

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

МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ В ЭПОХУ ЦИФРОВИЗАЦИИ: УСИЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО НЕРАВЕНСТВА ЧЕРЕЗ ЦИФРОВОЙ РАЗРЫВ

В статье исследуется цифровая стратификация как новая форма социального неравенства в медицинском туризме; анализируется, как цифровой разрыв, накладываясь на традиционные виды неравенства (экономическое, образовательное, возрастное, территориальное), проявляется на уровнях доступа к технологиям, цифровой грамотности, коммуникативной компетентности и способности производить цифровой капитал. На основе данных мониторинга цифровой грамотности россиян, проведенного аналитическим центром НАФИ, выделены три группы потенциальных медицинских туристов России с разной степенью уязвимости. Раскрыты негативные последствия цифровой стратификации. В заключении предлагается комплексный подход к преодолению цифрового неравенства, включающий создание информационных порталов с достоверной информацией, развитие адресных образовательных программ, регулирование рынка цифровых посредников, а также проектирование инклюзивных цифровых сервисов и внедрение института цифровых навигаторов.

Ключевые слова: медицинский туризм, цифровая стратификация, социальное неравенство, цифровая грамотность, цифровой капитал, e-пациент.

Медицинский туризм, под которым традиционно понимается перемещение пациентов за пределы места постоянного проживания для получения медицинских услуг, долгое время изучался в контексте экономических, медицинских и юридических вопросов [3, 8, 10]. Однако цифровая трансформация общества внесла коренные изменения в эту практику. Процессы поиска клиник, организации поездки, консультации с врачами, послеоперационное наблюдение все чаще переносятся в онлайн-пространство [7]. На первый взгляд может показаться, что цифровизация упрощает доступ к информации, снижает асимметрию и расширяет возможности выбора. Однако более внимательное изучение данного феномена позволяет заключить, что развитие информационных технологий порождает более изоцирен-

ную форму социального расслоения – цифровую стратификацию в медицинском туризме [1, 2, 6].

Цель настоящего исследования – провести анализ цифровой стратификации как механизма усиления социального неравенства в сфере медицинского туризма.

Для достижения поставленной цели требуется решить следующие задачи:

1) раскрыть содержание понятия «цифровая стратификация» применительно к сфере медицинского туризма;

2) проанализировать проявления цифровой стратификации;

3) построить портрет успешного цифрового туриста;

4) выявить и охарактеризовать группы потенциальных медицинских туристов в России с разным уровнем цифровой уязвимости, опираясь на результаты исследования цифровой грамотности аналитического центра НАФИ;

5) систематизировать негативные социальные последствия цифровой стратификации в медицинском туризме;

6) разработать практические рекомендации по преодолению цифрового неравенства на институциональном, образовательном и сервисном уровнях.

Объект исследования – сфера медицинского туризма в условиях цифровой трансформации.

Предмет исследования – процесс цифровой стратификации и его взаимодействие с традиционными формами социального неравенства, ведущее к дифференциации доступа к медицинским услугам.

Понятие «цифровой разрыв» эволюционировало от простого различия в доступе к Интернету к более сложным формам, включающим разрыв в цифровых навыках, компетенциях и способности извлекать пользу из цифровых технологий [4]. Цифровая стратификация является следствием цифрового разрыва и описывает систематическое неравенство между социальными группами в их способности использовать цифровые ресурсы для улучшения своего положения, в данном случае – здоровья.

Цифровая стратификация накладывается на традиционные формы социального неравенства – экономическое, образовательное, возрастное, территориальное и проявляется на нескольких уровнях.

1. Доступ к технологиям.

Наличие высокоскоростного Интернета, современного компьютера или смартфона становится базовым условием. Качественные медицинские онлайн-платформы, агрегаторы и телемедицин-

ские сервисы часто являются платными, что создает финансовый фильтр на входе. Для жителей удаленных регионов или социально уязвимых групп этот барьер трудно преодолить.

2. Цифровая грамотность.

Умение отличить рекламный пост от научного обзора, проверить репутацию клиники, найти отзывы реальных пациентов — это сложный когнитивный навык. Люди с низкой цифровой грамотностью легко становятся жертвами мошенников или получают недостоверную информацию, на основе которой затем принимают нерациональные решения.

3. Коммуникативная компетентность.

Способность четко сформулировать проблему, особенно на иностранном языке, в переписке или во время телеконсультации, понять медицинскую терминологию — это особый вид культурного капитала, который распределен в обществе крайне неравномерно.

4. Производство цифрового капитала.

Наиболее продвинутые е-пациенты не просто потребляют имеющийся контент, но и производят его: пишут подробные отзывы, ведут блоги, участвуют в обсуждениях на форумах и т.д. Это формирует их цифровую репутацию и дает доступ к эксклюзивной информации и закрытым группам пациентов.

В результате цифровой стратификации формируется новый социальный тип — «успешный цифровой медицинский турист». Его портрет представлен в таблице 1.

Таблица 1

Портрет успешного цифрового медицинского туриста

<i>Параметр</i>	<i>Описание</i>
Образование и профессия	Как правило, имеет высшее образование, работает в сфере, связанной с информационными технологиями, наукой, менеджментом
Ценностные ориентации	Проявляет высокий уровень ответственности за свое здоровье, обладает проектной логикой поведения, рассматривая лечение как требующие тщательного планирования инвестиции в здоровье
Социальный капитал	Проявляет активность в профессиональных и социальных сетях, где обменивается опытом и рекомендациями
Культурный капитал	Владеет иностранными языками, знаком с основами доказательной медицины, обладает критическим мышлением

Противоположный тип — «цифровой аутсайдер» — сталкивается с высокими барьерами на каждом этапе получения медицинской услуги: от поиска информации до послеоперационных коммуникаций с клиникой. Он ограничивается первыми страницами выдачи поисковых систем, которые часто содержат платные рекламные объявления медицинских организаций и посредников; подвержен влиянию непроверенной информации, маркетинговых уловок и не обладает навыками верификации данных. Это создает информационную ловушку, ведущую к выбору неоптимальных или даже опасных услуг (в том случае, если цифровой аутсайдер вообще доходит до этого этапа).

Цифровая стратификация несет следующие негативные последствия.

1. Цифровая стратификация не только предоставляет привилегии одним, но и лишает возможности других. Доступ к лучшим мировым медицинским практикам становится прерогативой цифровой элиты, усиливая разрыв в показателях здоровья, качества и продолжительности жизни между разными социальными группами.

2. Пациенты с низким цифровым капиталом могут стать жертвами недобросовестных посредников, которые манипулируют недостатком информации, навязывая дорогостоящие и не всегда необходимые услуги.

3. Алгоритмы поисковых систем и социальных сетей подстраиваются под уровень грамотности и предпочтения пользователя, предлагая ему ограниченный и не всегда объективный набор альтернатив. Это лишает человека возможности принять действительно взвешенное решение.

4. Чрезмерная зависимость от цифровых платформ и алгоритмических рекомендаций может подрывать доверительные отношения между пациентом и врачом, что может привести к несоблюдению больным врачебных назначений и затруднять лечение.

Эмпирической иллюстрацией проявления цифровой стратификации на уровне навыков и компетенций могут послужить данные мониторинга цифровой грамотности, проведенного НАФИ [5]. На их основе можно выделить три ключевые страты потенциальных медицинских туристов России, существенно различающиеся по уровню цифровой уязвимости и возможностям на глобальном медицинском рынке (табл. 2).

Таблица 2

Стратификация потенциальных медицинских туристов России по уровню цифрового капитала и компетенций

Параметр	Цифровые профессионалы (32%)	Уверенные пользователи с пробелами (66%)	Цифровые аутсайдеры (2%)
Демографический портрет	Жители мегаполисов, 45-54 года, чаще мужчины	Преобладают женщины, жители городов разного размера, разного возраста	Пожилые люди, молодежь до 24 лет, жители малых городов и сел
Ключевые цифровые компетенции	Способны к глубокому анализу, переписке на иностранных языках, критической оценке информации, использованию специализированных платформ	Общая уверенность в использовании технологий, но имеются структурные проблемы (см. ниже)	Низкие цифровые навыки в целом
Основные риски и уязвимости	Минимальные риски благодаря высокому цифровому капиталу	1. Неспособность к совместной работе над документами (затрудняет взаимодействие с клиникой). 2. Низкая осведомленность о безопасности данных (риск утечки конфиденциальной информации мошенникам). 3. Слабые навыки создания визуального контента (ограничивает дистанционную коммуникацию с врачом). Все это ведет к повышенной зависимости от посредников	1. Критически низкие навыки оценки достоверности информации. 2. Незнание основ безопасности персональных данных. 3. Непонимание облачных сервисов. Все это ведет к высокому риску мошенничества, невозможности самостоятельной навигации на глобальном медицинском рынке
Поведенческая модель в медицинском туризме	Самостоятельный, информированный выбор. Активное производство цифрового капитала (отзывы, блоги)	Частичная самостоятельность, но с опорой на посредников для преодоления пробелов	Полная зависимость от третьих лиц (родственников, посредников) или отказ от услуги

Данные мониторинга цифровой грамотности НАФИ и данные таблицы 2 позволяют не только констатировать наличие цифрово-

го разрыва в России, но и прогнозировать его конкретное влияние на сферу медицинского туризма, в частности, следующее.

1. Воспроизводство регионального и возрастного неравенства. Преимущество жителей мегаполисов и лиц зрелого возраста (45-54 года), составляющих костяк «цифровых профессионалов», создает ситуацию, где шансы на организацию сложного лечения за пределами места проживания, а особенно за рубежом, коррелируют не только с доходом, но и с местом жительства и датой рождения.

2. Финансовые риски и риски выбора неоптимального набора услуг для самой многочисленной группы населения России. Около двух третей населения, относящихся к «уверенным пользователям», из-за структурных пробелов в навыках вынуждены делегировать поиск и организацию поездки посредникам. Это повышает их финансовые издержки и делает мишенью для недобросовестных агентов, формируя модель систематической уязвимости к недобросовестным коммерческим практикам.

3. Полная эксклюзия уязвимых групп. Для цифровых аутсайдеров (пожилые, молодежь с низкими цифровыми навыками, жители небольших населенных пунктов) цифровая среда медицинского туризма остается закрытой, что лишает их одного из потенциальных инструментов решения сложных медицинских проблем.

Преодоление цифровой стратификации требует комплексного подхода, направленного на все три уровня цифрового разрыва — доступ, навыки и использование. Меры должны быть адресными и учитывать особенности наиболее уязвимых групп, формируя целостную экосистему поддержки.

Первым шагом является создание надежной информационной и правовой среды на государственном уровне. Ключевым решением здесь представляется разработка национального верифицированного портала-навигатора по медицинскому туризму. Такой ресурс, аккумулирующий проверенные данные о клиниках, врачах, отзывах и стандартах безопасности, стал бы мощным инструментом против алгоритмического неравенства и накруток рейтингов. Он предоставил бы гражданам объективную информацию, снижая зависимость от порядочности посредников.

Одновременно с этим требуется регулирование рынка цифровых посредников через введение систем сертификации и механизмов общественного контроля. Это позволило бы защитить пациентов от использования их уязвимого положения, когда недостаток цифровых компетенций оборачивается как финансовыми потерями, так и риском для здоровья вследствие навязывания дорого-

стоящих и ненужных, а иногда даже опасных услуг.

Однако даже при наличии доступа к технологиям и информации решающее значение приобретает человеческий капитал. Образовательные инициативы должны трансформироваться из обучения общей цифровой грамотности к формированию прикладных навыков. Речь идет о практико-ориентированных программах, которые учат не просто пользоваться Интернетом, а критически оценивать источники, безопасно работать с облачными документами и эффективно выстраивать коммуникации, в т.ч. с зарубежными клиниками.

Особое внимание должно уделяться адресной работе с наиболее социально незащищенными группами населения. Здесь важно учитывать патерналистские установки представителей старшего поколения, которые зачастую уверены, что цифровую грамотность людей должно развивать прежде всего государство (рис. 1). Это создает дополнительные сложности в цифровом просвещении. Для преодоления повышенной уязвимости пожилых людей необходимы такие форматы, как программы «Цифровой навигатор 55+». Их эффективность возрастет, если обучение будет проводиться в привычной и доверительной среде – на базе МФЦ, центров социального обслуживания, с разбором конкретных, жизненных кейсов.

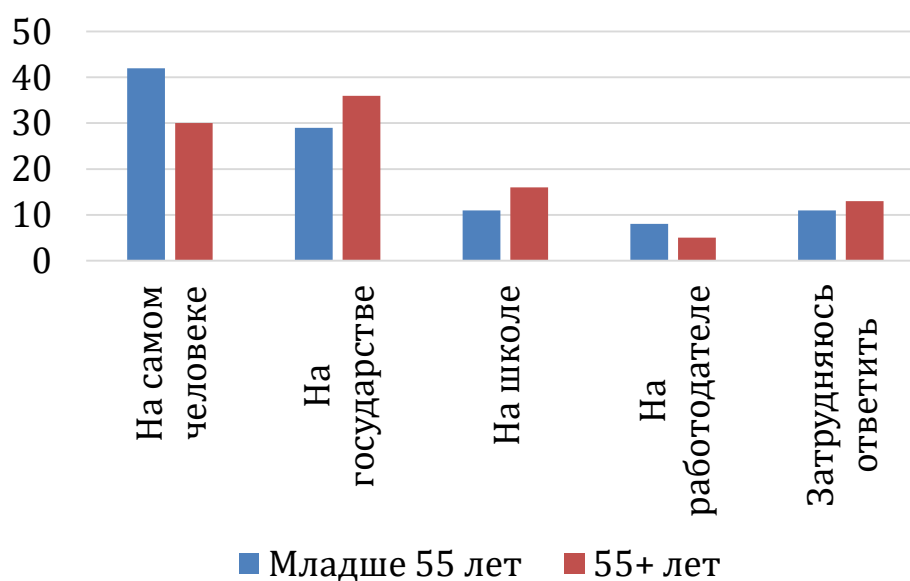


Рис. 1. Ответы на вопрос «Есть разные мнения относительно того, на ком лежит основная ответственность за обучение людей цифровым технологиям. А на ваш взгляд, на ком лежит эта ответственность?», в % от всех опрошенных [5]

Важным элементом экосистемы являются меры, которые медицинские учреждения и цифровые платформы могут реализовать непосредственно на уровне сервиса. Технологический прогресс должен

быть инклюзивным. Разработка интуитивно понятных интерфейсов с многоязычной поддержкой, крупным шрифтом, голосовыми подсказками и простой навигацией позволяет снизить когнитивную нагрузку для всех пользователей, независимо от уровня их подготовки.

Тем, кому даже упрощенные интерфейсы непонятны, может помочь внедрение института цифровых навигаторов – персональных консультантов при клиниках. Эти специалисты должны помогать пациентам организовать телеконсультацию, передать документы или настроить связь, компенсируя тем самым недостаток цифровых компетенций и обеспечивая непрерывность процесса лечения. Развитие сообществ e-пациентов, где опытные участники делятся знаниями с новичками, также поспособствует накоплению цифрового капитала.

Подводя итог, можно констатировать, что цифровизация медицинского туризма, обещавшая прозрачность, доступность и персонализацию, на деле в отсутствие целенаправленной социальной политики создала новое поле для социальной дифференциации [9]. Однако цифровая стратификация является не неизбежным следствием технологического прогресса, а результатом его стихийного, нерегулируемого развития в условиях уже существующего социального расслоения. Она становится механизмом, который не только воспроизводит традиционные формы неравенства (экономическое, образовательное и т.п.), но и генерирует новые, основанные на владении цифровыми компетенциями и доступом к информационным сетям.

Следовательно, текущий вызов, стоящий перед обществом, состоит не в противостоянии цифровизации, а в подчинении технологического развития задачам социальной справедливости. Преодоление цифровой стратификации требует выхода за рамки простого расширения доступа в Интернет. Необходимы целенаправленные усилия по:

- развитию медицинской и цифровой грамотности населения;
- созданию независимых, в том числе государственных, платформ-агрегаторов с проверенной информацией;
- поддержке интуитивно понятных консультационных сервисов.

Таким образом, проблема цифровой стратификации в медицинском туризме – это не узкотехнологическая, а острая социальная проблема. Ее решение лежит в плоскости признания цифровой компетенции новым фундаментальным правом человека в цифровую эпоху, от которого напрямую зависит право на жизнь и здоровье.

Литература

1. Hargittai E. The Digital Reproduction of Inequality. In Social Stratification / Ed. D. Grusky. CO: Westview Press, 2008. P. 936–944.
2. Van Dijk J. The Digital Divide. Medford: Polity Press, 2020. 208 p.
3. Ананченкова П. И. Медицинский туризм и драйверы его развития // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2022. № 4. С. 38–42. DOI: 10.25742/NRIPH.2022.04.007.
4. Беляцкая Т. Н., Князькова В. С. Цифровой разрыв в современном информационном обществе // Экономическая наука сегодня. 2019. Вып. 10. С. 209–217.
5. Индекс цифровой грамотности-2024: цифровая грамотность россиян не растет третий год подряд / Аналитический центр НАФИ. URL: <https://nafi.ru/analytics/indeks-tsifrovoy-gramotnosti-2024-tsifrovaya-gramotnost-rossiyan-ne-rastet-tretiy-god-podryad-/>.
6. Мартыненко Т. С., Добринская Д. Е. Социальное неравенство в эпоху искусственного интеллекта: от цифрового к алгоритмическому разрыву // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2021. № 1. С. 171–192. DOI: 10.14515/monitoring.2021.1.1807.
7. Медведева Е. И., Александрова О. А., Крошилин С. В. Телемедицина в современных условиях: отношение социума и вектор развития // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2022. Т. 15. № 3. С. 200–222. DOI: 10.15838/esc.2022.3.81.11.
8. 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.
9. Осипова Н. Г. Социальное неравенство в современном мире // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2019. Т. 25. № 4. С. 124–153. DOI: 10.24290/1029-3736-2019-25-4-124-153.
10. Рошин Д. О., Магомедов И. Р. Медицинский туризм: анализ причин временного выезда из места постоянного проживания в целях получения медицинской помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 58–62. DOI: 10.69541/NRIPH.2024.04.009.

*Статья поступила в редакцию 29.09.25 г.
Рекомендуется к опубликованию членом Экспертного совета
канд. социол. наук, доцентом Т. П. Карповой*