

ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ В СОЦИАЛЬНЫХ И ЭКОНОМИЧЕСКИХ СИСТЕМАХ

УДК 316.344.2:338.48

© С. И. НЕСТЕРОВА, 2025

*Самарский университет государственного управления
«Международный институт рынка»
(Университет «МИР»), Россия*

E-mail: nesvig@mail.ru

РЫНОЧНАЯ ЛОГИКА ПРОТИВ СОЛИДАРНОСТИ: КАК МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ УСИЛИВАЕТ СОЦИАЛЬНОЕ НЕРАВЕНСТВО

В статье исследуется взаимосвязь медицинского туризма и социального неравенства. Автор утверждает, что транснациональная «медицинская миграция» не только отражает существующие социально-экономические диспропорции, но и активно их воспроизводит. В статье анализируются такие модели поведения пациентов, как «миграция выгоды», «миграция необходимости» и «миграция запрета». Опровергая тезисы о саморегулирующемся позитивном эффекте медицинского туризма, автор показывает, что в отсутствие государственного контроля данное явление ведет к «утечке мозгов», усилиению дифференциации в качестве медицинских услуг и формированию новой формы исключения – биомедицинской эксклюзии. Для митигации данных рисков предлагаются конкретные меры регулирования экспорта медицинских услуг на национальном и международном уровнях, призванные снизить негативные социальные последствия и направить доходы от медицинского туризма на развитие общедоступного здравоохранения.

Ключевые слова: социальное неравенство, медицинский туризм, стратификация, медицинская миграция, здравоохранение, государственное регулирование, социальная эксклюзия.

Современный этап социально-экономического развития характеризуется все большей мобильностью не только товаров, капиталов, информации, но и людей, покидающих свою страну в поисках путей улучшения здоровья и роста благополучия. Медицинский туризм, ранее рассматривавшийся как узкоспециализированная рыночная ниша, превратился в масштабную индустрию с многомиллиардовыми оборотами [4, 8, 10]. В 2024 году глобальный рынок медицинского туризма оценивался в 30,5 млрд долл., и по прогнозам Global Market

Insights Inc. к 2034 году его объем достигнет 142 млрд долл. [11]. Такой масштаб неизбежно привел к обострению противоречий, в частности, между коммерческими выгодами и доступностью медицинских услуг для местного населения. Первоначально воспринимаемый как позитивное явление, способствующее экономическому развитию и международному сотрудничеству, медицинский туризм все чаще становится предметом критического анализа в контексте социальной справедливости [3, 6].

Цель исследования — проанализировать медицинский туризм в качестве фактора воспроизведения и усиления социального неравенства и разработать меры регулирования для минимизации его негативных социальных последствий.

Задачи исследования заключаются в следующем.

1. Изучить медицинский туризм как новую форму социальной стратификации и маркер социального неравенства.

2. Проанализировать модели поведения пациентов («миграцию выгоды», «миграцию необходимости», «миграцию запрета») и их связь с социально-экономическим статусом индивида.

3. Критически оценить аргументы о позитивном влиянии медицинского туризма (кросс-субсидирование, развитие инфраструктуры, повышение стандартов обслуживания) на снижение социального неравенства.

4. Выявить системные негативные последствия нерегулируемого медицинского туризма.

5. Разработать предложения по мерам государственного и международного регулирования данной сферы.

Объектом исследования выступает медицинский туризм как глобальное социально-экономическое явление.

Предмет исследования — взаимосвязь медицинского туризма с проблемами социального неравенства и глобальной стратификации, а также механизмы его регулирования.

В контексте теории Пьера Бурдье [1] медицинский туризм можно интерпретировать как практику по накоплению и конвертации различных видов капитала.

Экономический капитал напрямую конвертируется в возможность получения высококачественных медицинских услуг за рубежом.

Культурный капитал проявляется в наличии знаний о зарубежных клиниках, технологиях, врачах, а также в компетенциях, необходимых для организации такой поездки (владение языками, навыки навигации в глобальном информационном пространстве).

Социальный капитал включает в себя доступ к сетям («сарафанному радио»), рекомендациям, связям, облегчающим выбор клиники и организацию лечения.

Накопленный «капитал здоровья» позволяет индивидам не только продлевать жизнь и улучшать ее качество, но и сохранять социальную позицию, трудовую продуктивность и в конечном счете экономическое благосостояние. Кроме того, сам факт потребления медицинских услуг за границей становится источником символического капитала — престижа, демонстрирующего вхождение индивида в категорию элиты, способной себе это позволить. Таким образом, медицинский туризм трансформируется из чисто утилитарной практики в стратегию, маркирующую позицию человека в социальной иерархии.

Анализ потоков медицинских туристов позволяет выделить несколько принципиально разных моделей поведения.

Первая стратегия — «миграция выгоды» — характерна для представителей среднего и высшего классов, обычно из развитых стран (Северной Америки, Европы, государств Персидского залива). Для данной группы населения медицинский туризм — это инструмент оптимизации, демонстрирующий свободу выбора и финансовую состоятельность. Мотивация таких потребителей — не отсутствие доступа к медицине как таковой, а поиск более выгодного соотношения цены и качества. Сюда относится:

- проведение дорогостоящих операций в странах Юго-Восточной Азии, Восточной Европы или Латинской Америке по цене значительно ниже, чем на родине;
- уход от длинных очередей в национальных медицинских организациях;
- совмещение лечения с отдыхом, что становится элементом престижного потребления и темой для нарративов в социальных кругах.

«Миграция выгоды» — это активная социальная стратегия, воспроизводящая и усиливающая глобальное и внутреннее социальное неравенство. Она трансформирует здоровье из универсального права в привилегию, доступную для тех, кто обладает необходимыми капиталами, и способствует фрагментации общенациональных систем здравоохранения.

Вторая стратегия — «миграция необходимости» — представляет собой не добровольный выбор, а вынужденную, отчаянную меру, к которой прибегают пациенты в условиях системного кризиса или недоступности медицинской помощи у себя на родине. Эта стратегия детерминирована не поиском лучшего, а отсутствием жизненно

важных медицинских услуг в стране проживания.

В отличие от представителей «миграции выгоды», пациенты «миграции необходимости» характеризуются принципиально иным положением. Для них зачастую поездка за лечением сопряжена с катастрофическими расходами. Рассмотрим, к примеру, семью из небольшого города в России, где сыну поставили диагноз, требующий дорогостоящего лечения, которого нет в регионе. Родители ребенка не просто используют все накопления, а продают машину, берут кредиты под залог квартиры и запускают краудфандинг в соцсетях, чтобы собрать сумму на операцию в Израиле или Китае. Для них это не выбор, а единственный шанс.

Ключевые драйверы «миграции необходимости» — это отсутствие необходимых медицинских технологий и методов лечения, а также чрезвычайно длинные очереди в системе общественного здравоохранения. Например, ожидание лучевой терапии или сложной онкологической операции в государственной системе может быть критическим. Промедление приводит к прогрессированию заболевания и снижению шансов на излечение. Пациент вынужден ехать в клиники Турции, Израиля или Таиланда, где лечение начнется немедленно.

«Миграция необходимости» — это наиболее наглядное и острое проявление глобального социального неравенства в сфере здравоохранения. Оно демонстрирует, как глобализация, открывая возможности для одних, для других становится механизмом, усугубляющим отчаянное положение, заставляя их платить непосильную цену за базовое право на жизнь и здоровье, которое должно обеспечиваться их собственным государством.

Разновидностью «миграции необходимости» является «миграция запрета», которая детерминирована не экономическими или инфраструктурными причинами, а нормативно-правовыми и этическими разрывами между странами. Суть стратегии состоит в том, что пациенты целенаправленно пересекают границы для получения медицинских услуг, которые являются легальными и доступными в стране-реципиенте, но запрещены, ограничены или этически неприемлемы на родине.

Рассмотрим ключевые направления «миграции запрета».

1. Репродуктивный туризм — это поездка в другую страну с целью получения медицинских услуг вспомогательных репродуктивных технологий для зачатия, вынашивания или рождения ребенка (ЭКО, суррогатное материнство, донорство яйцеклеток или спермы, криоконсервация и др.), когда такие услуги недоступны или ограни-

чены на родине. Несмотря на неоднозначность отношения к медицинскому туризму в сфере репродукции, лишь в Турции действует официальный запрет на выезд за рубеж для лечения бесплодия. В то же время мировой рынок услуг ЭКО демонстрирует ярко выраженную географическую специализацию. Так, Израиль считается одним из лидеров в области экстракорпорального оплодотворения. США привлекают европейских пациентов высокими показателями успешности процедур, а также либеральным законодательством. Сами же граждане США активно пользуются услугами за рубежом: 40% американцев, прибегающих к ЭКО, выбирают для этого клиники в Индии и других странах Азии [12].

2. Туризм конца жизни – это практика, при которой неизлечимо больные пациенты целенаправленно выезжают в другие страны для получения услуг эвтаназии и ассистированного самоубийства. Такая практика запрещена в большинстве стран мира, включая Россию, однако вполне легальна при соблюдении ряда условий в Нидерландах, Бельгии, Канаде, Испании и др.

3. Генетический и экспериментальный туризм – это целенаправленный выезд пациентов за границу для получения генетических услуг или лечения экспериментальными методами, которые недоступны, запрещены или строго ограничены в стране их проживания. Например, в странах с сильной системой биоэтического регулирования (Франция, Германия, Канада) для генетических тестов требуется обязательное консультирование, направление от комиссии врачей и психологическая подготовка. Это сделано для того, чтобы оградить граждан от психологической травмы. В результате люди, желающие пройти тесты на предрасположенность к тяжелым заболеваниям (рак, болезнь Альцгеймера, Хантингтона) без длительных бюрократических процедур, едут для получения таких услуг в Турцию и Сингапур.

«Миграция запрета» демонстрирует, что медицинский туризм – это не только вопрос цены и качества, но и воплощение глобального неравенства в правах и свободах.

Рассмотренные стратегии наглядно иллюстрируют, как один и тот же феномен по-разному встраивается в жизненные стратегии различных социальных групп, усиливая разрыв между теми, кто использует глобализацию для повышения качества жизни, и теми, кто вынужден бороться за выживание.

Для стран-доноров медицинский туризм имеет двойной эффект. С одной стороны, он снижает финансовую нагрузку на национальные системы здравоохранения, поскольку пациенты оплачи-

вают услуги самостоятельно и не используют ресурсы системы. С другой стороны, данное явление может способствовать консервации внутренних проблем, таких как высокая стоимость медицинских услуг, длинные очереди, нехватка услуг, поскольку наиболее влиятельные и обеспеченные граждане, которые могли бы более эффективно лobbировать улучшения, уезжают за лечением за рубеж. Это ведет к нарушению принципа солидарности, на котором основаны системы общественного здравоохранения, и закрепляет восприятие национальной медицины как услуги для бедных.

Для стран-реципиентов тоже не все однозначно. Сторонники развития медицинского туризма часто выдвигают ряд тезисов о его позитивном влиянии на систему здравоохранения в целом и сглаживание социального неравенства. Однако при более внимательном рассмотрении эти аргументы оказываются скорее умозрительными и редко реализуются в полной мере без вмешательства государства. Рассмотрим эти тезисы.

1. Доходы, полученные от дорогостоящего лечения иностранных пациентов, могут быть частично перенаправлены на финансирование лечения местных жителей или на развитие государственных медицинских учреждений [9]. Частные клиники, получая сверхприбыли, могут участвовать в социальных программах или предоставлять квоты на бесплатное лечение.

Положительный эффект от кросс-субсидирования может быть переоценен по нескольким причинам.

Во-первых, в большинстве случаев такие программы носят точечный и добровольный характер. Они являются элементом корпоративной социальной ответственности, а не системной политикой. Объемы этой помощи, как правило, незначительны по сравнению с общими оборотами клиник и не решают проблему неравенства на макроуровне.

Во-вторых, нет четких механизмов, заставляющих клиники отчитываться о том, какая именно доля прибыли от медицинского туризма вкладывается в публичный сектор. Средства часто остаются внутри самой частной структуры, финансируя ее дальнейший рост и элитаризацию.

В-третьих, кросс-субсидирование противоречит чистой рыночной логике, в соответствии с которой задача экономического агента – максимизировать прибыль, а лечение неимущих для клиентов оборачивается убытками.

Таким образом, кросс-субсидирование – это скорее исключе-

ние, чем правило. Без законодательно закрепленных норм (например, установления обязательного процента от доходов, полученных от медицинского туризма, направляемого в государственный фонд здравоохранения) этот механизм нельзя считать надежным инструментом снижения неравенства.

2. Инфраструктура, создаваемая для медицинских туристов, — современные больницы, передовые технологии и оборудование, лаборатории — в перспективе становится доступной для местных жителей [9]. Кроме того, развиваются сопутствующие отрасли: транспорт, индустрия гостеприимства, что выгодно всем.

Данный тезис не бесспорен.

Во-первых, сам факт наличия современной больницы не означает, что местные жители смогут ей воспользоваться. Клиники, принимающие иностранных пациентов, часто располагаются в дорогих туристических и деловых районах и работают по прайсам, не доступным для большинства. В этом случае эффект перелива будет минимален.

Во-вторых, нередко внутри одной клиники существуют раздельные потоки или даже раздельные корпуса для иностранных и местных пациентов, что позволяет предоставлять разный уровень сервиса и дифференцировать уровень доступа к ведущим специалистам и оборудованию для разных категорий клиентов.

В-третьих, технологии и оборудование, закупаемые для иностранных пациентов, могут быть узкоспециализированными и не отвечать потребностям местных жителей [5].

В целом опыт ведущих стран-реципиентов, таких как Таиланд и Индия, демонстрирует, что бурное развитие медицинского туризма способствует сегментации частного медицинского сектора [7]. Это приводит к возникновению элитных, ориентированных на экспорт услуг клиник с ценами, малодоступными для большинства местных жителей, и способствует общему росту стоимости квалифицированных медицинских кадров и услуг в верхнем ценовом сегменте. Таким образом, инфраструктурный выигрыш от медицинского туризма для широких масс населения зачастую оказывается преувеличенным.

3. Чтобы конкурировать на глобальном рынке, местные клиники должны получать международные сертификации (например, JCI), внедрять современные протоколы лечения, использовать более эффективные модели управления [5]. Это вынуждает весь медицинский сектор подтягиваться до более высоких стандартов качества и

безопасности.

Данный аргумент может не соответствовать реальности, во-первых, потому, что повышение стандартов происходит выборочно, только в сегменте, ориентированном на экспорт услуг. Государственные больницы, например, не имеющие таких стимулов, остаются далеко позади. В результате разрыв в качестве между услугами разных медицинских организаций не уменьшается, а увеличивается.

Во-вторых, новые стандарты становятся стандартами для дорогой, а не базовой медицины. Внедрение более высоких стандартов ведет к дополнительным издержкам клиник, которые будут перекладываться на потребителя. Это может подтолкнуть к росту цен во всем частном секторе, делая качественную помощь еще менее доступной.

В-третьих, стремление к получению аккредитаций может привести к формальному соответству критериям без глубинного улучшения процессов, особенно если речь идет о лечении местных пациентов в тех же клиниках.

Таким образом, повышение стандартов затрагивает лишь верхушку медицинской системы. Для большей части населения это не приведет к автоматическому улучшению качества услуг в их районной поликлинике.

Проанализировав ключевые тезисы в пользу развития медицинского туризма, можно отметить, что его потенциал для снижения социального неравенства существует только при наличии жесткого государственного регулирования. В условиях свободного рынка он, как правило, работает в противоположном направлении. Стихийный, нерегулируемый медицинский туризм действует по принципу «побеждает сильный»: клиники, ориентированные на экспорт услуг, будут перетягивать к себе лучшие ресурсы, углубляя пропасть между элитными и массовыми медицинскими услугами. Чтобы этот потенциал реализовался, необходимы сознательные усилия государства. При этом проблема медицинского туризма и неравенства не может быть решена на одном уровне. Необходимы согласованные действия:

- на национальном уровне стран-реципиентов (табл. 1) — чтобы направить доходы от туризма на внутреннее развитие;
- на уровне международного сотрудничества (табл. 2) — чтобы устраниТЬ глобальные дисбалансы;
- на национальном уровне стран-доноров (табл. 3) — чтобы снизить саму потребность в «медицинской миграции».

Таблица 1

Меры государственного регулирования в странах-реципиентах

<i>Сфера регулирования</i>	<i>Конкретная мера</i>	<i>Ожидаемый результат</i>	<i>Потенциальные риски / ограничения реализации</i>
Фискальная политика	Введение целевого отчисления от деятельности с медицинскими туристами в фонд развития первичного звена государственной медицины	Прямое финансирование госсектора. Повышение доступности и качества медпомощи для всех граждан	Сопротивление частного сектора, риск ухода доходов в «тень», возможное снижение конкурентоспособности страны на глобальном рынке из-за роста цен
Кадровая политика	1. Обязательная отработка выпускников медвузов в госучреждениях. 2. Компенсационные выплаты от частных клиник за «переманивание» специалистов	Снижение «утечки мозгов». Сохранение кадрового потенциала в публичной системе здравоохранения	Риск снижения мотивации у медицинских работников, административные сложности контроля, возможное нарушение трудовых прав
Лицензирование и квотирование	Выдача лицензий на прием иностранцев только при условии выполнения социальных квот (например, 10% от объема услуг – бесплатно для льготных категорий)	Прямой доступ малообеспеченных граждан к высокотехнологичной помощи в частных клиниках. Повышение общественной легитимности медицинского туризма	Риск роста издержек для клиник, который может быть переложен на платных пациентов; возможное формальное выполнение квот с предоставлением услуг низкого качества

Предложенные меры государственного регулирования в странах-реципиентах являются критически важным шагом. Однако их эффективность может быть ограничена в условиях глобальной конкуренции и «утечки умов». Для закрепления положительного эффекта и решения проблемы на системном уровне необходимы согласованные действия в рамках международного сотрудничества, направленные на преобразование медицинского туризма из фактора неравенства в инструмент развития глобального здравоохранения.

Таблица 2
Меры международного регулирования и сотрудничества

<i>Направление сотрудничества</i>	<i>Конкретная мера</i>	<i>Ожидаемый результат</i>	<i>Потенциальные риски / ограничения реализации</i>
Разработка этических стандартов	Принятие под эгидой ВОЗ глобального этического кодекса, обязывающего клиники инвестировать часть прибыли от медицинского туризма в развитие местных систем здравоохранения	Снижение глобального неравенства. Прибыль от индустрии начинает работать на общественное благо, а не только на обогащение частных клиник	Добровольный характер кодекса может снизить его эффективность; сложность достижения консенсуса между странами с разными экономическими интересами
Профессиональный и технологический обмен	Стимулирование программ «больница – больнице» между ведущими центрами развитых и развивающихся стран для: — обмена знаниями и протоколами; — проведения телемедицинских консультаций	Повышение качества медицины в развивающихся странах. Создание стимулов для местных специалистов оставаться работать на месте. Повышение безопасности пациентов за счет послеоперационного сопровождения	Несимметричность обмена; зависимость от финансирования и технологической инфраструктуры
Прозрачность информации	Создание международной системы сертификации и проверки данных, которые брокеры и клиники предоставляют пациентам	Защита прав пациентов. Снижение рисков, связанных с недобросовестной рекламой и выбором некачественных услуг	Сложность унификации стандартов информации для разных стран; лоббирование со стороны крупных игроков рынка, не заинтересованных в полной прозрачности

Окончание табл. 2

Помощь в развитии систем здравоохранения	Направление целевой международной помощи на укрепление систем здравоохранения в беднейших странах (первичная помощь, специализированные услуги)	Снижение «миграции необходимости». Устранение коренной причины — недоступности медпомощи внутри страны. Снижение катастрофических расходов семей на лечение за рубежом	Коррупционные риски при распределении средств; «синдром донора», при котором местные власти перекладывают ответственность на внешний мир
--	---	--	--

Хотя страны-реципиенты и международное сообщество могут снижать негативные последствия медицинского туризма, ключевая причина явления — неравенство в доступности и качестве медицинской помощи между странами. В связи с этим и для стран-доноров требуется комплекс мер, призванных устраниить «выталкивающие» факторы, которые заставляют их граждан становиться медицинскими туристами в силу необходимости.

Таблица 3

Меры внутренней политики в странах-донорах пациентов

Цель регулирования	Конкретная мера	Ожидаемый результат	Потенциальные риски / ограничения реализации
Улучшение внутренней системы здравоохранения	Проведение реформ, направленных на: <ul style="list-style-type: none"> — сокращение очередей на плановые операции; — стимулирование внедрения новых медицинских технологий и развитие высокотехнологичной помощи (ВМП) через целевое финансирование, гранты и государственно-частное партнерство; 	Устранение ключевых мотивов для выезда за границу. Снижение нагрузки на систему за счет сохранения пациентов и их средств внутри страны. Повышение конкурентоспособности национальной медицины и сокращение «технологического разрыва» с ведущими медицинскими центрами мира	Высокая стоимость реформ и необходимость долгосрочных политических инвестиций; сопротивление лобби частных медицинских корпораций. Дополнительные бюджетные расходы на закупку оборудования и обучение персонала; риск неэффективного освоения средств и «точечного»

Окончание табл. 3

	— снижение стоимости лечения в частном секторе		развития технологий без системного эффекта
Защита прав граждан – медицинских туристов	1. Обязательное лицензирование и страхование ответственности для компаний-посредников. 2. Создание государственного информационного портала с проверенными данными о зарубежных клиниках	Снижение юридических и медицинских рисков для граждан. Формирование ответственного подхода к выбору лечения за рубежом	Создание бюрократических барьеров; сложность проверки и поддержания актуальности информации на портале в условиях быстро меняющегося рынка
Интеграция медицинского туризма в национальную систему	Стимулирование страховых компаний к включению в пакеты опций лечения в аккредитованных зарубежных клиниках	Легализация и регулирование потока. Снижение бюджетной нагрузки (для стран с государственной медициной), так как часть пациентов лечится за рубежом по договорам со страховщиками, а не за счет государства	Риск признания несостоительности национальной системы здравоохранения; дополнительные расходы для страховых компаний, которые могут привести к росту страховых взносов
Информирование населения	Проведение кампаний по информированию о потенциальных рисках лечения за границей (проблемы наблюдения, юридические сложности)	Повышение осведомленности граждан. Снижение количества конфликтных ситуаций и неудовлетворенности результатами лечения	Ограниченный охват и эффективность кампаний; противодействие со стороны лобби туроператоров и медицинских брокеров

Таким образом, только последовательная и взаимодополняющая реализация мер на всех уровнях – внутреннем (в странах-реципиентах и странах-донорах), международном – способна преоб-

разовать стихийный медицинский туризм в управляемый процесс. Такой подход позволяет не только извлекать экономические выгоды, но и минимизировать социальные издержки, обеспечивая справедливое распределение преимуществ глобализации здравоохранения и укрепляя принцип здоровья как фундаментального права человека, а не рыночной привилегии. В противном случае медицинская миграция не просто отражает существующее неравенство, но и активно его воспроизводит по нескольким направлениям.

Во-первых, происходит «утечка мозгов» медицинских кадров из государственного сектора бедных стран в частные клиники, обслуживающие иностранцев [2]. Это еще больше ослабляет национальные системы здравоохранения стран-доноров, углубляя разрыв в доступности медицины между различными социальными группами.

Во-вторых, внутри стран с социально ориентированной медициной медицинский туризм создает давление на систему. С одной стороны, он снижает очереди, с другой — он легитимирует идею о том, что решение проблем здравоохранения лежит в частной, а не публичной сфере, что может стать оправданием для недофинансирования последней. Это создает порочный круг: недофинансование здравоохранения ведет к росту очередей, что повышает вос требованность медицинского туризма среди тех, кто может себе это позволить, и дальнейшему ухудшению положения тех, кто такой возможности не имеет.

В-третьих, формируется новый класс «глобальных пациентов», чье здоровье и долголетие обеспечивается за счет транснациональных ресурсов. Это порождает новую форму социального исключения — биомедицинскую эксклюзию, когда доступ к здоровью и жизни зависит от способности оплатить трансграничные медицинские услуги.

Проведенный анализ позволяет заключить, что феномен медицинского туризма неразрывно связан с проблемой социального неравенства, выступая одновременно как ее следствие и причина. Он усиливает стратификацию внутри страны выезда, разделяя пациентов по имущественному признаку. Кроме того, он воспроизводит глобальные диспропорции, отвлекая ресурсы в странах-реципиентах от нужд местного населения и концентрируя их на обслуживании иностранных пациентов.

В перспективе бесконтрольное развитие медицинского туризма без внедрения эффективных механизмов регулирования и компенсации социальных издержек приведет к усилению кризиса на-

циональных систем здравоохранения и закреплению права на здоровье как рыночную, а не социальную категорию. Преодоление негативных последствий этого явления требует не ограничения мобильности пациентов, а глобальных усилий по уменьшению разрыва в качестве и доступности медицинской помощи между странами и социальными группами, что является одной из ключевых задач для международного сообщества XXI века.

Литература

1. Bourdieu P. The Forms of Capital // Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education. Greenwood Press, 1986. P. 241–258.
2. Connell J. Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification // Tourism Management. 2013. Vol. 34. P. 1–13. DOI: 10.1016/j.tourman.2012.05.009.
3. Hopkins L., Labonté R., Runnels V., Packer C. Medical Tourism today: What is the state of existing knowledge? // Journal of Public Health Policy. 2010. Vol. 31. № 2. P. 185–198.
4. Jalali M., Haghgoshayie E., Janati A. et al. Health tourism: a global perspective on the barriers and facilitators // Discov Public Health. 2025. Vol. 22. № 157. URL: <https://doi.org/10.1186/s12982-025-00545-2>.
5. Turner L. “Medical tourism” and the global marketplace in health services: U.S. patients, international hospitals, and the search for affordable health care // Int J Health Serv. 2010. № 40(3). P. 443–67. DOI: 10.2190/HS.40.3.d. PMID: 20799670.
6. Turner L. ‘First World Health Care at Third World Prices’: Globalization, Bioethics and Medical Tourism // BioSocieties. 2007. № 2 (3) P. 303–325. DOI: 10.1017/S1745855207005765.
7. Whittaker A. Pleasure and pain: Medical travel in Asia, Global Public Health // International Journal for Research, Policy and Practice. 2008. № 3 (3). P. 271–290.
8. Ананченкова П. И., Шегай М. М. Мотивация и потребительские предпочтения в медицинском туризме // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. № 30 (6). С. 1236–1239. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-6-1236-1239.
9. Игнатова Е. В. Современные тенденции развития рынка медицинского туризма: дис. ... канд. экон. наук / Е. В. Игнатова. СПб, 2020. 148 с.
10. Нестерова С. И. Въездной медицинский туризм в России: барьеры развития и стратегии привлечения иностранных пациентов // Вестник Самарского муниципального института управления. 2025. № 2. С. 36–51.
11. Объем мирового рынка медицинского туризма к 2034 году вырастет до \$142 млрд. URL: <https://the-tenge.kz/articles/rinok-medturizma-budgetrasti>.
12. Перминова А. Д., Смирнова Т. В. Этические и правовые проблемы

репродуктивного туризма // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: сборник статей V Международной (75 Все-российской) научно-практической конференции. Екатеринбург: Уральский государственный медицинский университет, 2020. Т. 3. С. 959–964.

*Статья поступила в редакцию 29.08.25 г.
Рекомендуется к опубликованию членом Экспертного совета
канд. социол. наук, доцентом Т. П. Карповой*