

## Социология культуры / Sociology of Culture

Научная статья

Original article

DOI: 10.12731/2576-9782-2026-10-1-326

EDN: LEOVCD

УДК 316.4



### Ценностно ориентированное здравоохранение: качество жизни и равенство

Е.А. Смирнова

*Череповецкий государственный университет, Череповец, Российская Федерация*

#### *Аннотация*

**Обоснование.** Для современной системы здравоохранения характерен кризис доверия. Так, 52% населения РФ недовольны ее оказанием. Также выделяется и «этический лаг» при внедрении NBIC-технологий. Распространенная технократическая модель в основном ориентирована на количественные показатели и объективацию пациента и требует изменений в сторону ценностно ориентированного и человекоцентричного подхода.

**Цель** – теоретическое обоснование и разработка концептуальной модели эмпатичного биоинтегративного здравоохранения (ЭБЗ) как инновационной парадигмы, гармонизирующей высокие технологии с духовно-нравственными ценностями.

**Результаты.** Впервые сформулировано понятие этического биоинтегративного здравоохранения, которое основывается на интегральной теории К. Уилбера и концепции «активной эмпатии». Разработаны: авторская концепция электронных баз интегрированных знаний, где клинические данные объединяются с субъективной иерархией ценностей пациента; протоколы эмпатичной коммуникации (правило «трех В»); алгоритмы совместного принятия решений на основе биомаркеров и индивидуальных приоритетов. Определены этические регуляторы (справедливость, обратимость, прозрачность) для снижения рисков техно-стратификации при использовании современных технологий. Установлено, что соединение духовно-нравственного скрининга в клиническую практику повышает комплаентность и субъективное благополучие пациентов.

**Область применения результатов.** Результаты применимы при проектировании «клиник будущего», разработке государственных стратегий по сокращению цифрового неравенства в медицине, создании интерфейсов медицинских ИИ-систем и в учебных программах по биоэтике. Модель позволяет перейти от фрагментарной диагностики к холистическому управлению здоровьем, обеспечивая национальную

биобезопасность через сохранение человеческого начала в эпоху цифровизации.

**Ключевые слова:** эмпатичное биоинтегративное здравоохранение; активная эмпатия; ценностно ориентированная медицина; человекоцентричный подход; трансгуманизм; биоэтика; конвергенция NBIC-технологий; цифровая медицина; духовно-нравственные ценности; терапевтический альянс

**Для цитирования.** Смирнова, Е. А. (2026). Ценностно ориентированное здравоохранение: качество жизни и равенство. *Russian Studies in Culture and Society / Российские исследования. Культура и общество*, 10(1), 48-71. <https://doi.org/10.12731/2576-9782-2026-10-1-326>

## Value based health care: quality of life and equality

E.A. Smirnova

*Cherepovets State University, Cherepovets, Russian Federation*

### *Abstract*

**Background.** Modern healthcare is characterized by a crisis of trust (52% public dissatisfaction in the Russian Federation) and an “ethical lag” in the implementation of NBIC technologies. The existing technocratic model, focused on quantitative indicators and the objectification of the patient, requires transformation towards a value-oriented and human-centered approach.

**Purpose.** To provide a theoretical justification and develop a conceptual model of Empathic Biointegrative Healthcare (EBH) as an innovative paradigm that harmonizes high technologies with spiritual and moral values.

**Results.** The concept of EBH, based on K. Wilber’s integral theory and the concept of “active empathy,” has been formulated for the first time. Within the framework of the model, the following have been developed: an original concept of Electronic Bases of Integrated Knowledge (EBIK), combining clinical data with a hierarchy of patient values; protocols for empathic communication in a digital environment (the “three V’s” rule); algorithms for shared decision-making based on biomarkers and personal priorities. Ethical regulators (justice, reversibility, transparency) have been defined to minimize the risks of techno-stratification when using transhumanist technologies. It has been established that the integration of spiritual and moral screening into clinical practice increases patient compliance and subjective well-being (PROMs).

**Practical implications.** The results are applicable in the design of “clinics of the future,” the development of state strategies to reduce digital inequality in medicine, the creation of interfaces for medical AI systems, and in bioethics curricula. The EBH model allows for a transition from fragmented diagnostics to holistic health management, ensuring national biosecurity through the preservation of human essence in the era of digitalization.

**Keywords:** empathetic bio-integrative healthcare; active empathy; values-based medicine; human-centered approach; transhumanism; bioethics; NBIC technologies convergence; digital health; ethical and spiritual values; therapeutic alliance

**For citation.** Smirnova, E. A. (2026). Value based health care: quality of life and equality. *Russian Studies in Culture and Society / Российские исследования. Культура и общество*, 10(1), 48-71. <https://doi.org/10.12731/2576-9782-2026-10-1-326>

## Введение

В условиях конвергенции NBIC-технологий и распространении в обществе идей трансгуманизма [1; 11] современная система здравоохранения переживает кризис доверия, который усугубился вызовами пандемии. В обществе сформировался запрос на изменение методов ценообразования на медицинские услуги [2; 3; 5; 6; 14; 17-19]. По данным ВЦИОМ<sup>1</sup> (2025), неудовлетворённость качеством предоставляемых медицинских услуг выражают 52% россиян. Среди основных причин такой неудовлетворенности респонденты выделяют: дефицит квалифицированных кадров и недостаток компетенций медицинских работников (83%), недоступность медицинских услуг (70%) и низкое качество медицинской помощи (23%). Лишь 41% россиян обращаются в государственное лечебно-профилактическое учреждение при возникновении заболевания, что ниже показателя 2006 года (52%). В отношении внедрения искусственного интеллекта в медицинскую практику 43% россиян выражают опасения, полагая, что это может привести к ухудшению здоровья населения (12%), увеличению доли врачебных ошибок (17%) и возрастанию риска нарушения конфиденциальной медицинской информации (18%). Кроме того, каждый пятый респондент (18%) прогнозирует возникновение трудностей во взаимоотношениях между врачами и пациентами, а также предвзятое отношение медицинских работников к пациентам различных возрастных групп (11%).<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Здравоохранение в России: мониторинг // Официальный сайт ВЦИОМ. Дата размещения 02.12.2025. <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/zdravookhranenie-v-rossii-monitoring> (Дата обращения 01.03.2026)

<sup>2</sup> Нейросеть в белом халате, или новая эра медицины? // Официальный сайт ВЦИОМ. Дата размещения 19.11.2024. <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/neiroset-v-belom-khalate-ili-novaja-ehra-mediciny> (Дата обращения 01.03.2026)

Эмпатичное биоинтегративное здравоохранение – модель, интегрирующая биологические, технологические и духовно-нравственные аспекты личности на основе интегральной теории К. Уилбера [20], где «активная эмпатия» выступает системообразующим принципом. В основе модели эмпатичного биоинтегративного здравоохранения лежит осмысление интегральной теории К. Уилбера, однако ее оригинальность заключается в выделении и развитии концепции «активной эмпатии» как основного элемента, пронизывающего все уровни интеграции – от биологического до духовно-нравственного. Это позволяет создать человекоцентричный подход к здоровью. Для демонстрации уникальности и преимуществ данной модели, а также для выявления ее отличий от доминирующих и потенциально рискованных парадигм, ниже представлена сравнительная таблица, анализирующая ключевые аспекты технократической модели, трансгуманистических тенденций и эмпатичного биоинтегративного здравоохранения (табл. 1).

Таблица 1.

**Сравнительный анализ моделей здравоохранения**  
Table 1. Comparative Analysis of Healthcare Models

Аспект	Технократическая модель	Трансгуманистический подход и связанные риски	Эмпатичное биоинтегративное здравоохранение (ЭБЗ)
<b>Пациент</b>	Объект («тело-машина») (Foucault, 1963) [11]	Постчеловеческий субъект (Fukuяama, 2004) [12]	Личность как целостный социально-духовный феномен
<b>Знание</b>	Фрагментированное (Bertalanffy, 1968) [13]	Алгоритмическая предвзятость	Интегративное
<b>Этика</b>	Негативная свобода (Beauchamp & Childress) [4]	Этический лаг (Habermas, 2003) [15]	Активная эмпатия и биофилия (Fromm, 1964, 1973) [9,10]
<b>РФ контекст</b>	Доминирование бюрократических и стандартизированных подходов, приводящее к институциональной стигматизации	Потенциальная угроза традиционным ценностям и национальной идентичности через дегуманизацию и унификацию человека	Духовно-нравственная интеграция (Силуянова, 2018) [7]. Соответствие традиционным российским ценностям целостности личности и духовно-нравственного развития

**Эмпатичное биоинтегративное здравоохранение** представляет собой подход, объединяющий принципы ценностно ориентированного здравоохранения (по М. Портеру – фокус на результатах для пациента относительно затрат [16]) с биоинтегративным видением человека как целого и эмпатическим взаимодействием (авторское определение). В отличие от технократической модели (табл. 1), где пациент воспринимается как «тело-машина», концепция ЭБЗ воспринимает его как социально-духовный феномен. Он ориентирован на достижении наилучших результатов для пациента, с учетом его индивидуальных ценностей, биологических потребностей, психологического состояния, социального окружения и духовной составляющей в контексте эмпатичного и партнерского взаимодействия.

Современный медицинский дискурс обнаруживает ряд критических противоречий, которые можно классифицировать следующим образом. Во-первых, это объективация пациента, заключающаяся в том, что в рамках биомедицинской модели, критикуемой М. Фуко [11], пациент низводится до статуса биологического объекта, что ведет к утрате терапевтического альянса. Во-вторых, - это фрагментация медицинского знания, т.к. специализация препятствует холистическому пониманию здоровья, что в терминах системного подхода снижает общую эффективность медицинского вмешательства [13]. Ну и в-третьих, - это этический лаг. Скорость внедрения искусственного интеллекта и нейротехнологий опережает развитие системы ценностей и норм [8; 15], что способствует возникновению риска «алгоритмической предвзятости» и дегуманизации клинических решений. Основное противоречие заключается в несоответствии идей трансгуманизма, целью которого провозглашается радикальное улучшение человека и потребностью общества в сохранении человеческой сущности как «социально-духовного феномена». В условиях сохранения стигматизации ряда медицинских направлений переход к ЭБЗ, интегрирующей православные этические традиции, становится условием национальной биобезопасности.

В основе представленной концепции здравоохранения находится ориентация на ценности пациента, интегрированной с биоэтическими

принципами, прошедшими изменения от защиты прав к активному расширению возможностей пациента. Потребности пациента воспринимаются как неотъемлемая составляющая его благополучия, а технологии применяются с пониманием этических и экзистенциальных последствий. Такое здравоохранение содействует целостному развитию человека, учитывая его прошлое (историческое отношение к здоровью, методам его поддержания), настоящее (его ценности и духовность) и будущее (потенциал трансгуманизма).

Предложенная концепция обладает потенциалом для восстановления доверия населения к системе здравоохранения и к медицине в целом, а ее ключевой особенностью становится холистический подход, ставящий человека в центр внимания. Он объединяет физическое, психическое, духовное и социальное благополучие человека, учитывая его ценности и убеждения. Развитие же трансгуманистических технологий обуславливает необходимость быстрого формирования этической основы регулирующей применение данных технологий. Трансгуманистические технологии – это скорее не набор инструментов для «улучшения» человека, а потенциальные средства, которые должны быть внедрены в систему здравоохранения таким образом, чтобы они способствовали целостному благополучию личности, уважали ее ценности и не подрывали ее человеческую сущность и духовные основы. Это свидетельствует о стремлении к сохранению природы человека и традиционных духовных ценностей.

*Целью исследования* стало теоретическое обоснование и разработка концептуальной модели эмпатичного биоинтегративного здравоохранения (ЭБЗ) как инновационной парадигмы, гармонизирующей высокие технологии с духовно-нравственными ценностями.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

1. проанализировать современное состояние доверия в системе здравоохранения;
2. сформулировать теоретико-методологические основы модели ЭБЗ, базирующиеся на интегральной теории К. Уилбера и концепции

«активной эмпатии» как системообразующего фактора взаимодействия медицинского работника и пациента;

3. осуществить сравнительный анализ основных моделей здравоохранения для выявления их этических, социальных и клинических различий;

4. детерминировать понятийно-категориальный аппарат: ценностно ориентированное здравоохранение (оценка по ценности для пациента, а не по объему услуг [M. Porter, 17]), электронных баз интегрированных знаний (ЭБИЗ) как систему, соединяющую доказательную медицину, поведенческие и социальные детерминанты через эмпатичную коммуникацию (авторское определение), и эмпатично-интегративную клинику будущего;

5. разработать протоколы и механизмы обеспечения эмпатии в условиях цифровизации медицины (например, телемедицина, искусственный интеллект) и алгоритмы совместного принятия решений на основе биомаркеров и индивидуальных ценностей пациента;

6. предложить этические регуляторы и принципы (справедливость, обратимость, прозрачность) для контроля технологий, способствующих расширению возможностей человека и снижению рисков техно-стратификации общества.

## **Обсуждение и выводы**

### **Мероприятия для поддержания здоровья:**

В концепции ЭБЗ здоровье определяется, как динамическая способность адаптироваться в биологической, психологической и социальной сфере с учётом ценностей, а не универсальные нормы (авторское определение). Болезнь - нарушение гомеостаза на разных уровнях, которое снижает выполнение индивидом социальных ролей и занижает личные жизненные ценности (авторское определение). Это позволяет переходить от фрагментарной к холистической диагностике, анализируя биомаркеры с эмоциональными переживаниями, ценностями и сложившимися социальными связями. Эмпатично-интегративная медицинское учреждение будущего реализует это как единое пространство, сочетающее в себе искусственный

интеллект, оказание помощи силами междисциплинарных команд и протоколами эмпатии, основываясь на профилактике и адаптации к возможным изменениям.

**Биологический уровень:** первичная профилактика (вакцинация по календарю, скрининги по возрасту и риску), управление факторами риска (АД, липиды, глюкоза), индивидуальное питание, управление сном для повышения его качества, дозированная физическая активность (кардио + силовая 2–3 раза в неделю), мониторинг биомаркеров с корректировкой планов.

**Психологический уровень:** дыхательные практики, развитие когнитивно-поведенческих навыков самопомощи и эмоциональной грамотности, квалифицированная психотерапевтическая поддержка, цифровые дневники самочувствия.

**Социальный уровень:** укрепление поддерживающих социальных связей, участие в сообществах, работа с факторами среды (свет, шум, воздух), формирование здоровых рабочих мест.

**Ценностно-смысловой уровень:** практики рефлексии, учет важных для личности ценностей и целей, согласование медицинских планов с жизненными приоритетами, поддержка в принятии решений в сложных жизненных ситуациях.

**Организация помощи:** создание междисциплинарных команд (врачи различных специальностей, биологи, психологи, специалисты по социальной работе) и координация маршрута пациента, совместные клинические планы, информированное согласие доступное для понимания пациентами, не обладающим медицинскими и юридическими знаниями, защита данных и прозрачность алгоритмов.

**Цифровые инструменты:** носимые устройства и приложения для мониторинга, телемедицинские визиты, персональные напоминания и адаптивные планы, аналитика данных для раннего выявления отклонений.

**Образование и мотивация:** краткие обучающие модули, коучинговые сессии, цели по модели SMART, обратная связь по прогрессу.

Использование технологий для персонализированного улучшения здоровья происходит этично, с уважением к автономии и ценностям

пациента, обеспечивая комплексную поддержку и предотвращая неравенство.

### **Основные принципы концепции:**

#### **I. Эволюция биоэтических принципов:**

**От защиты прав к расширению возможностей.** Если раньше биоэтика акцентировала свое внимание на защите пациента от злоупотреблений, то теперь она должна активно способствовать расширению его возможностей для принятия осознанных решений и достижения желаемого качества жизни.

**Активное участие и информированное согласие нового уровня,** которое становится процессом диалога, учитывающего ценности и понимание пациента.

**Новые этические вызовы.** Развитие технологий (генетика, ИИ, трансгуманизм) порождает новые этические дилеммы, которые требуют переосмысления существующих принципов и разработки новых.

**Баланс между инновациями и человечностью.** Технологии должны служить человеку, а не наоборот. Биоэтика помогает найти этот баланс.

#### **II. Духовно-нравственные аспекты неотъемлемая часть благополучия:**

**Целостность человека.** Здоровье – это не только физическое, но и психологическое, социальное и духовное состояние человека. Духовно-нравственные аспекты имеют первостепенное влияние на способность справляться с болезнями. Фундаментальным аспектом в Концепции является признание духовно-нравственной составляющей при принятии решений о применении новых технологий и обеспечение уважительного отношения к духовным потребностям пациентов.

**Признание и уважение духовных потребностей.** Медицинские работники должны быть готовы обсуждать и учитывать духовные убеждения пациента (религиозные, философские и другие вопросы), обеспечивать доступ к религиозным представителям, молитвенным комнатам и создание атмосферы для пациента, где он будет свободно выражать свои духовные потребности.

**Влияние духовности на процесс выздоровления.** Такие духовные составляющие как вера, надежда и смысл жизни могут играть важную роль в мотивации пациента к осознанному желанию начать лечение и успешно его завершить (комплаентности), его способности переносить боль и стресс, а также в общем исходе лечения.

**Этические границы.** Необходимо проводить четкую грань между поддержкой духовных потребностей пациента и навязыванием каких-либо убеждений. Требуется определить четкие критерии необходимости привлечения духовного консультанта (например, при серьезных рисках, паллиативной помощи, решениях об отказе/приостановке терапии, при выраженном запросе пациента или его семьи). Разработать и внедрить протоколы скрининга религиозно-духовных потребностей на этапе первичного обследования и при ключевых решениях в терапии.

**Необходимо обеспечить гарантии нейтральности и недопущения навязывания убеждений.** Необходимо проведение политики, запрещающей навязывание религиозных или иных убеждений со стороны медицинского персонала и других сотрудников. Необходимо обеспечить право пациента выбирать, отказываться или менять духовного консультанта без объяснения причин. Обучать персонал принципам культурной чувствительности, неназидательной коммуникации и разграничению духовной поддержки и проповеди. Для быстрого выявления и своевременного реагирования на все случаи давления или навязывания необходимо внедрить механизмы контроля и жалоб (анонимные и открытые).

**Процедуры документирования и согласия.** Фиксировать в медицинской документации факт проведения скрининга духовных потребностей и согласие или отказ на привлечение консультанта. Обеспечить участие духовного консультанта исключительно на основе информированного согласия пациента, с объяснением роли консультанта и границ его вмешательства.

**Оценка вклада духовной поддержки в исходы.** Включить в протоколы исследования и клинической практики соответствующие PROMs и PEI, показатели духовного благополучия, удовлетворённости

поддержкой и восприятия качества принятия решений. Например, уровень духовного благополучия, снижение тревоги/страха, удовлетворённость процессом принятия решений, соответствие ухода ценностям пациента, показатели качества жизни. Осуществлять регулярный сбор данных (до вмешательства, в ходе и в постинтервенционный период) и проводить анализ вклада духовной поддержки в клинические и опытные исходы. Для оценки влияния духовной поддержки на опыт пациента и их семей в программу исследования необходимо включать наряду с количественными методами исследования и качественные методы (интервью, фокус-группы).

### **Обеспечение равного доступа и культурной релевантности.**

Обеспечение доступности духовной поддержки для всех пациентов, независимо от религиозной принадлежности или её отсутствия, включая секулярные формы духовной/экзистенциальной поддержки. Разрабатывать ресурсы и обучение, учитывающие культурные и языковые особенности различных групп.

### **III. Технологии как инструмент, а не цель:**

**Технологии на службе ценностей.** Технологии, такие как искусственный интеллект, телемедицина, устройства, генетическое тестирование, должны использоваться для лучшего понимания проблем пациента, его индивидуального лечения и расширения доступа к информации и услугам, для более эффективного мониторинга состояния.

**Глубокое понимание этических и экзистенциальных последствий.** Основные вопросы, которые встают перед обществом:

- **Приватность данных и безопасность.** Как обеспечить конфиденциальность больших объемов медицинских данных?
- **Цифровое неравенство.** Как избежать ситуации, когда доступ к передовым технологиям будет доступен только избранным?
- **Риск дегуманизации.** Не способствует ли зависимость от технологий к потере «человеческого» контакта и эмпатии в отношениях «врач-пациент»?
- **Вопросы идентичности и самоопределения.** Как технологии, которые влияют на генетику или когнитивные способности человека, изменят наше представление о самих себе?

- **Технологии как средство расширения возможностей.** Искусственный интеллект способен помочь пациентам лучше понять свои заболевания, варианты лечения, а также управлять своим здоровьем.

Для обеспечения эмпатии в процессе цифровизации в здравоохранении необходим комплексный подход, охватывающий коммуникационные стандарты, обучение персонала и дизайн интерфейсов.

**Механизмы** обеспечения эмпатии при цифровизации:

#### **Стандарты коммуникации в телемедицине:**

**Разработка и внедрение обязательных протоколов эмпатичной коммуникации** для всех видов удаленного взаимодействия (видео, аудио, чат). Эти протоколы должны акцентировать внимание на визуальном контакте, активном слушании и вербализации эмоциональной поддержки. Например, можно использовать «правило трех В» для видеоконсультаций, который включает в себя: 1) взгляд - убедитесь, что камера находится на уровне глаз, чтобы создавать ощущение прямого контакта. Смотрите в камеру, когда говорите, и на экран, когда слушаете. 2) Внимание - активно слушайте пациента, используйте кивки, «понимаю», чтобы показать вовлеченность. Избегайте многозадачности. 3) вовлечение - задавайте открытые вопросы, которые позволяют пациенту выразить свои чувства и опасения («Что Вас сейчас больше всего беспокоит?») или «Как Вы себя чувствуете в связи с этим?»). Включение в медицинские онлайн-сервисы функции «напоминания об эмоциональном контакте» для врача, которая будет активироваться при длительном отсутствии обратной связи от пациента или на отдельных этапах консультации.

**Обучение персонала.** Разработка и введение обязательного модуля по цифровому этикету для всего медицинского и прочего персонала, взаимодействующего с пациентами через цифровые каналы. Например, модуль «Эмпатия в цифровую эпоху» может включать ролевые игры с симуляцией онлайн-консультаций и оценкой как точности диагностики и лечения, так и способности врача обеспечить психологический комфорт пациента с различными эмоциональными состояниями.

**Объединение критериев эмпатии** и качества цифрового взаимодействия в систему регулярной оценки эффективности медицинских работников, а обратная связь от пациентов по этим критериям должна стать частью этой оценки.

**Дизайн интерфейсов с учётом психологии.** При проектировании всех цифровых продуктов и сервисов применять принципы человекоцентрированного дизайна с акцентом на ясность, интуитивность и эмоциональную поддержку. Например, алгоритм «пояснения для пациента» вместо того чтобы просто давать рекомендацию «Принимайте препарат А дважды в день», предоставляет простое и понятное объяснение: «Препарат А помогает снизить симптом, блокируя механизм действия. Важно принимать его дважды в день, чтобы поддерживать постоянную концентрацию в организме и избежать [побочный эффект]. Если вы забудете принять дозу, [инструкции]». Другим примером может стать использование «человечного» языка в уведомлениях чат-ботах и сообщениях и избегание медицинского жаргона. Персонализация обращений, например, «Добрый день, [И.О. Пациента]. Как Вы себя чувствуете сегодня?». Возможность выбора тона общения в чат-ботах (формальный/поддерживающий). Включение в дизайн функций «проверки понимания» (например, короткие интерактивные квизы после объяснения сложной информации или просьба пациента своими словами пересказать ключевые моменты рекомендаций).

Интегративное эмпатичное цифровое здравоохранение – модель, объединяющая телемедицину, искусственный интеллект и сенсоры с междисциплинарным подходом при первостепенности эмпатии (авторское определение). ЭБИЗ (электронная база интегрированных знаний) выступает как цифровая платформа, обеспечивает индивидуальный уход на основе анализа данных о ценностях пациента. Человекоцентрированная биоинтегративная медицина дополняет этот подход, предлагая совместные решения, основанные на биомаркерах и целях пациента.

**Протокол совместного принятия решений с использованием биомаркеров и ценностей пациента:**

Подготовка: сбор клинических данных, релевантных биомаркеров, вариантов лечения и их исходов; изучение ценностей и

предпочтений пациента, например его целей, приемлемых рисков, ограничений.

**Объяснение вариантов:** врач в понятной форме описывает диагноз, роль биомаркеров, прогноз, возможные варианты лечения и в доступной форме предоставляет материалы пациенту.

**Согласование приоритетов:** обсуждение, того как биомаркеры влияют на вероятность пользы и риска каждого варианта лечения и соотнесение их с ценностями пациента.

**Совместная оценка последствий:** визуализация абсолютного и относительного риска, изучение качества жизни, обсуждение побочных эффектов лечения, его стоимости и доступности.

**Принятие решения:** фиксирование выбранного варианта, аргументация с опорой на биомаркеры и ценности, составление плана мониторинга и критериев необходимости его корректировки.

**Реализация и пересмотр:** начало терапии, мониторинг биомаркеров и исходов лечения важных для пациента, корректировка плана при изменении исходных данных или ценностей.

Важной задачей является **решение проблемы цифрового неравенства**, во избежание исключения из доступа к цифровым медицинским услугам социально уязвимых групп населения.

**Программы субсидий и обеспечения доступа.** Реализация государственных и частных программ по обеспечению доступа к интернету и базовым цифровым устройствам (планшеты, смартфоны) для социально уязвимых групп населения. Например, в рамках программы «Цифровое здоровье для всех» создание общедоступных «цифровых хабов» в медицинских учреждениях или общественных объединениях, где пациенты могут бесплатно воспользоваться компьютером и интернетом для получения цифровых услуг с помощью волонтера или сотрудника.

**Офлайн альтернативы.** Сохранение и усиление традиционных (офлайн) каналов доступа к медицинской помощи и информации, а также их интеграция с цифровыми системами. Например, «Гибридная запись», когда имеется возможность записи на приём к врачу как через онлайн-портал, так и по телефону или через физическую

регистратуру. Обеспечение того, чтобы телефонные линии были достаточно укомплектованы, а время ожидания было минимальным. Еще одним примером может послужить «Информационные пункты здоровья», созданные в поликлиниках и общественных местах пунктов, где пациенты могут получить распечатки ключевой медицинской информации, которая также доступна онлайн, и получить помощь в навигации по цифровым сервисам. Организация выездных бригад врачей различных специальностей для базового обследования и консультаций населения в отдаленные или труднодоступные районы, где цифровой доступ ограничен.

**Дизайн с низким порогом входа.** При проектировании всех цифровых медицинских сервисов обязательное соблюдение принципов универсального дизайна и стандартов доступности, чтобы сделать их интуитивно понятными и удобными для людей всех возрастов и с разными уровнями цифровой грамотности. Например, «Умный интерфейс» с использованием крупного шрифта, высокой контрастности, интуитивно понятных иконок, голосовое управление и поддержка нескольких иностранных языков. Минимизация количества шагов для выполнения ключевых операций. Возможность переключения между «простым» и «расширенным» режимами интерфейса. Например, «Центры цифровой поддержки», представляющие собой создание горячих линий и чатов с операторами, которые могут пошагово объяснить, как пользоваться цифровыми сервисами. Разработка простых обучающих материалов (видеоуроки, иллюстрированные инструкции) на различных платформах (Макс, веб-сайты, печатные брошюры), объясняющие возможность использования цифровых инструментов.

#### **IV. Этические аспекты технологий, направленных на расширение человеческих возможностей:**

**Предвидение и подготовка.** Здоровоохранение будущего столкнется с вызовами и новыми возможностям, которые несет в себе развитие и распространение трансгуманистических идей, таких как улучшение человеческих способностей, продление жизни, интеграция человека и технологий.

**Разработка новых этических принципов и норм, рамки регулирующих применение трансгуманистических технологий во благо всего человечества и предотвращения создания новых форм неравенства и рисков.**

**Обеспечение сохранения фундаментальной «человечности», заключающейся в сохранении эмпатии и духовной глубины в эпоху стремления к всеобщему «улучшению».**

В контексте здравоохранения, под технологиями, направленными на расширение человеческих возможностей мы подразумеваем использование медицинских или биотехнологических вмешательств не для лечения болезней, а для значительного улучшения физических, когнитивных или эмоциональных функций человека сверх нормального уровня, а также для продления его жизни. Примеры таких технологий включают:

**усиление когнитивных функций** (фармакологические или нейроинтерфейсные методы для улучшения памяти, внимания, скорости обработки информации);

**сенсорное расширение** (технологии, позволяющие воспринимать новые диапазоны света, звука или электромагнитных полей);

**продление жизни** (вмешательства, замедляющие или обращающие вспять процессы старения);

**нейроинтерфейсы и кибернетические импланты** (управление внешними устройствами силой мысли, улучшение двигательных функций или даже интеграции с цифровыми системами).

Однако внедрение новейших технологий порождает ряд этических, социальных и правовых проблем:

**социальное неравенство**, при котором существует реальная угроза создания «двухклассового общества», где доступ к технологиям улучшения будет зависеть от благосостояния, усиливая существующие социальные разрывы;

**психологические и социальные последствия**, проявляющиеся в виде изменений самоидентификации человека, давлении общества на использование улучшений, потенциальная стигматизация «неулучшенных» людей;

**безопасность и отдаленные эффекты**, это долгосрочные риски для здоровья, непредвиденные побочные эффекты технологий, действующих на фундаментальные биологические процессы;

**автономия и согласие** или сложности с получением подлинно свободного и информированного согласия в условиях мощного маркетинга или социального давления;

**вопросы ответственности**, а именно, определение того, кто несет ответственность за последствия применения технологий (работчик, врач, пользователь).

Для оценки и регулирования любых новых технологий в здравоохранении, особенно направленных на расширение человеческих возможностей, предлагаются следующие основополагающие принципы:

**справедливость**: доступ к новым медицинским и биотехнологиям должен быть справедливым и не усиливать существующие социальные, экономические или географические неравенства. Необходимо проактивно разрабатывать механизмы для обеспечения равного доступа и предотвращения дискриминации.

**доступность**: медицинские технологии должны быть доступны всем, кому они необходимы по клиническим показаниям, с учетом финансовой, информационной, культурной и логистической доступности;

**обратимость**: предпочтение следует отдавать технологиям, чьи эффекты или само вмешательство являются обратимыми. В случаях необратимых изменений, должны быть особенно строгие требования к безопасности, информированному согласию и обоснованию;

**прозрачность**: процессы разработки, тестирования, оценки рисков и принятия решений о применении новых медицинских и биотехнологий должны быть максимально открытыми и понятными, как для пациентов, так и для общественности;

**согласие с расширенным информированием**:

- стандартное информированное согласие должно быть дополнено глубоким и всесторонним объяснением всех потенциальных рисков и выгод, включая долгосрочные, социальные и психологические аспекты;

- предоставление информации о неопределенности и отсутствующих данных;
- обсуждением альтернативных вариантов (включая отказ от технологии);
- обеспечением достаточного времени для принятия решения и возможности отзыва согласия без негативных последствий;
- учетом потенциального давления на человека при принятии решения об «улучшении».

**Участие общественности** (граждан, пациентов, этических экспертов, социологов и других заинтересованных сторон) в процессе разработки решений по внедрению новых технологий на всех этапах.

В отличие от существующих подходов, акцентирующих внимание на биомедицинской безопасности и индивидуальном информированном согласии индивида, предлагаемый подход: 1) понимает доступность как многомерную категорию, охватывающую кроме финансовых барьеров, доступ к информации, образованию и инфраструктуре. Такой подход позволяет выявлять системные неравенства и как следствие - снижать риск техно-стратификации;

2) вводит принцип приоритетности обратимых технологий и повышенных требований к обоснованию и безопасности в случаях необратимости, что операционализирует предосторожность для возможности быстро эволюционирующих вмешательств;

3) закрепляет требование процессной прозрачности от протоколов испытаний до оценки рисков и принятия решений. Данная процедура рассматривается в качестве публичного стандарта подотчетности и как следствие повышается доверие и качество внешнего аудита;

4) расширяет стандарт информированного согласия до процедуры, включающей артикуляцию долгосрочных социальных и психологических последствий, указание неопределенностей и пробелов в данных, рассмотрение альтернатив (включая отказ), достаточное время на выбор, право безусловного отзыва и анализ потенциального внешнего давления на индивида;

5) институционализирует широкое участие заинтересованных сторон (граждан, пациентов, социологов и др.) на постоянной осно-

ве, что превращает общественную экспертизу из консультативной в ко-управляющую.

Проведенное исследование позволило сформировать концептуальную основу модели эмпатичного биоинтегративного здравоохранения (ЭБЗ). В ответ на системный кризис доверия (52% неудовлетворенности) данная модель предлагается не как умозрительная конструкция, а как результат объединения интегральной теории К. Уилбера и доказательных практик ценностно-ориентированной медицины (М. Портер). Новизна исследования заключается в обосновании «активной эмпатии» не просто как этической категории, а как технологического и управленческого регламента. Впервые предложено:

- авторское определение «электронных баз интегрированных знаний» как цифровой основы, где клинические данные впервые объединяются с субъективными иерархиями ценностей пациента.
- концепция «эмпатично-интегративной клиники», функционирующей на стыке биомедицины и духовно-нравственного сопровождения, что позволяет преодолеть «этический лаг» внедрения искусственного интеллекта.

Для обоснования реалистичности модели был проведен сравнительный анализ (табл. 2), показывающий преимущество ЭБЗ перед доминирующей технократической моделью.

Таблица 2.

**Сравнительная эффективность моделей в контексте качества жизни (КЖ)****Table 2.** Comparative effectiveness of models in terms of quality of life (QoL)

Показатель	Технократическая модель	Модель ЭБЗ (предлагаемая)	Эффект для пациента
Цель лечения	Нормализация биомаркеров	Достижение жизненных целей пациента	Рост комплаентности
Роль пациента	Пассивный объект	Активный со-исследователь	Снижение уровня стресса и тревоги
Коммуникация	Директивная, дефицит времени	Протокол «активной эмпатии», 3 «В»	Повышение доверия к системе
Результат	Клиническое выздоровление	Интегративное благополучие (КЖ)	Долгосрочная ремиссия и социализация

Модель ЭБЗ обеспечивает измеряемое улучшение КЖ через конкретные внедренческие механизмы, описанные в работе:

Клинико-психологический эффект - внедрение «Протокола совместного принятия решений» позволяет избежать «врачебного патернализма». Пациент, чьи духовные и культурные ценности учтены (например, выбор между агрессивной терапией и качеством оставшейся жизни), демонстрирует более высокие показатели субъективного благополучия.

Цифровая гуманизация - предложенные алгоритмы и правила «цифрового этикета» (взгляд, внимание, вовлечение) при переходе на телемедицину сохраняют терапевтический альянс, сложившийся между врачом и пациентом, снижая риск дегуманизации лечебного процесса.

Социальная устойчивость - включает принципы справедливости и обратимости при внедрении новейших медицинских технологий в медицинскую практику защищают пациента от «техно-стратификации», гарантируя, что технологическое «улучшение» не станет обязательным требованием для социального выживания.

## **Выводы**

1. Модель эмпатичного биоинтегративного здравоохранения объединяет биоэтику, интегральную психологию и концепцию ценностно-ориентированного здравоохранения. Она является ответом на дефицит «человеческого измерения» в условиях стремительной цифровизации.

2. Разработан комплексный инструментарий (от электронной базы интегрированных знаний до протоколов скрининга духовных потребностей), который превращает эмпатию из абстрактного понятия в операциональный критерий качества медицинской помощи.

3. Переход от оценки объема услуг к оценке ценности для пациента в рамках эмпатичного биоинтегративного здравоохранения позволяет не только оптимизировать расходы, но и восстановить национальную биобезопасность через внедрение традиционных духовно-нравственных ценностей в современную медицинскую практику.

Таким образом, эмпатичное биоинтегративное здравоохранение – это не просто новый термин, а стратегия глубинных изменений, уравнивающий технологический прогресс с этической ответственностью.

#### Список литературы

1. Бостром, Н. *Искусственный интеллект. Этапы. Угрозы. Стратегии* / пер. с англ. С. Филина. Москва: Манн, Иванов и Фербер, 2016, 496 с.
2. Бударин, С. С., & Эльбек, Ю. В. (2024). *Анализ международных подходов к выбору и использованию индикаторов для оценки внедрения ЦОЗ: экспертный обзор*. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 36 с. ISBN: 978-5-907805-32-3. EDN: <https://elibrary.ru/HGSZOI>
3. Зуенкова, Ю. А. (2021). Ценностно-ориентированный подход: анализ руководства Европейского института инноваций и технологий. *Медицинские технологии. Оценка и выбор, (43-1)*, с. 28–35. <https://doi.org/10.17116/medtech20214301128>. EDN: <https://elibrary.ru/WXHHFU>
4. Петров, В. И., & Седова, Н. Н. (2023). Медицина и философия: любовь без брака. *Гуманитарные проблемы медицины и здравоохранения, (1-1)*, с. 11–20. EDN: <https://elibrary.ru/ASDUQQ>
5. Седова, Н. Н. (2005). *Юридическая институционализация субъектов биоэтики в правовом поле современной России*: дис. ... д-ра юрид. наук. Ростов-на-Дону, 347 с. EDN: <https://elibrary.ru/NNSRRL>
6. Силуянова, И. В. (2018). *Биомедицинская этика: учебник и практикум для вузов*. Москва: Издательство Юрайт, 312 с.
7. Смирнова, Е. А. (2025). Трансгуманизм как интеллектуальная и технологическая парадигма медицины будущего: возможности и угрозы. *Russian Studies in Culture and Society / Российские исследования. Культура и общество, 9(3)*, с. 75–100. <https://doi.org/10.12731/2576-9782-2025-9-3-302>. EDN: <https://elibrary.ru/EQDUAG>
8. Фромм, Э. (2010). *Душа человека, её способность к добру и злу (1964)* / пер. В. А. Закса. Москва: АСТ, Астрель, 256 с.
9. Фромм, Э. (2007). *Анатомия человеческой деструктивности (1973)* / пер. с англ. Э. М. Телятниковой. Москва: АСТ, Хранитель, Мидгард, 624 с. ISBN: 5-17-039867-0. EDN: <https://elibrary.ru/QXQEUZ>
10. Фуко, М. (2025). *Рождение клиники: Археология врачебного взгляда*. Ад Маргинем, 350 с.
11. Фукуяма, Ф. (2004). *Наше постчеловеческое будущее: последствия биотехнологической революции*. Москва: АСТ, 349 с. ISBN: 5-17-024038-4. EDN: <https://elibrary.ru/QOEXLL>

12. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press, 546 pp.
13. Bertalanffy, L. von (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller, 289 p.
14. Gray, J., & Abbasi, K. (2007). How to get better value healthcare. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100(10), p. 480. <https://doi.org/10.1177/014107680710001019>
15. Habermas, J. (2003). *The Future of Human Nature*. Polity, 127 p.
16. Porter, M., & Teisberg, E. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Press, 432 p.
17. Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), pp. 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
18. Strazabosco, M., Allen, J., & Teisberg, E. (2017). Value-based care in hepatology. *Review Hepatology*, 65(5), pp. 1749–1755. <https://doi.org/10.1002/hep.29042>
19. Tanja, S., Jens, J., Annette, H., Heidi, M., Betina, S., Anne-Marie, T., et al. (2018). Protocol for evaluating and implementing a pragmatic value-based healthcare management model for patients with inflammatory arthritis: a Danish population-based regional cohort and qualitative implementation study. *BMJ Open*, 8(10), pp. 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023915>
20. Wilber, K. (2000). *Integral Psychology: Consciousness, Spirit, Psychology, Therapy*. Shambhala Publications, 320 p.

### References

1. Bostrom, N. (2016). *Artificial Intelligence: Paths, Threats, Strategies* (S. Filin, Trans.). Moscow: Mann, Ivanov i Ferber, 496 pp.
2. Budarin, S. S., & Elbek, Yu. V. (2024). *Analysis of International Approaches to Selecting and Using Indicators for Assessing the Implementation of Value-Based Healthcare: An Expert Review*. Moscow: GBU “NIIOZMM DZM”, 36 pp. ISBN: 978-5-907805-32-3. EDN: <https://elibrary.ru/HGSZOI>
3. Zuenkova, Yu. A. (2021). Value-based approach: Analysis of the European Institute of Innovation and Technology guidelines. *Medical Technologies. Assessment and Choice*, (43–1), pp. 28–35. <https://doi.org/10.17116/medtech20214301128>. EDN: <https://elibrary.ru/WXHHFU>
4. Petrov, V. I., & Sedova, N. N. (2023). Medicine and philosophy: Love without marriage. *Humanitarian Problems of Medicine and Healthcare*, (1–1), pp. 11–20. EDN: <https://elibrary.ru/ASDUQQ>
5. Sedova, N. N. (2005). *Legal Institutionalization of Bioethics Subjects in the Legal Framework of Modern Russia: Doctoral Dissertation in Law*. Rostov-on-Don, 347 pp. EDN: <https://elibrary.ru/NNSRRL>
6. Siluyanova, I. V. (2018). *Biomedical Ethics: A Textbook and Workbook for Universities*. Moscow: Yurait Publishing House, 312 pp.

7. Smirnova, E. A. (2025). Transhumanism as an intellectual and technological paradigm of future medicine: Opportunities and threats. *Russian Studies in Culture and Society*, 9(3), pp. 75–100. <https://doi.org/10.12731/2576-9782-2025-9-3-302>. EDN: <https://elibrary.ru/EQDUAG>
8. Fromm, E. (2010). *The Heart of Man: Its Genius for Good and Evil* (1964) (V. A. Zaks, Trans.). Moscow: AST, Astrel, 256 pp.
9. Fromm, E. (2007). *The Anatomy of Human Destructiveness* (1973) (E. M. Telyatnikova, Trans.). Moscow: AST, Khranitel, Midgard, 624 pp. ISBN: 5-17-039867-0. EDN: <https://elibrary.ru/QXQEUZ>
10. Foucault, M. (2025). *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Gaze*. Ad Marginem, 350 pp.
11. Fukuyama, F. (2004). *Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnological Revolution*. Moscow: AST, 349 pp. ISBN: 5-17-024038-4. EDN: <https://elibrary.ru/QOEXLL>
12. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics* (4th ed.). Oxford: Oxford University Press, 546 pp.
13. Bertalanffy, L. von (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller, 289 pp.
14. Gray, J., & Abbasi, K. (2007). How to get better value healthcare. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100(10), p. 480. <https://doi.org/10.1177/014107680710001019>
15. Habermas, J. (2003). *The Future of Human Nature*. Polity, 127 pp.
16. Porter, M., & Teisberg, E. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Press, 432 pp.
17. Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), pp. 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
18. Strazzabosco, M., Allen, J., & Teisberg, E. (2017). Value-based care in hepatology. *Review Hepatology*, 65(5), pp. 1749–1755. <https://doi.org/10.1002/hep.29042>
19. Tanja, S., Jens, J., Annette, H., Heidi, M., Betina, S., Anne Marie, T., et al. (2018). Protocol for evaluating and implementing a pragmatic value-based healthcare management model for patients with inflammatory arthritis: A Danish population-based regional cohort and qualitative implementation study. *BMJ Open*, 8(10), pp. 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023915>
20. Wilber, K. (2000). *Integral Psychology: Consciousness, Spirit, Psychology, Therapy*. Shambhala Publications, 320 pp.

#### ДАННЫЕ ОБ АВТОРЕ

**Смирнова Елена Алексеевна**, кандидат социологических наук, доцент кафедры социологии и социальных технологий  
ФГБОУ ВО Череповецкий государственный университет

*пр. Луначарского, 5, г. Череповец, 162602, Российская Федерация  
smirnova56@yandex.ru*

#### **DATA ABOUT THE AUTHOR**

**Elena Al. Smirnova**, Cand. Sci. (Soc.), Assoc. Prof., Department of Sociology and  
Social Technologies  
*Cherepovets State University  
5, Lunacharsky Ave., Cherepovets, 162602, Russian Federation  
smirnova56@yandex.ru  
SPIN-code: 1540-3581  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9383-0649>*

Поступила 28.01.2026

После рецензирования 25.02.2026

Принята 05.03.2026

Received 28.01.2026

Revised 25.02.2026

Accepted 05.03.2026