг другу относительно возможного роста в обществе социального неравенства и возможных рисков, связанных с новыми биомедицинскими технологиями, особенно в вопросе вмешательства в геном человека. Однако экспертное интервью предоставляет более детализированный и научно обоснованный взгляд на эти риски, а также затрагивает более специфические этические и биологические аспекты. В то время как фокус-группы фиксируют запрос населения на социальную справедливость и страх перед биологической

дискриминацией, экспертное интервью предлагает механизм регулирования для минимизации этих рисков через законодательство и биоэтическую экспертизу

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

Бостром Н. Искусственный интеллект. Этапы. Угрозы. Стратегии / пер. с англ. С. Филина. М.: Манн, Иванов и Фербер. 2016. 496 с.

Бузина Т. С., Бузин В. Н., Ланской И. Л. Врач и пациент: межличностные коммуникации // Медицинская психология в России. 2020. Т. 12, № 4. doi:10.24412/2219-8245-2020-4-2

Дмитриева Е. В., Сопетина Д. Н. Коммуникация врач — пациент в клинических исследованиях с использованием мобильных технологий // Коммуникология. 2023. Т. 11, № 3. С. 63–72. doi:10.21453/2311-3065-2023-11-3-63-72

Иванюшкин А. Я. Права пациентов и профессиональные ошибки медицинских работников. Этико-правовые вопросы М.: Авторская акад. 2010. 114 с.

Йонас Г. Принцип ответственности. Опыт этики для технологической цивилизации. М.: Айрис-пресс. 2004. 480 с.

Поттер В. Р. Биоэтика: мост в будущее. Киев. 2002. 216 с.

Юдин Б. Г. Биоэтика: принципы, правила, проблемы. М.: Эдиториал УРСС. 1998. 470 с.

Beauchamp T. L., Childress J. F. Principles of Biomedical ethics. Oxford: Oxford Univ. Press, 1994. 546 p.

Daniels N. Just Health Care. Cambridge University Press. 1985. 256 p.

Daniels N. Just Health: Meeting Health Needs Fairly. Cambridge University Press. 2007. 410 p.

Gilligan C. In a different voice: psychological theory and women's development. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1982. 184 p.

Kass L. R. "The Wisdom of Repugnance" // The New Republic. 1997. Vol. 216, no. 22. P. 17–26.

Longino H. Subjects, Power, and Knowledge: Description and Prescription in Feminist Philosophies of Science. 2015. 5 p.

Porter M. E., Tiesberg E. O. Redefining health care. Boston. MA: Harvard Business School Press, 2006. 528 p.

Richardson, H., and Weithman, P. (eds.). The Philosophy of Rawls: A Collection of Essays, 5 vol. New York: Garland, 1999. 325 p.

Schwartz S. H. Universals in the content and structure of values: Theory and empirical tests in 20 countries // Advances in experimental social psychology. N.Y.: Academic Press, 1992. P. 1–65.

Tronto J. C. «An ethic of care» // Cudd, Ann E.; Andreasen, Robin O. (eds.). *Feminist theory: a philosophical anthology*. Oxford, UK Malden, Massachusetts: Blackwell Publishing, 2005 pp. 251–263.

REFERENCES

Bostrom, N. (2016). *Artificial Intelligence. Stages. Threats. Strategies*. Moscow: Mann, Ivanov and Ferber. (In Russ.).

Buzina, T. S., Buzin, V. N., Lanskoj, I. L. (2020) Doctor and patient: interpersonal communications. *Medical psychology in Russia*, 12(4). (In Russ.). doi:10.24412/2219–8245–2020–4–2

Dmitrieva, E. V., Sopotina, D. N. (2023). Doctor-patient communication in clinical research using mobile technologies. *Communicology*, 11(3), 6372. (In Russ.). doi:10.21453/2311–3065–2023–11–3–63–72

Ivanyushkin, A. Ya. (2010). *Patients' Rights and Medical Professionals' Professional Mistakes*. Moscow: Avtorskaya Akademiya. (In Russ.).

Jonas, G. (2004). *The Principle of Responsibility. An Ethical Experience for a Technological Civilization*. Moscow: Iris-press. (In Russ.).

Potter, V. R. (2002). *Bioethics: A Bridge to the Future*. Kyiv. (In Russ.).

Yudin, B. G. (1998). *Bioethics: Principles, Rules, and Problems*. Moscow: Editorial URSS. (In Russ.).

Beauchamp, T. L., Childress J. F. (1994). *Principles of Biomedical ethics*. 4th ed. Oxford; Oxford Univ. Press.

Daniels, N. (1985). *Just Health Care*. Cambridge University Press.

Daniels N. (2007). *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge University Press.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Kass L. R. (1997). The Wisdom of Repugnance. *The New Republic*, 216(22), 17–26.

Longino, H. (2015). *Subjects, Power, and Knowledge: Description and Prescription in Feminist Philosophies of Science*. Routledge.

Porter, M. E., Tiesberg, E. O. (2006). *Redefining health care*. Boston. MA: Harvard Business School Press.

Richardson, H., and Weithman, P. (Eds.) (1999). *The Philosophy of Rawls: A Collection of Essays*, 5 vol., New York: Garland.

Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theory and empirical tests in 20 countries. In: M. Zanna (Ed.). *Advances in experimental social psychology*. N.Y.: Academic Press (pp. 1–65).

Tronto J. C. (2005). An ethic of care. In: A. E. Cudd, R. O. Andreasen (Eds.). *Feminist theory: a philosophical anthology*, Oxford, UK Malden, Massachusetts: Blackwell Publishing (pp. 251–263).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Елена Алексеевна Смирнова — канд. социол. наук, доцент кафедры социологии и социальных технологий Череповецкого государственного университета, г. Череповец, Россия

Elena Al. Smirnova — Candidate Sciences (Sociological), Associate Professor of the Department of Sociology and Social Technologies, Cherepovets State University, Cherepovets, Russia

Статья поступила в редакцию 05.01.2026;
одобрена после рецензирования 17.03.2026;
принята к публикации 17.03.2026.
The article was submitted 05.01.2026;
approved after reviewing 17.03.2026;
accepted for publication 17.03.2026.