

Обзорная статья / Review paper

<https://doi.org/10.47370/2078-1024-2025-17-3-162-175>
УДК 614.253:608.1



Роль биоэтики в ценностной системе организаций здравоохранения: социокультурный анализ

Е.А. Смирнова

*Череповецкий государственный университет, г. Череповец, Российская Федерация
Smirnova56@yandex.ru*

Аннотация. Введение. Ориентация на индивидуальные ценности пациента оказывает благоприятное воздействие на всех участников лечебного процесса. В такой ситуации приверженность индивида лечению максимальна. С другой стороны, учет системой здравоохранения соотношения результатов лечения к издержкам их обеспечения позволит оптимизировать затраты, а конкуренция между медицинскими организациями позволит повысить качество медицинского обслуживания. В связи с тем, что взаимоотношения всех субъектов, вовлеченных в ЦОЗ, основаны на различных принципах, неизбежно возникают конфликты. Каждый из них имеет индивидуальные особенности и ценностные ориентиры. Поэтому наука «биоэтика» призвана осуществлять этическое регулирование.

Материалы и методы. Материалами для исследования послужили нормативные документы государственного и международного уровня, материалами являются научные труды современных исследователей в сфере биоэтики. Основным методологическим подходом стал метод социокультурного анализа посредством анализа документов.

Результаты исследования. Изучение влияния принципов биоэтики на ценностные основы медицинских услуг.

Обсуждение и заключение. Импликации биоэтики в ценностные основы медицинских услуг системы ЦОЗ являются фундаментальными. Биоэтика ставит во главу угла человеческое достоинство, уважение к личности и стремление к благополучию каждого пациента. Интеграция биоэтических принципов в повседневную практику медицинских учреждений, обучение персонала и создание соответствующей этической культуры являются залогом успешного функционирования и развития ЦОЗ, обеспечивая предоставление по-настоящему пациентоориентированной и этически безупречной медицинской помощи. Основное влияние принципов биоэтики в ценностные основы медицинских услуг заключается в: усилении принципов автономии пациента, реализации принципа благодеяния и непричинения вреда, укреплении принципов справедливости, развитии этических компетенций медицинских работников, влиянии на разработку и внедрение медицинских технологий, укреплении доверия между пациентом и системой здравоохранения.

Ключевые слова: ценности, ценностно ориентированное здравоохранение, биоэтика, пациент, врач, качество жизни

Для цитирования: Смирнова Е.А. Роль биоэтики в ценностной системе организаций здравоохранения: социокультурный анализ. *Вестник Майкопского государственного технологического университета*. 2025; 17 (3): 162–175. <https://doi.org/10.47370/2078-1024-2025-17-3-162-175>

© Смирнова Е.А., 2025

The role of bioethics in the value system of healthcare organizations: socio-cultural analysis

E.A. Smirnova

*Cherepovets State University, Cherepovets, the Russian Federation
Smirnova56@yandex.ru*

Abstract. Introduction. Focusing on a patient's individual values has a beneficial effect on all participants of the treatment process. In such a situation the individual's commitment to treatment is maximal. On the other hand, taking into account the ratio of treatment results to the costs of their provision by the health care system will optimize costs, and competition between medical organizations will improve the quality of medical care. Due to the fact that the relationships of all subjects involved in the CHC are based on different principles, conflicts inevitably arise. Each of them has individual characteristics and value guidelines. Therefore, the science of bioethics is called upon to carry out ethical regulation.

The materials and methods. Regulatory documents of the state and international level, the materials are scientific works of modern researchers in the field of bioethics have been used. The method of socio-cultural analysis through document analysis has been chosen as a main methodological approach.

The results. Study of the influence of bioethics principles on the value bases of medical services.

Discussion and conclusion. The implications of bioethics in the value bases of medical services of the CHO system are fundamental. Bioethics prioritizes human dignity, respect for the individual and the desire for the well-being of each patient. The integration of bioethical principles into the daily practice of medical institutions, personnel training and the creation of an appropriate ethical culture are the key to the successful functioning and development of the CHO, ensuring the provision of truly patient-oriented and ethically impeccable medical care. The main influence of bioethical principles on the value bases of medical services is strengthening the principles of a patient's autonomy, implementing the principle of beneficence and non-harm, strengthening the principles of justice, developing the ethical competencies of health workers, influencing the development and implementation of medical technologies, strengthening trust between the patient and the health care system.

Keywords: values, value-oriented healthcare, bioethics, patient, doctor, life quality

For citation: Smirnova E.A. The role of bioethics in the value system of healthcare organizations: socio-cultural analysis. *Vestnik Majkopskogo gosudarstvennogo tehnologičeskogo universiteta*. 2025; 17 (3): 162–175. <https://doi.org/10.47370/2078-1024-2025-17-3-162-175>

Введение. На сегодняшний день в существующей традиционной модели оказания медицинских услуг населению отсутствуют критерии оценки их эффективности, основанные на ценностях потребителей, такие как качество жизни, соотношение ожидаемых и полученных результатов. В системе здравоохранения отмечаются неэффективное распределение финансовых средств и низкая удовлетворенность населения качеством оказываемых медицинских услуг. Это обусловило переход российской системы здравоохранения к ценностно ориентированному подходу, когда ключевым пара-

метром становится взаимосвязь оплаты и исхода заболевания с ориентацией на ценности. Заинтересованными сторонами ценностного подхода становятся все вовлеченные субъекты, принимающие на себя ответственность за улучшение результатов лечения пациентов по сравнению с их стоимостью [1,2], как на макроуровне (государство), так и на микроуровне (медицинская организация, врач, потребитель медицинских услуг). В связи с тем, что взаимоотношения всех субъектов, вовлеченных в ценностно ориентированное здравоохранение (ЦОЗ), основаны на различных принципах, неизбежно воз-

никают расхождения и даже конфликты. Каждый из них подчиняется собственной системе, затрагивающей разные аспекты личности, индивидуальные особенности и ценностные ориентиры. Персональная система ценностей каждого из них может быть смещена на моральные установки, либо на экономическую составляющую.

В качестве единой цели здравоохранения определяется создание пользы для пациента и ориентацию на его ценности, а также повышение жизнеспособности общества. Если рассматривать экономическую составляющую, то система здравоохранения, основанная на принципах ЦОЗ, предполагает оплату медицинской услуги за достигнутый результат, который выражается либо в выздоровлении, либо в стойкой ремиссии заболевания. Например, М. Porter предложил формулу ценности в здравоохранении: «ценность = достигнутые результаты – потраченные деньги» [3, с. 248]. J. Gray предлагает схожее по смыслу определение ценности в здравоохранении: «ценность – разница между пользой и вредом, причиняемым услугой, с учетом количества вложенных ресурсов» [4, с. 480]. Если учреждение здравоохранения не способно обеспечить должного качества лечебно-профилактической помощи, то оно не сможет рассчитывать на полное возмещение затрат по оказанным услугам. Такая модель способствует конкуренции между медицинскими организациями.

Эксперты в области ЦОЗ считают, что интересы и ценности потребителя медицинских услуг являются первостепенными: «ценность создается через определение состояния здоровья пациента и изучение результатов и затрат на достижение этих результатов в течение всего цикла лечения болезни» [5, с. 234]. Отправной точкой создания ценности является измерение результатов. В качестве инструмента измерения выделяют три основных индикатора [6,7]: 1) клинические показатели исхода, сообщаемые врачами. – показатели, используемые для оценки

влияния медицинских вмешательств на состояние здоровья.

2) показатели результатов, связанные с состоянием пациента и сообщаемые им самим, – субъективные ощущения пациента (качество жизни, боль, физическое функционирование и психологическое благополучие).

3) показатели результатов «опыта» пациента – субъективное мнение потребителя медицинских услуг, не связанное со здоровьем. Изучается мнение о самом процессе (удовлетворенность потребителя качеством предоставления медицинских услуг, соответствие ожидаемой и фактически предоставленной медицинской услуги, уровнем комфорта в медицинском учреждении, качеством коммуникаций с медицинским персоналом). Ю.А. Зуенкова [7], детализировав индикатор «показатели опыта пациента», выделяет такие показатели, как оценка качества жизни и оказания медицинских услуг и совместное принятие решений о лечении.

Одной из центральных ценностей признается качество жизни, рассматриваемое как результат оказания медицинских услуг. В.И. Петров и Н.Н. Седова определяют качество жизни как соответствие психосоматического состояния человека его социальному положению [8]. Это определение созвучно с трактовкой здоровья, предложенной ВОЗ: «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [9]. Такое понимание здоровья позволяет человеку вести жизнь, имеющую для него наибольшую ценность. Таким образом, высшей ценностью, как для отдельного человека, так и для всех участников системы ценностно-ориентированного здравоохранения, становится фундаментальная ценность человеческой жизни и здоровья.

Ценности, интегрированные в систему социального регулирования, играют ключевую роль в упорядочивании человеческого поведения и служат фундаментом

для формирования социальных норм. Однако попытка установить единую «норму здоровья» несет в себе риск унификации представлений о благополучии и, как следствие, усиления государственного контроля. В таком сценарии государственная власть может распространиться на профессиональную деятельность врачей, низводя их до роли исполнителей, а пациентов – до положения зависимых и нуждающихся в помощи индивидов [10]. В свете этих тенденций уместно обратиться к концепции медиализации Мишеля Фуко [11]. Он описывает, как государство использует свою власть для стандартизации здоровья, преследуя собственные интересы. Показательным примером может служить отношение к репродуктивной функции женщины, рассматриваемой как важный ресурс для поддержания численности трудоспособного населения. Параллельно с этим технический прогресс, направленный на поддержание здоровья и жизни человека (включая эксперименты на людях, достижения в геномной инженерии, разработку искусственного интеллекта, выращивание искусственных органов и тканей, создание новых лекарственных средств), приобретает первостепенное значение. В результате культура, нравственность, а также сама ценность жизни и здоровья могут утратить свою абсолютную значимость [12]. Возникает возможность не лечить человека, а конструировать и реконструировать его биологический организм [13]. Поэтому научные достижения требуют моральных критериев и этических оценок. Наука «биоэтика» призвана осуществлять этическое регулирование, принимая ответственность за последствия внедрения новых технологий в практику. **Актуальность** изучения влияния принципов биоэтики на ценностные основы медицинских услуг, ставшая **целью** настоящего исследования, не вызывает сомнения.

Объект исследования: ценностная система организации здравоохранения.

Предмет исследования: роль биоэтики в

ценностной системе организаций здравоохранения.

Обзор литературы и обсуждение.

Впервые в медицинском контексте о науке «биоэтика» заговорил онколог и биохимик Ван Рансселер Поттер в 1971 году. Он связал ее появление со стремительным научным прогрессом и, как следствие, с недостаточным вниманием к этическим ценностям. Поттер определял биоэтику как науку, «объединяющую биологию и этику для решения проблемы выживания человека как биологического вида при обеспечении достойного качества жизни» [14].

Важную роль в формировании новых моральных ориентиров в биоэтике, особенно в контексте медицинских исследований, сыграли судебные процессы над нацистскими врачами (1946–1947) и Хабаровский процесс (1949) над японскими военными преступниками. Хабаровский процесс выявил факты разработки биологического оружия и бесчеловечных экспериментов над людьми во время Второй мировой войны, которые по своей жестокости превзошли опыты нацистов. Нюрнбергский процесс, в свою очередь, обнажил множество преступных экспериментов над узниками концлагерей, включая намеренное заражение инфекциями и испытание новых лекарств и методов лечения. Эти события привели к разработке Нюрнбергского кодекса (1947) – документа, сформулировавшего основополагающие этические принципы проведения медицинских исследований на человеке. В нем были определены допустимые рамки проведения медицинских экспериментов: добровольное и осознанное согласие; общественная польза и уникальность; обоснованность на предыдущих данных; минимизация страданий; предотвращение смерти и инвалидности; соразмерность риска и значимости; максимальная защита испытуемого; квалификация исследователей; право на отказ; ответственность исследователя.

Принятие Генеральной Ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации Женевской декларации в 1948 году стало прямым следствием Нюрнбергского процесса. Этот документ призван отразить приверженность врачей гуманистическим принципам, что приобрело особую значимость в свете зверств, совершенных в Европе под властью нацистов. По сути, Женевская декларация представляет собой переосмысление Клятвы Гиппократова, стремясь сформулировать ее моральные установки в понятной и актуальной для современности форме. Стоит отметить, что для обозначения этого документа Всемирная медицинская ассоциация предпочитает использовать термин «присяга» вместо термина «клятва». С течением времени Женевская декларация редактировалась. Если до 1994 года врач присягал «с величайшим уважением относиться к человеческой жизни, с момента ее зарождения», то сегодня в профессиональную практику вводятся новые аспекты. Теперь такие факторы, как возраст, инвалидность, пол и сексуальная ориентация, не должны влиять на выполнение врачом своего профессионального долга. Здоровье пациента стало более приоритетным фактором для врача, чем просто «здоровье и жизнь», как это было сформулировано в 1948 году. Среди других важных нововведений – признание ценности соблюдения прав пациентов, важность обмена знаниями как внутри профессионального сообщества, так и за его пределами, а также право и обязанность врачей заботиться о собственном здоровье и сохранять свои профессиональные способности на благо общества.

Впоследствии, по итогам Нюрнбергского трибунала, была разработана Хельсинкская декларация. Этот основополагающий документ в области этики исследований на человеке, состоящий из 37 пунктов, является морально обязательным для врачей, но не имеет юридической силы. Его ключевые принципы включают уважение к личности, право на самостоя-

тельное и осознанное принятие решений, а также приоритет благополучия участника исследования над интересами науки и общества. После принятия Хельсинкской декларации в 1964 году по 2024 г. она пересматривалась восемь раз. В 2000 году документ претерпел самые спорные и масштабные изменения. Если 25 лет назад права испытуемого были превыше интересов науки и общества, то сейчас говорится о «неизбежном противоречии между необходимостью исследований для улучшения общего блага и правами личности». Этическая экспертиза все активнее вовлекается в вопросы, касающиеся материалов биологического происхождения. Продолжилась дискуссия о несправедливом доступе к передовым медицинским технологиям развивающихся стран.

В 1973 году Конгресс США учредил Национальную комиссию по защите людей, участвующих в биомедицинских и поведенческих исследованиях. Четыре года спустя, в 1978 году, Комиссия опубликовала Бельмонтский доклад, в котором были сформулированы ключевые этические принципы проведения биомедицинских исследований на людях. Авторы доклада выделили три основополагающих принципа: 1. Уважение личности. Этот принцип включает два важных аспекта. Это уважение автономии индивидов, т. е. права людей делать осознанный выбор и защита лиц с ограниченной автономией 2. Принцип благодеяния, основанный на минимизации вреда, подразумевающий необходимость предотвращения или существенного снижения любого потенциального ущерба, который может возникнуть у участников исследования, при одновременном стремлении к достижению максимальной пользы. Однако применение принципа блага сопряжено со значительными этическими сложностями. Исследования, как правило, направлены на получение будущих выгод и прирост знаний. Это создает методологическую трудность для исследователей, особенно

на ранних этапах, в оценке соотношения между ожидаемой пользой и потенциальным риском. 3. Справедливость. Принцип справедливости подчеркивает, что если одни группы получают пользу от исследования, то другие могут нести риски. Следовательно, те, кто извлекает выгоду из результатов исследования, должны также разделять и связанные с ним риски.

Идеи, заложенные в Хельсинкской декларации, получили дальнейшее развитие в Конвенции Овьедо «Права человека и биомедицина» (1999). Этот документ является единственным международным юридически обязательным актом, регулирующим защиту прав человека в сфере биомедицины. Основная цель Конвенции заключается в «развитии биомедицины на благо будущих поколений и всего человечества». Для обеспечения защиты достоинства человека в биомедицинской области Конвенция устанавливает ряд ключевых принципов:

1. Главенство человека – гарантируется равный доступ каждого к здравоохранению и соблюдение высоких профессиональных стандартов.

2. Согласие – любое медицинское вмешательство возможно только при наличии осознанного и добровольного согласия индивида, основанного на полной и объективной информации.

3. Право на частную жизнь и информацию. Подчеркивается право на неприкосновенность частной жизни. Индивид имеет полное право как знать, так и не знать информацию о своем здоровье.

4. Человеческий геном. Включает вопросы генетического тестирования, хранения генетических данных и модификации генома. Генетическое тестирование разрешено исключительно в целях поддержания здоровья и проведения научных исследований, связанных со здоровьем. Использование генетических технологий в качестве инструмента дискриминации запрещено.

5. Научные исследования. Исследования в области биомедицины должны проводиться под строгим контролем и с со-

блюдением установленных ограничений. Создание эмбрионов *in vitro* для научных целей запрещено.

6. Органы и трансплантация. Использование живых доноров для трансплантации органов допускается только при отсутствии доступных органов от умерших доноров. Финансовая выгода от процедуры трансплантации запрещена, однако допускается «адекватная компенсация расходов, понесенных на медицинскую процедуру».

Медицинские работники часто сталкиваются с необходимостью принимать решения, затрагивающие здоровье человека, руководствуясь при этом моральными принципами. Соблюдение общепринятых ценностей формирует этические нормы поведения, которые находят поддержку в обществе и определяют правила взаимодействия между людьми. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека ЮНЕСКО (2005) устанавливает ключевые принципы биоэтики:

1. Человеческое достоинство и права человека.

2. Благо и вред. Декларация подчеркивает, что при применении научных знаний и медицинских технологий необходимо стремиться к максимальной пользе для пациентов, участников исследований и других заинтересованных сторон, одновременно минимизируя любой возможный вред. Добро – это фундаментальная моральная и нравственная ценность. Вред же определяется как утрата или ухудшение какого-либо вида ценности. Человек, как и любая социальная группа, по своей природе не является ни добрым, ни злым, его этическая сущность заключается в способности совершать как добрые, так и злые поступки [15].

3. Автономия и индивидуальная ответственность. Пациент теперь не только принимает окончательное решение, но и разделяет ответственность с врачом, проявляя автономию в принятии решений. Эти понятия неразрывно связаны

и не могут существовать по отдельности. Исключение составляют лица, не способные принимать самостоятельные решения относительно медицинских услуг. А.Д. Доника, Е.П. Дронова, К.А. Петров, О.В. Костенко [16] выделяют следующие уровни автономии:

- свобода от патерналистского вмешательства (например, со стороны государственных или транснациональных корпораций);

- способность действовать на основе рациональных принципов и правил, исходя из собственного понимания блага и достоинства;

- возможность влиять на формирование принципов и правил в ходе публичного обсуждения.

Тем не менее врачи не всегда имеют стимул к глубокому пониманию принципа автономии, который гарантирует уважение и защиту прав пациентов. Н.Н. Седова [15] объясняет эту ситуацию недостаточной медицинской осведомленностью пациентов и, в то же время, низким уровнем правовой грамотности самих врачей. При этом правовые знания пациентов зачастую уступают их медицинским познаниям. Компетентный пациент – это человек, способный принимать обоснованные решения, опираясь на рациональные доводы [15]. Наряду с автономией важную роль играет ответственность.

4. Информированное согласие. Если пациент сознательно и добровольно отказывается от своих прав, это решение должно уважаться.

5. Лица, не обладающие правоспособностью дать согласие. Существуют категории лиц, которые не могут дать информированное согласие на медицинское вмешательство. К ним относятся:

- несовершеннолетние и дети;
- лица с необратимыми когнитивными нарушениями (например, деменция);
- лица, временно утратившие способность к принятию решений (находящиеся в бессознательном состоянии);

- лица с выраженными когнитивными нарушениями или трудностями в обучении.

6. Признание уязвимости и уважение целостности человека. Уязвимость может быть биологической (старение, болезнь, смерть), экологическая и природная (голод, стихийные бедствия), социальная (войны, преступность), культурная (нестабильность общественных ценностей).

7. Неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность. Конфиденциальность распространяется на всю персональную информацию о состоянии здоровья человека, включая генетические данные.

8. Справедливость. Принцип справедливости предполагает равные возможности и равные шансы на здоровье и жизнь для каждого человека.

9. Недопущение дискриминации и стигматизации, которые могут ограничивать доступ к социальным услугам и медицинским благам.

10. Уважение культурного разнообразия и плюрализма.

11. Солидарность и сотрудничество.

12. Социальная ответственность и здоровье. Общество несет ответственность за здоровье своих членов, а здоровье каждого индивида влияет на благополучие всего общества.

13. Совместное использование благ. Важно обеспечить справедливое распределение и совместное использование медицинских и научных достижений.

14. Защита будущих поколений. Противники развития генной инженерии, особенно в отношении вмешательств, изменяющих наследственный материал, выдвигают серьезные морально-этические аргументы. Основная обеспокоенность связана с риском «засорения» генофонда искусственными генными конструкциями и внесения мутаций, которые потенциально могут угрожать выживанию человечества как биологического вида. Как отмечается в одном из исследований, «трудно

даже вообразить, как сильно подобные эксперименты могут повлиять на само наше представление о том, что значит быть человеком» [17]. Однако проведение четкой грани между нормой и патологией, добром и злом в контексте генной инженерии представляет собой сложную этическую задачу. Ученые предупреждают о риске подмены понятия «здоровье» понятием «генетическая норма», а «болезни» – понятием «неполноценная жизнь». Вместо симптомов заболевания могут появиться характеристики человека, не принимаемые обществом», которые сегодня находятся в рамках нормального развития человека (например, рост, вес, уровень интеллекта).

15. Защита окружающей среды, биосферы и биоразнообразия.

В СССР также велись активные дискуссии по этическим проблемам медицины. Исследования И.Т. Фролова [18] показали, что устранение вредоносных мутаций может негативно сказаться на функции тесно связанных с ними генов. Это, в свою очередь, способно привести к снижению генетического разнообразия людей, что делает проведение подобных экспериментов нежелательным.

В России годом формирования биоэтики как самостоятельной научной дисциплины принято считать 1992 год, когда при Российской академии наук был учрежден Российский национальный комитет по биоэтике (РНКБ). Ключевую роль в становлении этой области сыграл Б.Г. Юдин, руководитель Института человека РАН. Он уделял особое внимание этической экспертизе биомедицинских технологий и медико-биологических исследований. Ученый занимался поиском решений конфликтов, возникающих между человеком как частью природы и человеком, активно использующим технологии для ее изменения. В связи с этим Б.Г. Юдин подчеркивал важность нравственного осмысления сочетания природных и технологических начал в человеке, полагая, что только моральные принципы способны обеспечить

гармоничный баланс [19]. Существенный вклад в развитие биоэтической науки внес П.Д. Тищенко. Его работы сосредоточены на этических аспектах генетических исследований, трансплантологии, эвтаназии, а также явлений биовласти и биополитики. Развивая идеи Мишеля Фуко о биовласти, П.Д. Тищенко рассматривает эту концепцию в контексте биомедицинских исследований. Нынешнее состояние биомедицины, по мнению автора, создает трудности в определении привычных рамок человеческой жизни, разграничении здоровья и болезни, а также в установлении моральных, правовых и этических границ. В совместной работе с Б.Г. Юдиным (2011) П.Д. Тищенко анализирует, как средства массовой информации влияют на возникновение и эволюцию биоэтики, поднимая вопрос об ответственности журналистов, освещающих темы физических и душевных страданий [20].

И.В. Силуянова изучает биоэтику, опираясь на православную культуру и ее основополагающие ценности. Она подчеркивает, что в России, где нормативно-правовая база для применения передовых биомедицинских технологий и гарантий прав граждан недостаточно развита, возрастает необходимость в формировании этического сознания у ученых и медицинских работников. И.В. Силуянова считает, что подход к биомедицинским вопросам, основанный на православных ценностях, является уникальным и значимым решением [21].

Н.Н. Седова – основоположник научной школы «Социальный смысл и культурообразующие функции современной биоэтики» – внесла значительный вклад в развитие биоэтики. В совместной работе с В.И. Петровым [22] авторы анализируют применение принципов и норм биоэтики в российских клиниках, обобщая международный опыт работы этических комиссий. Они предлагают модель системы этических комитетов, адаптированную к потребностям отечественной медицины и

дополняющую существующие западные подходы. Ученый уделяет особое внимание правовому положению биоэтики в современной России [23]. В своей книге Н.Н. Седова исследует правовую основу биоэтики, включая такие фундаментальные принципы, как «не навреди», «делай добро», справедливость и уважение к автономии пациента. Также описываются механизмы защиты прав пациентов в биоэтике, процедура получения информированного согласия, оценка способности пациентов к принятию решений, а также важность соблюдения конфиденциальности и врачебной тайны.

Н.Н. Седова [15] отмечает, что социальная угроза, связанная с деятельностью медицинских работников, зачастую рассматривается исключительно через призму развития биотехнологий. Развивая идеи М. Фуко и П.Д. Тищенко, она подчеркивает потенциальную опасность врачебного контроля над поведением граждан даже без применения специальных методов. Расширяя сферу медицинских предписаний и рекомендаций, врачи могут оказывать существенное влияние на социально-политические процессы. Автор полагает, что сами врачи вряд ли пойдут на подобное, поскольку это подорвет их профессиональный статус. Однако существует риск использования возможностей медицины различными политическими группами в борьбе за влияние. Эта проблема остается недостаточно исследованной, и общество пока не располагает эффективными механизмами противодействия ей. На Западе это явление известно как «медицинский империализм» и распространяется посредством медиализации. Медиализация проявляется в различных формах – от чрезмерного применения лекарств до обязательного генетического консультирования и характеризуется растущей зависимостью людей от медицинского вмешательства. Н.Н. Седова выделяет три ключевых социальных актора медиализации: а) врачи, осуществляющие медиализацию;

б) пациенты, стремящиеся к ней; в) фармацевтические компании и средства массовой информации, заинтересованные в извлечении прибыли из этого процесса.

В настоящее время в российском здравоохранении наблюдается тенденция к внедрению западных стандартов, основанных на либеральных принципах. По мнению исследователей [24] и представителей религиозных общин [25], это может вступать в противоречие с традиционными российскими представлениями о медицине и этике.

В условиях мировоззренческого плюрализма в биоэтике выделяются две основные школы: либеральная и консервативная. Они расходятся во взглядах на сложные вопросы, касающиеся начала и конца жизни, а также в понимании цели и предназначения человека. Различные мировоззренческие установки формируют разные представления о смысле жизни, влияя на ценности и образ жизни.

Либеральная биоэтика, в частности, подвергается критике за возведение естественных потребностей в ранг высших ценностей, что, по мнению критиков, приводит к искажению естественного хода вещей. Примерами этого являются постулирование права на репродуктивные технологии при отсутствии естественной возможности зачатия, эвтаназия, игнорирующая естественные процессы умирания, и изменение биологического пола. Современная культура характеризуется трансформацией представлений о человеке, его теле, возрасте, гендерных ролях, а также о здоровье и болезни. Это отражает потребность общества в развитии «экономики и этики здоровья» как комплексной и новаторской области. Актуальными становятся вопросы качества жизни, здоровья, болезней, жизненного цикла, поиска решений медицинских задач в различных культурах и их финансового обеспечения.

В противовес либеральной биоэтике стоит христианская этика, тесно связанная с религиозной, трансцендентной этикой.

В этой традиции нравственность рассматривается с онтологической точки зрения, опираясь на представления о жизни как бесценном даре Божиим. В христианской этике смысл человеческой жизни имеет моральный аспект, связанный с принципом любви и служения ближним.

Христианская этика имеет много общего с профессиональной медицинской этикой. Медицинская деятельность ассоциируется с высшими общечеловеческими ценностями, такими как гуманизм, доброта и сострадание. Врачебная деятельность по своей сути направлена на совершение добра – спасение жизни, основанное на милосердии и любви к людям. Однако наблюдается отход от традиционных устоев, вызванный необходимостью обоснования инновационных технологий, разработанных в условиях пренебрежения общепринятыми моральными ценностями. Этот процесс проявляется в формировании и закреплении в законодательстве новых прав человека, таких как репродуктивные и сексуальные права, а также право на достойную смерть. Термин «биоэтика» подчеркивает ключевую задачу науки – поддержание жизни человечества.

Заключение. Таким образом, первостепенное значение приобретает формирование ценности для пациента, что обуславливает необходимость комплексной оценки как эффективности терапевтических мероприятий, так и степени удовлетворенности получателя медицинских услуг. В условиях изменения потребительского поведения и доступности медицинской информации врачи должны развивать навыки эффективного общения и взаимодействия с пациентами, что способствует улучшению качества медицинских услуг и укреплению доверия к системе здравоохранения. Определение ценности базируется на комплексном подходе, включающем оценку клинических исходов, показателей, релевантных состоянию пациента, и результатов, полученных из его субъективного опыта.

В сфере здравоохранения существует сложная взаимосвязь между ценностями, социальным регулированием, научным прогрессом и этикой. С одной стороны, ценности, интегрированные в социальные нормы, необходимы для упорядочивания поведения и поддержания общественного благополучия. Однако стремление к стандартизации здоровья и жизни, особенно под влиянием государства и технологического прогресса, таит в себе определенные риски. Попытки установить единые нормы здоровья может привести к усилению государственного контроля над медициной (медикализации) и ограничению автономии пациентов. Более того, девальвация ценностей происходит, когда здоровье и жизнь, превращаясь в недостижимые стандарты, утрачивают свою изначальную ценность и становятся лишь формальными символами, оторванными от реальности.

Со временем акцент в этике исследований смещается от абсолютной защиты прав испытуемого к необходимости сбалансировать интересы науки и права личности. Пятая редакция Хельсинкской декларации (2000) ознаменовала этот сдвиг, вводя понятие «неизбежного противоречия» и акцентируя внимание на социальной справедливости и справедливом доступе к технологиям. Это отражает растущее понимание социальной справедливости и необходимости учитывать интересы населения, в котором проводятся исследования.

Бельмонтский доклад (1978) заложил основу для современной биоэтики, выделив три ключевых принципа: уважение личности (автономия и защита уязвимых), благо (не навреди и максимизация пользы) и справедливость (равное распределение рисков и выгод).

Переход к ценностно ориентированному здравоохранению представляет собой сложный и многогранный процесс, который требует внимательного рассмотрения этических, ценностных и биоэтических аспектов. Уважение к индивидуальным цен-

ностям пациентов, балансирование между медицинскими стандартами и личными предпочтениями, а также учет культурных и социальных контекстов являются ключевыми элементами этого подхода. Такой подход может порождать ряд этических дилемм. Например, конфликт интересов, когда профессиональные рекомендации врача противоречат желаниям пациента, например, отказ пациента от необходимого, по мнению врача, лечения. Другая дилемма – справедливость в доступе к ресурсам, где в условиях их ограниченности необходимо учитывать влияние ценностей отдельных пациентов на распределение этих ресурсов.

Хотя уважение к автономии пациента является центральным элементом ЦОЗ, оно может приводить к сложностям, если пациент принимает решения, потенциально вредные для его здоровья. Принципы «не навреди» и «делай благо» в контексте ЦОЗ требуют не только стремления к благодеянию, но и учета того, как личные ценности пациента влияют на его восприятие благополучия. Например, некоторые пациенты могут считать определенные методы лечения неэтичными или нежелательными, даже если они могут быть эффективными с медицинской точки зрения. Это подчеркивает необходимость открытого диалога между врачом и пациентом для определения того, что именно означает «благодеяние» для каждого конкретного человека.

Биоэтика как дисциплина, изучающая этические проблемы, возникающие в связи с развитием биологии и медицины, предоставляет инструментарий для анализа и решения этих вопросов. Она основывается на четырех основных принципах: автономия (уважение к праву человека принимать самостоятельные решения относительно своего здоровья); благодеяние (обязанность действовать в интересах пациента, принося ему пользу); не навреди (обязанность избегать причинения вреда) и справедливость (равное распределение медицинских ресурсов и услуг). Эти принципы напрямую связаны с ценностно ориентированным подходом, например, уважение к автономии пациента означает, что врач должен не только информировать его о возможных вариантах лечения, но и помочь ему понять, как каждый из них соотносится с его личными ценностями, такими как стремление к активной жизни, семейные обязанности или религиозные убеждения.

Ценностно ориентированное здравоохранение – это не отказ от научных достижений и технологического прогресса, а их гармоничное сочетание с глубоким пониманием человеческой природы. Это путь к медицине, которая не только лечит тело, но и заботится о душе, признавая, что истинное здоровье – это не только отсутствие болезней, но и состояние полного физического, душевного и социального благополучия.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

CONFLICT OF INTERESTS

The author declares no conflict of interests

ЛИТЕРАТУРА

1. Tanja S., Jens J., Annette H., Heidi M., Betina S., Anne-Marie T., et al. 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*. 2018. №8(10), P. 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023915>
2. Strazzabosco M., Allen J., Teisberg E. Value-based care in hepatology // *Review Hepatology*. 2017. № 65 (5). P. 1749-1755. <https://doi.org/10.1002/hep.29042>

3. Porter M. What is value in health care? // N. Engl. J. Med. 2010. № 363(26). P. 2477-2481.
4. Gray J., Abbasi K. How to get better value healthcare // J. Royal Soc. Med. 2007. № 100 (10). P. 480. <https://doi.org/10.1177/014107680710001019>
5. Porter M.E., Teisberg E.O. Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston, Mass: Harvard Business School Press. 2006. P. 506.
6. Бударин С.С. Анализ международных подходов к выбору и использованию индикаторов для оценки внедрения ЦОЗ: экспертный обзор / С.С. Бударин, Ю.В. Эльбек. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024. 36 с.
7. Зуенкова Ю.А. Ценностно-ориентированный подход: анализ руководства Европейского института инноваций и технологий // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2021. № 43 (1). С. 28-35. <https://doi.org/10.17116/medtech20214301128>
8. Петров В.И., Седова Н.Н. Медицина и философия: любовь без брака // Гуманитарные проблемы медицины и здравоохранения. 2023. № 1 (1), С. 11-20.
9. Устав Всемирной организации здравоохранения (7 апреля 1948 года) [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.doctorate.ru/ustav-vsemirnoj-organizacii-zdravooxraneniya/> (дата обращения 18.06.25).
10. Исаев А.В. Ценность «естественного здоровья» и критика концепции нормализации здоровья. НОМОТНЕТКА: Философия. Социология. Право. 2022. № 47 (1). С. 150-154. DOI: 10.52575/2712-746X-2022-47-1-150-154
11. Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл. 1998. 310 с.
12. Шамшуринов В.И., Шамшурина Н.Г. Религиозно-нравственные основы социальной политики государства в области здравоохранения. Часть 2 // Известия Иркутского государственного университета. Серия «Политология. Религиоведение». 2014. Т. 8. С. 121-130.
13. Ван Ден Эде Й. Где же человек? О дебатах по поводу его улучшения (Реферат). В кн.: Актуальные проблемы биоэтики: Сб. обзоров и реф. РАН. ИНИОН. Отв. ред. Б.Г. Юдин М., 2016. С. 220-223.
14. Поттер В.Р. Биоэтика: мост в будущее. Киев. 2002. 216 с.
15. Седова Н.Н. Юридическая институционализация субъектов биоэтики в правовом поле современной России. Дис. д. юр. н. Ростов-на-Дону. 2005. 347 с.
16. Биоэтика и медицинская практика: методическое пособие для врачей / А.Д. Доника, Е.П. Дронова, К.А. Петров, О.В. Костенко / Под ред. В.В. Шкарина. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ. 2017. 40 с.
17. Фукуяма Ф. Наше постчеловеческое будущее: Последствия биотехнологической революции. М.: Центр гуманитарных технологий. 2004. 256 с.
18. Фролов И.Т. Прогресс науки и будущее человека. М. 1975. 172 с.
19. Юдин Б.Г. Биоэтика: принципы, правила, проблемы. М.: Эдиториал УРСС. 1998. 470 с.
20. Тищенко П.Д. Биоэтика и журналистика / П.Д. Тищенко, Б.Г. Юдин. Москва: Адамант, 2011. 128 с.
21. Силуянова И.А. Биоэтика в России: ценности и законы. М.: Грантъ. 2001. 192 с.
22. Петров В.И., Седова Н.Н. Практическая биоэтика: этические комитеты в России. М.: Триумф. 2002. 192 с.
23. Правовые основы биоэтики. Особенности становления медицинского права в России: Правовой мониторинг. Выпуск 4. Часть 1. // Н.Н. Седова. М.: ФГУ НЦПИ при Минюсте России, 2007. 48 с.
24. Силуянова И.В., Алёхина Е.В. Христианский смысл жизни как мировоззренческая основа решения этических проблем современных биомедицинских технологий // Вестник МГОУ. Серия «Философские науки». 2011. № 1. С. 40-52.
25. Кураев А. Традиция, догмат, обряд: апологетические очерки. М., 1995. 180 с.

REFERENCES

1. Tanja S., Jens J., Annette H., Heidi M., Betina S., Anne-Marie T., et al. 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*. 2018. No. 8 (10), P. 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023915>
2. Strazzabosco M., Allen J., Teisberg E. Value-based care in hepatology // *Review Hepatology*. 2017. No. 65 (5). P. 1749-1755. <https://doi.org/10.1002/hep.29042>
3. Porter M. What is value in health care? // *N. Engl. J. Med.* 2010. №363(26). P. 2477-2481.
4. Gray J., Abbasi K. How to get better value healthcare // *J. Royal Soc. Med.* 2007. №100 (10). P. 480. <https://doi.org/10.1177/014107680710001019>
5. Porter M.E., Teisberg E.O. *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston, Mass: Harvard Business School Press. 2006. P. 506.
6. Budarin S.S. Analysis of international approaches to the selection and use of indicators for assessing the implementation of the CHC: expert review / S.S. Budarin, Yu.V. Elbek. M.: Research Institute of Health Protection of the Russian Federation, Department of Health of the City of Moscow, 2024. 36 p. [In Russ.]
7. Zuyenkova Yu. A. Value-oriented approach: analysis of the management of the European Institute of Innovation and Technology // *Medical technologies. Assessment and choice*. 2021. No. 43 (1). P. 28-35. <https://doi.org/10.17116/medtech20214301128> [In Russ.]
8. Petrov V. I., Sedova N. N. Medicine and philosophy: love without marriage // *Humanitarian problems of medicine and health care*. 2023. No. 1 (1), P. 11-20. [In Russ.]
9. Charter of the World Health Organization (April 7, 1948) [Electronic resource]. – URL: <http://www.doctorate.ru/ustav-vsemirnoj-organizacii-zdravooxraneniya/> (date of access 18.06.25). [In Russ.]
10. Isaev AV The value of «natural health» and criticism of the concept of health normalization. *NOMOTHETIKA: Philosophy. Sociology. Law*. 2022. No. 47 (1). P. 150–154. DOI: 10.52575/2712-746X-2022-47-1-150-154 [In Russ.]
11. Foucault M. *The birth of a clinic*. Moscow: Smysl. 1998. 310 p. [In Russ.]
12. Shamshurin V.I., Shamshurina N.G. Religious and moral foundations of state social policy in the field of health care. Part 2 // *Bulletin of the Irkutsk State University. Series «Political Science. Religious Studies»*. 2014. Vol. 8. P. 121-130. [In Russ.]
13. Van Den Ede J. Where is Man? On the Debate on His Improvement (Abstract). In the book: *Actual Problems of Bioethics: Collection of Reviews and Ref. RAS. INION. Responsible*. ed. B.G. Yudin M., 2016. P. 220-223. [In Russ.]
14. Potter V.R. *Bioethics: A Bridge to the Future*. Kyiv. 2002. 216 p. [In Russ.]
15. Sedova N.N. *Legal Institutionalization of Subjects of Bioethics in the Legal Field of Modern Russia*. Diss. Doctor of Law. Rostov-on-Don. 2005. 347 p. [In Russ.]
16. *Bioethics and Medical Practice: A Methodological Manual for Physicians* / A.D. Donika, E.P. Dronova, K.A. Petrov, O.V. Kostenko / Ed. by V.V. Shkarin. Volgograd: Volgograd State Medical University Publishing House. 2017. 40 p. [In Russ.]
17. Fukuyama F. *Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnological Revolution*. Moscow: Center for Humanitarian Technologies. 2004. 256 p. [In Russ.]
18. Frolov I.T. *Progress of Science and the Future of Man*. Moscow, 1975. 172 p. [In Russ.]
19. Yudin B.G. *Bioethics: Principles, Rules, Problems*. Moscow: Editorial URSS. 1998. 470 p. [In Russ.]
20. Tishchenko P.D. *Bioethics and Journalism* / P.D. Tishchenko, B.G. Yudin. Moscow: Adamant, 2011. 128 p. [In Russ.]
21. Siluyanov I. A. *Bioethics in Russia: Values and Laws*. Moscow: Grant. 2001. 192 p. [In Russ.]
22. Petrov V. I., Sedova N. N. *Practical Bioethics: Ethical Committees in Russia*. Moscow: Triumph. 2002. 192 p. [In Russ.]

23. Legal Foundations of Bioethics. Features of the Formation of Medical Law in Russia: Legal Monitoring. Issue 4. Part 1. // N. N. Sedova. Moscow: Federal State Institution Scientific Center for Pedagogical Problems under the Ministry of Justice of Russia, 2007. 48 p. [In Russ.]

24. Siluyanov I. V., Alekhina E. V. Christian Meaning of Life as an Ideological Basis for Solving Ethical Problems of Modern Biomedical Technologies // Bulletin of Moscow State University. Series «Philosophical Sciences». 2011. No. 1. P. 40-52. [In Russ.]

25. Kuraev A. Tradition, dogma, ritual: apologetic essays. M., 1995. 180 p. [In Russ.]

Информация об авторе / Information about the author

Елена Алексеевна Смирнова, кандидат социологических наук, доцент кафедры социологии и социальных технологий. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Череповецкий государственный университет», 162600, г. Череповец, Российская Федерация, Вологодская обл., г. Череповец, пр. Луначарского, 5, e-mail: Smirnova56@yandex.ru

Elena A. Smirnova, PhD (Sociology), Associate Professor, the Department of Sociology and Social Technologies, Cherepovets State University, 162600, Cherepovets, the Russian Federation, the Vologda Region, Cherepovets, 5 Lunacharsky Ave., e-mail: Smirnova56@yandex.ru

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

The author has read and approved the final manuscript.

Поступила в редакцию 30.05.2025

Received 30.05.2025

Поступила после рецензирования 19.06.2025

Revised 19.06.2025

Принята к публикации 19.06.2025

Accepted 19.06.2025