УДК 338.48+316.3+330.837

© С. И. Нестерова, *2026*

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

E-mail: nesvig@mail.ru

ПОСТКОНТРАКТНАЯ УЯЗВИМОСТЬ КАК ФОРМА СОЦИАЛЬНОГО ИСКЛЮЧЕНИЯ В ТРАНСНАЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ТУРИЗМЕ

Статья посвящена постконтрактной уязвимости, возникающей у пациентов, вернувшихся в страну проживания после лечения за рубежом. На основе экономико-социологического анализа выделяются факторы, которые создают условия для постконтрактного оппортунизма со стороны посредников и клиник. Предложена темпоральная модель эскалации уязвимости, включающая четыре фазы (ожидание, институциональное столкновение, исчерпание ресурсов, идентитарная трансформация). Описаны социальные последствия феномена: утрата доверия к медицинским институтам, вторичная стигматизация, формирование идентичности «профессионального пострадавшего». В заключении намечены пути преодоления постконтрактной уязвимости.

Ключевые слова: медицинский туризм, постконтрактная уязвимость, постконтрактный оппортунизм, социальное исключение, транснациональное здравоохранение, фрагментация ответственности, юрисдикционный разрыв.

Глобальный рынок медицинского туризма переживает в последние годы резкий рост, поэтому часто становится объектом изучения специалистами разных сфер. Однако в большинстве случаев исследования сосредотачиваются на этапах до и во время лечения: мотивации пациентов, когнитивных ловушках выбора, организации лечения и т.п. Период возвращения пациента в страну проживания практически не подвергается анализу. Однако именно на этом этапе материализуются риски, заложенные асимметрией информации, институциональным вакуумом, дисбалансом стимулов акторов [12]. Возникая после завершения лечения за рубежом, постконтрактная уязвимость создает уникальную форму социального исключения,

ранее почти не описываемую в социологии медицины.

Классическое социальное исключение предполагает входные барьеры: отсутствие денег, визы, страховки. Однако постконтрактная уязвимость — это то, что достается «победителю» — медицинскому туристу, успешно получившему услугу.

Например, гражданин России был прооперирован в Германии. Контракт исполнен, пациент возвращается на родину. Но именно с этого момента он попадает в «серую» зону: дома его система ОМС/ДМС уже не воспринимает как «своего» (лечение за границей — личная инициатива), а зарубежная клиника больше не несет за него ответственности (послеоперационное сопровождение не входит в стандартный пакет). При этом социальное исключение здесь парадоксально: чем успешнее прошло медицинское вмешательство, тем быстрее пациент окажется в правовом и социальном вакууме.

Цель настоящей работы — анализ постконтрактного этапа как особой зоны социальной уязвимости, порождающей новые формы социального исключения и воспроизводства неравенства.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие *задачи*:

1) определить специфику постконтрактной фазы в трансграничном здравоохранении;

2) выявить темпоральную динамику уязвимости и механизмы трансформации идентичности;

3) проанализировать институциональные и коммуникативные механизмы возникновения постконтрактного оппортунизма со стороны клиник и посредников;

4) описать социальные последствия и предложить направления преодоления постконтрактной уязвимости.

Объект исследования — медицинские туристы, прошедшие лечение за рубежом и столкнувшиеся с проблемами в постконтрактный период после возвращения в страну проживания.

Предмет исследования — трансформация социальной идентичности медицинского туриста (от «успешного потребителя медицинской услуги» до «профессионального пострадавшего» или «социально изолированного») как ключевое последствие постконтрактного оппортунизма.

С точки зрения институциональной экономики [1, 9], сделка в сфере медицинского туризма обладает тремя ключевыми характеристиками, которые делают постконтрактный этап особенно проблемным.

Во-первых, в случае с медицинским туризмом можно говорить

о высокой специфичности активов. Пациент, отправляясь на лечение за рубеж, вкладывает огромные ресурсы (физические, эмоциональные, финансовые, временные), но главное — доверяет свое здоровье конкретной клинике и конкретному врачу. После начала лечения выйти из сделки без потерь невозможно. Таким образом, пациент становится ее заложником. Подобная необратимость становится для клиник стимулом к постконтрактому оппортунизму. Эта ловушка может быть продемонстрирована на примере дела Ashamu v. Get Slim [2]. Пациентка, соблазнившись привлекательной ценой пакетного предложения, доверила свою жизнь турецкой клинике. Однако после операции у женщины развились тяжелые осложнения. В критический момент, когда пациентка находилась в реанимации, в течение 50 минут не велось никакого мониторинга ее состояния — она оказалась в полной зависимости от клиники, которая не смогла обеспечить даже базовый уход. Спасти пациентку не удалось.

Во-вторых, медицина — это область с крайне асимметричным распределением информации. Причем даже после проведения медицинского вмешательства реципиент услуги остается наименее информированной стороной. Он не может достоверно определить, в полном ли объеме были оказаны услуги, применялись ли заявленные материалы, соблюдались ли протоколы лечения, было ли осложнение результатом врачебной ошибки или было объективно неизбежным. Клиника же обладает всей полнотой информации и может предоставлять ее фрагментарно [11]. Нередки случаи, когда после возвращения пациента домой клиника блокирует доступ к ключевым данным. Например, жительница Новой Зеландии после операции по снижению веса в Турции вернулась домой с тяжелыми осложнениями и провела 12 недель в больнице. Когда местные врачи попытались получить от турецких коллег информацию о лечении пациентки, те отказались их предоставить. Новозеландский хирург, комментируя эту ситуацию, заявил, что подобная тяжесть осложнений вряд ли бы возникла, если бы женщину лечили по местным стандартам. Однако без документации из Турции невозможно ни доказать вину клиники, ни получить компенсацию [4].

В-третьих, нельзя не отметить юрисдикционный разрыв. После возвращения домой пациент сталкивается с почти непреодолимыми барьерами: судебное преследование зарубежной клиники требует финансов, времени, знаний, которых у большинства в нужном объеме нет. Договор часто содержит оговорки о применимости права страны клиники, что делает подачу иска бесперспективным [8]. Даже при самых благоприятных обстоятельствах пациент сталкива-

ется с проблемой: какой стандарт качества применять? Так, в деле Clarke v. Kaleciński [3] гражданка Великобритании, перенесшая операцию в Польше и вернувшаяся домой с тяжелым сепсисом, была вынуждена доказывать, что польский хирург должен был следовать британским, а не польским стандартам, поскольку его веб-сайт был ориентирован на британскую аудиторию. Более того, популярные пакетные предложения клиник часто предлагаются на условиях, максимально затрудняющих любые претензии: неполный перевод договора, отказ от предоставления документации после возвращения пациента домой и уклонение от коммуникаций — все это обычная практика [5]. В результате даже при очевидной врачебной ошибке для медицинского туриста перспектива судебной защиты остается только теоретической.

Можно выделить четыре основные причины, делающие медицинский постконтрактный оппортунизм возможным.

Во-первых, отсутствие механизмов удержания. В классических контрактах с высокой специфичностью активов стороны используют залоги, эскроу-счета и т.п. механизмы. В медицинском туризме вся сумма выплачивается, как правило, «до» или «в начале» лечения. У пациента мало рычагов воздействия на медицинскую организацию и посредника после того, как клиент покинул страну лечения.

Во-вторых, слабость транснационального принуждения. Даже если у пациента есть формальные права по договору, реализовать их через суд в стране клиники — почти непосильная задача.

В-третьих, слабость отрицательного влияния на репутацию клиники со стороны отдельных пациентов. Один медицинский турист с осложнениями вряд ли сможет нанести серьезный репутационный ущерб клинике, если только этот нарратив не станет вирусным. Клиника рассчитывает, что отдельные неудачные случаи не повлияют на общий поток пациентов, поскольку негативные отзывы потонут в маркетинговом шуме.

В-четвертых, конфликт интересов посредника и пациента. Посредник, как правило, получает комиссию от клиники, поэтому его стимул — завершить сделку, а не обеспечить долгосрочное качество. Постконтрактный этап для него — это дополнительные издержки без дополнительного дохода, поэтому он систематически «забывает» о пациенте после получения оплаты.

Постконтрактная уязвимость — это не статичное состояние, она приобретает новые формы и меняет интенсивность на разных этапах возвращения пациента домой (табл. 1).

Таблица 1

Эскалация постконтрактной уязвимости

Фаза	*Действия пациента*	*Институциональный ответ*
Фаза ожидания	Мониторинг симптомов, сравнение с «нормой». Поиск дополнительной информации в интернете, в медицинских сообществах и т.п. Повторные запросы в клинику / посреднику. Отсрочка обращения к местным врачам	Молчание посредника (игнорирование сообщений, деактивация чатов). Формальные отписки от клиники
Фаза институционального столкновения	Обращение к местным врачам за помощью. Попытки перевести и систематизировать зарубежную документацию. Начало самостигматизации («может, я что-то сделал не так?»). Селективное обсуждение проблем с близкими	Отказ местных врачей в помощи: «я не знаю, что там делали». Требование полной документации на родном языке. Рекомендация «вернуться туда, где оперировали»
Фаза исчерпания индивидуальных ресурсов	Поиск юристов, изучение перспектив иска. Вступление в сообщества «жертв медицинского туризма». Краудфандинг на долечивание или коррекцию. Эмоциональное выгорание («я устал бороться»)	Формальные отказы страховых компаний («осложнения не покрываются страховкой», «истек срок подачи претензии»). Истечение сроков досудебного урегулирования по договору с клиникой. Отсутствие реакции регуляторов на жалобы
Фаза идентитарной трансформации	Принятие идентичности «пострадавшего от медицинского туризма». Активная деятельность (петиции, разоблачения, помощь другим, оказавшимся в схожих условиях) или социальная изоляция. Хроническая настороженность к любым медицинским институтам	Отсутствие системных изменений в регулировании. Накопление претендентов, которые могут в дальнейшем послужить основанием для реформ

Анализ таблицы 1 позволяет выделить три ключевых аспекта временной динамики уязвимости:

1) акторы живут в разных временных режимах. Для клиники контракт зачастую завершается выпиской, для пациента же в это время наступает фаза неопределенности. Этот темпоральный разрыв усиливает ощущение покинутости.

2) на этапах до заключения контракта и во время его выполнения пациент привыкает к определенному графику взаимодействия. После завершения медицинских манипуляций он сталкивается с разрывом привычного темпа: после возвращения на родину реципиент услуги оказывается в режиме ожидания без четких перспектив. Это подрывает его способность планировать и действовать.

3) каждый этап усиливает уязвимость. Если на первой стадии пациент мог рассчитывать на собственную информированность и ресурсы, то к концу третьей фазы он сталкивается с истощением финансовых, эмоциональных и социальных резервов.

С точки зрения социологии, оппортунизм клиник и посредников следует расценивать не только как недобросовестное поведение, но и как разрушение социальных отношений, которые лежали в основе принимаемых пациентом решений.

Во-первых, когда медицинские организации и посредники перестают отвечать на запросы пациента после его возвращения на родину, они нарушают привычную схему коммуникаций, совершая акт социального дистанцирования. По сути, они говорят пациенту, которого ранее воспринимали как «своего», что теперь он «чужой», с которым не надо поддерживать отношения. Чем более интенсивными были коммуникации на этапах подготовки к медицинским вмешательствам и лечения, тем сильнее реципиент услуги будет переживать разрыв привязанности и тем более травматичным станет для него такое отчуждение.

В транснациональном медицинском туризме уязвимость пациента усугубляется «условием иностранности», при котором врач воспринимает пациента как гостя, понимая, что тот долго в стране не задержится [7]. Именно эта установка на гостеприимство, а не на долгосрочные отношения в сочетании с коммерциализацией медицины провоцирует разрыв коммуникации после завершения оплаченного этапа лечения.

Во-вторых, отказ от ответственности за осложнения после медицинских вмешательств и перекладывание вины на пациента ведут к его моральному исключению. Когда медицинскому туристу говорят, что негативные последствия связаны с особенностями его ор-

ганизма, которые нельзя было предвидеть, или с тем, что он нарушил предписания врачей, по сути, пациенту дается сигнал: «ты не справился», «проблема в тебе, а не в нас», «ты не такой, каким нужно было быть». Это может привести к тому, что медицинский турист:

— начинает винить себя в произошедшем (пациент может считать, что сам сделал что-то не так, даже если следовал всем инструкциям);

— социально изолируется (пациент перестает рассказывать о своем опыте, боясь осуждения и комментариев «сам виноват»);

— не обращается за помощью к местному врачу, полагая, что тот не станет ему помогать, поскольку не проводил это медицинское вмешательство.

В-третьих, при непредоставлении документов о лечении за рубежом пациент лишается возможности в дальнейшем рассказать объективно о своем опыте: он не может при обращении к новому врачу точно описать схемы лечения и их результаты, а в случае врачебной ошибки не может требовать ее признания.

Пациент, столкнувшийся с постконтрактным оппортунизмом, переживает социальную травму, имеющую долгосрочные последствия для социальной идентичности и доверия.

Медицинский турист утрачивает способность доверять не только конкретным клинике, врачу и посреднику, но и системе в целом, любым институтам, связанным со здоровьем и лечением. Это может проявляться в отказе от плановой диспансеризации, игнорировании симптомов, скепсисе в отношении рекомендаций медицинских работников даже национальной системы здравоохранения. Кроме того, пострадавший свои негативные оценки будет распространять среди окружающих (друзей, знакомых, коллег, родственников), прививая им недоверие к медицинскому туризму в целом, в том числе к добросовестным игрокам этого рынка [12].

Пациент, столкнувшийся с осложнениями после лечения за рубежом, часто подвергается вторичной стигматизации – навешиванию вины за сам выбор («зачем поехал?», «надо было лечиться здесь»), за неспособность правильно организовать лечение («надо было выбирать клинику получше»), за неспособность справиться с последствиями («сам виноват в своем положении»).

В отличие от первичной стигмы (например, наличия заболевания), вторичная стигма воспринимается более болезненно. Многие пострадавшие вследствие этого перестают общаться с некогда близкими людьми из-за осуждения, меняют круг общения, скрывают детали своего травмирующего опыта. Особенно остро эта про-

блема проявляется в небольших населенных пунктах, где все друг друга знают. Подобные новости быстро становятся известны, и за пострадавшим закрепляется статус «неудачника», «простака, который поддался маркетинговым обещаниям», «транжиры» и т.п.

Некоторые пациенты, пережившие постконтрактный оппортунизм, становятся профессиональными пострадавшими. Они:

— тратят огромное количество ресурсов на поиск правды (обращаются во всевозможные инстанции, пишут жалобы, собирают подписи, изучают похожие случаи с другими людьми, общаются с ними и т.п.);

— вступают в сообщества «жертв медицинского туризма», где получают признание и поддержку;

— аккумулируют экспертное знание о мошеннических схемах и делятся им с потенциальными пациентами.

Такая трансформация, с одной стороны, служит компенсацией, поскольку возвращает чувство контроля и социальной значимости. С другой стороны, она консервирует травму, не позволяя пациенту вернуться к полноценной деятельности, восстанавливая здоровье и радуясь жизни. Помимо этого, профессиональные пострадавшие могут сознательно дискредитировать весь институт медицинского туризма, экстраполируя свой неудачный опыт на систему в целом и мешая ее развитию.

Преодоление постконтрактной уязвимости требует системной трансформации социальных отношений.

В настоящее время в отсутствии формальных институтов пациенты создают сообщества, выполняющие функции информационной, эмоциональной и практической поддержки. Они снижают остроту проблемы, но не обладают легитимностью для правопринуждения. Их потенциал может быть усилен через государственные гранты и интеграцию в систему защиты прав потребителей медицинских услуг.

Целесообразно введение института навигаторов — профессионалов, помогающих получить и перевести документацию, организовать телемедицинские консультации, разъяснить права и обязанности, а также выступить посредниками между пациентом и системой здравоохранения. Навигаторы могли бы работать при государственных центрах или НКО.

Независимые комиссии при министерствах или ассоциациях могли бы выносить решения о наличии оппортунизма или объективной неизбежности осложнений. Данный вердикт выполнял бы функцию социального признания, снимая с медицинского туриста

вину и формируя прецедентную базу для регуляторных изменений.

Импортированные осложнения должны быть нормативно закреплены. При их признании пациент должен получать право на диагностику и лечение в рамках государственных гарантий. Это бы отвечало принципу общественного здоровья.

В качестве одной из причин, делающей постконтрактный оппортунизм возможным, выше было названо отсутствие механизмов удержания. Для исправления ситуации можно предложить модели, представленные в таблице 2.

Таблица 2

Модели удержания

Модель	*Описание*	*Ответственная сторона*
Эскроу-агент	Пациент переводит *X*% суммы на эскроу-счет, *Y*% – авансовый платеж. Оставшаяся сумма выплачивается клинике только после предоставления полного пакета документации и подтверждения отсутствия осложнений через *Z* месяцев	Банк в нейтральной юрисдикции
Страховой депозит	Клиника получает полную сумму, но обязана приобрести страховой полис «отложенных рисков» на имя пациента на X месяцев	Страховая компания в стране пациента
Гарантия через ассоциацию	Клиники, являющиеся членами туристических ассоциаций, депонируют гарантийный взнос в общий фонд. При доказанном постконтрактном оппортунизме пациент получает компенсацию из фонда	Отраслевая ассоциация

Необходима разработка и внедрение обязательного приложения к договору на лечение, включающего:

— письменный послеоперационный план на языке пациента с детальным перечнем разрешенных и запрещенных действий, сим-

птомов, требующих обращений к врачу;

— график обязательных телеконсультаций с правом пациента инициировать дополнительную встречу;

— обязательство клиники предоставить полную выписку на двух языках (страны клиники и страны пациента) в течение 14 дней после выписки;

— механизм досудебного урегулирования — обязательный арбитраж с онлайн участием, решения которого признаются сторонами.

Такой протокол может быть внедрен через международные аккредитационные организации как условие сертификации.

Необходимо развитие специализированных страховых продуктов, покрывающих:

— расходы на диагностику и лечение осложнений, возникающих в течение X месяцев после возвращения;

— юридические издержки при досудебном или судебном преследовании недобросовестных акторов;

— расходы на повторную операцию или иное медицинское вмешательство в стране проживания, если первичное лечение привело к неудовлетворительному результату по вине клиники.

Такие полисы могут продаваться как опция при покупке медицинского тура.

Важно создание публичного, верифицированного реестра клиник с обязательной отчетностью по отсроченным результатам лечения (например, 6–12 месяцев). Таким образом пациент перед выбором клиники сможет ознакомиться не только с объемом проведенных операций и отзывами, но сможет увидеть и объективные показатели: частоту осложнений в отсроченном периоде, процент повторных обращений, удовлетворенность через год. Это создаст рыночный стимул для клиник инвестировать в постлечебное сопровождение, поскольку плохие показатели будут негативно влиять на поток пациентов.

Для посредников также требуется усиление ответственности, в частности:

— введение обязательного лицензирования посредников в медицинском туризме с залогом и банковской гарантией;

— законодательное закрепление солидарной ответственности посредника и клиники по постконтрактным обязательствам;

— обязательное раскрытие комиссии посредника пациенту до подписания договора.

Некоторые страны-реципиенты (Индия, Турция, Таиланд) уже

вводят элементы такого регулирования, но их действия разрознены [6, 13, 14].

Пациент должен быть уведомлен о постконтрактных рисках до того, как подпишет контракт, поэтому рекомендуется:

1) включение в памятки для медицинских туристов раздела «Защита после лечения» с чек-листом вопросов к клинике;

2) создание государственных консультационных служб для планирующих лечение за рубежом (как в Германии, где пациент может бесплатно получить информацию о рисках и правах [10]).

Таким образом, постконтрактная уязвимость представляет собой одну из форм социального исключения, порожденную самой логикой транснационального медицинского туризма. Она не является следствием неудачи или бедности пациента, а, напротив, наступает после успешного получения услуги и тем самым демонстрирует институциональный вакуум на стыке юрисдикций. Предложенная в статье темпоральная модель и описанные социальные последствия требуют не только теоретического осмысления, но и выработки практических механизмов — от независимых этических комиссий до признания импортированных осложнений национальными системами здравоохранения.

Литература

1. Akerlof G. A. The Market for “Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism // The Quarterly Journal of Economics. 1970. Vol. 84. Issue. 3. Pp. 488–500.

2. Ashamu v Tracey Ozdemir T/A Get Slim in Turkey [2025] EWHC (QB). URL: https://www.dekachambers.com/2026/02/05/ashamu-v-tracey-ozdemir-t-a-get-slim-in-turkey-2025-ewhc-qb.

3. Clarke v. Kaleciński & Ors [2022] EWHC 488 (QB). 08 March 2022. BAILII. URL: https://www.bailii.org/ew/cases/EWHC/QB/2022/488.html.

4. Ellingham J. Woman spends six weeks in hospital after overseas operation // Radio New Zealand. 2025. 7 November. URL: https://www.rnz.co.nz/life/people/to-be-honest-it-s-just-a-mess-i-ve-never-seen-anything-as-bad-as-it.

5. Hidden Dangers Of Package Deals & Medical Malpractice Turkey // Mondaq. 27 November 2025. URL: https://webiiis08.mondaq.com/turkey/ professional-negligence/1710860.

6. Khan S. A. Healthcare Laws in India: What Medical Tourists Need to Know. 17 December 2024. URL: https://globalhealthtrip.com/blogs/healthcare-laws-in-india-what-medical-tourists-need-to-know.

7. Skountridaki K. The Patient-Doctor Relationship in the Transnational Healthcare Context // Sociology of Health and Illness. 2019. Vol. 41. № 8.

Pp. 1685-1705. DOI: 10.1111/1467-9566.12995.

8. Taylor M. Healthcare: booming medical tourism industry presents challenges for patient safety and redress. 9 December 2024. URL: https://prod-bo.ibanet.org/medical-tourism-industry.

9. Williamson O. E. The Economic Institutions of Capitalism. Firms, Market, Relational Contracting. The Free Press, Macmillan Inc. 1985.

10. Конфликт с врачом? Теперь – не беда! Вам поможет независимая консультационная служба пациентов. URL: https://www.tvrus.eu/news/people/konflikt-s-vrachom-teper-ne-beda-vam-pomozhet-nezavisimaya-konsultacionnaya-sluzhba-pacientov.

11. Кратенко М. В., Мороз В. П. Проблемы доказывания в медицинских спорах: сравнительный анализ права России, Беларуси и стран Евросоюза // Вестник Пермского университета. Юридические науки. 2021. № 54. С. 766–789.

12. Нестерова С. И. Доверие как институт воспроизводства неравенства: социальная уязвимость в трансграничном медицинском туризме // Вестник Самарского муниципального института управления. 2026. № 1. С. 31–42.

13. Основные изменения в секторе медицинского туризма Турции: обновление нормативно-правовой базы на 2025 год. URL: https://www.asylegal.com/ru/Изменения-в-секторе-медицинского-туризма-в-Турции:-обновление-за-2025-год.

14. Петрова Г. Д., Кальва Х., Чернышев Е. В., Смитгал Д. Л. Количественное исследование рынка медицинского туризма в Таиланде // Здоровье мегаполиса: электронный журнал. 2024. Т. 5. № 1. С. 41–53. URL: https://www.city-healthcare.com/jour/article/view/77.

Статья поступила в редакцию 02.06.26 г.
Рекомендуется к опубликованию членом Экспертного совета
канд. социол. наук, доцентом Т. П. Карповой