



УДК 316.334.2:004.8+61

<https://doi.org/10.65249/1027-7218-2026-5-49-58>

Пациент и искусственный интеллект: сдвиги доверия и вопросы экспертности

Л. Г. Иливицкая, Ю. А. Кузовенкова

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Статья посвящена анализу трансформации модели «врач – пациент» в условиях распространения больших языковых моделей (искусственный интеллект).

Цель исследования. Выявить и теоретически концептуализировать новую фигуру пациента – ИИ-верификатора, а также проанализировать изменения практик медицинского взаимодействия, связанные с включением алгоритмических систем в процессы интерпретации и проверки врачебных решений.

Материал и методы. Эмпирическую базу составили глубинные полуструктурированные интервью с врачами различных специальностей ($n = 18$, стаж – 0,5–30 лет). Данные обработаны с использованием качественного тематического анализа (двухэтапное индуктивное кодирование) в логике интерпретативной социологии и социологии медицины.

Результаты. Зафиксировано формирование новой фигуры пациента, обращающегося к искусственному интеллекту для проверки диагнозов, назначений и врачебных клинических решений. В интервью врачи описывают включение искусственного интеллекта в цепочку «второго мнения» наряду с интернет-ресурсами и телемедицинскими консультациями, однако не всегда осознают качественное отличие алгоритмической верификации. В отличие от e-patient и других фигур цифровой эпохи, ИИ-верификатор делегирует системе не только поиск информации, но и ее анализ, интерпретацию и оценку. Алгоритм начинает восприниматься пациентом как нейтральный, технологически объективный и лишенный интересов арбитр. Это усиливает конкуренцию между клиническим суждением врача и уверенно сформулированным алгоритмическим выводом, трансформирует основания доверия, перераспределяет ответственность и меняет структуру экспертности в медицинской коммуникации.

Заключение. Появление ИИ-верификатора свидетельствует о структурном сдвиге в социальной архитектуре здравоохранения: меняется не только источник знания, но и механизмы его легитимации. Для сохранения профессиональной роли врач требует развития коммуникативных компетенций, позволяющих объяснять ограничения алгоритмических рекомендаций и контекстуальную специфику клинических решений.

Ключевые слова: искусственный интеллект, врач, пациент, доверие, экспертность, цифровизация здравоохранения, генеративные алгоритмы, ИИ-верификатор.

This article examines the transformation of the doctor-patient model in the context of the widespread adoption of large language models (artificial intelligence, AI).

Objective. To identify and theoretically conceptualize a new patient figure – the “AI-verifier” – and to analyze the changes in medical interaction practices associated with the incorporation of algorithmic systems into the processes of interpreting and verifying clinical decisions.

Materials and methods. The empirical basis of the study consists of in-depth semi-structured interviews with physicians from various medical specialties ($n = 18$; professional experience ranging from 0.5 to 30 years). The data were analyzed using qualitative thematic analysis with a two-stage inductive coding procedure, grounded in the methodological framework of interpretive sociology and the sociology of medicine.

Results. The findings indicate the emergence of a new patient figure who turns to AI systems to verify diagnoses, prescriptions, and clinical judgments. In the interviews, physicians describe the inclusion of AI in the “second opinion” chain alongside online resources and telemedicine consultations, though they do not always recognize the qualitative distinctiveness of algorithmic verification. Unlike the e-patient and other digitally mediated patient types, the AI-verifier delegates to the system not only information retrieval but also analysis, interpretation, and evaluative judgment. The algorithm is perceived by patients as a neutral, technologically objective, and interest-free arbiter. This dynamic intensifies competition between clinical reasoning and confidently articulated algorithmic outputs, reshapes the foundations of trust, redistributes responsibility, and reconfigures the structure of expertise within medical communication.

Conclusion. The emergence of the AI-verifier signals a structural shift in the social architecture of healthcare: not only the source of knowledge changes, but also the mechanisms of its legitimation. To sustain their professional role, physicians must develop communicative competencies enabling them to articulate the limitations of algorithmic recommendations and the contextual specificity of clinical decision-making.

Key words: artificial intelligence, physician, patient, trust, expertise, healthcare digitalization, generative algorithms, AI-verifier.

HEALTHCARE. 2026; 5: 49–58

PATIENT AND ARTIFICIAL INTELLIGENCE: SHIFTS IN TRUST AND QUESTIONS OF EXPERTISE

L. Ilivitskaya, Yu. Kuzovenkova

Цифровизация здравоохранения и распространение искусственного интеллекта (ИИ) существенно меняют современную медицину и медицинские практики. Эти трансформации происходят не только напрямую, например через поддержку клинических решений или обработку медицинских данных. Они осуществляются и опосредованно, а именно через изменение поведения самих пациентов и моделей их взаимодействия с системой здравоохранения. Традиционные роли, которые отводились пациенту и врачу, сегодня перепрививаются с учетом новых реалий.

В литературе по социологии медицины и цифровому здравоохранению описан широкий спектр фигур пациента, связанных с изменением его роли в медицинском взаимодействии: e-patient, internet-informed patient, empowered patient, activated patient, healthcare consumer и др. Несмотря на различия в терминологии, они фиксируют общие тенденции, обусловленные развитием информационных технологий: пациент все реже выступает как пассивный получатель медицинской помощи, он начинает занимать позицию активного участника коммуникации, брать на себя больше ответственности в вопросах своего здоровья, использовать внешние источники информации, цифровые сервисы и инструменты самонаблюдения.

Все эти роли актуализируют общий круг вопросов, связанных с трансформацией доверия, перераспределением ответственности и пересмотром границ врачебного авторитета.

Внедрение же в повседневную практику моделей ИИ переводит эти проблемы на качественно иной уровень. Для пациентов ChatGPT, GigaChat, DeepSeek, Claude, Gemini и их аналоги¹ становятся не только источниками медицинской информации. Они рассматриваются как инструменты, позволяющие интерпретировать симптомы, анализировать врачебные назначения, проверять медицинские рекомендации. В такой ситуации происходит возникновение новых фигур пациента, которые начинают менять модель отношений «врач –

пациент», как порождая новые возможности, так и создавая новые вызовы для обоих участников медицинского взаимодействия.

Цель исследования – выявить и теоретически концептуализировать новую фигуру пациента – ИИ-верификатора, а также проанализировать трансформации практик взаимодействия между врачом и пациентом, связанные с включением генеративных алгоритмических систем в процессы интерпретации и проверки медицинских решений.

Обзор литературы

До появления ИИ главным инструментом трансформации фигуры пациента и ее роли в медицинской коммуникации были традиционные медиа и интернет. Телевидение, печатная пресса, популярные медицинские журналы первыми расширили доступ к медицинской информации, выведя ее за пределы профессионального сообщества и сделав частью повседневного опыта. Пациент в этих условиях переставал быть пассивным получателем врачебных предписаний, а становился информированным участником медицинского взаимодействия. Как отмечал D. Mechanic, «пациенты стали более образованными, а средства массовой информации предоставляют обилие медицинской информации как о новых методах лечения, так и об ошибках врачей и больниц» [1].

Расширение доступа к медицинской информации имело неоднозначные последствия. С одной стороны, оно способствовало росту грамотности населения в вопросах здоровья и формированию более активной позиции пациента. С другой стороны, порождало сомнения в компетентности и мотивах медицинских работников, подрывая то доверие, которое традиционно служило основой врачебного авторитета [2].

Вместе с тем возможности традиционных СМИ оставались ограниченными. Распространяемая информация носила преимущественно общий характер, не предполагала обратной связи и была доступна аудитории лишь в том объеме и интерпретации, которые задавались

¹Здесь и далее речь идет о генеративном ИИ и более конкретно о языковых моделях (LLM).

редакционной политикой. Именно эти ограничения во многом предопределили последующее усиление роли интернета как более гибкой и интерактивной среды медицинской коммуникации и обусловило его особую роль в дальнейшей трансформации позиции пациента.

С появлением интернета изменения во взаимоотношениях врача и пациента не просто продолжились, но приобрели качественно иные масштаб и интенсивность. Уже в исследованиях конца 1990-х – начала 2000-х гг. отмечалось, что пациенты активно используют онлайн-ресурсы для поиска сведений о симптомах, диагнозах, лекарствах, побочных эффектах и возможных вариантах лечения [3; 4]. На сегодняшний день обращение к интернету встроено в различные алгоритмы поведения пациентов: он используется как инструмент самодиагностики, подготовки к консультации и последующей оценке врачебных назначений [5].

Кроме того, цифровая среда превратилась в пространство общения и взаимной поддержки. На различных форумах, в тематических сообществах пользователи делились опытом болезни, обсуждали терапию и получали эмоциональную поддержку от тех, кто сталкивался с похожими состояниями [6; 7]. Тем самым интернет не только расширял доступ к информации, но и формировал новые модели коллективной интерпретации медицинского опыта.

Описанные трансформации нашли свое концептуальное оформление в фигуре e-patient [8–11]. Это понятие в начале 2000-х гг. предложил американский врач и пациент-активист Т. Фергюсон. Под e-patient подразумевался субъект, который активно ищет информацию, изучает собственное заболевание, принимает решения по вопросам своего здоровья, использует онлайн-ресурсы, создает сообщества пациентов и включается в иные реальные и виртуальные группы и коммуникации. Приставка *e-* при этом отсылает не только к электронным ресурсам, но и к более широкому набору характеристик такого пациента: *equipped, enabled, empowered, engaged*, то есть оснащенный информацией, наделенный возможностями, активный и вовлеченный. Фергюсон предложил типологию пациентов, отражающую различную степень выраженности

этих характеристик. Он выделил четыре типа пациентов:

- 1) зависящие от доктора и неинформированные;
- 2) зависящие от доктора, но информированные;
- 3) вовлеченные («младший медицинский партнер»);
- 4) контролируемые (автономные) [8].

Фигуру e-patient Т. Фергюсон напрямую связывал со сменой моделей общения врача и пациента. Он отмечал, что на протяжении большей части XX в. господствовала патерналистская модель, и призывал врачебное сообщество к ее переосмыслению. Утверждал, что для современного пациента актуальна та модель общения, которая представляет ему больше свободы, иначе врач может быть оценен как абьюзер. Пациент должен восприниматься как «ответственный взрослый, который способен собирать и накапливать информацию, приобретать новые умения по оказанию себе медицинской помощи» [8].

В исследованиях российских авторов описывается весьма противоречивая ситуация в отношении субъектности пациента. Так, в одних работах фиксируется возрастающий запрос пациентов на большую автономию во взаимоотношениях с врачом, отмечается, что «современные пациенты не готовы полностью подчиняться авторитету врача» [12]. В других исследованиях отмечается, что на практике ответственная и активная позиция реализуется лишь небольшой частью пациентов [13]. Тем самым декларируемая готовность к партнерской модели не всегда сопровождается соответствующими действиями.

Что касается врачебного сообщества, то, по данным исследований, отношение к патерналистской модели общения определяется прежде всего возрастом и опытом работы. Врачи с опытом работы в советское время «тяготеют, скорее, к патерналистским отношениям, акцентируя внимание на том, что не все пациенты готовы осознать свою ответственность за лечение» [14]. Представители же молодого поколения убеждены, что «разделение ответственности с пациентом по поводу его болезни способствует улучшению лечения и защите

доктора от необоснованных претензий со стороны пациентов» [14].

Фигура e-patient является не единственной объяснительной моделью, описывающей изменяющую роль пациента под влиянием информационных технологий. Так, А. Брум предложил для обозначения пациента, использующего интернет в качестве источника медицинской информации, понятие *internet-informed patient* [15]. В отличие от широкой концепции e-patient, данное определение фиксирует более узкий функционал. Оно делает акцент именно на источнике информированности. Вместе с тем в части активности и ответственности *internet-informed patient* во многом схож с e-patient. Особый смысловой акцент А. Брум делает на том, как подобная информированность меняет распределение ответственности. Он отмечает, что активная позиция пациента не только усиливает его субъектность, но и ограничивает возможность возложения вины на врача в случае неудовлетворенности результатами лечения. А. Брум отмечает, что активная позиция выгодна пациенту, так как обеспечивает ему большую безопасность в отношении вопросов здоровья по сравнению с пассивной.

Еще одна фигура пациента связана с работами Дж. Хиббарда и представлена понятием *activated patient* (активированный пациент) [16]. Его специфика заключается в том, что, в отличие от e-patient, который может рассматриваться как результат «инициативы снизу» – самостоятельной активности пациента, *activated patient* формируется по принципу «инициативы сверху», то есть при целенаправленном участии системы здравоохранения. Хиббард полагает, что система здравоохранения должна взять на себя воспитание такого вида пациента, так как активные и информированные пациенты, управляющие состоянием своего здоровья, позволят снизить затраты на медицинскую помощь и повысить ее качество. Близкой по смыслу является фигура *empowered patient* (наделенный полномочиями пациент), предложенная рядом других исследователей [17; 18].

Вместе с тем следует отметить, что сама возможность регулирования становления субъект-

ности пациента со стороны медицинских специалистов или системы здравоохранения рядом исследователей оценивается как весьма ограниченная. На это указывает еще одна фигура пациента – сетевой индивидуалист [19], для которого единственным окончательным источником принятия решения оказывается он сам. Как отмечает Е. Богомякова, «никакой ресурс не является единственным, а в конечном счете пациент полностью не доверяет никому, кроме самого себя. Именно он оказывается главным субъектом принятия медицинских решений и точкой сборки, ядром Сети, испытывая необходимость постоянно сопоставлять и сравнивать различные сведения» [19]. Эта фигура формируется в условиях множественности качественно разнообразных источников информации о здоровье: «Опыт пациента реализуется в режиме гибридной, или онлайф (*onlife*), реальности, представляя собой причудливую комбинацию личных ощущений (физиологических, психологических и др.), данных, поставляемых девайсами (выраженных в виде цифр, графиков и диаграмм), информации, получаемой из интернет-источников и рекомендаций медицинских профессионалов» [19].

Можно предположить, что появление еще одного источника информации – ИИ – будет способствовать дальнейшей «атомизации» пациента, еще больше ослабляя его связь с врачом.

Представленное исследование направлено на изучение врачебного опыта взаимодействия с пациентами, обращающимися к ИИ по вопросам своего здоровья. Рассмотрим, как под влиянием новых технологий может модифицироваться фигура пациента и как эти технологии могут повлиять на отношения врача и пациента.

Материал и методы

Эмпирическую базу составили 18 глубинных полуструктурированных интервью с врачами. Отбор респондентов осуществлялся методом целевой выборки для обеспечения максимальной вариативности врачебного опыта взаимодействия с пациентами. Стаж работы: до 5 лет ($n = 8$), 6–15 лет ($n = 7$), свыше

15 лет ($n = 3$). Представлены такие медицинские специальности, как терапевт ($n = 5$), акушер-гинеколог ($n = 2$), кардиолог ($n = 2$), невролог ($n = 2$), оториноларинголог ($n = 2$), педиатр ($n = 2$), уролог ($n = 1$), эндокринолог ($n = 1$), гематолог ($n = 1$). Преобладание терапевтов обусловлено распространенностью специальности и широтой пациентского контакта. Критерии включения: практикующий врач с опытом работы не менее 6 мес., добровольное согласие на участие. Длительность интервью – 35–60 мин. Все интервью дословно транскрибированы.

Обработка данных осуществлялась в логике качественного тематического анализа. Кодирование индуктивное, состоящее из двух этапов. На первом этапе проводилось открытое кодирование высказываний, направленное на выделение повторяющихся смысловых единиц (например, «второе мнение», «интернет как источник истины», «проверка врача», «обращение к ИИ»). На втором этапе коды были сгруппированы в более широкие аналитические категории, что дало возможность выделить две темы: «современный контекст медицинской практики» и «ситуации обращения пациентов к ИИ». В ходе сравнительного анализа интервью была реконструирована типологическая фигура ИИ-верификатора как обобщенная модель пациентского поведения, описываемая врачами.

Обработка полученных таким образом данных осуществлялась в русле интерпретативной социологии и социологии медицины с опорой на описанные в научных исследованиях принципы работы генеративных алгоритмических систем и исследования по специфике восприятия потребителями результатов деятельности этих технологий. Таким образом, методологическая рамка исследования сочетает качественные методы сбора данных и теоретически ориентированную аналитическую реконструкцию социальных изменений в медицинской коммуникации.

Результаты и обсуждение

Наши эмпирические данные позволяют зафиксировать зарождение принципиально нового типа пациента, которого условно

можно обозначить как ИИ-верификатор. Судя по логике упоминаний в интервью, опрошенные врачи вписывают его в более широкий контекст кризиса экспертности. Этот тип пациента возникает в тех фрагментах рассуждений, где врачи говорят о том, что пациенты все чаще прибегают к внешней оценке врача и его рекомендаций. Один из информантов так описывает логику пациентов: *«Пойду еще кого-нибудь посмотрю. Второе мнение – это тоже всегда хорошо»* (врач-терапевт, стаж работы в медицине – 8 лет). В качестве источников такой проверки упоминаются практика «второго мнения», интернет-сайты и блоги, отзывы и рейтинги. Например: *«Если раньше приходили пациенты и врач для них был условно истиной в последней инстанции, и всему, что сказал врач, доверяли, то сейчас пациенты приходят уже условно подготовленные. Они прочитали в интернете. Не важно, кто там написал и какой уровень эксперта или публикации был, но они уже что-то знают»* (врач-эндокринолог, стаж работы в медицине – 35 лет): Или: *«...Тут просто зависит от отзывов, если он ранее ознакомился, как доктор по отзывам...»* (врач-кардиолог, стаж работы в медицине – 5 лет).

Информанты отмечают, что фиксируют смену типа доверенного источника: от межличностного общения пациенты переходят в цифровое пространство, которое ассоциируется у них с актуальной и достоверной информацией. *«Сейчас пациенты все очень умные, они все читают интернет, и примеры дяди Васи и тети Маши совершенно не нужны. Потому что они основаны на опыте, а опыт – это для пациента что-то давнее, что-то не свежее, не актуализированное, не напечатанное на PubMed, в российском медицинском журнале, значит, это все неправда, неинтересно»* (врач-терапевт, стаж работы в медицине – 8 лет). Примечательно, что перепроверка врача материалами из интернета может продолжиться перепроверкой этих материалов обращением к другому врачу. *«...Активно их используют и частую обращаются в тот же самый сервис <...> за получением второго мнения после очного приема. То есть они проконсультировались с очным врачом, где-то*

в интернете прочитали, что это действительно какая-то не очень доказанная схема, например, и вот они обращаются за телемедицинской консультацией...» (врач-терапевт, стаж работы в медицине – 3,5 года).

Именно на фоне рассуждений о недоверии врача пациенту возникает новая фигура пациента, которой мы обозначили как ИИ-верификатор. Один из информантов описывает эту фигуру так: *«Последний раз был еще потрясающий случай. Ко мне пришел пациент, который у меня обследуется, с результатами ИИ-академии, сказал: “Я все, что вы сказали, пропустил через ИИ”»* (врач-эндокринолог, стаж работы в медицине – 35 лет). Мотив использования пациентами ИИ как инструмента проверки врача повторяется в другом высказывании: *«Да, один раз было. Пациент сказал, что все, что я назначил, он проверил через ИИ»* (врач-терапевт, стаж работы в медицине – 4 года).

Сразу оговоримся, что подобные случаи фиксируются врачами крайне редко. Здесь важно отметить несколько моментов. Во-первых, речь идет именно о зафиксированных врачами эпизодах. Насколько широко пациенты в действительности прибегают к возможностям ИИ, требует отдельного исследования с их участием. Во-вторых, редкость подобных случаев порождает фактическое отсутствие профессиональной рефлексии по этому поводу. Для врачей ИИ оказывается еще одним источником проверки, мало отличающимся от уже привычных. *«Ну, такое же, что мне не доверяют... Кажется, человек имеет право на второе мнение»* (врач-эндокринолог, стаж работы в медицине – 35 лет).

Ситуация, связанная с обращением к ИИ в вопросах здоровья, представленная самими пациентами, безусловно, имеет свою специфику и наделена дополнительными смыслами в сравнении с той картиной, которую позволяет воссоздать изучение опыта врача. Тем не менее в данном случае нас интересует именно позиция врачей, которые не видят принципиальных отличий между обращением к ИИ и обращением к другим источникам проверки, что может приводить к недооценке возможных последствий и рисков, связанных с появлением новой инстанции верификации.

Результаты нашего исследования подтверждают полученные ранее данные о том, что цифровая среда ассоциируется пациентами с более актуальной и доверительной информацией [19], а стратегии верификации медицинской информации могут представлять разные комбинации обращений к врачам и цифровой информационной среде [5].

Кроме того, собранные материалы позволяют предположить, что большинство врачей не склонны рассматривать обращение пациента к ИИ как качественно новое явление. В их высказываниях оно чаще помещается в уже знакомую рамку, наряду со «вторым мнением», с поиском информации в интернете или чтением форумов. Различие между этими практиками еще не артикулировано. Возможно, это связано с тем, что случаи ИИ-верификации единичны и их системные последствия остаются вне фокуса внимания врачей.

Если перейти с позиции практикующего врача на позицию исследователя, то можно дать следующее описание фигуры ИИ-верификатора и тех изменений в медицинской коммуникации, которые она вызывает. На первый взгляд фигура ИИ-верификатора может быть интерпретирована как продолжение логики e-patient, empowered patient, сетевой индивидуалист, то есть как очередной этап расширения пациентской субъектности пациента. Однако подобная трактовка упускает принципиальный момент – различие между доступом к информации и делегированием ее интерпретации. Выделенные ранее фигуры пациента используют для проверки врача внешние, но разрозненные источники (медицинские статьи, блоги, форумы). И это предполагает их активную позицию. Пациенты сами находят информацию, сопоставляют ее, оценивают и принимают решение о степени доверия. Иными словами, функция интерпретатора останется за ними. В случае ИИ-верификатора можно предположить, что он делегирует функцию оценки и контроля алгоритмической системе, наделяя ее специфическим статусом нейтрального и технологически объективного арбитра. Причем пациент не только получает предварительную информацию до визита, но и после консультации пропускает сказанное

врачом через ИИ. Именно здесь возникает новый социально-этический эффект. Искусственный интеллект становится не только вспомогательным ресурсом, он начинает выступать в качестве самостоятельного медиатора между врачом и пациентом, не просто предоставляет доступ к информации, а предлагает готовый ответ в уверенной и понятной пациенту форме. Искусственный интеллект может объяснить медицинские термины, сопоставить симптомы, выдвигает вероятные диагнозы, предлагает обследования, которые «имеет смысл» делать, формулирует вопросы врачу [20; 21]. У пациента создается впечатление, что он взаимодействует не с информационной системой, а с собеседником, который является экспертом в медицине. Как результат, ИИ наделяется способностью конкурировать с мнением клинического специалиста. И в этой ситуации пациенту остается лишь выбор – доверять врачу или системе. Таким образом, можно предположить, что ИИ-верификатор в гораздо меньшей степени, чем иные фигуры пациента, склонен обращаться к критической функции мышления, рефлексировать над полученными ответами.

Возникает вопрос, с чем связано доверие к ИИ со стороны пациентов. Ряд исследователей подчеркивают, что оно обусловлено восприятием алгоритмов как нейтральных и лишенных интересов [22; 23]. В отличие от врача, блогера или участника онлайн-сообщества, алгоритм воспринимается как лишенный профессиональных интересов и эмоциональной вовлеченности. Именно эта воображаемая нейтральность придает его выводу особую убедительность.

Однако эта нейтральность имеет и оборотную сторону, которая также оказывает существенное влияние на процесс взаимодействия врача и пациента. Искусственный интеллект конструирует свои выводы и рекомендации на основе обучающих текстов, обобщая уже существующие в медицинском знании консенсусы, ограничения и смещения [20]. Для конкретного пациента это означает, что он воспроизводит усредненные рекомендации без учета его индивидуального контекста. Возникает своего рода авторитетная неполнота: ответ звучит исчерпывающе, однако является

таким лишь для типичного случая, а не для данного. И в этой ситуации врач, располагающий клиническим контекстом, оказывается вынужден конкурировать не с более компетентным специалистом, а с системой, говорящей значительно более уверенно.

Нам представляется, что ИИ-верификатор, так же как сетевой индивидуалист, может быть фигурой-одиночкой, выключенной из иных социальных сетей. Ассоциация интернет-пространства с современной и достоверной информацией и способность ИИ дать уверенный, исчерпывающий и авторитетный (в глазах пациента) ответ может, с одной стороны, нивелировать потребность искать информацию в иных источниках, а с другой – повышать уровень недоверия к врачу. Таким образом, ИИ-верификатор может быть потенциально настроен на создание замкнутой квазисоциальной общности, включающей в себя самого пациента и ИИ из его личного аккаунта в нейросети.

Описанные трансформации ставят вопрос о том, какие компетенции становятся для врача актуальными в складывающихся условиях. Представляется, что сегодня для успешной коммуникации врачу важно распознавать тот или иной тип пациента, сформированный современной культурой и развитием информационных технологий, поскольку это во многом определяет модель взаимодействия.

В отношении ИИ-верификатора от врача требуются компетенции, связанные не только с постановкой диагноза, но и со встраиванием в конфигурацию «пациент – ИИ-агент». В ситуации, когда позиция врача системно сопоставляется с выводом, сгенерированным алгоритмом, становится необходимым умение объяснять, почему конкретное решение принято именно таким образом, какие факторы были учтены и почему усредненная рекомендация, предложенная ИИ, неприменима к его случаю. Иными словами, врачу необходимо не просто конкурировать с алгоритмом, но делать прозрачным ход клинического мышления и контекстуальную специфику индивидуального случая.

Чем более убедительным в восприятии пациента оказывается алгоритмический вывод,

тем более значимой становится способность врача объяснить то, что алгоритм принципиально не способен учесть: индивидуальность пациента, клинический контекст, неопределенность и этическое измерение решения. В этом смысле генеративный ИИ не вытесняет врача, но существенно меняет требования к его коммуникативной и эпистемической позициям.

Хотелось бы вынести в дискуссионное поле медицины следующие предложения. Врач, общаясь с пациентом, относящимся к фигуре ИИ-верификатора, должен обладать следующими компетенциями:

- уметь обсуждать информацию, полученную пациентом в беседе с ИИ;
- помогать различать надежные и ненадежные источники, на которые опирался ИИ, составляя ответ;
- разбирать ошибки и ограничения ИИ-ответов;
- объяснять, чем клиническое суждение отличается от вероятностной текстовой генерации;
- строить доверие через аргументацию, а не только через статус.

Такой стиль общения позволит сохранить экспертность врача, переводя ее из патерналистской формы монолога в форму партнерских отношений и информированного согласия.

Полученные данные носят предваритель-

ный характер и отражают прежде всего перспективу врачебного сообщества. Для более точной оценки описываемого явления необходимо обращение к пациентскому опыту: к мотивации обращения к подобным системам, к тому, как пациенты интерпретируют их ответы и в какой мере эти ответы влияют на реальные решения.

Таким образом, тип пациентского поведения, обозначенный нами как ИИ-верификатор, представляет собой не просто новую роль пациента, а индикатор структурного сдвига в медицинской коммуникации. Меняется не только источник знания, но и то, как оно интерпретируется, кому доверяют и кто несет ответственность за исход. В этом смысле вхождение генеративного ИИ в здравоохранение со стороны пациента следует рассматривать как трансформацию социальной архитектуры медицинской практики.

Хотелось бы подчеркнуть важность продолжения подобных исследований со ссылкой на то, что изменения коммуникационных паттернов могут предшествовать институциональным изменениям [24]. В этом смысле фигура ИИ-верификатора может рассматриваться как ранний индикатор трансформации профессиональной роли врача. Однако этот вывод требует дополнительной эмпирической проверки.

Литература

1. The 1. Mechanic, D. Changing medical organization and the erosion of trust / D. Mechanic // *The Milbank Quarterly*. – 1996. – Vol. 74, № 2. – P. 171–189.
2. Каткова, А. В. Историческая динамика социально-ролевых особенностей взаимодействия врача и пациента / А. В. Каткова, Е. А. Андриянова, В. Ю. Ульянов // *Саратовский научно-медицинский журнал*. – 2018. – Т. 14, № 3. – С. 549–552.
3. Hardey, M. Doctor in the house: the internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise / M. Hardey // *Sociology of Health & Illness*. – 1999. – Vol. 21, № 6. – doi: 10.1111/1467-9566.00185.
4. Powell, J. Internet information-seeking in mental health: population survey / J. Powell, A. Clarke // *The British Journal of Psychiatry*. – 2006. – № 189. – P. 273–277. – doi: 10.1192/bjp.bp.105.017319.
5. Полинская, Г. А. Выявление моделей и трендов поведения пациентов при использовании электронных приложений и Интернет-ресурсов для самодиагностики / Г. А. Полинская, М. Г. Месропян // *Бизнес-информатика*. – 2018. – № 1. – С. 28–38.
6. Fox, N. J. The 'expert patient': empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet / N. J. Fox, K. J. Ward, A. J. O'Rourke // *Social Science & Medicine*. – 2005. – Vol. 60, № 6. – P. 1299–1309.
7. Миськова, Е. В. Сообщество пациентов в современной России: телесность и идентичность / Е. В. Миськова // *Этнографическое обозрение*. – 2015. – № 6. – С. 101–115.
8. Ferguson, T. E-patients: how they can help us heal healthcare / T. Ferguson ; e-Patients Scholars Working Group. – 2007. – 104 p.
9. Eysenbach, G. Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness / G. Eysenbach // *Journal of Medical Internet Research*. – 2008. – Vol. 10, № 3. – doi: 10.2196/jmir.1030.

10. White, R. W. Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search / R. W. White, E. Horvitz // *ACM Transactions on Information Systems (TOIS)*. – 2009. – Vol. 27, № 4. – doi: 10.1145/1629096.1629101.
11. Fox, S. The social life of health information : Pew Research Center's Internet & American Life Project / S. Fox. – 2011. – URL: https://www.pewresearch.org/internet/wp-content/uploads/sites/9/media/Files/Reports/2011/PIP_Social_Life_of_Health_Info.pdf (date of access: 07.04.2026).
12. Бузин, В. Н. Взаимоотношения врача и пациента в информационном обществе / В. Н. Бузин, Т. С. Бузина // *Профилактическая медицина*. – 2020. – Т. 23, № 5. – С. 111–116.
13. Белоусова, Н. Использование интернета пациентами с хроническими заболеваниями г. Самара : эмпирический анализ / Н. Белоусова // *Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований*. – 2019. – Т. 2, № 134. – С. 40–43.
14. Чирикова, А. Е. Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: векторы изменений / А. Е. Чирикова, С. В. Шишкин // *Мир России*. – 2014. – № 2. – С. 154–182.
15. Broom, A. Medical specialists' accounts of the impact of the internet on the doctor/patient relationship / A. Broom // *Health (London)*. – 2005. – Vol. 9, № 3. – P. 319–338.
16. Development of the patient activation measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers / J. H. Hibbard, J. Stockard, E. R. Mahoney, M. Tusler // *Health Services Research*. – 2004. – Vol. 39. – doi: 10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x.
17. Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education / M. M. Funnell, R. M. Anderson, M. S. Arnold [et al.] // *The Diabetes Educator*. – 1991. – Vol. 17, № 1. – P. 37–41.
18. Patient empowerment and engagement with a health infomediary / J. Khuntia, D. Yimb, M. Tanniru [et al.] // *Health Policy and Technology*. – 2017. – Vol. 6, № 1. – P. 40–50.
19. Богомякова, Е. «Доверяй, но проверяй»: практики заботы о здоровье в условиях цифровизации здравоохранения / Е. Богомякова // *Журнал исследований социальной политики*. – 2022. – Т. 20, № 2. – С. 263–278. – doi:10.17323/727-0634-2022-20-2-263-278.
20. Topol, E. Deep medicine: how artificial intelligence can make healthcare human again / E. Topol. – New York : Basic Books, 2019. – 400 p.
21. Blease, C. Patients are disclosing sensitive information to AI tools – clinicians must adapt / *British Medical Journal*. – 2026. – Vol. 392. – P. 124. – doi: 10.1136/bmj.s124.
22. Gillespie, T. The relevance of algorithms / T. Gillespie ; Media technologies ; ed.: T. Gillespie, P. J. Boczkowski, K. A. Foot. – Cambridge, Massachusetts : MIT Press, 2024. – doi:10.7551/mitpress/9780262525374.003.0009.
23. Pasquale, F. The black box society: the secret algorithms that control money and information / F. Pasquale. – Cambridge, MA : Harvard University Press, 2015. – 260 p.
24. Artificial intelligence and the future of primary care: exploratory qualitative study of UK general practitioners' views / C. Blease, T. J. Kaptschuk, M. H. Bernstein [et al.] // *Journal of Medical Internet Research*. – 2019. – Vol. 21, № 3. – doi: 10.2196/12802.

References

1. Mechanic D. Changing medical organization and the erosion of trust. *Milbank Q.* 1996; 74(2): 171–189.
2. Katkova A.V., Andriyanova E.A., Ul'yanov V.Yu. Historical dynamics of social and role interaction between a doctor and a patient. *Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal*. 2018; 14(3): 549–552. (in Russian)
3. Hardey M. Doctor in the house: the internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise. *Sociol Health Illn.* 1999; 21(6). doi: 10.1111/1467-9566.00185.
4. Powell J., Clarke A. Internet information-seeking in mental health. *Br J Psychiatry*. 2006; 189(3): 273–277.
5. Polynskaya G.A., Mesropyan M.G. Detection of patterns and trends in patient behavior while using electronic applications and Internet resources for self-diagnosis. *Biznes-informatika*. 2018; 1(43): 28–38. (in Russian)
6. Fox N.J., Ward K.J., O'Rourke A.J. The 'expert patient': empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet. *Soc Sci Med*. 2005; 60(6): 1299–1309.
7. Mis'kova E.V. The community of patients in contemporary Russia: body and identity. *Etnograficheskoe obozrenie*. 2015; 6: 101–115. (in Russian)
8. Ferguson T., E-patients scholars working group. E-patients: how they can help us heal healthcare. 2007. 104.
9. Eysenbach G. Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness. *J Med Internet Res*. 2008; 10(3). doi: 10.2196/jmir.1030.
10. White R.W., Horvitz E. Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search. *TOIS*. 2009; 27(4). doi: 10.1145/1629096.1629101.
11. Fox S. The social life of health information; 2011. Available at: https://www.pewresearch.org/internet/wp-content/uploads/sites/9/media/Files/Reports/2011/PIP_Social_Life_of_Health_Info.pdf (accessed: 07.04.2026).
12. Buzin V.N., Buzina T.S. The relationship between doctor and patient in the information society. *Profilakticheskaya medicina*. 2020; 23(5): 111–116. (in Russian)
13. Belousova N. The use of the internet by patients with chronic diseases in Samara: an empirical analysis. *Teleskop*. 2019; 2(134): 40–43. (in Russian)
14. Chirikova A.E., Shishkin S.V. Interaction between doctors and patients in Russia: vectors of change. *Mir Rossii*. 2014; 2: 154–182. (in Russian)
15. Broom A. Medical specialists' accounts of the impact of the internet on the doctor/patient relationship. *Health*. 2005; 9(3): 319–338.
16. Hibbard J.H., Stockard J., Mahoney E.R., Tusler M. Development of the patient activation measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *HSR*. 2004; 39. doi: 10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x.

17. Funnell M.M., Anderson R.M., Arnold M.S., et al. Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. *Diabetes Educ.* 1991; 17(1): 37–41.
18. Khuntia J., Yimb D., Tanniru M., Lim S. Patient empowerment and engagement with a health infomediary. *HPT.* 2017; 6(1): 40–50.
19. Bogomyagkova E. "Trust but verify": health care practices in the context of digitalization. *Zhurnal issledovaniy social'noj politiki.* 2022; 20(2): 263–278. doi: 10.17323/727-0634-2022-20-2-263-278. (in Russian)
20. Topol E. *Deep medicine: how artificial intelligence can make healthcare human again.* New York: Basic Books; 2019. 400.
21. Blease C. Patients are disclosing sensitive information to AI tools – clinicians must adapt. *BMJ.* 2026; 392: 124. doi: 10.1136/bmj.s124.
22. Gillespie T. *The relevance of algorithms.* Cambridge, MA: MIT Press; 2024. doi:10.7551/mitpress/9780262525374.003.0009.
23. Pasquale F. *The black box society: the secret algorithms that control money and information.* Cambridge, MA: Harvard University Press; 2015. 260.
24. Blease C., Kaptchuk T.J., Bernstein M.H., et al. Artificial intelligence and the future of primary care: exploratory qualitative study of UK general practitioners' views. *J Med Int Res.* 2019; 21(3). doi: 10.2196/12802.

Контактная информация:

Кузовенкова Юлия Александровна – доцент кафедры философии и биоэтики
Самарский государственный медицинский университет
Ул. Чапаевская, 89, 443099, г. Самара
Сл. тел. +8 846 374-10-04, доб. 4334
ORCID: 0000-0002-0085-6103

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования: Ю. А. К., Л. Г. И.
Сбор информации и обработка материала: Ю. А. К., Л. Г. И.
Написание текста: Ю. А. К., Л. Г. И.
Редактирование: Ю. А. К., Л. Г. И.
Иливицкая Лариса Геннадьевна. ORCID: 0000-0003-3339-9946
Конфликт интересов отсутствует

Поступила 05.05.2026
Принята к печати 26.05.2026