

УДК 316.62+330.16

© С. И. НЕСТЕРОВА¹, В. Г. ЧУМАК², 2025

^{1,2} Самарский университет государственного управления
«Международный институт рынка»
(Университет «МИР»), Россия

E-mail ¹: nesvig@mail.ru

E-mail ²: imi@imi-samara.ru

КОГНИТИВНЫЕ ЛОВУШКИ В СОЦИАЛЬНОМ КОНТЕКСТЕ: КАК ЦИФРОВАЯ СРЕДА ФОРМИРУЕТ РЕШЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТУРИСТОВ

В статье исследуются механизмы потребительского поведения и принятия решений в сфере медицинского туризма через призму поведенческой экономики и нейромаркетинга. Авторы доказывают, что высокая неопределенность, эмоциональная нагрузка и сложность оценки качества медицинских услуг делают пациентов особенно уязвимыми перед когнитивными искажениями и манипулятивными практиками в цифровой среде. На основе анализа выделены ключевые когнитивные ловушки, активно эксплуатируемые клиниками, агрегаторами, платформами отзывов и цифровыми посредниками. Показано, что алгоритмическое управление вниманием и эмоциональный дизайн цифровых интерфейсов превращают процесс выбора клиники из рационального анализа в управляемую эмоциональную реакцию, что усугубляет проблему превращения доверия в товар (коммодификации доверия). Рассмотрены принципы этичного диджитала и предложены меры по защите пациентов.

Ключевые слова: медицинский туризм, поведенческая экономика, нейромаркетинг, принятие решений, когнитивные искажения, цифровая среда, потребительское поведение, асимметрия информации, манипуляция, цифровая ловушка.

Цифровая трансформация рынка медицинских услуг кардинально изменила не только каналы коммуникации, но и сам процесс принятия решения пациентом о лечении за рубежом. Если раньше отзывы друзей, родственников, знакомых и рекомендации лечащего врача формировали основу для выбора той или иной альтернативы, то сегодня ключевую роль играют цифровые платформы, агрегаторы и социальные сети, предлагающие огромное количество информации, зачастую носящей противоречивый характер [7]. Классические модели рационального выбора, основанные на максимизации полезности при полной информации, оказываются несостоятель-

ными для объяснения поведения медицинского туриста. В условиях высокой неопределенности и эмоциональной вовлеченности, когда качество услуги невозможно оценить до ее потребления, пациент оказывается в ситуации перманентного стресса и когнитивной перегрузки. Описанные условия являются идеальной средой для действия когнитивных искажений — систематических ошибок мышления, изучаемых поведенческой экономикой. Цифровая среда не только отражает эти искажения, но и активно усиливает их с целью управления потребительским выбором. Именно этим и занимается нейромаркетинг, изучающий подсознательные реакции мозга на маркетинговые стимулы.

Применение нейромаркетинга в столь чувствительной сфере, связанной со здоровьем и жизнью, порождает фундаментальные этические вопросы. Проведенные исследования в области нейротики фиксируют, что основные возникающие здесь дилеммы связаны с угрозами потери приватности данных, а также страхом потребителей перед «контролем над разумом» и манипуляцией их решениями в состоянии уязвимости [14].

Целью настоящего исследования является анализ механизмов принятия решений пациентами на глобальном рынке медицинского туризма в условиях цифровой среды с использованием инструментария поведенческой экономики и нейромаркетинга.

Для достижения поставленной цели требуется решить следующие задачи:

- 1) выявить ключевые когнитивные искажения, влияющие на выбор пациента в контексте медицинского туризма;
- 2) проанализировать, как цифровые платформы и маркетинговые коммуникации целенаправленно эксплуатируют эти искажения;
- 3) рассмотреть влияние культурного контекста на восприимчивость к когнитивным ловушкам;
- 4) исследовать роль эмоционального дизайна и алгоритмического управления вниманием в формировании предпочтений;
- 5) описать модель цифровой ловушки — цикл манипуляции в процессе выбора клиники;
- 6) рассмотреть концептуальную модель перехода от манипуляции к этичному наджингу в цифровой среде медицинского туризма;
- 7) разработать рекомендации по защите пациентов от манипулятивных практик и развитию поведенческой грамотности.

Объект исследования — процесс принятия решения о выборе

медицинской услуги за рубежом в цифровой среде.

Предмет исследования — когнитивные искажения и нейромаркетинговые техники, влияющие на данный процесс, а также их последствия.

Для понимания механизмов, лежащих в основе поведенческих паттернов, необходимо обратиться к теоретическому фундаменту, который предоставляют поведенческая экономика и нейромаркетинг. Эти дисциплины дают ключ к расшифровке иррациональных, но систематических ошибок, совершаемых пациентами в условиях цифровой среды.

Поведенческая экономика, отвергая постулат о полной рациональности *Homo economicus*, демонстрирует, что люди при принятии решений руководствуются ментальными сокращениями и подвержены когнитивным искажениям [2, 3, 4, 16]. В условиях медицинского туризма, где ставки чрезвычайно высоки, а информация сложна и асимметрична, эти искажения проявляются наиболее ярко.

Нейромаркетинг, применяя методы нейронаук (ЭЭГ, фМРТ, айтрекинг), изучает подсознательные реакции потребителей на бренды, рекламу, дизайн упаковки и цифровые интерфейсы. Его главная задача — найти «кнопки» мозга, отвечающие за эмоции, доверие и желание, чтобы создавать маркетинговые стимулы, позволяющие обходить рациональный контроль [6, 9]. В медицинском туризме объектами нейромаркетингового воздействия становятся веб-сайты клиник, отзывы, дизайн личных кабинетов, виртуальные туры по больницам и т.п.

Эффективность проектирования цифровых стимулов основана на особенностях работы мозга, важнейшей из которых является крайне высокая скорость формирования первого впечатления [18]. Эмпирические исследования показывают, что оценка визуальной привлекательности цифрового интерфейса формируется в течение 50–500 миллисекунд — быстрее, чем включается сознательное, аналитическое мышление [17]. Эта мгновенная, до-когнитивная реакция создает мощный эмоциональный якорь и объясняет, почему дизайн цифрового интерфейса становится первичным триггером доверия, часто перевешивающим последующий рациональный анализ медицинских показателей [11].

Цветовая палитра (спокойные синие и зеленые тона ассоциируются с безопасностью и здоровьем), шрифты, интерактивные элементы — все это проектируется для управления эмоциональным состоянием пользователя. Цветовые решения, баланс элементов, качество графики — все эти параметры, как показано в работе [17],

воспринимаются и оцениваются на уровне висцеральной реакции практически мгновенно. Их корреляция с общей оценкой «визуальной привлекательности» крайне высока ($r^2 > 0,86$). Это означает, что в цифровой среде форма первична по отношению к содержанию, особенно в условиях стресса и когнитивной перегрузки, в которой находится пациент. Цель дизайна — снизить тревожность, связанную с принятием решения, создать чувство контроля и оптимизма, что в конечном итоге подтолкнет к «правильному» действию.

Рассмотрим основные когнитивные ловушки для медицинского туриста в цифровом пространстве.

1. Эффект якоря. Первоначально увиденная цена или информация служит «якорем», относительно которого человек дает все последующие оценки. Недобросовестные клиники и посредники, использующие данный прием, указывают на сайте завышенную «стартовую» цену на услугу, которая затем «снижается» за счет «специального предложения» или покупки «пакета». Пациент, сравнивая итоговую сумму с якорем, воспринимает ее как выгодную, даже если она завышена относительно рынка.

2. Эвристика доступности. Люди оценивают вероятность или значимость события по тому, насколько легко оно приходит на ум. Более вероятными и частыми представляются те события, которые легче вспоминаются. В цифровой среде эта когнитивная ловушка создается через визуальный контент и ранжирование. Клиники инвестируют в создание очень эмоционального контента — видео с благодарными пациентами, трагическими историями болезней, заканчивающимися полным выздоровлением или устойчивой ремиссией, высококачественные 3D-анимации операций. Такой контент легче запоминается и воспроизводится, вытесняя сухие цифры статистики успешности лечения или данные об осложнениях. Платформы продвигают контент с высоким вовлечением, делая именно его более доступным для потенциальных пациентов.

3. Стадный инстинкт. В условиях неопределенности люди демонстрируют склонность действовать как большинство, считая коллективный выбор более безопасным и обоснованным. Это когнитивное искажение лежит в основе техники социального доказательства, которая целенаправленно создает иллюзию массового предпочтения. Механизм особенно эффективен в условиях ослабления социальных связей. Согласно данным глобального исследования Edelman Trust Barometer в среднем 62% респондентов в 27 странах согласны с утверждением, что «социальные связи, скреплявшие общество, ослабли», а 65% считают, что «неуважение и отсутствие

взаимной вежливости достигли исторического максимума» [13]. Эти данные свидетельствуют о глубоком кризисе социального капитала. На этом фоне цифровые агрегаторы предлагают иллюзорную замену утраченного социального капитала: алгоритмически сгенерированное «мнение толпы» в виде рейтингов и счетчиков [7]. Для мозга, перегруженного информацией и лишенного традиционных ориентиров доверия, такой ярлык становится не только удобным, но и психологически необходимым для снижения тревоги.

4. Неприятие потери. Психологическая боль от потери существенно превышает удовольствие от эквивалентного приобретения, что активно используется в маркетинге [10]. Типичные приемы — ограниченные по времени предложения («скидка действует только 24 часа»), бронирование с депозитом, который «сгорит» при отказе от покупки. На сайтах клиник и посредников могут применяться таймеры обратного отсчета, всплывающие окна, оповещающие о количестве просматривающих данное предложение при ограничении акции количеством участников. Страх упустить выгоду и потерять уже «принадлежащие» ему деньги подталкивают пациента к поспешному, недостаточно обдуманному решению.

5. Иллюзия контроля. В условиях высокой неопределенности и беспомощности, обусловленной болезнью, цифровые платформы предлагают мощный, но зачастую ложный инструментарий для восстановления чувства контроля. Возможность самостоятельно сравнивать десятки клиник по фильтрам, изучать в деталях 3D-туры по палатам, читать биографии врачей, собирать свой пакет услуг и определять с помощью калькулятора стоимость услуг создает у пациента ощущение, что он полностью управляет процессом выбора и минимизирует риски. Однако эта иллюзия отвлекает от ключевых, но слабо оцифровываемых рисков: реальной квалификации конкретной медицинской бригады, различий в судебных системах, полноты послеоперационного сопровождения, психологической поддержки в другой стране и т.д. Пациент, уверенный в своем достаточном исследовательском опыте, может пренебречь юридическими консультациями [12] или страховкой от осложнений, полагаясь на свой технологически усиленный анализ.

6. Предвзятость подтверждения. Как только у пациента формируется предварительное предпочтение (например, на основе стереотипа о «лучшей немецкой медицине» или впечатления от дизайна сайта), он начинает произвольно искать, интерпретировать и запоминать информацию, подтверждающую это мнение, игнорируя

противоречащие данные. Цифровые платформы и поисковые системы усугубляют эту предвзятость, срабатывает пузырь фильтров. Если пользователь несколько раз выбрал для прочтения статьи о достижениях кардиохирургии в Германии, алгоритм будет показывать ему все больше позитивного контента на эту тему, постепенно исключая информацию о достижениях кардиохирургии других стран. Таким образом, изначальная склонность превращается в неоспоримую «истину», подкрепленную данными, тщательно отобранными цифровой средой. Пациент, «подтвердивший» свой выбор, становится невосприимчив к альтернативам и тревожным сигналам, что резко повышает риски постконтрактного оппортунизма и разочарования.

7. Эффект ореола (гало-эффект). Общее положительное впечатление от одного аспекта переносится на всю оценку объекта. Дорогой, эстетически безупречный дизайн сайта клиники, наличие логотипов международных аккредитаций, фотографии современного оборудования создают впечатление высочайшего уровня всей медицинской помощи в данном месте, даже если квалификация врача или протоколы лечения не соответствуют заявленному уровню.

Эмпирические исследования механизмов выбора в цифровой среде подтверждают, что рациональная оценка медицинских показателей часто уступает место упрощенным суждениям. Так, эксперименты показывают, что рейтинги госпиталя, с которым аффилирован врач, оказывают большее влияние на выбор пациента, чем персональные рейтинги самого медицинского работника [21]. Это прямое свидетельство работы гало-эффекта: общее впечатление от организации («хорошая больница») автоматически переносится на оценку конкретного врача, что упрощает принятие решения в условиях перегруженности информацией. Более того, в контексте выбора специалиста пациенты склонны придавать значительно больший вес показателям клинических исходов больницы, нежели оценкам клиентского опыта [21]. Это указывает на попытку рационализации выбора через «объективные» метрики в высокорисковых ситуациях, однако сама эта оценка часто основывается не на глубинном анализе данных, а на упрощенном восприятии рейтинга как символа надежности.

Эффективность нейромаркетинговых техник и глубина воздействия когнитивных искажений не являются универсальными — они в значительной мере определяются культурными нормами и ценностями пациента [20].

В коллективистских культурах (страны Восточной Азии, Ближнего Востока, Латинской Америки) особенно мощное воздействие

оказывают техники, апеллирующие к стадному инстинкту и социальному доказательству. Указание на то, что процедуру «выбрали уже сотни пациентов из вашей страны», наличие отзывов на родном языке становятся критически важными триггерами. В индивидуалистических культурах (Северная Америка, Западная Европа) может быть несколько выше восприимчивость к техникам, создающим иллюзию контроля и персонализации.

В высококонтекстуальных культурах (Япония, Китай, арабские страны) огромное значение имеют невербальные сигналы и эмоциональный тон коммуникации [1]. Эмоциональный сторителлинг, построенный на уважении, семейных ценностях и гармонии, здесь будет эффективнее, чем в низкоконтекстуальных культурах (США, Германия, Швейцария), где выше запрос на факты и цифры.

В культурах с высокой дистанцией власти (многие страны Азии, арабского мира) пациенты в большей степени склонны доверять авторитетным фигурам и институциональным знакам. Здесь чрезвычайно действенен эффект ореола, создаваемый титулами, наличием государственных наград, логотипами престижных западных аккредитаций. В культурах с низкой дистанцией власти (Скандинавия, Германия, США) пациенты могут проявлять больший скептицизм к чисто статусным атрибутам, ожидая вместо этого прозрачности данных и равноправного диалога с врачом.

Перечисленные когнитивные ловушки не существуют сами по себе. Они усиливаются и систематизируются благодаря особенностям самой цифровой среды. Алгоритмическое управление контентом и эмоциональный дизайн интерфейсов целенаправленно создает архитектуру выбора, которая активизирует эти искажения и направляет потребителя к заранее определенному решению.

Модель цифровой ловушки можно представить следующим образом.

Этап 1. Цифровой триггер.

Платформа или клиника целенаправленно предъявляет стимул: эмоциональный нарратив (сторителлинг), акцентированное социальное доказательство (рейтинг), визуальный символ статуса (фотография оборудования и здания), элемент страха упустить выгоду (таймер).

Этап 2. Активация когнитивного искажения.

Триггер избирательно воздействует на конкретную когнитивную уязвимость пациента, находящегося в состоянии стресса и информационной перегрузки. Срабатывает эффект якоря, стадный ин-

стинкт, эвристика доступности, неприятие потерь.

Этап 3. Поведенческая реакция.

Под влиянием искажения и сниженной способности к рациональной оценке пациент совершает предсказуемое действие: выбирает «специальное предложение», отправляет запрос в клинику из топа выдачи, принимает решение под давлением дедлайна, игнорирует негативные отзывы.

Этап 4. Последствие и обратная связь.

Результатом становится импульсивный, недостаточно информированный выбор. Алгоритмы фиксируют эту успешную конверсию, интерпретируя использованные триггеры как эффективные. В дальнейшем они будут чаще показывать аналогичный контент не только данному пользователю, но и другим, похожим на него.

Этап 5. Новая реальность.

Пациент, попавший в ловушку, сталкивается с последствиями выбора: финансовыми потерями, психологическим дистрессом, медицинскими рисками. Для новых же пользователей цикл начинается заново: их внимание с помощью выверенных алгоритмов сразу захватывают самые эффективные триггеры.

Таким образом, модель демонстрирует не случайность, а системность манипуляций. Цифровая среда медицинского туризма эволюционирует в самообучающуюся систему, которая использует и постоянно оптимизирует эксплуатацию человеческих уязвимостей, превращая ловушку в стандартный режим работы рынка.

Опыт других отраслей, таких как гостиничный бизнес, доказывает, что технические меры, повышающие стоимость и трудоемкость манипуляции (например, обязательная верификация пользователей), статистически значимо снижают уровень фейковых отзывов [19]. Этот вывод важен для медицинского туризма: архитектура цифровых платформ напрямую влияет на качество и достоверность информации, а значит, и на качество решений, принимаемых пациентами.

Основываясь на этом, к ключевым институциональным мерам защиты медицинских туристов можно отнести следующие.

1. Внедрение стандартов цифровой этики для медицинских платформ. Необходимо обязать агрегаторов и клиники раскрывать принципы ранжирования, четко маркировать платное продвижение, запретить использование таймеров и ложных сообщений о дефиците для медицинских услуг.

2. Создание верифицированных порталов-навигаторов, где дизайн и алгоритмы работают в интересах пациента, а не продавца.

Такие платформы должны:

- предоставлять информацию в стандартизированном, сравнимом виде;
- внедрять принудительные паузы — требовать от пользователя подтвердить, что он ознакомился с базовой информацией о рисках перед переходом к контактам клиник;
- использовать нарративы предосторожности — размещать нейтральные, основанные на фактах предупреждения рядом с эмоциональными историями пациентов.

3. Развитие поведенческой (цифровой) грамотности пациентов. Образовательные программы для потенциальных медицинских туристов должны включать не только уроки по поиску информации, но и основы распознавания когнитивных ловушек, например: «Что такое эффект якоря и как его избежать?», «Как отличить социальное доказательство от накрутки?».

4. Стимулирование рационального дизайна. Используя те же методы поведенческой экономики, можно подталкивать пациентов к лучшим решениям. Например, алгоритм навигатора по умолчанию может сортировать клиники не по популярности (подтвержденной манипуляциями), а по индексу «цена/качество» на основе верифицированных данных, предлагая этот вариант по умолчанию, но оставляя возможность выбора другого.

Интенсивное использование когнитивных уязвимостей и нейромаркетинговых техник в сфере, связанной с жизнью и здоровьем, поднимает фундаментальные этические вопросы, выходящие за рамки коммерческой эффективности. Здоровье не является рядовым товаром, а пациент в состоянии стресса и неопределенности обладает пониженной автономией в принятии решений.

Отсюда следует, что классическое понятие уязвимости должно быть расширено. Уязвимым считается не только тот, кто не может дать информированное согласие (недееспособные), но и тот, чье психоэмоциональное состояние (стресс, тревога) или поведенческие паттерны (склонность к компульсивным решениям) делают его мишенью для манипуляции [14]. Именно в таком состоянии находится пациент, выбирающий клинику за рубежом.

Сознательная эксплуатация этого состояния для максимизации прибыли может квалифицироваться как форма институционального насилия, приводящая к ущербу на трех уровнях:

- медицинский: выбор неоптимальных, избыточных или рискованных процедур под влиянием искусственно созданного ажиотажа или эмоционального давления. Так, именно на фоне агрессив-

ной рекламы произошла серия смертей британских пациенток после операции в турецких клиниках. Расследование напрямую связало эти смерти с безответственной рекламой, которая побуждала к «легкому» решению, умалчивая о рисках и необходимости полноценных очных консультаций [15];

– финансовый: катастрофические расходы, вызванные импульсивными решениями, скрытыми комиссиями или навязанными дополнительными услугами;

– психологический: глубокое разочарование, кризис доверия и посттравматический стресс при столкновении с реальностью, не соответствующей цифровому, приукрашенному нарративу.

Ярким примером комплексного ущерба является случай, описанный главным онкологом Казахстана Е. Бекмухамбетовым [5]. Пациентке Айгерим за границей ошибочно диагностировали рак яичников вместо рака молочной железы, в результате чего она в течение 8 месяцев перенесла 6 курсов тяжелой и ненужной химиотерапии с осложнениями. Этот инцидент привел не только к физическим страданиям и колоссальным финансовым потерям, но и к глубокой психологической травме, вызванной крушением надежд на «спасительное» лечение.

В ответ на эти вызовы в практике ведущих международных клиник формируется тренд на внедрение принципов этичного наджинга [8], который представляет собой качественно иную парадигму воздействия (табл. 1).

Таблица 1

Сравнение нейромаркетинга и этичного наджинга

| <i>Критерий</i> | <i>Парадигма манипуляции (нейромаркетинг)</i> | <i>Парадигма этичного наджинга</i> |
|--------------------|--|--|
| Главная цель | Максимизация конверсии и прибыли клиники / платформы | Поддержка автономии пациента, обеспечение информированного выбора и благополучия |
| Основа воздействия | Эксплуатация когнитивных уязвимостей в условиях стресса и неопределенности | Компенсация когнитивных ограничений |
| Роль пациента | Объект воздействия, источник экономической ренты | Субъект принятия решения, партнер в процессе выбора |

Окончание табл. 1

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| Ключевые методы | Скрытые триггеры (страх упустить выгоду, якорение), пузырь фильтров, эмоциональный дизайн без упоминания рисков, накрученное социальное доказательство | Приоритетное отображение верифицированных данных (риски, исходы лечения), встроенные чек-листы и «принудительные паузы», сочетание эмоциональных нарративов с нарративами предосторожности, прямое подключение к сервисам второго мнения |
| Принцип работы алгоритмов | Показывать то, на что пользователь скорее отреагирует | Показывать то, что наилучшим образом соответствует медицинским потребностям (данные об эффективности, репутация врача и т.п.) |
| Отношение к доверию | Доверие как товар, который можно сымитировать через маркетинг | Доверие как результат прозрачности, проверяемости и этичного диалога |
| Долгосрочный результат для рынка | Рыночные искажения, вытеснение качественных, но плохо продаваемых услуг | Повышение эффективности рынка, конкуренция на основе реального качества и результатов |
| Этический статус | Форма институционального насилия, использование уязвимого положения клиента | Форма институциональной заботы, направленная на поддержку благополучия и информированного выбора пациента |

В отличие от манипулятивного нейромаркетинга, наджинг в медицинском туризме может быть направлен на:

— повышение прозрачности (дизайн-решения, которые делают ключевую информацию более заметной, например, сравнительные таблицы рисков и выгод разных методик, представленные на главной странице);

— стимулирование рефлексии (интерактивные чек-листы, такие как «Обсудили ли вы план Б с независимым экспертом?», встроенные в процесс заявки);

— упрощение доступа к независимой экспертизе (прямые ссылки на платформы для получения второго мнения от врачей, не аффи-

лированных с клиникой, в качестве стандартного, легко доступного шага).

Таким образом, этический вызов состоит в переориентации правил поведения с целей извлечения ренты на цели поддержки автономии и благополучия пациента.

Основываясь на анализе когнитивных ловушек и нейромаркетинговых техник, можно сформулировать конкретные методы противодействия для потенциальных медицинских туристов, направленные на восстановление контроля над процессом принятия решения.

1. Создание искусственной паузы. Следует противодействовать страху упустить выгоду и импульсивности, введя обязательное правило: «никаких решений в день первого знакомства с предложением». Нужно дать эмоциям (страху, надежде) улечься, чтобы включилось критическое мышление.

2. Целенаправленный поиск когнитивного диссонанса. Следует осознанно бороться с предвзятостью подтверждения. Нужно сформулировать гипотезу («эта клиника в Турции — лучший выбор») и выделить время на поиск информации, которая опровергает эту гипотезу: нужно найти негативные отзывы на независимых форумах, изучить судебные иски, задать прямой вопрос клинике о статистике осложнений.

3. Деконструирование социального доказательства. Не следует принимать рейтинги как безусловную истину. Нужно помнить, что за ними часто стоит эксплуатация стадного инстинкта. Важно спросить себя: «Что стоит за этими цифрами?». Нужно использовать специализированные сервисы для проверки отзывов на искусственность. Следует искать не большее количество отзывов, а отдавать предпочтение их качеству и детальности.

4. Введение в процесс независимого арбитра. Главным консультантом должен быть не продавец услуги (посредник, менеджер клиники), а независимый эксперт — лечащий врач или платный консультант, чей доход не зависит от выбора конкретной зарубежной клиники. Важно получить второе медицинское мнение по уже предложенному плану лечения.

5. Требование оцифровки доверия. Нужно сместить фокус с эмоциональных нарративов на верифицируемые данные. Следует запрашивать и проверять действующие лицензии, научные публикации ключевых специалистов по данной проблеме, прозрачные данные об исходах лечения по нужной процедуре. Отсутствие такой информации — сам по себе мощный сигнал.

Данные мероприятия позволяют пациенту не стать пассивным объектом манипуляций, а превратить цифровую среду из угрозы в инструмент для взвешенного, информационного и ответственного выбора.

Подводя итог, можно констатировать, что будущее медицинского туризма зависит от баланса между технологическими возможностями и этической ответственностью. Логичным развитием такого подхода могло бы стать развитие концепции «нейроправ» — специальной правовой категории, призванной защищать ментальную автономию, целостность и приватность от вмешательства нейротехнологий. Внедрение таких принципов в регулирование цифровых медицинских платформ стало бы логичным переходом от защиты данных к защите самого процесса принятия решений. В противном случае цифровой рынок медицинских услуг рискует окончательно превратиться из инструмента доступа к лечению в инструмент по эксплуатации человеческих уязвимостей.

Литература

1. Андреева С. М., Андреева А. М. Место и роль высоко- и низкоконтекстных культур в межкультурной коммуникации // Вестник БГТУ им. В. Г. Шухова. 2014. №3. С. 227–231.
2. Ариели Д. Предсказуемая иррациональность. Скрытые силы, определяющие наши решения. М.: Альпина Паблишер, 2020. 336 с.
3. Канеман Д. Думай медленно... решай быстро. М.: АСТ, 2013. 521 с.
4. Канеман Д., Словик П., Тверски А. Принятие решений в неопределенности: Правила и предубеждения. Харьков: Институт прикладной психологии «Гуманитарный Центр», 2005. 632 с.
5. Когда лечение за границей оборачивается разочарованием: что важно знать пациентам? URL: <https://onco.kz/kogda-lechenie-za-graniczej-oborachivaetsya-razocharovaniem-chto-vazhno-znat-pacziendam>.
6. Льюис Д. Нейромаркетинг в действии. Как проникнуть в мозг покупателя. М.: МИФ, 2015. 304 с.
7. Нестерова С. И. Рыночная логика против солидарности: как медицинский туризм усиливает социальное неравенство // Вестник Самарского муниципального института управления. 2025. № 3. С. 7–21.
8. Талер Р., Санстейн К. Nudge. Архитектура выбора. Как улучшить наши решения о здоровье, благосостоянии и счастье. М.: МИФ, 2020. 240 с.
9. Трайндл А. Нейромаркетинг: Визуализация эмоций. М.: Альпина паблишер, 2016. 114 с.
10. Трегубова А. А., Рудяга А. А. Поведенческий эффект отворачивания к потере: подходы к статистическому анализу // Учет и статистика. 2020. № 2 (58). С. 95–101.

11. Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса. М.: «Э», 2018. 256 с.
12. Фомина Т. А., Власов Я. В., Сергеева С. Ю., Асташина Е. Е. Модели формирования ответственного поведения пациента в практике деятельности пациентских НКО // Вестник Самарского муниципального института управления. 2025. № 2. С. 63–70.
13. Edelman Trust Barometer: Global Report 2023. URL: <https://www.edelman.com/sites/g/files/aatuss191/files/2023-03/2023%20Edelman%20Trust%20Barometer%20Global%20Report%20FINAL.pdf>.
14. Ferrell M. L., Beatty A., Dubljevic V. The Ethics of Neuromarketing: A Rapid Review // Neuroethics. 2025. Vol. 18. № 1. Pp. 1–22.
15. Javed A. Advertisements of Turkish cosmetic surgery clinics banned for being 'irresponsible'. URL: <https://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/turkey-cosmetic-clinics-ads-banned-b2418805.html>.
16. Kahneman D., Tversky A. Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk // Econometrica. 1979. Vol. 47. № 2. Pp. 263–291.
17. Lindgaard G., Fernandes G., Dudek C., Brown J. Attention web designers: You have 50 milliseconds to make a good first impression! // Behaviour & Information Technology. 2006. Vol. 25. № 2. Pp. 115–125.
18. Lindstrom M. Buyology: Truth and Lies About Why We Buy. Doubleday, 2008. 256 p.
19. Mayzlin D., Dover Y., Chevalier J. Promotional Reviews: An Empirical Investigation of Online Review Manipulation // American Economic Review. 2014. Vol. 104. № 8. Pp. 2421–2455.
20. Zaltman G. How Customers Think: Essential Insights into the Mind of the Market. Harvard Business Review Press, 2003. 352 p.
21. Zhu Y. & Piercy C. W. Impact of Online Patient Reviews: Three Choice-based Conjoint Experiments of Hospital and Physician Ratings // Journal of Communication Technology. 2024. Vol. 6. Is. 1. Pp. 1–23. DOI: 10.51548/joctec.6.1.2024.01.

*Статья поступила в редакцию 29.10.25 г.
Рекомендуется к опубликованию членом Экспертного совета
канд. социол. наук, доцентом Т. П. Карповой*