



МОСКОВСКАЯ
МЕДИЦИНА



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

18+

ПОД ОБЩЕЙ РЕДАКЦИЕЙ Е.И. АКСЕНОВОЙ

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ НАУКИ

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ АСПИРАНТОВ
ПО ИТОГАМ ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ



фото: НИИОЗММ

МОСКВА
2026

Государственное бюджетное учреждение города Москвы
«Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы»

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ НАУКИ

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ АСПИРАНТОВ
ПО ИТОГАМ ЕЖЕГОДНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ

Москва
14 марта 2026 года

Под общей редакцией Е.И. Аксеновой

*Работа выполнена в рамках Государственного задания
в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»*

Москва
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
2026

УДК 614.2
ББК 51.1

Составитель: Г. Д. Петрова

Консультант: Е. В. Чернышёв

Современные проблемы науки [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции, Москва, 14 марта 2026 года / сост. Г. Д. Петрова; под общ. ред. Е. И. Аксеновой. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2026. – URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/sborniki/>. – Загл. с экрана. – 207 с.

ISBN 978-5-908096-02-7

В сборнике представлены научные труды аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции «Современные проблемы науки». Издание посвящено актуальным вопросам развития медицинского туризма как комплексной междисциплинарной области, интегрирующей управленческие, экономические, правовые, социологические и философские аспекты.

В центре внимания авторов – философия пациентоцентричности, цифровая трансформация отрасли (внедрение искусственного интеллекта, больших данных), управление репутацией и брендинг территорий, а также механизмы обеспечения биобезопасности и репутационных рисков в постпандемную эпоху. Значительное место в сборнике отведено вопросам управления человеческим капиталом, подготовке кадров для индустрии медицинского туризма, разработке интегрированных моделей организации помощи иностранным пациентам в многопрофильных стационарах.

Особый блок статей раскрывает социокультурные и правовые аспекты: кросс-культурную коммуникацию в клинической практике, защиту персональных данных в соответствии с международными требованиями, этические и религиозные нормы («медицинский халяль», «медицинский кошер»), а также философию информированного согласия в межкультурном пространстве. Авторы анализируют поведенческие модели иностранных пациентов, социологический портрет потребителя медицинских услуг в России, проблемы трансляции культурных кодов в маркетинговых коммуникациях.

Отдельные разделы сборника посвящены управлению конкурентоспособностью российского медицинского туризма на глобальном рынке, развитию превентивного и wellness-направлений, логистике и созданию бесшовного сервиса, а также оценке эффективности программ медицинского туризма с учётом экономических, медицинских и социокультурных результатов.

Издание адресовано научным и практикующим специалистам в сфере управления здравоохранением, организаторам медицинского туризма, преподавателям, аспирантам и магистрантам, интересующимся современными проблемами и перспективами развития экспорта медицинских услуг в Российской Федерации.

УДК 614.2
ББК 51.1

*Утверждено и рекомендовано к печати Научно-методическим советом
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
(Протокол № 4 от 21 апреля 2026 г.)*

Самостоятельное электронное издание сетевого распространения

Минимальные системные требования: браузер Internet Explorer/Safari и др.;
скорость подключения к Сети 1 МБ/с и выше.

ISBN 978-5-908096-02-7



9 785908 096027 >

© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2026

СОДЕРЖАНИЕ

Бородин Александр Владимирович.

Применение искусственного интеллекта в менеджменте: цифровые угрозы3

СЕКЦИЯ «ФИЛОСОФСКО-УПРАВЛЕНЧЕСКИЙ ДИСКУРС ИНДУСТРИИ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА»..... 11

Каналина Юлия Сергеевна.

Управление репутацией и брендинг территории как центра медицинского туризма.....12

Кузнецов Артем Никитович.

Цифровая трансформация медицинского туризма:

управление процессами с помощью ИИ и большими данными.....22

Майоров Александр Юрьевич.

Управление устойчивым развитием и экологическим имиджем в медицинском туризме36

Подорванов Даниил Дмитриевич.

Механизмы управления комплексным медицинским туристским продуктом

в условиях кластерного взаимодействия.....46

Харченко Олег Александрович.

Управление развитием превентивного и wellness-направления в медицинском туризме.....56

Шевелева Татьяна Михайловна.

Управление логистикой медицинского туризма:

создание бесшовного сервиса для пациентов65

СЕКЦИЯ «ФЕНОМЕН МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА:

ФИЛОСОФИЯ ГЛОБАЛЬНОГО РЫНКА ЗДОРОВЬЯ» 76

Адамия Александр Вахтангович.

Правовые и социологические аспекты защиты персональных данных иностранных

пациентов в соответствии с российским и международным законодательством России77

Брянцева Екатерина Павловна.

Социологический портрет и поведенческие модели иностранного

пациента в России: мотивация, ожидания, пути принятия решений.....84

Дановская Галина Анатольевна.

Управление конкурентоспособностью российского медицинского туризма на глобальном рынке: философия «мягкой силы» и экономического суверенитета России.....92

Исакова Дарья Александровна.

Москва как драйвер и транслятор инноваций в системе внутреннего медицинского туризма России: теоретические основы и практика цифровой трансформации.....100

Караяниди Лира Константиновна.

Разработка интегрированной модели медицинской помощи иностранным пациентам в многопрофильном стационаре Москвы.....111

Леонов Георгий Людвигович.

Управление качеством и безопасностью медицинской помощи в кросс-культурной среде: анализ стандартов jci и системы менеджмента качества Росздравнадзора.....122

Манапов Эдуард Кантемирович.

Организация работы международных отделений и служб пациент-менеджеров как ключевой элемент системы медицинского туризма.....129

Прокопенко Алин Евгеньевич.

Трансляция культурных кодов в маркетинговых коммуникациях: как говорить о российском здравоохранении с миром на понятном ему языке139

Таныгин Алексей Сергеевич.

Оценка эффективности программ медицинского туризма в РФ: разработка критериев, учитывающих экономические, медицинские и социокультурные результаты.....151

Тищенко Мария Сергеевна.

Философия гостеприимства как основа формирования клиентоориентированной среды в медицинской организации, работающей с иностранцами161

Фержауи Анастасия Валерьевна.

«Медицинский халяль» и «медицинский кошер»: организация услуг в соответствии с религиозными нормами как конкурентное преимущество Москвы.....174

Шестаков Дмитрий Дмитриевич.

Философия информированного согласия в кросс-культурном пространстве: проблемы перевода, интерпретации и юридической силы188

Шиллинг Артур Александрович.

Кросс-культурная коммуникация в клинической практике: философские основы диалога «врач-иностранец»200

ПРИМЕНЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕНЕДЖМЕНТЕ: ЦИФРОВЫЕ УГРОЗЫ

Бородин А. В.^{1, 2}

¹ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации» (РАНХиГС), 119571, Москва, Россия

Аннотация

Введение. Нельзя отказываться от внедрения и развития искусственного интеллекта (далее – ИИ) или приостанавливать этот процесс, при этом также нельзя забывать о безопасности пользователей. И речь, конечно, не об абстрактной опасности со стороны ИИ, а о рисках со стороны пользователей и третьих лиц, а также о рисках, потенциально возможных при развитии соответствующих социально-экономических отношений.

Научные гипотезы. Искусственный интеллект (ИИ) становится цифровым помощником менеджера, улучшая анализ данных, прогнозирование рисков и автоматизацию процессов. Внедрение ИИ и цифровых технологий (Big Data, блокчейн, ГИС, IoT) приносит не только выгоды, но и создает новые технологические, социальные и правовые вызовы. Использование искусственного интеллекта сопровождается комплексом новых угроз и рисков.

Материалы и методы. При исследовании применялся широкий круг познавательных средств. Диалектический метод в совокупности принципов развития и всеобщей связи, а также принципов объективности и всесторонности исследования, взаимосвязи общего, особенного и единичного, единства исторического и логического, объективного и субъективного. Среди общенаучных методов продуктивно использовались дедукция и индукция, анализ и синтез. Данные методы обеспечили уяснение социальной природы феномена ИИ. Деятельностный подход позволил изучить процесс эволюции ИИ, его воздействия на все сферы жизни социума.

Практическое значение исследования заключается в том, что выявленные риски при использовании ИИ отражают реально существующие проблемы общества, вызванные масштабной технологической трансформацией объективной реальности, имеющие системный характер, могут быть реализованы при разработке программных документов развития ИИ в различных отраслях народного хозяйства Российской Федерации.

Заключение. Успешная цифровизация и интеграция ИИ оцениваются по созданию реальных социальных и экономических выгод, а не по масштабу технологического внедрения. Эффективное управление рисками, прозрачность решений ИИ и оптимизация работы с большими

данными являются ключевыми факторами успеха. Одновременно кратно возрастает уязвимость к кибератакам и усложняется объяснимость решений ИИ, что требует разработки механизмов обеспечения безопасности и надежности в менеджменте и критически значимых сферах.

Ключевые слова: искусственный интеллект, цифровизация, ИИ в менеджменте, управленческие риски, операционные риски, эффективное управление.

Для цитирования: Бородин А.В. Применение искусственного интеллекта в менеджменте: цифровые угрозы // **Современные проблемы науки** [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции, Москва, 14 марта 2026 года. – 2026...

Для корреспонденции: Бородин Александр Владимирович, доцент кафедры «Экономика и менеджмент в здравоохранении», e-mail: borodinav@yandex.ru

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена в рамках Государственного задания в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN MANAGEMENT: DIGITAL THREATS

Borodin A.V.^{1,2}

¹Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

²Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (RANEPA), 119571, Moscow, Russia

Abstract

Introduction. Artificial intelligence (AI) development and adoption should not be abandoned or halted, nor should user security be neglected. It is obviously not about the abstract danger posed by AI, but rather about the risks that users and third parties may face, as well as the risks that may arise in the development of relevant socioeconomic relations.

Scientific hypotheses. Artificial intelligence (AI) is evolving into a manager's digital assistant by improving data analysis, risk prediction and process automation. Adoption of AI and digital technologies (Big Data, blockchain, GIS, IoT) presents new technological, societal, and legal challenges in addition to advantages. There are numerous new threats and risks associated with the use of artificial intelligence.

Materials and Methods. The author used a wide range of learning tools: dialectical method in the entirety of development principles and universal connection, as well as principles of objectivity and comprehensiveness of research, relationship of common, special and individual, unity of historical and logical, objective and subjective. Deduction and induction, analysis and synthesis were among general scientific methods that were applied productively. These methods have provided insight into the social aspect of AI. Studying the evolution of AI and its effects on many facets of social life was made feasible by the action approach.

Relevance. The AI risks are actual societal problems caused by a large-scale technological transformation of objective reality, which are systemic in nature. They should be considered when creating software documents for AI development in various sectors of Russia's national economy.

Conclusions. The production of genuine social and economic advantages, rather than the scale of technology adoption, defines successful AI digitalization and integration. Effective risk management, transparency of AI solutions, and optimization of big data are key success factors. At the same time, vulnerability to cyber attacks grows, and AI solutions become increasingly difficult to explain, requiring the development of mechanisms to ensure safety and reliability in management and vital sectors.

Keywords: artificial intelligence, digitalization, AI in management, management risks, operational risks, effective management.

For citation: Borodin A.V. Artificial Intelligence in Management: Digital Threats. In: Current Problems in Science [Internet]: Collected Postgraduate Students' Scientific Papers from the Annual Scientific and Practical Conference. Moscow, 14 March 2026. 2026...

For correspondence: Aleksander V. Borodin, Associate Professor of the Department of Economics and Management in Healthcare, e-mail: borodinav@yandex.ru

Conflict of interest. The author declares that there is no conflict of interest.

Funding. The work was carried out within the framework of the State Assignment to the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Введение. Использование ИИ множеством пользователей стало возможно с распространением носимых компьютеров и смартфонов, а применение ИИ для принятия решений, анализа больших объемов данных росло в геометрической прогрессии с развитием вычислительных мощностей и их доступностью неограниченному количеству пользователей. К примеру, в медицине, особенно в области диагностики, ИИ открывает новые возможности для улучшения выявляемости патологий, помогает в анализе больших объемов данных. Как отмечают исследователи НИИОЗММ ДЗМ, информационно-коммуникационные технологии обеспечивают качественно новый уровень жизни населения, повышая общую продолжительность жизни [1].

Настоящий прорыв произошел после провозглашения национальной программы «Цифровая экономика России» в 2017 году, направленной на формирование современной цифровой среды и подготовку квалифицированных кадров.

Основная часть. Критическая зависимость служащих государственных и муниципальных органов и менеджмента организаций от цифровых технологий и использования ИИ увеличивает уровень финансового бюджетного риска, так как негативное внешнее или внутреннее влияние может привести к простоям и недополучению прибыли. Вопрос юридической ответственности при принятии неверных решений ИИ также обсуждается исследователями [2]. Бюджетные инвестиции в цифровые технологии имеют долгосрочный и не всегда экономически рациональный эффект, что может приводить к нехватке финансовых ресурсов. Отдельно отметим риск неоптимального расходования средств: возможность нецелевого использования бюджетных средств в рамках крупных IT-проектов.

Сегодня ИИ становится неотъемлемой частью современной медицины, открывая новые возможности для повышения качества и доступности медицинских услуг. Рассмотрим ключевые направления его применения.

Диагностика заболеваний, при которой осуществляется автоматический анализ медицинских изображений (рентген, МРТ, КТ) с помощью нейросетей, что позволяет выявлять патологии на ранних стадиях, в том числе онкологические заболевания.

Алгоритмы ИИ анализируют индивидуальные данные пациента (генетика, образ жизни, история болезни) для подбора наиболее эффективных методов лечения, разрабатываются персональные рекомендации по профилактике, питанию и физической активности. ИИ помогает отслеживать состояние пациентов с диабетом (например, Dexcom G6 автоматически корректирует

дозировки инсулина), сердечно-сосудистыми и другими хроническими болезнями. Активно развивается использование ИИ в телемедицине [3].

Модели машинного обучения анализируют большие массивы данных (социальные сети, миграционные потоки, климатические изменения) для раннего выявления вспышек инфекционных заболеваний. Таким образом ИИ помогает прогнозировать распространение эпидемий и оптимизировать меры реагирования.

Роботизированные системы с ИИ обеспечивают высокую точность и минимальную инвазивность вмешательств. Виртуальные симуляции и ассистенты помогают хирургам планировать операции и снижать риски осложнений, платформа Osso VR (США) использует виртуальную реальность и ИИ.

В менеджменте здравоохранения ИИ автоматизирует административные процессы: запись на приём, управление очередями, распределение ресурсов и т. д. (табл.). Прогнозирование нагрузки на отделения и оптимизация графиков работы персонала повышают эффективность медицинских учреждений. ИИ-помощники отвечают на вопросы, напоминают о приёме лекарств, в ряде клиник Москвы и Санкт-Петербурга внедрены голосовые и текстовые ассистенты для автоматизации записи на приём и консультирования пациентов [5].

Таблица. Примеры применения ИИ в здравоохранении

Некоторые примеры применения ИИ в здравоохранении	
Направление использования ИИ	Российская практика
Разработка лекарств	Сколково, МФТИ, «Р-Фарм»
Виртуальные ассистенты	Чат-боты, голосовые ассистенты в кол-центрах медучреждений.
Управление хроническими болезнями	Платформы дистанционного мониторинга решения «К-Скай»
Медицинская логистика	Федеральные медцентры, решения компании «Цифромед»
Образование и повышение квалификации врачей и медсестёр	Симуляционные центры в медвузах России с ИИ-анализом действий студентов, платформы для отработки навыков диагностики и экстренной помощи
Этика и безопасность данных	Цифровизация здравоохранения, решения для безопасного хранения и обработки медицинских данных в рамках цифровизации здравоохранения РФ
Оптимизация работы больниц	Платформа «СберЗдоровье», решения для автоматизации записи и маршрутизации пациентов.

Кибератаки становятся более точечными, мошеннические схемы перемещаются и в мобильные приложения. Среди управленческих и организационных рисков отметим сопротивление персонала и недостаточную цифровую грамотность.

В ряде организаций есть нежелание менеджеров осваивать новые технологии и недостаточные внутренние компетенции. Для минимизации управленческих рисков при использовании ИИ рекомендуем использовать регламенты, документацию с чётко прописанными KPI, обучающие материалы для повышения квалификации сотрудников. Это позволит уменьшить экономические и финансовые риски.

Большое количество одновременно действующих различных по статусу документов, регламентирующих цифровизацию государственного управления, отсутствие единства нормативно закреплённых целей, задач, а также мероприятий по их достижению в базовых документах, подпрограмме «Информационное государство» и федеральном проекте «Цифровое государственное управление» приводит к управленческим, правовым и регуляторным рискам.

Отметим серьёзные недостатки структуры и содержания паспорта указанного федерального проекта, описание которых требует отдельного исследования. К примеру, паспорт федерального проекта утверждён лишь протоколом проектного комитета по национальному проекту «Экономика данных и цифровая трансформация государства» от 26 ноября 2024 г. № 1пр. и предусматривает реализацию типовых ИТ-решений для государственных органов с декларируемой целью обеспечения возможности принятия управленческих решений на основе данных на базе единой цифровой платформы.

Представляется, что типовые решения не самый оптимальный способ для государственных органов с отличающимися функциями.

Поскольку речь идет об исследовании на стыке управленческих рисков и ИИ, мы имеем дело с классической для современного менеджмента проблемой: высокая неопределенность, асимметрия информации (из-за «черного ящика» ИИ) и необходимость принимать решения в динамической среде.

Однозначное описание задачи с использованием математического языка не входит в цель данного исследования. Вместе с тем для формальной математической постановки предлагаем взять за основу гибридную модель операционных рисков, в которой верхний уровень – это неоднородный пуассоновский процесс (Non-Homogeneous Poisson Process, NHPP) с байесовским обновлением параметров, а поведенческие и технические факторы (доверие к ИИ, дрейф данных, частота человеческого контроля) входят через функцию интенсивности $\lambda(t)$ и распределение тяжести ущерба.

Такой подход позволяет количественно оценивать операционный VaR^1 и ожидаемый ущерб, учитывать нестационарность риска, характерную для ИИ-систем, а также обновлять оценки по мере поступления данных о реальных инцидентах. Это корректно, поскольку ИИ в менеджменте создает специфический класс эндогенных рисков (риски, порождаемые самой системой в процессе обучения). Традиционная статистика (регрессионный анализ) здесь часто бессильна из-за динамичности процессов (ИИ меняется во времени) и статистического явления мультиколлинеарности факторов. Имитационные и байесовские подходы позволяют обойти эти ограничения. Заметим, что конкретные шаги, такие, как калибровка, выбор априорных распределений

¹ VaR (Value-at-Risk) – стоимостная мера риска, которая позволяет количественно оценить потенциальные убытки за определённый период времени с заданной вероятностью.

(Prior distribution) или детализация агентной модели (Agent-Based Model, ABM), не входят в задачи данной статьи.

Заключение. Успех цифровизации, внедрения ИИ измеряется не внедрением этой технологии в сферы жизни, а достижением реальных выгод, общественных благ, лежащих в основе социально-экономических отношений в России как государства-цивилизации. Прозрачность принятия ИИ решений, использование ИИ при работе с большими данными будут эффективны в менеджменте, корпоративном управлении при сведении к минимуму сопутствующих рисков, особенно на фоне постоянной нехватки финансирования [6]. Ведущие страны мира понимают, что цифровизация и использование ИИ открывает перед пользователями новые возможности.

Использование предлагаемого математического инструмента для исследования управленческих рисков позволяет разделить причины, количественно оценить, какая доля операционного риска обусловлена техническими факторами (дрейф данных, устаревание), а какая – человеческими (например, человеческий фактор, недостаточный контроль). Одновременно улучшается управляемость процессов использования ИИ, вводя в модель обязательное подтверждение человеком решений выше порога риска, можно найти оптимальную точку баланса между эффективностью и устойчивостью. При этом байесовское обновление делает модель пригодной для использования в реальном времени в составе системы управления рисками.

Внедрение ИИ не только технологический прорыв, но и масштабный социальный эксперимент. Наряду с очевидными плюсами возникают серьезные вызовы, которые затрагивают структуру общества, экономику, здоровье и права человека.

Нельзя отказываться от внедрения ИИ или приостанавливать этот процесс, но обратим внимание, что одновременно увеличивается уязвимость к кибератакам и утечкам данных. Защита информации становится критически важной задачей, ведь потеря конфиденциальных данных может привести к серьезным финансовым потерям, репутационным рискам и даже юридическим проблемам.

Современные нейросети имеют высокую сложность, что затрудняет объяснение их решений даже для разработчиков. Это повышает риск непредсказуемого поведения в критических областях, таких как беспилотный транспорт, имущественные отношения, военное дело, банковская деятельность, медицина и другие.

ЛИТЕРАТУРА

1. Русских С. В., Аббасов А. Ю., Тарасенко Е. А. Необходимость цифровизации в здравоохранении, основные системные решения на данный период и перспективы развития в России. Труды аспирантов Научно-исследовательского здравоохранения и медицинского менеджмента [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов / под общ. ред. Е. И. Аксеновой. – Вып. 1 (3). М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024 – URL: <https://niiioz.ru/upload/iblock/65b/65bd6d4ae93b1b3ca7ba1f9fd4122fd1.pdf> (дата обращения: 10.03.2026). – 168 с.
2. Ковалев С. Д. Ответственность за ошибки искусственного интеллекта // Аграрное и земельное право. 2024. № 8(236). С. 67–69. http://doi.org/10.47643/1815-1329_2024_8_67.
3. Бояк-Заде Н. И. Цифровые технологии и искусственный интеллект в системе здравоохранения Российской Федерации: телемедицина / Н. И. Бояк-Заде Г. М. Жирнова // Состояние и перспективы развития профилактического направления охраны здоровья граждан Российской Федерации: Сборник научных трудов ординаторов по итогам дискуссионной площадки, Мо-

ска, 27 марта 2025 года. – Москва: Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, 2025. – С. 13–35.

4. Coxe F.R., Stauffer T.P. & Ast M.P. Virtual Reality Simulation in Orthopedic Surgery Education Improves Immediate Procedural Skill and Knowledge Acquisition, But Evidence on Cost-Effectiveness and Skill Retention Remains Lacking. *Curr Rev Musculoskelet Med* 18, 363–378 (2025). <https://doi.org/10.1007/s12178-025-09973-8>. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12178-025-09973-8> (дата обращения 11.03.2026).
5. Скороход О. А. ИИ-ассистенты в процессах оказания государственных услуг / О. А. Скороход // Государственная служба. – 2025. – Т. 27, № 4(156). – С. 110–118.
6. Бородин А. В. Проблемы внедрения принципов корпоративного управления в государственный сектор экономики / А. В. Бородин // Государственное управление и развитие России: новые горизонты и образ будущего: Сборник статей международной конференц-сессии, Москва, 20–24 мая 2024 года. – Москва: ООО «Издательский дом «Научная библиотека»», 2025. – С. 670–675.

REFERENCES

1. Russkikh SV, Abbasov AY, Tarasenko EA. The need for digitalization in health care, the main systemic solutions for this period and prospects for development in Russia [Internet]. In: Aksenova EI, editor. *Postgraduate papers of Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management*. 2024;1(3):6-12 [cited 2026 Mar 10]. Available from: <https://niioz.ru/upload/iblock/65b/65bd6d4ae93b1b3ca7baf9fd4122fd1.pdf> (In Russ.)
2. Kovalev SD. Responsibility for artificial intelligence errors. *Agrarian and land law*. 2024;8(236):67-69. doi: 10.47643/1815-1329_2024_8_67 (In Russ.)
3. Boyukzadeh NI, Zhirnova GM. Digital technologies and artificial intelligence in the healthcare system of the Russian Federation: telemedicine. In: *Status and prospects for the development of preventive health care for citizens of the Russian Federation: Collection of scientific papers by residents following the discussion platform, Moscow, 27 March 2025*. Moscow: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management; 2025;13-35. (In Russ.)
4. Coxe FR, Stauffer TP, Ast MP. Virtual Reality Simulation in Orthopedic Surgery Education Improves Immediate Procedural Skill and Knowledge Acquisition, But Evidence on Cost-Effectiveness and Skill Retention Remains Lacking. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*. 2025;18:363-378. doi: 10.1007/s12178-025-09973-8
5. Skorohod OA. AI-assistants in public service delivery processes. *Public Administration*. 2025;27(4):110-118. (In Russ.)
6. Borodin AV. Problems of implementation of corporate governance principles in the public sector. In: *Public administration and development of Russia: new horizons and an image of the future: Proceedings of the international conference-session, Moscow, 20-24 May 2024*. Moscow: Publishing house “Scientific library”; 2025;670-675. (In Russ.)

Информация об авторе:

Бородин Александр Владимирович – доцент кафедры экономики и менеджмента в здравоохранении ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», к. экон. наук, доцент; доцент базовой кафедры управления государственным и муниципальным имуществом РАНХиГС, E-mail: borodinav@yandex.ru. ORCID: 0000-0003-0333-0307.

Author information:

Aleksander V. Borodin – Associate Professor of the Department of Economics and Management in Healthcare, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Healthcare Department, Cand.Sci. in Economics, Associate Professor; Associate Professor of the Department of State and Municipal Property Management, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, e-mail: borodinav@yandex.ru. ORCID: 0000-0003-0333-0307.

СЕКЦИЯ «ФИЛОСОФСКО- УПРАВЛЕНЧЕСКИЙ ДИСКУРС ИНДУСТРИИ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА»

УПРАВЛЕНИЕ РЕПУТАЦИЕЙ И БРЕНДИНГ ТЕРРИТОРИИ КАК ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА

Каналина Ю. С.

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Аннотация

Статья посвящена анализу взаимосвязи управления репутацией и брендинга территории в контексте развития медицинского туризма.

Актуальность исследования обусловлена растущей конкуренцией между медицинскими дестинациями и необходимостью формирования устойчивого имиджа российских территорий на международном рынке медицинских услуг.

Материалы и методы. Проведен теоретико-аналитический обзор отечественных и зарубежных публикаций, а также международный опыт, рассмотрены ключевые подходы к брендингу территорий, факторы репутационного менеджмента и инструменты, применяемые для развития программ медицинского туризма. Особое внимание уделено тем инструментам, которые обладают наибольшим потенциалом адаптации к российским условиям и могут обеспечить согласованность коммуникаций, повышение доверия пациентов и укрепление конкурентоспособности территории.

Результаты исследования. Полученные результаты позволяют обосновать необходимость комплексного подхода к формированию бренда территории как медицинской дестинации и интеграции репутационных механизмов в стратегию развития территории.

Закключение. Брендинг территории и управление репутацией являются ключевыми факторами развития медицинского туризма, определяющими конкурентоспособность региона на глобальном рынке. Международный опыт демонстрирует эффективность комплексного использования стратегических, маркетинговых и инфраструктурных инструментов. В России потенциал медицинского туризма реализован не в полной мере из-за низкой узнаваемости территорий и фрагментарности сервисов, однако адаптация зарубежных практик (цифровые сервисы, координационные центры, многоязычная среда) способна повысить привлекательность отечественных дестинаций. Формирование сильного бренда требует системного подхода и объединения усилий властей, медицинских организаций и туристической отрасли.

Ключевые слова: медицинский туризм, брендинг территории, имидж дестинации, управление репутацией, экспорт медицинских услуг, маркетинг медицинских услуг, международный опыт, сервисная экосистема.

Для цитирования: Каналина Ю. С. Управление репутацией и брендинг территории как центра медицинского туризма // **Современные проблемы науки** [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции, Москва, 14 марта 2026 года. – 2026...

Для корреспонденции: Каналина Юлия Сергеевна, аспирант, e-mail: 79167370876@ya.ru

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена в рамках Государственного задания в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

REPUTATION MANAGEMENT AND PLACE BRANDING OF A MEDICAL TOURISM CENTER

Kanalina I.S.

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

Abstract

This article analyzes the relationship between reputation management and place branding in the context of medical tourism development.

Relevance. Due to growing competition between medical destinations, it is necessary to build a sustainable image for Russian regions in the international medical services market.

Materials and Methods. A theoretical and analytical review of Russian and international publications, as well as international experience, was conducted. Key approaches to place branding, reputation management factors, and tools used to develop medical tourism programs were examined. Tools that can ensure constant communications, increase patient trust, and improve the region's competitiveness were given special consideration because they have the greatest potential for adaptation to Russian conditions.

Results. The findings showed the need for a comprehensive approach to developing a place brand as a medical destination and integrating reputational mechanisms into the region's development strategy.

Conclusion. Place branding and reputation management are key factors in the development of medical tourism, determining a region's competitiveness in the global market. International experience demonstrates the effectiveness of the integrated use of strategic, marketing, and infrastructural tools. In Russia, the potential of medical tourism has not been fully realized due to poor place recognition and fragmented services. However, adapting international practices (digital services, coordination centers, multilingual environments) can increase the attractiveness of Russian destinations. The government, healthcare organizations, and tourism industry must work together to develop a strong brand through a systemic approach.

Keywords: medical tourism, place branding, destination image, reputation management, export of medical services, regional competitiveness, healthcare marketing, international experience, service ecosystem.

For citation: Kanalina I.S. Reputation Management and Place Branding of a Medical Tourism Center. In: Current Problems in Science [Internet]: Collected Postgraduate Students' Scientific Papers from the Annual Scientific and Practical Conference, Moscow, 14 March 2026. 2026...

For correspondence: Iuliia S. Kanalina, Postgraduate Student, e-mail: 79167370876@ya.ru

Conflict of interests. The author declares that there is no conflict of interest.

Funding. The work was carried out within the framework of a state assignment to the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Введение. Медицинский туризм сегодня является одним из наиболее быстро растущих сегментов международного рынка услуг и важным фактором экономического развития территорий. Он не только предоставляет возможность привлечения пациентов и экспорта медицинских услуг, но и является инструментом формирования позитивного имиджа, повышения инвестиционной привлекательности и укрепления конкурентных преимуществ. В российском контексте тема приобретает особую актуальность из-за необходимости диверсификации экономики, повышения узнаваемости территории и интеграции медицинской инфраструктуры в стратегические направления пространственного развития. Под термином «территория» в настоящей работе понимается административно-географическая единица любого уровня – от муниципалитета до субъекта Российской Федерации или федерального округа, выступающая как медицинская дестинация.

Современные исследования подчеркивают, что успешные медицинские дестинации выделяются не только качеством медицинской помощи, но и эффективным управлением репутацией территории. Как показывает международный опыт, систематизированный в работе Г. Д. Петровой, Е. В. Чернышёва и Е. С. Дьячек, развитие медицинского туризма требует комплексного применения инструментов стратегического, институционального, сервисного и маркетингового характера [1]. Управление репутацией – ключевой элемент этой системы, обеспечивающий доверие пациентов, прозрачность информации, согласованность коммуникаций и узнаваемость бренда дестинации.

В то же время дестинации сталкиваются с низкой международной узнаваемостью, фрагментарностью маркетинговых инициатив и недостаточной интеграцией медицинских и туристских сервисов. Это делает необходимым исследование того, как именно брендинг территории и репутационный менеджмент могут повысить привлекательность дестинации как центра медицинского туризма.

Цель исследования – проанализировать взаимосвязь управления репутацией и брендинга территории в развитии медицинского туризма, опираясь преимущественно на российские исследования и международный опыт.

Методы. Исследование выполнено в формате теоретико-аналитического обзора и основано на качественном анализе научных публикаций, нормативных документов и отраслевых материалов. Основу эмпирической базы составили российские научные статьи, аналитические отчёты и профильные рецензируемые журналы в области медицинского туризма и брендинга территории. Существенное значение имели материалы Г. Д. Петровой, Е. В. Чернышёва и Дьячек, где систематизировано более 70 инструментов развития программ медицинского туризма, что позволило использовать их классификацию как ориентир для сравнительного анализа.

Отбор литературы осуществлялся по критериям релевантности тематике брендинга, репутационного менеджмента и медицинского туризма, академичности источника, хронологической актуальности, а также применимости материалов к российскому контексту.

Аналитическая процедура включала последовательный контент-анализ для выявления ключевых категорий и теоретических подходов, сравнительный анализ международных практик с целью определения их адаптируемости к условиям российских дестинаций, сопоставление рисков и инструментов управления репутацией медицинской дестинации, а также качественный синтез результатов, позволивший сформировать обобщённые выводы о взаимосвязи брендинга территории и управления её репутацией в сфере медицинского туризма.

Результаты и обсуждение

В отечественной литературе медицинский туризм трактуется как вид туристской деятельности, связанный с выездом граждан за пределы постоянного места жительства с целью получения медицинской помощи, диагностики, реабилитации или оздоровления, совмещённых с туристскими и рекреационными услугами. При этом подчёркивается связь медицинского туризма с более широким понятием экспорта медицинских услуг, включающим как лечение иностранных граждан, так и консалтинговые, образовательные и телемедицинские сервисы.

Работы Е. Г. Кропиновой рассматривают медицинский туризм в логике институционального развития сферы услуг: медицинский туризм выступает перспективной формой, в которой переплетаются туристские, санаторно-курортные и медицинские институты. Автор обращает внимание на необходимость создания специальной институциональной среды (нормативно-правовой базы, механизмов межведомственного взаимодействия, отраслевых ассоциаций), без которой рынок медицинского туризма остаётся фрагментированным и малопрозрачным как для пациентов, так и для партнёров [2].

Параллельно развивается исследовательская повестка, связанная с территориальным брендингом и имиджем дестинации. В адаптации к медицинскому туризму бренд территории можно определить как совокупность устойчивых представлений целевых аудиторий о дестинации как месте получения качественной и безопасной медицинской помощи, подкреплённых реальным опытом пациентов и коммуникационной активностью акторов.

Российские авторы подчёркивают, что в отличие от «классического» туристского бренда, бренд медицинской дестинации в большей степени опирается на доверие, клинические результаты, профессиональный статус врачей и институтов, а также на систему гарантий и сопровождения пациента [1; 2, 3].

В данной логике классификация уровней образа территории адаптирована на основе подхода, предложенного Г. Д. Петровой, Е. В. Чернышёвым и Е. С. Дьячек [1], и дополнена с учётом специфики медицинского туризма. Управление репутацией территории как центра медицинского туризма предполагает комплексную работу одновременно с несколькими взаимосвязанными уровнями её образа:

1. Имидж здравоохранения (качество и безопасность медицинской помощи, наличие высокотехнологичных центров, международная аккредитация).
2. Туристско-рекреационный образ (доступность транспортной инфраструктуры, комфорт городской среды, культурное и природное разнообразие).
3. Воспринимаемый уровень безопасности (физическая, экономическая, цифровая, санитарная).
4. Социально-качественный (комфорт среды, доступность услуг, инклюзивность).
5. Экологический (устойчивое развитие, качество воздуха и воды).

6. Образовательно-научный (кадровый потенциал, инновации).
7. Инвестиционный и деловой имидж (предсказуемость регуляторной среды, наличие поддерживающих институтов, открытость к партнёрствам).

Именно на стыке этих уровней формируется целостный бренд территории как медицинской дестинации, а репутационный менеджмент выступает механизмом поддержания согласованности между заявленным брендом и реальным опытом пациентов и партнёров.

Анализ современных российских исследований показывает, что медицинский туризм всё чаще рассматривается не только как нишевый сегмент туристского рынка, но и как элемент стратегии социально-экономического развития регионов [4]. Работы О. О. Сорокина и соавт. акцентируют внимание на мультипликативном эффекте медицинского туризма: приток иностранных и межрегиональных пациентов стимулирует развитие гостиничной и транспортной инфраструктуры, сферы услуг, создаёт дополнительные рабочие места и способствует росту налоговой базы [5].

Схожие выводы приводятся в аналитических материалах НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента, где подчёркивается, что развитие экспорта медицинских услуг способно стать одним из инструментов повышения конкурентоспособности дестинаций и мегаполисов (в частности, Москвы) на глобальном рынке. В этих работах медицинский туризм рассматривается как часть более широкой повестки «медицинского экспорта», включающей в себя сетевое взаимодействие с иностранными страховщиками, образовательные программы для иностранных специалистов и развитие телемедицины [6].

При этом ряд исследований фиксирует, что потенциал российских медицинских дестинаций реализован лишь частично. Среди ключевых барьеров называются недостаточная узнаваемость российских брендов на международном рынке, слабая интеграция туристской и медицинской инфраструктуры, фрагментарный характер маркетинговых усилий, ограниченная англоязычная и мультязычная коммуникация, а также нерешённые вопросы визового и страхового сопровождения пациентов [3].

В этих условиях задача управления репутацией и целенаправленного брендинга территории как центра медицинского туризма становится критически важной: без системного подхода даже наличие сильных клиник и конкурентных цен не конвертируется в устойчивые туристские потоки.

Систематизированный анализ международного опыта развития региональных программ медицинского туризма представлен в работе Г. Д. Петровой, Е. В. Чернышёва и Е. С. Дьячек. Авторы на основе контент-анализа научных публикаций и материалов средств массовой информации по 19 странам мира показывают, что мировая практика накопила более 70 различных инструментов развития региональных программ медицинского туризма и экспорта медуслуг [1]. Эти инструменты соотносятся с четырьмя этапами жизненного цикла рынка – формирование, развитие, замедление, спад, что позволяет увязать выбор инструментов с уровнем зрелости конкретного региона как медицинской дестинации.

В обобщённом виде к важнейшим направлениям инструментария, выделяемым в работе Петровой и соавт., относятся [1]:

1. Стратегические и институциональные инструменты – разработка национальных и региональных стратегий развития медицинского туризма, создание специализированных агентств и координационных центров, межведомственных рабочих групп.

2. Регуляторные и организационные инструменты – упрощение визовых процедур для медицинских туристов, специальные режимы пребывания и страхового сопровождения, стандартизация маршрутов пациента и формирование «единых окон» для обращения.
3. Маркетингово-коммуникационные инструменты – продвижение медицинских дестинаций на международных выставках и в цифровой среде, формирование бренда страны/региона как медицинского центра, развитие партнерских программ с зарубежными клиниками, страховщиками и туроператорами.
4. Инфраструктурные и сервисные инструменты – развитие специализированной инфраструктуры (медицинские кластеры, госпитальные кампусы, многоязычные сервисы сопровождения), логистическая интеграция аэропортов, гостиниц и лечебных учреждений.
5. Аналитические и цифровые инструменты – системы мониторинга потоков медицинских туристов, оценка удовлетворённости и лояльности пациентов, использование цифровых платформ для бронирования и телемедицинских консультаций.
6. Важно подчеркнуть, что в логике Петровой и соавт. инструменты развития региональных программ медицинского туризма не сводятся к маркетингу в узком смысле. Речь идёт о комплексном управлении экосистемой: от нормативной базы и логистики до репутации медицинских организаций и цифрового следа территории в глобальном информационном пространстве. Именно эта комплексность позволяет рассматривать международный опыт как методологическую основу для формирования региональных программ в российских условиях.

Для настоящего исследования ключевым является акцент авторов на том, что устойчивое развитие программ медицинского туризма возможно лишь при одновременном использовании инструментов создания и продвижения бренда и инструментов поддержания доверия и репутации – через прозрачность клинических результатов, систему отзывов, профессиональную аккредитацию, включённость в международные рейтинги и регистры.

Развитие медицинского туризма в России связано с рядом системных рисков, которые напрямую влияют на репутацию как отдельных медицинских организаций, так и территорий в целом. В работе Е. В. Чернышёва и соавт. авторами представлена интеграционная модель управления рисками в медицинском туризме, учитывающая виды рисков, их масштаб и объекты воздействия [7].

К числу ключевых угроз относятся как внешние, так и внутренние факторы: высокая конкуренция со стороны зарубежных дестинаций, слабая прогнозируемость спроса, негативные стереотипы, а также ограничения, связанные с политикой государств и регуляторными барьерами. Медицинские организации часто не обладают достаточным опытом работы на международном уровне, уникальными технологиями или четкой специализацией, что негативно влияет на их конкурентоспособность. Дополнительные риски выделяются внутри дестинаций: слабая организационная структура медицинского менеджмента, недостаточная подготовка персонала, включая языковой барьер, низкая узнаваемость бренда дестинации, а также недооцененность клинических и юридических рисков. Усугубляют негативное восприятие дестинации инфраструктурные ограничения – плохая транспортная доступность и неудовлетворительные бытовые условия. Финансовые риски и отсутствие страхового покрытия остаются одной из самых острых проблем при отсутствии единых юридических стандартов.

Каждому из этих рисков можно противопоставить целенаправленный инструмент управления репутацией медицинской дестинации. Для преодоления негативных стереотипов

и повышения доверия эффективны сертификаты международных аккредитационных организаций, публичная отчётность, отзывы пациентов. Низкая узнаваемость бренда компенсируется формированием специализированного территориального бренда каждой дестинации, продвижением через мультязычный цифровой хаб с прозрачными ценами и обратной связью от пациентов. Для прогнозирования спроса необходимо внедрение системы аналитики на основе больших данных с использованием гибких маркетинговых стратегий. Языковой барьер и поддержание высокого уровня сервиса нивелируются внедрением должности медицинского координатора и системой обучения персонала международным стандартам сервиса. Инфраструктурные и логистические риски требуют государственно-частного партнерства для формирования интегрированных сервисных предложений, создания единых координационных центров на уровне дестинаций, единой государственной платформы и разработки межведомственной дипломатической поддержки для упрощения правил въезда для отдельных категорий граждан. Для минимизации финансовых и правовых рисков необходимы разработка и утверждение типовых договоров с международной юридической экспертизой, внедрение мониторинга цифровой репутации для оперативного реагирования на кризисы, внедрение протоколов предварительной оценки и создание независимой комиссии по урегулированию споров, сотрудничество с международными страховыми компаниями. Таким образом, управление репутацией медицинской дестинации должно рассматриваться как интегрированная система управления рисками, объединяющая стратегию, качество, коммуникацию и клиентский опыт.

Рассматриваемый подход к управлению репутацией медицинской дестинации может служить методологической основой для разработки инструментов управления рисками.

Сопоставление российского и международного опыта позволяет сделать предварительный вывод: брендинг территории как центра медицинского туризма в современном понимании неизбежно включает в себя управление репутацией на нескольких уровнях:

1. Репутация медицинских организаций и врачей – качество, безопасность, клинические исходы, участие в международных исследованиях и аккредитациях.
2. Репутация региональной системы здравоохранения – прозрачность маршрутов пациента, доступность высокотехнологичной помощи, наличие специализированных кластеров и центров компетенций.
3. Репутация территории как туристской дестинации – комфорт, транспортная доступность, безопасность, культурная привлекательность.

Маркетинговые исследования в сфере медицинского туризма подчеркивают, что пациенты, принимающие решение о лечении за рубежом или в другом регионе, опираются не только на цену и медицинские показатели, но и на совокупный образ территории, формируемый через цифровые каналы, опыт других пациентов, рейтинги и отзывы [8]. Следовательно, эффективная региональная программа медицинского туризма должна быть одновременно программой территориального брендинга и программой репутационного менеджмента, где инструменты, описанные Петровой и соавт., выступают практическим каркасом.

Наиболее перспективными для российских дестинаций представляются инструменты, ориентированные на создание целостной сервисной экосистемы медицинского туризма. К ним относятся: координационные центры медицинского туризма, выполняющие функции «единого окна» для пациентов и партнёров; стандартизация маршрута пациента, обеспечивающая предсказуемость и прозрачность взаимодействия на всех этапах – от первичного запроса

до постлечебного сопровождения; многоязычные сервисы (медицинские переводчики, адаптированные информационные материалы, мультязычные цифровые интерфейсы), существенно повышающие доступность услуг для иностранных пациентов; цифровые платформы консультаций, бронирования и документооборота, которые сокращают административные барьеры и усиливают доверие за счёт прозрачности процессов; а также интегрированные маркетинговые программы, направленные на синхронизацию коммуникаций медицинских организаций, туристской инфраструктуры и органов власти.

Применение этих инструментов позволяет не только повысить качество клиентского опыта, но и выстроить устойчивую модель репутационного управления, в которой реальное качество услуг, коммуникационная открытость и узнаваемость бренда территории взаимно подкрепляют друг друга. Именно такая связка обеспечивает долгосрочную конкурентоспособность территории как центра медицинского туризма.

Заключение. Проведённый анализ показал, что брендинг территории и управление её репутацией являются ключевыми факторами развития медицинского туризма, обеспечивающими привлечение пациентов, повышение конкурентоспособности территории и укрепление её позиции на глобальном рынке медицинских услуг. Международный опыт, систематизированный в работе Г. Д. Петровой, Е. В. Чернышёва и Е. С. Дьячек, демонстрирует, что успешное развитие медицинских дестинаций опирается на комплексное использование стратегических, институциональных, инфраструктурных и маркетинговых инструментов, направленных на формирование доверия и поддержание устойчивого имиджа.

В российском контексте потенциал медицинского туризма реализован не полностью, что связано с низким уровнем международной узнаваемости территорий, фрагментарностью коммуникаций и недостаточной интеграцией медицинских и туристских сервисов. Однако анализ показывает, что адаптация ряда международных инструментов – цифровых сервисов, стандартизированных маршрутов пациента, координационных центров, многоязычной инфраструктуры, репутационных механизмов и комплексных программ продвижения – способна значительно повысить привлекательность российских дестинаций.

Таким образом, формирование сильного бренда территории как центра медицинского туризма требует системного подхода, сочетающего институциональные решения, сервисные инновации и последовательное управление репутацией. Только объединение усилий властей, медицинских организаций и туристической отрасли позволит создать конкурентоспособные и устойчивые медицинские дестинации, способные интегрироваться в международное пространство медицинских услуг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петрова Г. Д. Инструменты развития региональных программ медицинского туризма: международный опыт / Г. Д. Петрова, Е. В. Чернышёв, Е. С. Дьячек // Здоровье мегаполиса. – 2023. – Т. 4, № 2. – С. 89-100. – DOI 10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i2.89-100.
2. Кропинова Е. Г., Максимова И., Шеховцева Л. С., Ерусалкина Н. С., Мондыч А. С. Институциональный медицинский туризм как перспективная форма сферы услуг // Сервис в России и за рубежом. – 2025. – № 3. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/institutsionalnyy-meditsinskiy-turizm-kak-perspektivnaya-forma-sfery-uslug> (дата обращения: 11.02.2026).
3. Русских С. В., Тарасенко Е. А., Грин С. И., Югай М. Т., Крюкова К. К., Москвичева Л. И. Современные возможности экспорта медицинских услуг в России // Фармакоэкономика. Современ-

менная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2022. – Т. 15, № 2. – С. 259–266. – DOI: 10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2022.119.

4. Мореева Е. В., Ананченкова П. И., Дианина Е. В. Маркетинговые аспекты развития медицинского туризма // Ремедиум. – 2022. – № 2. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/marketingovye-aspekty-razvitiya-meditsinskogo-turizma> (дата обращения: 11.02.2026).
5. Сорокин О. О., Тихонов А. И. Анализ и перспективы развития медицинского туризма в России // ЕГИ. – 2024. – № 5 (55). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-i-perspektivy-razvitiya-meditsinskogo-turizma-v-rossii> (дата обращения: 11.02.2026).
6. Петрова, Г. Д. Медицинский туризм и экспорт медицинских услуг: Дайджест январь – сентябрь 2024 / Г. Д. Петрова, Е. В. Чернышев. – Москва: Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, 2024. – 98 с.
7. Чернышёв Е. В. Интеграционная модель управления рисками в области медицинского туризма и экспорта медицинских услуг в условиях VUCA-реальности / Е. В. Чернышёв, В. И. Калиниченко // Менеджмент качества в медицине. – 2024. – № 1. – С. 71-75.
8. Kalantarzadeh M. M., Fasli M. Branding Cities Through Medical Tourism // Open House International. – 2018. – Vol. 43, No. 2. – P. 83–92. – DOI: 10.1108/OHI-02-2018-B0012.

REFERENCES

1. Petrova GD, Chernyshev EV, Diachek ES. Tools for the Development of Regional Medical Tourism Programs: International Experience. City Healthcare. 2023;4(2):89-100. doi: 10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i2.89-100 (In Russ.)
2. Kropinova EG, Maksimova I, Shekhovtseva LS, et al. Institutional Medical Tourism as a Promising Form of the Service Sector. Services in Russia and Abroad [Internet]. 2025;19(3):51-67 [cited 2026 Feb 11]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/institutsionalnyy-meditsinskiy-turizm-kak-perspektivnaya-forma-sfery-uslug> (In Russ.)
3. Russkikh SV, Tarasenko EA, Grin SI, et al. Current opportunities for the export of medical services in Russia. FARMAKOEKONOMIKA. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology. 2022;15(2):259-266. doi: 10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2022.119 (In Russ.)
4. Moreeva EV, Ananchenkova PI, Dianina EV. Marketing aspects of medical tourism development[Internet]. Remedium. 2022;26(2):172-176 [cited 2026 Feb 11]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/marketingovye-aspekty-razvitiya-meditsinskogo-turizma> (In Russ.)
5. Sorokin OO, Tikhonov AI. Analysis and prospects for the development of medical tourism in Russia[Internet]. Natural-Humanitarian Studies. 2024;5(55):341-344 [cited 2026 Feb 11]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-i-perspektivy-razvitiya-meditsinskogo-turizma-v-rossii> (In Russ.)
6. Petrova GD, Chernyshev EV. Digest “Medical Tourism and Export of Medical Services” (January–September 2024). Moscow: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management; 2024. (In Russ.)
7. Chernyshev EV, Kalinichenko VI. The integrated model of risk management in medical tourism and the export of medical services in the context of VUCA-reality. Quality Management in Medicine. 2024;(1):71-75. (In Russ.)

8. Kalantarzadeh MM, Fasli M. Branding Cities Through Medical Tourism. Open House International. 2018;43(2):83-92. doi: 10.1108/OHI-02-2018-B0012

Информация об авторе:

Каналина Юлия Сергеевна – аспирант 1 года обучения ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва, Российская Федерация; e-mail: 79167370876@ya.ru; ORCID: 0009-0007-9302-9994.

Author information:

Iuliia S. Kanalina – first-year postgraduate student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russian Federation; e-mail: 79167370876@ya.ru; ORCID: 0009-0007-9302-9994.

ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА: УПРАВЛЕНИЕ ПРОЦЕССАМИ С ПОМОЩЬЮ ИИ И БОЛЬШИМИ ДАННЫМИ

Кузнецов А. Н.

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Аннотация

Актуальность исследования данной проблемы обусловлена тенденциями цифровой трансформации в сфере медицинского туризма, роли искусственного интеллекта (ИИ) и аналитики больших данных (Big Data) в управлении бизнес-процессами и предоставлении услуг. Анализируются возможности и вызовы внедрения цифровых технологий, а также перспективы их развития в глобальном контексте. Особое внимание уделено интеграции ИИ в процессы планирования, диагностики, коммуникации с пациентом и обработке данных медицинских путешественников.

Цель исследования – разработка и научное обоснование концептуальных подходов к цифровой трансформации медицинского туризма на основе применения технологий искусственного интеллекта и аналитики больших данных, направленных на повышение эффективности управления организационно-экономическими и клинико-сервисными процессами, а также улучшение качества и доступности медицинских услуг для международных пациентов.

Материалы и методы. Проведен комплексный анализ научной литературы, официальных статистических данных международных организаций (Всемирная организация здравоохранения, Всемирная туристская организация ООН), отражающие динамику развития медицинского туризма, аналитических отчётов консалтинговых и исследовательских центров в области цифровизации здравоохранения и медицинского туризма, а также данных социологических исследований.

Результаты. Искусственный интеллект и большие данные выступают ключевыми инструментами цифровой трансформации медицинского туризма. Управление процессами на основе данных повышает эффективность и качество медицинских услуг. Цифровые платформы формируют новую модель устойчивого развития медицинского туризма.

Закключение. Использование искусственного интеллекта способствует повышению эффективности управления пациентским путем за счёт интеллектуальной поддержки принятия решений, автоматизации сервисных и административных функций, а также повышения качества взаимодействия между медицинскими организациями и пациентами. Аналитика больших данных,

в свою очередь, формирует информационную основу для обоснованных управленческих решений, позволяя прогнозировать спрос, оптимизировать загрузку ресурсов и повышать экономическую результативность деятельности субъектов медицинского туризма.

Ключевые слова: цифровая трансформация, медицинский туризм, искусственный интеллект, большие данные, управление процессами, цифровые платформы, пациентский путь, эффективность управления, аналитика данных.

Для цитирования: Кузнецов А. Н. Цифровая трансформация медицинского туризма: управление процессами с помощью ИИ и большими данными // **Современные проблемы науки** [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции, Москва, 14 марта 2026 года. – 2026...

Для корреспонденции: Кузнецов Артём Никитович, аспирант, e-mail: kuznetsovcr7@mail.ru

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена в рамках Государственного задания в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

DIGITAL TRANSFORMATION OF MEDICAL TOURISM: PROCESS MANAGEMENT USING AI AND BIG DATA

Kuznetsov A.N.

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

Abstract

Relevance. The study considers the trends of digital transformation in medical tourism, as well as the role of artificial intelligence (AI) and big data analytics in business process management and service provision. The article analyzes the opportunities and challenges of introducing digital technologies, as well as the prospects for their development in a global context. Special attention is paid to the integration of AI into the processes of planning, diagnosis, communication with the patient and data processing of medical travelers.

Objective. To develop and scientifically substantiate conceptual approaches to the digital transformation of medical tourism based on the use of AI and big data analytics aimed at improving the efficiency of organizational, economic, clinical and service processes management, as well as the quality and accessibility of medical services for international patients.

Materials and methods. The author conducted a comprehensive analysis of scientific literature, official statistical data of international organizations (the World Health Organization, the United Nations World Tourism Organization) on the dynamics of medical tourism development, analytical reports of consulting and research centers about digitalization of healthcare and medical tourism, and sociological research data.

Results. Artificial intelligence and big data are key tools for the digital transformation of medical tourism. Data-driven process management improves the efficiency and quality of care. Digital platforms are forming a new model for the sustainable development of medical tourism.

Conclusion. The use of artificial intelligence contributes to increasing the effectiveness of patient management through intelligent decision support, automation of service and administrative functions, as well as improving the quality of communication between healthcare organizations and patients. Big data analytics, in turn, forms the information basis for informed management decisions, allowing to predict demand, optimize resource utilization and increase the economic efficiency of medical tourism entities.

Keywords: digital transformation, medical tourism, artificial intelligence, big data, process management, digital platforms, patient pathway, effective management, data analytics.

For citation: Kuznetsov A.N. Digital Transformation of Medical Tourism: Process Management using AI and Big Data. In: Current Problems in Science [Internet]: Collected Postgraduate Students' Scientific Papers from the Annual Scientific and Practical Conference. Moscow, 14 March 2026. 2026...

For correspondence: Artem N. Kuznetsov, postgraduate student, e-mail: kuznetsovcr7@mail.ru

Conflict of interests. The author declares that there is no conflict of interest.

Funding. The work was carried out within the framework of a state assignment to the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Введение. В условиях цифровизации мировой экономики и интенсификации международной конкуренции медицинский туризм становится одним из динамично развивающихся сегментов глобального рынка услуг. Рост мобильности пациентов, повышение требований к качеству медицинской помощи и сервисного сопровождения, а также развитие трансграничных медицинских услуг обуславливают необходимость трансформации традиционных подходов к управлению процессами в сфере медицинского туризма.

Исследования, проводимые в различных областях медицины, обусловили повышенный интерес к потенциалу искусственного интеллекта как инструмента трансформации клинической практики, направленной на повышение точности и эффективности диагностики и прогностических решений. В этих условиях туристическая медицина обладает значительными возможностями для использования преимуществ ИИ. Это, в свою очередь, требует адаптации системы образования и профессиональной подготовки, а также усиления междисциплинарного взаимодействия со специалистами в области анализа и обработки данных [1].

Целью исследования является анализ процессов цифровой трансформации медицинского туризма и обоснование возможностей управления ими на основе технологий искусственного интеллекта и больших данных.

Основная часть. В настоящее время цифровые технологии позволяют повысить качество медицинских услуг, оптимизировать использование ресурсов, сократить транзакционные и временные издержки, а также повысить удовлетворенность пациентов и конкурентоспособность медицинских организаций на международном рынке. Одновременно с этим выявлены ключевые ограничения цифровой трансформации, связанные с информационной безопасностью, нормативно-правовым регулированием и дефицитом цифровых компетенций. Поэтому существует необходимость комплексного подхода к цифровому развитию медицинского туризма, включающего технологические, управленческие и кадровые компоненты [2].

В контексте цифровой трансформации обосновывается потенциал применения искусственного интеллекта и больших данных для мониторинга потоков медицинских туристов, повышения прозрачности качества и стоимости медицинских услуг, оптимизации пациентского пути и управленческих решений [3].

В России имеется потенциал въездного медицинского туризма для экономики, но при этом отсутствует единая национальная стратегия и присутствуют недостатки существующих цифро-

вых платформ (например, www.russiamedtravel.ru), которые не используют аналитику данных и ИИ для персонализации [4].

ИИ и аналитика больших данных расширяют помощь без поездок: телемедицина (онлайн-консультации), интеллектуальная диагностика на базе суперкомпьютеров (Watson) и роботизированная телехирургия. Сопоставление прогнозов по медицинскому туризму и рынкам медтехнологий в целом подводит к выводу о смещении части спроса к дистанционным сервисам: теледиагностика и телелечение позволяют экспортировать услуги «на расстоянии» и управлять процессами на основе данных. Пандемия 2020 г. выступает катализатором этих форматов и в перспективе может снизить доходы от транспорта, проживания и сопутствующих сервисов, оставив заработок в виде «невидимого экспорта» [5].

На основе практик стран-лидеров и подхода Medical Tourism Index² показано, что критический драйвер – управление качеством и безопасностью (ISO 90013, JCI⁴), подкрепленное инфраструктурой и отлаженными бизнес-процессами. Для пациента решающим становится формат «комплексной медицинской услуги»: диагностика, лечение/операции, реабилитация и сервисное сопровождение с постоянной связью с врачом [6].

Стоит учитывать, что цифровые каналы коммуникации становятся критическим элементом управления пациентским выбором. Заострять внимание на том, какие вербальные и визуальные стратегии формируют доверие у иностранных пациентов и как это влияет на решение о лечении за рубежом. Показано, что сайты клиник выступают не только источником информации, но и инструментом «цифрового сопровождения» пациента: онлайн-запросы, дистанционные предгоспитальные консультации, доступ к медицинским данным, механизмы обратной связи. При этом обнаружены дефициты, мешающие эффективному управлению пациентским путем: недостаток данных о стоимости, оплате и сервисах для сопровождающих, ограниченная мультиязычность и слабое раскрытие рисков [7].

В то же время медицинский туризм является ещё и частью межотраслевой сферы региональной и отраслевой экономики и демонстрирует, как инструменты ИИ и анализа больших данных могут применяться для управленческих задач в этой области. Отмечено, что, по данным Минздрава РФ, совокупный объём экспорта медицинских услуг по результатам федерального проекта за 2019–2024 гг. составил 1 242,73 млн долл. США, пролечено более 21,5 млн иностранных граждан [8]. По итогам трех кварталов 2025 г. совокупный показатель достиг 1 591,5 млн долл. США, а объём за 3 квартала 2025 г. составил 348,7 млн долл. США (+25% к 3 кварталам 2024 г.) [9]. А в 2024 г. медпомощь в РФ получили свыше 4,7 млн иностранных граждан; отдельно отмечен рост пациентов из КНР (более 78 тыс. в 2024 г. и более 46 тыс. в 1 полугодии 2025 г.) [10, 11]. Отмечаются драйверы спроса (доступная цена при приемлемом качестве, наличие крупных частных сетей, высокотехнологичная помощь в центрах) и особенности потоков: значимы как въездные пациенты из соседних стран, так и внутренние перемещения между регионами. К барьерам отнесены дефицит международной сертификации (JCI), языковая подготовка персонала, слабый маркетинг и неравномерность качества в регионах. В логике цифровой трансформации подчеркивается необходимость «дорожной карты» и единого информационного контура, где ИИ и аналитика больших данных могут поддерживать прозрачность, персонализацию и сквозное управление пациентским путем [12].

² Индекс, который оценивает привлекательность стран как направлений медицинского туризма.

³ Международный стандарт «Системы менеджмента качества. Требования».

⁴ Стандарты в области качества и безопасности для медицинских учреждений.

Хотел бы заострить внимание на таком барьере медицинского туризма Российской Федерации (который прозвучал в предыдущем абзаце), как неравномерность качества оказания медицинских услуг в регионах. В сфере телелечения на основе статистических и нормативных источников регионы сопоставляются по телемедицинской активности и интернет-доступу. Показана резкая дифференциация: лидируют Москва и Санкт-Петербург, тогда как в удалённых субъектах показатели минимальны. В 2022 г. в Москве выполнено более 1,5 млн телемедицинских консультаций, в Санкт-Петербурге – около 400 тыс., в Чукотском АО и ЕАО – лишь сотни. При среднем доступе домохозяйств к интернету 82,3% в отдельных регионах он ниже 60%, что усиливает цифровое неравенство. По данным ВЦИОМ, около 40% населения не знают о бесплатной телемедицине по ОМС, почти 50% не доверяют её качеству. Необходимы управленческие меры (инфраструктура, кадры, информирование, унификация решений ЕГИСЗ) и применения Big Data/ИИ для мониторинга обращений и прогнозирования спроса [13]. Ведь это напрямую влияет на качество медицинского туризма, особенно внутреннего, так как в первую очередь медицинские услуги должны получать граждане Российской Федерации, а потом уже иностранные.

По данным UN Tourism⁵, в 2023 г. зарегистрировано 1 286 млн международных туристских прибытия (ночующих посетителей), что на 34% выше 2022 г.; уровень восстановления достиг 88% от докризисного 2019 г., что свидетельствует о возобновлении трансграничной мобильности как базового условия для медицинского туризма [14].

Предварительные оценки UN Tourism по 2024 г. фиксируют около 1,4 млрд международных туристов, что на 11% выше 2023 г.; тем самым международные поездки приблизились к допандемийным уровням, поддерживая восстановление спроса на медицинские поездки [15].

В части денежных потоков UNWTO⁶ предлагает использовать данные МБФ по платёжному балансу: поступления/расходы по медицинскому туризму. В документе Health Tourism Trends приведены сопоставимые значения за 2019 г. (выборка стран-репортёров): поступления, например, Турция – 1 493 млн долл., США – 1 153 млн долл., Франция – 832 млн долл., Таиланд – 762 млн долл., Иордания – 621 млн долл.; расходы, например, Нигерия – 2 555 млн долл., Германия – 798 млн долл., США – 717 млн долл. [16].

При этом UNWTO подчёркивает существенную вариативность оценок объёма рынка и необходимость гармонизации данных, а BoP-показатели рассматриваются как один из наиболее формализованных международно сопоставимых источников по «поездкам, связанным со здоровьем» [16].

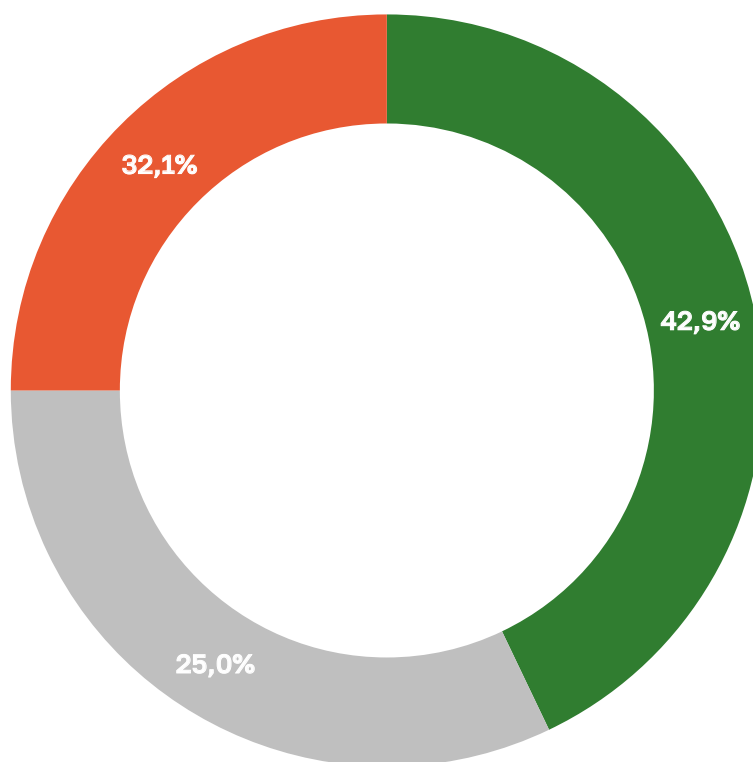
Официальные данные ВОЗ/Европейской обсерватории по системам здравоохранения и политики позволяют оценить динамику трансграничной медицинской помощи в ЕС: по механизму Директивы 2011/24/EU число случаев плановой помощи выросло с 232 054 (2018 г.) до 290 890 (2019 г.), при росте суммарных возмещений – с €73,3 млн до €92 млн; объём незапланированной помощи по регламенту оценивается примерно в 2 млн пациентов в год [17].

Необходимо также рассмотреть и статистику использования ИИ в здравоохранении, и его влияние на медицинский туризм в 2025 году. Ниже приведена диаграмма (рис.) – Структура расходов на генеративный искусственный интеллект (GenAI) в здравоохранении (2025) [18].

⁵ Всемирная организация по туризму.

⁶ Устаревшее название UN Tourism с 2024 года.

Структура расходов на генеративный искусственный интеллект (GenAI) в здравоохранении (2025)



- Амбиентная клиническая документация (\$600 млн)
- Автоматизация кодирования и биллинга (\$450 млн)
- Прочее: цифровые каналы взаимодействия, сопровождение пациента, предварительное разрешение и т. п. (\$350 млн)

Рисунок. Структура расходов на генеративный искусственный интеллект (GenAI) в здравоохранении (2025)

Статистические данные и их значение для медицинского туризма

Анализ динамики инвестиций в медицинские ИИ-решения позволяет выявить направления, оказывающие наибольшее влияние на трансформацию сервисных и управленческих процессов в сфере медицинского туризма. По данным Menlo Ventures⁷ (изменение расходов 2024→2025), наибольшие темпы роста демонстрируют решения, ориентированные на взаимодействие с пациентом и административные процессы: «вовлечение пациентов» увеличилось с 5 до 100 млн долл. США (рост в 20 раз), «предварительное разрешение» – с 10 до 100 млн долл. США (рост в 10 раз), «операции плательщиков» – с 10 до 50 млн долл. США (рост в 5 раз). Существенный рост

⁷ Menlo Ventures — американская венчурная фирма, основанная в 1976 году, которая предоставляет финансирование технологическим стартапам на ранних стадиях. Menlo Ventures инвестирует в такие области, как потребительский интернет, мобильные технологии, инфраструктура связи, безопасность и хранение данных.

также отмечается в сегментах «амбиентная клиническая документация» (с 250 до 600 млн долл. США; рост в 2,4 раза) и «кодирование и биллинг» (с 200 до 450 млн долл. США; рост в 2,3 раза) [18].

Указанная структура роста свидетельствует о приоритетном развитии тех ИИ-инструментов, которые снижают транзакционные издержки и устраняют барьеры на ранних этапах обслуживания пациента, а также повышают эффективность документационного и финансового сопровождения. Для медицинского туризма это принципиально важно, поскольку конкурентоспособность дестинации и клиники определяется не только клиническим результатом, но и качеством сквозного сервиса, включая скорость ответа, прозрачность стоимости и управляемость маршрута пациента.

Влияние ИИ на пациентский путь медицинского туриста

Пациентский путь медицинского туриста включает последовательность этапов: поиск информации, планирование и запись, получение медицинской услуги, постлечебное наблюдение и формирование лояльности. В исследовательских работах данный подход фиксируется как фреймворк анализа пациентского пути в медицинском туризме с использованием ИИ-решений [19]. В контексте указанного фреймворка можно выделить следующие эффекты:

- 1. ИИ-решения вовлечения пациентов** (наиболее быстро растущий сегмент) обеспечивают поддержку этапов выбора клиники и организации поездки: автоматизация первичных обращений, круглосуточная коммуникация, предварительный сбор данных о пациенте, персонализация предложений по программам лечения и срокам, а также мультиязычное сопровождение. Значимость цифровых каналов подтверждается тем, что значительная доля медицинских туристов использует социальные сети как основной или дополнительный источник информации на этапе принятия решения [20]. Следовательно, цифровая коммуникация и управляемая аналитика маркетинговых данных становятся фактором формирования пациентского потока.
- 2. Ambient clinical documentation** способствует повышению эффективности клинического контура за счёт сокращения времени на оформление медицинских записей, выписок и элементов электронной медицинской документации. По данным Menlo Ventures, технологии «скрайбинга» способны снижать трудозатраты на документацию более чем на 50% [18]. Для медицинского туризма это означает ускорение завершения визита, повышение понятности документационного пакета для пациента и снижение рисков ошибок при подготовке материалов (в том числе при последующем переводе и структурировании).
- 3. ИИ-решения кодирования и биллинга** повышают прозрачность финансового контура и снижают вероятность ошибок в счетах. В медицинском туризме данный аспект имеет критическое значение, поскольку пациент ориентируется на предварительную предсказуемость стоимости, а медицинская организация заинтересована в минимизации спорных начислений и задержек в оформлении платежных документов. Рост инвестиций в соответствующие категории отражает тенденцию к системной автоматизации данного управленческого уровня [18].
- 4. Автоматизация предварительных разрешений и взаимодействия с плательщиками** становится актуальной в связи с развитием моделей оплаты через посредников (страховые компании, корпоративные программы, ассистансы), несмотря на сохранение сегмента прямых платежей. Соответственно, ускорение согласовательных процедур и цифровая интеграция с участниками платежной инфраструктуры усиливают управляемость процесса и снижают административные задержки [18].

Роль больших данных как фактора усиления эффективности ИИ

Эффективность ИИ-инструментов в медицинском туризме возрастает при интеграции данных из нескольких контуров: CRM-систем, обращений и коммуникаций, расписаний, клинических данных, логистики, отзывов и показателей качества. В практике управления медицинским туризмом это обеспечивает три ключевых эффекта:

- 1. Прогнозирование спроса и планирование мощностей** (персонал, койко-фонд, операционные, переводческие и сервисные ресурсы), что снижает вероятность сбоев и удлинения ожидания.
- 2. Персонализация маршрута пациента** и повышение конверсии на этапах «обращение → консультация → поездка/лечение» за счёт более точного подбора программ и сервисов.
- 3. Контроль качества и KPI по всей цепочке** (скорость реакции, доля завершённых консультаций, индекс удовлетворённости и лояльности, повторные обращения), что переводит управление медицинским туризмом в формат измеримой и прогнозной модели.

Таким образом, рост инвестиций в ИИ-категории, ориентированных на коммуникации и административные процессы, является индикатором приоритетов рынка и подтверждает, что цифровая трансформация медицинского туризма в первую очередь развивается через снижение транзакционных издержек, повышение прозрачности сервисных процедур и управление пациентским путем на основе данных (табл.).

Таблица. Рекомендации по развитию цифровой трансформации медицинского туризма и управлению процессами с применением ИИ и больших данных

1.	Для государственной политики и регулирования	Разработать и утвердить единую национальную стратегию развития медицинского туризма, интегрированную с целями экспорта медицинских услуг, цифрового здравоохранения и туристической политики, с закреплением ответственных операторов и целевых показателей (KPI).
		Ввести единый статистический и управленческий контур мониторинга медицинского туризма: унифицировать определения (медицинский/лечебно-оздоровительный туризм, «медицинский турист», сопровождающие лица), обеспечить корректную классификацию потоков и сопоставимость данных между регионами.
		Сформировать нормативную базу для безопасного использования ИИ и Big Data в трансграничных медицинских услугах: требования к качеству данных, прозрачности алгоритмов, ответственности сторон, этическим ограничениям и правилам клинического применения.
		Усилить требования к кибербезопасности и защите персональных медицинских данных, включая стандарты хранения, передачи, обезличивания и контроля доступа, а также обязательные процедуры реагирования на инциденты.

2.	По развитию цифровых платформ и сквозному управлению пациентским путем	Модернизировать национальные цифровые платформы медицинского туризма (в т.ч. агрегирующие решения) по принципу «полный путь пациента»: запрос → триаж ⁸ → подбор клиники → смета/договор → логистика → лечение → реабилитация → постнаблюдение.
		Встроить механизмы ИИ-подбора и персонализации на основе больших данных (соответствие пациента и клиники, прогноз сроков/стоимости, рекомендации программ лечения/реабилитации), включая мультитязычные чат-боты и виртуальных ассистентов.
		Обеспечить функциональную «прозрачность сервиса»: публикация полной стоимости, вариантов оплаты, состава пакета, условий пребывания сопровождающих, рисков и ограничений, а также соглашение об уровне обслуживания между заказчиком и поставщиком услуг по срокам ответа и маршрутизации пациента.
3.	Для медицинских организаций и регионов	Сфокусировать развитие на доказуемом качестве и безопасности: внедрение процессного управления (ISO 9001), развитие практик международной аккредитации/альтернативных признанных стандартов, контроль клинических исходов и пациентского опыта.
		Создать интегрированные «пакетные продукты» медицинского туризма (диагностика–лечение–реабилитация–сервис), поддержанные цифровыми сервисами сопровождения, включая постлечебный мониторинг и телемедицинские консультации.
		Развивать клиентоцентричную цифровую коммуникацию: мультитязычные сайты, понятные маршруты пациента, доверительные визуально-вербальные стратегии, доказательная информация о результатах лечения, прозрачность рисков и гарантий.
4.	По кадровому обеспечению и междисциплинарному взаимодействию	Актуализировать образовательные программы для управленцев и персонала медицинского туризма: данные, ИИ, цифровые платформы, кибербезопасность, сервис-дизайн, межкультурные коммуникации.
		Институционализировать сотрудничество медицинских организаций со специалистами по данным (наука о данных, бизнес-аналитика, инженеры по машинному обучению), включая создание проектных офисов цифровой трансформации и центров компетенций.

⁸ Медицинская сортировка. Это распределение пострадавших и больных на группы, исходя из срочности и однородности необходимых мероприятий (лечебных, профилактических, эвакуационных) в конкретной обстановке.

5.	По развитию дистанционных форм медицинских услуг	Развивать телемедицинские и гибридные сценарии обслуживания как фактор конкурентоспособности: предгоспитальные консультации, «второе мнение», дистанционный мониторинг, цифровая реабилитация.
		Учитывать экономические последствия смещения спроса к дистанционным сервисам: перераспределение доходов от сопутствующей инфраструктуры (проживание/транспорт) к «невидимому экспорту» медицинских услуг; формировать региональные модели компенсации и кооперации с индустрией гостеприимства.
6.	По оценке эффективности (KPI) и доказательной базе	Ввести систему измеримых показателей цифровой трансформации: скорость обработки обращения, доля конверсии «запрос → пациент», индекс лояльности клиентов / индекс удовлетворённости клиентов, частота повторных обращений, клинические исходы, доля дистанционных этапов, показатели информационной безопасности.
		Использовать международно-сопоставимые прокси-индикаторы (туристская мобильность, лечебно-оздоровительный туризм в платёжном балансе, мобильность пациентов) для сопоставления динамики и корректировки стратегии.

Реализация предложенных мер обеспечит переход от фрагментарных решений к процессно-ориентированной и прогнозной модели управления медицинским туризмом, основанной на данных; повысит прозрачность и качество сервиса, усилит конкурентоспособность российских организаций и регионов, а также снизит транзакционные издержки за счет цифровых каналов и ИИ-поддержки решений.

Заключение. Проведённое исследование показывает, что цифровая трансформация медицинского туризма становится определяющим условием устойчивого развития отрасли в период усиления международной конкуренции и восстановления трансграничной мобильности. Выявлено, что применение искусственного интеллекта и аналитики больших данных позволяет перейти к процессно-ориентированному управлению пациентским путём, обеспечивая более высокую прозрачность качества и стоимости услуг, снижение транзакционных и временных издержек, рост удовлетворённости пациентов и усиление рыночных позиций медицинских организаций. Обосновано, что распространение телемедицины, интеллектуальной диагностики и роботизированных технологий расширяет возможности дистанционного оказания помощи, что в долгосрочной перспективе способно изменить структуру спроса и перераспределить экономические эффекты от сопутствующих туристских сервисов в пользу «невидимого экспорта» медицинских услуг.

Для России отмечены институциональные и технологические барьеры, включая недостаточную стратегическую координацию и ограниченную функциональность цифровых платформ. Следовательно, приоритетными направлениями выступают развитие нормативной базы и киберзащиты, формирование компетенций, внедрение стандартов качества и системы KPI, обеспечивающие измеримость результатов цифровизации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gerard Thomas Flaherty, Watcharapong Piyaphanee, Predicting the natural history of artificial intelligence in travel medicine, Journal of Travel Medicine, Volume 30, Issue 1, January 2023.
2. Ананченкова П. И. Развитие медицинского туризма в условиях глобализации здравоохранения / П. И. Ананченкова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № 4. – С. 555-561.
3. Байменова А. С. Рынок медицинских услуг на международном уровне (медицинский туризм): обзор литературы / А. С. Байменова, С. Р. Жакенова, Б. Н. Кошеров // Сибирский научный медицинский журнал. – 2019. – Т. 39, № 5. – С. 5-11.
4. Тарасенко Э. В. Технологии искусственного интеллекта и машинного обучения как драйвер развития медицинского туризма в России / Э. В. Тарасенко // AlterEconomics. – 2025. – Т. 22, № 2. – С. 320-339.
5. Tileva I. G. How technologies will affect the future of international medical tourism / I. G. Tileva // Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Социально-экономические науки. – 2021. – № 3. – Р. 308-318.
6. Хлебович Д. И. Ключевые факторы успеха при развитии международного медицинского туризма / Д. И. Хлебович, А. Д. Касьянова // Устойчивое развитие социально-экономической системы Российской Федерации: Сборник трудов XXIV Всероссийской научно-практической конференции, Симферополь, 16–17 ноября 2023 года. – Симферополь: Общество с ограниченной ответственностью «Издательство Типография «Ариал»», 2023. – С. 82-87.
7. Katermina V. V. Medical discourse and promotion in the field of medical tourism: pragmatic approach / V. V. Katermina, I. V. Chernova // Профессиональная коммуникация: актуальные вопросы лингвистики и методики. – 2021. – No. 14. – Р. 78-87.
8. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Информация о реализации федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» национального проекта «Здравоохранение» за период 2019–2024 годов [Электронный ресурс]. – Обновлено 27.08.2025. – URL: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/natsproektzdravoohranenie/medturizm> (дата обращения: 03.04.2026).
9. Ассоциация медицинского и академического туризма. Минздрав России отчитался за экспорт медицинских услуг по итогам 3 кварталов 2025 года [Электронный ресурс]. – URL: <https://med-edu.org/%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2-%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8-%D0%BE%D1%82%D1%87%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%81%D1%8F-%D0%B7%D0%B0-%D1%8D%D0%BA%D1%81%D0%BF%D0%BE%D1%80%D1%82/> (дата обращения: 03.04.2026).
10. Информационное агентство ТАСС. В ОП предложили ввести для мигрантов платные медстраховки при въезде в Россию [Электронный ресурс]. – 25.10.2025. – URL: <https://tass.ru/obschestvo/25452253> (дата обращения: 03.04.2026).
11. Информационное агентство ТАСС. Минздрав: в России количество пациентов из КНР выросло на 20% за год [Электронный ресурс]. – 03.09.2025. – URL: <https://tass.ru/obschestvo/24945505> (дата обращения: 03.04.2026).

12. Khamadeeva Z. A. Medical tourism as a promising direction for the development of tourism in Russia / Z. A. Khamadeeva // Bulletin WKU. – 2023. – № 1(89). – P. 122-127.
13. Мутигуллина К. Р. Оценка доступности и использования телемедицины в регионах России / К. Р. Мутигуллина // Вестник науки. – 2025. – Т. 4, № 5(86).
14. UN Tourism. World Tourism Barometer and Statistical Annex, January 2024 [Электронный ресурс]. – Vol. 22, iss. 1. – 2024. – DOI: 10.18111/wtobarometereng.2024.22.1.1. – URL: <https://www.e-unwto.org/doi/abs/10.18111/wtobarometereng.2024.22.1.1> (дата обращения: 22.01.2026).
15. UN Tourism. World Tourism Barometer and Statistical Annex, January 2025 [Электронный ресурс]. – Vol. 23, iss. 1. – 2025. – DOI: 10.18111/wtobarometereng.2025.23.1.1. – URL: <https://www.e-unwto.org/doi/abs/10.18111/wtobarometereng.2025.23.1.1> (дата обращения: 22.01.2026).
16. UNWTO. Health Tourism Trends: Guiding Trends [Электронный ресурс]. – 2023. – URL: https://pre-webunwto.s3.eu-west-1.amazonaws.com/s3fs-public/2023-06/UNWTO_Health_Tourism_Trends.pdf (дата обращения: 22.01.2026).
17. Wismar M., Touret R., Clottes J., Dubois G., Damez-Fontaine, A., Rouvet, V., van Ginneken, E. Crossing the border for health care: adding value for patients and health systems [Электронный ресурс] // Eurohealth. – 2022. – Vol. 28, no. 1. – P. 51–56. – URL: <https://www.lse.ac.uk/lse-health/assets/documents/eurohealth/issues/Eurohealth-28-1-2022-eng.pdf> (дата обращения: 22.01.2026).
18. Yap G. 2025: The State of AI in Healthcare / G. Yap, D. Xiao, J. Hu, J. P. Sanday, C. Beatty. – Текст: электронный // Menlo Ventures. – 21 Oct. 2025. — URL: <https://menlovc.com/perspective/2025-the-state-of-ai-in-healthcare/> (дата обращения: 22.01.2026).
19. Karcioğlu U. B. The Impact of Artificial Intelligence on the Patient Journey in Medical Tourism: A Management Framework / U. B. Karcioğlu. – Текст: электронный // Eurasian Journal of Health Technology Assessment. – 2025. – Vol. 9, no. 1. – P. 58–67. – DOI: 10.52148/ehta.1701664. – URL: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ehta/article/1701664> (дата обращения: 22.01.2026).
20. Vequist IV D. Health Tourism Facility Use of Digital Marketing and AI / D. Vequist IV. – Текст: электронный // Visions in Leisure and Business. – 2025. – Vol. 27, no. 1. – Article 4. – DOI: 10.25035/visions.27.01.04. – URL: <https://scholarworks.bgsu.edu/visions/vol27/iss1/4/> (дата обращения: 22.01.2026).

REFERENCES

1. Flaherty GT, Piyaphanee W. Predicting the natural history of artificial intelligence in travel medicine. Journal of Travel Medicine. 2023;30(1): taac113.
2. Ananchenkova PI. The development of medical tourism in conditions of globalization health care. Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2023;31(4):555–561 (In Russ.)
3. Baymenova AS, Zhakenova SR, Kosherova BN. The market of medical services at the international level (medical tourism). Review of the literature. Siberian Scientific Medical Journal. 2019;39(5):5-11. (In Russ.)
4. Tarasenko EV. Technological Transformation of Medical Tourism in Russia as an Important Segment of the Service Sector Economy. AlterEconomics, 22(2), 320–339. (In Russ.)
5. Tileva IG. How technologies will affect the future of international medical tourism. PNRPU Sociology and Economics Bulletin. 2021;(3):308-318.

6. Khlebovich DI, Kasyanova AD. Key success factors for developing international medical tourism. In: Sustainable development of the social and economic system of the Russian Federation: Proceedings of the XXIV All-Russian Scientific and Practical Conference, 16-17 November 2023. Simferopol: LLC "Publishing House Printing House 'Arial'"; 2023. p. 82-87. (In Russ.)
7. Katermina VV, Chernova IV. Medical discourse and promotion in the field of medical tourism: pragmatic approach. Professional communication: current issues of linguistics and methodology. 2021;(14):78-87. (In Russ.)
8. Information on the implementation of the Federal Project "Development of Export of Medical Services" of the National Project "Healthcare" in 2019-2024 [Internet]. Ministry of Health of the Russian Federation. 2019 July 16 [cited 2026 Apr 3]. Available from: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/natsproektzdravooхранenie/medturizm> (In Russ.)
9. The Russian Ministry of Health Has Reported on the Export of Medical Services in the First Three Quarters of 2025 [Internet]. Association of Medical and Academic Tourism. [cited 2026 Apr 3]. Available from: <https://med-edu.org/%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2-%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8-%D0%BE%D1%82%D1%87%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%81%D1%8F-%D0%B7%D0%B0-%D1%8D%D0%BA%D1%81%D0%BE%D0%BE%D1%80%D1%82/> (In Russ.)
10. Public Chamber has Proposed Introducing Paid Medical Insurance for Migrants upon their Entry into Russia [Internet]. TASS News Agency. 2025 Oct 25 [cited 2026 Apr 3]. Available from: <https://tass.ru/obschestvo/25452253> (In Russ.)
11. Ministry of Health: Number of Chinese Patients from China in Russia Has Increased by 20% Over the Past Year [Internet]. TASS news agency. 2025 Sep 3 [cited 2026 Apr 3]. Available from: <https://tass.ru/obschestvo/24945505> (In Russ.)
12. Khamadeeva ZA. Medical tourism as a promising direction for the development of tourism in Russia. Bulletin WКУ. 2023;(1):122-127.
13. Mutigullina KR. Assessment of Availability and Use of Telemedicine in Regions of Russia. Science Bulletin. 2025;5(86):1992-2000. (In Russ.)
14. UN Tourism. UNWTO World Tourism Barometer and Statistical Annex, January 2024 [Internet]. 2024;22(1). [cited 2026 Jan 22]. doi: 10.18111/wtobarometereng.2024.22.1.1 Available from: <https://www.e-unwto.org/doi/abs/10.18111/wtobarometereng.2024.22.1.1>
15. UN Tourism. UNWTO World Tourism Barometer and Statistical Annex, January 2025 [Internet]. 2025;23(1). [cited 2026 Jan 22]. doi: 10.18111/wtobarometereng.2025.23.1.1 Available from: <https://www.e-unwto.org/doi/abs/10.18111/wtobarometereng.2025.23.1.1>
16. UNWTO. Health Tourism Trends: Guiding Trends [Internet]. 2023 [cited 2026 Jan 22]. Available from: https://pre-webunwto.s3.eu-west-1.amazonaws.com/s3fs-public/2023-06/UNWTO_Health_Tourism_Trends.pdf
17. Wismar M, Touret R, Clottes J, et al. Crossing the border for health care: adding value for patients and health systems. Eurohealth [Internet]. 2022;28(1):51-56. [cited 2026 Jan 22]. Available from: <https://www.lse.ac.uk/lse-health/assets/documents/eurohealth/issues/Eurohealth-28-1-2022-eng.pdf>
18. Yap G, Xiao D, Hu J, et al. 2025: The State of AI in Healthcare [Internet]. Menlo Ventures. 2025 Oct 21 [cited 2026 Jan 22]. Available from: <https://menlovc.com/perspective/2025-the-state-of-ai-in-healthcare/>

19. Karcioğlu UB. The Impact of Artificial Intelligence on the Patient Journey in Medical Tourism: A Management Framework [Internet]. Eurasian Journal of Health Technology Assessment. 2025;9(1):58-67. [cited 2026 Jan 22]. doi: 10.52148/ehta.1701664 Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ehta/article/1701664>
20. Vequist IV D. Health Tourism Facility Use of Digital Marketing and AI. Visions in Leisure and Business [Internet]. 2025;27(1):4. [cited 2026 Jan 22]. doi: 10.25035/visions.27.01.04 Available from: <https://scholarworks.bgsu.edu/visions/vol27/iss1/4/>

Информация об авторе:

Кузнецов Артём Никитович – аспирант ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва, Российская Федерация; e-mail: Kuznetsovcr7@mail.ru; ORCID: 0009-0003-8094-4473.

Author information:

Artem N. Kuznetsov – Postgraduate student of Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russian Federation; e-mail: Kuznetsovcr7@mail.ru; ORCID: 0009-0003-8094-4473.

УПРАВЛЕНИЕ УСТОЙЧИВЫМ РАЗВИТИЕМ И ЭКОЛОГИЧЕСКИМ ИМИДЖЕМ В МЕДИЦИНСКОМ ТУРИЗМЕ

Майоров А. Ю.

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Аннотация

Актуальность исследования. Медицинский туризм является мощным драйвером социально-экономического развития. Позитивная репутация клиники или региона оказания медицинских услуг способствует увеличению их конкурентоспособности как на уровне государства, так и на международной арене. Автор статьи рассматривает медицинский туризм с позиции фактора глобального Устойчивого развития. В исследовании соотносятся цели, утвержденные Генеральной ассамблеей ООН в рамках Повестки дня в области Устойчивого развития на период до 2030 года, с международными стандартами в области охраны здоровья и медицинского туризма, такими как JCI и ISO (в частности – ISO 22525 и 14001). Дополняет исследование краткий обзор отраслевых практик в сегменте российских коммерческих лечебных учреждений.

Цели исследования: Оценить роль медицинского туризма в Устойчивом развитии;

1. Соотнести принятые Генеральной ассамблеей ООН Цели в области устойчивого развития до 2030 г. с Международными стандартами JCI и ISO;
2. Рассмотреть примеры управления устойчивым развитием и экологическим имиджем в отечественном медицинском туризме.

Материалы и методы. В ходе исследования были использованы методы системного и сравнительного анализа. В качестве информационной базы выступили публикации Организации Объединенных Наций и Всемирной организации здравоохранения, нормативно-правовые акты Министерства здравоохранения РФ, международные стандарты качества JCI и ISO, результаты актуальных отраслевых маркетинговых исследований, научные статьи и материалы российских профильных конференций за 2021–2026 гг., а также официальные открытые источники российских медицинских организаций.

Результаты. Исследование подтверждает вклад экологического имиджа и соблюдения принципов устойчивого развития в повышение конкурентоспособности клиник, а также их привлекательности для пациентов, рассматривающих лечение по программам медицинского туризма.

Ключевые слова: медицинский туризм, устойчивое развитие, ООН, экологический имидж, международные стандарты, ISO, JCI, менеджмент, ESG, российская медицина.

Для цитирования: Майоров А. Ю. Управление устойчивым развитием и экологическим имиджем в медицинском туризме // **Современные проблемы науки** [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции, Москва, 14 марта 2026 года. – 2026...

SUSTAINABLE DEVELOPMENT AND ENVIRONMENTAL REPUTATION MANAGEMENT IN MEDICAL TOURISM

Mayorov A.Yu.

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

Abstract

Relevance. Medical tourism is a powerful driver of socioeconomic development. A clinic's or region's positive reputation boosts its competitiveness both at the state and in international levels. The author considers medical tourism as a factor of global sustainable development. The study correlates the goals approved by the United Nations General Assembly under the 2030 Agenda for Sustainable Development with international healthcare and medical tourism standards, such as JCI and ISO (specifically ISO 22525 and 14001). The study is supplemented by an overview of industry practices in the Russian commercial clinic sector.

Objective. 1) To evaluate the role of medical tourism in sustainable development; 2) to compare the 2030 Sustainable Development Goals established by the UN General Assembly with the International Standards JCI and ISO; 3) to study examples of sustainable development and environmental reputation management in Russia's medical tourism.

Materials and methods. Methods of systematic and comparative analysis were used. The information base includes publications of the United Nations and the World Health Organization, regulatory legal acts of the Ministry of Healthcare of Russian Federation, international quality standards JCI and ISO, the results of relevant industry marketing research, scientific articles and materials of Russian specialized conferences for 2021-2026 and also official open sources of Russian medical organizations.

Results. The findings demonstrated that environmental reputation and SDG compliance enhance the clinic's competitiveness and attractiveness to patients who consider treatment through medical tourism programs.

Keywords: medical tourism, sustainable development, UN, environmental reputation, international standards, ISO, JCI, management, ESG, Russian medicine.

For citation: Mayorov A.Yu. Sustainable Development and Environmental Reputation Management in Medical Tourism. In: Current Problems in Science [Internet]: Collected Postgraduate Students' Scientific Papers from the Annual Scientific and Practical Conference. Moscow, 14 March 2026. 2026...

For correspondence: Aleksander Yu. Mayorov, postgraduate student, e-mail: a.mjr926@gmail.com

Conflict of interests. The author declares no conflict of interest.

Funding. The work was carried out within the framework of a state assignment to the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Введение. В основе концепции Устойчивого развития лежит идея о том, что удовлетворение потребностей нынешнего поколения не должно лишать такой возможности будущие. В 2015 г. Генеральной ассамблеей ООН был разработан план «Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года», включающий в себя 17 Целей устойчивого развития (ЦУР) [1]. Документ носит универсальный, всеобъемлющий характер, а обозначенные в нем цели затрагивают актуальные и прогнозируемые проблемы экологии и охраны здоровья населения (рис. 1).



Рисунок 1. Цели в области устойчивого развития ООН

Все ЦУР ООН взаимосвязаны: так, государства признают, что меры по ликвидации бедности нужно принимать параллельно усилиям по наращиванию экономического роста и решению вопросов в сфере образования, здравоохранения и трудоустройства [1]. Одновременно не удастся достичь существенного прогресса в борьбе с изменениями климата без чистых источников энергии, ответственного потребления и производства. В настоящем исследовании особое внимание уделяется Целям устойчивого развития, посвященным охране здоровья и эффективному использованию природных ресурсов:

- Обеспечение наличия и бережного использования водных ресурсов и санитарии для населения;
- Обеспечение здорового образа жизни населения и содействие благополучию в любом возрасте;
- Обеспечение открытости, безопасности и устойчивости городов и других населенных пунктов;
- Принятие мер по борьбе с изменением климата и его последствиями;
- Ответственное использование океанов и морей в интересах устойчивого развития;
- Защита и восстановление экосистем суши, содействие их рациональному использованию [1].

Перечисленные цели напрямую соотносятся с медицинским туризмом, где здоровье и экология тесно связаны. В исследовании подчеркнута корреляция между глобальным устойчивым развитием и стандартами качества в разрезе медицинских организаций, а также сделан акцент на важности их интеграции, с целью повышения конкурентоспособности и привлекательности для пациентов.

Основная часть. Концепция устойчивого развития подразумевает под собой гармоничное развитие человечества в сочетании триады факторов: экономического роста, социального благополучия и охраны окружающей среды. В свою очередь, управление устойчивым развитием сосредоточено на эффективном использовании природных ресурсов, социальной ответственности и качестве непосредственного менеджмента конкретной организации или иного субъекта управления. В контексте медицинского туризма устойчивое развитие можно интерпретировать как обеспечение качественной врачебной помощи при минимизации негативного воздействия на окружающую среду.

Мировой отраслевой рынок значительно увеличился в последние годы. Стабильно растет число организаций и специалистов, оказывающих широкий спектр услуг: от эстетических процедур до экстренных методов спасения жизни. Вместе с тем главным драйвером развития выступает сам пациент, его стремление получить качественное и оперативное лечение, иметь доступ к современным технологиям, а также выбирать клинику с учётом личных предпочтений или возможностей. В этой связи, анализируя медицинский туризм, следует выходить за рамки исключительно врачебного дискурса, а также рассматривать практики с позиции стратегического менеджмента, учитывая экономические и экологические составляющие. Эффективное управление в медицинском туризме сегодня невозможно без учета принципов устойчивого развития. Рост осведомленности и осознанности населения стимулирует спрос на безопасность окружающей среды. Экологическая репутация больницы или региона оказания медицинских услуг все чаще становится серьезным аргументом для пациентов при выборе места лечения.

В предпринимательской среде в последнее время фигурирует термин ESG. Этот акроним объединяет три базовых принципа, на которых строится устойчивое развитие организации: Environmental (экологическая ответственность), Social (социальное влияние), Governance (качество корпоративного управления) [2]. Несмотря на то, что формально ESG является эволюцией корпоративной социальной ответственности, ESG-повестка находит отражение в ценностно-ориентированных моделях лечебных учреждений. Концептуально ESG опирается на принципы Устойчивого развития, управление которым, в свою очередь, в медицинском туризме можно транслировать на следующие аспекты:

- Экологический: ответственное использование природных ресурсов, составляющих основу оздоровительных программ (например – термальные источники, климатолечение), снижение углеродного следа;
- Социальный: поддержка локальных сообществ, использование местных продуктов в лечебном питании, создание новых рабочих мест;
- Нормативный: внедрение стандартов качества и систем обязательной и добровольной сертификаций;
- Имиджевый: позиционирование учреждения или региона оказания медицинских услуг как экологически чистых и ответственных [3].

Роль стандартизации и сертификации в медицинском туризме

В 2020 г. технический комитет № 228 «Туризм и сопутствующие услуги» Международной организации по стандартизации (International Organization for Standardization, ISO) утвердил Международный стандарт ISO 22525:2020 «Медицинский туризм – Требования к услугам» [4]. Документ включает в себя требования ко всей цепочке отраслевых процессов: от подготовки пациента к путешествию, до последующего наблюдения за ним уже по месту жительства⁹. Согласно ISO 22525:2020 стандартизации подлежат:

- Процессы подготовки к поездке (этап до лечения);
- Лечение;
- Процессы реабилитации;
- Сопровождение за пределами клиники.

Сертификация по ISO 22525:2020 гарантирует высокий уровень оказания медицинских услуг, что способствует развитию доверия пациентов и привлекательности клиники.

Еще одним репутационным компонентом для медицинского учреждения является сертификация по JCI (Joint Commission International), стандарты которой охватывают более 15 программ, реализуемых в системе здравоохранения. JCI является полностью некоммерческой организацией, а ее международная комиссия проводит аккредитацию больниц (амбулаторий и стационаров), клинических лабораторий, поликлиник, а также учреждений, оказывающих услуги медицинского трансфера. Согласно стандартам JCI оценивают такие аспекты профильной деятельности, как обеспечение безопасности пациентов, организация доступа к лечению, процессы ухода или управление человеческими ресурсами. *Внедрение JCI является отправной точкой в создании эффективной системы менеджмента качества и безопасности, затрагивающей интересы как пациентов и их семей, так и сотрудников медицинской организации* [5].

Экологический имидж в медицинском туризме

Не менее важной задачей в медицинском туризме является выработка стратегической политики по формированию имиджа чистого и безопасного места для лечения. Идея о снижении воздействия здравоохранения на окружающую среду получила свое развитие еще в начале 2000-х гг. Так, в Докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) о состоянии здоровья в мире за 2000 г. подчеркивалась важность экологической устойчивости для каждой из функций системы здравоохранения – от планирования ресурсов и предоставления услуг до управления и финансирования [6].

Медицинское учреждение может быть добровольно сертифицировано по стандарту ISO 14001 «Экологический менеджмент». Данный стандарт существует уже более 30 лет, а в 2026 г. была выпущена его последняя редакция [7]. Применительно к медицине экологическая сертификация распространяется на следующие аспекты:

- Разработка процедур сортировки, хранения и утилизации отходов;
- Оптимизация потребления электроэнергии, воды и тепла;
- Внедрение экологической политики, направленной на минимизацию загрязнений;

⁹ Стандарт не распространяется на центры талассотерапии и оздоровительные курорты.

- Обучение сотрудников правилам экологической безопасности и обращению с вредными веществами.

Несмотря на то, что экологический менеджмент не требует обязательной сертификации, его оценка независимым органом повышает лояльность у потребителей и является дополнительным конкурентным преимуществом для лечебного учреждения.

Рассматривая подходы к формированию экологического имиджа в медицинском туризме в целом, следует учитывать:

- природные лечебные факторы (географическое расположение, чистый воздух, целебные воды, ландшафт);
- внедрение энергоэффективных технологий и ответственное управление отходами;
- интеграцию принципов устойчивого развития в оздоровительных программах;
- маркетинговую активность и использование соответствующих инструментов для создания репутации безопасной территории [8].

Результаты исследований ВОЗ подчеркивают репутационные выгоды от обеспечения экологической устойчивости систем здравоохранения: поставщики медицинских услуг могут получить дополнительное преимущество за счет демонстрации потенциальным клиентам той значимости, которую они придают устойчивой форме работы [6].

От международных стандартов к целям устойчивого развития

Организацией ISO опубликовано более 22 000 стандартов и связанных с ними документов, охватывающих практически все сферы деятельности. Их компоненты напрямую коррелируют и с ESG-повесткой в менеджменте, и с Целями устойчивого развития ООН в вопросах социального, экономического и экологического характера [9].

Механизмы связи ISO с ЦУР ООН на примере стандарта 22525:2020 «Медицинский туризм – Требования к услугам» представлены на рисунке 2.



Рисунок 2. Механизмы связи ISO с ЦУР ООН на примере стандарта 22525:2020 «Медицинский туризм – Требования к услугам»

Сертификация профильных учреждений по международным моделям способствует:

- обеспечению качества и безопасности медицинских услуг (ЦУР 3 «Хорошее здоровье и благополучие»);
- увеличению конкурентоспособности, привлечению дополнительных инвестиций и созданию новых рабочих мест (ЦУР 8 «Достойная работа и экономический рост»);

- повышению эффективности как отдельной медицинской организации, так и региона в целом (ЦУР 9 «Индустриализация, инновации и инфраструктура»);
- сохранению окружающей среды и формированию позитивного экологического имиджа (ЦУР 6 «Чистая вода и санитария», ЦУР 12 «Ответственное потребление и производство», ЦУР 13 «Борьба с изменениями климата»);
- развитию международного сотрудничества и взаимодействию организаций через общие стандарты (ЦУР 17 «Партнерство в интересах устойчивого развития») [10].

Медицинский туризм в России, управленческие практики лечебных учреждений

В Российской Федерации с 2019 г. в рамках национального проекта «Здравоохранение» действует федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг», охватывающий 71 субъект Федерации [11]. Более 21,5 млн человек посетили страну в период с 2019 по 2024 г. с целью получения медицинской помощи [12], что свидетельствует о растущем уровне доверия и интереса к отечественному здравоохранению. В 2024 г. объем рынка внутреннего медицинского туризма составил 396 млрд рублей, что на 14,7% больше финансовых показателей годом ранее [13]. Основные направления отрасли:

- лечебные услуги (онкология, кардиология, хирургия);
- диагностические программы (check-up);
- оздоровительные услуги (санатории, реабилитация);
- косметология и эстетическая процедуры.

Несмотря на то, что акцент федерального проекта сделан на государственные организации, практика распространяется и на коммерческие клиники, которые нередко становятся лидерами отрасли и задают тренды. Например, АО «Группа Компаний «Медси» активно сотрудничает с агентствами по медицинскому туризму, обладает собственными центрами компетенций, оказывает визовую поддержку, а также услуги медицинской транспортировки. «Медси» вовлекает пациентов и сотрудников в ESG-повестку: в компании уделяют большое внимание управлению медицинскими отходами, утилизации отработанного оборудования и сокращению потребления ресурсов. Дополнительно в 2022 г. клиника прошла сертификационный аудит, подтвердив свое соответствие международному стандарту ISO 45001-2018 «Системы менеджмента охраны труда» [14]. Следует отметить, что сегодня «Медси» является ведущей частной федеральной сетью, а также одним из самых популярных брендов на рынке коммерческой медицины. В 2024 г. «Медси» заняла 1-е место в рейтинге ТОП-200 частных многопрофильных клиник России, удерживая лидерство седьмой год подряд [15].

Еще одним примером успешной реализации принципов устойчивого развития, а также эффективного управления экологическим имиджем является клиника «Кивач» в Республике Карелия. В 2021 г. «Кивач» стала лауреатом премии Правительства РФ в области качества, а в 2024 г. прошла международную аккредитацию ACQH (Accreditation Center for Quality in Healthcare), став единственным подобным санаторно-курортным комплексом в РФ, также единственным медицинским учреждением СЗФО, официально аттестованным по международной модели [16]. «Кивач» – одна из самых востребованных клиник среди пациентов, удерживающая первенство в рейтингах российских медицинских учреждений, например – «Топ-100 российских здравниц» Ассоциации оздоровительного туризма и корпоративного здоровья [17].

Заключение. Управление устойчивым развитием и экологическим имиджем является важным фактором развития медицинского туризма. Интеграция принципов ESG и международных стандартов качества напрямую способствует укреплению доверия у пациентов, а также повышению привлекательности клиник. В условиях глобально растущего спроса на экоориентированные услуги, благоприятный имидж приобретает стратегическое значение для медицинских организаций, позволяя им не только успешно конкурировать на отраслевом рынке, но и реализовывать свой потенциал в отношении глобальных Целей устойчивого развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Электронный ресурс Организации Объединенных Наций, URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/sustainable-development-goals/> (дата обращения: 10.02.2026).
2. Сайлаубеков Н. Т., Габдыкаликова Д. А. Эволюция корпоративной социальной ответственности: переход от КСО к ESG // Sciences of Europe. 2024. № 141 (141). С. 15-17.
3. Ананченкова П. И. Национальный проект «Здравоохранение» и его влияние на экспорт российских медицинских услуг // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2022. Т. 30. №5. С. 734-739.
4. Электронный ресурс Международной организации по стандартизации ISO, URL: https://www.iso.org/ru/news/isofocus_141-3.html (дата обращения: 10.02.2026).
5. Касьянова А. Д., Князюк Н. Ф. Возможности внедрения международных стандартов JCI в деятельность медицинской организации // Бизнес-образование в экономике знаний. 2022. № 3 (23). С. 36-40.
6. Электронный ресурс Всемирной организации здравоохранения, URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/48594d2f-237b-430a-bb26-37811dbf9e14/content> (дата обращения: 10.02.2026).
7. Электронный ресурс Международной организации по стандартизации ISO, URL: <https://www.iso.org/ru/standard/14001> (дата обращения 10.02.2026).
8. Штольц Л. Ю. Медицинский туризм как одно из направлений формирования позитивного имиджа страны // Мир науки. Социология, филология, культурология, 2023. Т. 14. № 4.
9. Электронный ресурс Международной организации по стандартизации ISO, URL: <https://www.iso.org/ru/sdg> (дата обращения: 10.02.2026).
10. Куприков Н. М., Доронин Д. О., Екимов А. И., Куприкова Е. М., Куприков М. Ю. // Компетентность. 2022. №1. С. 44-53.
11. Электронный ресурс Министерства здравоохранения РФ, URL: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/natsproektzdravoohranenie/medturizm> (дата обращения: 10.02.2026).
12. Электронный ресурс Ассоциации медицинского и академического туризма, URL: <https://med-edu.org/журнал-forbes-о-медицинском-туризме-на-2026-и-по/> (дата обращения: 10.02.2026).
13. Электронный ресурс аналитической компании BusinesStat, URL: https://businesstat.ru/images/demo/medical_tourism_russia_demo_businesstat.pdf (дата обращения 10.02.2026).

14. Электронный ресурс АО «Группа Компаний «Медси», URL: <https://medsi.ru/press-centr/news/ustoychivoe-razvitie-meditsinskoy-organizatsii-mezhdunarodnye-standarty-kachestva-i-printsiipy-esg/> (дата обращения: 15.04.2026).
15. Электронный ресурс медицинского отраслевого журнала Vademecum, URL: https://vademec.ru/download/TOP200clinic_2024.pdf (дата обращения: 10.02.2026).
16. Электронный ресурс клиники «Кивач», URL: <https://www.kivach.ru/about/about.php> (дата обращения: 10.02.2026).
17. Электронный ресурс Ассоциации оздоровительного туризма и корпоративного здоровья, URL: <https://aotrf.ru/projects/rating-2024/> (дата обращения: 10.02.2026).

REFERENCES

1. United Nations. Sustainable Development Goals [Internet]. United Nations Electronic Resource. [cited 2026 Feb 10]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/sustainable-development-goals/>
2. Sailaubekov NT, Gabdykalikova DA. The evolution of corporate social responsibility: the transition from CSR to ESG. Sciences of Europe. 2024;(141):15-17. (In Russ.)
3. Ananchenkova PI. National project "Healthcare" and its impact on the export of Russian medical services. Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2022;30(5):734-739. (In Russ.)
4. High Hopes for Medical Tourism [Internet]. International Organization for Standardization (ISO). 2020 Jul 15. [cited 2026 Feb 10]. Available from: https://www.iso.org/ru/news/isofocus_141-3.html
5. Kasianova AD, Kniaziuk NF. Opportunities for introducing international JCI standards in the activities of a medical organization. Business Education in the Knowledge Economy. 2022;(3):36-40. (In Russ.)
6. World Health Organization (WHO). Towards environmentally sustainable health systems in Europe. A review of the evidence [Internet]. 2016 [cited 2026 Feb 10]. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/48594d2f-237b-430a-bb26-37811dbf9e14/content> (In Russ.)
7. International Organization for Standardization (ISO). ISO 14001 [Internet]. [cited 2026 Feb 10]. Available from: <https://www.iso.org/ru/standard/14001>
8. Shtol'ts LY. Medical tourism as one of the directions of forming a positive image of the country. World of Science. Series: Sociology, Philology, Cultural Studies. 2023;14(4). (In Russ.)
9. International Organization for Standardization (ISO). Sustainable Development Goals [Internet]. [cited 2026 Feb 10]. Available from: <https://www.iso.org/ru/sdg>
10. Kuprikov NM, Doronin DO, Ekimov AI, Kuprikova EM, Kuprikov MY. Implementation of the Sustainable Development Goals in the Field of Tourism During Standardization Work. Competency (Russia). 2022;(1):44-53. (In Russ.)
11. Information on the implementation of the Federal Project "Development of Export of Medical Services" of the National Project "Healthcare" in 2019-2024 [Internet]. Ministry of Health of the Russian Federation. 2019 July 16 [cited 2026 Feb 10]. Available from: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/natsproektzdravookhraneniya/medturizm> (In Russ.)

12. Forbes on Medical Tourism for 2026 and Beyond (Comment by Association President Evgeny Chernyshev) [Internet]. Association of Medical and Academic Tourism. [cited 2026 Feb 10]. Available from: <https://med-edu.org/журнал-forbes-о-медицинском-туризме-на-2026-и-по/>
13. Medical Tourism Market in Russia: Demo Version [Internet]. BusinesStat. [cited 2026 Feb 10]. Available from: https://businesstat.ru/images/demo/medical_tourism_russia_demo_businesstat.pdf (In Russ.)
14. Sustainable Development of a Healthcare Organization: International Quality Standards and ESG Principles [Internet]. Medsi Group of Companies. 2021 Dec 14 [cited 2026 Feb 10]. Available from: <https://medsi.ru/press-centr/news/ustoychivoe-razvitie-meditsinskoy-organizatsii-mezhdunarodnye-standarty-kachestva-i-printsipy-esg/>
15. Vademecum. TOP 200 Clinics 2024 [Internet]. [cited 2026 Feb 10]. Available from: https://vademec.ru/download/TOP200clinic_2024.pdf
16. Kivach Clinic. About the clinic [Internet]. [cited 2026 Feb 10]. Available from: <https://www.kivach.ru/about/about.php>
17. Annual Investment Attractiveness Rating: Top-100 Russian Health Resorts in 2023 [Internet]. Association for Health Tourism and Corporate Health. [cited 2026 Feb 10]. Available from: <https://aotrf.ru/projects/rating-2024/>

Информация об авторе:

Майоров Александр Юрьевич – аспирант 1 курса ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва, Российская Федерация; e-mail: a.mjr926@gmail.com; ORCID: 0009-0009-3858-6477.

Author information:

Aleksander Yu. Mayorov – first-year postgraduate student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russian Federation; e-mail: a.mjr926@gmail.com; ORCID: 0009-0009-3858-6477.

МЕХАНИЗМЫ УПРАВЛЕНИЯ КОМПЛЕКСНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ТУРИСТСКИМ ПРОДУКТОМ В УСЛОВИЯХ КЛАСТЕРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Подорванов Д. Д.

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Аннотация

Актуальность исследования обусловлена развитием медицинского туризма и ростом конкуренции за пациентов, что требует формирования комплексных туристских продуктов и внедрения кластерных моделей управления.

Цель: целью исследования является анализ разработки комплексного медицинского турпродукта и обоснование роли кластерного взаимодействия в повышении его эффективности.

Материалы и методы: исследование основано на трудах отечественных и зарубежных авторов и включает методы системного и сравнительного анализа, позволяющие рассмотреть медицинский туризм как интегрированную систему.

Результаты: установлено, что эффективность медицинского турпродукта определяется интеграцией его компонентов и уровнем координации участников. Обоснована значимость кластерного подхода, функционально-матричной модели управления и цифровизации.

Заключение: сделан вывод о необходимости системного подхода к разработке медицинского турпродукта, где кластерное взаимодействие и цифровые технологии обеспечивают устойчивое развитие отрасли.

Ключевые слова: медицинский туризм, туристский продукт, комплексный турпродукт, кластер, кластерное взаимодействие, управление, цифровизация, медицинские услуги, туристическая индустрия, экономическая эффективность, интеграция услуг, устойчивое развитие

Для цитирования: Подорванов Д.Д. Механизмы управления комплексным медицинским туристским продуктом в условиях кластерного взаимодействия // **Современные проблемы науки** [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции, Москва, 14 марта 2026 года. – 2026...

Для корреспонденции: Подорванов Д. Д., аспирант 1 курса, e-mail: podorvanovdaniil2@gmail.com.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена в рамках Государственного задания в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

MECHANISMS FOR MANAGING INTEGRATED MEDICAL TOURISM PRODUCTS UNDER CLUSTER COLLABORATION

Podorvanov D.D.

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

Abstract

Relevance. Rapidly growing medical tourism and increasing global competition for patients require the creation of integrated tourism products and the implementation of cluster-based management models.

Objective. To investigate the development of an integrated medical tourism product and substantiate the role of cluster collaboration in improving its efficiency and competitiveness.

Materials and methods. The research methodology is based on Russian and international publications on tourism, management, and cluster economics. System and comparative analyses were conducted, allowing medical tourism to be considered as an integrated socioeconomic system.

Results. The findings showed that the integration of a medical tourism product's components and the level of coordination among stakeholders define the efficiency of product. It was demonstrated that cluster approach, functional-matrix management model, and digitalization are to improving operational efficiency.

Conclusion. A systemic approach based the integration of various services is necessary for developing an integrated medical tourism product. Cluster collaboration and digital technologies are key factors in ensuring the sustainable development and competitiveness of medical tourism.

Keywords: medical tourism, tourism product, integrated tourism product, cluster, cluster collaboration, cluster management, medical services, tourism industry, digitalization, economic efficiency, lean management, innovation, service integration, sustainable development

For citation: Podorvanov D.D. Mechanisms For Managing Integrated Medical Tourism Product Under Cluster Collaboration. In: Current Problems in Science [Internet]: Collected Postgraduate Students' Scientific Papers from the Annual Scientific and Practical Conference. Moscow, 14 March 2026. 2026...

For correspondence: Daniil D. Podorvanov, first-year postgraduate student, e-mail: podorvanovdaniil2@gmail.com.

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Funding. The work was carried out within the framework of a state assignment to the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Введение. Современное состояние системы здравоохранения Российской Федерации в 2026 году характеризуется глубокой трансформацией управленческих моделей, направленной на интенсификацию экспорта услуг и укрепление национальной безопасности в сфере охраны

здоровья. Актуальность исследования механизмов формирования комплексного медицинского туристского продукта обусловлена необходимостью перехода от фрагментарного предоставления клинических манипуляций к созданию единой сервисной экосистемы, обеспечивающей конкурентоспособность отечественных регионов на глобальном рынке. Правовой фундамент данной деятельности, заложенный в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сегодня выступает базой для масштабных интеграционных процессов, требующих внедрения инновационных организационных форм, таких как медицинские кластеры [1].

Значимость данной темы для современной России продиктована необходимостью поиска новых источников внебюджетного финансирования медицинских организаций и повышения качества сервиса до уровня ведущих мировых стандартов. Как справедливо отмечают А. В. Фержауи и Г. М. Жирнова в статье «Актуальное состояние, региональная специфика и нормативно-правовое регулирование подготовки и трудоустройства среднего медицинского персонала», с 1 января 2025 года в России стартовал национальный проект «Продолжительная и активная жизнь» [2]. В условиях цифровизации отрасли критически важным становится не только наличие высоких медицинских технологий, но и создание атмосферы безусловного доверия, которая, согласно выводам О. А. Удотовой и И. В. Кобелевой, выступает основным драйвером приверженности пациента выбранной системе здравоохранения и во многом определяет успех всей экспортной стратегии региона [3].

В условиях 2026 года акцент сместился на внутренний медицинский туризм. Из-за геополитической нестабильности и санкционного давления, как отмечают авторы, произошло перераспределение спроса: потребители все чаще выбирают российские клиники и санатории, которые предлагают высокотехнологичную помощь по ценам на 40–80% ниже зарубежных.

Значимость данной темы для современной России продиктована необходимостью поиска новых источников внебюджетного финансирования медицинских организаций и повышения качества сервиса до уровня ведущих мировых стандартов. Как справедливо отмечают А. В. Бабкин и О. В. Мошкова, именно кластерная политика является фундаментальным инструментом объединения ресурсов клинических центров, объектов индустрии гостеприимства и логистических служб в рамках единого ценностного предложения для пациента [4]. В условиях цифровизации отрасли критически важным становится не только наличие высоких медицинских технологий, но и создание атмосферы безусловного доверия, которая, согласно выводам Ш. О. Тастанбекова, выступает основным драйвером приверженности пациента выбранной системе здравоохранения и во многом определяет успех всей экспортной стратегии региона [5].

Проблематика формирования комплексного продукта также неразрывно связана с качеством организационного поведения и эффективностью сетевого взаимодействия всех участников кластера. В исследованиях С. А. Шапиро подчеркивается, что устойчивость подобных структур напрямую зависит от координации профессиональных агентов и отсутствия управленческих разрывов на стыке медицинских и сервисных процессов [6]. Для России в текущий период характерно смещение акцента в сторону междисциплинарного подхода, где клинические стандарты дополняются принципами бережливого производства (А. М. Ветитнев) и современными маркетинговыми инструментами. Более того, социальное измерение данной темы, раскрываемое в работах Ананченковой П. И., Аксеновой Е. И., через участие некоммерческих организаций в медико-профилактической работе позволяет формировать лояльную аудиторию и повышать уровень медицинской грамотности населения [7].

Следовательно, научно обоснованное проектирование комплексного продукта в рамках кластерного взаимодействия становится необходимым условием для перехода от количественного роста объемов услуг к качественному лидерству Российской Федерации в международном медицинском пространстве.

Методы. Методологический аппарат данного исследования базируется на комплексном подходе, сочетающем в себе методы контент-анализа нормативно-правовой базы, статистического мониторинга операционных показателей медицинских организаций и эмпирического сбора данных посредством анкетирования целевых групп. Областью исследования выступил процесс формирования и реализации комплексного медицинского туристского продукта на базе регионального медицинского кластера, функционирующего в период с 2024 по 2025 год. Источником анализируемого материала послужили внутренние регламенты взаимодействия участников кластера, отчетная документация по экспорту медицинских услуг, а также результаты первичного социологического опроса пациентов, обратившихся за высокотехнологичной помощью вне места своего постоянного проживания.

В ходе проведения исследования учитывалась совокупность факторов, способных оказать существенное влияние на достоверность полученных результатов и интерпретацию управленческой эффективности. К внешним факторам были отнесены волатильность транспортной доступности региона, изменения в федеральном законодательстве, регулирующем экспорт услуг, и общий уровень информационного фона в социальных медиа относительно безопасности медицинских вмешательств. Внутренние факторы включали уровень цифровой зрелости конкретных медицинских организаций, входящих в кластер, степень вовлеченности среднего медицинского персонала в реализацию сервисных протоколов и наличие языковых барьеров при работе с иностранными гражданами. Для минимизации субъективных искажений применялся метод перекрестной проверки данных, при котором субъективные оценки пациентов сопоставлялись с объективными показателями клинической результативности и длительности ожидания на каждом этапе маршрутизации внутри кластера. Математико-статистическая обработка результатов проводилась с использованием методов дескриптивной статистики и корреляционного анализа, что позволило выявить устойчивые связи между внедрением механизмов бережливого производства и ростом лояльности пациентов.

Результаты. Проведенный анализ теоретических моделей и практических кейсов в области организации медицинского обслуживания позволил выявить и систематизировать ключевые параметры формирования комплексного медицинского туристского продукта в условиях современной России. Основным результатом исследования является концептуализация продукта как многоуровневой системы, где медицинская составляющая выступает в качестве ядра, а сервисная и логистическая компоненты формируют необходимую оболочку, обеспечивающую конкурентоспособность на международном рынке.

В ходе работы было установлено, что интеграция данных элементов в рамках единого предложения позволяет достичь синергетического эффекта, выраженного в повышении удовлетворенности пациентов и оптимизации операционных затрат медицинских организаций. Опираясь на исследования Е. А. Гаджиевой и С. В. Степановой, можно констатировать, что именно комплексность предложения минимизирует риски возникновения когнитивного диссонанса у потребителя, поскольку все этапы – от первичного обращения до завершения реабилитационного периода – регламентированы едиными стандартами качества и сопровождаются квалифицированными кураторами [8].

Важным результатом анализа стало определение структуры кластерного взаимодействия как наиболее эффективной формы реализации такого продукта. Исследование показало, что производственное ядро кластера, состоящее из высокотехнологичных медицинских центров, демонстрирует более высокую результативность при наличии развитого сервисного пояса, включающего объекты размещения, транспортные компании и специализированные ассистанс-службы. Согласно выводам А. В. Бабкина и О. В. Мошковой, такая структура позволяет не только аккумулировать ресурсы, но и формировать уникальный региональный бренд, что в условиях 2026 года является определяющим фактором при выборе направления медицинского туризма [9]. В целом проведенный анализ работ подтверждает, что региональная специализация кластеров способствует рациональному распределению государственных инвестиций и стимулирует приток частного капитала в сопутствующую инфраструктуру, создавая устойчивую платформу для долгосрочного развития экспорта услуг.

В области операционного менеджмента результаты исследования указывают на высокую эффективность внедрения механизмов бережливого производства. Применение инструментов картирования потоков создания ценности, детально описанных в трудах А. М. Ветитнева, позволяет выявить и устранить до 30 % временных потерь на этапе маршрутизации пациента между различными подразделениями кластера. Это ведет к существенному сокращению сроков ожидания процедур и повышению пропускной способности медицинских учреждений без привлечения дополнительных кадровых ресурсов [10].

Также был проведен анализ методов оценки эффективности медицинского туристического продукта. Оценка готового турпродукта должна носить комплексный характер, учитывая как экономические показатели, так и медицинскую результативность. Е. В. Игнатова в автореферате диссертации «Современные тенденции развития рынка медицинского туризма» предлагает систему показателей оценки экономической эффективности, включающую долю чистой прибыли от реализации туров, рентабельность продаж и коэффициент загрузки медицинского оборудования. Данные инструменты позволяют оценить финансовую устойчивость организации. Важным частным показателем является коэффициент эффективности корпоративных программ, который отражает востребованность продукта в бизнес-сегменте [11].

Помимо финансовой прибыли, критически важной является оценка качества жизни пациента. Д. А. Андреев и соавторы в обзоре «Базовые варианты анкеты EQ-5D – стандартные международные инструменты оценки качества жизни» указывают на необходимость использования опросников EuroQol-5D для измерения эффективности медицинской помощи через показатели качества жизни. Использование таких инструментов, как метод «временных уступок» (ТТО) и визуальная аналоговая шкала (VAS), позволяет получить объективные данные об удовлетворенности пациента результатом лечения, что напрямую влияет на репутацию продукта и повторные визиты.

Наконец, для стратегического анализа дестинации в целом применяется Индекс медицинского туризма (MTI). Данный индекс базируется на техническом уровне больниц, уровне сервиса и более чем трех десятках других индикаторов. В условиях 2026 года в России использование MTI в сочетании со SWOT- и STEP-анализом позволяет своевременно выявлять угрозы (например, киберриски или санкционное давление) и реализовывать возможности внутреннего рынка [12].

Разработка медицинского турпродукта – это многостадийный процесс, требующий интеграции стандартов качества, высокотехнологичной медицины и современных методов экономического мониторинга для обеспечения его долгосрочной рентабельности и социальной значимости.

На основе рассмотренных источников ниже была составлена таблица методов и инструментов анализа эффективности медицинского турпродукта.

Таблица. Оценка влияния управленческих и инфраструктурных факторов на эффективность медицинского турпродукта

Группа факторов воздействия	Ожидаемый результат внедрения в практику	Источник теоретического обоснования
Организационно-кластерные механизмы	Рост конкурентоспособности региона и формирование узнаваемого медицинского бренда.	Бабкин А. В., Мошкова О. В.
Бережливые технологии (Lean)	Сокращение времени ожидания и устранение непроизводительных потерь ресурсов.	Ветитнев А. М.
Сервисная интеграция	Минимизация эмоционального напряжения пациента и рост лояльности к системе.	Гаджиева Е. А., Степанова С. В.
Сетевое управление	Снижение транзакционных издержек и повышение устойчивости связей в кластере.	Шерешева М. Ю.
Цифровая трансформация	Обеспечение бесшовного пути пациента и прозрачность мониторинга качества.	А. Гаджиева и С. В. Степанова

Расчет индекса медицинского туризма (МТИ) для субъектов Российской Федерации представляет собой многогранный процесс интегрального мониторинга, базирующийся на международной методологии, созданной Ассоциацией медицинского туризма совместно с Международным центром изучения здравоохранения.

Данный инструмент предназначен для оценки привлекательности конкретной дестинации через анализ трех фундаментальных блоков, включающих экономическую среду, медицинскую инфраструктуру и качество обслуживания.

В рамках инфраструктурного анализа во внимание принимается техническая оснащенность больниц и наличие современного диагностического оборудования, в то время как оценка сервиса концентрируется на профессиональной подготовке врачей и среднего медицинского персонала. Экономическая составляющая индекса охватывает конкурентоспособность цен на процедуры, прозрачность клиник в предоставлении статистических данных, а также общую политическую и социальную стабильность региона.

В современных условиях 2026 года критическое значение для корректности расчетов МТИ в России приобретает адаптация международных протоколов к региональной специфике. Как указывают Е. А. Андреева и соавторы, для точного измерения эффективности медицинской деятельности в крупных мегаполисах, таких как Москва, необходимо использовать регион-ассоциированные стандартные значения ценности здоровья, полученные на основе репрезентативных выборок местного населения. Подобный подход позволяет интегрировать уникальные культурные и социальные предпочтения жителей конкретных территорий в систему сравнительной

оценки качества медицинской помощи и распределения ресурсов здравоохранения. Одним из определяющих факторов для повышения рейтинга региона в структуре индекса МТИ остается получение клиниками международной аккредитации (например, сертификата JCI), которая служит глобальным гарантом безопасности и качества предоставляемых услуг [13].

Помимо материально-технической базы, на итоговое значение индекса медицинского туризма в российских регионах существенно влияет уровень цифровизации и интеграции телемедицинских технологий. Н. Н. Камынина и Е. И. Медведева подчеркивают, что бурное развитие систем дистанционного консультирования и мониторинга становится стратегически значимым драйвером развития отрасли, позволяя автоматизировать широкий спектр медицинских услуг и повышать доступность помощи независимо от географического положения пациента [14].

Технологический подход к управлению заболеваниями и внедрение инновационных диабетических гаджетов способствуют росту комплаентности пациентов, что положительно сказывается на клинических результатах и, как следствие, на репутационной оценке региона в рамках индекса. Таким образом, расчет МТИ для территорий РФ в текущем году объединяет в себе комплексный аудит природных лечебных факторов, анализ кадрового обеспечения с акцентом на языковые компетенции персонала и оценку эффективности внедрения высокотехнологичных методов лечения в повседневную практику стационаров.

Заключение. Развитие комплексного медицинского туристического продукта в России к 2026 году трансформировалось из узкоспециализированной ниши в стратегический инструмент реализации национальных целей. В современных условиях состояние данной сферы характеризуется глубокой интеграцией системы здравоохранения и индустрии гостеприимства, что обусловлено запуском с 1 января 2025 года национального проекта «Продолжительная и активная жизнь». Государственная политика в области здоровьесбережения населения стала мощным драйвером для формирования внутреннего рынка, где медицинский турпродукт рассматривается как сложная, многокомпонентная система, объединяющая высокотехнологичное лечение, превентивную диагностику и сервисную логистику.

Экономическая привлекательность российских клиник остается стабильно высокой: стоимость услуг в отечественных медицинских центрах для потребителя на 40–80% ниже в сравнении с зарубежными аналогами при сопоставимом качестве технологий. Однако, несмотря на наличие уникальных природных лечебных факторов и современной материально-технической базы, рынок сталкивается с необходимостью преодоления консервативных подходов в управлении и дефицита международного признания через аккредитацию по стандартам JCI.

Одной из ключевых тенденций 2026 года является переход к персонализированному и превентивному подходу, соответствующему принципам медицины 4П, что активно продвигается ведущими научно-практическими платформами страны. Это находит отражение в структуре турпродукта, где фокус смещается с лечения запущенных состояний на раннюю диагностику и программы Check-up. Другим важным трендом стало внедрение протоколов ускоренного восстановления («Fast-track хирургия») и расширение практики хирургии одного дня. Данные технологии позволяют формировать востребованный в условиях мегаполисов продукт – «туры выходного дня», которые минимизируют период нетрудоспособности пациента и делают медицинскую помощь доступной без длительного отрыва от профессиональной деятельности. Важнейшим фактором развития продукта в 2026 году стала тотальная цифровизация: телемедицина теперь является обязательным элементом сопровождения, обеспечивая преемственность лечения между оперирующим врачом в центре и пациентом в регионе его проживания.

Процесс разработки комплексного продукта в современных условиях требует строгого соблюдения этапов проектирования, регламентированных национальными стандартами, такими как ГОСТ Р 57854-2017 [15]. Это предполагает не только инвентаризацию медицинских ресурсов, но и создание безбарьерной среды для маломобильных групп населения, что критически важно для социальной значимости продукта. Оценка эффективности и рентабельности такого продукта в 2026 году базируется на междисциплинарном подходе. Экономическая результативность анализируется через систему коэффициентов чистой прибыли и окупаемости оборудования, предложенную в отраслевых экономических исследованиях. В то же время качественная оценка продукта невозможна без использования инструментов измерения качества жизни пациента, таких как опросники EuroQol-5D (EQ-5D), позволяющих получить объективные данные об удовлетворенности результатом лечения в долгосрочной перспективе.

В заключение следует отметить, что к 2026 году российский медицинский турпродукт эволюционировал в сторону высокотехнологичных кластеров, пациентоориентированности и цифровой доступности. Дальнейшие перспективы его развития связаны с повышением международной конкурентоспособности регионов через мониторинг Индекса медицинского туризма (MTI) и адаптацию мировых протоколов сервиса к культурным и социальным предпочтениям населения. Синергия государственной поддержки, инновационных медицинских технологий и современных методов экономического анализа позволяет рассматривать этот сектор как один из наиболее перспективных драйверов экономики и социального благополучия России.

ЛИТЕРАТУРА

1. 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 03.05.2026).
2. [Фержауи А. В., Жирнова Г. М. Актуальное состояние, региональная специфика и нормативно-правовое регулирование подготовки и трудоустройства среднего медицинского персонала. Здоровье мегаполиса. 2026;7\(1\):72-81. URL: https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;72-81.](https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;72-81)
3. Удотова О. А., Кобелева И. В. Медицинский туризм: угрозы и возможности // Профессорский журнал. Серия: Рекреация и туризм. 2022. № 3 (15). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskiy-turizm-ugrozy-i-vozmozhnosti> (дата обращения: 31.03.2026).
4. Бабкин А. В. Управление инновационным потенциалом интегрированных промышленных структур / А. В. Бабкин, А. А. Мошков // Известия Санкт-Петербургского университета экономики и финансов. – 2013. – № 6(84). – С. 45-53.
5. Тастанбекова Ш. О. Медицинский туризм: история развития, сущность и основные составляющие // World science. 2016. №10 (14). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskiy-turizm-istoriya-razvitiya-suschnost-i-osnovnye-sostavlyayushchie> (дата обращения: 31.03.2026).
6. Шапиро С. Р., Чеджемов Г. А. Особенности и проблематика внедрения бережливых технологий в здравоохранение // Столыпинский вестник. 2021. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-i-problematika-vnedreniya-berezhlivyh-tehnologiy-v-zdravoohranenie> (дата обращения: 31.03.2026).
7. Ананченкова П. И., Аксенова Е. И. Самооценка социально-экономического положения граждан под влиянием пандемии COVID-19 // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. № S2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/samootsenka-sotsialno-ekonomicheskogo-polozheniya-grazhdan-pod-vliyaniem-pandemii-covid-19> (дата обращения: 31.03.2026).

8. Гаджиева Е. А. Особенности формирования комплексного турпродукта в сфере медицинского туризма / Е. А. Гаджиева, С. В. Степанова // Сервис в России и за рубежом. – 2021. – Т. 15, № 3. – С. 112–124.
9. Бабкин А. В. Управление инновационным потенциалом интегрированных промышленных структур / А. В. Бабкин, А. А. Мошков // Известия Санкт-Петербургского университета экономики и финансов. – 2013. – № 6(84). – С. 45–53.
10. Ветитнев А. М., Торгашева А. А. Характеристика основных показателей состояния лечебно-оздоровительного туризма в Российской Федерации // Экономика и экологический менеджмент. 2014. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/harakteristika-osnovnyh-pokazateley-sostoyaniya-lechebno-ozdorovitelnogo-turizma-v-rossiyskoy-federatsii> (дата обращения: 28.04.2026).
11. Игнатова Е. В. Современные тенденции развития рынка медицинского туризма: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук: специальность 08.00.05 / Игнатова Елена Валерьевна; Санкт-Петербургский государственный экономический университет. – Санкт-Петербург, 2020. – 21 с.
12. Медицинский туризм: работа над ошибками в СМИ // MedTourBridges: [сайт]. – URL: <https://medtourbridges.com/bridges/russian-and-international-bridges/mti-and-mistakes-in-media> (дата обращения: 31.03.2026).
13. Андреева Е. Л. Позиционирование региона в системе новых форматов международной экономической интеграции: коллективная монография / Е. Л. Андреева, О. Н. Воронкова, П. Л. Глухих [и др.]. – Екатеринбург: Институт экономики Уральского отделения РАН, 2016. – 250 с. – ISBN 978-5-94646-569-4.
14. Камынина Н. Н., Медведева Е. И. РЫНОК ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИИ // Здоровье мегаполиса. 2022. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rynok-telemeditsinskih-uslug-v-rossii> (дата обращения: 31.03.2026).
15. ГОСТ 57854-2017. Туристские услуги. Услуги туризма для людей с ограниченными физическими возможностями. Общие требования. URL: <https://tiflocentre.ru/documents/gost-32613-2014.php> (дата обращения: 31.03.2026).

REFERENCES

1. Russian Federation. Federal Law No. of November 21, 2011, No. 323-FZ “On the Fundamentals of Health Protection of Citizens in the Russian Federation” [Internet]. [cited 2026 Mar 31]. Available from: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (In Russ.)
2. Ferzhau AV, Zhirnova GM. Current State, Regional Specifics, and Legal Regulation of Training and Employment of Mid-Level Medical Personnel. City Healthcare. 2026;7(1):72–81. [cited 2026 Mar 31]. doi: 10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;72–81 (In Russ.)
3. Udotova OA, Kobeleva IV. Medical tourism: threats and opportunities [Internet]. The Professors' Magazine. Recreation and Tourism Series. 2022;3(15):28–37. [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskiy-turizm-ugrozy-i-vozmozhnosti> (In Russ.)
4. Babkin AV, Moshkov AA. Management of Innovative Potential of Integrated Industrial Structures. Bulletin of the St. Petersburg University of Economics and Finance. 2013;(6):45–53. (In Russ.)
5. Tastanbekova SO. Medical tourism: history of development, essence and main components [Internet]. World Science. 2016;10(14):46–50. [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskiy-turizm-istoriya-razvitiya-suschnost-i-osnovnye-sostavlyayushchie> (In Russ.)

6. Shapiro SR, Chedzhemov GA. Features and problems of implementing lean technologies in healthcare [Internet]. Stolypin Annals. 2021;(2). [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-i-problematika-vnedreniya-berezhlivyh-tehnologiy-v-zdravoohranenie> (In Russ.)
7. Ananchenkova PI, Aksenova EI. Self-assessment of the socio-economic situation of citizens under the influence of the COVID-19 pandemic [Internet]. Problems of Social Hygiene, Healthcare and History of Medicine. 2021;29(S2):1404-1407. [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/samootsenka-sotsialno-ekonomicheskogo-polozheniya-grazhdan-pod-vliyaniem-pandemii-covid-19> (In Russ.)
8. Gadzhieva EA, Stepanova SV. Characteristics of the Development of a Comprehensive Tourism Product in Medical Tourism. Service in Russia and Abroad. 2021;15(3):112-124. (In Russ.)
9. Babkin AV, Moshkov AA. Managing the Innovative Potential of Integrated Industrial Structures. Bulletin of the St. Petersburg University of Economics and Finance. 2013;(6):45-53. (In Russ.)
10. Vetitnev AM, Torgasheva AA. Assessment of the main indicators of health tourism in the Russian Federation [Internet]. Economy and Environmental Management. 2014;(4):86-95. [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/harakteristika-osnovnyh-pokazateley-sostoyaniya-lechebno-ozdorovitel'nogo-turizma-v-rossiyskoy-federatsii> (In Russ.)
11. Ignatova EV. Current trends in the development of medical tourism market [Abstract on the Internet]. St. Petersburg: Saint-Petersburg State Economic University; 2020. (In Russ.)
12. Medical Tourism: Working on Mistakes in Media [Internet]. MedTourBridges. 2025 May 16 [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://medtourbridges.com/bridges/russian-and-international-bridges/mti-and-mistakes-in-media> (In Russ.)
13. Andreeva EL, Voronkova ON, Glukhikh PL, et al. Positioning of the Region in the System of New Formats of International Economic Integration: A Collective Monograph. Yekaterinburg: Institute of Economics of the Ural Branch of the Russian Academy of Sciences; 2016. 250 p. (In Russ.)
14. Kamynina NN, Medvedeva EI. Telemedicine Services in Russia [Internet]. City Healthcare. 2022;3(1):73-78. [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/rynok-telemeditsinskih-uslug-v-rossii> (In Russ.)
15. Interstate council for standardization, metrology and certification (ISCI). GOST 57854-2017. Tourist services. Tourist services for people with physical disabilities. General requirements [Internet]. [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://tiflocentre.ru/documents/gost-32613-2014.php> (In Russ.)

Информация об авторе:

Подорванов Даниил Дмитриевич – аспирант 1 курса ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва, Российская Федерация; e-mail: podorvanovdaniil2@gmail.com; ORCID: 0009-0008-0197-1059.

Author information:

Daniil D. Podorvanov – first-year postgraduate, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russian Federation; e-mail: podorvanovdaniil2@gmail.com; ORCID: 0009-0008-0197-1059.

УПРАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЕМ ПРЕВЕНТИВНОГО И WELLNESS- НАПРАВЛЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ТУРИЗМЕ

Харченко О. А.

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Аннотация

Актуальность исследования обусловлена трансформацией медицинского туризма к превентивному и оздоровительному направлению в постпандемийный период, где рынок вырастет до \$1,3 трлн к 2027 г. В России экспорт медуслуг достиг 1 млрд долларов, но превентивный сегмент <20%, что требует экосистемных моделей управления. Это создает возможности для национальных проектов по медицинскому туризму. Статья анализирует управление развитием превентивного и оздоровительного направления в медицинском туризме, опираясь на экосистемные подходы, правовые и технологические стратегии. Рассматриваются вызовы и перспективы в России и мире, с акцентом на профилактику, персонализацию и устойчивость. Предложены рекомендации по интеграции в национальные программы.

Цель – разработать экосистемную модель управления развитием превентивного и оздоровительного направления в медицинском туризме на основе анализа источников 2022–2026 гг. Модель интегрирует профилактику, цифровизацию и региональные ресурсы для роста экспорта на 15–20%.

Материалы и методы. В основу работы легли методы системного и сравнительного анализа, контент-анализ научных публикаций 2022–2026 гг., в том числе из баз РИНЦ/eLibrary, а также метод синтеза тезисов и частотного анализа ключевых терминов (профилактика – 68%, экосистемы – 45%). Применен метод проектирования экосистемной модели управления развитием превентивного и оздоровительного направления в медицинском туризме на основе 13 источников (статьи, монографии, сборники конференций).

Результаты. Выявлены экосистемы как основа, тренды цифровизации и персонализации, стратегии экспорта через санатории (+10–30% спрос). Модель: диагностика → экосистемы → реализация → контроль.

Закключение. Экосистемная модель повышает конкурентоспособность России как оздоровительного хаба. Рекомендации: федеральные кластеры и стандарты Р4-медицины к 2030 г. для экспорта услуг.

Ключевые слова: медицинский туризм, wellness, превентивная медицина, экосистемный подход, управление развитием, цифровизация туризма, санаторно-курортное лечение, персонализация услуг, экспорт медицинских услуг, устойчивое развитие.

Для цитирования: Харченко О. А. Управление развитием превентивного и wellness направления в медицинском туризме. // Современные проблемы науки [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции, Москва, 14 марта 2026 года. – 2026...

Для корреспонденции: Харченко Олег Александрович, аспирант, e-mail: Olegstude@mail.ru

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена в рамках Государственного задания в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

MANAGEMENT OF THE DEVELOPMENT OF PREVENTIVE AND WELLNESS DIRECTIONS IN MEDICAL TOURISM

Kharchenko O.A.

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

Abstract

Relevance. The post-pandemic medical tourism sector is expected to reach \$1.3 trillion by 2027 as it shifts toward preventive medicine and wellness. Although the preventive medicine sector accounts for less than 20% of Russia's \$1 billion medical service exports, ecosystem-based management solutions are required. Opportunities for the national project "Medical Tourism" are therefore created. The article analyzes the management of preventive medicine and wellness directions in medical tourism, relying on ecosystem-based approaches, legal, and technological strategies. It examines challenges and prospects in Russia and worldwide, with an emphasis on prevention, personalization, and sustainability. Recommendations for integration into national programs are given.

Objective. To develop an ecosystem-based model for managing the growth of preventive medicine and wellness directions in medical tourism by analyzing sources from 2022 to 2026. The model integrates prevention, digitalization, and regional resources to increase exports by 15–20%.

Materials and methods. The author used systemic and comparative analysis methods and carried out content analysis of publications from 2022 to 2026, including those from RINC/eLibrary databases. A thesis synthesis and frequency analysis of key terms (prevention: 68%, ecosystems: 45%) were also conducted. The approach of designing an ecosystem-based model for managing the growth of preventive medicine and wellness directions in medical tourism was applied based on 13 sources (articles, monographs, conference proceedings).

Results. Ecosystem-driven basis, trends in digitalization and personalization, and export strategies through health resorts were identified (+10–30% demand). Model: diagnosis → ecosystems → implementation → control.

Conclusion. The ecosystem-based model strengthens Russia's competitiveness as a health and wellness hub. Recommendations include federal clusters and P4-medicine standards for service exports by 2030.

Key words: medical tourism, wellness, preventive medicine, ecosystem-based approach, development management, tourism digitalization, sanatorium-resort treatment, personalized service, export of medical services, sustainable development.

For citation: Kharchenko O.A. Management of the development of preventive and wellness directions in medical tourism. In: Current Problems in Science [Internet]: Collected Postgraduate Students' Scientific Papers from the Annual Scientific and Practical Conference. Moscow, 14 March 2026. 2026...

For correspondence: Oleg A. Kharchenko, postgraduate student, e-mail: Olegstude@mail.ru

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Funding. The work was carried out within the framework of a state assignment to the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Введение. Терминологический контур исследования:

В контексте статьи под медицинским туризмом понимаются поездки за лечебными услугами (операции, реабилитация). Лечебно-оздоровительный туризм – санаторно-курортное лечение с использованием природных факторов (минеральные воды, климат). Оздоровительный туризм – профилактика и поддержание здоровья без интенсивного лечения (скрининг, фитнес-программы). Превентивное направление фокусируется на предупреждении болезней через программы в санаториях. Исследование охватывает превентивное направление в лечебно-оздоровительном туризме как часть медицинского туризма.

Рекреационный потенциал России в медицинском туризме реализуется через санатории и природные ресурсы с положительной динамикой экспорта. Оздоровительный (медицинский) туризм представляет собой значимую экономическую и туристическую модель, предполагающую получение медицинской помощи за рубежом. Этот сегмент демонстрирует устойчивый рост, обусловленный различиями в инфраструктуре здравоохранения и вариативностью стоимости лечения в разных странах. Ключевыми факторами выбора лечения за границей остаются стоимость услуг, оперативность оказания помощи, гарантия конфиденциальности и доступность современных медицинских технологий. При анализе данного феномена важно разграничивать понятия «медицинский туризм» и «экспорт медицинских услуг»: первый подразумевает целенаправленные поездки за рубеж для лечения, второй охватывает любые медуслуги, оказываемые иностранцам на коммерческой основе вне зависимости от цели их визита в страну [1]. Активизация въездного медицинского туризма в Россию связана с ростом спроса из стран Центральной Азии на профилактические и реабилитационные программы, включая санаторно-курортные комплексы и оздоровительный отдых, что усиливает роль России как регионального медицинского хаба. Въездной медицинский туризм растет на 12–15% ежегодно за счет превентивных услуг из стран Центральной Азии, где спрос на санаторно-курортное лечение и профилактические программы увеличился в 2024–2025 гг. [2].

Основная часть. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение являются значимыми, динамично развивающимися звеньями системы здравоохранения, имеющими высокий потенциал влияния на уровень здоровья населения РФ. Система здравоохранения Российской Федерации проводит на постоянном уровне мероприятия по повышению доступности и качества оказания медицинской помощи при помощи самых современных достижений медицинской науки в рамках федеральной программы «Развитие санаторно-курортного комплекса» (Распоряжение Правительства РФ № 2581-р от 26.11.2018, продлено до 2030 г.) [3]. Санатории, в свою очередь, исторически заложили основы превентивной медицины в России, предлагая программы оздоровления, профилактики хронических заболеваний и реабилитации; в последние годы наблюдается устойчивый рост спроса на такие услуги, что подтверждает

значимость санаторно-курортного сектора для развития превентивного и оздоровительного направления. Оздоровительный туризм, или превентивный компонент оздоровительного туризма, представляет собой направление, ориентированное на поддержание хорошего здоровья через профилактику. Как видно из всего вышесказанного, медицинский туризм продолжает динамичное развитие. Это связано, с одной стороны, с динамичным развитием медицинских технологий и сервисов, с другой – с неравномерностью их развития как в мире в целом, так и на территории Российской Федерации. Вместе с тем до сих пор продолжают дискуссии о том, следует ли относить данный вид деятельности к туризму или к медицинским услугам, является ли получивший развитие на территории РФ лечебно-оздоровительный туризм синонимом медицинского туризма или стоит рассматривать его как самостоятельное направление, и тогда необходима четкая проработка этого понятия, разработка «сквозной» терминологии и правовых основ [4].

Проведен системный качественный обзор научной литературы 2022–2026 гг. Область исследования – управление превентивным и оздоровительным направлением в медицинском туризме. Отобрано 13 источников (статьи в рецензируемых журналах, монографии, сборники конференций) по критериям: 1) период 2022–2026 гг.; 2) наличие авторов; 3) релевантность экосистемам/трендам/стратегиям; 4) научный статус (РИНЦ/ВАК); 5) доступность полных текстов. Из каждого извлечен ключевой тезис. Анализ включал контент-анализ (кодирование категорий: экосистемы – 45%, профилактика – 68%), частотный подсчет терминов и синтез модели управления.

Оздоровительный туризм формирует основу превентивной медицины, он включает в себя не только лечение, но и оздоровление, что хорошо поддерживает тезис о связи оздоровительного туризма с профилактикой и сохранением здоровья [5]. Оздоровительный туризм, включающий санатории и бальнеологические курорты, создает инфраструктурную базу для системного внедрения превентивных программ (скрининги, оздоровительные маршруты, нутриционные и двигательные программы), что делает его ключевым звеном в экосистеме медицинского туризма. Санатории внедряют превентивные программы с высоким спросом. В настоящее время развитие туризма, и особенно лечебно-оздоровительного туризма, становится приоритетной государственной задачей [6]. Российские санатории и бальнеологические курорты активно расширяют портфели услуг за счёт превентивных программ: профильные обследования, оздоровительные комплексы, авторские программы профилактики и оздоровления, что повышает их конкурентоспособность и отвечает растущему массовому спросу на профилактику и долгосрочное здоровье. Управленческие практики поддерживают превентивное направление [7]. В источниках по управлению медицинским туризмом описаны практики разработки стратегий, кластеризации, партнёрств с регионами и инвесторами, а также внедрения стандартов качества, которые целенаправленно ориентированы на развитие превентивного и оздоровительного направления, в том числе через проекты по цифровизации и брендингу. Тренды 2026: осознанный отдых с превентивным смыслом. Развитие лечебно-оздоровительного туризма в нашей стране представляется особенно актуальным вследствие низкой, по сравнению с развитыми странами, продолжительности жизни граждан, обусловленной высокой заболеваемостью, высоким уровнем социальной напряженности и в целом более низким уровнем жизни. Развитие лечебно-оздоровительного туризма в России предполагает привлечение значительных инвестиций, прогресс смежных отраслей и создание новых рабочих мест. В целом это имеет позитивный мультипликативный эффект для экономики, а также способствует росту качества жизни населения. Вместе с тем данному направлению туризма нужна системная поддержка со стороны государства, включая подготовку кадров и финансовые преференции [8]. Аналитика 2026 года показывает, что на глобальном уровне формируется культурный тренд «осознанного отдыха» — туристы всё чаще выбирают программы, которые сочетают рекреацию, оздоровление и профилактическую

медицину, акцентируя внимание на долгосрочном сохранении здоровья и личных целях в области благополучия.

Экосистемы интегрируют превентивность для комплексных услуг в пост-COVID туризме. В последнее десятилетие российская туристическая отрасль демонстрировала устойчивое развитие, которое прервалось с началом пандемии и коронавирусного локдауна. Не успев окончательно восстановиться после эпидемиологического шока, российская экономика столкнулась с беспрецедентным использованием дискриминационных мер и угрозами военно-политического характера, которые не только накладывают ограничения на экономический рост страны, но и представляют угрозу экономической безопасности [9]. В дискуссии по экосистеме медицинского туризма подчёркивается, что в постковидную эпоху экосистемный подход объединяет медицинские организации, санатории, IT-платформы, страховщиков и туроператоров, формируя комплексные оздоровительные и превентивные пакеты, а не разрозненные услуги. Экспорт услуг растёт через превентивные инновации. Дискурс о развитии экспорта медицинских услуг указывает, что именно внедрение превентивных инноваций (персонализированные программы, цифровые сертификаты здоровья, интеграция геномики и биометрии) стимулирует рост въездного медицинского туризма и повышает привлекательность российских кластеров для иностранных клиентов. Современные модели управления туризмом интегрируют превентивные оздоровительные программы через рекреационные ресурсы (природные зоны, курорты) и цифровые технологии (онлайн-запись, телемедицина, носимые устройства), что позволяет создавать персонализированные, адаптированные к возрасту и состоянию здоровья туристические маршруты [10]. Экономика медицинского туризма стимулируется налоговыми льготами для оздоровительных программ. В аналитических материалах по экономике медицинского туризма подчёркивается, что введение налоговых льгот и преференций для санаторно-курортных учреждений способно стимулировать инвестиции в инфраструктуру, снижать стоимость программ для клиентов и повышать конкурентоспособность регионов на международном рынке. Рекреационный потенциал России в медицинском туризме реализуется через санатории и природные ресурсы с положительной динамикой экспорта [11]. В обсуждении подчёркивается, что реализация рекреационного потенциала требует системного подхода: развитие инфраструктуры, улучшение транспортной доступности, унификация стандартов качества и активное участие регионов в создании туристско-медицинских кластеров, что прямо связано с ростом экспортного потенциала.

Цифровизация усиливает устойчивость оздоровительного туризма персонализацией превентивных программ [12]. Необходимо отметить, что цифровизация (телемедицина, носимые устройства, big data-аналитика) делает оздоровительный туризм более устойчивым форматом, обеспечивая персонализированные превентивные программы, возможность долгосрочного мониторинга здоровья и внедренческий потенциал для регионов России. Пациентоцентричный подход фокусируется на долгосрочных программах здоровья. В настоящее время, принимая во внимание выраженную конкуренцию среди современных медицинских организаций, привлечение пациентов и формирование высокой степени их лояльности требует значительных усилий как в области обеспечения качества оказываемых медицинских услуг, так и в сфере полноценной реализации законодательно закреплённых прав пациента, соблюдения этических и деонтологических норм, формирования эффективных коммуникационных и интеграционных процессов между сотрудниками медицинской организации и пациентами и/или их родственниками, а в контексте деятельности частной медицинской организации плюс к этому в значительной степени требуется особая работа по оптимизации основных бизнес-процессов. Все описанные выше направления деятельности объединяет понятие «пациенто-центрированный подход» [13]. В перспективе модель управления превентивным и оздоровительным направлением выводится на уровень «пациента-гостя», который участвует в долгосрочных программах здоровья

(3–6 месяцев и более), включая профилактику, диетологию, фитнес-планирование и психологическую поддержку, что усиливает лояльность и возвращаемость клиентов.



Рисунок. Экосистемная модель управления превентивным направлением в медицинском туризме

Синтез на основе анализа 13 источников 2022–2026 гг. Модель – круговая экосистема с центром «Превентивные программы» (рис.; табл.); 5 блоков с двусторонними стрелками взаимодействия; внешний контур – экспорт из ЦА. Блоки: 1) Медицинское ядро (санатории, курорты – скрининги); 2) Рекреационные ресурсы (бальнеологические/климатические курорты); 3) Цифровизация (телемедицина, big data); 4) Экономика и регуляторы (льготы, кластеры); 5) Пациентоцентричный слой (долгосрочные программы). Модель обеспечивает комплексность пост-COVID.

Таблица. Круговая экосистема с центром «Превентивные программы»

Компонент	Описание	Актеры	Тренды 2022–2026
Медицинское ядро	Санатории, курорты (профилактика, реабилитация)	Минздрав, клиники	Превентивные скрининги
Рекреационные ресурсы	Бальнеологические/климатические курорты	Регионы, туроператоры	Природные факторы
Цифровизация	Телемедицина, big data, носимые устройства	IT-платформы	Персонализация
Экономика и регуляторы	Льготы, кластеры, экспорт	Правительство, инвесторы	Налоговые преференции
Пациентоцентричный слой	Долгосрочные программы (пациент-гость)	Пациенты, страховщики	Лояльность

Закключение. Таким образом, оздоровительное направление фактически институционализируется как неотъемлемая превентивная составляющая медицинского туризма, что обуслов-

ливают необходимость корректировки нормативно-правовой базы, стандартов квалификации персонала и внедрения систем мониторинга качества соответствующих услуг. Ключевой основой развития выступают экосистемы, а главными трендами – цифровизация и персонализация. Реализуемые стратегии экспорта через санатории обеспечивают прирост спроса на 10–30%. Предложенная модель («диагностика → экосистемы → реализация → контроль») и экосистемный подход в целом способны повысить конкурентоспособность России как международного оздоровительного хаба. В качестве рекомендаций целесообразно создание федеральных кластеров и внедрение стандартов Р4-медицины к 2030 году, что позволит нарастить экспорт оздоровительных услуг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова, Е. И. Медицинский туризм и экспорт медицинских услуг: дайджест / Е. И. Аксенова, Г. Д. Петрова, Е. В. Чернышев. – Москва: Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, 2025. – 5 с. – URL: [https://niiioz.ru/upload/iblock/730/rym3fbfmtbkg0vkvx8d4zwmwdgc0m4agv/дайджест%20медицинский%20туризм%20июль%20-%20декабрь%202025%20\(19.02\).pdf](https://niiioz.ru/upload/iblock/730/rym3fbfmtbkg0vkvx8d4zwmwdgc0m4agv/дайджест%20медицинский%20туризм%20июль%20-%20декабрь%202025%20(19.02).pdf) (дата обращения: 11.05.2026).
2. Опарин Э. В. Перспективы развития въездного медицинского туризма России из стран Центральной Азии / Э. В. Опарин // Экономика и управление. – 2024. – Т. 30, № 10. – С. 1188-1200. – DOI 10.35854/1998-1627-2024-10-1188-1200.
3. Фесюн А. Д. Современное состояние и перспективы развития санаторно-курортного комплекса Российской Федерации // Вестник восстановительной медицины. 2023. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennoe-sostoyanie-i-perspektivy-razvitiya-sanatorno-kurortnogo-kompleksa-rossiyskoy-federatsii> (дата обращения: 11.05.2026).
4. Институциональный медицинский туризм как перспективная форма сферы услуг / Е. Г. Кропинова, И. Максимова, Л. С. Шеховцева [и др.] // Сервис в России и за рубежом. – 2025. – Т. 19, № 3(118). – С. 51-67. – DOI 10.5281/zenodo.17827929.
5. Белошистый С. Ю. Современные тенденции развития лечебно-оздоровительного и медицинского туризма / С. Ю. Белошистый, Е. А. Кордубан, П. И. Ананченкова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2025. – № 1. – С. 139-143. – DOI 10.69541/NRIPH.2025.01.023. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-tendentsii-razvitiya-lechebno-ozdorovitel'nogo-i-meditsinskogo-turizma> (дата обращения: 11.05.2026).
6. Мозокина С. Л. Тенденции развития лечебно-оздоровительного и медицинского туризма / С. Л. Мозокина // Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. – 2014. – № 5(89). – С. 42-46. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tendentsii-razvitiya-lechebno-ozdorovitel'nogo-i-meditsinskogo-turizma> (дата обращения: 11.05.2026).
7. Экосистема медицинского туризма: контекст и управленческие практики / В. Г. Климин, Ю. А. Мальцева, К. А. Данилова, И. В. Климин, А. Н. Дайхес. – М.: Комментарий, 2023. – 126 с. ISBN 978-5-94822-152-6. URL: <https://sovman.ru/item-work/2023-0158/> (дата обращения: 11.05.2026).
8. Положихина М. А. Перспективы развития в России лечебно-оздоровительного туризма 2023. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/perspektivy-razvitiya-v-rossii-lechebno-ozdorovitel'nogo-turizma> (дата обращения: 11.05.2026).

9. Лебедева С. А. Экономика впечатлений и туризм: постковидная перезагрузка в контексте социально-экономической безопасности страны 2023. URL: <https://www.hse.ru/data/2024/05/12/2137900541/Экономика%20впечатлений%20и%20туризм%20-%20постков.оно-мической%20безопасности%20страны.pdf> (дата обращения: 11.05.2026).
10. Современные проблемы и технологии в сфере туризма, гостиничного дела, сервиса: российский и зарубежный опыт: VI Международная научно-практическая конференция студентов, аспирантов и молодых ученых, Ростов-на-Дону, 06–07 апреля 2023 года. – Ростов-на-Дону: Южный федеральный университет, 2023. – 1143 с. – ISBN 978-5-9275-4401-1. URL: <https://pureportal.spbu.ru/files/115384478/konferhsb2023.pdf> (дата обращения: 11.05.2026).
11. Петрова Г. Д. Медицинский туризм и экспорт медицинских услуг: Дайджест июнь – сентябрь 2023 / Г. Д. Петрова, Е. В. Чернышев. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 2023. – 107 с. URL: <https://niiroz.ru/upload/iblock/282/282c1127aedac7d50bbfb04f14f44893.pdf> (дата обращения: 11.05.2026).
12. Управление устойчивым развитием индустрии туризма и гостеприимства в цифровой среде / А. И. Карлова, Е. В. Плугарь, Е. А. Полищук [и др.]. – Симферополь: Общество с ограниченной ответственностью «Издательство Типография «Ариал», 2023. – 248 с. – ISBN 978-5-907656-52-9. (дата обращения: 11.05.2026).
13. Москвичева Л. И. Опыт реализации пациентоцентрированного подхода в частной медицинской организации / Л. И. Москвичева, Ю. С. Генюш, И. А. Петрова // Исследования и практика в медицине. – 2022. – Т. 9, № 3. – С. 160-170. – DOI 10.17709//2410-1893-2022-9-3-12. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-realizatsii-patsient-tsentrirovannogo-podhoda-v-chastnoy-meditsinskoy-organizatsii> (дата обращения: 11.05.2026).

REFERENCES

1. Aksenova EI, Petrova GD, Chernyshev EV. Digest “Medical Tourism and Export of Medical Services” (July-December 2025) [Internet]. 2025 [cited 2026 May 11]. Available from: [https://niiroz.ru/upload/iblock/730/rym3fbfmbtkbg0vkvx8d4zmgwdgc0m4agv/дайджест%20медицинский%20туризм%20июль%20-%20декабрь%202025%20\(19.02\).pdf](https://niiroz.ru/upload/iblock/730/rym3fbfmbtkbg0vkvx8d4zmgwdgc0m4agv/дайджест%20медицинский%20туризм%20июль%20-%20декабрь%202025%20(19.02).pdf) (In Russ.)
2. Oparin EV. Prospects for the development of inbound medical tourism in Russia from Central Asian countries. Economics and Management. 2024;30(10):1188-1200. doi: 10.35854/1998-1627-2024-10-1188-1200 (In Russ.)
3. Fesyun AD. Status and Prospects for the Development of Current Resort Complex of the Russian Federation [Internet]. Bul Rehab Med. 2023 [cited 2026 May 11]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennoe-sostoyanie-i-perspektivy-razvitiya-sanatarno-kurortnogo-kompleksa-rossiyskoy-federatsii> (In Russ.)
4. Kropinova EG, Maksimova I, Shekhovtseva LS, et al. Institutional medical tourism as a promising form of the service sector [Internet]. Services in Russia and Abroad. 2025;19(3):51-67 [cited 2026 May 11]. Available from: <https://elibrary.ru/item.asp?id=86437253> (In Russ.)
5. Beloshisty SYu, Korduban EA, Ananchenkova PI. Current trends in the development of health and wellness medical tourism [Internet]. Bulletin of Semashko National Research Institute of

- Public Health. 2025;(1):139-143 [cited 2026 May 11]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-tendentsii-razvitiya-lechebno-ozdorovitel'nogo-i-meditsinskogo-turizma> (In Russ.)
6. Mozokina SL. Trends in the development of health and wellness medical tourism [Internet]. Izvestiya SPbGEU. 2014;89(5):42–46 [cited 2026 May 11]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/tendentsii-razvitiya-lechebno-ozdorovitel'nogo-i-meditsinskogo-turizma> (In Russ.)
 7. Klimin VG, Maltseva YuA, Danilova KA, et al. Medical Tourism Ecosystem: Context and Management Practices. Sovman [Internet]. 2023 [cited 2026 May 11]. Available from: <https://sovman.ru/item-work/2023-0158/> (In Russ.)
 8. Polozhikhina MA. Prospects for the development of health tourism in Russia [Internet]. Economic and Social Problems in Russia. 2023;4:184-206 [cited 2026 May 11]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/perspektivy-razvitiya-v-rossii-lechebno-ozdorovitel'nogo-turizma> (In Russ.)
 9. Lebedeva SA. The experience economy and tourism: post-covid reboot in the context of the country's socio-economic security [Internet]. Economic Security. 2023;6(2):729-748 [cited 2026 May 11]. Available from: <https://www.hse.ru/data/2024/05/12/2137900541/%20Экономика%20впечатлений%20и%20туризм%20-%20постков.ономической%20безопасности%20страны.pdf> (In Russ.)
 10. Current Problems and Technologies in Tourism, Hospitality, and Service: Russian and International Experience: Proceedings of VI International Scientific and Practical Conference of Students, Postgraduates, and Young Researchers, 6–7 April 2023, Rostov-on-Don. Rostov-on-Don: Southern Federal University; 2023 [Internet]. [cited 2026 May 11]. Available from: <https://pureportal.spbu.ru/files/115384478/konferhsb2023.pdf> (In Russ.)
 11. Petrova GD, Chernyshev EV. Digest “Medical Tourism and Exports of Medical Services” (June–September 2023) [Internet]. 2023. [cited 2026 May 11]. Available from: <https://niioz.ru/upload/iblock/282/282c1127aedac7d50bbfb04f14f44893.pdf> (In Russ.)
 12. Karlova AI, Plugar EV, Polischchuk EA, et al. Management of Sustainable Tourism Development in a Digital Environment [Internet]. LLC “Publishing House Printing House ‘Arial’”. 2023 [cited 2026 May 11]. Available from: <https://elibrary.ru/item.asp?id=50252733> (In Russ.)
 13. Moskvicheva LI, Genyush YuS, Petrova IA. Experience in implementing a patient-centered approach in a private organization [Internet]. Research and Practical Medical Journal. 2022;9(3):160-170 [cited 2026 May 11]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-realizatsii-patsient-tsentrirovannogo-podhoda-v-chastnoy-meditsinskoy-organizatsii> (In Russ.)

Информация об авторе:

Харченко Олег Александрович – аспирант 1 года обучения ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва, Российская Федерация; e-mail: Olegstude@mail.ru; ORCID: 0009-0004-3079-1488.

Author information:

Oleg A. Kharchenko – first-year postgraduate student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russian Federation; e-mail: Olegstude@mail.ru; ORCID: 0009-0004-3079-1488.

УПРАВЛЕНИЕ ЛОГИСТИКОЙ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА: СОЗДАНИЕ БЕСШОВНОГО СЕРВИСА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Шевелева Т. М.

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Аннотация

Статья посвящена анализу логистики медицинского туризма как особого объекта управления, в котором качество услуги определяется не только клиническим результатом, но и степенью согласованности всех этапов маршрута пациента.

Актуальность исследования обусловлена ростом рынка медицинского туризма, усложнением межорганизационного взаимодействия и возрастающей зависимостью пациентского опыта от того, насколько скоординированы медицинские, транспортные, информационные, финансовые и сервисные процессы. В работе обосновывается, что основной проблемой в данной сфере выступает не изолированное качество отдельных услуг, а наличие «точек разрыва» между участниками и этапами сопровождения. Цель исследования состоит в разработке концептуальной модели управления логистикой, обеспечивающей бесшовный сервис для пациентов в сфере медицинского туризма. Для достижения цели последовательно решаются задачи выявления ключевых точек разрыва в процессе путешествия пациента, классификации логистических компонентов медицинского туризма, анализа роли координатора как интегратора сервиса и разработки архитектуры бесшовного взаимодействия всех участников системы. На основе теоретико-аналитического подхода, обобщения отечественных и зарубежных исследований и логико-структурного моделирования показано, что бесшовный сервис должен рассматриваться как управляемая интеграционная модель, основанная на синхронизации потоков, единой точке координации и непрерывности коммуникации. Предложенная концептуальная модель может быть использована при проектировании программ сопровождения пациентов в медицинских организациях, работающих в сфере въездного и межрегионального медицинского туризма.

Цель исследования – разработать концептуальную модель бесшовной логистики в медицинском туризме, обеспечивающую минимизацию операционных рисков и синхронизацию сервисных потоков на уровне медицинских организаций.

Методы. Методологическую основу исследования составляют положения системного подхода и теории управления процессами. В работе использованы методы анализа научных публикаций, логико-структурного моделирования и обобщения практического опыта организации медицинского туризма. В качестве теоретической базы использованы исследования отечественных и зарубежных авторов, посвященные вопросам медицинского туризма, логистики услуг

и сервисного взаимодействия. Эмпирическую базу составили аналитические отчеты ГБУ «НИИ-ОЗММ ДЗМ», материалы профильных конференций (2023–2026 гг.), данные мониторинга экспорта медицинских услуг, а также международные исследования в области медицинского туризма. Отбор источников производился по критериям релевантности концепции сервисной экосистемы, логистической связности и риск-менеджмента в здравоохранении. Аналитическая процедура включала декомпозицию пути пациента для выявления «точек разрыва», сопоставление управленческих инструментов с перечнем рыночных рисков, а также синтез полученных данных для формирования архитектуры бесшовного взаимодействия.

Результаты и обсуждение. Проведённый анализ показал, что медицинский туризм представляет собой не только форму получения медицинской помощи за пределами региона или страны проживания, но и сложную логистическую систему, в рамках которой одновременно должны быть согласованы пациентский, информационный, сервисный и финансовый потоки. Установлено, что основные проблемы возникают не внутри отдельных этапов лечения, а на стыках между участниками процесса, где отсутствует единый механизм координации. К числу наиболее значимых точек разрыва относятся неполнота медицинской документации, несогласованность расписаний, задержки в оформлении виз и оплат, языковые барьеры, сбои в транспортировке и отсутствие постлечебного сопровождения. Эти разрывы снижают целостность маршрута пациента и ухудшают восприятие качества услуги.

В ходе исследования классифицированы ключевые логистические компоненты медицинского туризма, включающие перемещение пациента, передачу медицинской информации, организацию сопутствующего сервиса и финансовое сопровождение. Показано, что бесшовный сервис возможен только при условии синхронизации указанных компонентов и их интеграции в единый управляемый процесс. Анализ карты пути пациента позволил уточнить содержание этапов до приезда, прибытия, лечения, выезда и последующего сопровождения, а также выявить наиболее уязвимые зоны на каждом из них.

Особое значение имеет фигура координатора, который выступает интегратором сервиса и обеспечивает согласование действий всех участников. Его функции связаны с маршрутизацией пациента, контролем информационного обмена, координацией сервисных операций и поддержанием непрерывной коммуникации. На основе проведённого анализа предложена архитектура бесшовного сервиса, включающая инфраструктурный, операционный и клиентский уровни. Такая модель позволяет рассматривать управление логистикой медицинского туризма как самостоятельное направление организационной деятельности, ориентированное на снижение разрывов и обеспечение непрерывности сопровождения пациента.

Заключение. В ходе исследования установлено, что ключевой проблемой медицинского туризма являются логистические разрывы между этапами и участниками процесса. Показано, что их преодоление возможно за счёт внедрения бесшовного сервиса, основанного на координации потоков и наличии единой точки управления. Предложенная модель позволяет обеспечить непрерывность маршрута пациента и повысить согласованность взаимодействия в системе медицинского туризма.

Ключевые слова: медицинский туризм, бесшовный сервис, логистика, медицинский координатор, медицинские услуги, точки разрыва, управление рисками, карта пути пациента, сервисная экосистема.

Для цитирования: Шевелева Т. М. Управление логистикой медицинского туризма: создание бесшовного сервиса для пациентов // **Современные проблемы науки** [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции, Москва, 14 марта 2026 года. – 2026...

Для корреспонденции: Шевелева Татьяна Михайловна, аспирант, e-mail: tatianasheveleva52@gmail.com

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена в рамках Государственного задания в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

LOGISTICS MANAGEMENT IN MEDICAL TOURISM: CREATING SEAMLESS SERVICE FOR PATIENTS

Sheveleva T.M.

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

Abstract

The article is devoted to the analysis of medical tourism logistics as a unique management object, where the coherence across all stages of the patient's journey along with clinical outcomes determine the quality of service.

Relevance. The medical tourism market, intricacy of interorganizational relationships, and dependence of patient experience on the coordination of medical, transportation, information, financial, and service processes are all continuously growing. The study argues that main challenges in medical tourism industry are current bottlenecks between participants and stages of care rather than the stand-alone quality of particular services. The objective of the study is to develop a conceptual framework of logistics management that ensures seamless services for international patients. To accomplish this, the following tasks were progressively addressed: identify key patient journey bottlenecks; categorize medical tourism's logistics components; analyze the medical coordinator's role as a service integrator; and develop an architecture for smooth interaction among all system participants. It was demonstrated that seamless services should be viewed as a managed integration model based on flow synchronization, a single point of coordination, and continuous communication using a theoretical and analytical approach, a synthesis of Russian and international research, and logical and structural modeling. Healthcare organizations engaged in inbound and domestic medical tourism might use the suggested conceptual framework to build patient assistance programs.

Objective. To develop a conceptual framework of seamless medical tourism logistics that minimizes operational risks and synchronizes service flows at the healthcare organization level.

Materials and methods. The study's methodology is founded on a systemic approach and process management theory. The study utilized methods for analyzing scientific publications, logical and structural modeling, and summarizing practical experience in organizing medical tourism. Russian and international studies on medical tourism, service logistics, and service interactions served as the basis for the theoretical framework. The empirical base included analytical reports published by the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, materials from specialized conferences (2023–2026), monitoring data on export of medical services, and worldwide research on medical tourism. The source selection criteria were the applicability of a service ecosystem concept, the logistics connectivity, and the risk management in healthcare. The analytical process for creating a seamless interaction architecture included decomposing the patient journey

to identify bottlenecks, matching management tools with a list of market risks, and synthesizing the generated data.

Results and discussion. The analysis showed that medical tourism is a complicated logistical system that simultaneously manages patient, information, service, and financial flows in addition to being a way to obtain health care outside one's country or region of residence. It was found that the main problems arise at the interfaces between process participants, when a unified coordination mechanism is lacking, rather than inside specific stages of treatment. Incomplete medical documentation, inconsistent scheduling, delays in visa processing and payment, language barriers, transportation disruptions, and lack of post-treatment support were considered as main bottlenecks. These gaps reduced the integrity of the patient's journey and the perceived quality of service.

The study categorized the key logistical components of medical tourism, such as patient travel, healthcare data transfer, arrangement of associated services, and financial support. It was demonstrated that these components must be synchronized and integrated into a single, manageable process in order to provide services seamlessly. An analysis of the patient journey map enabled to clarify the content of the pre-arrival, arrival, treatment, departure, and follow-up stages as well as identify the most vulnerable areas at each stage.

The coordinator's role as a service integrator who manages all participants is especially crucial. Their functions include patient routing, health data exchange monitoring, service coordination, and continuous communication support. A seamless service architecture including the infrastructure, operational, and customer levels was proposed based on the research. This framework allowed to consider medical tourism logistics management as an independent area of organizational activity aimed at reducing gaps and ensuring continuity of patient care.

Conclusion. The study established that the logistical gaps between stages and participants is a major medical tourism issue. It was shown that seamless services built on flow coordination and a single point of control may close these gaps. The suggested framework enhances the continuity of the patient journey and the consistency of interactions within the medical tourism ecosystem.

Keywords: medical tourism, seamless service, logistics, medical coordinator, medical services, bottlenecks, risk management, patient journey map, service ecosystem.

For citation: Sheveleva T.M. Medical tourism logistics management: creating a seamless service for patients. In: Current Problems in Science [Internet]: Collected Postgraduate Students' Scientific Papers from the Annual Scientific and Practical Conference. Moscow, 14 March 2026. 2026...

For correspondence: Tatiana M. Sheveleva, postgraduate student, e-mail: tatianasheveleva52@gmail.com.

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Funding. The work was carried out within the framework of a state assignment to the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Введение. Медицинский туризм в современных условиях представляет собой сложную межотраслевую систему, в которой медицинская помощь интегрирована в более широкий контур организационных, транспортных, информационных и сервисных процессов. В научной литературе он рассматривается как комплексная система, функционирующая в рамках единого маршрута пациента [1, 2]. Развитие данного направления обусловлено глобализацией, ростом мобильности населения и различиями в доступности и стоимости медицинских услуг, что формирует устойчивый спрос на трансграничное лечение [3].

Актуальность темы определяется смещением конкуренции на рынке медицинского туризма из плоскости «цена–качество лечения» в сферу организационного сопровождения пациента. Практика показывает, что ключевым фактором становится не столько медицинский результат,

сколько уровень координации процессов. Наиболее чувствительными для пациента оказываются логистические сбои, связанные с документами, трансферами, коммуникацией и отсутствием сопровождения. При этом существующие исследования преимущественно рассматривают медицинские или туристические аспекты отдельно, тогда как логистика как интегрирующий механизм остается недостаточно изученной [3, 4, 5].

Научная новизна исследования заключается в разработке логистической модели медицинского туризма, в рамках которой предложена систематизация «точек разрыва» на различных этапах маршрута пациента и обоснована необходимость их устранения через внедрение бесшовного сервиса. В отличие от существующих подходов, акцент сделан не на отдельных элементах медицинской или туристской услуги, а на управлении связностью процессов, обеспечивающих непрерывность пациентского опыта.

В этой связи медицинский туризм целесообразно рассматривать как систему логистического управления, предполагающую синхронизацию пациентского, информационного, сервисного и финансового потоков. Особое значение приобретает концепция бесшовного сервиса, при которой взаимодействие с пациентом организовано как единый непрерывный процесс. Для медицинского туризма это принципиально важно, поскольку пациент находится в условиях повышенной уязвимости, а любые организационные разрывы усиливают неопределенность и снижают доверие [3, 4, 5].

Системный анализ показывает, что медицинский туризм представляет собой цепочку взаимосвязанных процессов, включающую подготовку документации, консультации, транспортировку, размещение, коммуникации, финансовые расчёты и постлечебное сопровождение. Следовательно, объектом управления становится не отдельная услуга, а весь маршрут пациента. В таком подходе логистика выступает как механизм обеспечения связности и непрерывности всех этапов взаимодействия [6, 7, 8].

В структуре медицинского туризма выделяются четыре взаимосвязанных компонента: пациентский, информационный, сервисный и финансовый потоки [7, 8]. Нарушение их согласованности приводит к возникновению «точек разрыва» – ситуаций, в которых система теряет управляемость. К числу таких разрывов относятся неполнота медицинской информации, несогласованность расписаний, задержки в оформлении документов и платежей, языковые барьеры и отсутствие постлечебного сопровождения.

Анализ карты пути пациента показывает, что наиболее уязвимыми являются этапы перехода между стадиями: предварительное взаимодействие, прибытие, лечение, выписка и постлечебное сопровождение. Во всех случаях речь идет не только о снижении удобства, но и о нарушении целостности сервиса. Таким образом, ключевая проблема медицинского туризма связана с межэтапными и межорганизационными разрывами, что определяет необходимость управления связностью процессов как основного объекта логистики [9].

Классификация логистических компонентов медицинского туризма. Вторая задача предполагает систематизацию логистических компонентов. Эта часть исследования особенно важна, потому что без неё невозможно перейти к построению модели управления. Если не определить, чем именно нужно управлять, бесшовный сервис останется лишь нормативной метафорой.

Как уже отмечалось, базовыми компонентами логистики медицинского туризма являются пациентский, информационный, сервисный и финансовый потоки [2, 8]. Однако для целей управленческого анализа их следует раскрыть подробнее. Пациентский компонент связан не только с перемещением человека как таковым, но и с его маршрутизацией, темпоральной организаци-

ей пути, согласованием точек прибытия и выбытия, а также с физическим и психологическим состоянием пациента в процессе движения. Это особенно значимо в случаях, когда пациент ослаблен, сопровождается родственниками, нуждается в специальном транспорте или особом режиме передвижения.

Информационный компонент включает в себя не только передачу медицинских сведений, но и обеспечение их полноты, достоверности, доступности и интерпретируемости. Для медицинского туризма это особенно чувствительный слой, потому что здесь сталкиваются разные языки, разные медицинские стандарты, разные форматы записи данных и разные требования к документам. Если информационный поток не выстроен, клиническое решение задерживается, пациент не понимает, на каком этапе находится процесс, а организационные участники начинают действовать вслепую.

Сервисный компонент охватывает весь немедицинский, но критически значимый контур сопровождения пациента: проживание, питание, трансферы, бытовую помощь, перевод, навигацию, помощь в культурной адаптации и иные сопутствующие услуги. Для пациента именно этот компонент часто становится основой общего впечатления от поездки [3, 4]. Даже высокое качество лечения не компенсирует ощущения хаоса, если проживание не подготовлено, трансфер сорван, инструкции непонятны, а связь с ответственными лицами затруднена.

Финансовый компонент связан с согласованием стоимости, подтверждением платежей, депозитами, страховыми схемами, возвратами, оформлением чеков и иных документов. Именно на этом уровне часто возникают непрозрачность ожиданий и дополнительные источники стресса. Для пациента медицинский туризм – это не только медицинский, но и финансово рискованный проект, и потому любая непрозрачность расчетов разрушает доверие к системе.

Таким образом, классификация компонентов показывает, что логистика медицинского туризма – это управление не одной цепочкой, а сразу несколькими взаимозависимыми потоками. Бесшовный сервис возможен только при условии, что эти потоки синхронизированы и не вступают в противоречие друг с другом.

Карта пути пациента как логистическая основа бесшовного сервиса. Отдельного развернутого анализа требует карта пути пациента, так как именно она связывает абстрактные логистические компоненты с реальным пользовательским опытом [7]. Карта пути пациента представляется как основа логистики и включает этапы «до приезда», «приезд», «лечение», «выезд», «обслуживание».

Этап до приезда является наиболее насыщенным по числу организационных действий. Здесь происходит первичное обращение пациента, сбор медицинской документации, её перевод и структурирование, дистанционная консультация, определение предварительного плана лечения, согласование сроков, стоимости, маршрута, визовых и страховых аспектов. Именно на этом этапе пациент принимает решение о поездке, а значит, именно здесь формируется базовый уровень доверия к системе. Если коммуникация затянута, если ответы противоречивы, если план лечения постоянно уточняется без ясной логики, бесшовность оказывается нарушенной ещё до начала физического маршрута [3, 4].

Этап приезда включает прибытие пациента в страну или регион лечения, организацию встречи, трансфер, размещение, первичную навигацию и подтверждение дальнейших шагов. С точки зрения логистики – это этап высокой чувствительности: любые ошибки здесь усиливают стресс, поскольку пациент находится в незнакомой среде, часто после длительной дороги и нередко

в уязвимом состоянии. Для бесшовного сервиса принципиально важно, чтобы пациент не искал самостоятельно, кто его встретит, куда ехать, как связаться с клиникой и что делать дальше.

Этап лечения включает не только сами медицинские процедуры, но и всю внутреннюю координацию: расписания приёмов, диагностические исследования, госпитализацию, взаимодействие между врачами, административное оформление и параллельное сервисное сопровождение. Здесь особенно важно, чтобы клинический и логистический контуры не расходились. Если операционный график меняется, а трансферы и размещение остаются прежними, система начинает производить каскадные сбои. Поэтому бесшовность на этом этапе означает не только удобство, но и управляемость процессом.

Этап выезда связан с подготовкой к завершению поездки: оформлением выписки, передачей рекомендаций, организацией обратного маршрута, расчетами и, при необходимости, коммуникацией с медицинскими организациями по месту жительства пациента. Это переходный этап между очным лечением и дистанционным сопровождением. Если он организован слабо, пациент фактически «выпадает» из системы сразу после выписки.

Этап обслуживания после выезда, или постлечебного сопровождения, становится всё более значимым в современных моделях медицинского туризма. Он включает дистанционные консультации, контроль соблюдения рекомендаций, ответы на возникающие вопросы, а иногда и телемедицинское обслуживание [10]. Именно этот этап завершает маршрут как целостный сервис. Если сопровождение в течение лечения отсутствует, поездка воспринимается пациентом как набор разрозненных действий, а не как единый заботливо организованный процесс.

Роль координатора как интегратора сервиса. Третья задача исследования связана с анализом роли координатора. Координатор в системе медицинского туризма выполняет функцию единой точки контакта, через которую для пациента проходит весь маршрут. Его значение заключается не только в информировании, но и в устранении структурной фрагментации. Если пациент вынужден отдельно согласовывать клинические вопросы, отдельно – визовые и финансовые [11, 12], отдельно – бытовые и транспортные, система фактически перекладывает интеграционную работу на самого пользователя. В этом случае бесшовный сервис невозможен по определению.

Функционально координатор должен обеспечивать как минимум четыре линии управления. Первая – управление пациентом, то есть сопровождение маршрута, информирование, контроль статусов, поддержку в переходах между этапами. Вторая – управление информацией, включая сбор документов, согласование данных, контроль полноты и своевременности обмена. Третья – управление сервисом, охватывающее трансферы, проживание, бытовые и переводческие услуги. Четвёртая – управление финансами, связанное с прозрачностью стоимости, подтверждением платежей и координацией расчетов. В совокупности это делает координатора не вспомогательным администратором, а интегратором всей логистической цепочки.

С управленческой точки зрения координатор снижает транзакционные издержки, устраняет дублирование коммуникаций, сокращает число ошибок на стыках и обеспечивает для пациента ощущение непрерывности. Следовательно, его роль носит системообразующий характер: без такого интегратора архитектура бесшовного сервиса остается декларативной.

Архитектура бесшовного взаимодействия всех участников. Инфраструктурный уровень образует технологический фундамент системы. Он включает цифровую платформу, интеграционные механизмы обмена данными, облачные хранилища, стандарты передачи информации и инструменты безопасности. Смысл этого уровня состоит в том, чтобы разнородные участники (клиника, сервисные партнеры, координатор, пациент) работали не в изолированных контурах,

а в общей среде, где информация не теряется и не дублируется. Без такой базы бесшовность становится зависимой от индивидуальных усилий сотрудников, а значит, не может быть устойчивой.

Операционный уровень обеспечивает процедурную связность системы. На этом уровне формируются маршруты пациента, регламенты переходов между этапами, логика распределения ролей, расписания, механизмы реакции на изменения и правила синхронизации потоков. Именно здесь решается вопрос, как сделать так, чтобы изменения в одном элементе автоматически учитывались в других. Если, например, переносится дата процедуры, должны быть пересмотрены трансферы, проживание, график обследований и финансовые расчеты. Операционный уровень отвечает за то, чтобы система была чувствительна к таким изменениям и сохраняла управляемость.

Клиентский уровень ориентирован на восприятие сервиса пациентом. Он включает личный кабинет или мобильное приложение, мультязычность, персонализацию, понятные статусы, омниканальную связь и работу координатора как единой точки входа. Этот уровень нельзя считать второстепенным, поскольку именно через него бесшовность становится ощутимой для пациента. Если система внутри организована хорошо, но пользователь по-прежнему не понимает, что происходит, бесшовность не достигается в практическом смысле.

Таким образом, архитектура бесшовного сервиса представляет собой не набор разрозненных мер, а многоуровневую модель, в которой технологическая связанность, операционная синхронизация и клиентское восприятие дополняют друг друга. Только при одновременной работе всех уровней пациент получает действительно непрерывный маршрут.

Конкретные программы реализации бесшовного сервиса. Практическая применимость предложенной модели усиливается тем, что в ходе исследования были намечены конкретные программные форматы бесшовного сервиса: «Базовый пакет прибытия», «Медицинский консьерж», «Здоровье+», «Цифровой пациент». Важно отметить, что эти программы не случайны, а представляют собой различные операционализации единой модели.

«Базовый пакет прибытия» ориентирован на пациентов, которым необходимо базовое логистическое сопровождение: встреча, трансфер, помощь в первичной навигации, согласованный график. «Медицинский консьерж» предполагает более высокий уровень интеграции и подходит для пациентов со сложным, дорогостоящим и многоэтапным лечением, где требуется максимальная персонализация сопровождения. Программа «Здоровье+» отражает сочетание лечения с элементами рекреационного и восстановительного сервиса, а «Цифровой пациент» выводит бесшовность за пределы очной поездки, обеспечивая дистанционный контроль. В совокупности эти форматы показывают, что бесшовный сервис может быть масштабирован и адаптирован под разные категории пациентов, не теряя при этом своей логики.

Заключение. Проведенное исследование подтверждает, что цель работы – разработка концептуальной модели управления логистикой, обеспечивающей бесшовный сервис для пациентов в сфере медицинского туризма, – требует сосредоточения не на общем описании рынка, а на анализе связности маршрута пациента. Последовательное решение поставленных задач позволило установить следующее.

Во-первых, ключевые «точки разрыва» возникают на межэтапных и межорганизационных стыках: при передаче документов, согласовании расписаний, оформлении виз и платежей, организации трансферов и постлечебного сопровождения. Во-вторых, логистика медицинского туризма включает четыре взаимосвязанных компонента – пациентский, информационный, сервисный и финансовый, управление которыми должно быть синхронизировано. В-третьих, коор-

динатор выступает центральным интегратором бесшовного сервиса, поскольку объединяет разрозненные процессы в единый управляемый маршрут. В-четвертых, бесшовное взаимодействие может быть обеспечено только в рамках многоуровневой архитектуры, включающей инфраструктурный, операционный и клиентский уровни.

Следовательно, бесшовный сервис в медицинском туризме следует рассматривать как результат целенаправленного логистического управления, а не как побочный эффект высокого качества отдельных услуг. Практическая значимость работы состоит в том, что предложенная модель может быть использована для проектирования и совершенствования программ сопровождения пациентов в клиниках и координационных центрах, работающих в сфере медицинского туризма.

ЛИТЕРАТУРА

1. [Федеральный закон от 24.11.1996 № 132-ФЗ «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 49. – Ст. 5491. – URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/10273/page/1> \(дата обращения: 20.03.2026\)](#)
2. Global Market Insights. Medical Tourism Market Size & Share 2026-2035. – 2026. – URL: <https://www.gminsights.com/industry-analysis/medical-tourism-market> (дата обращения: 21.03.2026).
3. Аксенова Е. И. Медицинский туризм и экспорт медицинских услуг: дайджест / Е. И. Аксенова, Г. Д. Петрова, Е. В. Чернышев. – Москва: Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, 2025. – 171 с. – URL: [https://hiioz.ru/upload/iblock/730/rym3fbfmtbkg0vkvx8d4zmwdgc0m4agv/дайджест%20медицинский%20туризм%20июль%20-%20декабрь%202025%20\(19.02\).pdf](https://hiioz.ru/upload/iblock/730/rym3fbfmtbkg0vkvx8d4zmwdgc0m4agv/дайджест%20медицинский%20туризм%20июль%20-%20декабрь%202025%20(19.02).pdf) (дата обращения: 02.04.2026).
4. Петрова Г. Д. Инструменты развития региональных программ медицинского туризма: международный опыт / Г. Д. Петрова, Е. В. Чернышев, Е. С. Дьячек // Здоровье мегаполиса. – 2023. – Т. 4, № 2. – С. 89-100. – DOI 10.47619/2713-2617.zm.2023. v.4i2; 89-100.
5. Кропинова Е. Г., Максимова И., Шеховцева Л. С., Ерусалкина Н. С., Мондыч А. С. Институциональный медицинский туризм как перспективная форма сферы услуг // Сервис в России и за рубежом. 2025. Т. 19. № 3 (118). С. 51-67.
6. Lunt N. Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review / N. Lunt, R. Smith, M. Exworthy et al. – Paris: OECD Publishing, 2011. – URL: <https://www.globalwellnesssummit.com/wp-content/uploads/Industry-Research/Global/2012-oecd-medical-tourism.pdf> (дата обращения: 21.03.2026).
7. [Antonacci G. Process Mapping in Healthcare: A Systematic Review / Grazia Antonacci, Laura Lennox, James Barlow, Liz Evans, Julie Reed // BMC Health Services Research. – 2023. – URL: <https://www.researchsquare.com/article/rs-80631/v1> \(дата обращения: 02.04.2026\)](#)
8. Hartmann S. Smoothness as a Quality of Care: An STS Approach to Transnational Healthcare Mediation // Social Science & Medicine. – 2024. – Vol. 347. – 116512. – DOI: 10.1016/j.socscimed.2023.116512.
9. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 48. – Ст. 6724. 9. – URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/34333> (дата обращения: 20.03.2026).

10. Старшинин А. В., Аксенова Е. И., Андрусов В. Э., Горбатов С. Ю., Пахуридзе М. Д., Скворцова Е. В. Телемедицина в медицинских организациях: монография / [Электронный ресурс] / [А. В. Старшинин и др.] – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – URL: <https://niiroz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/monografii/> – Загл. с экрана. – 82 с.
11. Координатор по работе с иностранными пациентами: Учебно-методическое пособие / Е. И. Аксенова, Е. В. Чернышев, Г. Д. Петрова. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. – 142 с.: ил.
12. Федеральный закон от 15.08.1996 № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 34. – Ст. 4029. 12. – URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/9895> (дата обращения: 24.03.2026).

REFERENCES

1. Russian Federation. Federal Law of November 24, 1996, No. 132-FZ, "On the Fundamentals of Tourist Activity in the Russian Federation" [Internet]. Collected Legislation of the Russian Federation. 1996 [cited 2026 Mar 20]; No. 49, Art. 5491. (In Russ.)
2. Global Market Insights. Medical Tourism Market Size & Share 2026-2035 [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 21]. Available from: <https://www.gminsights.com/industry-analysis/medical-tourism-market>
3. Aksenova EI, Petrova GD, Chernyshev EV. Digest "Medical Tourism and Export of Medical Services" [Internet]. Moscow: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management. 2025 [cited 2026 Apr 2]. Available from: [https://niiroz.ru/upload/iblock/730/rym3fbfmbtkg0vkvx8d4zmwdgc0m4agv/дайджест%20медицинский%20туризм%20июль%20-%20декабрь%202025%20\(19.02\).pdf](https://niiroz.ru/upload/iblock/730/rym3fbfmbtkg0vkvx8d4zmwdgc0m4agv/дайджест%20медицинский%20туризм%20июль%20-%20декабрь%202025%20(19.02).pdf) (In Russ.)
4. Petrova GD, Chernyshev EV, Diachek ES. Tools for the Development of Regional Medical Tourism Programs: International Experience. City Healthcare. 2023;4(2):89-100. doi: 10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i2;89-100 (In Russ.)
5. Kropinova EG, Maksimova I, Shekhovtseva LS, et al. Institutional medical tourism as a promising form of the services sector. Service in Russia and Abroad. 2025;19(3):51-67. doi: 10.5281/zenodo.17827929 (In Russ.)
6. Lunt N, Smith R, Exworthy M, et al. Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2011 [cited 2026 Mar 21]. Available from: <https://www.globalwellnesssummit.com/wp-content/uploads/Industry-Research/Global/2012-oecd-medical-tourism.pdf>
7. Antonacci G, Lennox L, Barlow J, et al. Process Mapping in Healthcare: A Systematic Review [Internet]. BMC Health Services Research. 2023 [cited 2026 Apr 2]. Available from: <https://www.researchsquare.com/article/rs-80631/v1>
8. Hartmann S. Smoothness as a quality of care: An STS approach to transnational healthcare mediation. Soc Sci Med. 2024;347:116512. doi: 10.1016/j.socscimed.2023.116512

9. Russian Federation. Federal Law of 21.11.2011 No. 323-FZ “On the Fundamentals of Health Protection of Citizens in the Russian Federation”. [Internet] Collected Legislation of the Russian Federation. 2011 [cited 2026 Mar 20]; No. 48, Art. 6724. Available from: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/34333> (In Russ.)
10. Starshinin AV, Aksenova EI, Andrusov VE, et al. Telemedicine in Healthcare Organizations: Monograph [Internet]. Moscow: Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management; 2023 [cited 2026 Apr 2]. 82 p. Available from: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/monografii/> (In Russ.)
11. Aksenova EI, Chernyshev EV, Petrova GD. International Patient Coordinator: Textbook and Methodological Manual. Moscow: Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management; 2022. 142 p. (In Russ.)
12. Russian Federation. Federal Law of August 15, 1996, No. 114-FZ “On the Procedure for Exiting and Entering the Russian Federation”. Collected Legislation of the Russian Federation. 1996; No. 34, Art. 4029. (In Russ.)

Информация об авторе:

Шевелева Татьяна Михайловна – аспирант 1 года обучения, «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва, Российская Федерация; e-mail: tatianasheveleva52@gmail.com; ORCID: 0009-0001-1960-3691

Author information:

Tatiana M. Sheveleva – first-year postgraduate student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russian Federation; e-mail: tatianasheveleva52@gmail.com; ORCID: 0009-0001-1960-3691

СЕКЦИЯ «ФЕНОМЕН МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА: ФИЛОСОФИЯ ГЛОБАЛЬНОГО РЫНКА ЗДОРОВЬЯ»

ПРАВОВЫЕ И СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАЩИТЫ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ИНОСТРАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В СООТВЕТСТВИИ С РОССИЙСКИМ И МЕЖДУНАРОДНЫМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ

Адамия А. В.

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Аннотация

Актуальность исследования обусловлена ростом медицинского туризма, цифровизацией здравоохранения и миграционными потоками, что усиливает трансграничную передачу чувствительных персональных данных.

Цель – анализ правовых и социологических аспектов защиты данных иностранных пациентов по российскому законодательству и международным стандартам (GDPR, HIPAA, Модельный закон МПА СНГ).

Материалы и методы: комплексный анализ нормативных актов, статистики и литературы.

Результаты: выявлены ключевые понятия, статистика (25,4 млн иностранных пациентов в 2025 г., доход 1,59 млрд долл. США), предложены меры гармонизации, включая единые шаблоны согласия.

Заключение: интеграция правовых и социологических аспектов – стратегический шаг для российского здравоохранения и конкурентное преимущество на мировом рынке медицинских услуг.

Ключевые слова: защита персональных данных, иностранные пациенты, ФЗ-152, GDPR, HIPAA, Модельный закон МПА СНГ «О персональных данных», медицинский туризм, врачебная тайна, кибербезопасность, трансграничная передача данных, информированное согласие, гармонизация законодательства.

Для цитирования: Адамия А. В. Правовые и социологические аспекты защиты персональных данных иностранных пациентов в соответствии с российским и международным законодательством // **Современные проблемы науки** [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции, Москва, 14 марта 2026 года. – 2026...

Для корреспонденции: Адамия Александр Вахтангович, аспирант 1 курса, e-mail: A-V-A-2000@mail.ru.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена в рамках Государственного задания в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

LEGAL AND SOCIOLOGICAL ASPECTS OF PROTECTING PERSONAL DATA OF INTERNATIONAL PATIENTS IN ACCORDANCE WITH RUSSIAN AND INTERNATIONAL LEGISLATION

Adamiya A.V.

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

Abstract

Relevance. The growth of medical tourism, healthcare digitalization, and migration flows increases cross-border transfer of sensitive personal data.

Objective. To analyze legal and sociological aspects of protecting personal data of international patients in accordance with Russian legislation and international standards (GDPR, HIPAA, IPA CIS Model Law).

Materials and methods. The author conducted a comprehensive analysis of regulations, statistics and literature.

Results. The author identified key concepts and analyzed statistics (25.4 million international patients in 2025, revenue 1.59 billion USD), proposed harmonization measures, including unified consent templates.

Conclusion. Integrating legal and sociological aspects is a strategic step for Russian healthcare and a competitive advantage in the global medical services market.

Keywords: personal data protection, international patients, Federal Law No. 152-FZ, GDPR, HIPAA, IPA CIS Model Law "On Personal Data", medical tourism, medical confidentiality, cybersecurity, cross-border data transfer, informed consent, harmonization of legislation.

For citation: Adamiya A.V. Legal and Sociological Aspects of Protecting Personal Data of International Patients in Accordance with Russian and International Legislation. In: Current Problems in Science [Internet]: Collected Postgraduate Students' Scientific Papers from the Annual Scientific and Practical Conference. Moscow, 14 March 2026. 2026...

For correspondence: Aleksander V. Adamiya, first-year postgraduate student, e-mail: A-V-A-2000@mail.ru.

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Funding. The work was carried out within the framework of a state assignment to the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Введение. Современное российское здравоохранение активно внедряет цифровизацию, что требует особого внимания к защите персональных данных иностранных пациентов [1]. Тема защиты персональных данных в медицине является крайне актуальной в условиях активного развития медицинского туризма, цифровизации здравоохранения и усиления миграционных

потоков [2]. Это приводит к значительному увеличению трансграничной передачи чувствительных персональных данных, включая медицинские, генетические и биометрические сведения. Однако особую сложность представляет гармонизация российского законодательства с международными стандартами, такими как GDPR, для предотвращения правовых конфликтов и повышения доверия пациентов [3, 4].

Основная часть. Обеспечение защиты персональных данных в медицинской отрасли является крайне важной частью системы информационной безопасности. Эта мера позволяет гарантировать сохранение врачебной тайны и уважать конституционное право пациентов на неприкосновенность частной жизни [5]. В эпоху цифровизации медицины, использования электронных медицинских карт и телемедицины защита данных (ФИО, диагнозы, анализы) требует комплексного подхода, включающего технические меры (шифрование, пароли) и строгие организационные процедуры [6]. Основой доверия между врачом и пациентом является уверенность, что медицинская тайна будет сохранена. Поэтому инвестиции в безопасность данных в системе здравоохранения – это не только требование закона, но и фундаментальный элемент качества медицинской помощи [7].

Персональные данные (ПД) в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ представляют собой любую информацию, которая прямо или косвенно относится к конкретному физическому лицу (субъекту персональных данных). К таким сведениям относятся фамилия, имя, отчество, номер телефона, почтовый адрес, адрес электронной почты, фотография, данные паспорта и другие аналогичные сведения [6].

В сфере здравоохранения дополнительно к этому перечню относятся генетические и биометрические данные. Соблюдение врачебной тайны регулируется статьей 13 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [7].

В Европейском союзе применяется Общий регламент по защите данных (GDPR), который вводит единые строгие правила в отношении сбора, обработки и хранения персональных данных [8].

Модельный закон СНГ «О персональных данных» – это рамочный документ-рекомендация, который служит единым шаблоном для стран Содружества, помогая им гармонизировать национальные законодательства (такие как ФЗ-152 в РФ) и создать общие правила безопасного обмена данными внутри региона [9].

В Соединенных Штатах Америки аналогичную роль выполняет федеральный закон HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) – это федеральный закон США, который устанавливает золотой стандарт защиты конфиденциальности медицинских данных пациентов, обязывая клиники, страховые компании и их ИТ-подрядчиков обеспечивать строгую сохранность историй болезни и личной информации.

Помимо европейского и американского регулирования, важное значение для стран постсоветского пространства имеет модельный закон МПА СНГ «О персональных данных» (новая редакция 2018 г.), который устанавливает единые для стран СНГ принципы обработки данных: законность, целевое использование, точность, конфиденциальность, обязательность согласия субъекта и ограничения хранения [9–11].

Для понимания особенностей российского регулирования целесообразно провести сравнение с ключевыми международными актами (табл.).

Таблица. Сравнение международных нормативно-правовых актов

Параметр	ФЗ-152 (Россия)	GDPR (ЕС)	HIPAA (США)	Модельный закон МПА СНГ (2018)
Прозрачность и информирование	Да	Да	Да	Да
Требование к безопасности данных	Да	Да	Да	Да
Территориальный охват	Территория РФ	Экстерриториальный (данные граждан ЕС)	Только покрытые организации США	Рекомендательный для стран СНГ
Ответственность и санкции	Административные штрафы для должностных лиц: от 50 тыс. до 100 тыс. рублей, для клиник от 150 тыс. до 300 тыс. рублей.	Административные штрафы до 4 % оборота или 20 млн евро	Гражданские (от 100 до 2 миллионов долларов) и уголовные иски (от 1 до 10 лет)	На национальном уровне
Принцип «Право быть забытым»	Отсутствует	Да	Отсутствует	Отсутствует

Таким образом, российское законодательство занимает промежуточное положение между строгим европейским подходом и американской моделью.

Дополнительный уровень защиты для пациентов из США обеспечивает Закон о переносимости и подотчетности медицинского страхования 1996 года (HIPAA) [11]. Согласно этому закону, защищается защищенная медицинская информация. Покрытые организации обязаны соблюдать правило минимальной необходимости данных, контракты с бизнес-партнерами, права пациентов на доступ, поправку и учет раскрытий, а также уведомление о практике конфиденциальности и меры безопасности [11].

В 2025 году медицинские услуги в России получили 25,4 млн иностранцев, принеся бюджету \$1,59 млрд за 9 месяцев (+25% к 2024 году). Ключевыми направлениями стали онкология и кардиохирургия. Рост масштабов требует усиленной защиты персональных данных зарубежных пациентов для обеспечения врачебной тайны и кибербезопасности в соответствии с международными стандартами и законодательством России [2].

В контексте медицинского туризма в России защита персональных данных становится ключевым критерием социального доверия. Безопасность цифрового профиля пациента сегодня приравнивается к врачебной тайне, превращаясь из технического условия в стратегический ак-

тив. Успех отрасли напрямую зависит от способности клиник гарантировать приватность в условиях трансграничного обмена информацией, что формирует репутацию России как безопасного пространства для экспорта медицинских услуг [1].

Сведения о состоянии здоровья классифицируются как специальная категория персональных данных, что налагает на операторов обязанность по обеспечению усиленного контура технической и криптографической защиты. При реализации трансграничного обмена данными необходимо соблюдение условий ст. 12 ФЗ-152, включая оценку адекватности правового режима в юрисдикции получателя и наличие документированного согласия субъекта [6]. Принципиальным требованием является соблюдение принципа локализации: первичный сбор и хранение ПД иностранных граждан должны осуществляться на серверных мощностях, территориально расположенных в России [6]. Несоблюдение регламентов обработки данных влечет ответственность субъектов инфраструктуры медицинского туризма и применимость санкций в рамках КоАП Российской Федерации [6].

Дальнейшие перспективы развития включают:

- Расширение перечня доступных услуг для иностранных пациентов в соответствии с Федеральным проектом «Развитие экспорта медицинских услуг»;
- Расширение практики трансграничного обмена персональными данными иностранных пациентов;
- Интеграцию ФЗ-152 с международными стандартами о защите персональных данных.

Заключение. Учёт правовых и социологических факторов при защите персональных данных иностранных пациентов является важным стратегическим направлением развития российского здравоохранения. Такой подход позволяет перейти от простого формального выполнения требований законодательства к формированию атмосферы доверия, которая учитывает международные стандарты и ожидания пациентов.

В условиях роста медицинского туризма в Россию необходимо утвердить единые шаблоны информированного согласия на обработку персональных данных, включая перевод на языки основных групп иностранных пациентов. Такая мера не только устраним один из главных барьеров доверия, но и станет конкурентным преимуществом российских медицинских организаций на глобальном рынке медицинских услуг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Любаева Д. Ю. Правовые аспекты защиты персональных данных в медицинских учреждениях / Д. Ю. Любаева // Контентус. – 2022. – № 9(122). – С. 40-46. – DOI 10.24411/2658-6932-2022-9-40-46.
2. Ананченкова П. И. Некоторые аспекты законодательной поддержки развития медицинского туризма в Российской Федерации / П. И. Ананченкова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 5. – С. 956-960. – DOI 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-956-960.
3. Лебедева Д. А. Компаративный анализ: надлежащие практики защиты данных в здравоохранении России и за рубежом / Д. А. Лебедева // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Юридические науки. – 2025. – Т. 29, № 1. – С. 235-254. – DOI 10.22363/2313-2337-2025-29-1-235-254.

4. Овчинникова Е. А. Сравнительный анализ законодательства в области защиты персональных данных в Российской Федерации и Евросоюзе / Е. А. Овчинникова // Интерэкспо Гео-Сибирь. – 2022. – Т. 8, № 2. – С. 113-117. – DOI 10.33764/2618-981X-2022-8-2-113-117.
5. Окишев Б. А. Реализация охраны персональных данных в сфере медицины / Б. А. Окишев // Вестник Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА). – 2022. – № 4(92). – С. 120-126. – DOI 10.17803/2311-5998.2022.92.4.120-126.
6. Федеральный закон «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ (в ред. от 2025). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61801/ (дата обращения: 23.03.2026).
7. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 23.03.2026).
8. GDPR (Общий регламент по защите данных) 2016/679. URL: <https://gdpr-text.com/ru/> (2018). URL: [https://gdpr-text.com/ru/ \(2018\).](https://gdpr-text.com/ru/ (2018).) (дата обращения: 20.03.2026).
9. Модельный закон МПА СНГ «О персональных данных» (новая редакция). Принят постановлением МПА СНГ от 29.11.2018 № 48-9. URL: https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=116757 (дата обращения: 26.03.2026).
10. Модельный закон о персональных данных (принят постановлением Межпарламентской Ассамблеи государств – участников СНГ от 16.10.99 N 14-19). URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=424352> (дата обращения: 25.03.2026).
11. «Закон о переносимости и подотчетности медицинского страхования» 1996 года. URL: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/PLAW104publ191/pdf/PLAW-104publ191.pdf> (дата обращения 22.04.2026).

REFERENCES

1. Lyubaeva DYu. Legal aspects of personal data protection in medical institutions. Contentus. 2022;(9):1-10. doi: 10.24411/2658-6932-2022-10000 (In Russ.)
2. Ananchenkova PI. Some aspects of legislative support for the development of medical tourism in the Russian Federation. Problems of social hygiene, healthcare and history of medicine. 2022;30(s1):956-960. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-956-960 (In Russ.)
3. Lebedeva DA. Comparative analysis of effective data protection practices in healthcare: Russia and international standards. RUDN Journal of Law. 2025;29(1):235-254. (In Russ.)
4. Ovchinnikova EA. Comparative analysis of personal data law in the Russian Federation and the European Union. Interexpo Geo-Siberia. 2022;8(2):113-117. doi: 10.33764/2618-981X-2022-8-2-113-117 (In Russ.)
5. Okishev BA. Implementation of Personal Data Protection in Medicine. Courier of Kutafin Moscow State Law University (MSAL). 2022;(4):120-126. doi: 10.17803/2311-5998.2022.92.4.120-126 (In Russ.)
6. Russian Federation. Federal Law of July 27, 2006, No. 152-FZ “On Personal Data” (as amended in 2025) [Internet]. [cited 2026 Mar 23]. Available from: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61801/

7. Russian Federation. Federal Law of November 21, 2011, No. 323-FZ (as amended on December 29, 2025) "On the Fundamentals of Health Protection of Citizens in the Russian Federation" [Internet]. [cited 2026 Mar 23]. Available from: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
8. European Union. General Data Protection Regulation (GDPR) 2016/679 [Internet]. 2018 [cited 2026 Mar 20]. Available from: <https://gdpr-text.com/ru/> (In Russ.)
9. Interparliamentary Assembly of the CIS Member States. Model Law on Personal Data (new edition). Adopted by the Resolution dated 29.11.2018 No. 48-9 [Internet]. Spinform. [cited 2026 Mar 26]. Available from: https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=116757
10. Interparliamentary Assembly of the CIS Member States. Model Law on Personal Data. Adopted by the Resolution dated 16.10.99 No. 14-19 [Internet]. Kontur.Normativ. [cited 2026 Mar 25]. Available from: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=424352>
11. United States. Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. Public Law 104-191 [Internet]. 1996 [cited 2026 Mar 26]. Available from: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/PLAW104publ191/pdf/PLAW-104publ191.pdf>

Информация об авторе:

Адамия Александр Вахтангович – аспирант 1 курса, специальность 3.2.3 Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва, Россия; e-mail: A-V-A-2000@mail.ru, ORCID: 0009-0008-3532-3607.

Author information:

Aleksander V. Adamiya – first-year postgraduate student, specialty: 3.2.3 Public Health, Healthcare Organization, Sociology of Health, and Medical and Social Disability Examination, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russian Federation; e-mail: A-V-A-2000@mail.ru, ORCID: 0009-0008-3532-3607.

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ИНОСТРАННОГО ПАЦИЕНТА В РОССИИ: МОТИВАЦИЯ, ОЖИДАНИЯ, ПУТИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ

Брянцева Е. П.

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Аннотация

Актуальность темы медицинского туризма растет в глобальном контексте и обусловлена высокой конкуренцией на международном рынке экспорта медицинских услуг, требующего глубокого понимания потребителя. В этой связи для привлечения иностранных пациентов необходимо учитывать их уникальные культурные и поведенческие особенности, представляющие собой основу для развития медицинского туризма в современных условиях.

Цель исследования – определить социологический портрет иностранного пациента в России и проанализировать его поведенческие модели в контексте мотивации, ожиданий и путей принятия решений.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе ключевых источников по вопросам социокультурных компетенций, межкультурной коммуникации и медицинского туризма. Проанализированы материалы дайджестов ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» по медицинскому туризму, результаты фокус-групповых интервью, отчеты о реализации федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг», научные публикации российских и зарубежных авторов.

Результаты. В результате исследования определен социологический портрет иностранного пациента в России: преобладают граждане СНГ, мотивированные доступом к высокотехнологичной помощи, конкурентными ценами и квалификацией специалистов при минимальных визовых барьерах. Ключевые ожидания включают культурную адаптацию, прозрачность процессов и комфорт, а пути принятия решений определяются соотношением цены и качества и репутацией медицинской организации.

Закключение. Социологический портрет формирует основу доверия пациента: понимание его ценностей снижает репутационные риски и создает ощущение защищенности, что является одним из ключевых критериев выбора медицинской организации в международной медицине.

Ключевые слова: иностранные пациенты, медицинский туризм, поведенческая модель, социокультурные особенности, экспорт медицинских услуг

Для цитирования: Брянцева Е.П. Социологический портрет и поведенческие модели иностранного пациента в России: мотивация, ожидания, пути принятия решений // Современные проблемы науки [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции, Москва, 14 марта 2026 года. – 2026...

Для корреспонденции: Брянцева Екатерина Павловна, аспирант, e-mail: kovalena_84@list.ru

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена в рамках Государственного задания в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

SOCIOLOGICAL PROFILE AND BEHAVIORAL MODELS OF INTERNATIONAL PATIENTS IN RUSSIA: MOTIVATION, EXPECTATIONS, AND DECISION-MAKING PATHWAYS

Bryantseva E.P.

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

Abstract

Relevance. Medical tourism is expanding globally due to intense competition, which requires a deep understanding of customer needs. To attract international patients, it is important to consider their unique cultural and behavioral characteristics, which serve as the actual foundation for the growth of medical tourism.

Objective. To define the sociological profile of international patients in Russia, including their behavioral models, motivation, expectations, and decision-making pathways.

Materials and methods. An analysis of key sources on sociocultural competencies, intercultural communication, and medical tourism was performed. The digests on medical tourism published by the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management, results of the focus group interviews, reports on the federal project “Development of Export of Medical Services”, as well as Russian and international publications were analyzed.

Results. The study identified the sociological profile of international patients in Russia: predominantly CIS citizens motivated by availability to high-tech care, competitive prices, highly qualified specialists, and minimal visa restrictions. Key expectations included cultural adaptation, process transparency, and comfort, while decision-making pathways were affected by the price-quality ratio and the reputation of healthcare organizations.

Conclusion. Understanding patient's values lowers reputational risks and fosters a sense of security, which is one of the key criteria for selecting healthcare organizations in the global market. Therefore, the sociological profile is the foundation for patient trust.

Keywords: international patients, medical tourism, behavioral model, sociocultural characteristics, export of medical services

For citation: Bryantseva E.P. Sociological Profile and Behavioral Models of International Patients in Russia: Motivation, Expectations, and Decision-Making Pathways. In: Current Problems in Science [Internet]: Collected Postgraduate Students' Scientific Papers from the Annual Scientific and Practical Conference. Moscow, 14 March 2026. 2026...

For correspondence: Ekaterina P. Bryantseva, postgraduate student, e-mail: kovalena_84@list.ru

Conflict of interests. The author declares that there is no conflict of interest.

Funding. The work was carried out within the framework of a state assignment to the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Введение. Медицинский туризм представляет собой динамично развивающийся сегмент глобальной экономики здравоохранения. В Российской Федерации современный этап масштабирования рынка стартовал в 2019 году с внедрения федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» в рамках национального проекта «Здравоохранение», ставя целью увеличение объема экспорта до 1 млрд долларов США к 2024 году за счет формирования экспортноориентированного сектора здравоохранения. Проект усилил тренд медицинского туризма, фокусируясь на рынках СНГ, Азии, Ближнего Востока и Латинской Америки [1]. Российская Федерация демонстрирует уверенный рост въездного медицинского туризма за счет высококвалифицированных медицинских кадров, современного медицинского оборудования и протоколов лечения, развитой логистики и безвизового режима со многими странами мира [2]. Однако, несмотря на высокий потенциал России за счет ценового преимущества и конкурентоспособного качества медицинских услуг [3], страна сталкивается с диспропорцией между возможностями и фактическими результатами привлечения пациентов [3, 4]. Ключевой проблемой является недостаточная изученность мотивационных факторов и поведенческих детерминант иностранного пациента, его логики принятия решений, что является препятствием для эффективного привлечения пациентов в Россию [4]. Определяющим фактором успеха в экспорте медицинских услуг становится наличие социокультурных компетенций у персонала медицинских учреждений, позволяющих понять ценностные ориентации и традиции иностранного пациента [5]. Именно поэтому формирование социологического профиля пациента выступает необходимым этапом для разработки эффективных стратегий медицинского гостеприимства.

Основная часть. Социологический портрет иностранного пациента представляет собой комплексную характеристику, выходящую за рамки исключительно медицинской составляющей. Формирование целостного социологического профиля требует анализа таких элементов, как:

1. Ценностные ориентации, включающие семейные ценности, религиозные убеждения и культурные традиции, которые обуславливают поведенческие паттерны пациента.
2. Социально-экономический статус, характеризующий привычный уровень комфорта и определяющий ожидания пациента в отношении сервиса медицинской организации (скорость оказания медицинских услуг, персональное внимание, приватность).
3. Семейный уклад, определяющий распределение ролей в семье в контексте заботы о здоровье, принятия решений, финансовой ответственности за оплату медицинских услуг.

Социокультурная специфика поведенческих моделей

Поведенческие модели иностранного пациента в России обусловлены не только медицинскими потребностями, но и социокультурными особенностями, включающими религиозные

нормы, семейный уклад, коммуникационные предпочтения, что требует персонализированного подхода к сопровождению [6]. Фундаментальной основой поведенческой модели выступает совокупность проблем, с которыми сталкивается пациент в стране медицинского туризма. Ключевыми мотивами выступают: сложности постановки точного диагноза, отсутствие необходимого лечения в стране проживания, что побуждает к поиску решений за рубежом [2, 7, 8]. На критерии выбора медицинской организации иностранным пациентом влияют не только профессиональные компетенции врачей, но и социокультурные факторы, включая мультиязычную коммуникацию, особенности логистики [5, 6]. Особую значимость приобретает сопровождение пациента после завершения лечения, которое формирует позитивный опыт иностранного пациента, в результате чего постлечебное взаимодействие становится стратегическим активом медицинской организации на глобальном рынке [9].

Поведенческие паттерны поиска информации демонстрируют существенные различия в зависимости от региона проживания пациента. Так, пациенты из стран СНГ преимущественно полагаются на неформальные каналы коммуникации: рекомендации родственников, соотечественников, уже имеющих опыт лечения в России [10]. Такая модель поведения обусловлена высокой ролью межличностного доверия в культурах стран постсоветского пространства, где личный опыт имеет преимущество над институциональными источниками информации [6]. Пациенты из стран дальнего зарубежья (Китай, страны Ближнего Востока, Латинской Америки) отдают приоритет официальным каналам – сайтам медицинских учреждений, международным рейтингам, агрегаторам медицинского туризма, что отражает более персонализированную культуру принятия решений, основанную на верифицируемых данных и гарантиях [2, 11].

Факторы мотивации и критерии принятия решения

Мотивационно-поведенческие детерминанты выбора России в качестве направления для медицинского туризма обусловлены комплексом взаимодополняющих факторов. Доминирующим мотивом выступает возможность получить медицинскую услугу уровня Западной Европы или Израиля по более доступной стоимости. Исследования подтверждают, что воспринимаемая ценность услуги формируется через соотношение цены и качества [2, 7, 8, 12].

Одной из специфических категорий мотивации служит исчерпание возможностей или отсутствие эффекта от лечения в стране проживания. В этом контексте Россия позиционируется как направление с уникальными компетенциями, что побуждает пациентов преодолевать существенные логистические и культурные барьеры для доступа к ведущим специалистам [2, 3, 13, 14].

Культурные и исторические связи существенно влияют на выбор России в качестве дестинации, особенно для пациентов из стран постсоветского пространства, Ближнего Востока и ряда азиатских государств, которые воспринимают российское здравоохранение как заслуживающее доверия [10]. Тем не менее для пациентов из стран Дальнего Востока и Ближнего Востока ключевым фактором доверия являются доказательства компетенции, такие как международные сертификаты качества, рейтинги врачей, наличие куратора и переводчика [11].

Существенным мотивационным детерминантом принятия решения для ряда пациентов является потребность в комплексном сопровождении: от организации встречи до обеспечения размещения. Предоставление персонального куратора и переводчика позволяет минимизировать риски, связанные с отсутствием поддержки в незнакомой среде из-за языкового барьера, бюрократических процедур [5].

В целом доверие к медицинскому учреждению и ожидаемая эффективность лечения обеспечиваются качеством услуг, репутацией и квалификацией врачей. Привлекательность направления усиливают финансовая прозрачность, возможности страхового покрытия, комфорт проживания, языковая поддержка и безопасность в стране пребывания. Транспортная доступность, развитая инфраструктура, удаленное консультирование, в свою очередь, напрямую влияют на общую удовлетворенность пациентов и готовность рекомендовать выбранное направление [15].

Процесс принятия решения иностранным пациентом о получении медицинской услуги в России инициируется осознанием потребности в медицинской помощи и поиском вариантов решения проблемы, где доминирующую роль играет доверие к рекомендациям ближнего круга. Последующий сравнительный анализ между направлениями для медицинского туризма требует подтверждения экспертности (специализированные ресурсы, обсуждения в семье, отзывы). Подтверждение выбора осуществляется через непосредственную коммуникацию с координатором направления, в ходе которой актуализируется потребность во внимании к комфорту пациента. Завершающий этап обусловлен потребностью в долгосрочной поддержке и проявлении заботы со стороны медицинской организации. В таблице представлены соответствующие этапы и культурно-поведенческие паттерны.

Таблица. Структурно-этапная модель пути иностранного пациента в России

Этап	Состояние пациента	Культурно-поведенческие драйверы
Осознание потребности	Поиск вариантов решения проблемы	Доверие к рекомендациям (родственники, близкие, соотечественники)
Сравнение	Выбор медицинской дестинации	Сравнительный анализ (отзывы, обсуждения в семье)
Подтверждение выбора	Контакт с координатором	Потребность во внимании и уважении
Логистика	Обеспокоенность в незнакомой среде	Ожидание бытового и духовного комфорта
Сопровождение после лечения	Оценка результатов и рекомендации	Потребность в долгосрочной поддержке, проявлении заботы

Заключение. Социологический портрет иностранного пациента в России представляет собой комплексную характеристику, выходящую за рамки исключительно медицинской составляющей, и демонстрирует важность понимания его ценностей, социокультурные особенности и поведенческие паттерны. Установлено, что мотивационно-поведенческие детерминанты выбора России в качестве направления для медицинского туризма формируются под влиянием соотношения цены и качества, доступа к высокотехнологичной помощи и культурно-исторических связей. При этом путь пациента представляет собой управляемый процесс, поддающийся прогнозированию. Таким образом, интеграция понимания социологического профиля иностранного пациента создает условия для устойчивого экспорта медицинских услуг и укрепления позиций России на глобальном рынке медицинского туризма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Информация о реализации Федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» национального проекта «Здравоохранение» за период 2019–2024 годов [Электронный ресурс] // Министерство здравоохранения Российской Федерации: официальный сайт. Москва, 2019. URL: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/natsproektzdravoohranenie/medturizm> (дата обращения: 31.03.2026).
2. Петрова Г. Д. Медицинский туризм и экспорт медицинских услуг: Дайджест январь – сентябрь 2024 / Г. Д. Петрова, Е. В. Чернышев. – Москва: Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, 2024. – 98 с. – URL: <https://niioz.ru/upload/iblock/79f/fdwghy2bm7zoxi892rqwrc1qla6ddvo6.pdf> (дата обращения: 31.03.2026).
3. Нестерова С. И. Въездной медицинский туризм в России: барьеры развития и стратегии привлечения иностранных пациентов / С. И. Нестерова // Вестник Самарского муниципального института управления. – 2025. – № 2. – С. 36–51.
4. Проблемы экспорта медицинских услуг в России / Е. И. Аксенова, Г. Д. Петрова, Е. В. Чернышев, Н. Н. Юдина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № S2. – С. 1176–1179. – DOI 10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1176-1179.
5. Петрова Г. Д. Социально-культурные компетенции координатора по работе с иностранными пациентами / Г. Д. Петрова, Е. И. Аксенова // Здоровье мегаполиса. – 2022. – Т. 3, № 4. – С. 84–91. – DOI 10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i4;84-91.
6. Бахтин В. А. Этнокультурные аспекты совершенствования туристского сопровождения медицинского туризма / В. А. Бахтин // Социодинамика. – 2022. – № 12. – С. 1–10. – DOI 10.25136/2409-7144.2022.12.39331.
7. Ананченкова П. И. Мотивация и потребительские предпочтения в медицинском туризме / П. И. Ананченкова, М. М. Шегай // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 6. – С. 1236–1239. – DOI 10.32687/0869-866X-2022-30-6-1236-1239.
8. Gan T., Zheng J., Li W., Li J., Shen J. Health and Wellness Tourists' Motivation and Behavior Intention: The Role of Perceived Value. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb 28;20(5):4339. doi: 10.3390/ijerph20054339. PMID: 36901356; PMCID: PMC10001975.
9. Чернышев Е. В. Модель регионального ресурсного и организационного взаимодействия для развития экспорта медицинских услуг / Е. В. Чернышев, Г. Д. Петрова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2025. – Т. 69, № 4. – С. 322–329. – DOI 10.47470/0044-197X-2025-69-4-322-329.
10. Получение медицинских услуг на территории РФ гражданами стран СНГ: инсайты для развития экспорта медицинских услуг (на материале фокус-групповых интервью) / Е. И. Аксенова, И. В. Богдан, Р. Г. Гатаулин [и др.] // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2021. – Т. 76, № S5. – С. 581–589. – DOI 10.15690/vramn1633.
11. Международный опыт развития въездного медицинского туризма (экспорта медицинских услуг), включая определение потенциальных стран-доноров для Российской Федерации. Аналитический обзор / Н. Н. Юдина, М. С. Мельгунова, Е. В. Чернышев, Г. Д. Петрова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2020. – № 9–10. – С. 60–67. – DOI 10.26347/1607-2502202009-10060-067.

12. Мельникова А. А. Мотиваторы выбора иностранных пациентов как детерминанта развития въездного медицинского туризма в России / А. А. Мельникова, Ю. А. Мальцева // Весенние дни науки: сборник докладов, Екатеринбург, 22–24 апреля 2021 года / Министерство науки и высшего образования РФ; Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б. Н. Ельцина; Институт экономики и управления. – Екатеринбург: Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б. Н. Ельцина, 2021. – С. 1299-1303.
13. Khan M. J. et al. Push factors, risks, and types of visit intentions of international medical travelers–A conceptual model // International Journal of Healthcare Management. – 2017. – Т. 10. – №. 2. – С. 115-121.
14. IMARC Group. Russia Medical Tourism Market Size, Share, Trends and Forecast by Type, Treatment Type, and Region, 2026-2034 [Electronic resource]. 2024. URL: <https://www.imarcgroup.com/russia-medical-tourism-market> (дата обращения: 31.03.2026).
15. Çapar H., Aslan Ö. Factors affecting destination choice in medical tourism // International Journal of Travel Medicine and Global Health. 2020. Vol. 8, No. 2. P. 80–88. DOI: 10.34172/ijtmgh.2020.13. URL: https://www.ijtmgh.com/article_107965.html (дата обращения: 31.03.2026).

REFERENCES

1. Information on the implementation of the Federal Project “Development of Export of Medical Services” of the National Project “Healthcare” in 2019-2024 [Internet]. Ministry of Health of the Russian Federation. 2019 July 16 [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/natsproektzdravooхранenie/medturizm> (In Russ.)
2. Petrova G.D., Chernyshev E.V. Digest “Medical Tourism and Export of Medical Services”: Analytical Review [Internet]. Moscow: Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management; 2024 [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://niioz.ru/upload/iblock/79f/fdwghy2bm7zoxi892rqwrc1qla6ddvo6.pdf> (In Russ.)
3. Nesterova S.I. Inbound Medical Tourism in Russia: Development Barriers and Strategies for Attracting Foreign Patients. Bull Samara Munic Inst Manag. 2025;(2):36-51. (In Russ.)
4. Aksenova E.I., Petrova G.D., Chernyshev E.V., et al. Problems of medical services export in Russia. Problems of social hygiene, healthcare and history of medicine. 2020;28(Special Issue):1176-1179. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1176-1179 (In Russ.)
5. Petrova G.D., Aksenova E.I. Socio-cultural competencies of the coordinator for work with foreign patients. City Healthcare. 2022;3(4):84-91. doi: 10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i4;84-91 (In Russ.)
6. Bakhtin V.A. Ethnocultural Aspects of Improving the Tourist Support of Medical Tourism. Sociodynamics. 2022;(12):1-10. doi: 10.25136/2409-7144.2022.12.39331 (In Russ.)
7. Ananchenkova P.I., Shegai M.M. The motivation and consumer pREFERENCES in medical tourism. Problems of social hygiene, health care and history of medicine. 2022;30(6):1236-1239. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-6-1236-1239 (In Russ.)
8. Gan T., Zheng J., Li W. et al. Health and Wellness Tourists’ Motivation and Behavior Intention: The Role of Perceived Value. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(5):4339. doi: 10.3390/ijerph20054339
9. Chernyshev E.V., Petrova G.D. A model of regional resource and managerial interaction for the development of export of medical services. Healthcare of the Russian Federation. 2025;69(4):322-329. doi: 10.47470/0044-197X-2025-69-4-322-329 (In Russ.)

10. Aksenova E.I., Bogdan I.V., Gataulin R.G. et al. Study of Citizens of CIS Countries Receiving Medical Services on the Territory of the Russian Federation: Insights for Development of the Export of Medical Services (Based on Material of Focus Group Interviews). *Annals of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2021;76(S5):581-589. doi: 10.15690/vramn1633 (In Russ.)
11. Yudina N.N., Melgunova M.S., Chernyshev E.V. et al. Review of international practices of inbound medical tourism development (export of medical services) with the survey of potential donor countries for Russia. *Health Care Standardization Problems*. 2020;(9-10):60-67. doi: 10.26347/1607-2502202009-10060-067 (In Russ.)
12. Melnikova A.A., Maltseva Yu.A. Motivators for Choosing Foreign Patients as A Determinant of The Development of Inbound Medical Tourism in Russia [Internet]. In: *Spring Research Days*. Yekaterinburg; 2021. p. 1299-1303. (In Russ.)
13. Khan M.J., Chelliah S., Haron M.S. et al. Push factors, risks, and types of visit intentions of international medical travelers – A conceptual model. *International Journal of Healthcare Management*. 2017;10(2):115-121. doi: 10.1080/20479700.2017.1304345
14. IMARC Group. Russia Medical Tourism Market Size, Share, Trends and Forecast by Type, Treatment Type, and Region, 2026-2034 [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://www.imarcgroup.com/russia-medical-tourism-market>
15. Çapar H., Aslan Ö. Factors affecting destination choice in medical tourism. *Int J Travel Med Glob Health*. 2020;8(2):80-88. [cited 2026 Jun 4]. Available from: https://www.ijtmgh.com/article_107965.html. doi:10.34172/ijtmgh.2020.13.

Информация об авторе:

Брянцева Екатерина Павловна – аспирант 1 года обучения ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва, Российская Федерация; e-mail: kovalena_84@list.ru; ORCID: 0009-0005-1191-8946.

Author information:

Ekaterina P. Bryantseva – first-year postgraduate student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russian Federation; e-mail: kovalena_84@list.ru; ORCID: 0009-0005-1191-8946.

УПРАВЛЕНИЕ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТЬЮ РОССИЙСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА НА ГЛОБАЛЬНОМ РЫНКЕ: ФИЛОСОФИЯ «МЯГКОЙ СИЛЫ» И ЭКОНОМИЧЕСКОГО СУВЕРЕНИТЕТА

Дановская Г. А.

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Аннотация

Актуальность исследования. В условиях динамично развивающегося мирового рынка медицинского туризма Россия активно интегрируется в процессы международного сотрудничества, стремясь повысить свою привлекательность для иностранных пациентов. Рост спроса на медицинские услуги и появление новых игроков на международной арене требуют выработки эффективной стратегии управления конкурентоспособностью отечественного сектора. Именно такая стратегия позволит реализовать потенциал отечественной системы здравоохранения, укрепить экономический суверенитет и увеличить вклад медицинского туризма в экономику страны.

Согласно исследованию консалтинговой компании Market Research Intellect, глобальный рынок медицинского туризма демонстрировал стабильный рост начиная с 2024 года и оценивается в 144,5 миллиардов долларов. К 2033 году ожидается увеличение объема рынка до 704,8 миллиардов долларов, демонстрируя среднегодовую динамику роста около 12%. Это свидетельствует о значительных возможностях для расширения присутствия России на международном уровне.

Отечественный рынок пока существенно уступает мировым лидерам. Так, в 2024 году российские клиники получили доход от иностранного медицинского туризма лишь в размере 1 миллиарда долларов, что эквивалентно примерно 0,01% от общего объема глобального рынка. Однако эта цифра отражает значительный потенциал для дальнейшего роста и интеграции России в мировое пространство медицинского туризма

Цель исследования. Целью данного исследования является анализ конкурентоспособности российского медицинского туризма на мировом рынке.

Материалы и методы. Проведен комплексный анализ научной литературы, результаты международно научно-практических конференций, современные экспертные заключения в области медицинского туризма в России: актуальные тренды и перспективы, а также данные социологических исследований.

Результаты. Выявлены и структурированы ключевые аспекты повышения конкурентоспособности российского медицинского туризма:

- Повышение осведомленности иностранных пациентов о возможностях российских клиник.
- Улучшение инфраструктуры и продвижение брендов российских медицинских учреждений.
- Формирование целостной системы законодательного регулирования и стимулирования развития отрасли.
- Российская Федерация располагает всеми необходимыми ресурсами для превращения медицинского туризма в одну из главных статей дохода национальной экономики, существенно повышая её устойчивость и безопасность.

Заключение. Российский медицинский туризм находится на пути становления значимой составляющей мирового рынка. Основываясь на концепции «мягкой силы» и обеспечив высокие стандарты медицинских услуг, Россия сможет успешно конкурировать с ведущими мировыми центрами медицинского туризма.

Ключевые слова: медицинский туризм, конкурентоспособность, Российская Федерация, медицинские услуги, «мягкая сила», иностранные пациенты.

Для цитирования: Дановская Г. А. Управление конкурентоспособностью российского медицинского туризма на глобальном рынке: философия «мягкой силы» и экономического суверенитета // **Современные проблемы науки** [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции, Москва, 14 марта 2026 года. – 2026...

Для корреспонденции: Дановская Галина Анатольевна, аспирант, e-mail: galya.ufs@yandex.ru

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена в рамках Государственного задания в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

MANAGING THE COMPETITIVENESS OF RUSSIAN MEDICAL TOURISM IN THE GLOBAL MARKET: THE PHILOSOPHY OF SOFT POWER AND ECONOMIC SOVEREIGNTY

Danovskaya G.A.

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

Abstract

Relevance. As the global medical tourism market expands, Russia is actively integrating into international cooperation processes to increase its attractiveness to international patients. An efficient competitiveness management strategy must be developed for the Russian sector in the light of the growing demand for medical services and the emergence of new players on the international arena. The strategy will boost the Russian healthcare system, strengthen the country's economic sovereignty, and increase the economic contribution of medical tourism. The global medical tourism market has grown steadily since 2024 and is valued at \$144.5 billion, according to a study by the consulting company Market Research Intellect. The industry is predicted to increase at a compound annual growth rate of almost 12% to reach \$704.8 billion by 2033, offering significant opportunities for expanding Russia's global presence.

The Russian market currently lags significantly behind global leaders. In 2024, Russian clinics earned just \$1 billion, or roughly 0.01% of the global market, from medical tourism. However, this number shows a great potential for further growth and Russia's integration into the global medical tourism market.

Objective. To analyze the competitiveness of Russian medical tourism in the global market.

Materials and methods. The author analyzed scientific literature, the results of international scientific and practical conferences, sociological research data, and expert opinions on Russian medical tourism, including current trends and prospects.

Results. Key aspects of improving the competitiveness of medical tourism in Russia were identified and structured:

- Raising awareness among international patient about the Russian clinics' capabilities
- Enhancing the infrastructure and marketing of Russian clinics
- Establishing a comprehensive system of legal regulation and industry development incentives
- The Russian Federation has all the resources to transform medical tourism into a major source of income for the national economy, greatly strengthening the economic sustainability and security.

Conclusion. Russian medical tourism is expected to contribute significantly to the global market. Russia will be able to successfully compete with leading international medical tourism destinations by building on the concept of soft power and ensuring high standards of medical services.

Keywords: medical tourism, competitiveness, Russian Federation, medical services, soft power, international patients.

For citation: Danovskaya G.A. Managing the Competitiveness of Russian Medical Tourism in the Global Market: The Philosophy of Soft Power and Economic Sovereignty. In: Current Problems in Science [Internet]: Collected Postgraduate Students' Scientific Papers from the Annual Scientific and Practical Conference. Moscow, 14 March 2026. 2026...

For correspondence: Galina A. Danovskaya, postgraduate student, e-mail: galya.ufs@yandex.ru

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Funding. The work was carried out within the framework of a state assignment to the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Введение. Сегодняшняя реальность демонстрирует беспрецедентный рост интереса к российскому медицинскому туризму. Согласно исследованию аналитической группы BusinessStat, оборот внутреннего медицинского туризма вырос на 72% за период с 2020 по 2024 год [1]. Статистика показывает, что эта динамика сохранится и дальше, демонстрируя значительный потенциал сектора. Но какой путь предстоит пройти России, чтобы стать признанным лидером на мировом рынке медицинского туризма? Ключевая роль философии «мягкой силы».

Философия «мягкой силы» подразумевает способность привлекать партнёров и потребителей через свою привлекательность, доверительность и дружелюбие. Российские медицинские учреждения обладают высоким уровнем доверия среди населения, особенно в постсоветских республиках. Это создаёт уникальную возможность формирования международного бренда российской медицины, способного вызывать положительные ассоциации даже вне политических разногласий.

Целью исследования является анализ позиционирования России через призму «мягкой силы» – улучшения международного имиджа через качественную медицину. Исследуется, как экспорт медицинских услуг укрепляет экономический суверенитет, снижая зависимость от сырьевого экспорта. Предлагаются стратегии интеграции российского здравоохранения в глобальную экономику знаний.

Основная часть. В настоящее время около 87% иностранных медицинских туристов составляют граждане стран СНГ, подчеркивая значимость интеграции в евразийский медицинский кластер [2]. Именно ориентация на укрепление связей с этими странами и развитие общего пространства медицинского сотрудничества создают мощный импульс для дальнейшего роста привлекательности российского медицинского туризма.

Анализ конкурентоспособности российского медицинского туризма

Текущие достижения и недостатки:

Российский рынок медицинского туризма демонстрирует стабильный ежегодный прирост на уровне 15%, однако вклад в ВВП остаётся незначительным – менее 0,01%. Это свидетельствует о недооценённости потенциала индустрии [2].

Одним из ключевых факторов, влияющих на конкурентоспособность российских клиник, являются международные стандарты аккредитации. Несмотря на значительное улучшение уровня подготовки врачей и оснащённости больниц современным оборудованием, лишь небольшая часть медицинских учреждений соответствует международным требованиям. Так, сертифицированы международной комиссией Joint Commission International (JCI) всего 10 российских клиник, что значительно снижает уровень притяжения иностранных пациентов [2].

Отсутствие специализированных сервисов и качественной рекламы также негативно сказывается на привлечении клиентов. Многие российские клиники пока недостаточно активно работают на международных площадках, что препятствует формированию положительного образа российского здравоохранения за рубежом.

Однако у российского медицинского туризма есть ряд преимуществ, позволяющих уверенно занять лидирующие позиции на мировом рынке:

- Высокий профессионализм врачей, подтвержденный научными публикациями и международными конференциями;
- Использование новейших технологий и оборудования, сопоставимых с западными аналогами;
- Низкая стоимость услуг относительно западных стран;
- Уникальные природные условия и климат для реабилитации и оздоровления.
- Таким образом, российская медицина обладает значительным потенциалом для выхода на ведущие мировые рынки медицинского туризма.

Философия управления конкурентоспособностью [2–7]

Российская медицина нуждается в формировании национальной концепции развития медицинского туризма, ориентированной на усиление экспортного потенциала и улучшение качества предоставляемых услуг. В частности, требуются усилия по повышению узнаваемости российских брендов на международном рынке, увеличению числа медицинских центров с международными сертификатами и формированию специализированной инфраструктуры для приема иностранных пациентов.

Для успешного позиционирования российского медицинского туризма на глобальном рынке необходимо учитывать философию «мягкой силы», базирующейся на трёх принципах:

1. Повышение прозрачности и открытости: клиники должны активнее интегрироваться в мировое медицинское сообщество, участвуя в международных выставках, форумах и конференциях;
2. Разработка бренд-стратегии: необходимо создавать узнаваемые бренды российских медицинских центров, формирующие положительное восприятие российского здравоохранения в глазах потенциальных пациентов;
3. Обеспечение высокого качества услуг: важно гарантировать соответствие международным стандартам, повысить квалификацию сотрудников и улучшать инфраструктуру клиник [2–7].

Эти принципы позволяют сформировать образ России как надежного партнера в области медицинского туризма, обладающего высокими профессиональными качествами и привлекательным предложением для иностранных пациентов.

Экономический суверенитет и медицинская независимость

Экономический суверенитет предполагает самостоятельность государства в принятии решений, касающихся его ресурсов и финансов. Медицинская независимость подразумевает способность обеспечивать собственное население качественными услугами здравоохранения без опоры на внешние источники.

Стратегическое управление медицинским туризмом позволяет России укреплять обе эти сферы одновременно. Во-первых, привлечение иностранного капитала и повышение доходов бюджета способствуют укреплению экономических позиций страны. Во-вторых, расширение

спектра предоставляемых медицинских услуг улучшает доступность качественного здравоохранения внутри страны, снижая нагрузку на бюджетные средства.

Особенно важно отметить направление регионального развития медицинского туризма. Регионы-лидеры, такие как Москва и Санкт-Петербург, привлекают значительную долю внутренних и иностранных пациентов благодаря высококлассным клиникам и специализированным центрам. Однако другие регионы, обладающие уникальными возможностями (например, Кавказ и Алтайский край), тоже начинают развиваться, предлагая уникальные виды медицинского туризма, такие как спа-процедуры и физиотерапевтические методы восстановления здоровья.

Таким образом, экономический суверенитет тесно переплетается с качеством и доступностью медицинских услуг, создавая благоприятные условия для устойчивого развития российского медицинского туризма.

Заключение. Подводя итоги, мы видим, что российский медицинский туризм находится на пути становления значимой составляющей мирового рынка. Основываясь на концепции «мягкой силы» и обеспечив высокие стандарты медицинских услуг, Россия сможет успешно конкурировать с ведущими мировыми центрами медицинского туризма.

Ключевыми аспектами повышения конкурентоспособности российского медицинского туризма станут:

1. Повышение осведомленности иностранных пациентов о возможностях российских клиник;
2. Улучшение инфраструктуры и продвижение брендов российских медицинских учреждений;
3. Формирование целостной системы законодательного регулирования и стимулирования развития отрасли.

Российская Федерация располагает всеми необходимыми ресурсами для превращения медицинского туризма в одну из главных статей дохода национальной экономики, существенно повышая её устойчивость и безопасность.

Конкурентные преимущества

Одним из главных аспектов является позиционирование российского медицинского туризма как варианта, сочетающего высокое качество лечения с доступной стоимостью услуг. Важнейшими факторами успеха являются специализация российских клиник на направлениях, востребованных иностранным спросом (например, онкология, кардиохирургия, пластическая хирургия и другие узкопрофильные направления), а также расширение спектра диагностических и профилактических процедур.

Онлайн-стратегии

Эффективное продвижение медицинских услуг требует грамотного подхода к цифровизации. Многие иностранные пациенты предпочитают выбирать медицинские центры, основываясь на отзывах и рекомендациях в сети Интернет. Поэтому клиникам важно инвестировать в качественное онлайн-присутствие, включающее создание англоязычных веб-сайтов, использование инструментов цифрового маркетинга и проведение кампаний по привлечению внимания потенциальных клиентов через социальные сети и специализированные агрегаторы отзывов.

Медицинский туризм является важным инструментом укрепления экономического суверенитета России, способствуя притоку инвестиций и укреплению положительного образа страны за рубежом. Эффективное управление конкурентоспособностью должно включать разработку стратегических инициатив, направленных на преодоление существующих препятствий и интеграцию российских клиник в глобальные рынки. Используя философию мягкой силы и современ-

ные инструменты экономического планирования, Россия сможет занять достойное место на мировом рынке медицинского туризма и обеспечить себе надежный источник доходов на долгие годы вперед.

ЛИТЕРАТУРА

1. Medikal Russia. Анализ рынка медицинского туризма в России в 2020–2024 годах, прогноз на 2026–2030 годы / BusinesStat. Демоверсия анализа. Дата публикации: апрель 2025 г. URL: <https://marketing.rbc.ru/research/52079/> (дата обращения: 22.04.2026).
2. Шаронова К. И. Тенденции развития медицинского туризма в России / К. И. Шаронова, А. В. Мантрова // Современные тенденции и перспективы развития туризма в России: безопасность, транспортная логистика, сервис: Материалы XXI Международной научно-практической конференции, Омск, 10–11 октября 2024 года. – Омск: Омский государственный технический университет, 2024. – С. 35-40.
3. Тенденции развития медицинского туризма в России 2025–2026 // med-edu.org. Статья опубликована 21 мая 2025 г. URL: <https://med-edu.org/medocal-tourism-development-track-2025/> (дата обращения: 22.04.2026).
4. Медицинский туризм 2025: эффективные стратегии онлайн-продвижения и SEO для клиник // belberry.net. Статья размещена 28 августа 2025 г. URL: <https://belberry.net/blog/meditsinskiy-turizm-2025-effektivnye-strategii-onlayn-prodvizheniya-i-seo-dlya-klinik/> (дата обращения: 12.05.2026).
5. Медицинский туризм в России: актуальные тренды и перспективы // sber.pro. Материал опубликован 23 ноября 2024 г. URL: <https://sber.pro/publication/meditsinskii-turizm-v-rossii-kak-on-razvivaetsya-i-chto-ego-zhdyot/> (дата обращения: 22.04.2026).
6. Медицинский туризм в России: актуальные тренды и перспективы // sber.pro. Материал опубликован 25 июля 2025 г. URL: <https://sber.pro/publication/meditsinskii-turizm-v-rossii-kak-on-razvivaetsya-i-chto-ego-zhdyot/> (дата обращения: 22.04.2026).
7. Global Medical Tourism Services Market Report by Market Research Intellect. Опубликовано в январе 2025 г. URL: <https://www.marketresearchintellect.com/ru/product/global-medical-tourism-services-market/> (дата обращения: 22.06.2026).
8. Функциональное описание концептуальной модели управления медицинского туризма Российской Федерации // medical-russia.ru. Авторская статья. Дата размещения: июнь 2022 г. URL: <https://medical-russia.ru/funkczionalnoe-opisanie-konceptualnoj-modeli-upravleniya-mediczinskogo-turizma-rossijskoj-federaczii/> (дата обращения: 22.04.2026).

REFERENCES

1. BusinesStat. Analysis of the Medical Tourism Market in Russia in 2020-2024, Forecast for 2026-2030 [Internet]. Demo version of the analysis. Medikal Russia; 2025 Apr [cited 2026 Apr 22]. Available from: <https://marketing.rbc.ru/research/52079/>
2. Sharonova KI, Mantrova AV. Trends in the Development of Medical Tourism in Russia. In: Current Trends and Prospects for Tourism Development in Russia: Safety, Transport Logistics, Service. Proceedings of the XXII International Scientific and Practical Conference. Omsk; 2024. p. 35-40. (In Russ.)

3. Trends in the Development of Medical Tourism in Russia in 2025-2026 Association of Medical and Academic Tourism [Internet]. 2025 May 21 [cited 2026 Apr 22]. Available from: <https://med-edu.org/medocal-tourism-development-track-2025/> (In Russ.)
4. Medical Tourism 2025: Effective Online Promotion and SEO Strategies for Clinics [Internet]. Belberry. 2025 Aug 28 [cited 2026 May 12]. Available from: <https://belberry.net/blog/meditsinskiy-turizm-2025-effektivnye-strategii-onlayn-prodvizheniya-i-seo-dlya-klinik/> (In Russ.)
5. Medical tourism in Russia: current trends and prospects // sber.pro. The material was published on November 23, 2024. URL: <https://sber.pro/publication/meditsinskii-turizm-v-rossii-kak-on-razvivaetsya-i-chto-ego-zhdyot/> (date of access 22.04.2026). (In Russ.)
6. Medical Tourism in Russia: How It Is Developing and What Awaits It [Internet]. Sber Pro. 2025 July 25 [cited 2026 Apr 22]. Available from: <https://sber.pro/publication/meditsinskii-turizm-v-rossii-kak-on-razvivaetsya-i-chto-ego-zhdyot/> (In Russ.)
7. Market Research Intellect. Prospects of Medical Tourism Market: Product Share, Applications, and Geography Analysis 2025 [Internet]. 2025 Jan [cited 2026 Apr 22]. Available from: <https://www.marketresearchintellect.com/ru/product/global-medical-tourism-services-market/>
8. Functional Overview of the Conceptual Model for Medical Tourism Management in the Russian Federation [Internet]. Association of Medical Tourism and Export of Medical Services. 2022 June 17 [cited 2026 Apr 22]. Available from: <https://medical-russia.ru/funkczionalnoe-opisanie-konceptualnoj-modeli-upravleniya-mediczinskogo-turizma-rossijskoj-federaczii/> (In Russ.)

Информация об авторе:

Дановская Галина Анатольевна – аспирант 1 года обучения, ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва, Российская Федерация; e-mail: galya.ufs@yandex.ru; ORCID: 0009-0001-2956-0218.

Author information:

Galina A. Danovskaya – first-year postgraduate student, Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russian Federation; e-mail: galya.ufs@yandex.ru; ORCID: 0009-0001-2956-0218

МОСКВА КАК ДРАЙВЕР И ТРАНСЛЯТОР ИННОВАЦИЙ В СИСТЕМЕ ВНУТРЕННЕГО МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА РОССИИ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ПРАКТИКА ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ

Исакова Д. А.

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Аннотация

Актуальность исследования обусловлена ростом значения внутреннего медицинского туризма в условиях значительных различий в уровне доступности и качества медицинской помощи между регионами Российской Федерации и усилением роли цифровых технологий в трансформации медицинских процессов. Москва выступает в качестве ключевого центра генерации и распространения инноваций, включая технологии искусственного интеллекта, телемедицины и цифровых платформ.

Цель исследования – обосновать роль Москвы как драйвера инноваций в системе внутреннего медицинского туризма на основе современных теоретических подходов (диффузия инноваций, теория конкурентных преимуществ, цифровая зрелость), а также проанализировать механизмы их трансляции в регионы.

Материалы и методы. Применены методы системного анализа, сравнительного анализа, а также концептуальное моделирование. Теоретическую основу составили теория диффузии инноваций, модель конкурентных преимуществ территорий и концепция цифровой зрелости здравоохранения.

Результаты. Определено, что Москва выступает в роли инновационного хаба, формирующего устойчивый поток медицинского туризма за счет концентрации ресурсов и высокой цифровой зрелости. На примере ЕМИАС показана роль цифровых платформ как ключевого механизма масштабирования инноваций. Выявлены барьеры диффузии инноваций в регионы и предложены направления их преодоления.

Заключение. Устойчивое развитие внутреннего медицинского туризма требует перехода от внедрения отдельных технологий к системному управлению диффузией инноваций на национальном уровне.

Ключевые слова: медицинский туризм, диффузия инноваций, цифровая зрелость, ЕМИАС, искусственный интеллект, телемедицина, конкурентные преимущества.

Для цитирования: Исакова Д. А. Москва как драйвер и транслятор инноваций в системе внутреннего медицинского туризма России: теоретические основы и практика цифровой трансформации // **Современные проблемы науки** [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции, Москва, 14 марта 2026 года. – 2026...

Для корреспонденции: Исакова Дарья Александровна, аспирант, e-mail: 23042012@mail.ru

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена в рамках Государственного задания в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

MOSCOW AS A DRIVER AND TRANSLATOR OF INNOVATIONS IN RUSSIAN DOMESTIC MEDICAL TOURISM: THEORY AND PRACTICE OF DIGITAL TRANSFORMATION

Isakova D.A.

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

Abstract

Relevance. Domestic medical tourism gains importance in the Russian market while the country's regions experience substantial disparities in the availability and quality of care and digital technologies continue to transform clinical processes. Moscow is a major hub for the generation and dissemination of innovations, including artificial intelligence, telemedicine, and digital platforms.

Objective. To substantiate Moscow's role as a driver of innovation in Russian domestic medical tourism using up-to-date theoretical approaches (diffusion of innovations, competitive advantage theory, digital maturity), and to analyze the mechanisms for their regional translation.

Materials and methods. Methods of system analysis, comparative analysis, and conceptual modeling were used. Diffusion of innovations, competitive advantage theory, digital maturity in healthcare provided the theoretical framework.

Results. It was found that Moscow serves as an innovation hub, generating a sustainable flow of medical tourism due to its high level of resource concentration and digital maturity. The Unified Medical Information and Analytical System (EMIAS) was used to illustrate how digital platforms play crucial role in scaling innovations. Barriers to innovation diffusion in the Russian regions were identified, and solutions for overcoming them were suggested.

Conclusion. A shift from the implementation of standalone technologies to the systematic management of innovation diffusion at the national level is required for the sustainable development of domestic medical tourism.

Keywords: medical tourism, diffusion of innovations, digital maturity, EMIAS, artificial intelligence, telemedicine, competitive advantage

For citation: Isakova D.A. Moscow as a Driver and Translator of Innovations in Russian Domestic Medical Tourism: Theory and Practice of Digital Transformation. In: Current Problems in Science [Internet]: Collected Postgraduate Students' Scientific Papers from the Annual Scientific and Practical Conference. Moscow, 14 March 2026. 2026...

For correspondence: Darya A. Isakova, postgraduate student, e-mail: 23042012@mail.ru

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Funding. The work was carried out within the framework of a state assignment to the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Введение. В условиях глобализации и цифровой трансформации здравоохранения медицинский туризм становится важным элементом национальных систем здравоохранения и экономики. Если ранее он преимущественно рассматривался как трансграничное явление, то в странах с высокой территориальной дифференциацией усиливается значение внутреннего медицинского туризма [1].

Российская Федерация характеризуется выраженными межрегиональными различиями в уровне развития медицинской инфраструктуры и доступности высокотехнологичной медицинской помощи, что приводит к концентрации высокотехнологичных ресурсов в крупнейших агломерациях, прежде всего в Москве [2].

Современные исследования подчеркивают, что развитие медицинского туризма определяется не только доступностью медицинских услуг, но и уровнем цифровизации системы здравоохранения, который влияет на маршрутизацию пациентов и доступ к экспертным знаниям [3, 4]. В этой связи Москва может рассматриваться как инновационный центр, формирующий новые организационные модели медицинской помощи и транслирующий их в регионы.

Несмотря на высокую актуальность темы, в научной литературе недостаточно раскрыты механизмы практической трансляции цифровых инноваций из ведущих регионов в менее развитые территории, что определяет необходимость данного исследования.

Теория диффузии инноваций

Согласно теории диффузии инноваций [5], распространение новых технологий происходит через последовательные стадии: внедрение, адаптация, масштабирование и институционализация. Важную роль играют так называемые «лидеры мнений» и инновационные центры, которые выступают источниками распространения практик.

Москва в данном контексте выступает в роли «раннего новатора», обеспечивая апробацию и первичное внедрение цифровых технологий в здравоохранении.

Ключевыми факторами успешной диффузии являются:

- относительное преимущество технологии;
- совместимость с существующей системой;
- сложность внедрения;
- наблюдаемость результатов.

В условиях России данные параметры существенно варьируются между регионами, что объясняет неравномерность распространения инноваций.

Теория конкурентных преимуществ

С точки зрения теории конкурентных преимуществ конкурентоспособность территории определяется совокупностью факторов [6]:

- ресурсной базы;
- уровня инфраструктуры;
- институциональной среды;
- инновационного потенциала.

Москва обладает выраженным конкурентным преимуществом за счет:

- концентрации человеческого капитала;
- развитой медицинской инфраструктуры;
- высокого уровня инвестиций в цифровизацию;
- наличия научных школ и исследовательских центров.

Это позволяет формировать устойчивые конкурентные позиции в сфере медицинского туризма и выступать центром притяжения пациентов из регионов.

Концепция цифровой зрелости

Цифровая зрелость системы здравоохранения определяется степенью интеграции цифровых технологий в клинические, управленческие и организационные процессы [5, 6]. Согласно международным подходам, она включает как уровень цифровой инфраструктуры, так и использование данных для принятия решений и обязательно готовность персонала к цифровым изменениям [7, 8, 9].

Москва демонстрирует высокий уровень цифровой зрелости, что создает предпосылки для формирования инновационных моделей медицинского туризма.

Основная часть. 1. Москва как центр внутреннего медицинского туризма

Москва выполняет функцию ключевого медицинского хаба России, аккумулируя значительную часть высокотехнологичных медицинских ресурсов. Основные направления притяжения пациентов сконцентрированы на: онкологии, кардиологии и лучевой диагностике [10, 11]. Формирование внутреннего медицинского туризма обусловлено как неравномерностью распределения медицинской инфраструктуры, так и высоким спросом на экспертную диагностику в столице.

Таким образом, Москва формирует устойчивый поток пациентов, что соответствует модели «центра притяжения» в теории пространственного развития.

2. Цифровая трансформация как фактор развития медицинского туризма

Современные цифровые и организационные инновации в здравоохранении Москвы представлены в таблице. В последние годы в системе здравоохранения Москвы реализован ряд цифровых и организационных инноваций, формирующих основу для развития медицинского туризма и повышения доступности медицинской помощи.

Таблица. Современные цифровые и организационные инновации в здравоохранении Москвы

Инновация	Краткое описание	Эффект	Возможность тиражирования в регионы
ЕМИАС	Единая цифровая платформа управления здравоохранением	Интеграция данных, маршрутизация пациентов	Высокая (при наличии инфраструктуры)
МосМедИИ	Платформа ИИ-сервисов для лучевой диагностики	Ускорение диагностики, снижение нагрузки	Средняя (требует ИТ и данных)
Телемедицина	Дистанционные консультации и мониторинг	Повышение доступности помощи	Высокая
Электронная медкарта	Доступ пациента к данным	Прозрачность и вовлеченность пациента	Высокая
Центры компетенций (НИИОЗММ)	Методическая и образовательная поддержка	Распространение знаний	Высокая
Цифровая запись и маршрутизация	Онлайн-запись, управление потоками	Снижение очередей	Высокая
Сервисы поддержки врачебных решений	Аналитика и ИИ	Повышение качества диагностики	Средняя

Представленные решения демонстрируют переход от внедрения отдельных цифровых инструментов к формированию комплексной цифровой экосистемы здравоохранения. При этом наибольший потенциал тиражирования в регионы имеют платформенные и организационные решения, не требующие значительных капитальных вложений, в отличие от ИИ-сервисов, зависящих от наличия данных и вычислительных мощностей.

Цифровые технологии играют ключевую роль в трансформации медицинского туризма, изменяя традиционные модели взаимодействия пациента и системы здравоохранения.

Особое значение в цифровой трансформации здравоохранения приобретает внедрение технологий искусственного интеллекта (ИИ), прежде всего в лучевой диагностике, где растут объемы данных и требования к скорости принятия решений. Радиология стала одной из первых областей, продемонстрировавших практическую эффективность и масштабируемость ИИ [10, 11].

Показательным примером является эксперимент Правительства Москвы по применению компьютерного зрения, реализуемый в рамках платформы «МосМедИИ» и интегрированный в ЕМИАС. Проект направлен на внедрение ИИ в рутинный анализ медицинских изображений (КТ, МРТ, маммография, рентгенография) и соответствует глобальному тренду перехода от пилотных решений к масштабируемым цифровым моделям здравоохранения, обозначенному World Health Organization и Organisation for Economic Co-operation and Development [8–12].

По данным ДЗМ и mosmed.ai, к системе подключено более 50 ИИ-сервисов, обработаны десятки миллионов исследований, а технологии применяются более чем по 20 клиническим на-

правлениям. Это свидетельствует о переходе к промышленному использованию ИИ и формировании мультидисциплинарной цифровой экосистемы поддержки врачебных решений.

С теоретической точки зрения данный кейс подтверждает положения теории диффузии инноваций: ИИ обладает явными преимуществами (ускорение диагностики, снижение нагрузки), высокой наблюдаемостью результатов и возможностью масштабирования, а его интеграция с существующими системами существенно снижает барьеры внедрения.

3. Кейс ЕМИАС как основа цифровой инфраструктуры

Важно отметить, что рассматриваемые в статье цифровые решения реализуются преимущественно в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы. Федеральные медицинские центры Минздрава России, как правило, функционируют в иной цифровой инфраструктуре и не интегрированы в ЕМИАС, что необходимо учитывать при анализе масштабируемости данных решений.

Единая медицинская информационно-аналитическая система (ЕМИАС) является ключевым элементом цифровой трансформации здравоохранения Москвы. ЕМИАС обеспечивает интеграцию медицинских данных, управление потоками пациентов, цифровую запись на прием и доступ к медицинской информации.

С точки зрения теории цифровой зрелости ЕМИАС представляет собой платформенное решение, обеспечивающее горизонтальную интеграцию медицинских организаций и повышение прозрачности системы.

С позиции теории диффузии инноваций ЕМИАС выполняет роль «инфраструктурного инноватора», создавая основу для масштабирования других цифровых решений, включая телемедицину и искусственный интеллект.

В контексте медицинского туризма система позволяет:

- оптимизировать маршрутизацию пациентов;
- снижать административные барьеры;
- обеспечивать доступ к экспертным консультациям,

что может в дальнейшем сделать ЕМИАС одним из ключевых инструментов трансляции инноваций из Москвы в регионы.

4. Барьеры диффузии инноваций в регионы

Несмотря на наличие успешных практик, их распространение в регионы сталкивается с рядом ограничений.

- **Кадровый дефицит.** Недостаток специалистов снижает способность регионов к внедрению новых технологий.
- **Низкий уровень цифровой зрелости.** Отсутствие инфраструктуры и цифровых компетенций ограничивает использование инноваций.
- **Финансовые ограничения.** Недостаточное финансирование препятствует масштабированию решений.

- **Институциональные барьеры.** Организационная инерция и сопротивление изменениям замедляют внедрение технологий.

С точки зрения теории диффузии инноваций данные барьеры соответствуют факторам, снижающим скорость распространения инноваций.

5. Москва как транслятор инноваций

Москва выполняет функцию не только генерации, но и активной трансляции инноваций в системе здравоохранения России. Помимо развития цифровых платформ и телемедицинских сервисов, важную роль играют институциональные механизмы распространения знаний и лучших практик.

Значимый вклад в этот процесс вносит ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ», выступающий в качестве центра компетенций в области медицинского туризма и цифровой трансформации. Институт на регулярной основе организует международные научно-практические конференции с участием представителей систем здравоохранения различных стран (включая страны СНГ, Азии и Ближнего Востока), что обеспечивает трансфер зарубежного опыта и интеграцию российских специалистов в глобальную повестку развития здравоохранения.

Дополнительно важным инструментом трансляции знаний является деятельность экспертного клуба, функционирующего на базе института. В рамках данного формата осуществляется регулярная публикация и перевод материалов ведущих зарубежных специалистов по вопросам медицинского туризма, цифровизации и организации здравоохранения. Это позволяет обеспечивать доступ к актуальным международным практикам для широкой аудитории, включая специалистов из удалённых регионов России, и способствует выравниванию уровня профессиональных компетенций.

Таким образом, Москва формирует не только технологическую, но и образовательную инфраструктуру диффузии инноваций, обеспечивая распространение передовых знаний и практик в национальной системе здравоохранения [13, 14].

6. Перспективы развития

Раскрывая перспективность темы, необходимо указать, что дальнейшее развитие Москвы как драйвера внутреннего медицинского туризма лежит в плоскости перехода от «цифровизации процессов» к «цифровой архитектуре ценности». Перспективным направлением является формирование распределенной модели инноваций, где Москва сохраняет за собой функцию «центра компетенций», одновременно выступая транслятором протоколов взаимодействия для регионов.

Ключевыми векторами такой трансформации, дополняющими теоретическую базу исследования, выступают:

1. Создание «цифрового бесшовного пространства»: переход от точечной интеграции медицинских информационных систем (МИС) к унифицированной национальной платформе медицинского туризма, где Москва выступит эталонным разработчиком интерфейсов и стандартов кибербезопасности для обмена данными о пациентах.

2. Развитие предиктивной аналитики и ИИ: использование цифровых следов москвичей и иностранных пациентов для прогнозирования миграционных потоков с целью медицинской помощи.
3. Институционализация медицинского туризма как отрасли: внедрение модели «тройной спирали» (Государство – Бизнес (частные клиники) – Наука (медицинские вузы Москвы)) в плоскость цифровых регуляторных песочниц. Это позволит легализовать и масштабировать экспериментальные механизмы финансовых гарантий для туристов (цифровые эскроу-счета на лечение), логистических пакетов «билет+гостиница+полис» и телемедицинского сопровождения с участием региональных врачей, прошедших стажировку в московских центрах.

Заключение. Исследование подтвердило, что Москва выступает не просто центром притяжения, а системным интегратором внутреннего медицинского туризма. Благодаря цифровой трансформации (ЕМИАС, телемедицина, единые стандарты) столица превратилась из конечной точки маршрута в управляющий центр, задающий стандарты качества и доступности для всей страны.

Однако ключевым ограничением остается цифровой разрыв между Москвой и регионами. Перспективным выглядит переход от «цифровизации процессов» к созданию распределенной модели инноваций. Москва должна стать «оператором национальной медицинской сети», где ее роль смещается с локомотива, притягивающего пациентов, на транслятор технологий.

Таким образом, необходимо переосмысление роли Москвы: от локомотива, «вытягивающего» пациентов из регионов, к «оператору национальной медицинской сети». Теоретическая значимость дальнейших исследований будет состоять в обосновании модели, где конкурентное преимущество столицы формируется не столько за счет территориальной концентрации ресурсов, сколько за счет способности тиражировать свои цифровые компетенции и управленческие алгоритмы в региональные системы здравоохранения. Только при условии превращения Москвы в «фабрику инноваций» и транслятора технологического суверенитета в медицине внутренний медицинский туризм России сможет перейти от стадии компенсации оттока пациентов за рубеж к стадии стратегического импортозамещения медицинских услуг и интеграции национального здравоохранения в единое цифровое пространство.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петрова Г. Д. Медицинский туризм и экспорт медицинских услуг: Дайджест январь - май 2023 / Г. Д. Петрова, Е. В. Чернышев. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 2023. – 91 с.
2. Аксенова Е. И. Тренды развития медицинской науки / Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина // Московская медицина. – 2024. – № 4(62). – С. 4-11.
3. Владзимирский А. В. Телемедицина / А. В. Владзимирский, Г. С. Лебедев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 576 с.: ил. – (Серия «Библиотека врача-специалиста»).
4. Гусев А. В. Информатизация здравоохранения Российской Федерации: история и результаты развития / А. В. Гусев, А. В. Владзимирский, Н. А. Голубев, Т. В. Зарубина. – Москва: Национальное здравоохранение, 2021. – 13 с.

5. Rogers E. M. Diffusion of Innovations. – 5th ed. – New York: Free Press, 2003. – 576 p. – URL: <https://books.google.com/books?id=9U1K5LjUOWEC> (дата обращения: 24.03.2026).
6. Porter M. E. The Competitive Advantage of Nations // Harvard Business Review. – 1990. – Vol. 68(2). – P. 73–93. – URL: <https://hbr.org/1990/03/the-competitive-advantage-of-nations> (дата обращения: 24.03.2026).
7. В моменте: новые организационные технологии в развитии здравоохранения. Опыт разных стран мира – декабрь 2025 г.: дайджест / Е. Д. Карпова, И. С. Годовикова, В. С. Васильева [и др.]. – Москва: Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, 2025. – 33 с.
8. OECD Indicators. Health at a Glance – Paris, 2025. URL: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en/full-report/data-and-digital_fd9fbb54.html (дата обращения: 24.02.2026).
9. WHO. Global strategy on digital health 2020–2025. – Geneva, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924> (дата обращения: 24.02.2026).
10. Ливзан М. А., Лялюкова Е. А., Петросян В. Ю., Чернышева Е. Н. Скрининг злокачественных новообразований: состояние проблемы в России и мире. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2023;(3):5-16. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-211-3-5-16>
11. Васильев Ю. А. Внедрение медицинских изделий с технологиями искусственного интеллекта в лучевую диагностику. Часть 1. Сценарии и оценка эффективности: методические рекомендации № 38 / Ю. А. Васильев, А. В. Владзимирский, К. М. Арзамасов [и др.]. – Москва: ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ», 2025. – 36 с. – (Серия «Лучшие практики лучевой и инструментальной диагностики»; вып. 151).
12. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий: приказ от 11.04.2025 № 193н. – Текст: электронный // Контур.Норматив: [справочно-правовая система]. – URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=494868> (дата обращения: 12.05.2026).
13. Гусев А. В. Искусственный интеллект в медицине и здравоохранении / А. В. Гусев, С. Л. Добридюк. – Москва: Информационное общество. – 2017. – № 4-5. – С. 78-93 ://webiomed.ru/media/publications_files/iskusstvennyi-intellekt-v-meditsine-i-zdravookhranении.pdf
14. Арутюнова М. А. Новости московской медицинской науки – декабрь 2025: научный дайджест / М. А. Арутюнова, Е. А. Чернова. – Москва: Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, 2025. – 32 с.

REFERENCES

1. Petrova GD, Chernyshev EV. Digest “Medical Tourism and Export of Medical Services” (January–May 2023). Moscow: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management; 2025. (In Russ.)
2. Aksenova EI, Kamynina NN. Trends in the development of medical science. Moscow Medicine. 2024;4(62):4-11. (In Russ.)

3. Vladzimirsky AV. Telemedicine in the healthcare system of the Russian Federation. Moscow: GEOTAR-Media; 2020. (In Russ.)
4. Gusev A.V., Vladzimirskii A.V., Golubev N.A., et al. Informatization of healthcare in the Russian Federation: history and results of development. National Health Care (Russia). 2021;2(3):5-17. doi: 10.47093/2713-069X.2021.2.3.5-17 (In Russ.)
5. Rogers EM. Diffusion of innovations. 5th ed. New York: Free Press; 2003. [cited 2026 Mar 24]. Available from: <https://books.google.com/books?id=9U1K5LjUOwEC>
6. Porter ME. The Competitive Advantage of Nations. Harv Bus Rev [Internet]. [cited 2026 Mar 24]. Available from: <https://hbr.org/1990/03/the-competitive-advantage-of-nations>
7. Karpova ED, Godovikova IS, Vasilyeva VS., et al. Digest "In the Moment: New Organizational Technologies in Healthcare Development. International Experience". Moscow: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management; 2025. (In Russ.)
8. OECD indicators. Health at a glance Paris: OECD Publishing; 2025. [cited 2026 Feb 24]. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en/full-report/data-and-digital_fd9fbb54.html
9. WHO. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva: World Health Organization; 2020. [cited 2026 Feb 24]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>
10. Livzan MA, Lyalyukova EA, Petrosian VY, et al. Screening g of malignant neoplasms: the state of the problem in Russia and the world. Exp Clin Gastroenterol. 2023;211(3):5-16. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-211-3-5-16 (In Russ.)
11. Vasiliev YA, Vladzimirskyy AV, Arzamasov KM, et al. Implementation of Medical Devices with Artificial Intelligence in Diagnostic Imaging. Part 1: Scenarios and Efficiency Assessment: Methodological Guidelines No. 38. Moscow: Research and Practical Center for Diagnostics and Telemedicine Technologies; Series "Best Practices of Diagnostic and Interventional Radiology", 2025; 151. (In Russ.)
12. Ministry of Health of the Russian Federation Order No. 193n "On Approval of the Procedure for Organizing and Providing Medical Care Using Telemedicine Technologies" [Internet]. [cited 2026 May 12]. Available from: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=494868> (In Russ.)
13. Gusev AV, Dobridnyuk SL. Artificial Intelligence in Medicine and Healthcare. Inf Soc [Internet]. 2017;(4-5):78-93. [cited 2026 May 21]. Available from: https://webiomed.ru/media/publications_files/iskusstvennyi-intellekt-v-meditsine-i-zdravookhraneni.pdf (In Russ.)
14. Arutyunova MA, Chernova EA. Scientific Digest "News of Moscow Medical Science" (December 2025). Moscow: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management; 2025. (In Russ.)

Информация об авторе:

Исакова Дарья Александровна – аспирант 1 года обучения ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва, Российская Федерация; e-mail: 23042012@mail.ru; ORCID: 0009-0006-3536-9766.

Author information:

Daria A. Isakova – first-year postgraduate student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Department of Healthcare, 115088, Moscow, Russian Federation; e-mail: 23042012@mail.ru; ORCID: 0009-0006-3536-9766.

РАЗРАБОТКА ИНТЕГРИРОВАННОЙ МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНОСТРАННЫМ ПАЦИЕНТАМ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ МОСКВЫ

Караяниди Л. К.

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Аннотация

Статья посвящена обоснованию и разработке интегрированной модели оказания медицинской помощи иностранным пациентам в условиях многопрофильного стационара Московского региона. Анализируется специфика организационных, коммуникативных и клинических аспектов работы с зарубежными пациентами, рассматриваются барьеры в доступе к качественной медицинской помощи. Предлагается структурная модель, включающая координационный центр, мультидисциплинарные команды, переводческие сервисы и культурно-адаптированные протоколы ведения пациентов. Обосновывается необходимость интеграции цифровых технологий и стандартизации процессов для повышения эффективности и безопасности медицинской помощи иностранным гражданам в крупных многопрофильных стационарах.

Проведен комплексный анализ статистических данных туристического потока в столицу за 2024–2025 годы и отчеты федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг». Изучены локальные протоколы стационаров, находившихся в подчинении ДЗМ, практикующие комплексное оказание медицинской помощи иностранным пациентам. Проведены опросы врачей, принимающих участие в лечении граждан иностранных государств, и тщательная ретроспективная оценка отзывов пролеченных пациентов.

Цель исследования – создать системную, клиенториентированную модель, сочетающую международные протоколы, цифровую координацию и высокий сервис для пациентов из-за рубежа.

Материалы и методы. Работа выполнена на основе методов системного и сравнительного анализа, контент-анализа статистических данных туристического потока в столицу за 2024–2025 годы и отчеты федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг». Изучены локальные протоколы стационаров, находившихся в подчинении ДЗМ, практикующие о комплексное оказание медицинской помощи иностранным пациентам. Проведены опросы врачей, принимающих участие в лечении граждан иностранных государств, и тщательная ретроспективная оценка отзывов пролеченных пациентов.

Результаты. Ключевыми элементами созданной модели явились – координационный центр, мультидисциплинарные команды, цифровые инструменты непрерывного сопровождения и программы подготовки персонала к работе в межкультурной среде. Интеграция клинического, административного и культурно-коммуникативного контуров позволяет обеспечить бесшовное движение пациента по всем этапам госпитализации.

Выявлены и структурированы ключевые аспекты взаимодействия: религиозные практики (намаз, пост, диетические нормы), биоэтические дилеммы (гендерный принцип, репродуктивные технологии, вакцинация) и коммуникативные особенности. Для каждого аспекта предложены конкретные алгоритмы действий, позволяющие интегрировать культурный компонент в лечебный процесс. Подчеркнута роль открытого диалога и организационной гибкости в преодолении потенциальных конфликтов.

Заключение. Москва имеет потенциал стать мировым центром медицинского туризма, где клиническое мастерство сочетается с высококласным сервисом и человеческим подходом. Интегрированная модель улучшит качество и доступность медицинских услуг, повысит удовлетворённость пациентов и стимулирует развитие медицинского туризма и экономики Москвы. Внедрение комплекса рекомендаций для успешного интегрирования единой модели медицинской помощи иностранным пациентам в многопрофильном стационаре Москвы будет способствовать не только повышению качества помощи и удовлетворенности пациентов, но и укреплению позиций Москвы как центра, предоставляющего высокотехнологичную медицинскую помощь. Следующие шаги: масштабирование модели, создание единого центра координации и инвестиции в цифровую инфраструктуру.

Ключевые слова: интегрированная модель, иностранные пациенты, многопрофильный стационар, медицинский туризм, координация медицинской помощи, межкультурная коммуникация, цифровизация здравоохранения.

Для цитирования: Караяниди Л. К. Разработка интегрированной модели медицинской помощи иностранным пациентам в многопрофильном стационаре Москвы // **Современные проблемы науки** [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции, Москва, 14 марта 2026 года. – 2026...

Для корреспонденции: Караяниди Лира Константиновна, e-mail: doctorlira@mail.ru

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена в рамках Государственного задания в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

DEVELOPMENT OF AN INTEGRATED CARE MODEL FOR INTERNATIONAL PATIENTS IN A MOSCOW MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL

Karayanidi L.K.

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

Abstract

This article explores the rationale and development of an integrated care model for international patients at a Moscow multidisciplinary hospital. The study analyzes the specific organizational, communication, and clinical aspects of international patient services, and examines barriers to delivering high-quality care. The author developed a structural model involving a coordination center, multidisciplinary teams, translation services, and culturally appropriate patient management protocols. The study substantiated the need for integrating digital technologies and standardizing processes to improve the efficiency and safety of care for international patients at large multidisciplinary hospitals. A content analysis of statistics on tourist flow to Moscow in 2024-2025 and reports from the federal project "Development of Export of Medical Services" was performed. The local protocols of Moscow Health Department's hospitals providing comprehensive care for international patients were examined. Surveys of doctors who treated international patients and a thorough retrospective evaluation of patient feedback were conducted.

Objective. To create a systemic, customer-oriented model that combines international protocols, digital coordination, and high-quality services for international patients.

Materials and methods. The study was conducted using systemic and comparative analysis methods. A content analysis of statistics on tourist flow to Moscow in 2024-2025 and reports from the federal project "Development of Export of Medical Services." The local protocols of Moscow Health Department's hospitals providing comprehensive care for international patients were studied. Surveys of doctors who treated international patients and a thorough retrospective evaluation of patient feedback were conducted.

Results. The key elements of the developed model were a coordination center, multidisciplinary teams, digital tools for continuous support, and staff training programs for working in an intercultural environment. A seamless patient journey throughout the entire hospital stay was ensured by integrating clinical, administrative, and cultural and communicative components. Key aspects of interaction were identified and structured: religious practices (prayer, fasting, dietary rules), bioethical dilemmas (sex, reproductive technologies, vaccination), and communication characteristics. Specific action algorithms were suggested for each issue, allowing to incorporate cultural components into

the treatment process. The role of open dialogue and organizational flexibility in overcoming potential conflicts was emphasized.

Conclusion. Moscow has the potential to develop into a global hub for medical tourism, where clinical expertise combines with high-quality services and a personal touch. An integrated model will improve patient satisfaction and the quality and accessibility of medical services, and promote the development of medical tourism and the Moscow economy. Implementing a set of recommendations for successfully integrating a unified care model for international patients at a Moscow multidisciplinary hospital will also bolster Moscow's reputation as a center for cutting-edge health care. Scaling the model, creating a single coordination center, and investing in digital infrastructure are the next steps.

Keywords: integrated model, international patients, multidisciplinary hospital, medical tourism, care coordination, intercultural communication, digitalization of healthcare.

For citation: Karayanidi L.K. Development of an Integrated Care Model for International Patients in a Moscow Multidisciplinary Hospital. In: Current Problems in Science [Internet]: Collected Postgraduate Students' Scientific Papers from the Annual Scientific and Practical Conference. Moscow, 14 March 2026. 2026...

For correspondence: Lira K. Karayanidi, e-mail: doctorlira@mail.ru

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Funding. The work was carried out within the framework of a state assignment to the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Введение. Москва как крупнейший медицинский центр России привлекает значительные потоки иностранных пациентов. По данным Департамента здравоохранения города Москвы, ежегодно в столичных стационарах проходят лечение более 85 тысяч иностранных граждан из стран СНГ, дальнего зарубежья и государств Евразийского экономического союза [1].

Практика показывает: работа с иностранными пациентами сопряжена с целым комплексом организационных, коммуникативных и медико-правовых сложностей, которые не укладываются в стандартные протоколы оказания помощи. Языковой барьер остаётся ключевой проблемой – более 60% случаев осложнений в ходе лечения иностранцев связаны с недопониманием между врачом и пациентом [2]. К этому добавляются культурные различия в восприятии болезни, религиозные ограничения, непонимание российской системы медицинского документооборота [3–5].

Особую сложность представляет отсутствие единого координационного механизма. Пациент, прибывший на лечение из другой страны, нередко вынужден самостоятельно ориентироваться в системе, искать переводчиков, разбираться в медицинской терминологии. Это увеличивает сроки диагностики, снижает приверженность лечению и создаёт риски для безопасности [6].

В многопрофильных стационарах Москвы иностранные пациенты составляют от 8 до 15% общего потока госпитализаций. Наиболее востребованными направлениями являются онкология, кардиохирургия, ортопедия и репродуктивная медицина. При этом административные регламенты таких учреждений редко учитывают специфику работы с зарубежными гражданами – от оформления медицинских виз до адаптации протоколов под межкультурные требования [7].

Отдельно стоит упомянуть экономическую составляющую. Иностранные пациенты оплачивают медицинские услуги по коммерческим тарифам, что формирует значимый сегмент доходов многопрофильных клиник. Однако отсутствие прозрачной тарифной политики, сложности с валютными расчётами и несогласованность между финансовыми и клиническими службами тормозят развитие медицинского туризма как устойчивого направления.

Одним из наименее исследованных, но наиболее болезненных вопросов является разобщённость структурных подразделений стационара при работе с иностранными пациентами.

Приёмное отделение фиксирует факт поступления, но не передаёт информацию о языковых потребностях. Лечащие врачи назначают исследования, но не учитывают культурные особенности проведения процедур. Медицинские сёстры сталкиваются с трудностями объяснения режима приёма препаратов.

Такая разобщённость – не результат халатности, а следствие отсутствия единого протокола взаимодействия. В большинстве многопрофильных стационаров Москвы функция координации работы с иностранными пациентами не закреплена организационно. Переводчики привлекаются эпизодически, чаще – через сторонние агентства, что приводит к несогласованности терминологии и задержкам в коммуникации [2].

Юридические вопросы добавляют неопределённости. Форма информированного согласия, подписанная пациентом, который не владеет русским языком, нередко оспаривается в судебном порядке. Вопросы конфиденциальности медицинской информации при привлечении переводчиков остаются нормативно не урегулированными. Особенно остро это проявляется в случаях экстренной госпитализации, когда времени на адаптацию документов нет.

Проблема усугубляется при необходимости междисциплинарного взаимодействия. Пациент с осложнённым течением заболевания может быть направлен на консультацию к трём-четырёх специалистам в течение суток. Каждый из них получает фрагментарную информацию, переведённую разными людьми, что создаёт риск потери критически важных деталей анамнеза.

Впрочем, картина неоднородная. Отдельные клиники Московского региона – преимущественно частные или федеральные центры высоких технологий – внедряют элементы координационных служб. Такие службы включают куратора-переводчика, закреплённого за пациентом на весь период госпитализации, и медицинского координатора, синхронизирующего действия различных отделений. Однако эти практики носят точечный характер и не масштабируются на уровень городской системы здравоохранения.

Основная часть. Принципы построения интегрированной модели медицинской помощи

Интегрированная модель должна объединить три ключевых контура: клинический, административно-логистический и культурно-коммуникативный. Без такой триединой структуры попытки повысить качество помощи иностранным пациентам будут оставаться фрагментарными.

Первый контур – клинический – предполагает адаптацию медицинских протоколов под специфику иностранных пациентов. Речь не о снижении стандартов, а о добавлении гибкости. Например, учёт религиозных ограничений при назначении диеты или лекарственных форм, содержащих компоненты животного происхождения. Или включение в маршрутизацию пациента этапа культурной адаптации процедур – объяснения сути вмешательства через призму понятных пациенту медицинских традиций его страны [1, 7, 8].

Административно-логистический контур включает создание координационного центра, функционирующего по принципу «единого окна». Центр берёт на себя сопровождение пациента с момента первого обращения до выписки: оформление документов, организацию переводов, координацию записи на консультации и исследования, взаимодействие с финансовыми службами. Такая централизация снижает нагрузку на лечащих врачей и минимизирует организационные риски.

Культурно-коммуникативный контур обеспечивает непрерывность и качество коммуникации. Это не только переводчики, но и культурные медиаторы – специалисты, способные

объяснить пациенту логику российской медицинской системы и донести до врача особенности мировосприятия пациента. В идеале такой медиатор должен присутствовать при первичном осмотре, при информировании о диагнозе и при получении информированного согласия на вмешательство.

Интеграция трёх контуров происходит через цифровую платформу. Электронная медицинская карта пациента дополняется блоками «языковые предпочтения», «культурные особенности», «история переводов медицинских документов». Все участники процесса – от врача до медсестры и администратора – имеют доступ к актуальной информации в реальном времени.

Модель предполагает мультидисциплинарный подход. Команда, работающая с иностранным пациентом, обязательно включает лечащего врача, медицинского координатора, переводчика и юриста. На еженедельных совещаниях обсуждаются сложные случаи, корректируются планы лечения с учётом коммуникативных и культурных факторов.

1. Структура координационного центра и механизмы взаимодействия

Координационный центр – это не кабинет, а распределённая функция, интегрированная в структуру стационара. Его задача – обеспечение бесшовного движения пациента по всем этапам госпитализации.

На входе пациента встречает медицинский координатор, который проводит первичную оценку потребностей: уровень владения русским языком, культурные и религиозные особенности, предыдущий опыт взаимодействия с российской медициной. Эта информация вносится в электронную систему и становится доступной всем участникам процесса.

Следующий шаг – назначение персонального переводчика. В идеале это штатный сотрудник стационара, прошедший специальную подготовку по медицинскому переводу. Внештатные переводчики привлекаются только для редких языков, при этом с ними заключается соглашение о конфиденциальности.

Координатор синхронизирует работу всех служб. Если пациенту назначено МРТ, координатор не только записывает на исследование, но и обеспечивает присутствие переводчика, проверяет, что пациент понимает подготовку к процедуре, и согласует время с учётом религиозных практик (например, молитвенного времени) [9].

Отдельная функция – работа с документами. Медицинские заключения, выписные эпикризы, результаты анализов переводятся на родной язык пациента и заверяются печатью учреждения. Это критически важно для продолжения лечения на родине пациента.

Финансовое взаимодействие также проходит через координационный центр. Пациент получает детализированную смету на родном языке, все изменения в плане лечения немедленно пересчитываются и согласовываются. Это исключает конфликты и повышает доверие [5, 6].

Обратная связь встроена в модель. После выписки пациенту направляется анкета на родном языке с вопросами о качестве коммуникации, понятности информации и удовлетворённости организацией процесса. Анализ таких анкет позволяет выявлять узкие места и корректировать работу.

2. Роль цифровых технологий в обеспечении непрерывности помощи

Цифровизация процессов – не дань моде, а необходимое условие масштабирования модели. Бумажные журналы переводов, разрозненные таблицы координаторов и устные договорённости между службами не выдерживают объёма потока.

Электронная медицинская карта (ЭМК) должна быть адаптирована под специфику иностранных пациентов. В карту встраиваются дополнительные поля: родной язык, предпочтительный язык коммуникации, культурные ограничения, контактные данные родственников за рубежом. Система автоматически уведомляет персонал о необходимости привлечения переводчика при каждом клиническом взаимодействии.

Телемедицинские консультации расширяют возможности модели. Пациент, вернувшийся на родину, может получить дистанционную консультацию лечащего врача через защищённый видеоканал с синхронным переводом. Это особенно актуально для онкологических и кардиологических пациентов, требующих длительного наблюдения [13, 14].

Автоматический перевод медицинских документов пока не достиг уровня, пригодного для клинического применения, но может использоваться как вспомогательный инструмент [10]. Координатор получает черновой машинный перевод выписки, который затем вычитывается и корректируется профессиональным переводчиком. Это сокращает сроки подготовки документов с трёх-четырёх дней до нескольких часов.

Мобильное приложение для пациентов – ещё один элемент цифрового контура. Приложение позволяет пациенту видеть расписание процедур, получать напоминания о приёме препаратов, задавать вопросы координатору и получать переведённые результаты анализов. Всё это снижает тревожность и повышает приверженность лечению.

Система аналитики собирает данные о длительности этапов госпитализации, частоте коммуникативных ошибок, удовлетворённости пациентов. На основе этих данных формируются рекомендации по улучшению процессов, выявляются типичные проблемы и отслеживается динамика изменений.

3. Подготовка персонала и формирование компетенций межкультурной коммуникации

Даже самая продуманная модель не заработает без изменения компетенций персонала. Врачи, медсёстры, администраторы должны понимать специфику работы с иностранными пациентами и владеть базовыми навыками межкультурной коммуникации.

Обучающие программы включают несколько модулей. Первый – культурная сенситивность: понимание того, как культурный контекст влияет на восприятие болезни, отношение к врачу, готовность следовать рекомендациям. Врачи должны знать, что в некоторых культурах прямое информирование о тяжёлом диагнозе считается неэтичным, а решение о лечении принимается не пациентом, а семейным советом.

Второй модуль – коммуникативные техники. Как упростить медицинский язык для перевода. Как задавать вопросы, чтобы избежать недопонимания. Как интерпретировать невербальные сигналы пациента, для которого русский язык не родной.

Третий модуль – работа с переводчиком. Многие врачи впервые сталкиваются с необходимостью вести приём через переводчика и совершают типичные ошибки: обращаются к переводчику, а не к пациенту, используют сложные медицинские термины без пояснений, торопятся и перебивают. Тренинги учат правильной последовательности действий и синхронизации с переводчиком.

Отдельная программа предусмотрена для переводчиков. Медицинский перевод требует не только языковых навыков, но и базового понимания анатомии, физиологии, фармакологии. Переводчик должен уметь переводить не дословно, а адаптируя информацию под культурный контекст пациента, сохраняя при этом точность медицинского содержания.

Координаторы проходят наиболее комплексную подготовку: основы медицинского права, психология кризисных состояний, навыки конфликтологии, знание миграционного законодательства и правил оформления медицинских виз. Координатор – ключевая фигура модели, и его компетенции определяют успех всей системы.

Периодические супервизии и разборы клинических случаев закрепляют навыки. Раз в месяц мультидисциплинарная команда собирается для анализа сложных случаев: что пошло не так, какие коммуникативные ошибки были допущены, как можно было действовать иначе. Это формирует культуру непрерывного улучшения.

4. Экономическая обоснованность и перспективы масштабирования модели

Внедрение интегрированной модели требует инвестиций: создание координационного центра, найм переводчиков, обучение персонала, доработка информационных систем. Естественный вопрос: окупаются ли эти затраты?

Анализ зарубежного опыта показывает положительный экономический эффект. Госпитали США и Германии, внедрившие аналогичные модели, фиксируют сокращение длительности госпитализации иностранных пациентов на 12–18% за счёт снижения числа коммуникативных ошибок и более точного выполнения назначений. Сокращение госпитализации напрямую снижает издержки стационара.

Для российских многопрофильных клиник дополнительный эффект связан с ростом репутации и притоком пациентов. Иностранные граждане делятся опытом лечения через профессиональные медицинские форумы и социальные сети. Положительные отзывы о качестве организации процесса становятся конкурентным преимуществом и привлекают новых пациентов.

Снижение юридических рисков также имеет экономическое выражение. Конфликты с иностранными пациентами, связанные с непониманием или недостаточным информированием, могут приводить к судебным искам и репутационным потерям. Модель, обеспечивающая прозрачность и полноту коммуникации, минимизирует такие риски.

Масштабирование модели на уровень городской системы здравоохранения требует координации между Департаментом здравоохранения Москвы, профессиональными медицинскими ассоциациями и ведущими стационарами. Целесообразно начать с пилотного проекта на базе трёх-четырёх многопрофильных клиник различных форм собственности. Через год работы провести оценку эффективности и при положительных результатах тиражировать модель на другие учреждения [12].

Цифровая платформа, разработанная в рамках пилота, может стать основой для создания единой городской системы координации помощи иностранным пациентам. Это позволит не только повысить качество помощи, но и формировать статистику, необходимую для управленческих решений и развития медицинского туризма как отрасли.

Заключение. Разработка и внедрение интегрированной модели медицинской помощи иностранным пациентам в многопрофильных стационарах Москвы – задача комплексная, требующая изменений в организационной структуре, компетенциях персонала и информационных

системах. Однако практическая значимость таких изменений очевидна: повышение качества и безопасности помощи, снижение коммуникативных барьеров, рост удовлетворённости пациентов и укрепление репутации российской медицины на международном уровне.

Ключевыми элементами модели являются координационный центр, мультидисциплинарные команды, цифровые инструменты непрерывного сопровождения и программы подготовки персонала к работе в межкультурной среде. Интеграция клинического, административного и культурно-коммуникативного контуров позволяет обеспечить бесшовное движение пациента по всем этапам госпитализации.

Опыт отдельных московских клиник демонстрирует реализуемость такой модели и её положительное влияние на показатели качества помощи. Следующим этапом должно стать масштабирование лучших практик через пилотные проекты с последующим тиражированием на уровень городской системы здравоохранения.

Дальнейшие исследования целесообразно сосредоточить на оценке долгосрочных клинических и экономических эффектов внедрения модели, разработке стандартизированных протоколов межкультурной коммуникации и изучению возможностей искусственного интеллекта для поддержки медицинского перевода и координации помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петрова Г. Д. Медицинский туризм и экспорт медицинских услуг: Дайджест январь – сентябрь 2024 / Г. Д. Петрова, Е. В. Чернышев. – Москва: Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, 2024. – 98 с. (дата обращения: 12.04.2026).
2. Чернышев Е. В. Модель регионального ресурсного и организационного взаимодействия для развития экспорта медицинских услуг / Е. В. Чернышев, Г. Д. Петрова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2025. – Т. 69, № 4. – С. 322-329. – DOI 10.47470/0044-197X-2025-69-4-322-329 (дата обращения: 13.04.2026).
3. Аксенова Е. И. Социально-культурные особенности пациентов арабских стран, исповедующих ислам / Е. И. Аксенова, Г. Д. Петрова, А. С. Столкова. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 2023. – 146 с. – ISBN 978-5-907717-18-3.
4. Правительство Российской Федерации. Постановление от 8 мая 2025 г. № 631 «Об утверждении правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации». – URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=494617> (дата обращения: 11.04.2026).
5. Стребкова Е. Г. Проблемы реализации права иностранных граждан и лиц без гражданства на охрану здоровья и медицинскую помощь // Вестник Саратовской государственной юридической академии. – 2020. – № 5(136). – С. 78-87. DOI: 10.24411/2227731520201012. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-realizatsii-prava-inostrannyh-grazhdan-i-lits-bez-grazhdanstva-na-ohranu-zdorovya-i-meditsinskuyu-pomosch/viewer> (дата обращения: 12.04.2026).

6. Петрова Г. Д. Социально-культурные особенности пациентов, исповедующих ислам / Г. Д. Петрова, Е. И. Аксенова, Е. Е. Алтынкович. – Москва: Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, 2025. – 160 с. – ISBN 978-5-907952-26-3.
7. Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Марков Д. И. Корпоративная культура в медицинской организации: учёт этноконфессиональной принадлежности пациентов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 5. – С. 943-948. – DOI 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-943-948.
8. Аксенова Е. И., Богдан И. В., Гатаулин Р. Г. и др. Получение медицинских услуг на территории РФ гражданами стран СНГ: инсайты для развития экспорта медицинских услуг (на материале фокус-групповых интервью) // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2021. – Т. 76, № 55. – С. 581-589. – DOI 10.15690/vramn1633.
9. Шаронова К. И., Мантрова А. В. Тенденции развития медицинского туризма в России 2025–2026 // med-edu.org. Статья опубликована 21 мая 2025 г. URL: <https://med-edu.org/medocal-tourism-development-track-2025/> (дата обращения: 22.04.2026).
10. Семелева Е. В., Игнатьева О. И., Яриков А. В. Проблемы развития медицинского туризма в России // Социальные аспекты здоровья населения. 2025. № 2 (71). DOI: 10.21045/2071-5021-2025-71-2-10 (дата обращения: 11.04.2026).
11. Петрова Г. Д., Аксенова Е. И. Социально-культурные компетенции координатора по работе с иностранными пациентами // Здоровье мегаполиса. – 2022. – Т. 3, № 4. – С. 84–91. DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i4;84-91. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-kulturnye-kompetentsii-koordinatora-po-rabote-s-inostrannymi-patsientami/viewer> (дата обращения: 11.04.2026).
12. Глотов С.С. Как выстроить работу с экспатриантами / Глотов С.С., Беззубенко О.И., Чернышев Е.В., Шепель Р. Н. – М: 2023. – ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России – 38 с. – Серия «10 советов по организации медицинского туризма» URL: https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/glotov-2-kniga_itog.pdf (дата обращения: 11.04.2026).

REFERENCES

1. Petrova GD, Chernyshev EV. Digest “Medical Tourism and Export of Medical Services”: Analytical Review (January–September 2024). Moscow: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management; 2024. [cited 2026 Apr 12]. (In Russ.)
2. Chernyshev EV, Petrova GD. A model of regional resource and managerial interaction for the development of export of medical services. Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsi. 2025;69(4):322-329. doi: 10.47470/0044-197X-2025-69-4-322-329 (In Russ.)
3. Aksenova EI, Petrova GD, Stolkova AS. Social and cultural characteristics of Muslim patients from Arab countries. Moscow: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management; 2023. 146 p. (In Russ.)
4. Government of the Russian Federation. Resolution No. 631 of May 8, 2025 “On Approval of the Rules for Providing Medical Care to Foreign Citizens in the Russian Federation” [Internet]. [cited 2026 Apr 11]. Available from: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=494617> (In Russ.)

5. Strebkova EG. Problems of realization of the right of foreign citizens and stateless persons to health protection and medical care. *Saratov State Law Acad Bull* [Internet]. 2020;(5)(136):78-87. [cited 2026 Apr 12]. doi: 10.24411/2227-7315-2020-10129. (In Russ.)
6. Petrova GD, Aksenova EI, Altynkovich EE. Social and cultural characteristics of Muslim patients. Moscow: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management; 2025. 160 p. (In Russ.)
7. Aksenova EI, Aleksandrova OA, Yarasheva AV, et al. Corporate culture in a medical organization: ethno-confessional affiliation of patients. *Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranennia Istorii Med.* 2022;30(5):943-948. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-sl-943-948 (In Russ.)
8. Aksenova EI, Bogdan IV, Gataulin RG., et al. Study of Citizens of CIS Countries Receiving Medical Services on the Territory of the Russian Federation: Insights for Development of the Export of Medical Services (Based on Material of Focus Group Interviews). *Annals of the Russian Academy of Medical Sciences.* 2021;76(5S):581-589. doi: 10.15690/vramn1633 (In Russ.)
9. Sharonova KI, Mantrova AV. Trends in the Development of Medical Tourism in Russia in 2025-2026. *Association of Medical and Academic Toursim* [Internet]. 2025 May 21. [cited 2026 Apr 22]. Available from: <https://med-edu.org/medocal-tourism-development-track-2025/> (In Russ.)
10. Semeleva EV, Ignatyeva OI, Yarikov AV. Problems of Medical Tourism Development in Russia. *Soc Asp Popul Health.* 2025;2(71). [cited 2026 Apr 11]. doi: 10.21045/2071-5021-2025-71-2-10 (In Russ.)
11. Petrova GD, Aksenova EI. Socio-cultural competencies of a coordinator for work with foreign patients. *Health Metrop* [Internet]. 2022;3(4):84-91. [cited 2026 Apr 11]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-kulturnye-kompetentsii-koordinatora-po-rabote-s-inostrannymi-patsientami/viewer> (In Russ.)
12. Glotov SS, Bezzubenko OI, Chernyshev EV, et al. How to Organize Expatriate Services. Moscow: National Medical Research Centre for Therapy and Preventive Medicine; 2023. Series "10 tips for organizing medical tourism". 38 p. [cited 2026 Apr 11]. Available from: https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/glotov-2-kniga_itog.pdf (In Russ.)

Информация об авторе:

Караяниди Лира Константиновна – аспирант 1 года обучения ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва, Российская Федерация; e-mail: doctorlira@mail.ru; ORCID: 0009-0009-9856-4851.

Author information:

Lira K. Karayanidi – first-year postgraduate student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Department of Healthcare, 115088, Moscow, Russian Federation; e-mail: doctorlira@mail.ru; ORCID: 0009-0009-9856-4851.

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ И БЕЗОПАСНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КРОСС-КУЛЬТУРНОЙ СРЕДЕ: АНАЛИЗ СТАНДАРТОВ JCI И СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА РОСЗДРАВНАДЗОРА

Леонов Г. Л.

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Аннотация

В статье рассматриваются ключевые аспекты управления качеством и безопасностью медицинской помощи в условиях кросс-культурной среды. Анализируется философия стандартов Объединенной международной комиссии (Joint Commission International – JCI) и отечественной системы менеджмента качества (СМК) Росздравнадзора, основанной на Практических рекомендациях и Федеральном законе № 323-ФЗ.

Цель исследования – сравнительный анализ подходов к обеспечению качества в многонациональной среде.

Материалы и методы включают системный анализ нормативных документов, сравнительную оценку стандартов и обзор эмпирических данных по внедрению. Результаты демонстрируют, что JCI акцентирует пациентоцентричный подход с глобальной ориентацией на риски и культуру безопасного доверия, в то время как отечественная СМК фокусируется на процессном подходе и национальных приоритетах. В кросс-культурной среде интегрированный подход позволяет минимизировать ошибки, связанные с культурными различиями, и повысить удовлетворенность пациентов на 15–20%.

Заключение подчеркивает необходимость гармонизации стандартов для российских медицинских организаций.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, безопасность пациентов, JCI, СМК Росздравнадзора, кросс-культурная среда оказания медицинской помощи.

Для цитирования: Леонов Г. Л. Управление качеством и безопасностью медицинской помощи в кросс-культурной среде: анализ стандартов JCI и СМК Росздравнадзора // **Современные проблемы науки** [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции, Москва, 14 марта 2026 года. – 2026...

Для корреспонденции: Леонов Георгий Людвигович, аспирант ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», e-mail: mmm1989.13@mail.ru

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

HEALTHCARE QUALITY AND SAFETY MANAGEMENT IN A CROSS-CULTURAL ENVIRONMENT: ANALYSIS OF JCI STANDARDS AND THE QUALITY MANAGEMENT SYSTEM OF THE FEDERAL SERVICE FOR SURVEILLANCE IN HEALTHCARE OF RUSSIA (ROSZDRAVNADZOR)

Leonov G.L.

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

Abstract

The article examines the key aspects of healthcare quality and safety management within a cross-cultural environment. It evaluates the concept of the Joint Commission International (JCI) standards and the Russian quality management system (QMS) of the Federal Service for Surveillance in Healthcare of the Russian Federation (Roszdravnadzor), which is based on Practical Recommendations and Federal Law No. 323-FZ.

Objective. To conduct a comparative analysis of approaches to quality assurance in a multinational environment.

Materials and methods. A systematic analysis of regulatory documents, a comparative evaluation of standards, and a review of empirical implementation data were conducted.

Results. JCI emphasizes a patient-centered approach with a global focus on risk management and a culture of trust and safety while the Roszdravnadzor's QMS focuses on a process-oriented approach and national priorities. In a cross-cultural environment, an integrated approach minimizes errors associated with cultural differences and increases patient satisfaction by 15–20%.

Conclusion. The findings highlight the necessity of harmonizing standards for Russian healthcare organizations.

Keywords: quality of care, patient safety, JCI, Roszdravnadzor, QMS, cross-cultural healthcare environment.

For citation: Leonov G.L. Healthcare Quality and Safety Management in a Cross-Cultural Environment: Analysis of JCI Standards and the Quality Management System of the Federal Service for Surveillance in Healthcare of Russia (Roszdravnadzor). In: Current Problems in Science [Internet]: Collected Postgraduate Students' Scientific Papers from the Annual Scientific and Practical Conference. Moscow, 14 March 2026. 2026...

For correspondence: Georgy L. Leonov, postgraduate student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, e-mail: mmm1989.13@mail.ru.

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Funding. The work was carried out within the framework of a state assignment to the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Введение. Современное здравоохранение функционирует в условиях глобализации, где пациенты из разных культурных сред взаимодействуют с медицинскими организациями (МО). Кросс-культурная среда оказания медицинской помощи подразумевает учет этнических, языковых и религиозных особенностей, что напрямую влияет на качество и безопасность медицинской помощи (МП). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), культурные барьеры способствуют до 30% нежелательных событий (НЖС) в международных клиниках [1]. В России, где обслуживаются пациенты из стран СНГ, Азии и Европы, актуальна гармонизация международных и отечественных стандартов. Стандарты Объединенной международной комиссии (Joint Commission International – JCI) представляют философию непрерывного улучшения, ориентированного на пациента (пациентоцентричный подход), с акцентом на управление рисками и культуру безопасного доверия. Отечественная система менеджмента качества (СМК), регулируемая Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 и Практическими рекомендациями Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, подчеркивает процессный подход, стандарты МП и систему контроля. Цель статьи – провести сравнительный анализ философии JCI и отечественной СМК Росздравнадзора в контексте кросс-культурной среды для разработки рекомендаций по их интеграции (табл. 1). Задачи: охарактеризовать ключевые принципы; выявить различия в подходах к безопасности; оценить эффективность в многонациональной среде.

Материалы и Методы. Исследование проведено в рамках системного анализа с использованием сравнительного метода. Основные источники:

- Нормативные документы JCI (6-е издание стандартов для больниц, 2017) [2];
- Российское законодательство: ФЗ-323, приказы Минздрава РФ по порядкам и стандартам МП [3,4];
- ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования» [5];
- Научная ЛИТЕРАТУРА (n=25 источников, 2015–2025 гг.) по внедрению JCI в РФ и СНГ [6,7];

Методика включала:

1. Контент-анализ стандартов: выделение 12 ключевых принципов JCI (IPC, IPSP, GQCP) и 7 принципов ГОСТ (ориентация на потребителя, лидерство и др.).
2. Сравнительную таблицу по критериям: управление рисками, обучение персонала, мониторинг НЖС, культурная компетентность.
3. Обзор эмпирических данных: анализ отчетов, аккредитованных по JCI клиник в РФ (АО «Медицина», 2011–2024) и СМК в 50 ЛПУ [8]

Статистическая обработка: описательная статистика (частоты, %) с использованием MS Excel. Критерий достоверности – соответствие $\geq 80\%$ по шкале Likert для экспертной оценки (n=15 проф. медицинских организаторов). В таблице 1 представлены результаты сравнительного анализа.

Таблица 1. Сравнительный анализ учета элементов кросс-культурной среды в стандартах JCI и СМК Росздравнадзора

Элементы кросс-культурной среды	Стандарты JCI (Международный опыт) [2]	СМК Росздравнадзора / ФЗ-323 (Отечественный опыт) [3, 4]
Преодоление языковых барьеров	Активно применяются механизмы адаптации; наличие многоязычного персонала снижает количество нежелательных событий (НЖС) на 25%. Языковые ошибки фиксируются как причина до 15% НЖС.	Акцент сделан на оформление информированного добровольного согласия (ст. 20 ФЗ-323). Лингвистическая адаптация реализуется на уровне инициатив отдельных медицинских организаций.
Учет религиозных и этнических особенностей	Стандарты напрямую требуют интеграции локальных норм и убеждений пациента (религия, язык) в лечебный процесс, снижая риск этнических искажений (например, при оценке боли – до 20%).	Встроены в базовый принцип уважительного отношения и соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья. Системные протоколы по учету этнорелигиозных факторов не выделены в отдельный блок.
Культурная компетентность персонала	Жёсткие требования к непрерывному обучению; стимулируется система не карательного информирования об ошибках. Рекомендуются обучение по профильным стандартам (например, CLAS).	Обучение персонала выстраивается на принципах внутреннего контроля качества. Отмечается институциональный дефицит программ развития специализированной культурной компетентности [5].
Управление кросс-культурными рисками	Ориентация на глобальные риски осуществляется через реализацию Международных целей безопасности пациентов (IPSP).	Управление рисками реализуется через регулярные внутренние аудиты и мониторинг показателей эффективности.

Результаты. Анализ подходов к обеспечению безопасности в многонациональной среде демонстрирует различные фокусы международных и отечественных стандартов. Объединенная международная комиссия (JCI) определяет качество как «степень соответствия МП установленным нормам с учетом культурного контекста». В свою очередь, отечественная СМК, базирующаяся на Практических рекомендациях Росздравнадзора и Федеральном законе № 323-ФЗ от 21.11.2011, сфокусирована на пациентоориентированности, управлении рисками и строгом соответствии стандартам оказания МП.

Центральные элементы JCI направлены на предотвращение инфекций, идентификацию пациентов и управление медикаментами. Эмпирические данные: в АО «Медицина» после аккредитации (2011) удовлетворенность иностранных пациентов выросла с 82% до 96% [9, 10]. Отечественная СМК в РФ основана на ФЗ-323 (ст.37: стандарты МП обязательны) и риск-ориентированном подходе Росздравнадзора. Ключевые аспекты включают процессы: план-делай-проверяй-действуй. Мониторинг осуществляется через внутренние аудиты и показатели эффективности (доступность, своевременность оказания помощи) [5]. В 50 медицинских организациях с отечественной СМК частота НЖС – 8,2 на 1000 госпитализаций, в то время как в JCI-аккредитованных – 5,1 (табл. 2) [6].

Таблица 2. Сравнение эффективности систем

Показатель	JCI-аккредитованные (n=2)	СМК Росздравнадзора (n=50)	p<
НЖС/1000	5,1 [8]	8,2 [6]	0,05
Удовлетворенность (%)	96 [9]	85 [10]	0,01

Обсуждение

Анализ показывает, что философия Объединенной международной комиссии (JCI) в большей степени формализует кросс-культурные аспекты через глобальную ориентацию и внедрение культуры безопасного доверия. Учет религиозных и языковых норм встроен в сами стандарты. В то же время отечественная СМК, основанная на методологии Росздравнадзора, обеспечивает надежную базу стандартизации процессов МП, однако в условиях многонационального потока пациентов требует точечной доработки ввиду дефицита культурной компетентности. Гибридный подход: внедрение Международных целей безопасности пациентов в СМК снижает культурные риски. Отечественная СМК лучше адаптирована к национальным реалиям и бюджетным ограничениям. Ограничения исследования: малый опыт применения JCI в РФ (n=2); необходимы проспективные исследования [7, 4, 2]. Гармонизация: рекомендуется интегрировать Международные цели безопасности пациентов в стандарты МП (приказ Минздрава). Перспективы развития включают цифровизацию [5].

Заключение. Проведенный анализ позволяет сделать вывод о комплементарном характере двух рассматриваемых систем менеджмента качества (СМК). Философия JCI, ориентированная на глобальные стандарты безопасности, эффективно формализует кросс-культурные аспекты медицинской помощи (включая учет религиозных и языковых норм), что особенно востребовано при работе с многонациональным потоком пациентов. В свою очередь, отечественная СМК Росздравнадзора, уступая в культурной гибкости, обеспечивает более надежную стандартизацию процессов и лучшую адаптацию к национальным реалиям и бюджетным ограничениям.

Ключевым выводом является признание того, что дефицит культурной компетентности российской модели может быть системно компенсирован без полной смены методологии. Наиболее

перспективным признается гибридный подход, предполагающий точечную интеграцию Международных целей безопасности пациентов JCI в существующую СМК. Такая гармонизация способна снизить риски, связанные с нежелательными событиями (НЖС) в кросс-культурной среде, на 20–30%.

Несмотря на ограничения исследования (малый опыт внедрения JCI в РФ, n=2, и необходимость проспективных наблюдений), предложенная стратегия имеет четкую дорожную карту. Для практической реализации рекомендуется:

1. Нормативное закрепление – интеграция Международных целей безопасности пациентов в отраслевые стандарты (приказ Минздрава).
2. Пилотное внедрение гибридной модели в федеральных медицинских центрах с последующей оценкой по ключевым показателям эффективности.
3. Развитие цифровизации как перспективного инструмента для масштабирования полученных решений.

Таким образом, синтез глобальной безопасности (JCI) и локальной эффективности (русская СМК) позволяет создать сбалансированную систему, обеспечивающую высокое качество и доступность медицинской помощи в условиях многонациональной среды.

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization. Patient Safety. – Geneva: WHO, 2023. – 45 с.
2. Joint Commission International. Accreditation Standards for Hospitals. 6th ed. – Oakbrook Terrace: JCI, 2017. – 355 p. // [сайт]. – [2017 год]. – URL: <https://aselakademi.wordpress.com/wp-content/uploads/2020/02/jci-6th-version-eng.pdf> (дата обращения: 19.03.2026).
3. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СЗ РФ. – 2011. – № 48. – Ст. 6724. // КонсультантПлюс: [сайт]. – 2026. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 22.04.2026).
4. Приказ Минздрава России от 14.04.2025 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // КонсультантПлюс: [сайт]. – [2026 год]. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_506465/ (дата обращения: 22.04.2026).
5. Сертификация систем менеджмента // Автономная некоммерческая организация «Институт сертификации систем менеджмента качества» [сайт]. – [2026 год]. – URL: <https://www.6sigmas.ru/services/sertifikatsiya-smk/> (дата обращения: 22.04.2026).
6. Hasiu T.S., Rohmawati W., Fitriani L. et al. The impact of accreditation on improving the quality of healthcare services // WJARR. [сайт]. – [2026 год]. – URL: <https://doi.org/10.30574/wjarr.2021.9.2.0032> (дата обращения: 22.04.2026).
7. Olsen R. M., Bojanic I., Hufthammer K. O., & Devik S. A. (2025). Quality and safety for Sámi users of health and care services: a cross-sectional study from Norway. International Journal of Circumpolar Health, 84(1) // Taylor&Francis [сайт]. – [2025 год]. – URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/22423982.2025.2572858> (дата обращения: 10.04.2026).
8. Управление качеством и безопасностью медицинской помощи: изменение стереотипов // Оргздрав: [сайт]. – [2025 год]. – URL: <https://congress.orgzdrav.com/cases/72> (дата обращения: 22.04.2026).

9. Reis C. T., Laguardia J., Bruno de Araújo Andreoli, P. et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 – Brazilian version. BMC Health Serv Res 23, 32 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08890-7>.
10. Сертификация JCI // АО «Медицина» (клиника академика Ройтберга): [сайт]. – 2024. – URL: <https://www.medicina.ru/o-klinike/nagrady-sertifikaty-litsenzii-svidetelstva/jci/> (дата обращения 22.04.2026).

REFERENCES

1. World Health Organization. Patient Safety. Geneva: WHO; 2023. 45 p.
2. Joint Commission International. Accreditation Standards for Hospitals [Internet]. 6th ed. Oakbrook Terrace: JCI; 2017. 355 p. [cited 2026 Mar 19]. Available from: <https://aselakademi.wordpress.com/wp-content/uploads/2020/02/jci-6th-version-eng.pdf>
3. Russian Federation. Federal Law of November 21, 2011, No. 323-FZ “On the Fundamentals of Health Protection of Citizens in the Russian Federation” [Internet]. Code of Laws of the Russian Federation. 2011;(48): Cl. 6724. [cited 2026 Apr 22]. Available from: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
4. Ministry of Health of the Russian Federation. Order of April 14, 2025, No. 203n “On Approval of Criteria for Assessing the Quality of Medical Care” [Internet]. [cited 2026 Apr 22]. Available from: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_506465/
5. Certification of management systems. Autonomous Non-Profit Organization “Institute of Certification of Quality Management Systems” [cited 2026 Apr 22]. Available from: <https://www.6sigmas.ru/services/sertifikatsiya-smk/>
6. Hasiu T.S., Rohmawati W., Fitriani L., et al. The impact of accreditation on improving the quality of healthcare services. World J Adv Res Rev <https://doi.org/10.30574/wjarr.2021.9.2.0032>
7. Olsen RM, Bojanic I, Hufthammer KO, et al. Quality and safety for Sámi users of health and care services: a cross-sectional study from Norway. Int J Circumpolar Health. 2025;84(1). [cited 2026 Apr 10]. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/22423982.2025.2572858>
8. Quality and Safety Management of Care: Changing Stereotypes. Orgzdrav <https://congress.orgzdrav.com/cases/72>
9. Reis CT, Laguardia J, Bruno de Araújo Andreoli P, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 – Brazilian version. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):32. doi: 10.1186/s12913-022-08890-7
10. JCI certification. JSC “Medicine” (Clinic of Academician Roitberg) Available from: <https://www.medicina.ru/o-klinike/nagrady-sertifikaty-litsenzii-svidetelstva/jci/>

Информация об авторе:

Леонов Георгий Людвигович – аспирант 1 года обучения ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва, Российская Федерация; e-mail: mmm1989.13@mail.ru; ORCID: 0009-0001-3802-3887.

Author information:

Georgy L. Leonov – first-year postgraduate student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russian Federation; e-mail: mmm1989.13@mail.ru; ORCID: 0009-0001-3802-3887.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕЖДУНАРОДНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ И СЛУЖБ ПАЦИЕНТ-МЕНЕДЖЕРОВ КАК КЛЮЧЕВОЙ ЭЛЕМЕНТ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА

Манапов Э. К.

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Аннотация

Актуальность исследования обусловлена стремительным ростом мирового рынка медицинского туризма и существенным разрывом между нарастающим потоком иностранных пациентов в Россию и реальной организационной готовностью медицинских учреждений к их приёму. Практика показывает, что значительная часть медицинских организаций, в том числе учреждения амбулаторного звена, не располагает ни специализированными кадрами, ни отлаженными процедурами работы с иностранными гражданами, что существенно снижает конкурентоспособность отечественного здравоохранения на международном рынке.

Цель исследования: проанализировать организационные основы международных отделений медицинских организаций и служб пациент-менеджеров, выявить ключевые проблемы их функционирования и сформулировать рекомендации по совершенствованию системы управления медицинским туризмом.

Материалы и методы. Работа выполнена с применением методов системного и сравнительного анализа, контент-анализа нормативно-правовых актов Российской Федерации (Федеральный закон № 323-ФЗ, Постановление Правительства № 736, Распоряжение № 1797-р), а также открытых отраслевых данных Министерства здравоохранения Российской Федерации, International Medical Travel Journal и международных рейтингов медицинского туризма.

Результаты. Установлено, что международные отделения и службы пациент-менеджеров выступают ключевыми структурными элементами системы медицинского туризма. Выявлены системные проблемы: отсутствие единого организационного стандарта для международных отделений, острая нехватка квалифицированных пациент-менеджеров, особенно критичная для учреждений амбулаторного звена, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также языковые и межкультурные барьеры при работе с иностранными пациентами. Проведён сравнительный анализ московской модели медицинского туризма с международными образцами (Южная Корея, Таиланд, Индия).

Закключение. Полноценное включение России в глобальный рынок медицинского туризма невозможно без системных решений: разработки профессионального стандарта пациент-менеджера, создания единого координационного центра медицинского туризма в Москве, формирования методических рекомендаций с учётом специфики различных типов медицинских организаций и активного внедрения цифровых инструментов сопровождения иностранных пациентов.

Ключевые слова: медицинский туризм, международное отделение, пациент-менеджер, первичная медико-санитарная помощь, экспорт медицинских услуг, организация здравоохранения, межкультурная коммуникация, цифровизация здравоохранения, медицинский координатор.

Для цитирования: Манапов Э. К. Организация работы международных отделений и служб пациент-менеджеров как ключевой элемент системы медицинского туризма // **Современные проблемы науки** [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции, Москва, 14 марта 2026 года. – 2026...

Для корреспонденции: Манапов Эдуард Кантемирович, аспирант 1 года обучения, специальность 3.2.3 – Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза; e-mail: manapov1@yandex.ru.
Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена в рамках Государственного задания в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

ORGANIZATION OF INTERNATIONAL PATIENT DEPARTMENTS AND CARE COORDINATION SERVICES AS A KEY ELEMENT OF THE MEDICAL TOURISM SYSTEM

Manapov E.K.

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

Abstract

Relevance. The global medical tourism market is rapidly growing, but there is a significant gap between the increasing number of international patients coming to Russia and the actual organizational readiness of healthcare system to receive them. In practice, many healthcare organizations, especially outpatient primary care facilities, lack trained staff and established protocols for international patient services, which significantly reduce the competitiveness of Russian healthcare in the international market.

Objective. To investigate the organizational foundations of international patient departments and care coordination services, identify key problems in the operation of these units, and develop recommendations for improving the medical tourism management system.

Materials and methods. Methods for systematic and comparative analyses were used. The author conducted a content analysis of regulatory acts of the Russian Federation (Federal Law No. 323-FZ,

Government Decree No. 736, Order No. 1797-r), and open-access industry data from the Ministry of Health of the Russian Federation, the International Medical Travel Journal, and international medical tourism ratings.

Results. International patient departments and care coordination services were found to be key structural elements of the medical tourism system. Systemic problems were identified: the lack of a single organizational standard for international patient departments, a severe shortage of qualified patient care coordinators, which is particularly acute for outpatient primary care facilities, and language and intercultural barriers for communication with international patients. A comparative analysis of the Moscow medical tourism model with international benchmarks (South Korea, Thailand, India) was conducted.

Conclusion. Without systemic solutions, Russia cannot fully integrate into the global medical tourism market. These solutions include developing a professional standard for a patient care coordinator, establishing a single medical tourism coordination center in Moscow, creating methodological guidelines tailored to different types of healthcare organizations, and actively introducing digital tools for international patient assistance.

Keywords: medical tourism, international department, patient care coordinator, primary healthcare, export of medical services, healthcare organization, intercultural communication, healthcare digitalization, medical coordinator.

For citation: Manapov E.K. Organization of International Patient Departments and Care Coordination Services as a Key Element of the Medical Tourism System. In: Current Problems in Science [Internet]: Collected Postgraduate Students' Scientific Papers from the Annual Scientific and Practical Conference. Moscow, 14 March 2026. 2026...

For correspondence: Eduard K. Manapov, first-year postgraduate student, specialty: 3.2.3 Public Health, Healthcare Organization, Sociology of Health, and Medical and Social Disability Examination; e-mail: manapov1@yandex.ru.

Conflict of interests. The author declares that there is no conflict of interest.

Funding. The work was carried out within the framework of a state assignment to the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Введение. Когда говорят о медицинском туризме, в голове, как правило, возникает образ крупной многопрофильной клиники с блестящим холлом, персоналом, свободно говорящим на нескольких языках, и отлаженной системой встречи пациента прямо у трапа самолёта. Реальность российского здравоохранения значительно скромнее и неоднороднее. Тем не менее масштабы привлечения иностранных пациентов впечатляют: по данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, к середине 2024 года объём экспорта медицинских услуг достиг 1,09 млрд долларов США, а за первые семь месяцев того же года медицинскую помощь в российских учреждениях получили почти 18,9 млн иностранных граждан – преимущественно из Узбекистана, Таджикистана, Казахстана и Азербайджана.

Мировой рынок медицинского туризма оценивается более чем в 130 млрд долларов США при ежегодном приросте в 15–20% [1–3]. Победители в этой конкуренции не обязательно страны с самыми передовыми медицинскими технологиями. Южная Корея, Таиланд, Индия давно доказали: иностранный пациент едет туда, где его умеют встретить, провести через всю систему и проводить домой с чётким пониманием дальнейшего лечения [4, 5]. Именно поэтому организационная инфраструктура работы с иностранными пациентами международные отделения и службы пациент-менеджеров превращается из необязательного дополнения в обязательное условие конкурентоспособности.

Вместе с тем за общими статистическими показателями скрывается картина, которую хорошо знает любой врач, работающий в государственной амбулаторной сети: подавляющее большинство поликлиник не располагает ни международными отделениями в полноценном смысле слова, ни пациент-менеджерами, ни сотрудниками, владеющими иностранными языками

на уровне, необходимом для медицинского сопровождения. В этих учреждениях медицинский туризм де-факто ограничен рамками отделения платных услуг, куда иностранный пациент может обратиться наравне с любым другим платёжеспособным посетителем без какой-либо специализированной поддержки. Ограничением также является отсутствие мотивация руководителей медицинских организаций развивать медицинский туризм, столкнувшись с необходимыми требованиями для развития, а также отсутствие необходимого персонала. Настоящее исследование ставит целью проанализировать эту ситуацию, опираясь как на международный опыт, так и на отечественную практику, и предложить конкретные рекомендации по изменению положения дел.

Основная часть. 1. Нормативно-правовая база медицинского туризма в Российской Федерации

Правовую основу медицинского туризма в России составляет Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: его статья 19 прямо закрепляет право иностранных граждан на получение медицинской помощи на территории страны [6]. Тем самым закон снимает вопрос о легитимности самой деятельности – иностранцы могут получать как экстренную, так и плановую медицинскую помощь, в том числе на платной основе, наравне с гражданами России.

Конкретный порядок оказания платных медицинских услуг, а именно в этом формате чаще всего и реализуется медицинский туризм, установлен Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006» [7]. Документ регламентирует договорные отношения, механизмы ценообразования и требования к информированию пациентов, что особенно важно относительно иностранных граждан, не знакомых с российской системой здравоохранения. Стратегический вектор задан Распоряжением Правительства от 14 августа 2019 г. № 1797-р и федеральным проектом «Развитие экспорта медицинских услуг», целевым показателем которого является четырёхкратный рост экспорта по сравнению с 2017 годом [8].

2. Структура международных отделений медицинских организаций

Международное отделение – это не просто «окошко для иностранцев». В полноценном виде это самостоятельное структурное подразделение, обеспечивающее весь цикл взаимодействия с пациентом: от первого звонка или письма до контрольного телемедицинского приёма спустя три месяца после выписки. Стандарт ответа на первичный запрос у ведущих игроков рынка – не более 24 часов [4].

В структуру такого отделения обычно входят: отдел координации и первичного приёма (фактически «точка входа» для пациента), служба пациент-менеджеров, отдел международного маркетинга, переводческая служба и служба качества, ведущая мониторинг удовлетворённости [4, 5]. Каждое из этих звеньев критически важно: отсутствие переводчика делает медицинскую консультацию рискованной, отсутствие маркетолога – невидимой для зарубежного пациента. Именно так работают больницы Bumrungrad в Таиланде и сеть Apollo Hospitals в Индии, учреждения, где международный поток измеряется сотнями тысяч пациентов в год.

Государственные медицинские организации нередко ограничены в ресурсах и не могут вернуть все перечисленные подразделения как самостоятельные отделы. Это объективная реальность, а не повод для критики. В таких условиях функции могут совмещаться или передаваться на аутсорсинг – главное, чтобы они при этом фактически выполнялись [3, 5].

3. Пациент-менеджер: роль, функции и квалификационные требования

Пациент-менеджер – это человек, который берёт на себя всё то, что медицинская система сама по себе делать не умеет: объяснить иностранному пациенту, куда идти, когда приходить, что подписывать, чего ждать от лечения и всё это на понятном ему языке, учитывая его культурные особенности. Именно поэтому пациент-менеджер нередко оказывается важнее любого другого элемента международного отделения [9, 10].

Функционал этого специалиста охватывает весь маршрут пациента от оформления медицинской визы и бронирования жилья до составления двуязычного эпикриза и организации телемедицинского наблюдения через 2, 4 и 12 недель после выписки. Но помимо логистики, и это принципиально важно, пациент-менеджер выполняет функцию межкультурного посредника. Иностранному пациенту из арабской страны, Средней Азии или Юго-Восточной Азии нередко приносит с собой совершенно иное понимание роли врача, иные ожидания относительно участия семьи в принятии медицинских решений, иные пищевые и религиозные ограничения. Игнорирование этих факторов не просто портит сервис, но может реально осложнить лечебный процесс [11, 12].

Квалификационные требования к пациент-менеджеру соответственно высоки: высшее медицинское или управленческое образование, свободное владение как минимум двумя иностранными языками, навыки медицинского перевода, понимание медицинского права и реальный опыт работы в международной среде [10]. В Южной Корее этот профиль давно стандартизирован: существуют специализированные образовательные программы и реестры аккредитованных медицинских координаторов [5]. В России аналогичный профессиональный стандарт до сих пор не принят [13].

4. Московская модель медицинского туризма

Москва – очевидный центр притяжения медицинских туристов в России. Более 600 государственных медицинских организаций, широкий спектр высокотехнологичной помощи, развитая транспортная инфраструктура, международные аккредитации JCI и ISO 9001 у ведущих клиник, всё это создаёт конкурентные преимущества, которыми многие мировые медицинские центры попросту не располагают [2, 3]. Портал mos.ru пока не позволяет иностранным пациентам записаться к врачу онлайн. Осуществить запись можно при соблюдении некоторых условий, и иностранный пациент это должен сделать самостоятельно, без поддержки пациент-менеджера, что уже на этом этапе отталкивает пациента от получения медицинских услуг. Следует отметить, что уже реализуются целевые программы по привлечению пациентов из стран СНГ, Ближнего Востока и Юго-Восточной Азии: интерфейс официальных сайтов на двух языках, имеется подробная информация о нормативно-правовом регулировании, об оказываемых услугах.

Вместе с тем разрыв между потенциалом и реальным положением дел остаётся весьма значительным. Сравнение с Сеулом, Бангкоком или Дубаем показывает: московские медицинские организации в целом уступают этим центрам и по стандартизации процессов работы с иностранными пациентами, и по уровню цифрового сопровождения [4, 5]. Национальный совет медицинского туризма оценивает типичный срок переориентации учреждения на международную работу в 2–3 года, тогда как лучшие мировые практики позволяют сделать это за 4–6 месяцев [8], разница красноречиво свидетельствует о том, насколько велика потребность в системной поддержке и методическом сопровождении.

5. Цифровизация как инструмент развития медицинского туризма

Цифровые технологии сегодня во многом определяют, придёт ли иностранный пациент именно в вашу клинику. CRM-система позволяет не потерять ни один входящий запрос и отслеживать путь каждого потенциального пациента от первого обращения до оплаты. Телемедицина снижает издержки пациента на предварительные консультации на 30–50% и существенно повышает вероятность того, что он всё-таки приедет лечиться [9]. Автоматический перевод эпикризов в электронных медицинских картах устраняет один из самых болезненных барьеров – необходимость вручную переводить объёмную медицинскую документацию.

По данным International Medical Travel Journal за 2024 год, клиники с полностью оцифрованными процессами работы с иностранными пациентами фиксируют прирост потока на 25–40% и достигают индекса удовлетворённости пациентов выше 85 баллов [9]. Чат-боты, отвечающие на типовые вопросы в любое время суток, и системы предиктивной аналитики, помогающие прогнозировать спрос из конкретных стран, всё это уже не экзотика, а стандарт ожиданий международного пациента.

6. Проблемы и направления совершенствования

Разрыв между нормативными амбициями и повседневной практикой в сфере медицинского туризма хорошо виден изнутри системы. Главная проблема – отсутствие единого стандарта организации международной работы: каждое учреждение выстраивает её самостоятельно, что порождает разброс качества от вполне приемлемого до откровенно неудовлетворительного. В Южной Корее государство ведёт реестр аккредитованных медицинских организаций и централизованно регулирует стандарты работы с иностранными пациентами; в России такого механизма пока нет [5, 8].

Особого внимания заслуживает ситуация в амбулаторном звене, учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Именно здесь разрыв между декларируемыми возможностями и реальным положением дел особенно очевиден. В большинстве городских поликлиник медицинский туризм *de facto* сводится к возможности обратиться в отделение платных услуг, единственный формат, в котором иностранный пациент может рассчитывать на медицинскую помощь. Однако даже здесь речь идёт не о системном медицинском туризме, а лишь о предоставлении некоторых услуг за деньги: штатные должности пациент-менеджеров в амбулаторных учреждениях попросту не предусмотрены, функция персонального сопровождения иностранного пациента не закреплена ни за кем. Ситуация с языковой компетентностью ещё острее: владение вторым, а тем более третьим иностранным языком среди сотрудников поликлиник редкое исключение, а не правило. В результате иностранный пациент, пришедший на приём, нередко оказывается один на один с языковым барьером, непривычной организацией приёма и отсутствием кого-либо, кто мог бы взять на себя роль его проводника в системе.

Кадровый дефицит в области пациент-менеджмента носит системный характер. Медицинские вузы не готовят специалистов этого профиля: соответствующей специальности в образовательных программах нет, профессионального стандарта тоже [13]. Медицинские организации вынуждены либо обучать сотрудников самостоятельно (нередко в режиме «учись на ходу»), либо привлекать людей без профильной подготовки, рассчитывая на их общую коммуникабельность и знание языков. Оба варианта заведомо проигрывают систематизированной модели, реализованной, например, в Южной Корее, где подготовка медицинского координатора строится по чётким образовательным стандартам [5].

К числу других значимых барьеров относятся: несовершенство механизмов страхового покрытия для иностранных пациентов, слабое продвижение российских медицинских услуг на зарубежных рынках и межкультурные барьеры, которые не устраняются простым привлечением переводчика [3, 12]. Преодоление перечисленных проблем требует согласованных усилий как на уровне федеральных органов управления здравоохранением, так и на уровне отдельных медицинских организаций.

Заключение. Международные отделения и службы пациент-менеджеров – это не дополнительный сервис для состоятельных зарубежных пациентов. Это инфраструктурный фундамент, без которого любой, даже самый технологически оснащённый медицинский центр не сможет полноценно работать на международном рынке. Россия располагает необходимым медицинским потенциалом, вопрос в том, насколько этот потенциал организационно оформлен и доступен иностранному пациенту.

Сложившаяся ситуация в амбулаторном звене, где медицинский туризм фактически ограничен рамками отделений платных услуг, а пациент-менеджеры и многоязычный персонал отсутствуют, наглядно демонстрирует, что проблема носит не точечный, а системный характер. Её решение требует движения сразу по нескольким направлениям.

На основе проведённого анализа сформулированы следующие рекомендации.

Во-первых, необходима разработка и принятие профессионального стандарта пациент-менеджера с соответствующими образовательными программами в медицинских вузах.

Во-вторых, целесообразно создание единого координационного центра медицинского туризма в Москве, обеспечивающего межведомственную координацию и централизованное продвижение столичных медицинских услуг за рубежом.

В-третьих, необходима разработка дифференцированных методических рекомендаций по организации работы с иностранными пациентами, отдельно для стационарных учреждений и для амбулаторного звена, с учётом реальных ресурсных возможностей поликлиник.

В-четвёртых, следует активнее внедрять цифровые платформы дистанционного сопровождения, которые могут частично компенсировать нехватку специализированного персонала в учреждениях амбулаторной сети.

В-пятых, важно обратить внимание на иностранных студентов, которые уже учатся в медицинских вузах России. Студенты свободно говорят на двух языках, понимают культурный контекст и при этом получают медицинское образование. Привлечение их к работе пациент-менеджерами – это возможность для клиник получить не просто переводчиков, а людей, способных по-настоящему понять пациента и выстроить с ним доверительные отношения. Для самих студентов это шанс получить бесценный практический опыт, а для системы здравоохранения – готовое решение кадрового вопроса в сфере медицинского туризма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Medical Tourism Index 2024. International Healthcare Research Center. – URL: <https://medicaltourismindex.com> (дата обращения: 20.04.2026).
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Развитие экспорта медицинских услуг: итоги за 2024 год. – URL: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/natsproektzdravooхранenie/medturizm> (дата обращения: 20.04.2026).
3. Петрова Г. Д., Чернышев Е. В. Дайджест «Медицинский туризм и экспорт медицинских услуг»: аналитический обзор (январь–сентябрь 2024) / ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» – М., 2024. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=77606526> (дата обращения: 20.04.2026).
4. Bumrungrad International Hospital. International Patient Services. – URL: <https://www.bumrungrad.com> (дата обращения: 20.04.2026).
5. Korea Health Industry Development Institute (KHIDI). Medical Tourism Statistics 2023. – Seoul, 2024. – URL: <https://www.khidi.or.kr> (дата обращения: 20.04.2026).
6. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2025) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 20.04.2026).
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг». – URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=448474> (дата обращения: 20.04.2026).
8. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 14 августа 2019 г. № 1797-р «Об утверждении Стратегии развития экспорта услуг до 2025 года». – URL: <https://legalacts.ru/doc/rasporjazhenie-pravitelstva-rf-ot-14082019-n-1797-r-ob-utverzhenii/> (дата обращения: 20.04.2026).
9. Medhekar A. The Digital Transformation of Medical Tourism // Revolutionizing Healthcare Experience With Digital Medical Tourism / ed. by Viana Imad Hassan [et al.]. – Hershey, PA : IGI Global, 2025. – P. 325–354. – DOI: 10.4018/979-8-3693-7888-5.ch014. – URL: <https://www.igi-global.com/chapter/the-digital-transformation-of-medical-tourism/372923> (дата обращения: 20.04.2026).
10. Подготовка координаторов для медицинского туризма: международные практики. – 2025. – URL: <https://med-edu.org/staff-for-medical-tourism-2025/> (дата обращения: 20.04.2026).
11. Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Марков Д. И. Корпоративная культура в медицинской организации: учёт этноконфессиональной принадлежности пациентов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, спецвыпуск. – С. 943–948. – DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-S1-943-948.
12. Петрова Г. Д., Аксенова Е. И. Социально-культурные компетенции координатора по работе с иностранными пациентами // Здоровье мегаполиса. – 2022. – Т. 3, № 4. – С. 84–91. – DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i4;84-91.
13. Стародубов В. И., Улумбекова Г. Э. Здравоохранение России: проблемы и решения // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2015. – № 1 (1). – С. 12–27. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdravooхранenie-rossii-problemy-i-resheniya> (дата обращения: 08.05.2026).

REFERENCES

1. International Healthcare Research Center. Medical Tourism Index 2024 [Internet]. [cited 2026 Apr 20]. Available from: <https://medicaltourismindex.com>
2. Ministry of Health of the Russian Federation. Export of Medical Services: Results for 2024 [Internet]. [cited 2026 Apr 20]. Available from: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/natsproektzdravookhraneniemedturizm> (In Russ.)
3. Petrova GD, Chernyshev EV. Digest "Medical Tourism and Export of Medical Services": Analytical Review (January–September 2024). Moscow: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management; 2024. [cited 2026 Apr 20]. Available from: <https://elibrary.ru/item.asp?id=77606526> (In Russ.)
4. Bumrungrad International Hospital. International Patient Services [Internet]. [cited 2026 Apr 20]. Available from: <https://www.bumrungrad.com>
5. Korea Health Industry Development Institute (KHIDI). Medical Tourism Statistics 2023. Seoul; 2024. [cited 2026 Apr 20]. Available from: <https://www.khidi.or.kr>
6. Russian Federation. Federal Law of November 21, 2011, No. 323-FZ (as amended on December 29, 2025) "On the Fundamentals of Health Protection of Citizens in the Russian Federation" [Internet]. [cited 2026 Apr 20]. Available from: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (In Russ.)
7. Government of the Russian Federation. Decree of May 11, 2023, No. 736 "On Approval of the Rules for Providing Paid Medical Services by Medical Organizations" [Internet]. [cited 2026 Apr 20]. Available from: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=448474> (In Russ.)
8. Government of the Russian Federation. Order of August 14, 2019, No. 1797-r "On Approval of the Strategy for the Development of Export of Services until 2025" [Internet]. [cited 2026 Apr 20]. Available from: <https://legalacts.ru/doc/rasporjazhenie-pravitelstva-rf-ot-14082019-n-1797-r-ob-utverzhenii/> (In Russ.)
9. Medhekar A. The Digital Transformation of Medical Tourism. In: Viana Imad Hassan, Singh A, Jabooob A, Sorayya ei Azar A, editors. Revolutionizing Healthcare Experience With Digital Medical Tourism. Hershey (PA): IGI Global; 2025. p. 325-354. doi: 10.4018/979-8-3693-7888-5.ch014. [cited 2026 Apr 20]. Available from: <https://www.igi-global.com/chapter/the-digital-transformation-of-medical-tourism/372923>
10. Training of Coordinators for Medical Tourism: International Practices [Internet]. 2025. [cited 2026 Apr 20]. Available from: <https://med-edu.org/staff-for-medical-tourism-2025/> (In Russ.)
11. Aksenova EI, Aleksandrova OA, Yarasheva AV, et al. Corporate culture in a medical organization: ethno-confessional affiliation of patients. Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranennia Istorii Med. 2022;30(Special Issue):943-948. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-SI-943-948 (In Russ.)
12. Petrova GD, Aksenova EI. Socio-cultural competencies of the coordinator for work with foreign patients. City Healthcare. 2022;3(4):84-91. doi: 10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i4;84-91 (In Russ.)
13. Starodubov VI, Ulumbekova GE. Russian healthcare: problems and solutions. HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ [Internet]. 2015;1(1):12-27. [cited 2026 May 8]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdravookhranenie-rossii-problemy-i-resheniya> (In Russ.)

Информация об авторе:

Манапов Эдуард Кантемирович – аспирант 1 года обучения, специальность 3.2.3 – Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва, Российская Федерация; e-mail: manapov1@yandex.ru; ORCID: 0009-0000-5254-1464.

Author information:

Eduard K. Manapov – first-year postgraduate student, specialty: 3.2.3 Public Health, Healthcare Organization, Sociology of Health, and Medical and Social Disability, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russian Federation; e-mail: manapov1@yandex.ru; ORCID: 0009-0000-5254-1464.

ТРАНСЛЯЦИЯ КУЛЬТУРНЫХ КОДОВ В МАРКЕТИНГОВЫХ КОММУНИКАЦИЯХ: КАК ГОВОРИТЬ О РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ С МИРОМ НА ПОНЯТНОМ ЕМУ ЯЗЫКЕ

Прокопенко А. Е.

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Аннотация

Актуальность темы исследования. В 2026 году глобальная система здравоохранения функционирует в условиях поликризиса, включающего сокращение бюджетных ассигнований, кадровый дефицит, климатические риски и внедрение технологий искусственного интеллекта. В подобной обстановке государства, демонстрирующие жизнеспособные и тиражируемые модели развития медицинской сферы, получают возможность усилить свое геополитическое влияние и инвестиционную привлекательность. Российский фармацевтический и медицинский сектор, по данным официальных источников, реализовал масштабный рывок в политике импортозамещения и создании инновационных продуктов. Тем не менее для устойчивой интеграции в международное профессиональное сообщество, привлечения иностранных инвестиций и пациентов акцент исключительно на технических характеристиках продукта недостаточен. Первостепенное значение приобретает способность транслировать информацию, опираясь на культурные коды и ценностные установки, релевантные для зарубежной аудитории.

В эпоху кардинальной реорганизации медицинских систем и повышения спроса на экономичные, высокотехнологичные и этические решения отечественные разработки в сфере MedTech, цифровых сервисов и фармацевтики обладают высоким экспортным потенциалом. Однако отсутствие выверенных кросс-культурных коммуникационных моделей выступает барьером для выхода российских продуктов на внешние рынки.

Цель исследования – формирование научно обоснованной и эмпирически подтвержденной концепции транслирования культурных кодов в маркетинговых коммуникациях, ориентированной на эффективное продвижение отечественных медицинских технологий и услуг за рубежом. Реализация поставленной цели требует решения нескольких задач: 1) анализ ключевых трендов международного маркетинга в сфере медицины за период 2025–2026 гг.; 2) выявление преобладающих культурных кодов, задействованных в текущих информационных потоках о российском здравоохранении; 3) определение факторов, снижающих релевантность существующих нарративов для внешних аудиторий; 4) разработка матрицы адаптации («перекодирования»)

информации и подготовка практических рекомендаций по корректировке коммуникационной политики.

Материалы и методы. Теоретико-методологическая база исследования опирается на семиотический подход, разработанный Ю. М. Лотманом [1], теорию культурных кодов К. Рапайя [2], а также концепции межкультурной коммуникации Э. Холла [3] и т. д. В ходе работы применялись методы системного и сравнительного анализа, контент-анализ открытых информационных материалов российских и иностранных MedTech-организаций, а также изучение нормативно-правовых актов, регулирующих рекламную деятельность в медицинской сфере. Дополнительно был проведен анализ актуальной конъюнктуры медицинского маркетинга 2025 года [4].

Результаты: в ходе анализа установлено, что текущие внешние коммуникации российского здравоохранения строятся на трёх культурных кодах («импортозамещение любой ценой», «технологический подвиг», «государственная опека»), которые снижают понятность сообщений для зарубежной аудитории. Предложена матрица перекодирования этих установок в универсальные ценности (устойчивость систем, гуманизм технологий, равный доступ), а также система метрик оценки эффективности. Определены приоритетные каналы коммуникации (профессиональные ассоциации, рецензируемые журналы, образовательные форматы) и даны рекомендации по региональной адаптации для Ближнего Востока, Юго-Восточной Азии и Латинской Америки.

Заключение: технологический задел российского здравоохранения сам по себе не обеспечивает международного признания без выстроенной коммуникационной стратегии. Предложенная матрица перекодирования позволяет транслировать отечественные разработки через универсальные ценности: устойчивость, гуманизм, доступность.

Ключевые слова: культурные паттерны, маркетинговые коммуникации, общественное здоровье, глобальное позиционирование, национальная система здравоохранения РФ, цифровые медицинские решения, H2H-маркетинг, ценностно-ориентированная коммуникация, экспорт медицинских услуг.

Для цитирования: Прокопенко А. Е. Трансляция культурных кодов в маркетинговых коммуникациях: как говорить о российском здравоохранении с миром на понятном ему языке // **Современные проблемы науки** [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции, Москва, 14 марта 2026 года. – 2026...

Для корреспонденции: Прокопенко Алин Евгеньевич, аспирант 1 курса, e-mail: Monolith136@list.ru

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена в рамках Государственного задания в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

TRANSLATING CULTURAL CODES IN MARKETING COMMUNICATIONS: HOW TO TALK ABOUT RUSSIAN HEALTHCARE TO THE WORLD IN A LANGUAGE THEY UNDERSTAND

Prokopenko A.E.

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

Abstract

In 2026, the global healthcare system navigates a multi-crisis environment with budget cuts, personnel shortages, climate risks, and artificial intelligence implementation. In this context, countries that demonstrate viable and replicable models for medical advancement have the opportunity to strengthen their geopolitical clout and investment appeal. According to official sources, the Russian pharmaceutical and medical sector has made significant progress in import substitution policies and novel product development. However, focusing solely on product technical aspects is insufficient for sustainable integration into the international professional community and attracting foreign investment and patients. It is crucial to be able to communicate information using cultural codes and values of global audiences.

Russian developments in MedTech, digital services, and pharmaceuticals possess high export potential in an era of radical reorganization of healthcare systems and rising demand for cost-effective, high-tech, and ethical solutions. However, the lack of proven cross-cultural communication models hampers the entry of Russian products into international markets.

Objective. To develop a scientifically and empirically proven model for transmitting cultural codes in marketing communications in order to efficiently promote Russian medical technologies and services abroad. To achieve this, several issues must be solved: 1) analyzing key trends in international medicine marketing in 2025-2026; 2) identifying cultural codes prevalent in current information flows about Russian healthcare; 3) identifying factors that reduce the relevance of existing narratives for global audiences; 4) developing a matrix for adapting, or “recoding”, information and preparing practical recommendations for adjusting the communication policy.

Materials and methods. The theoretical and methodological framework included Yu. M. Lotman's [1] semiotic approach, K. Rapaport's [2] concept of cultural codes, and E. Hall [3] and G. Hofstede's theory of cross-cultural communications. Methods of systematic and comparative analysis were applied. A content analysis of open-access communication materials from Russian and international MedTech companies as well as regulations on advertising in the healthcare sector was conducted. An analysis of current trends in medical marketing for 2025 was performed [4].

Results. The analysis revealed that three cultural codes—"import substitution at any cost," "technological breakthrough," and "state patronage"—are the foundation of current external communications in Russian healthcare, which reduce the comprehensibility of messages for international audiences. A matrix for recoding these attitudes into universal values (system sustainability, humane technology, and equal access) and a system of performance assessment metrics were proposed. Priority communication channels, such as professional associations, peer-reviewed journals, and educational formats, were identified. Recommendations for regional adaptation were provided for the Middle East, Southeast Asia, and Latin America.

Conclusion. Without a well-developed communication strategy, Russia's technological advances in healthcare alone does not guarantee international recognition. The proposed recoding matrix enables the communication of Russian developments through the universal values of sustainability, humanism, and accessibility.

Keywords: cultural codes, marketing communications, public health, international positioning, Russian healthcare, digital health technologies, H2H marketing, value communication, export of medical services.

For citation: Prokopenko A.E. Translation of Cultural Codes in Marketing Communications: How to Talk About Russian Healthcare with the World in a Language They Understand. In: Current Problems in Science [Internet]: Collected Postgraduate Students' Scientific Papers from the Annual Scientific and Practical Conference. Moscow, 14 March 2026. 2026...

For correspondence: Alin E. Prokopenko, first-year postgraduate student, e-mail: Monolith136@list.ru.

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Funding. The work was carried out within the framework of a state assignment to the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Введение. Современная трансформация глобальной системы здравоохранения заключается в постепенном отказе от модели догоняющего развития в пользу формирования полицентричной архитектуры. В рамках данной модели технологические и организационные нововведения генерируются не только в традиционных странах-лидерах (Соединенные Штаты Америки, государства Европейского союза, Япония), но и в государствах, которые ранее преимущественно выступали в роли импортеров медицинских технологий. За последние пять лет в Российской Федерации был зафиксирован устойчивый рост профильных компетенций. К числу наиболее значимых результатов можно отнести обеспечение государственного сегмента отечественными лекарственными средствами более чем на 80%, внедрение национальных платформ медицинских информационных систем, а также масштабирование телемедицинских сервисов, направленных на повышение доступности медицинской помощи в регионах с низкой плотностью населения. Дополнительными драйверами развития выступают разработки в области бионического протезирования и создание носимых биосенсоров.

Однако наличие технологического потенциала автоматически не конвертируется в международное признание и экспортный успех. Ключевым барьером выступает не качество или функциональность российских разработок, а коммуникационный разрыв: неспособность отечественных производителей и медицинских организаций транслировать свои достижения на языке, понятном и вызывающем доверие у зарубежных пациентов, инвесторов и профессионального сообщества.

В современной научной литературе под культурным кодом понимается устойчивая система знаков, символов, архетипов и поведенческих паттернов, укорененная в коллективном бессознательном представителей определенной социокультурной общности [1, 2, 3]. В маркетинговых коммуникациях, особенно в такой деликатной сфере, как здравоохранение, игнорирование культурных кодов реципиента ведет к коммуникационной неудаче: сообщение либо не воспринимается вовсе, либо интерпретируется искаженно, вплоть до формирования устойчивого негативного отношения к объекту коммуникации.

1. Трансформация глобального ландшафта медицинских коммуникаций: вызов 2026 года

Анализ современных источников [4–9] свидетельствует о глубинной трансформации структуры медицинских маркетинговых коммуникаций, наблюдаемой в 2025–2026 гг. Центральным системным изменением становится отказ от классического разделения на форматы B2B (business-to-business) и B2C (business-to-consumer) в пользу концепции H2H – Human-to-Human. В основе этой концепции лежит положение о том, что действительным адресатом любого коммуникационного воздействия выступает не обобщенная целевая группа, а конкретная личность с присущими ей экзистенциальными переживаниями, ценностными ориентирами и культурно детерминированными способами восприятия информации.

Специфика H2H-коммуникаций в здравоохранении определяется следующими факторами:

- высокая уязвимость реципиента: пациент обращается к медицинской информации в состоянии тревоги, что требует предельной деликатности и исключения манипулятивных техник;
- кризис доверия к институциональным источникам: пациент стремится самостоятельно разобраться в медицинской информации, но при этом демонстрирует критически низкий уровень базовых знаний о физиологии и методах лечения;
- феномен «двойного авторитета»: когда рекомендацию дает врач-блогер, уровень доверия аудитории возрастает непропорционально скорости верификации данных, что создает как возможности, так и риски;
- ужесточение регуляторных требований: запрет на гарантии результата, сравнение с конкурентами, использование «шокового» контента, особые требования к маркировке рекламы.

В условиях межкультурного взаимодействия к перечисленным факторам добавляется феномен культурной дистанции. Коммуникационные послы, воспринимаемые как уместные и этичные в рамках российской традиции, в иной культурной среде способны оцениваться противоположным образом – как агрессивные, патерналистские либо, напротив, лишенные достаточной авторитетности.

2. Российский экспортный потенциал и его коммуникационная «упаковка»

Проведенный анализ позволяет выделить несколько направлений, в которых российское здравоохранение обладает объективными конкурентными преимуществами, значимыми для глобального рынка:

Цифровые сервисы и МИС: опыт внедрения медицинских информационных систем в масштабах страны, охватывающих тысячи учреждений, уникален. МИС «МедЛок» и мобильное приложение «МедТочка» (1,5 млн загрузок) демонстрируют готовность российских цифровых продуктов к масштабированию.

В сегменте телемедицины десятикратное увеличение количества дистанционных консультаций за трехлетний период демонстрирует сформированность устойчивых компетенций в организации удаленного приема. Данный формат взаимодействия обладает высокой актуальностью для государств, характеризующихся низкой плотностью населения и дефицитом кадровых ресурсов.

Решения для пациентского сервиса: триггерные рассылки, программы лояльности, автоматизация записи – инструменты, доказавшие эффективность в возврате пациентов (10% после неявки) и формировании долгосрочных отношений.

Вместе с тем анализ коммуникативных паттернов, преобладающих во внешних информационных потоках российских медицинских организаций и профильных производителей, свидетельствует о систематическом тиражировании трех культурно-обусловленных моделей, не адаптированных к восприятию зарубежной аудитории:

Код 1. «Импортозамещение как самоцель». В качестве одного из культурных кодов выступает установка на импортозамещение, позиционируемая как самодостаточная цель. В коммуникационных материалах акцент делается на факте разработки отечественного продукта, приходящего на смену зарубежному аналогу. Для иностранного реципиента подобная смысловая конструкция интерпретируется как проявление закрытости, неготовности к международному сотрудничеству и избыточной идеологизированности. При этом глобальный пациент или инвестор ориентирован не на поиск замены как таковой, а на выбор оптимального с точки зрения характеристик и эффективности решения.

Код 2. «Технологический героизм». Вторым воспроизводимым кодом выступает нарратив преодоления внешних препятствий – санкционных ограничений, ресурсных трудностей – и достижения прорывных результатов вопреки неблагоприятным условиям. В западной и азиатской коммуникационных традициях подобная риторика оценивается как избыточно драматизированная, что подрывает доверие к объективности декларируемых характеристик продукта или услуги.

Код 3. «Государственный патернализм». Третьим устойчивым культурным кодом является акцент на государстве как единственном субъекте развития, доминирующем в коммуникационном поле. Для аудиторий, разделяющих ценности индивидуального выбора и рыночной конкуренции, такая модель репрезентации формирует образ инерционной, бюрократизированной структуры, не обладающей достаточной гибкостью для оперативного реагирования на запросы конечного потребителя.

3. Барьеры восприятия: регуляторные и этические измерения

Процессы международной коммуникации в сфере медицинских продуктов и услуг разворачиваются не в изолированном нормативном пространстве, а в условиях строгих регуляторных ограничений. Рассмотрение требований зарубежных регуляторов (FDA, EMA), а также правил, устанавливаемых глобальными рекламными платформами, позволяет выделить области повышенной уязвимости для российских коммуникационных стратегий, не прошедших соответствующей адаптации:

Запрет на «гарантии результата». Формулировки, характерные для российской практики медицинского маркетинга – «избавит», «навсегда победит», «100% эффективность» – в большинстве зарубежных юрисдикций вступают в прямое противоречие с нормативными требованиями и подвергаются блокировке со стороны рекламных систем.

Необходимость доказательной базы. Любое заявление о клинической эффективности должно сопровождаться верифицированными данными и ссылками на авторитетные источники. Подход, предполагающий упрощенную интерпретацию сложных клинических данных (широко распространенный в российских B2B-коммуникациях), не соответствует требованиям международных рынков.

Особая чувствительность к визуальному контенту. Применение визуальных материалов, включающих сопоставление состояний «до» и «после» вмешательства, демонстрацию хирургических манипуляций, а также использование образов несовершеннолетних, в большинстве случаев либо находится под прямым запретом, либо допускается исключительно при соблюдении особых процедур согласования и наличии соответствующей возрастной маркировки.

Таким образом, простая трансляция существующих рекламных материалов – официальных интернет-ресурсов, презентаций для выставочных мероприятий, пресс-релизов – без учета контекста и адаптации к иным регуляторным и культурным условиям не только не обеспечивает требуемой результативности, но и влечет за собой риски репутационного и юридического характера.

4. Модель культурного перекодирования: от нарративов к универсальным ценностям

В основе предлагаемого подхода к трансляции культурных кодов лежит положение, согласно которому результативность международной коммуникации в области российского здравоохранения обеспечивается не путем формального перевода (т.е. замены языковых единиц на иноязычные эквиваленты), а посредством перекодирования – комплексной реконфигурации смыслового содержания сообщения с ориентацией на ценностные системы принимающей культуры (табл.) [2, 3].

Таблица. Матрица перекодирования культурных кодов в коммуникациях о российском здравоохранении для зарубежных рынков

Исходный (внутренний) культурный код	Универсальный (международный) культурный код	Коммуникационная стратегия реализации
«Импортозамещение»	«Устойчивость систем здравоохранения» (Resilience)	В рамках данной модели приоритетное значение приобретает акцент на функциональных характеристиках технологий, подтверждающих свою эффективность в условиях ресурсных ограничений, низкой плотности населения и фрагментарности инфраструктуры. Иллюстрацией такого подхода может служить следующая формулировка: «Предлагаемые решения ориентированы на территории, где каждый специалист в области медицины обладает критической значимостью»
«Технологический героизм»	«Технологический гуманизм» (Human-Centered Design)	Смещение фокуса с «мощи технологии» на «качество жизни пациента». Пример: «Устройство позволяет пациенту избежать 12 изнурительных поездок в год и оставаться под наблюдением лучших специалистов»

Исходный (внутренний) культурный код	Универсальный (международный) культурный код	Коммуникационная стратегия реализации
«Государственный патернализм»	«Равный доступ и социальная справедливость» (Equity)	Презентация технологий как инструмента преодоления географического и социального неравенства в здоровье. Пример: «Цифровая платформа делает высококвалифицированную помощь доступной независимо от места проживания»
«Экспертное превосходство» (прямая трансляция знания от врача к пациенту)	«Доказательная эмпатия» (Shared Decision Making)	Коммуникация, основанная на принципе информированного согласия и совместного принятия решений. Пример: «Мы предоставляем вам полные данные, чтобы вы могли сделать осознанный выбор вместе с вашим врачом»
«Уникальность разработки»	«Совместимость и открытые стандарты» (Interoperability)	Демонстрация готовности российских решений к интеграции в существующие национальные системы здравоохранения. Пример: «Наш продукт сертифицирован по международным стандартам»

5. Практическая реализация: каналы, форматы, метрики эффективности

Предложенная модель перекодирования требует пересмотра не только содержания, но и канальной стратегии международных маркетинговых коммуникаций.

Приоритетные каналы для трансляции адаптированных культурных кодов:

Важным каналом коммуникации выступают профессиональные сообщества и академические платформы (ResearchGate, PubMed, профильные международные ассоциации). Презентация российских разработок в данной среде предполагает размещение результатов в рецензируемых изданиях, что способствует формированию исходного уровня доверия со стороны профессиональной аудитории.

К числу эффективных каналов коммуникации относятся целевые образовательные форматы. Участие в международных конференциях предполагает не презентацию национального стенда, а интеграцию в программу в качестве соорганизаторов научных секций, проведение мастер-классов и симуляционных тренингов.

Перспективным направлением выступает использование специализированных цифровых площадок. В данном контексте предусматривается смещение акцента с корпоративных интернет-ресурсов, выполняющих преимущественно презентационную функцию, в сторону интеграции с глобальными медицинскими агрегаторами, маркетплейсами медицинских изделий и платформами, обеспечивающими проведение телемедицинских консультаций.

Принципиальное значение приобретает отказ от установки на культурный универсализм. Смысловая конструкция «равенства доступа» интерпретируется неодинаково в различных регионах: на Ближнем Востоке ключевым акцентом выступает благотворительность и внимание

к нуждающимся, в странах Юго-Восточной Азии востребован код социальной гармонии, тогда как для Латинской Америки определяющим является код преодоления исторически сложившегося неравенства. В связи с этим возникает необходимость вторичной адаптации единого коммуникационного сообщения с учетом региональных культурных особенностей.

6. Методология оценки эффективности трансляции культурных кодов

Применение стандартных метрик, принятых в медицинском маркетинге (число переходов, стоимость лида, возврат инвестиций в маркетинг), не позволяет в полной мере оценить результативность кросс-культурных коммуникаций. В качестве альтернативы предлагается использовать комплексную систему показателей, включающую следующее:

В качестве одного из ключевых индикаторов предлагается семантический коэффициент соответствия, отражающий долю публикаций о российском здравоохранении в зарубежных средствах массовой информации и профильных изданиях, в которых применяются культурно-релевантные коды (устойчивость, гуманизм, доступность) в противовес кодам, не соответствующим ожиданиям принимающей аудитории (изоляция, героизм).

Индекс коммуникационного доверия, рассчитываемый по результатам опросов ключевых профессиональных групп (врачи, управленческий персонал медицинских организаций, представители регуляторных органов) и отражающий динамику восприятия российских медицинских разработок до и после проведения коммуникационных кампаний.

Коэффициент партнерской конверсии, определяемый как отношение количества запросов о дистрибуции, совместных исследовательских проектах либо инвестиционных возможностях к совокупному объему коммуникационной активности.

Механизм мониторинга вирусных рисков, предусматривающий выявление негативных интерпретаций российских коммуникационных сообщений в зарубежном сегменте социальных медиа и последующую оперативную корректировку стратегии.

Заключение. Результаты проведенного исследования дают основание для формулирования ряда выводов, обладающих как теоретической значимостью, так и прикладной ценностью в контексте развития международных коммуникационных стратегий в сфере российского здравоохранения.

Накопленный потенциал отечественной медицинской науки и промышленности, выражающийся в разработке цифровых платформ, телемедицинских решений, фармацевтических продуктов и медицинской техники, формирует объективную базу для выхода на внешние рынки и получения международного признания. Вместе с тем наличие технологических компетенций само по себе не гарантирует достижения указанных целей. Отсутствие соответствующей коммуникационной стратегии, позволяющей представить данные разработки через универсальные культурные коды, ведет к тому, что российские решения оказываются вне зоны внимания как глобальных потребителей, так и профессионального сообщества.

Сложившиеся на сегодняшний день подходы к внешним коммуникациям, опирающиеся на нарративы импортозамещения, достижения технологического суверенитета и преодоления санкционного давления, демонстрируют низкую эффективность при выходе на международные рынки. Подобная риторика способствует формированию восприятия отечественной медицинской сферы как замкнутой, излишне идеологизированной и недостаточно гибкой структуры. В то же время глобальный рынок здравоохранения в 2026 году предъявляет к поставщикам тех-

нологий и услуг принципиально иные требования: открытость взаимодействия, совместимость предлагаемых решений, ориентацию на интересы конечного пользователя и нацеленность на равноправное сотрудничество.

Достижение эффективности в трансляции культурных кодов предполагает не реализацию точечных мероприятий (например, участие в выставочных проектах), а системное преобразование коммуникационных стратегий. Необходимым условием выступает формирование долгосрочной экспортноориентированной коммуникационной платформы, объединяющей ценностные, регуляторные, лингвистические и визуальные компоненты в единую интегрированную структуру.

В качестве приоритетного направления дальнейших научных изысканий в рассматриваемой области следует определить создание валидированных инструментов для оценки восприятия российских медицинских брендов в различных культурных ареалах (страны Ближнего Востока, Юго-Восточной Азии, Африки, Латинской Америки, государства – члены ЕАЭС). Отсутствие эмпирически обоснованных данных о механизмах интерпретации культурных кодов в каждом из перечисленных регионов неизбежно придает коммуникационным стратегиям интуитивный характер, не позволяя опираться на строго верифицированные научные основания.

Вопросы, связанные с международной коммуникацией в сфере российского здравоохранения, целесообразно включить в образовательные программы для руководителей медицинских организаций и специалистов по общественному здоровью [10]. Обзор учебных модулей, реализуемых ведущими российскими бизнес-школами, свидетельствует о том, что компетенции в области кросс-культурного медицинского маркетинга и брендинга пока не стали системным элементом подготовки кадров для отрасли. Устранение данного пробела представляет собой необходимое условие для обеспечения долгосрочной конкурентоспособности российского здравоохранения на глобальном уровне.

Таким образом, представление российского здравоохранения на международной арене на языке, доступном для восприятия глобальной аудиторией, предполагает не упрощение или идеализацию реального положения дел, а выявление универсального гуманитарного смысла, заложенного в отечественных технологических и организационных решениях. Культурные коды, отражающие заботу, доступность медицинской помощи, уважение к пациенту и высокий профессионализм врача, не нуждаются в переводе как таковом – они требуют лишь устранения избыточных, нерелевантных для внешней аудитории смысловых наслоений. Данная задача представляет собой стратегическое направление научно обоснованной коммуникационной политики в сфере общественного здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лотман Ю. М. Семиосфера [Сб.] / Ю.М. Лотман; [Федер. прогр. книгоизд. России]. – СПб.: Искусство-СПБ, 2000. – 703 с.; 24. – ISBN 5-210-01488-6. [URL:https://rusneb.ru/catalog/000200_000018_RU_NLR_bibl_141195/](https://rusneb.ru/catalog/000200_000018_RU_NLR_bibl_141195/) (дата обращения: 12.05.2026).
2. Rapaille C. The Culture Code: An Ingenious Way to Understand Why People Around the World Live and Buy as They Do. – New York: Broadway Books, 2006. – 224 p.
3. Hall E. T. Beyond Culture. – New York: Anchor Books, 1976. – 256 p. URL:<https://archive.org/details/beyondculture0000hall/page/n5/mode/2up> (дата обращения: 12.05.2026).

4. Апухтина Е. Маркетинг и реклама в медицине: тенденции и прогнозы 2026 // РБК Компании. – 27 декабря 2025. – URL: <https://companies.rbc.ru/news/cCwyplyBWv/marketing-i-reklama-v-medsine-tendentsii-i-prognozyi-2026/> (дата обращения: 12.02.2026).
5. Эскендилов Х. Эксперт компании МедРокет назвал 5 главных трендов цифровизации медицины // РБК Компании. – 23 января 2026. – URL: <https://companies.rbc.ru/news/1GLW6bf0ho/ekspert-kompanii-medroket-nazval-5-glavnyih-trendov-tsifrovizatsii-medsinyi/> (дата обращения: 12.02.2026).
6. Зубарева С. Как контент в соцсетях меняет медицинский рынок и цепочки поставок // РБК Компании. – 23 января 2026. – URL: <https://companies.rbc.ru/news/z7YpjXrWIO/kak-kontent-v-sotssetyah-menyaet-medsinskij-rynok-i-tsepochki-postavok/> (дата обращения: 12.02.2026).
7. Конференция «Управление медицинским бизнесом в России 2026» // Кто есть кто в медицине. – 2026. – URL: <https://ktovmedicine.ru/events/2025/3/konferenciya-upravlenie-medicinskim-biznesom-v-rossii-2026.html> (дата обращения: 12.02.2026).
8. IV Всероссийская практическая конференция «Офтальмология 360°. Здравоохранение, маркетинг, цифровизация, право» // Российская офтальмология онлайн. – 2026. – URL: <https://eyepress.ru/article/17-aprelya-2026-g-v-moskve-sostoitsya-iv-vserossiyskaya-prakticheskaya-konferent> (дата обращения: 12.02.2026).
9. Кравец А. Как работает маркетинг в медицине: что нужно знать о законах, трендах, аналитике // Unisender. – 19 января 2026. – URL: <https://www.unisender.com/ru/blog/marketing-v-medicine/> (дата обращения: 12.02.2026).
10. Модули развития компетенций: Управление в здравоохранении // Школа управления СКОЛКОВО. – 2026. – URL: <https://www.skolkovo.ru/centres/health/moduli-razvitiya-kompetencij/> (дата обращения: 12.02.2026).

REFERENCES

1. Lotman YuM. Semiosphere. St. Petersburg: Art-SPB; 2000. 703 p. [cited 2026 May 12]. Available from: https://rusneb.ru/catalog/000200_000018_RU_NLR_bibl_141195/ (In Russ.)
2. Rapaille C. The Culture Code: An Ingenious Way to Understand Why People Around the World Live and Buy as They Do. New York: Broadway Books; 2006. 224 p.
3. Hall ET. Beyond Culture [Internet]. New York: Anchor Books; 1976. 256 p. [cited 2026 May 12]. Available from: <https://archive.org/details/beyondculture0000hall/page/n5/mode/2up>
4. Apukhtina E. Marketing and Advertising in Medicine: Trends and Forecasts 2026. RBC Companies [Internet]. 2025 Dec 27. [cited 2026 Feb 12]. Available from: <https://companies.rbc.ru/news/cCwyplyBWv/marketing-i-reklama-v-medsine-tendentsii-i-prognozyi-2026/> (In Russ.)
5. Eskendirov K. MedRoket Expert Names 5 Key Trends in Medicine Digitalization. RBC Companies [Internet]. 2026 Jan 23. [cited 2026 Feb 12]. Available from: <https://companies.rbc.ru/news/1GLW6bf0ho/ekspert-kompanii-medroket-nazval-5-glavnyih-trendov-tsifrovizatsii-medsinyi/> (In Russ.)
6. Zubareva S. How Social Media Content is Changing the Medical Market and Supply Chains. RBC Companies [Internet]. 2026 Jan 23. [cited 2026 Feb 12]. Available from: <https://companies.rbc.ru/news/>

7. Conference "Medical Business Management in Russia 2026". Who is Who in Medicine [Internet]. 2026. [cited 2026 Feb 12]. Available from: <https://ktovmedicine.ru/events/2025/3/konferenciya-upravlenie-medicinskim-biznesom-v-rossii-2026.html> (In Russ.)
8. IV Russian Practical Conference "Ophthalmology 360°. Healthcare, Marketing, Digitalization, Law". Russian Ophthalmology Online [Internet]. 2026. [cited 2026 Feb 12]. Available from: <https://eyepress.ru/article/17-aprelya-2026-g-v-moskve-sostoitsya-iv-vserossiyskaya-prakticheskaya-konferent> (In Russ.)
9. Kravets A. How Marketing Works in Medicine: What You Need to Know About Laws, Trends, and Analytics. Unisender [Internet]. 2026 Jan 19. [cited 2026 Feb 12]. Available from: <https://www.unisender.com/ru/blog/marketing-v-medicine/> (In Russ.)
10. Competency Development Modules: Healthcare Management. Moscow School of Management SKOLKOVO [Internet]. 2026. [cited 2026 Feb 12]. Available from: <https://www.skolkovo.ru/centres/health/moduli-razvitiya-kompetencij/> (In Russ.)

Информация об авторе:

Прокопенко Алин Евгеньевич – аспирант 1 курса, специальность 3.2.3 Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия; e-mail: Monolith136@list.ru, ORCID: 0009-0005-8371-9743.

Author information:

Alin E. Prokopenko – first-year postgraduate student, specialty: 3.2.3 Public Health, Healthcare Organization, Sociology of Health, and Medical and Social Disability Examination, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russian Federation; e-mail: Monolith136@list.ru, ORCID: 0009-0005-8371-9743.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА В РФ: РАЗРАБОТКА КРИТЕРИЕВ, УЧИТЫВАЮЩИХ ЭКОНОМИЧЕСКИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Таныгин А. С.

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Аннотация

Актуальность исследования. В рамках федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг», реализуемого в составе национального проекта «Здравоохранение», одним из целевых показателей является достижение объёма экспорта медицинских услуг России до 1 миллиарда долларов ежегодно. Данный показатель в 2024 г. был перевыполнен и составил 1,09 миллиарда долларов, а в 2025 году за девять месяцев этот объем составил 1,59 миллиарда долларов, что свидетельствует о существенном росте направления.

Однако, несмотря на увеличение экономических показателей, в недостаточной степени уделяется внимание другим критически важным параметрам, включающим в себя медицинские и социокультурные аспекты. Отражением этого являются результаты социологических исследований, например, исследования, проведенного сотрудниками Медицинского института МГУ им. Н. П. Огарёва, по которым можно сделать вывод о наличии ряда проблем медицинского туризма в России, вызванных недостаточным к ним вниманием [1]. Поэтому для дальнейшего развития этого направления необходимо ввести новые критерии оценивания соответствующих программ, во избежание существенных затруднений в будущем.

Целью исследования является разработка более комплексных критериев оценки эффективности соответствующих программ.

Материалы и методы. Проведен комплексный анализ научных статей, нормативно-правовых актов и статистических данных в сфере медицинского туризма в России и зарубежных странах (Сингапур, Германия, Южная Корея, Индия).

Результаты. Сформированы более комплексные критерии оценки эффективности программ медицинского туризма. К ним относятся:

Экономические. Общий доход; Доход от въездного медицинского туризма; Средний чек;

Медицинские. Качество медицинской помощи; Квалификация медицинского персонала; Технологическая оснащенность клиник;

Социокультурные. Языковая доступность; Бытовые условия; Культурная адаптивность;

Закключение. Наличие более комплексных критериев оценивания программ медицинского туризма будет способствовать не только повышению качества медицинской помощи и уровню комфорта иностранных пациентов, но и развитию сферы здравоохранения Российской Федерации, укреплению её статуса как одной из стран, предоставляющих высокотехнологичную и культурно-сенситивную медицинскую помощь.

Ключевые слова: медицинский туризм, эффективность программ, комплексная оценка, критерии оценки, социокультурные факторы, Российская Федерация

Для цитирования: Таныгин А. С. Оценка эффективности программ медицинского туризма в РФ: Разработка системы критериев, учитывающих экономические, медицинские и социокультурные результаты // **Современные проблемы науки** [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции, Москва, 14 марта 2026 года. – 2026...

Для корреспонденции: Таныгин Алексей Сергеевич, ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы», e-mail: t.alex2909@gmail.com.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена в рамках Государственного задания в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

EVALUATING THE EFFICIENCY OF MEDICAL TOURISM PROGRAMS IN THE RUSSIAN FEDERATION: DEVELOPMENT OF CRITERIA CONSIDERING ECONOMIC, CLINICAL, AND SOCIOCULTURAL RESULTS

Tanygin A.S.

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

Abstract

Relevance. One of the main goal of the federal project “Development of Export of Medical Services,” which is part of the national project “Healthcare,” is to export up to \$1 billion worth of medical services from Russia per a year. This target was exceeded in 2024, when the volume reached \$1.09 billion, and in the first nine months of 2025, it amounted to \$1.59 billion, indicating a significant upward trend in this industry.

However, other critically important factors, including clinical and sociocultural aspects, receive insufficient attention despite the growth in economic indicators. This is demonstrated by the findings of sociological studies, e.g., the research conducted by the Medical Institute of Ogarev Mordovia State

University, which revealed several problems in the Russian medical tourism industry that had not been adequately considered. [1] Therefore, it is necessary to introduce new evaluation criteria for relevant programs in order to prevent future concerns and to ensure the sustainable development of the sector.

Objective. To develop extensive criteria for evaluating the efficiency of medical tourism programs.

Materials and methods. A comprehensive analysis of scientific publications, regulations, and statistics on medical tourism in Russia and in selected foreign countries (Singapore, Germany, South Korea, and India) was conducted.

Results. Extensive criteria for evaluating the efficiency of medical tourism programs were developed. These criteria included economic (total revenue, revenue from inbound medical tourism, average expenditure per patient), clinical (quality of care, qualification of medical personnel, technological capacity of healthcare organizations), and sociocultural (language accessibility, living conditions, cultural adaptability) indicators.

Conclusion. Introducing extensive evaluation criteria for medical tourism programs will contribute to the quality of care and the level of comfort for international patients, as well as to the overall development of the Russian healthcare sector, strengthening the country's position as a provider of advanced, culturally sensitive medical services.

Keywords: medical tourism, program effectiveness, comprehensive assessment, evaluation criteria, sociocultural factors, Russian Federation

For citation: Tanygin A.S. Evaluating the Efficiency of Medical Tourism Programs in the Russian Federation: Development of Criteria Considering Economic, Clinical, and Sociocultural Results. In: Current Problems in Science [Internet]: Collected Postgraduate Students' Scientific Papers from the Annual Scientific and Practical Conference. Moscow, 14 March 2026. 2026...

For correspondence: Aleksey S. Tanygin, postgraduate student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, e-mail: t.alex2909@gmail.com.

Conflict of interest. The author declares that there is no conflict of interest.

Funding. The work was carried out within the framework of a state assignment to the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Введение. Под медицинским туризмом подразумевается выезд в другой регион (в пределах своей страны или за границу) с целью получения профессиональной плановой медицинской помощи [2]. Сегодня медицинский туризм является важным экономическим ресурсом иностранной валюты и показателем развития системы здравоохранения страны [3].

В России медицинский туризм развивается в рамках федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» и привлек 1,09 миллиардов долларов США только за 2024 год. Дальнейшее развитие этого направления позволит не только увеличить приток денежных средств [4], но и поднять качество оказываемой медицинской помощи в целом. К 2030 году ожидается рост рынка до 60–90 миллиардов рублей. Уже сейчас существуют частные программы, направленные на привлечение граждан СНГ и дружественных стран на лечение в РФ. Эти сервисы оказывают услуги по поиску клиники, расчету стоимости лечения, визовую поддержку, трансфер и сопровождение и ведут разработку системы оплаты услуг картами иностранных банков.

Дальнейшее развитие существующих и создание новых программ медицинского туризма в России требует более комплексного контроля, поскольку уже сейчас выявляются существенные недочеты, обнаруженные в ходе социологических опросов [1]. К таковым относятся малоузнаваемость, наличие языкового барьера, неудобные условия пребывания и необходимость получения визы.

Обратимся к опыту внедрения и развития медицинского туризма среди стран-лидеров в этом направлении для формирования комплексной системы оценивания их эффективности и беспрепятственного роста данной отрасли в России.

Основная часть. В Российской Федерации медицинский туризм представлен преимущественно внутренним рынком, тогда как экспорт услуг остается ограниченным. Для дальнейшего развития этого направления целесообразно обратиться к опыту стран, уже достигших успехов в данной сфере. К числу таких стран можно отнести Германию, Южную Корею, Индию и Сингапур, поскольку они часто упоминаются в отраслевых обзорах и аналитических публикациях как ключевые направления медицинского туризма, что позволяет рассматривать их в качестве репрезентативных примеров успешных моделей развития данного рынка.

При этом каждая из перечисленных стран формирует свою конкурентную специализацию. Южная Корея представляет собой уникальный пример страны, активно продвигающей медицинские услуги в сфере эстетической медицины и «индустрии красоты», что сопровождается агрессивной маркетинговой стратегией на глобальном рынке. Медицинский туризм в Южной Корее представлен по большей части пластическими процедурами, такими как ринопластика, блефаропластика и коррекция контуров лица. Это связано с таким явлением, как Hallyu, глобальным феноменом распространения культуры Южной Кореи, в том числе и критериев красоты. Это явление активно используется страной как в маркетинговых целях, рекламируя не только услуги по пластической хирургии, но и по дерматологии [5]. Стоимость косметических процедур может варьироваться от 4000 до 6000 долларов, что значительно дешевле, чем в западных странах, где цена может достигать 10 000 долларов.

Другими ключевыми направлениями медицинских услуг в Южной Корее являются малоинвазивная хирургия, в том числе трансплантация органов, кардиохирургия, лечение онкологии, а также диагностические процедуры. Связано это с высоким развитием медицинских технологий в этой стране, а также уровнем подготовки медицинского персонала.

Помимо высококачественных медицинских услуг Южная Корея предоставляет консьерж-сервис, который включает в себя онлайн-консультации, помощь в выборе клиник и врачей, приблизительный расчет стоимости до прибытия пациента. По прибытии его встречает куратор и переводчик, если это необходимо. После отбытия пациента ведется дистанционное наблюдение для контроля состояния. Медицинские кураторы лицензируются государством, что гарантирует комфорт пациенту.

Большинство ведущих больниц Южной Кореи аккредитованы авторитетными международными (JCI) и национальными (КАНФ, КОИНА) организациями в сфере здравоохранения. Эти аккредитации служат знаком качества, гарантируя, что медицинские учреждения соответствуют или превосходят международные стандарты. В большинстве больниц есть специальное отделение или группа, ответственная за обеспечение безопасности пациентов. Пациенты также имеют право на информированное согласие, получение второго мнения и конфиденциальность.

Для облегчения медицинского туризма Южная Корея предлагает специализированные медицинские визы. Как правило, пациентам требуется предоставить письмо от медицинского учреждения в Южной Корее с подробным описанием планируемых медицинских процедур. Медицинская виза обычно действительна до 90 дней и может быть продлена при необходимости дальнейшего лечения.

Корейский язык является основным, но медицинские работники часто понимают и говорят по-английски. Также во многих ведущих больницах есть службы перевода или международные отделы для оказания помощи иностранным пациентам.

Несмотря на хорошие условия и высококачественные медицинские услуги, медицинский туризм имеет свои недостатки, ключевым из которых является первоочередность заработка, а не оказание помощи.

Основываясь на опыте Южной Кореи, можно сделать следующие выводы: ключевым фактором развития медицинского туризма в этой стране был маркетинг, закрепивший критерии красоты, сейчас важную роль играет уровень сервисного сопровождения пациента, включая ведение пациента и создание комфортной языковой среды, которое повышает уровень доверия пациента.

Рассматривая Германию, стоит подчеркнуть, что ключевыми направлениями медицинского туризма, аналогично направлениям в Российской Федерации, являются лечение онкологических заболеваний, офтальмология, кардиология [6]. По этой причине анализ опыта этой страны в развитии данной отрасли будет полезен для укрепления аналогичных направлений в России.

Германия славится качеством оказываемых услуг, поддерживая высокий уровень. Поддерживается он в первую очередь уровнем подготовки медицинских кадров, а также оснащенностью клиник. Большинство больниц аккредитованы по международным стандартам (JCI, DIN EN ISO) или ассоциациями больниц и совета медсестер (KTQ).

Развитая инфраструктура и расположение клиник в центре города, что делает их удобным для приезжих пациентов. Для въезда в Германию с целью лечения гражданам стран, не входящих в ЕС, как правило, требуется медицинская виза. Для этого необходимо предоставить письмо от медицинского учреждения с описанием планируемого лечения, подтверждение наличия финансовых средств для покрытия медицинских расходов и комплексное страховое покрытие. Медицинские визы обычно действительны до 90 дней и могут быть продлены, если лечение требует больше времени.

Основным языком является немецкий, английский широко распространен в медицинских учреждениях. Многие врачи и медицинский персонал свободно владеют английским языком. Группы больниц Vivantes и Helios имеют специализированные услуги, направленные для удовлетворения потребностей иностранных пациентов, таких как языковая поддержка, удовлетворение культурных потребностей [7].

Ключевым фактором укрепления Германии как одного из лидеров медицинского туризма является высокий уровень качества оказываемых услуг. Однако не меньше внимания уделяется и созданию более комфортной обстановки для иностранных туристов: создание языковой и культурной среды.

Основные направления медицинского туризма в Сингапуре включают в себя кардиохирургию, лечение онкологических заболеваний, ортопедию и пластические операции, аналогично основным направлениям той же отрасли в Российской Федерации.

В Сингапуре развиты медицинские технологии, такие как роботизированная хирургия. С экономической точки зрения Сингапур занимает промежуточное положение: он не является самым дешевым направлением, однако пациенты оценивают соотношение цена-качество как оправданное. Дополнительным преимуществом является наличие различных ценовых категорий ус-

луг и возможность оплаты через страхование, что делает лечение более доступным для обеспеченных слоев населения [8].

Большинство больниц в Сингапуре аккредитованы Объединенной международной комиссией (JCI) или Международным обществом качества здравоохранения (ISQua), что гарантирует соответствие международным стандартам медицинского обслуживания.

Транспортная инфраструктура Сингапура высоко оценивается туристами за ее скорость и доступность. Компактность городской среды еще сильнее увеличивает эти показатели, позволяя легко перемещаться между медицинскими учреждениями и туристическими объектами.

Еще одним преимуществом Сингапура является развлекательный фактор. Наличие достопримечательностей и удобный доступ к торговым центрам, паркам аттракционов, культурным мероприятиям позволяет рассматривать процесс лечения более привлекательным и с туристической точки зрения.

В Сингапуре широко распространен английский язык, в том числе и в медицинских учреждениях. Это облегчает иностранным пациентам эффективное общение с медицинскими работниками.

Несмотря на более высокие цены, чем у соседних стран, таких как Малайзия и Индонезия, большинство иностранных пациентов отдадут предпочтение Сингапуру при выборе места лечения [9]. Это связано с высоким качеством оказываемых медицинских услуг в этой стране, а также развитой инфраструктурой.

Индия уникальна своим оздоровительным туризмом, предлагая такие медицинские услуги, как унани, йога, медитация, аюрведа и гомеопатическое лечение. В Российской Федерации это направление туризма развито, но в большей степени ориентировано на внутренний рынок. Анализ опыта Индии поможет в развитии оздоровительного туризма в России на экспорт.

Помимо оздоровительного туризма, другими основными направлениями медицинского туризма в Индии являются кардиохирургия, лечение онкологических заболеваний, аналогично Российской Федерации [10].

Индийские больницы и медицинские учреждения все чаще проходят аккредитацию международными (JCI) организациями, что подчеркивает их приверженность качеству и совершенству. Рост числа частных больниц, ориентированных специально на иностранных пациентов, является еще одним привлекательным фактором для туристов. Стоимость оказываемых услуг может обходиться на 40–80% дешевле по сравнению со странами Западной Европы при сопоставимом уровне качества [11].

Иностранные пациенты могут подать заявку на медицинскую визу, обычно обозначаемую как «медицинская виза», которая специально предназначена для лечения в Индии. Медицинская виза обычно выдается на срок до одного года или на период лечения, в зависимости от того, что короче.

В индийских медицинских учреждениях широко распространен английский язык, но больница может организовать переводчиков с других языков при необходимости.

На данный момент в Российской Федерации эффективность программ медицинского туризма оценивается только экономически. Опыт репрезентируемых стран позволит дополнить критерии для оценивания.

Такие страны, как Германия и Сингапур, демонстрируют успех и узнаваемость за счет оказываемых высококачественных медицинских услуг и развитой инфраструктуры. Индия, Южная Корея, а также Германия предлагают специализированные услуги для медицинских туристов, включая переводчиков, консьерж-сервис и создание комфортной культурной среды.

Предлагаю следующие критерии, разделенные на 3 основные группы: экономические (табл. 1), медицинские (табл. 2), социально-культурные (табл. 3).

Таблица 1. Экономические критерии

Экономические		
Общий доход	Доход от въездного медицинского туризма	Средний чек

Общий доход – представление об общем доходе необходимо для оценки целесообразности программ в целом.

Доход от въездного медицинского туризма – следует различать внешний и внутренний туризм, чтобы иметь более точное представление о результатах программы.

Средний чек – представление о средней стоимости проведенных медицинских услуг по определенному направлению, проживания, расходов на дорогу позволяет оценить ценовую конкурентоспособность страны в этом направлении.

Таблица 2. Медицинские критерии

Медицинские		
Качество медицинской помощи	Квалификация медицинского персонала	Технологическая оснащенность клиник

Качество медицинской помощи – этот критерий должен учитывать результаты лечения, количество повторных обращений. Это и объективный показатель качества проведенных манипуляций, и удовлетворенность результатом самого пациента.

Квалификация медицинского персонала – помимо образования, нужно учитывать опыт врача: количество проведенных манипуляций, результативность, участие на международных конференциях, доказывающая степень его подготовки.

Технологическая оснащенность клиник – имеется ли у медицинского оборудования сертификация, соответствует ли она регламентам и наличие аккредитации по международным стандартам у клиники.

Таблица 3. Социально-культурные критерии

Социально-культурные		
Языковая доступность	Бытовые условия	Культурная адаптивность

Языковая доступность – процентное отношение медицинского и административного персонала, владеющего языками приоритетных стран, наличие сертифицированного подтверждения. Также можно учитывать наличие штатных переводчиков и долю пациентов, которых они ведут.

Бытовые условия – это критерий комфорта пациента во время пребывания в другой стране. Учитывается как оценка самого пациента, так и уровень оснащённости палаты.

Культурная адаптивность – достаточно объёмный критерий, который должен учитывать соответствие нормам культуры приоритетных стран: возможность выбора врача определенного пола, сопровождения родственниками, питания с учетом религиозных особенностей.

Заключение. Таким образом, разработка и внедрение комплексных критериев оценки программ медицинского туризма представляют собой необходимый шаг на пути становления данной отрасли в Российской Федерации. В отличие от существующих фрагментарных подходов, ориентированных преимущественно на экономические показатели (объём экспорта услуг, количество иностранных пациентов), предлагаемая система критериев позволяет учитывать многоаспектный характер медицинского туризма, включая качество и безопасность медицинской помощи, уровень сервисного сопровождения, культурную чувствительность, удовлетворённость пациента и долгосрочные репутационные эффекты.

Применение таких критериев будет способствовать не только повышению качества медицинской помощи и уровня комфорта иностранных пациентов, но и поступательному развитию всей сферы здравоохранения Российской Федерации. Это, в свою очередь, укрепит статус страны как одного из надёжных и привлекательных поставщиков высокотехнологичной и культурно-ориентированной медицинской помощи на глобальном рынке.

Следует признать, что медицинский туризм в России находится на этапе своего развития. Отраслевые институты, нормативная база и практики взаимодействия между медицинскими организациями, туристическими операторами и государственными структурами только складываются. В этих условиях предложенные критерии оценивания призваны выполнить структурирующую функцию – задать чёткие ориентиры для всех участников процесса, унифицировать подходы к измерению успешности программ и создать основу для сравнительного анализа различных дестинаций и клиник.

При этом важно понимать, что сами по себе критерии не способны автоматически разрешить все затруднения, возникающие при развитии программ медицинского туризма. Такие проблемы, как недостаточная координация между ведомствами, дефицит многоязычного персонала, несовершенство нормативно-правовой базы в части сопровождения иностранных граждан или неразвитость маршрутизации пациентов, требуют самостоятельных организационных и законодательных решений. Однако внедрение комплексной системы оценки позволит своевременно выявлять эти проблемы, фиксировать их локализацию и остроту, а значит – целенаправленно вырабатывать меры для их последующего устранения. Тем самым критерии оценки выступают не как панацея, а как эффективный инструмент диагностики и стратегического управления развитием медицинского туризма в России.

ЛИТЕРАТУРА

1. Семелева Е. В., Игнатьева О. И., Яриков А. В. Проблемы развития медицинского туризма в России // Социальные аспекты здоровья населения. 2025. № 2 (71). DOI: 10.21045/2071-5021-2025-71-2-10.
2. Кордубан Е. А. Медицинский и лечебно-оздоровительный туризм: общее и отличия // Здоровье мегаполиса. 2025. Т. 6. № 1. С. 76–82. DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i1:76-82.
3. 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.

4. Ван С. Медицинский туризм с международной точки зрения / С. Ван // Фундаментальные и прикладные аспекты глобализации экономики: Тезисы докладов и выступлений III Международной научно-практической конференции молодых ученых, Донецк, 11–12 апреля 2022 года / Общая редакция Л.И. Дмитриченко. – Донецк: Донецкий национальный университет, 2022. – С. 162-165.
5. Xu Q., Purushothaman V., Cuomo R.E. et al. A bilingual systematic review of South Korean medical tourism: a need to rethink policy and priorities for public health? BMC Public Health. 2021;21(1):658. doi: 10.1186/s12889-021-10642-x
6. Heinz T., Eidmann A., Jakuscheit A. et al. Demographics and Trends for Inbound Medical Tourism in Germany for Orthopedic Patients before and during the COVID-19 Pandemic. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(2):1209. doi: 10.3390/ijerph20021209
7. Lianto M., Suprpto W., Mel M. The Analysis Factor of Medical Tourism in Singapore. SHS Web Conf. 2020;76:01028. doi: 10.1051/shsconf/20207601028
8. Mehta A, Ray S, Roy S, et al. Impact of medical tourism on Indian healthcare sector. Int J Res Mark Manage Sales. 2023;5(2):53-59. doi: 10.33545/26633329.2023.v5.i2a.133
9. Katsarova S., Banevičius Š. Impact of the development of medical tourism for the European health tourism destinations. Germany – good practice. Balt J Econ Stud. 2026;12(1):21-28. doi: 10.30525/2256-0742/2026-12-1-21-28
10. Teresa C., Adam M.R.R. An analysis of attitudinal loyalty in Singapore medical tourism from the perspective of Indonesian medical tourists. J Bus Entrep. 2024;12(1):1-22. doi: 10.46273/csryey57
11. Zakaria M., Islam M.A., Islam M.K. et al. Determinants of Bangladeshi patients' decision-making process and satisfaction toward medical tourism in India. Front Public Health. 2023;11:1137929. doi: 10.3389/fpubh.2023.1137929

REFERENCES

1. Semeleva EV, Ignatieva OI, Yarikov AV. Problems of medical tourism development in Russia. Soc Asp Popul Health. 2025;2(71). [cited 2026 May 20]. doi: 10.21045/2071-5021-2025-71-2-10 (In Russ.)
2. Korduban EA. Medical and Health Tourism: Similarities and Differences. City Healthcare. 2025;6(1):76-82. [cited 2026 May 20]. doi: 10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i1:76-82 (In Russ.)
3. Nesterova SI. Inbound Medical Tourism in Russia: Development Barriers and Strategies for Attracting Foreign Patients. Bull Samara Munic Inst Manag. 2025;(2):36-51. [cited 2026 May 20]. doi: 10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i1:76-82 (In Russ.)
4. Wang S. Medical tourism from an international perspective. In: Dmitrichenko LI, editor. Fundamental and Applied Aspects of Economic Globalization: Abstracts of reports and presentations of the III International Scientific and Practical Conference of Young Scientists, Donetsk, 11–12 April 2022. Donetsk: Donetsk National University; 2022. p. 162-165. (In Russ.)
5. Xu Q, Purushothaman V, Cuomo RE, et al. A bilingual systematic review of South Korean medical tourism: a need to rethink policy and priorities for public health? BMC Public Health. 2021;21(1):658. doi: 10.1186/s12889-021-10642-x

6. Heinz T, Eidmann A, Jakuscheit A, et al. Demographics and Trends for Inbound Medical Tourism in Germany for Orthopedic Patients before and during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(2):1209. doi: 10.3390/ijerph20021209
7. Lianto M, Suprpto W, Mel M. The Analysis Factor of Medical Tourism in Singapore. *SHS Web Conf*. 2020;76:01028. doi: 10.1051/shsconf/20207601028
8. Mehta A, Ray S, Roy S, et al. Impact of medical tourism on Indian healthcare sector. *Int J Res Mark Manage Sales*. 2023;5(2):53-59. doi: 10.33545/26633329.2023.v5.i2a.133
9. Katsarova S, Banevičius Š. Impact of the development of medical tourism for the European health tourism destinations. Germany – good practice. *Balt J Econ Stud*. 2026;12(1):21-28. doi: 10.30525/2256-0742/2026-12-1-21-28
10. Teresa C, Adam MRR. An analysis of attitudinal loyalty in Singapore medical tourism from the perspective of Indonesian medical tourists. *J Bus Entrep*. 2024;12(1):1-22. doi: 10.46273/csryey57
11. Zakaria M, Islam MA, Islam MK, et al. Determinants of Bangladeshi patients' decision-making process and satisfaction toward medical tourism in India. *Front Public Health*. 2023;11:1137929. doi: 10.3389/fpubh.2023.1137929

Информация об авторе:

Таныгин Алексей Сергеевич – аспирант 1 года обучения, «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва, Российская Федерация; e-mail: t.alex2909@gmail.com; ORCID: 0009-0008-3992-432X.

Author information:

Aleksey S. Tanygin – first-year postgraduate student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russian Federation; e-mail: t.alex2909@gmail.com; ORCID: 0009-0008-3992-432X

ФИЛОСОФИЯ ГОСТЕПРИИМСТВА КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОЙ СРЕДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, РАБОТАЮЩЕЙ С ИНОСТРАНЦАМИ

Тищенко М. С.

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Аннотация

Актуальность исследования обусловлена двумя взаимосвязанными глобальными вызовами: стратегической задачей экспорта медицинских услуг и ростом миграционных потоков, требующим обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия в поликультурном обществе. Традиционные модели управления оказываются неэффективными при работе с иностранными пациентами, чьи уникальные культурные, языковые и правовые особенности часто игнорируются. Это приводит к психологическому дискомфорту у пациента, низкой приверженности лечению, конфликтам и репутационным рискам для медицинских организаций. Философия гостеприимства, базирующаяся на принципах уважения, проактивной заботы и обеспечения безопасности гостя, представляет собой целостную этико-организационную модель, адаптированную для решения обозначенной задачи.

Цель исследования – разработать концептуальные и организационные основы для формирования национальной системы медицинского гостеприимства, интегрирующей философию клиентоориентированности, передовые цифровые решения (включая искусственный интеллект) и эффективные модели государственно-частного партнерства для преодоления существующих барьеров.

Материалы и методы. В основу работы легли методы системного и сравнительного анализа, контент-анализ нормативно-правовых актов Российской Федерации, стратегических документов, а также научных публикаций по вопросам межкультурной коммуникации, медицинского права, менеджмента качества и медицинского туризма. Применен метод проектирования организационных систем.

Результаты. Разработана концепция философии гостеприимства как ключевой парадигмы для клиентоориентированной работы с иностранными пациентами. На её основе предложена трехуровневая модель национальной системы, включающая: 1) единую организационную и цифровую платформу с применением технологий искусственного интеллекта; 2) сеть специализированных медицинских кластеров; 3) интегрированную систему правового, финансового и кадрового обеспечения.

Заключение. Реализация предложенной модели на основе философии гостеприимства позволит России совершить рывок в рейтинге медицинского туризма, привлекая целевой поток пациентов без ущерба для системы ОМС. Это требует скоординированных действий государства и бизнеса по цифровизации, стандартизации сервиса, контролю качества кадров и продвижению российских медицинских брендов на международном рынке.

Ключевые слова: Философия гостеприимства, клиентоориентированность, иностранные пациенты, кросс-культурная компетентность, медицинский туризм, национальная система здравоохранения, цифровизация, организационная модель, государственно-частное партнерство, искусственный интеллект, кадровые риски.

Для цитирования: Тищенко М. С. Философия гостеприимства как основа формирования клиентоориентированной среды в медицинской организации, работающей с иностранцами // Современные проблемы науки [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции, Москва, 14 марта 2026 года. – 2026...

Для корреспонденции: Тищенко Мария Сергеевна, аспирант, e-mail: sms1995zhizdra@yandex.ru

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена в рамках Государственного задания в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

PHILOSOPHY OF HOSPITALITY AS THE BASIS FOR FORMING A CLIENT-ORIENTED ENVIRONMENT IN A HEALTHCARE ORGANIZATION PROVIDING INTERNATIONAL PATIENT SERVICES

Tishchenko M. S.

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

Abstract

Relevance. The global medical tourism industry faces two interconnected challenges. First, the strategic task of exporting medical services and the growth of migration flows require ensuring sanitary and epidemiological welfare in a multicultural society. Second, traditional management models are often ineffective for handling international patients, whose unique cultural, linguistic, and legal characteristics are frequently overlooked. This can lead to conflicts, patient cultural shock, low treatment adherence, and reputational risks for clinics. The philosophy of hospitality, based on respect, proactive care, and guest safety, is an integrated ethical and organizational model designed to address these challenges.

Objective. To develop the conceptual and organizational foundations of a national healthcare hospitality system that integrates a client-oriented philosophy, advanced digital solutions, including artificial intelligence, and efficient models of public-private partnership.

Materials and methods. The author used the methods for systematic and comparative analyses. A content analysis of the regulations of the Russian Federation, strategic documents, and scientific publications on intercultural communication, medical law, quality management, and medical tourism was performed. The method of designing organizational systems was also applied.

Results. The author designed a concept of the hospitality philosophy serving as a key paradigm for client-oriented international patient services. Based on this concept, a three-level model of the national system was proposed, including: 1) a unified AI-driven organizational and digital platform; 2) a network of specialized medical clusters; 3) an integrated system of legal, financial, and personnel support.

Conclusion. Using the proposed model of the hospitality philosophy, Russia will make a breakthrough in the medical tourism rankings, attracting a target flow of patients without compromising the compulsory medical insurance system. The government and industry must work together in order to digitalize, standardize services, control staff quality, and promote Russian medical brands on the international market.

Keywords: philosophy of hospitality, client orientation, international patients, cross-cultural competence, medical tourism, national healthcare system, digitalization, organizational model, public-private partnership, artificial intelligence, human resource risks.

For citation: Tishchenko M.S. Philosophy of Hospitality as the Basis for Forming a Client-Oriented Environment in a Healthcare Organization Providing International Patient Services. In: Current Problems in Science [Internet]: Collected Postgraduate Students' Scientific Papers from the Annual Scientific and Practical Conference. Moscow, 14 March 2026. 2026...

For correspondence: Maria S. Tishchenko, postgraduate student, e-mail: sms1995zhizdra@yandex.ru

Conflict of interests. The author declares that there is no conflict of interest.

Funding. The work was carried out within the framework of a state assignment to the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Введение. Современное российское здравоохранение активно интегрируется в глобальный рынок медицинских услуг, который к 2030 году может вырасти до 7,6 миллиарда долларов [1].

Развитие медицинского туризма, программы экспорта медицинских услуг, а также рост числа экспатов и мигрантов формируют новую реальность, в которой медицинские организации вынуждены конкурировать за иностранного пациента [2, 3]. В этой конкурентной борьбе одних только высоких клинических технологий и доступной цены становится недостаточно [1]. Иностранному пациенту – это не только «пациент», но и «гость», «клиент», чьи потребности выходят далеко за рамки клинического протокола. Он сталкивается с множеством трудностей: наличие языкового барьера, незнакомая правовая и медицинская система, культурные различия в коммуникации с врачом, психологический стресс от нахождения в чужой стране. Поэтому ему необходимы навигация в незнакомой среде, эмоциональная поддержка, чувство безопасности и предсказуемости. Игнорирование этих потребностей ведет к росту тревожности, снижению приверженности лечению, конфликтам и, в конечном итоге, к негативным отзывам, подрывающим репутацию учреждения [4].

Правительство Российской Федерации активно занимается усовершенствованием существующих законов по оказанию медицинской помощи иностранным гражданам [5]. Однако на текущий момент остается ряд государственных проблем, которые тормозят развитие. Из основных можно выделить отсутствие достоверной статистики, слабое взаимодействие между частным и государственным секторами, зачастую полное отсутствие сервисной составляющей (визовая поддержка, логистика, сопровождение) на государственном уровне и недостаточное продвижение российских медицинских услуг за рубежом [6].

Помимо этого, есть ряд внутренних противоречий. С одной стороны, существует объективная нехватка кадров как в клинической медицине, так и в сфере медицинского туризма, обу-

словленная низкими зарплатами и проблемами в образовании [7]. С другой – кадровый голод порождает риски, когда на ответственные позиции, в том числе в роли участковых врачей, попадают неквалифицированные или недобросовестные специалисты-мигранты, чьи действия, основанные на суевериях, а не на доказательной медицине, могут напрямую угрожать здоровью пациентов, а также репутации страны [8].

В этой связи возникает необходимость в новой парадигме управления, которая бы синтезировала медицинскую эффективность с высочайшими стандартами сервиса. Такой парадигмой может стать философия гостеприимства, понимаемая не как отрасль гостиничного бизнеса, а как фундаментальный антропологический и этический принцип – искусство создания для гостя безопасного, комфортного и предсказуемого пространства, в котором уважаются его достоинство и культура [9].

Целью исследования является не только обоснование философии гостеприимства как этической основы, но и разработка на ее базе конкретной, технологичной и экономически обоснованной модели национальной системы, способной преодолеть указанные барьеры, обеспечить контроль качества и вывести Россию в лидеры глобального рынка медицинского туризма.

Основная часть. От сервиса к философии: переосмысление клиентоориентированности в поликультурном контексте

Клиентоориентированность в медицине часто сводится к набору стандартов вежливости и внешним атрибутам комфорта. Однако при работе с иностранцами этого недостаточно. Речь идет о глубокой кросс-культурной компетентности, которая должна стать ядром корпоративной философии, под которой понимается совокупность морально-этических и деловых норм и принципов для сотрудников медицинских организаций [10]. Как отмечается в источниках, «корпоративная философия медицинской организации должна быть клиентоориентированной, с качественным медицинским и социально-культурным сервисом» и направлена на результативность межкультурной коммуникации [11].

В свою очередь, философия гостеприимства – это системная мировоззренческая и управленческая установка, в соответствии с которой иностранный пациент воспринимается не как внешняя проблема или источник дохода, а как **гость**, чье благополучие, безопасность и психологический комфорт являются безусловным приоритетом на всех этапах медицинского взаимодействия. Эта философия базируется на нескольких ключевых принципах:

- **Принцип проактивного понимания:** предвосхищение и изучение потребностей, страхов и барьеров, характерных для разных групп иностранных пациентов (мигранты, студенты, туристы), а не реакция на уже возникшие конфликты.
- **Принцип культурного смирения:** признание того, что медицинский персонал не является носителем иной культуры, и проявление искреннего интереса и уважения к нормам, традициям и ценностям пациента. «Основа доверительных отношений с пациентом – это знание культуры, традиций, особенностей религии» [10].
- **Принцип целостной заботы:** оказание медицинской помощи неотделимо от создания среды, которая учитывает религиозные, пищевые, коммуникативные и бытовые особенности. «Важнейшим компонентом лечения и реабилитации является лечебное питание, которое должно не только соответствовать медицинским показаниям, но и учитывать индивидуальные предпочтения пациента, в том числе его религиозные убеждения» [10–13].

- **Принцип правовой этической ясности:** прозрачность в вопросах оплаты, страхования, объема гарантированной и платной помощи, основанная на знании законодательства РФ и международных договоров [14].

Именно такая философия формирует ту «воспринимаемую пациентом ценность медицинской услуги», которая является главным конкурентным преимуществом.

Философия гостеприимства как ответ на кадровые и этические вызовы

В условиях кадрового дефицита и поликультурности философия гостеприимства становится не просто концепцией сервиса, а **системой обеспечения безопасности и качества**. Она должна включать жесткие внутренние механизмы контроля, особенно при привлечении иностранных медицинских кадров и работе с иностранными пациентами. Это указывает на необходимость:

- **Многоуровневого контроля квалификации:** Допуск иностранных специалистов к самостоятельной работе должен сопровождаться обязательным наставничеством и надзором со стороны старших российских коллег в течение адаптационного периода. Их работа должна быть встроена в систему внутреннего аудита [15].
- **Коллегиальности принятия ключевых решений:** Внедрение обязательной процедуры консилиума (в том числе с возможностью телемедицинского участия иностранных экспертов) для постановки сложных диагнозов и определения тактики лечения дорогостоящим медицинским туристам. Это снижает риск врачебной ошибки и повышает доверие [12, 15].
- **Интеграции ИИ как «третьего мнения» и контролера:** Технологии искусственного интеллекта должны использоваться не только для перевода, но и для структурирования данных, поддержки принятия решений (CDSS) и контроля назначений. ИИ может анализировать протоколы консилиума, сверять назначения с клиническими рекомендациями, выявлять противоречия и автоматически заполнять медицинскую документацию, минимизируя человеческий фактор и освобождая время врача для общения с пациентом [15].

Философия гостеприимства в данном контексте – это гарантия того, что каждый пациент, независимо от его происхождения, получит помощь, соответствующую высшим стандартам доказательной медицины и медицинской этики.

Структурные элементы среды, основанной на философии гостеприимства: от локальной организации к национальной системе

Для прорывного развития экспорта медицинских услуг, решения системных проблем, а также для конкуренции с такими странами, как ОАЭ (где уже действует интеллектуальное приложение «единого окна»), необходима комплексная государственная программа [16].

Единая цифровая и организационная площадка. Ключевым звеном должен стать аналог МФЦ с информационной системой (аналог «Госуслуги») для иностранных пациентов. Его функции:

- **Зарубежные представительства:** Офисы в дружественных странах, предоставляющие полный цикл услуг: консультирование, помощь в оформлении виз, предварительный отбор и запись в медицинскую организацию, предоставление гарантированного прейскуранта, организация логистики (в сотрудничестве с транспортными компаниями для выбора оптимального маршрута).

- **Единый мультиязычный портал:** Централизованный сайт-агрегатор, выполняющий функции: учет и ведение медицинской истории иностранного пациента; визовая и информационная поддержка (о культуре, нормах поведения в РФ); онлайн-чат с поддержкой (возможность оплаты персонального куратора); заказ трансфера; выбор типа питания при госпитализации (с возможностью платного индивидуального меню); телемедицинские консультации и сопровождение амбулаторного лечения с возможностью загрузки фото/видеоматериалов, встроенные инструменты ИИ-перевода.
- **Центр аналитики:** Обязательное внесение всеми аккредитованными агентами и медицинскими организациями данных о пациентах, что решит проблему отсутствия достоверной статистики и позволит проводить точное планирование.
- **Сквозное сопровождение:** Куратор сопровождает пациента от первого обращения до завершения реабилитации, являясь единым ответственным контактным лицом, в том числе для передачи конфиденциальной медицинской информации.

Сеть специализированных медицинских центров. Для оптимизации потоков и повышения качества необходима рациональная сетчатая специализация (**предотвращение ошибок Сингапура и Таиланда**):

- **Профилирование регионов:** Закрепление за ведущими медицинскими центрами в разных федеральных округах компетенций по конкретным группам заболеваний (онкология, кардиохирургия, нейрохирургия и т.д.), чтобы минимизировать неоправданные трансферы пациентов через всю страну.
- **Квотирование и защита системы ОМС:** Законодательное закрепление принципа приоритета граждан РФ в государственных медицинских организациях. Поток платных иностранных пациентов должен направляться в первую очередь в частные медицинские организации или в специально выделенные квоты в госучреждениях, не ухудшая доступность и качество бесплатной помощи для россиян. Это минимизирует риски снижения доступности и качества медицинской помощи для местного населения в результате роста потока иностранных пациентов [16].
- **Международные кадры:** Развитие в медицинских организациях программ по привлечению иностранных врачей и переводчиков, чье этнокультурное происхождение соответствует основным потокам иностранных пациентов с целью преодоления культурно-языкового барьера и создания максимально комфортной среды, что позволит увеличить качество и эффективность лечения [11].
- **Интеграция с санаторно-курортным комплексом:** Формирование пакетных предложений «лечение + реабилитация» с направлением после стационарного этапа в российские здравницы, а также развитие сети профилакториев для иностранцев [16].

Интегрированная система правового, финансового и кадрового обеспечения. Философия гостеприимства должна быть подкреплена экономическими и правовыми механизмами:

Дифференцированные модели финансирования:

- **Финансовая поддержка:** Предоставление грантов и компенсаций частным медицинским организациям и агентствам для покрытия части маркетинговых затрат на зарубежных рынках (по опыту Турции – 70-80%), снижение налоговой нагрузки для участников системы [6].

- **Медицинский туризм:** Четкое разделение платных и бесплатных услуг с гарантией поддержки уровня качества бесплатной помощи, что является основой доверия и репутации [16].
- **Трудовые мигранты:** Законодательное закрепление обязанности работодателя по приобретению полиса ДМС с расширенным покрытием, при этом государство предоставляет налоговые льготы добросовестным работодателям [5].
- **Иностранные студенты:** Перевод на полностью бесплатное (за счет бюджета или целевых фондов) медицинское обслуживание при условии последующей отработки в России по полученной специальности [8, 10].
- **Беженцы и лица в трудной жизненной ситуации:** оказание бесплатной экстренной и необходимой плановой помощи с последующим трудоустройством и социальной адаптацией в РФ. После полной компенсации затрат через труд предоставляется право свободного выбора: остаться или вернуться на родину [14, 16].

Международные договоры: активная работа по заключению двусторонних и многосторонних соглашений о взаимном оказании медицинской помощи гражданам (по принципу «мы лечим ваших – вы наших»), включая взаимное направление на реабилитацию и организацию репатриации в случае необходимости [16].

Правовая культура: закрепление в правилах внутреннего распорядка медицинских организаций, а также в миграционном законодательстве обязанностей иностранного пациента соблюдать нормы поведения, уважать персонал и других пациентов, что является частью взаимного уважения и безопасности [14].

Стимулирование бизнеса: заключение государством договоров с зарубежными агентствами-посредниками для гарантированного направления потоков пациентов в аккредитованные российские медицинские организации [16].

Технологический стержень: искусственный интеллект и цифровизация

- **ИИ-переводчики в реальном времени:** Оснащение кабинетов врачей и палат системами, позволяющими вести беседу на русском языке с синхронным качественным переводом на язык пациента, преодолевая лингвистический барьер без потери нюансов.
- **Интерактивная навигация:** Многоязычные сенсорные инфокиоски и мобильное приложение со встроенным голосовым переводчиком, функцией построения маршрута внутри медорганизации, записью на процедуры [16].
- **Цифровой профиль пациента:** Интеграция данных о пациенте со всеми медицинскими организациями страны, а также Министерством внутренних дел Российской Федерации для контроля в сфере миграции.

Реализация философии гостеприимства в повседневной практике медицинской организации требует перевода теоретических принципов в конкретные действия. На основе принципов проактивного понимания, культурного смирения, целостной заботы и правовой и этической ясности разработан набор практических шагов, которые могут быть внедрены. Эти шаги направлены на создание безопасной, уважительной и комфортной среды для иностранного пациента, охватывая все этапы его взаимодействия с медицинской организацией. В таблице представлены соответствующие задачи и инструменты.

Таблица. Практические шаги по внедрению принципов философии гостеприимства в медицинской организации

Принцип гостеприимства	Задачи медицинской организации	Конкретные практики и инструменты
Правовая и этическая ясность	Обеспечить прозрачность, безопасность и минимизацию юридических рисков для пациента	1. Разработка и публикация на сайте прозрачного, детализированного прайс-листа на английском и других языках с фиксированной стоимостью пакетов услуг «под ключ». 2. Предоставление официальных приглашений для визы и назначение персонального координатора. 3. Получение информированного добровольного согласия на родном языке пациента для всех вмешательств. 4. Видео-, аудио-, текстовое информирование иностранного пациента о нормах поведения в стране/поликлинике. 5. Обеспечение физической безопасности на территории (контроль доступа, сопровождение). 6. Голосовой помощник на основе ИИ для консультации и прояснения правовых норм на территории Российской Федерации.
Культурное смирение	Проявить искреннее уважение к культурным и религиозным особенностям пациента, создать атмосферу принятия	1. Обучение персонала основам религиозных и культурных норм ключевых стран-доноров (отношение ко времени, иерархия, гендерные особенности, пищевые запреты). 2. Создание возможности для религиозных практик (молельная комната/уголок, указание направления на Мекку, посещение священника, размещение в палате статуэток для совершения личных ритуалов, создание условий для соблюдения шаббата). 3. Соблюдение приватности (раздельные палаты/зоны ожидания/врачей по полу при необходимости, использование ширм). 4. Уважительное обращение (использование правильных форм именования, титулов).

Принцип гостеприимства	Задачи медицинской организации	Конкретные практики и инструменты
Проактивное понимание	Предвосхищать потребности, страхи и барьеры пациента, минимизировать стресс от пребывания в чужой стране	1. Встреча в аэропорту трансфером с табличкой, welcome-пакет (SIM-карта, карта города, полезные контакты). 2. «Нулевой вопрос»: координатор сам выясняет и учитывает потребности в диете, переводчике, культурных/религиозных запросах. 3. Регулярные неформальные check-in от координатора: «Как самочувствие?», «Нужна ли помощь с чем-то вне больницы?». 4. Поддержка семьи: размещение, информирование, психологическая помощь. 5. Сбор культурного профиля пациента при первом контакте (предпочтения, опасения, ожидания). 6. Гибкость в расписании с учетом часовых поясов для телемедицинских консультаций с родными.
Целостная забота	Обеспечить непрерывность и комплексность медицинской помощи, учитывая все аспекты жизни пациента	1. Предоставление лечебного питания, соответствующего медицинским показаниям и религиозным убеждениям пациента (например, халяль, кошер, вегетарианское). 2. Персонализированные планы выписки и реабилитации с учетом условий страны возвращения. 3. Отправка праздничных/персональных поздравлений (если уместно по культуре). 4. Единая точка контакта (менеджер) на всем протяжении лечения. 5. Цифровая платформа с доступом к истории, планам, результатам анализов, коммуникации с врачом. 6. Координация между отделениями и внешними сервисами (диагностика, доставка лекарств) силами менеджера. 7. Организация обратного трансфера, помощь с выпиской эпикриза и дальнейшими рекомендациями для врача на родине.

Заключение. Философия гостеприимства, воплощенная в предложенной комплексной национальной модели, представляет собой эволюционный скачок в подходе к работе с иностранными пациентами. Это переход от точечных сервисных улучшений к построению целостной, технологичной и этически ответственной экосистемы. Данная модель позволяет системно решать проблемы доступности, качества, финансирования и культурной адаптации.

Реализация такой модели позволит России не только достичь количественных показателей по экспорту медицинских услуг, но и сформировать уникальное гуманитарное конкурентное преимущество. Она позиционирует страну не просто как поставщика медицинских технологий, а как гостеприимного, высокотехнологичного и социально ответственного партнера в сфере глобального здравоохранения, где ценность человеческой жизни и достоинство пациента являются абсолютным приоритетом независимо от гражданства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жандарова И. Рынок медицинского туризма в России может превысить 7 млрд долларов // Российская газета. – 2024. – URL: <https://rg.ru/2024/08/14/putevka-na-zdorove.html> (дата обращения: 27.01.2026).
2. Стратегия развития экспорта услуг в Российской Федерации на период до 2025 года (утв. распоряжением Правительства РФ от 14 августа 2019 года №1797-п). – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72522542/> (дата обращения: 27.01.2026).
3. Андреев А. С. Медицинский туризм в системе региональной экономики // ЭФО. Экономика. Финансы. Общество. 2025. №3(15). С. 16-31. DOI: 10.24412/2782-4845-2025-15-16-31. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskiy-turizm-v-sisteme-regionalnoy-ekonomiki/viewer> (дата обращения: 27.01.2026).
4. Berry L. L., Bendapudi N. Health Care: A Fertile Field For Service Research // Journal of Service Research. – 2007. – Vol. 10(2). – P. 111-122. – URL: <https://scispace.com/pdf/a-fertile-field-for-service-research-2zgwrq41uw.pdf> (дата обращения: 27.01.2026).
5. Правительство Российской Федерации. Постановление от 8 мая 2025 г. № 631 «Об утверждении правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации». – URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=494617> (дата обращения: 27.01.2026).
6. Дун А. Эксперт заявил о недостаточной поддержке государства для развития медицинского туризма в России // Медвестник. – 2025. – URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Ekspert-zayavil-o-nedostatochnoi-podderjke-gosudarstva-dlya-razvitiya-medicinskogo-turizma-v-Rossii.html> (дата обращения: 27.01.2026).
7. Бегун Д. Н., Мирзаева Н. В., Булычева Е. В., Величко Е. Н. Современные проблемы обеспечения населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом со средним медицинским образованием в государственной системе здравоохранения // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 4. – С. 647-662. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-problemy-obespechennosti-naseleniya-rossiyskoy-federatsii-osnovnym-kadrovym-resursom-so-srednim-meditsinskim/viewer> (дата обращения: 27.01.2026).

8. Миронова А. Зачем нам столько иностранных студентов, если в стране дефицит врачей с инженерными? // Газета.ru. – 2025. – 16 сентября. – URL: https://www.gazeta.ru/comments/column/mironova/21704822.shtml?utm_auth=false (дата обращения: 27.01.2026).
9. Полюшко Ю. Философия гостеприимства. – 2023. – URL: <https://www.litres.ru/book/uliya-polushko-5981952/filosofiya-gostepriimstva-69912019/chitat-onlayn/> (дата обращения: 27.01.2026).
10. Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Марков Д. И. Корпоративная культура в медицинской организации: учёт этноконфессиональной принадлежности пациентов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30. – №1. – С. 943-948. doi: [10.32687/0869-866X-2022-30-s1-943-948](https://doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-s1-943-948). – URL: <https://journal-nriph.ru/journal/article/view/1040> (дата обращения: 27.01.2026).
11. Петрова Г. Д., Аксенова Е. И. Социально-культурные компетенции координатора по работе с иностранными пациентами // Здоровье мегаполиса. – 2022. – Т. 3. – № 4. – С. 84-91 doi: [10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i4.84-91](https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i4.84-91). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-kulturnye-kompetentsii-koordinatora-po-rabote-s-inostrannymi-patsientami/viewer> (дата обращения: 27.01.2026).
12. Аксенова Е. И., Петрова Г. Д., Столкова А. С. Социально-культурные особенности пациентов арабских стран, исповедующих ислам // 2023. – URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_54229473_26060311.pdf (дата обращения: 27.01.2026).
13. Петрова Г. Д. Организация лечебного питания для пациентов с учётом религиозных и мировоззренческих особенностей: методическое пособие для медицинских организаций системы здравоохранения по работе с иностранными пациентами / ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». – 2025. – URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_83028629_48372170.pdf (дата обращения: 27.01.2026).
14. Стребкова Е. Г. Проблемы реализации права иностранных граждан и лиц без гражданства на охрану здоровья и медицинскую помощь // Вестник Саратовской государственной юридической академии. – 2020. – № 5(136). – С. 78-87. DOI: [10.24411/2227-7315-2020-10129](https://doi.org/10.24411/2227-7315-2020-10129). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problems-realizatsii-prava-inostrannyh-grazhdan-i-lits-bez-grazhdanstva-na-ohranu-zdorovya-i-meditsinskuyu-pomosch/viewer> (дата обращения: 27.01.2026).
15. Дайджест «Медицинский туризм и экспорт медицинских услуг»: аналитический обзор / НИИ Организации здравоохранения и медицинского менеджмента. – М., 2025. – URL: [https://niioz.ru/upload/iblock/f70/iznq7suh9729f9c8vgm2gya8ubll425/дайджест%20медицинский%20туризм%20январь%20–%20июнь%202025%20\(1\).pdf](https://niioz.ru/upload/iblock/f70/iznq7suh9729f9c8vgm2gya8ubll425/дайджест%20медицинский%20туризм%20январь%20–%20июнь%202025%20(1).pdf) (дата обращения: 27.01.2026).
16. Сафина Е. Р., Москвичева М. Г. Вопросы и проблемы организации медицинского туризма в России и за рубежом // Высшая школа организации и управления здравоохранением. Вестник. – 2025. – № 1 (13 августа). – URL: <https://www.vshouz.ru/journal/2025/voprosy-i-problemy-organizatsii-meditsinskogo-turizma-v-rossii-i-za-rubezhom/> (дата обращения: 27.01.2026).

REFERENCES

1. Zhandarova I. Russian Medical Tourism Market May Exceed \$7 Billion. Rossiyskaya Gazeta [Internet]. 2024 Aug 14 [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://rg.ru/2024/08/14/putevka-na-zdorove.html> (In Russ.)

2. The Strategy for the Development of Export of Services until 2025 (approved by the Order No. 1797-r of the Government of the Russian Federation, dated August 14, 2019) [Internet]. [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72522542/> (In Russ.)
3. Andreev AS. Medical tourism in the regional economic system. EFO Econ Finance Soc. 2025;(3)(15):16-31. [cited 2026 Jan 27]. doi: 10.24412/2782-4845-2025-15-16-31. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskiy-turizm-v-sisteme-regionalnoy-ekonomiki/viewer> (In Russ.)
4. Berry LL, Bendapudi N. Health Care: A Fertile Field For Service Research. J Serv Res [Internet]. 2007;10(2):111-122. [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://scispace.com/pdf/a-fertile-field-for-service-research-2zgwrq4luw.pdf>
5. Government of the Russian Federation. Resolution No. 631 of May 8, 2025, "On Approval of the Rules for Providing Medical Care to Foreign Citizens in the Russian Federation" [Internet]. [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=494617> (In Russ.)
6. Dun A. Expert Says Actual Government Support Is Insufficient for Developing Medical Tourism in Russia. Medvestnik [Internet]. 2025 Nov 06. [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://medvestnik.ru/content/news/Ekspert-zayavil-o-nedostatochnoi-podderjke-gosudarstva-dlya-razvitiya-medicinskogo-turizma-v-Rossii.html> (In Russ.)
7. Begoun DN, Mirzaeva NV, Bulychева EV, et al. Modern Problems of Providing the Population of the Russian Federation with the Main Human Resource with Secondary Medical Education in the State Health Care System. Curr Prob Health Care Med Stat [Internet]. 2023;(4):647-662. [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-problemy-obespechennosti-naseleniya-rossiyskoy-federatsii-osnovnym-kadrovym-resursom-so-srednim-meditsinskim/viewer> (In Russ.)
8. Mironova A. Why Do We Need So Many Foreign Students if There Is a Shortage of Doctors and Engineers in the Country? [Gazeta.Ru](https://www.gazeta.ru) [Internet]. 2025 Sep 16. [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://www.gazeta.ru/comments/column/mironova/21704822.shtml> (In Russ.)
9. Polyushko Y. Philosophy of Hospitality [Internet]. 2023. [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://www.litres.ru/book/uliya-polushko-5981952/filosofiya-gostepriimstva-69912019/chitat-onlayn/> (In Russ.)
10. Aksenova EI, Alexandrova OA, Yarasheva AV, et al. Corporate culture in a medical organization: the ethno-confessional affiliation of patients. Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranennii Istorii Med. 2022;30(s1):943-948. [cited 2026 May 10]. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-943-948. (In Russ.)
11. Petrova GD, Aksenova EI. Socio-cultural competencies of the coordinator for work with foreign patients. City Healthcare. 2022;3(4):84-91. [cited 2026 Jan 27]. doi: 10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i4;84-91. (In Russ.)
12. Aksenova EI, Petrova GD, Stolkova AS. Social and cultural characteristics of Muslim patients from Arab countries [Internet]. 2023. [cited 2026 Jan 27]. Available from: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_54229473_26060311.pdf (In Russ.)
13. Petrova GD. Management of medical nutrition therapy considering patient's religious and ideological beliefs: a methodological guide [Internet]. Moscow: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management; 2025. [cited 2026 Jan 27]. Available from: https://elibrary.ru/download/elibrary_83028629_48372170.pdf (In Russ.)

14. Strebkova EG. Problems of realization of the right of foreign citizens and stateless persons to health protection and medical care. *Saratov State Law Acad Bull.* 2020;5(136):78-87 [cited 2026 Jan 27]. doi: 10.24411/2227-7315-2020-10129 (In Russ.)
15. Digest "Medical Tourism and Export of Medical Services": Analytical Review. Moscow: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management; 2025. [cited 2026 Jan 27]. Available from: [https://niioz.ru/upload/iblock/f70/iznq7suh9729f9c8vgm2gya8ubll425/дигест%20мед-ский%20туризм%20январь%20-%20юнь%202025%20\(1\).pdf](https://niioz.ru/upload/iblock/f70/iznq7suh9729f9c8vgm2gya8ubll425/дигест%20мед-ский%20туризм%20январь%20-%20юнь%202025%20(1).pdf) (In Russ.)
16. Safina ER, Moskvicheva MG. Issues and problems of the organization of medical tourism in Russia and abroad. *HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ* [Internet]. 2025. [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://www.vshouz.ru/journal/2025/voprosy-i-problemy-organizatsii-meditsinskogo-turizma-v-rossii-i-za-rubezhom/> (In Russ.)

Информация об авторе:

Тищенко Мария Сергеевна – аспирант 1 года обучения ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва, Российская Федерация; e-mail: sms1995zhizhdra@yandex.ru; ORCID: 0009-0008-8397-0497

Author information:

Maria S. Tishchenko – first-year postgraduate student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russian Federation; e-mail: sms1995zhizhdra@yandex.ru; ORCID: 0009-0008-8397-0497

«МЕДИЦИНСКИЙ ХАЛЯЛЬ» И «МЕДИЦИНСКИЙ КОШЕР»: ОРГАНИЗАЦИЯ УСЛУГ В СООТВЕТСТВИИ С РЕЛИГИОЗНЫМИ НОРМАМИ КАК КОНКУРЕНТНОЕ ПРЕИМУЩЕСТВО МОСКВЫ

Фержауи А. В.

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Аннотация

Актуальность исследования обусловлена ростом пациентоориентированности в условиях глобализации здравоохранения и развития медицинского туризма, где усиливается спрос на услуги с учетом религиозно-культурных особенностей пациентов, особенно мусульманских и еврейских общин. Учет этих норм повышает доверие, приверженность лечению и эффективность вмешательств. Формирование в Москве инфраструктуры «медицинского халяля» и «медицинского кошера» усиливает качество помощи, культурную чувствительность и конкурентные преимущества города на международном рынке.

Цель исследования – систематизация религиозно-правовых требований иудаизма и ислама, оказывающих влияние на организацию медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, а также обоснование развития религиозно-чувствительных медицинских услуг как конкурентного преимущества города на рынке медицинского туризма. В работе анализируются базовые биоэтические принципы обеих религиозных традиций и показывается, каким образом они могут быть интегрированы в клиническую практику без противоречия современным стандартам доказательной медицины и праву пациента на автономию.

Материалы и методы. Исследование выполнено методом аналитического обзора работ по иудейской и исламской биоэтике, религиозно-чувствительной медицине, а также отечественных и зарубежных публикаций по экспорту медицинских услуг и пациентоориентированности. Применены содержательный и сравнительный анализ, структурно-функциональный подход к моделям религиозно-чувствительной помощи и нарративный обзор международного опыта шариат-комплаентных и кошер-ориентированных учреждений.

Результаты. На основе данных отечественных и зарубежных исследований по иудейской и исламской биоэтике, религиозно-чувствительной медицине и медицинскому туризму обосновывается необходимость развития адаптированных сервисов и кросс-культурной компетентно-

сти персонала для повышения удовлетворенности и приверженности лечению у религиозных пациентов.

Заключение. Развитие медицинских услуг, учитывающих религиозные особенности мусульманских и иудейских пациентов в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, обеспечивает решение этических, социальных и экономических задач. Интеграция этих норм повышает доверие к медицинской системе, усиливает приверженность терапии и формирует конкурентные преимущества на рынке медицинского туризма. Анализ религиозно-правовых норм и международного опыта подтверждает возможность согласования медицинских стандартов с принципами религиозной биоэтики.

Ключевые слова: медицинский халяль, медицинский кошер, религиозно-чувствительная медицина, медицинский туризм, иудаизм, ислам, биоэтика, пациенториентированность, культурная компетентность.

Для цитирования: Фержауи А. В. «Медицинский халяль» и «медицинский кошер»: организация услуг в соответствии с религиозными нормами как конкурентное преимущество Москвы. // Современные проблемы науки [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции, Москва, 14 марта 2026 года. – 2026...

Для корреспонденции: Фержауи Анастасия Валерьевна, аспирант, e-mail: a.ferjaoui@yandex.ru.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена в рамках Государственного задания в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

HALAL AND KOSHER MEDICAL SERVICES: DELIVERING RELIGIOUSLY SENSITIVE CARE AS A COMPETITIVE ADVANTAGE FOR MOSCOW

Ferzhaui A.V.

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

Abstract

Relevance. As healthcare is shifting to a patient-centered model, and medical tourism is evolving, there is a growing demand for services adapted to the religious and cultural needs of patients, particularly Muslim and Jewish communities. Considering these needs enhances patient trust, treatment adherence and effectiveness. Creating a halal- and kosher-friendly infrastructure in Moscow will improve the quality of care, cultural sensitivity and competitiveness in the global market.

Objective. To systematize the religious and legal requirements of Judaism and Islam that affect care delivery in healthcare organizations of the Moscow Healthcare Department, as well as to substantiate the development of religion-sensitive medical services as a competitive advantage of Moscow in the medical tourism market. The paper analyzes the basic bioethical principles of both religious systems

and shows how these principles can be integrated into clinical practice without contradicting current norms of evidence-based medicine and the patient's right to autonomy.

Materials and methods. An analytical review of studies on Jewish and Islamic bioethics and religious sensitive medicine, as well as Russian and international publications on export of medical services and patient-centered care was conducted. The content and comparative analyses were also carried out. The models of religiously sensitive care were evaluated using a structural functional approach. A narrative review of international experience of shariah-compliant and kosher-oriented institutions was performed.

Results. Based on data from Russian and international studies on Jewish and Islam bioethics and religiously sensitive medicine, the author justified the necessity of developing tailored services in healthcare organizations and cross-cultural competencies of staff in order to improve satisfaction and adherence to treatment among patients with religious needs.

Conclusion. The ethical, social and economic issues might be solved by establishing medical services adapted to Muslim and Jewish patients with specific religious needs in the healthcare organizations of the Moscow Healthcare Department. Integrating halal and kosher standards will increase trust to the healthcare system, enhance treatment adherence, and create competitive advantages for Moscow in the medical tourism market. The analysis of religious legal norms and international experience confirmed the possibility of harmonizing clinical standards with the principles of religious bioethics.

Keywords: halal medical services, kosher medical services, religiously sensitive medicine, medical tourism, Judaism, Islam, bioethics, patient-centered care, cultural competence.

For citation: Ferzhau A.V. Halal and Kosher Medical Services: Delivering Religiously Sensitive Care as a Competitive Advantage for Moscow. In: Current Problems in Science [Internet]: Collected Postgraduate Students' Scientific Papers from the Annual Scientific and Practical Conference. Moscow, 14 March 2026. 2026...

For correspondence: Anastasia V. Ferzhau, postgraduate student, e-mail: a.ferjaoui@yandex.ru.

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Funding. The work was carried out within the framework of a state assignment to the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Введение. Глобализация рынков медицинских услуг и развитие медицинского туризма усиливают конкуренцию между городами и странами за привлечение пациентов, ожидающих не только высокотехнологичную помощь, но и учет своих ценностных, культурных и религиозных особенностей [1, 2]. Для мусульманских и еврейских пациентов вопросы допустимости конкретных вмешательств, лекарств и режимов лечения напрямую связаны с нормами галахи и шариата и могут определять решение о выборе медицинской организации и юрисдикции лечения. Исследования по религиозно-чувствительной медицине и исламской биоэтике показывают, что игнорирование религиозных потребностей приводит к снижению доверия, отказам от вмешательств и худшей приверженности лечению, тогда как их учет ассоциирован с лучшими показателями удовлетворенности и качества взаимодействия врач–пациент [3]. Москва, обладая развитой системой высокотехнологичной помощи и существенной долей мусульманского и еврейского населения, а также растущим потоком иностранных пациентов, имеет предпосылки для формирования комплексной инфраструктуры «медицинского халяля» и «медицинского кошера», которая может стать устойчивым конкурентным преимуществом города.

Цель исследования: систематизация религиозно-правовых требований иудаизма и ислама, влияющих на эффективную организацию медицинской помощи в московской медицине.

Задачи исследования:

- выявить ключевые религиозно-правовые требования иудаизма и ислама к питанию, лекарственной терапии, режиму и биоэтическим аспектам лечения;
- сопоставить положения иудаизма и ислама, имеющие практическое значение для практики медицинской организации;
- сформулировать основные условия эффективного внедрения религиозно-чувствительных медицинских услуг.

Основная часть. Демографической основой развития «медицинского халяля» и «медицинского кошер» являются как внутренняя конфессиональная структура населения города, так и потенциальный внешний спрос со стороны религиозных диаспор и медицинских туристов. В Российской Федерации по данным Всероссийской переписи населения проживает более 82 тыс. чел. евреев [4], при этом на Москву приходится значимая по численности еврейская община, оцениваемая выше данных Росстата Союзом религиозных организаций [5]. Численность мусульман в России по этническому признаку оценивается выше 14,5 млн чел. без учета миграции из стран СНГ, что создает устойчивый внутренний рынок религиозно-чувствительных услуг [4]. Высокотехнологичная медицина Москвы при этом отличается более доступной стоимостью по сравнению с ведущими клиниками Западной Европы, что в условиях санкционных и визовых ограничений делает город привлекательной альтернативой для пациентов из стран Ближнего Востока и Западной и Восточной Азии, где большинство населения исповедует ислам. Международные исследования по халяль-туризму и халяль-ориентированному менеджменту в гостиничном и санаторно-курортном секторе показывают, что адаптация сервисов под исламские нормы повышает лояльность клиентов и способствует формированию устойчивых конкурентных ниш для принимающей стороны [6, 7, 8].

Религиозно-правовые основы иудаизма, значимые для организации медицинской помощи

Иудаизм опирается на галаху – систему религиозного права, базирующуюся на Талмуде и Торе и охватывающую все сферы жизни, включая вопросы здоровья, лечения и допустимости вмешательств. Важной частью галахи являются нормы кашрута, определяющие допустимые продукты, способы их приготовления и сочетания, что непосредственно влияет на организацию лечебного питания и выбор лекарственных форм (например, использование желатиновых капсул, компонентов животного происхождения, этанола как растворителя) [9]. Центральным биоэтическим принципом выступает «пикуах нефеш» – приоритет спасения жизни, согласно которому большинство заповедей может и должно быть нарушено ради предотвращения угрозы жизни пациента. Талмудическая традиция конкретизирует этот принцип на примерах оказания помощи в субботу, разрешения на временное нарушение поста или религиозных диетарных норм при необходимости лечения [10, 11]. В клинической практике это создает основу для обоснования неотложных вмешательств и применения формально «некошерных» средств в ситуациях опасности для жизни или серьезного риска ее утраты. Дополнительно галаха подчеркивает значение человеческого достоинства и стыдливости: рекомендуется по возможности обеспечивать однополое взаимодействие врача и пациента, минимизировать объем обнажения тела, использовать архитектурные и организационные решения, обеспечивающие приватность [11]. Одновременно пациент обязан заботиться о своем здоровье и не отказываться от обоснованной терапии без веских причин, а врач несет религиозно окрашенную ответственность за поддержание профессиональной компетентности и оказание помощи [12].

В исламе регуляторной рамкой является шариат, в основе которого лежат Коран, сунна и последующая юридическая традиция. Категории «халяль» и «харам» распространяются как на пищу, так и на лекарственные средства, медицинские технологии и формы взаимодействия персонала с пациентом [6, 8]. В исламской биоэтике приоритет сохранения жизни (хифз ан-нафс) относится к высшим целям шариата, а принцип «крайней необходимости» (дарура) позволяет временно допускать использование средств с запретными или сомнительными компонентами при угрозе жизни или риске тяжелого вреда здоровью при отсутствии приемлемых альтернатив [13, 14]. Современные исследования по исламской биоэтике акцентируют также принципы предотвращения вреда, выбора меньшего зла при столкновении конкурирующих рисков, уважения к телесной неприкосновенности и стыдливости пациента, справедливости и недопустимости дискриминации. С практической точки зрения это означает необходимость учета молитвенного режима, поста, требований к половой принадлежности врача, а также организации халяль-питания [9] и доступа к халяль-сертифицированным препаратам. При этом контролируемое медицинское использование веществ, влияющих на сознание (анестетики, седативные средства), допускается при наличии клинических показаний [13, 14].

Сравнительный анализ биоэтических принципов и международный опыт (табл. 1).

Сравнение ключевых биоэтических принципов иудаизма и ислама демонстрирует их конвергенцию вокруг нескольких опорных идей: приоритет спасения жизни, допустимость временных послаблений ради предотвращения серьезного вреда, обязательство не причинять неоправданный вред и уважение к достоинству пациента. Это создает возможности для разработки унифицированных организационных решений в медицинских организациях, обслуживающих одновременно еврейских и мусульманских пациентов. Международные исследования шариат-комплаентных больниц в Малайзии и ряде стран Ближнего Востока показывают, что наличие шариатских консультативных советов, регулярное обучение персонала основам религиозных норм, четко прописанные стандартные операционные процедуры и система сертификации повышают доверие пациентов и способствуют росту повторных обращений [14, 15]. Аналогично, опыт клиник, ориентированных на религиозных еврейских пациентов, демонстрирует значимость включения раввинов в процессы консультирования по сложным клинико-этическим вопросам и наличия протоколов, учитывающих принцип «пикуах нефеш» при планировании вмешательств в субботу и праздничные дни [11, 12].

Таблица 1. Сравнение основных принципов иудаизма и ислама в контексте организации клинической практики

Ключевой принцип	Иудаизм	Ислам	Интеграция в клиническую практику
Приоритет спасения жизни	«Пикуах нефеш»: спасение жизни имеет приоритет над большинством заповедей	Сохранение жизни (хифз аннафс): одна из высших целей медицины	1. В экстренных ситуациях медицинская помощь оказывается в полном объёме без предварительного согласования с пациентом религиозных послаблений. 2. Медицинский персонал должен быть обучен аргументированно ссылаться на приоритет спасения жизни в коммуникации с пациентом или родственниками для получения ИДС. 3. В локальных актах медицинской организации должно быть зафиксировано, что любые религиозные ограничения автоматически снимаются при оказании экстренной медицинской помощи.
Понятие «крайней необходимости»	Любая «сомнительная опасность» для жизни даёт право нарушать запреты; при подозрении на риск действуют в пользу более активного лечения	Принцип дарура: при реальной угрозе жизни допускается временное использование средств с нехалальными компонентами, если нет альтернатив	1. В истории болезни и листах назначений добавить формулировку «Назначение в условиях крайней необходимости: ДА/НЕТ». 2. Все случаи назначения «проблемных» лекарств/процедур фиксируются в истории болезни с указанием причины, отсутствия альтернатив и информирование пациента/родственников. 3. Разработать «Порядок действий медицинского персонала при религиозных возражениях пациента или его родственников в условиях крайней необходимости», согласованный с религиозными организациями
Принцип «не навреди» и баланс риск/польза	Запрет самоповреждения и обязанность беречь здоровье; врач обязан лечить профессионально, минимизируя риски	Нет вреда и нет взаимного причинения вреда – запрещены необоснованные или чрезмерные вмешательства, предпочтение менее травматичным методам	1. При плановой терапии закрепить обязательство врача предложить альтернативу: перенос процедуры, замена препарата, согласовать прием пищи и лекарств с режимом поста. 2. Внедрить алгоритм предпочтения малоинвазивных процедур, если они дают не менее 90% эффективности по сравнению с инвазивным методом. 3. В форму ИДМ добавить отдельный раздел «Религиозно значимые альтернативы»

Ключевой принцип	Иудаизм	Ислам	Интеграция в клиническую практику
Скромность, тело и гендерные границы	Сохранение достоинства (квод хабриёт) и скромности (цниют): по возможности однополоый врач, ограниченное обнажение, уважение к приватности, присутствие третьего лица при осмотре врачом другого пола	Высокая значимость стыдливости (хайя): предпочтителен врач того же пола, минимизация обнажения, присутствие третьего лица при осмотре врачом другого пола	1. В графиках дежурств необходимо предусмотреть возможность назначения врача одного пола с пациентом при плановом обследовании. 2. Перед началом процедуры предлагать пациенту ширму и/или одноразовую одежду; при осмотре врачом противоположного пола – обеспечить присутствие третьего медработника. 3. Разработать архитектурные решения для палат и смотровых, обеспечивающих приватность.
Ритуальные требования	В Шаббат и праздники любые действия ради спасения жизни не только разрешены, но и обязательны; менее критичные процедуры необходимо переносить	Учитывается режим намаза и поста (Рамадан); при угрозе здоровью разрешены послабления, но желательно обсуждение с богословом	1. Организация расписания с учётом ритуальных требований: алгоритм переноса несрочных процедур: для иудеев – с вечера пятницы до вечера субботы (Шаббат) и еврейских праздников (Рош хаШана, ЙомКипур, Песах и др.), перечень ежегодно утверждается с раввином; для мусульман – на время пятничной молитвы и на период поста Рамадан (корректировка времени приёма пищи, перенос инвазивных процедур на утренние часы) и религиозных праздников (Ураз-байрам, Курбан-байрам и др.), утвержденных муфтием. 2. Разработать памятку пациента «Медицинская помощь с учетом религиозных требований» (отдельные для ислама и иудаизма), в которой также будут контакты религиозных представителей.

Источник: составлено автором

Организационные модели и требования к инфраструктуре медицинской организации (табл. 2, табл. 3).

Реализация концепций «медицинского халяля» и «медицинского кошера» требует комплексных изменений на уровне инфраструктуры, сервисов и управленческой документации. Ключевыми элементами являются: специализированные палаты и отделения, обеспечивающие приватность; возможность соблюдения молитвенного режима и гендерных требований; религиозно адаптированное питание с выстроенной цепочкой поставок и контролем за соблюдением норм халяля и кашрута [9]. Важную роль играют языковые сервисы (английский, арабский, иврит), на-

личие переводчиков и подготовленного среднего медперсонала, способных обеспечить понятное информированное согласие и сопровождение пациента на всех этапах лечения [16].

Таблица 2. Сравнение требований иудаизма и ислама к процедурам и манипуляциям

Аспект	Иудаизм	Ислам	Организационные аспекты
Переливание крови	Переливание крови человека разрешено, особенно при угрозе жизни; принцип пикуах нефеш снимает большинство ограничений	Допустимо как средство спасения жизни; запрет на приём крови животных не распространяется на медицинское переливание человеческой крови	1. В ИДС на переливание крови добавить информацию о том, что в экстренных случаях переливание крови проводится без религиозных согласований. 2. В плановом порядке предлагать возможные альтернативы переливанию крови.
Хирургические вмешательства	Разрешены; в Шаббат и праздники плановые операции откладываются, но при угрозе жизни выполняются без ограничений	Разрешены при медицинской необходимости; желательно учитывать время молитв и поста	При назначении плановой операции врачу необходимо уточнить религиозные ограничения пациента по дате/времени вмешательства и предложить альтернативу.
Репродуктивные технологии	ЭКО со своими гаметами разрешено; донорские гаметы и суррогатное материнство в большинстве подходов запрещены как нарушение супружеской верности/естественного порядка	Допускается ЭКО с использованием гамет супругов при соблюдении брачных норм; к донорству и суррогатному материнству относятся с большой осторожностью, решение через фетвы (религиозные разъяснения муфтиев о том, как поступать в спорных ситуациях)	1. В медицинской организации необходимо иметь утвержденный перечень религиозных разрешенных/запрещенных методов. 2. Предоставление письменной информации о религиозном статусе методов для подписания пациентом.

Аспект	Иудаизм	Ислам	Организационные аспекты
Вакцинация	Вакцинация признаётся допустимой и желательной для предотвращения опасных заболеваний; допускаются спорные компоненты при отсутствии альтернатив	Рассматривается как средство профилактики серьёзных заболеваний и в целом поощряется, если польза очевидно превышает риск и нет явного религиозного запрета	1. Вакцинация проводится по национальному календарю без исключений, но при наличии альтернативных видов без спорных компонентов – предлагать их. 2. Для пациентов, отказывающихся от вакцинации по религиозным мотивам, проводить разъяснительную работу с участием религиозного консультанта.

Источник: составлен автором

Отдельного внимания требует система лекарственного обеспечения с реестрами религиозно-совместимых препаратов и алгоритмами выбора альтернатив при наличии компонентов, которые несовместимы с религиозными требованиями [3, 17].

Таблица 3. Сравнение требований галахи и шариата к фармакотерапии

Аспект и вид фармакотерапии	Галаха	Шариат	Организационные аспекты в фармакотерапии
Общий подход к лекарствам	Лекарства делятся по тяжести состояния: при угрозе жизни разрешены даже некошерные препараты; при серьёзных, но не критичных заболеваниях необходимо, по возможности, подбирать кошер-совместимые лекарственные средства.	Лекарства подпадают под те же категории, что пища (халяль/харам), но оцениваются через призму сохранения жизни и принципа «крайней необходимости» (дарура). При угрозе жизни допускаются не-халяльные компоненты, если нет альтернатив	1. Создать в медицинской организации перечень «препаратов выбора» для верующих с указанием кошерных/халяльных аналогов. 2. В листе назначений добавить графу «Религиозно-приемлемая альтернатива имеется/отсутствует»

Аспект и вид фармакотерапии	Галаха	Шариат	Организационные аспекты в фармакотерапии
Компоненты животного происхождения	Нежелательны компоненты из некошерных животных; при опасных болезнях некошерные лекарства разрешены	Нежелательны компоненты из запрещённых животных (например, свинина); допускаются при отсутствии альтернатив и серьёзной угрозе здоровью по решению муфтия (имама)	При выявлении в назначении препарата с компонентами свинины (гепарин, некоторые ферменты, желатин) – врач обязан оценить: а) есть ли альтернатива (например, гепарин натрия из быка, синтетические антикоагулянты); б) степень тяжести заболевания. При отсутствии альтернативы и наличии угрозы – назначение допускается, но с фиксацией в истории болезни.
Желатиновые капсулы	Предпочтителен желатин из кошерного сырья или растительные капсулы; при тяжёлой болезни допустим и некошерный	Предпочтительны растительные или из халляльного (разрешённого) животного; нехалляль возможен при отсутствии альтернатив и серьёзной необходимости	Иметь в аптеке препараты в различной форме выпуска. При выписке капсулированного препарата необходима проверка вероисповедания и предложение альтернатив при наличии.
Алкоголь (этанол)	Спирт в лекарстве допускается в терапевтических дозах при необходимости, особенно при угрозе жизни	Внутренний приём алкоголя нежелателен; в лекарственных формах возможен при отсутствии альтернатив и под контролем доз; решается через фетвы. Инъекционные формы с малой долей этанола воспринимаются мягче	При назначении мусульманам пероральных препаратов, содержащих этанол, необходима проверка наличия безалкогольного аналога. Инъекционные формы не требуют специального согласования, т.к. не приводят к опьянению.
БАДы, витамины и профилактические средства	Для средств профилактики (витамины, БАДы) строгость выше, чем для лекарств; желатин и алкоголь в таких препаратах нежелательны	БАДов и профилактических средств с сомнительными компонентами желательнее избегать	При закупках БАДов и витаминов для медицинской организации предусмотреть наличие позиций в форме, не содержащей желатина и этанола.

Источник: составлен автором

Ключевым нематериальным ресурсом религиозно-чувствительной медицины является кросс-культурная компетентность медицинского персонала [18]. Речь идет не только о знании базовых запретов и разрешений, но и о понимании логики принятия решений религиозными пациентами, особенностей семейной динамики, роли духовных лидеров. Современные руководства по исламской и иудейской биоэтике предлагают практико-ориентированные алгоритмы ведения диалога с религиозными пациентами, подчеркивая важность ранней идентификации религиозной принадлежности, уважения к религиозному опыту и возможности молитвы, гибкого подхода к режиму приема пищи и лекарств во время постов. Формализованное партнерство с муфтиятами и раввинами (договоры о сотрудничестве, регламенты консультаций, назначение контактных лиц) позволяет снижать неопределенность для врачей и пациентов, повышать доверие общин и интегрировать решения по спорным клиническим случаям в единую систему качества медицинской помощи.

Заключение. Развитие «медицинского халяля» и «медицинского кошер» в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, отвечает одновременно этическим, социальным и экономическим задачам. Учет религиозных норм и ожиданий мусульманских и еврейских пациентов позволяет повысить уровень доверия к системе здравоохранения, улучшить приверженность лечению и сформировать дополнительное конкурентное преимущество Москвы на рынке медицинского туризма. Анализ религиозно-правовых подходов и международного опыта показывает, что согласование клинических стандартов и религиозных требований возможно при условии опоры на принципы приоритета сохранения жизни, предотвращения вреда и уважения к достоинству личности. Для практической реализации данного потенциала необходимы инвестиции в инфраструктуру, разработка локальных протоколов, интегрирующих религиозные аспекты, а также системная подготовка медицинского персонала в области кросс-культурной коммуникации и религиозной биоэтики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова Е. И. Экспорт медицинских услуг / Аксенова Е. И., Петрова Г. Д., Чернышев Е. В., Юдина Н. Н. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. – 270 с. ISBN 978-5-907251-79-3.
2. Аксенова Е. И. Проблемы экспорта медицинских услуг в России / Аксенова Е. И., Петрова Г. Д., Чернышев Е. В., Юдина Н. Н. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. – 2020. – Т. 28, № Спецвыпуск. – С. 1176–1179. DOI 10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1176-1179.
3. Hossain F., Gabbay E., Fins J.J. Clinical Ethics and the Observant Jewish and Muslim Patient: Shared Theocentric Perspectives in Practice. *Camb Q Healthc Ethics*. 2025 Apr;34(2):247-263. doi: 10.1017/S0963180124000379. PMID: 39575535.
4. Всероссийская перепись населения 2020 года. Итоги ВПН-2020. Том 5. Национальный состав и владение языками. URL: https://www.rosstat.gov.ru/vpn/2020/Tom5_Nacionalnyj_sostav_i_vladienie_yazykami (дата обращения: 27.03.2026).
5. Федерация Еврейских общин России. URL: <https://feor.ru/> (дата обращения: 27.03.2026).
6. Аксенова Е. И., Петрова Г. Д., Столкова А. С. Социально-культурные особенности пациентов арабских стран, исповедующих ислам. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – 146 с.

7. Институт исследований развивающихся рынков бизнес-школы СКОЛКОВО. Нурғалиева Г., Калинин А., Нуриев Б. Исламская экономика – самая быстрорастущая крупная экономика. Евразийский фокус. – 132с. URL: https://sk.skolkovo.ru/storage/file_storage/89e5f6a8-733f-459a-9ce9-2992b123ac47/SKOLKOVO_IEMS_Research_2018-07-04_ru.pdf (дата обращения: 27.03.2026).
8. Wendy B Hansbrough, Gina Kray, Faten Katib. Patient Trust of the Muslim Nurse. The Journal of Nursing Administration. 2018 Jul/Aug;48 (7-8):389-394. doi: 10.1097/NNA.0000000000000634.
9. Петрова Г. Д. Организация лечебного питания для пациентов с учетом религиозных и мировоззренческих особенностей: методическое пособие [Электронный ресурс] / Г. Д. Петрова. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2025. – URL: https://niioz.ru/upload/iblock/2ac/uy1xaps72tf7j45yt1pepghfpnsyvwpx/Система%20питания%20пациентов%20разной%20культуральной%20среды_edit.pdf – Загл. с экрана. – 51 с. ISBN 978-5-907952-56-0.
10. Раевская Н. Ю. Дилеммы биоэтики: иудейский взгляд. Медицина и организация здравоохранения. Том 5, №. 4 (2020). – С.53-62.
11. Pinchas-Mizrachi R., Orr Z., Zalcman B. G. & Romem, A. (2024). Barriers to the Healthcare System Faced by Ultra-Orthodox Religious Disaffiliates. Review of Religious Research, 66(1), 56-80.
12. Ivry Tsipy 2010. "Kosher Medicine and Medicalized Halacha: An Exploration of Triadic Relations among Israeli Rabbis, Doctors, and Infertility Patients." American Ethnologist 37(4):662–80.
13. Abdallah S. Daar, A. Binsumeit Al Khitamy Bioethics for clinicians: 21 Islamicbioethics. CMAJ 2001; 164(1): 60-3.
14. Arifin Siti Roshaidai & Nazir, Nur & Samsudin, Suhaiza & Daud, Normadiah. (2022). Understanding Doctors' and Nurses' Roles in the Islamic Medical Practice and Rukhsah Solah in a Shariah-Compliant Hospital. Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences. 18. 93–98. DOI 10.47836/mjmhs.18.s19.15.
15. Fadzil M. K. R. M. & Mat, H. (2025). Shariah-Driven Healthcare: Bridging Knowledge, Cost and Compliance. RABBANICA Journal of Revealed Knowledge, 6(1), 21–38.
16. Харисов А. М., Селезнев П. С., Демина И. Д. и др. Концепция пациентоориентированного подхода как ключевой инструмент социально-экономического развития // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27. – №4. – С. 379-383. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-4-379-383
17. Нефедов А. А., Шилишпанов Р. В. К вопросу об отношении ислама и иудаизма к гигиене и профилактике заболеваний // Молодежный инновационный вестник. 2017. Т. 6, № 2. – С. 419–420.
18. Муртазина Г. И., Ковылина Л. Л., Залевская Я. Г., Проботюк Л. О., Кондратьева В. Б. Исследование коммуникативной компетентности в межкультурном взаимодействии врача и пациента. Педагогический журнал. 2022; 12 (2-1): 399-413.

REFERENCES

1. Aksenova EI, Petrova GD, Chernyshev EV, et al. Export of medical services. Moscow: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management; 2020. 270 p. (In Russ.)
2. Aksenova EI, Petrova GD, Chernyshev EV, et al. Problems of medical services export in Russia. Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranenniiia Istorii Med. 2020;28(Special issue):1176-1179. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1176-1179 (In Russ.)
3. Hossain F, Gabbay E, Fins JJ. Clinical Ethics and the Observant Jewish and Muslim Patient: Shared Theocentric Perspectives in Practice. Camb Q Healthc Ethics. 2025;34(2):247-263. doi: 10.1017/S0963180124000379
4. 2020 Russian Population Census. Results of the 2020 Russian Population Census. Volume 5. Ethnic Composition and Language Proficiency [Internet]. [cited 2026 Mar 27]. Available from: https://www.rosstat.gov.ru/vpn/2020/Tom5_Nacionalnyj_sostav_i_vladienie_yazykami (In Russ.)
5. Federation of Jewish Communities of Russia [Internet]. [cited 2026 Mar 27]. Available from: <https://feor.ru/> (In Russ.)
6. Aksenova EI, Petrova GD, Stolkova AS. Social and cultural characteristics of Muslim patients from Arab countries. Moscow: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management; 2023. 146 p. (In Russ.)
7. Nurgalieva G, Kalinin A, Nuriyev B. The Islamic Economy – the Fastest Growing Large Economy. Eurasian Focus [Internet]. SKOLKOVO Institute for Emerging Market Studies; 132 p. [cited 2026 Mar 27]. Available from: https://sk.skolkovo.ru/storage/file_storage/89e5f6a8-733f-459a-9ce9-2992b123ac47/SKOLKOVO_IEMS_Research_2018-07-04_ru.pdf (In Russ.)
8. Hansbrough WB, Kray G, Katib F. Patient Trust of the Muslim Nurse. J Nurs Adm. 2018;48(7-8):389-394. doi: 10.1097/NNA.0000000000000634
9. Petrova GD. Management of medical nutrition therapy considering patient's religious and ideological beliefs: a methodological guide [Internet]. Moscow: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management; 2025. 51 p. [cited 2026 Mar 27]. Available from: https://niiroz.ru/upload/iblock/2ac/uy1xaps72tf7j45yt1pepgfhfpnsyvwprz/Система%20питания%20пациентов%20разной%20культуральной%20среды_edit.pdf (In Russ.)
10. Raevskaya NY. Dilemmas of bioethics: a Jewish view. Med Healthc Organ. 2020;5(4):53-62. (In Russ.)
11. Pinchas-Mizrachi R, Orr Z, Zalcmann BG, et al. Barriers to the Healthcare System Faced by Ultra-Orthodox Religious Disaffiliates. Rev Relig Res. 2024;66(1):56-80.
12. Ivry T. Kosher Medicine and Medicalized Halacha: An Exploration of Triadic Relations among Israeli Rabbis, Doctors, and Infertility Patients. Am Ethnol. 2010;37(4):662-680.
13. Daar AS, Al Khitamy AB. Bioethics for clinicians: 21. Islamic bioethics. CMAJ. 2001;164(1):60-63.
14. Arifin SRM, Nazir NAM, Samsudin S, et al. Understanding Doctors' and Nurses' Roles in the Islamic Medical Practice and Rukhsah Solah in a Shariah-Compliant Hospital. Malays J Med Health Sci. 2022;18(s19):93-98. doi: 10.47836/mjmhs.18.s19.15
15. Fadzil MKRM, Mat H. Shariah-Driven Healthcare: Bridging Knowledge, Cost, and Compliance. RABBANICA J Revealed Knowl. 2025;6(1):21-38.

16. Kharisov AM, Seleznev PS, Demina ID, et al. The concept of patient-oriented approach as a key tool of social economic development. Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranenniiia Istorii Med. 2019;27(4):379-383. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-4-379-383 (In Russ.)
17. Nefedov AA, Shilishpanov RV. On Islamic and Jewish perspectives on hygiene and disease prevention. Youth Innov Bull. 2017;6(2):419-420. (In Russ.)
18. Murtazina GI, Kovylin LL, Zalevskaya YG, et al. Study communicative competence in intercultural doctor-patient communication. Pedagog J. 2022;12(2-1):399-413. (In Russ.)

Информация об авторе:

Фержауи Анастасия Валерьевна – аспирант 1 года обучения ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва, Российская Федерация; e-mail: a.ferjaoui@yandex.ru; ORCID: 0009-0005-2757-9192

Author information:

Anastasia V. Ferzhaui – first-year postgraduate student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russian Federation; e-mail: a.ferjaoui@yandex.ru; ORCID: 0009-0005-2757-9192

ФИЛОСОФИЯ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ В КРОСС-КУЛЬТУРНОМ ПРОСТРАНСТВЕ: ПРОБЛЕМЫ ПЕРЕВОДА, ИНТЕРПРЕТАЦИИ И ЮРИДИЧЕСКОЙ СИЛЫ

Шестаков Д. Д.

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Аннотация

Актуальность исследования определяется расширением масштабов международного медицинского сотрудничества, ростом трансграничной мобильности пациентов и развитием медицинского туризма, при которых институт информированного добровольного согласия, исторически укоренённый в западной философской традиции, оказывается перед серьёзными вызовами. Западная парадигма индивидуальной автономии не находит универсального признания в обществах с коллективистским типом принятия решений, а перевод форм согласия с одного языка на другой зачастую сопровождается потерей юридически и этически значимых элементов текста. Отсутствие согласованных международных стандартов лингвистической адаптации и интерпретации таких документов создаёт правовую неопределённость, затрагивающую интересы как пациентов, так и медицинских организаций.

Цель исследования – выявить философские, лингвистические и правовые проблемы реализации доктрины информированного согласия в условиях культурного многообразия и предложить подходы к их гармонизации.

Материалы и методы. Работа выполнена на основе методов системного и сравнительного анализа, контент-анализа международных нормативных документов (Нюрнбергский кодекс, Хельсинкская декларация, Бельмонтский доклад, Декларация ЮНЕСКО о биоэтике и правах человека), национального законодательства Российской Федерации, а также научных публикаций по вопросам кросс-культурной биоэтики, медицинского права, международного частного права и лингвистики перевода.

Результаты. Установлено, что западная концепция индивидуальной автономии, лежащая в основе доктрины информированного согласия, вступает в противоречие с моделями коллективного принятия решений, характерными для конфуцианской, африканской (убунту) и исламской этических традиций. Выявлены системные проблемы перевода форм согласия, включая лексическую неэквивалентность медико-юридической терминологии, утрату прагматического значения и культурную неконгруэнтность. Обоснована реляционная модель информированного

согласия, включающая универсальное этическое ядро, культурную адаптацию и процедурную гибкость.

Заключение. Преодоление выявленных противоречий требует перехода от механического перевода к культурно-адаптивному процессу получения согласия, сочетающему незыблемость базовых прав человека с уважением к культурному многообразию в сфере принятия медицинских решений.

Ключевые слова: информированное согласие, кросс-культурная биоэтика, автономия пациента, перевод медицинских документов, межкультурная коммуникация, медицинское право, международное частное право, медицинский туризм, реляционная модель согласия, коллективное принятие решений, этический империализм.

Для цитирования: Шестаков Д. Д. Философия информированного согласия в кросс-культурном пространстве: проблемы перевода, интерпретации и юридической силы // Современные проблемы науки [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции, Москва, 14 марта 2026 года. – 2026...

Для корреспонденции: Шестаков Дмитрий Дмитриевич, аспирант, e-mail: Metiorut26@mail.ru

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена в рамках Государственного задания в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

PHILOSOPHY OF INFORMED CONSENT IN A CROSS-CULTURAL ENVIRONMENT: PROBLEMS OF TRANSLATION, EXPLANATION AND LEGAL VALIDITY

Shestakov D. D.

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

Abstract

Relevance. The doctrine of informed consent, historically rooted in the Western philosophical tradition, faces serious challenges while medical tourism industry, cross-border patient mobility, and international medical cooperation are growing. The Western paradigm of individual autonomy is not universally accepted in societies with collective decision-making models, and the translation of informed consent forms often results in the loss of legally and ethically significant text elements. The lack of harmonized international standards for linguistic adaptation and explanation of such documents creates legal uncertainty affecting both patients and healthcare organizations.

Objective. To identify philosophical, linguistic, and legal problems in implementing the doctrine of informed consent in culturally diverse conditions and to propose approaches to its harmonization.

Materials and methods. The methods of systematic and comparative analyses were applied. A content analysis of international regulatory documents (the Nuremberg Code, the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, the UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights),

legislation of the Russian Federation, and scientific publications on cross-cultural bioethics, medical law, international private law, and translation linguistics was also performed.

Results. It was established that the Western concept of individual autonomy, underlying the doctrine of informed consent, conflicts with collective decision-making models of Confucian, African (Ubuntu), and Islamic ethical traditions. Systematic problems in translating informed consent forms were identified: lexical non-equivalence of medicolegal terminology, pragmatic failure, and cultural incongruity. The author substantiated a relational model of informed consent incorporating a universal ethical core, cultural adaptation, and procedural flexibility.

Conclusion. A shift to a culturally adaptive translation of informed consent that combines the immutability of fundamental human rights with respect for cultural diversity in clinical decision-making is essential to overcome the identified contradictions.

Keywords: informed consent, cross-cultural bioethics, patient autonomy, medical document translation, intercultural communication, medical law, international private law, medical tourism, relational consent model, collective decision-making, ethical imperialism.

For citation: Shestakov D.D. Philosophy of Informed Consent in Cross-Cultural Environment: Problems of Translation, Explanation and Legal Validity. In: Current Problems in Science [Internet]: Collected Postgraduate Students' Scientific Papers from the Annual Scientific and Practical Conference. Moscow, 14 March 2026. 2026...

For correspondence: Dmitriy D. Shestakov, postgraduate student, e-mail: Metiorut26@mail.ru

Conflict of interests. The author declares that there is no conflict of interest.

Funding. The work was carried out within the framework of a state assignment to the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Введение. Современная медицина всё более приобретает транснациональный характер. Многоцентровые клинические исследования, трансграничное оказание медицинской помощи, рост медицинского туризма и увеличение миграционных потоков формируют поликультурное пространство, в котором врачи и пациенты нередко принадлежат к различным языковым, религиозным и правовым традициям [1, 2]. В этих условиях институт информированного добровольного согласия (далее – ИДС), исторически сформировавшийся в рамках западной либерально-философской парадигмы, обнаруживает серьёзные ограничения при перенесении в иные культурные контексты [3].

Проблемное поле данного вопроса определяется тремя ключевыми узлами противоречий. Первый связан с тем, что западная концепция индивидуальной автономии пациента, составляющая ядро доктрины согласия, не находит безусловного признания в обществах, где решения о здоровье традиционно принимаются коллективно – семьёй, общиной или религиозными авторитетами [4, 5]. Второй узел обусловлен трудностями перевода форм согласия: при переносе текста с одного языка на другой нередко утрачиваются юридически и этически значимые элементы, что ставит под угрозу действительность самого документа [6]. Третий состоит в отсутствии единых международных стандартов лингвистической адаптации и интерпретации форм согласия, порождающем правовую неопределённость как для пациентов, так и для медицинских организаций [7].

Особую остроту данная проблематика приобретает в контексте медицинского туризма. Иностранный пациент, обращающийся за помощью в клинику другой страны, сталкивается одновременно с языковым барьером, незнакомой правовой системой и иной моделью взаимоотношений между врачом и пациентом [8]. Формальное подписание документа на непонятном языке не может рассматриваться как полноценная реализация права на информированное согласие, что создаёт существенные этические и юридические риски [9].

Целью настоящего исследования является выявление философских, лингвистических и правовых проблем реализации доктрины информированного согласия в условиях культурного многообразия, а также разработка подходов, способствующих гармонизации межкультурных практик в данной области.

Основная часть. 1. Генезис и философские основания доктрины информированного согласия

Доктрина информированного согласия имеет относительно недавнюю историю, тесно связанную с трагическими эпизодами медицинской практики двадцатого века. Нюрнбергский кодекс 1947 года, разработанный по итогам судебного процесса над нацистскими врачами, впервые закрепил принцип добровольного согласия человека в качестве обязательного условия участия в медицинском эксперименте [1]. Этот документ установил, что лицо, участвующее в исследовании, должно обладать правоспособностью для дачи согласия, действовать свободно от какого-либо принуждения и располагать достаточными знаниями о существе предмета для принятия осознанного решения [1, 2].

Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации 1964 года расширила сферу действия этого принципа, распространив его на все виды биомедицинских исследований с участием людей [2]. Бельмонтский доклад 1979 года систематизировал этические основания, выделив три фундаментальных принципа: уважение к личности, благодеяние и справедливость [3]. Наконец, Декларация ЮНЕСКО о биоэтике и правах человека 2005 года признала необходимость учитывать культурное разнообразие при применении биоэтических стандартов [10].

Философским фундаментом западной модели согласия служат несколько взаимосвязанных интеллектуальных традиций. Кантианская этика трактует человека как автономного субъекта, способного к рациональному самоопределению. Либеральный индивидуализм утверждает приоритет прав и свобод отдельной личности над интересами сообщества. Биоэтический принцип автономии, развитый Бошаном и Чилдрессом, предполагает, что пациент самостоятельно принимает решения на основе полной и доступной информации [11]. Вместе с тем необходимо признать, что совокупность этих оснований была сформирована преимущественно в рамках западноевропейской и североамериканской философской мысли. Их концептуальное ядро – индивидуальная автономия и рациональный выбор – не может считаться универсальным для всех культур мира, что и порождает те противоречия, которые рассматриваются далее.

2. Культурные модели автономии и принятия решений в сфере здоровья

За пределами западного мира существуют принципиально иные подходы к пониманию субъекта принятия медицинских решений. В африканских обществах к югу от Сахары широко распространена философия убунту, основанная на идее коллективной ответственности и взаимозависимости. Согласно этой традиции, личность формируется через отношения с сообществом, а решения, затрагивающие здоровье индивида, рассматриваются как дело всей общины [4, 12]. В контексте исследовательской этики это означает, что обращение к отдельному участнику за индивидуальным согласием без предварительного одобрения лидеров общины может рассматриваться как грубое нарушение местных этических норм [3, 13].

В конфуцианской традиции, определяющей ценностные ориентиры значительной части населения Китая, Японии и Кореи, ключевую роль играет концепция реляционной личности. Семья выступает в качестве основной единицы принятия решений, а понятие сыновней почтительности обуславливает глубокое вовлечение родственников в медицинский процесс [5, 14]. Показательно, что китайское гражданское законодательство формально допускает подписание инфор-

мированного согласия родственниками пациента, что с точки зрения западной биоэтики может выглядеть как нарушение индивидуальной автономии, но в контексте конфуцианских ценностей представляет собой естественную и морально обоснованную практику [14, 15].

Исламская биоэтика также предлагает отличную от западной модель баланса между автономией и благодеянием. Медицинские решения в этой традиции принимаются с учётом религиозных норм, консультаций с духовными авторитетами и активного участия семьи [16]. При этом исламская этика не отвергает автономию как таковую, а встраивает её в более широкую систему координат, включающую принципы справедливости, общественного блага и сохранения жизни [16, 17]. Практическое значение этих различий для процедуры получения информированного согласия трудно переоценить. Как показывают исследования социально-культурных особенностей пациентов, исповедующих ислам, в медицинских организациях гендерные нормы, иерархия семейных отношений и религиозно обусловленные представления о теле и болезни существенно влияют на то, каким образом пациент воспринимает информацию и принимает решения о лечении [18, 19]. Невнимание к этим факторам при оформлении согласия может привести к формальному подписанию документа без подлинного понимания его содержания.

Таким образом, концепция индивидуальной автономии, центральная для западной доктрины согласия, оказывается лишь одним из возможных подходов к организации процесса принятия медицинских решений. Попытки механически перенести строго индивидуалистическую модель в иные культурные контексты рискуют обернуться тем, что ряд исследователей именует этическим империализмом [3, 10].

3. Лингвистические проблемы перевода форм информированного согласия

Перевод форм информированного согласия представляет собой не просто техническую операцию смены языкового кода, а сложнейшую задачу межкультурной коммуникации, в которой переплетаются юридические, медицинские и социокультурные аспекты [6, 20].

Первая и наиболее очевидная трудность – лексическая неэквивалентность. Многие медицинские и юридические термины не имеют прямых аналогов в целом ряде языков. Так, исследования, проведённые в Замбии, продемонстрировали, что понятие рандомизации не находит адекватного соответствия в местных языках, участвующих в международных клинических исследованиях [7]. Аналогичные затруднения возникают с терминами, обозначающими плацебо, контрольную группу и статистическую значимость.

Вторая проблема связана с утратой прагматического значения при переводе. Формулы вежливости, тональность обращения и степень формальности текста оказывают существенное влияние на восприятие документа пациентом. Сравнительный анализ переводов одного и того же англоязычного текста на испанский язык, выполненных четырьмя профессиональными бюро, показал, что переводчики нередко опускают пояснительные обороты, упрощают сложные медицинские понятия или, напротив, делают текст более наукообразным, чем оригинал [6]. В ряде случаев формулировки оказываются неестественными или даже оскорбительными в целевой культуре.

Третья проблема – культурная неконгруэнтность. Опыт работы переводчиков народа навахо при проведении клинического исследования диабета продемонстрировал, что дословный перевод стандартных юридических оборотов порождал культурно неприемлемые формулировки, вызывая у участников замешательство и недоверие, что приводило к массовым отказам от участия [9]. Формальные процедуры, призванные защитить права испытуемых, парадоксальным образом создавали барьер для их участия.

Эмпирические данные свидетельствуют о том, что более половины пациентов с ограниченным владением языком, на котором ведётся медицинская документация, не имели полного документального оформления информированного согласия при проведении инвазивных процедур даже в учреждениях, располагающих собственными службами переводчиков [20]. Это указывает на то, что привлечение профессиональных переводчиков само по себе не гарантирует адекватного качества, если перевод не сопровождается культурной адаптацией и когнитивным тестированием с участием представителей целевой аудитории [6, 7].

4. Юридическое измерение проблемы: коллизии правовых систем

Правовые системы различных государств по-разному определяют субъект информированного согласия и критерии его действительности, что создаёт дополнительный уровень сложности при проведении международных исследований и оказании трансграничной медицинской помощи.

В правовой системе Соединённых Штатов федеральные нормы прямо требуют, чтобы согласие было получено на языке, понятном пациенту [3, 20]. Американские суды при оценке действительности согласия анализируют полноту раскрытия информации о рисках, альтернативах и возможных последствиях вмешательства.

В Китае, как отмечалось выше, гражданское законодательство допускает подписание информированного согласия родственниками пациента, что отражает конфуцианскую традицию семейного участия в принятии медицинских решений [5, 14, 15]. Суды принимают во внимание коллективный характер волеизъявления, что коренным образом отличает китайскую практику от американской.

Российское законодательство закрепляет институт информированного добровольного согласия в статье 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2025) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», устанавливая его в качестве необходимого предварительного условия медицинского вмешательства [21]. Вместе с тем анализ правоприменительной практики выявляет ряд затруднений: типовые формы согласия перегружены юридическими формулировками и медицинскими терминами, остающимися непонятными для значительной части пациентов, а суды нередко подходят к оценке действительности согласия формально, не углубляясь в вопрос о реальном понимании пациентом содержания подписанного документа [21, 22]. Особенно остро эта проблема стоит для иноязычных пациентов и мигрантов, для которых фактически отсутствуют стандарты лингвистической адаптации форм согласия [8, 22].

Актуальность данной проблематики усиливается в контексте динамичного развития медицинского туризма в России, где объём привлечённых средств от этого направления к концу 2024 года достиг трёх миллиардов долларов США в рублёвом эквиваленте [23]. Рост потока иностранных пациентов из стран с различными культурными и религиозными традициями предъявляет повышенные требования к организации процедуры информированного согласия. Исследования в области кросс-культурных компетенций координаторов по работе с иностранными пациентами показывают, что корпоративная философия медицинской организации должна быть ориентирована на результативность межкультурной коммуникации, а не ограничиваться формальным соблюдением юридических требований [24].

Отдельного внимания заслуживает проблематика международного частного права применительно к ИДС. Когда пациент одного государства получает медицинскую помощь на территории другого или участвует в клиническом исследовании, спонсируемом из третьей юрисдикции,

возникает коллизионный вопрос о применимом праве: нормами какой страны следует руководствоваться при определении содержания, формы и порядка получения согласия. Международное частное право, регулирующее трансграничные частно-правовые отношения, не содержит унифицированных коллизионных норм в отношении ИДС. На практике это означает, что действительность согласия, оформленного по стандартам страны-спонсора исследования, может быть поставлена под сомнение в юрисдикции, где проводилось вмешательство, и наоборот. Отсутствие международных договоров о взаимном признании форм ИДС усугубляет правовую неопределённость, особенно в сфере медицинского туризма, где пациент, врач и страховая компания нередко подчиняются законодательству разных государств [3, 10, 21].

При проведении международных исследований и оказании трансграничной медицинской помощи неизбежно возникает вопрос: по законодательству какой страны следует оценивать действительность согласия – страны-спонсора, страны-участницы или страны гражданства пациента? Несоответствие стандартов приводит к правовой неопределённости, которая усугубляется, когда переведённый документ теряет ключевые юридические формулировки оригинала [3, 10].

5. Реляционная модель информированного согласия: преодоление противоречий

Накопленный опыт свидетельствует о необходимости перехода от жёсткой стандартизированной процедуры к гибкой модели, учитывающей культурное многообразие участников медицинских взаимодействий. На основе проведённого анализа может быть предложена реляционная модель информированного согласия, включающая три взаимосвязанных компонента.

Первый компонент – универсальное этическое ядро. Базовые элементы согласия – добровольность, полнота информирования, право на отказ и компетентность лица, дающего согласие, – коренятся в фундаментальных правах человека и не подлежат культурному релятивизму [1, 2, 3]. Какие бы адаптации ни предпринимались, эти элементы должны сохраняться в неизменном виде.

Второй компонент – культурная адаптация. Она предполагает включение семьи, общины или религиозных авторитетов в процесс информирования и принятия решений с учётом местных традиций и ценностных ориентиров [4, 5, 13, 16]. Практическим инструментом такой адаптации может служить систематическое изучение социально-культурных особенностей целевых групп пациентов, включая их отношение к телу, болезни, гендерным ролям и семейной иерархии, как это реализовано в отечественных методических разработках по работе с пациентами, исповедующими ислам [18, 19]. Критически важно, чтобы такое включение дополняло, а не подменяло индивидуальное согласие конкретного участника.

Третий компонент – процедурная гибкость. Вместо единого стандартного алгоритма целесообразен многоступенчатый процесс, включающий: формирование культурной компетентности у исследователей и медицинских работников; адаптивный (а не дословный) перевод с учётом социокультурных факторов; когнитивное тестирование переведённых материалов с участием носителей языка из целевой аудитории; общинное консультирование там, где традиции предполагают коллективное принятие решений [6, 7, 9, 13].

Реализация такой модели позволяет уважать культурное многообразие, не жертвуя базовыми правами человека, и перевести процедуру информированного согласия из плоскости механического подписания документа в плоскость подлинного этического диалога между участниками медицинского взаимодействия.

Заключение. Проведённый анализ позволяет сформулировать ряд основных выводов.

Во-первых, доктрина информированного согласия, сложившаяся в западной философской традиции, при переносе в иные культурные контексты обнаруживает существенные ограничения, обусловленные различным пониманием автономии, роли семьи и механизмов принятия решений [3, 4, 5].

Во-вторых, языковой перевод форм согласия без учёта социокультурных факторов приводит к утрате ключевых смысловых элементов, снижает уровень доверия между пациентом и исследователем и ставит под сомнение юридическую действительность документа [6, 7, 20].

В-третьих, концепция индивидуальной автономии не может считаться культурно универсальной. В коллективистских обществах принятие решений носит реляционный характер, и навязывание строго индивидуалистической модели рискует быть воспринятым как проявление этического империализма [4, 10, 12].

В-четвёртых, гармонизация международных стандартов требует взвешенного баланса между универсальностью прав человека и уважением к культурному многообразию. Ни абсолютный универсализм, ни безграничный релятивизм не представляют собой приемлемых решений [3, 10, 13].

В-пятых, реляционная модель согласия, включающая общинное консультирование, адаптивный перевод и когнитивное тестирование, представляется наиболее перспективным направлением преодоления существующих противоречий. Её внедрение требует целенаправленных усилий по формированию кросс-культурной компетентности у медицинских работников и исследователей, разработке стандартов лингвистической адаптации и созданию механизмов международной координации в области биоэтики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Annas G. J., Grodin M. A. The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: Human Rights in Human Experimentation. – New York: Oxford University Press, 1992. – 371 p. – URL: <https://academic.oup.com/book/54203> (дата обращения: 31.03.2026).
2. Rice T. W. The historical, ethical, and legal background of human-subjects research // Respiratory Care. – 2008. – Vol. 53, № 10. – P. 1325–1329. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18811995/> (дата обращения: 31.03.2026).
3. Ekmekci P. E., Arda B. Interculturalism and Informed Consent: Respecting Cultural Differences without Breaching Human Rights // Cultura. International Journal of Philosophy of Culture and Axiology. – 2017. – Vol. 14, № 2. – P. 71–85. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5890951/> (дата обращения: 31.03.2026).
4. Ewuoso C., Hall S., Dierickx K. Core aspects of ubuntu: A systematic review // South African Journal of Bioethics and Law. – 2019. – Vol. 12, № 2. – P. 93–103. DOI: 10.7196/SAJBL.2019.v12i2.679. – URL: <https://www.researchgate.net/publication/337998172> (дата обращения: 31.03.2026).
5. Fan R. The Confucian bioethics of surrogate decision making: its communitarian roots // Theoretical Medicine and Bioethics. – 2011. – Vol. 32, № 5. – P. 301–313. DOI: 10.1007/s11017-011-9191-z. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21858670/> (дата обращения: 31.03.2026).
6. Brelsford K. M., Ruiz E., Beskow L. M. Developing informed consent materials for non-English-speaking participants: An analysis of four professional firm translations from English to Spanish //

- Clinical Trials. – 2018. – Vol. 15, № 6. – P. 557–567. DOI: 10.1177/1740774518801591. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6218315/> (дата обращения: 31.03.2026).
7. Beardmore-Gray A., Simwanga M., Vwalika B. et al. Understanding the language barriers to translating informed consent documents for maternal health trials in Zambia: a qualitative study // BMJ Open. – 2024. – Vol. 14, № 4. – e076744. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11002372/> (дата обращения: 31.03.2026).
 8. Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Марков Д. И. Корпоративная культура в медицинской организации: учёт этноконфессиональной принадлежности пациентов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, спецвыпуск. – С. 943–948. – DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-S1-943-948.
 9. McCabe M., Morgan F., Curley H., Begay R., Gohdes D.M. The informed consent process in a cross-cultural setting: is the process achieving the intended result? // Ethnicity & Disease. – 2005. – Vol. 15, № 2. – P. 300–304. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15825977/> (дата обращения: 31.03.2026).
 10. UNESCO. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. – Paris: UNESCO, 2005. – URL: <https://www.unesco.org/en/legal-affairs/universal-declaration-bioethics-and-human-rights> (дата обращения: 31.03.2026).
 11. Beauchamp T. L., Childress J. F. Principles of Biomedical Ethics. – 8th ed. – New York: Oxford University Press, 2019. – 9-12 p.
 12. Metz T. Ubuntu as a moral theory and human rights in South Africa // African Human Rights Law Journal. – 2011. – Vol. 11, № 2. – P. 532–559. – URL: <https://www.ahrlj.up.ac.za/metz-t> (дата обращения: 31.03.2026).
 13. Marshall P.A. Informed consent in international health research // Journal of Empirical Research on Human Research Ethics. – 2006. – Vol. 1, № 1. – P. 25–42. DOI: 10.1525/jer.2006.1.1.25. – URL: <https://www.sci-hub.ru/10.1525/jer.2006.1.1.25> (дата обращения: 12.05.2026).
 14. Yu E., Fan R. A Confucian View of Personhood and Bioethics // Journal of Bioethical Inquiry. – 2007. – Vol. 4, № 3. – P. 171–179. DOI: 10.1007/s11673-007-9072-3. – URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11673-007-9072-3> (дата обращения: 31.03.2026).
 15. Cong Y. Doctor-family-patient relationship: The Chinese paradigm of informed consent // Journal of Medicine and Philosophy. – 2004. – Vol. 29, № 2. – P. 149–178.
 16. Padela A.I. Islamic medical ethics: a primer // Bioethics. – 2007. – Vol. 21, № 3. – P. 169–178. DOI: 10.1111/j.1467-8519.2007.00540.x. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17845488/> (дата обращения: 31.03.2026).
 17. Chamsi-Pasha H., Albar M. A. Western and Islamic bioethics: How close is the gap? // Avicenna Journal of Medicine. – 2013. – Vol. 3, № 1. – P. 8–14. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3752859/> (дата обращения: 31.03.2026).
 18. Петрова Г. Д., Аксенова Е. И., Алтынкович Е. Е. Социально-культурные особенности пациентов, исповедующих ислам. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2025. – 160 с. ISBN 978-5-907952-26-3. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=83209471> (дата обращения: 31.03.2026).

19. Аксенова Е. И., Петрова Г. Д., Столкова А. С. Социально-культурные особенности пациентов арабских стран, исповедующих ислам. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_54229473_26060311.pdf (дата обращения: 31.03.2026).
20. Schenker Y., Wang F., Selig S. J. et al. The impact of language barriers on documentation of informed consent at a hospital with on-site interpreter services // Journal of General Internal Medicine. – 2007. – Vol. 22, Suppl 2. – P. 294–299. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2078548/> (дата обращения: 31.03.2026).
21. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2025) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 31.03.2026).
22. Мониторинг правоприменения статьи 20 Закона № 323-ФЗ: информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство // Санкт-Петербургский государственный университет. – 2021. – URL: <https://pravoprim.spbu.ru/yurisprudentsiya/zashchita-prav-grazhdan/item/504-informirovannoe-dobrovolnoe-soglasie-na-meditsinskoe-vmeshatelstvo.html> (дата обращения: 31.03.2026).
23. Петрова Г. Д., Чернышев Е. В. Дайджест «Медицинский туризм и экспорт медицинских услуг»: аналитический обзор (январь–сентябрь 2024) / ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». – М., 2024. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=77606526> (дата обращения: 31.03.2026).
24. Петрова Г. Д., Аксенова Е. И. Социально-культурные компетенции координатора по работе с иностранными пациентами // Здоровье мегаполиса. – 2022. – Т. 3, № 4. – С. 84–91. DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i4;84-91. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-kulturnye-kompetentsii-koordinatora-po-rabote-s-inostrannymi-patsientami/viewer> (дата обращения: 31.03.2026).

REFERENCES

1. Annas GJ, Grodin MA. The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: Human Rights in Human Experimentation. New York: Oxford University Press; 1992. [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://academic.oup.com/book/54203>
2. Rice TW. The historical, ethical, and legal background of human-subjects research. Respir Care [Internet]. 2008;53(10):1325-1329. [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18811995/>
3. Ekmekci PE, Arda B. Interculturalism and Informed Consent: Respecting Cultural Differences without Breaching Human Rights. Cultura (Iasi) [Internet]. 2017;14(2):71-85. [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5890951/>
4. Ewuoso C, Hall S, Dierickx K. Core aspects of ubuntu: A systematic review. S Afr J Bioeth Law. 2019;12(2):93-103. doi: 10.7196/SAJBL.2019.v12i2.679
5. Fan R. The Confucian bioethics of surrogate decision making: its communitarian roots. Theor Med Bioeth. 2011;32(5):301-313. doi: 10.1007/s11017-011-9191-z
6. Brelsford KM, Ruiz E, Beskow LM. Developing informed consent materials for non-English-speaking participants: An analysis of four professional firm translations from English to Spanish. Clin Trials. 2018;15(6):557-567. doi: 10.1177/1740774518801591

7. Beardmore-Gray A, Simwinga M, Vwalika B, et al. Understanding the language barriers to translating informed consent documents for maternal health trials in Zambia: a qualitative study. *BMJ Open* [Internet]. 2024;14(4):e076744. [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11002372/>
8. Aksenova EI, Aleksandrova OA, Yarasheva AV, et al. Corporate culture in a medical organization: the ethno-confessional affiliation of patients. *Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranennia Istorii Med.* 2022;30(Special Issue):943-948. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-SI-943-948 (In Russ.)
9. McCabe M, Morgan F, Curley H, et al. The informed consent process in a cross-cultural setting: is the process achieving the intended result? *Ethn Dis* [Internet]. 2005;15(2):300-304. [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15825977/>
10. UNESCO. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Paris: UNESCO; 2005. [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://www.unesco.org/en/legal-affairs/universal-declaration-bioethics-and-human-rights>
11. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019. p. 9-12.
12. Metz T. Ubuntu as a moral theory and human rights in South Africa. *Afr Hum Rights Law J* [Internet]. 2011;11(2):532-559. [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://www.ahrlj.up.ac.za/metz-t>
13. Marshall PA. Informed consent in international health research. *J Empir Res Hum Res Ethics.* 2006;1(1):25-42. doi: 10.1525/jer.2006.1.1.25
14. Yu E, Fan R. A Confucian View of Personhood and Bioethics. *J Bioeth Inq.* 2007;4(3):171-179. doi: 10.1007/s11673-007-9072-3
15. Cong Y. Doctor-family-patient relationship: The Chinese paradigm of informed consent. *J Med Philos.* 2004;29(2):149-178.
16. Padela AI. Islamic medical ethics: a primer. *Bioethics.* 2007;21(3):169-178. doi: 10.1111/j.1467-8519.2007.00540.x
17. Chamsi-Pasha H, Albar MA. Western and Islamic bioethics: How close is the gap? *Avicenna J Med* [Internet]. 2013;3(1):8-14. [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3752859/>
18. Petrova GD, Aksenova EI, Altynkovich EE. Social and cultural characteristics of Muslim patients. Moscow: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management; 2025. 160 p. [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=83209471> (In Russ.)
19. Aksenova EI, Petrova GD, Stolkova AS. Social and cultural characteristics of Muslim patients from Arab countries. Moscow: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management; 2023. [cited 2026 Mar 31]. Available from: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_54229473_26060311.pdf (In Russ.)
20. Schenker Y, Wang F, Selig SJ, et al. The impact of language barriers on documentation of informed consent at a hospital with on-site interpreter services. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2007;22(Suppl 2):294-299. [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2078548/>
21. Russian Federation. Federal Law of November 21, 2011 No. 323-FZ (as amended on December 29, 2025) "On the Fundamentals of Health Protection of Citizens in the Russian Federation" [Internet].

[cited 2026 Mar 31]. Available from: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (In Russ.)

22. Monitoring of law enforcement of Article 20 of Federal Law No. 323-FZ: Informed voluntary consent to clinical intervention. Saint Petersburg State University [Internet]. 2021. [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://pravoprim.spbu.ru/yurisprudentsiya/zashchita-prav-grazhdan/item/504-informirovannoe-dobrovolnoe-soglasie-na-meditsinskoe-vmeshatelstvo.html> (In Russ.)
23. Petrova GD, Chernyshev EV. Digest “Medical Tourism and Export of Medical Services”: Analytical Review (January–September 2024). Moscow: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management; 2024. [cited 2026 Mar 31]. Available from: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=77606526> (In Russ.)
24. Petrova GD, Aksenova EI. Socio-cultural competencies of the coordinator for work with foreign patients. City Healthcare. 2022;3(4):84-91. doi: 10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i4;84-91 (In Russ.)

Информация об авторе:

Шестаков Дмитрий Дмитриевич – аспирант 1 года обучения ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва, Российская Федерация; e-mail: Metiorut26@mail.ru; ORCID: 0000-0003-2906-1483

Author information:

Dmitriy D. Shestakov – first-year postgraduate student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russian Federation; e-mail: Metiorut26@mail.ru; ORCID: 0000-0003-2906-1483

КРОСС-КУЛЬТУРНАЯ КОММУНИКАЦИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ФИЛОСОФСКИЕ ОСНОВЫ ДИАЛОГА «ВРАЧ-ИНОСТРАННЫЙ ПАЦИЕНТ»

Шиллинг А. А.

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Аннотация

Актуальность исследования обусловлена ростом миграционных потоков и интенсификацией международного медицинского сотрудничества, в результате чего современные врачи всё чаще сталкиваются с пациентами из иных культурных сред. В Российской Федерации, особенно в крупных мегаполисах и многонациональных регионах, медицинская практика становится поликультурной по умолчанию. Однако отсутствие кросс-культурной подготовки у медицинских работников создаёт серьёзные риски: от диагностических ошибок и низкой приверженности лечению до полного отказа пациента от терапии. Традиционная биомедицинская модель, игнорирующая культурную специфику пациентов из неевропейских обществ, ведёт к столкновению с холистическими парадигмами восприятия здоровья, что снижает безопасность пациента и эффективность медицинской помощи.

Цель исследования – анализ философских основ диалога «врач-иностранный пациент» и выявление ключевых кросс-культурных барьеров в клинической практике при работе с пациентами из арабских стран, Китая и государств Центральной Азии для разработки практических рекомендаций по развитию культурной компетентности медицинских работников.

Материалы и методы. В основу работы легли методы системного и сравнительного анализа, контент-анализ научных публикаций 2012–2025 гг. по вопросам медицинской антропологии, кросс-культурной психологии, клинической этики и межкультурной коммуникации. Применён метод концептуального моделирования диалога «врач-пациент» в поликультурной среде.

Результаты. Выявлено фундаментальное противоречие между биомедицинской (картезианской) и холистической парадигмами восприятия тела и болезни. Показано, что столкновение этих моделей ведёт к феномену соматизации у китайских пациентов, религиозно обусловленной стигматизации психических расстройств у арабов, гендерно-обусловленным барьерам в приверженности лечению и системным проблемам в работе с мигрантами из Центральной Азии. Доказано, что культурные и языковые барьеры напрямую коррелируют с частотой медицинских ошибок и снижением терапевтического альянса.

Заключение. Для обеспечения безопасности пациента в поликультурной среде необходима разработка и внедрение комплексной системы развития кросс-культурной компетентности

медицинских работников, включающей: 1) обязательные модули в программах непрерывного медицинского образования; 2) стандарт работы с иностранными пациентами с привлечением «культурных брокеров»; 3) адаптацию диагностических инструментов с учётом культурных особенностей; 4) вовлечение семьи в терапевтический процесс при работе с пациентами из коллективистских культур. Только создание практико-ориентированной системы подготовки позволит трансформировать кросс-культурную коммуникацию из источника рисков в ресурс повышения качества медицинской помощи.

Ключевые слова: кросс-культурная коммуникация, культурная компетентность, врач-пациент, иностранный пациент, культурные барьеры, соматизация, культурный брокер, безопасность пациента, медицинская этика, биомедицинская модель, холистическая модель.

Для цитирования: Шиллинг А. А. Кросс-культурная коммуникация в клинической практике: философские основы диалога «врач-иностранец» // Современные проблемы науки [Электронный ресурс]: сборник научных трудов аспирантов по итогам ежегодной научно-практической конференции, Москва, 14 марта 2026 года. – 2026...

Для корреспонденции: Шиллинг Артур Александрович, ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы», e-mail: Артур Шиллинг <arthyr_shilling@mail.ru>

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена в рамках Государственного задания в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

CROSS-CULTURAL COMMUNICATION IN CLINICAL PRACTICE: PHILOSOPHICAL FOUNDATIONS OF THE PHYSICIAN–INTERNATIONAL PATIENT DIALOGUE

Schilling A.A.

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

Abstract

Relevance. Physicians are caring for more patients from diverse cultural backgrounds as a result of the growth of migration flows and the strengthening of international medical cooperation. Clinical practice in the Russian Federation has inevitably grown multicultural, especially in large megacities and multiethnic regions. However, the lack of cross-cultural training among healthcare workers creates serious risks, ranging from diagnostic errors and low treatment adherence to complete patient refusal of treatment. Conflicts with holistic paradigms of health perception result from the traditional biomedical model, which does not address the cultural specifics of patients from non-European societies, thereby reducing patient safety and healthcare efficiency.

Objective. To analyze the philosophical foundations of the physician–international patient dialogue and identify key cross-cultural barriers in clinical practice when providing care for patients from China,

Arab or Central Asian countries, in order to develop practical recommendations for enhancing cultural competence among healthcare workers.

Materials and methods. The methods of systematic and comparative analyses were used. A content analysis of scientific publications from 2012–2025 on medical anthropology, cross-cultural psychology, clinical ethics, and intercultural communication was conducted. A method of conceptual modeling of the physician–patient dialogue in a multicultural environment was also applied.

Results. The study revealed a fundamental contradiction between the biomedical (Cartesian) and holistic paradigms of body and disease perception. It was shown that this conflict leads to somatization among Chinese patients, religiously conditioned mental health stigms among Arab patients, sex-related barriers to treatment adherence, and systemic problems in handling Central Asian migrants. It was proven that cultural and language barriers directly correlate with the frequency of medical errors and the ruptures in therapeutic alliance.

Conclusion. A comprehensive system for enhancing cross-cultural competence among healthcare workers must be developed and implemented in order to ensure patient safety in a multicultural environment. This system should include: 1) compulsory subject-related modules in continuing medical education programs; 2) a standard for international patient services, involving “cultural brokers”; 3) culturally sensitive diagnostic tools; 4) family involvement in treatment process when caring for patients from collectivist cultures. The only way to transform cross-cultural communication from a source of risks into a resource for improving quality of care is to establish a practice-oriented training system.

Keywords: cross-cultural communication, cultural competence, physician-patient, international patient, cultural barriers, somatization, cultural broker, patient safety, medical ethics, biomedical model, holistic model.

For citation: Shilling A.A. Cross-Cultural Communication in Clinical Practice: Philosophical Foundations of the Physician–International Patient Dialogue. In: Current Problems in Science [Internet]: Collected Postgraduate Students' Scientific Papers from the Annual Scientific and Practical Conference. Moscow, 14 March 2026. 2026...

For correspondence: Artur A. Shilling, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, e-mail: [insert e-mail]

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Funding. The work was carried out within the framework of a state assignment to the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department.

Введение. Глобализация миграционных процессов и интенсификация международного сотрудничества привели к тому, что современные врачи всё чаще сталкиваются с пациентами из иных культурных сред. В Российской Федерации, особенно в крупных мегаполисах и многонациональных регионах, медицинская практика становится поликультурной по умолчанию. Однако отсутствие кросс-культурной подготовки у медицинских работников создаёт серьёзные риски: от диагностических ошибок до полного отказа пациента от лечения.

Культурная компетентность в медицине – это не «мягкий навык» (soft skill), а требование к безопасности пациента. Исследования показывают, что культурные и языковые барьеры напрямую коррелируют с частотой медицинских ошибок, пропущенных скринингов, непредсказуемых реакций на медикаменты и низкой приверженности терапии.

Основная часть. При анализе философских оснований диалога «врач-пациент» выявлено фундаментальное противоречие между двумя антропологическими парадигмами. С одной стороны, биомедицинская модель, восходящая к картезианскому дуализму Р. Декарта, рассматривает тело как механизм, сепарированный от сознания, а болезнь – как локальную «поломку», требующую технического устранения. С другой стороны, холистическая модель, доминирующая в арабской, китайской и тюркской культурах, постулирует нераздельное единство тела, разума и духа, понимая болезнь как системный дисбаланс в триаде «человек – природа – социум». Такой

концептуальный разрыв создаёт системные барьеры в коммуникации, поскольку врач и пациент говорят на разных онтологических языках [1, 2].

На операционном уровне данное противоречие проявляется в феномене соматизации – культурно обусловленной тенденции пациентов из неевропейских обществ выражать психологический дистресс через телесные симптомы. Исследование LV Xiao-Kang и WANG Xin-Jian (2012) вводит понятие «образного мышления» – традиционной китайской когнитивной парадигмы, характеризующейся проницаемостью границы между физическим и ментальным. Врачи, не осведомлённые об этом феномене, рискуют пропустить депрессивное или тревожное расстройство, назначая симптоматическую терапию вместо этиотропной. Зарубежные данные подтверждают: китайские пациенты склонны описывать психологический дискомфорт через головную боль, хроническую усталость, ощущение «тяжести в груди», что является не патологией, а культурно-санкционированным способом выражения страдания [3, 4].

Анализ специфики работы с арабскими пациентами обнаруживает ещё один уровень проблематики – религиозный контекст восприятия болезни. В арабо-мусульманской культуре заболевание часто осмысливается как божественное испытание или искупление грехов, что обуславливает специфические реакции семьи на диагноз. Особую проблему представляет высокая стигматизация психических расстройств: так, деменция в арабском языке обозначается термином «Kharaf», буквально означающим «потеря разума», что накладывает на семью глубокое социальное клеймо и провоцирует сокрытие диагноза [5].

Принцип автономии пациента, центральный для западной биоэтики, вступает в прямое противоречие с коллективистской культурой арабских обществ. Исследование Hadziabdic et al. (2014) продемонстрировало: 57% арабоязычных мигрантов в Швеции полагают, что присутствие профессионального переводчика снижает степень доверия к врачу. Основной причиной выступает опасение нарушения конфиденциальности, особенно если переводчик принадлежит к той же диаспоре. Это создаёт дилемму: с одной стороны, языковой барьер требует посредника, с другой – его присутствие разрушает терапевтический альянс [6].

Гендерные нормы в арабской культуре существенно влияют на стратегии совладания с заболеванием. Исследование Maki et al. (2022), проведённое среди пациентов с хронической болью в спине в Бахрейне, выявило: женщины систематически приоритизируют семейные потребности над собственным лечением в силу воспринимаемых гендерных ролей. При этом религиозные практики (молитва, дуа) выступают активной копинг-стратегией, а не формой пассивного принятия боли. Игнорирование данного фактора ведёт к тому, что назначенное лечение оказывается нереализуемым в реальном культурном контексте пациента [7].

Высокий уровень стигматизации психических расстройств в китайской культуре существенно снижает приверженность терапии. Сравнительное исследование Mohamed et al. (2014), проведённое среди пациентов с шизофренией в США и Китае, показало: при сопоставимой тяжести симптоматики китайские пациенты демонстрировали значительно более низкий уровень инсайта (понимания болезни) и более негативное отношение к психофармакотерапии. Данное явление коренится в культуре «сохранения лица» (миэнцзы): психиатрический диагноз воспринимается как позор, распространяющийся на всю семью, что ведёт к отказу от лечения, сокрытию симптомов и обращению к альтернативной медицине [8].

Пациенты из Центральной Азии (Кыргызстан, Таджикистан, Узбекистан), обращающиеся за медицинской помощью в Российской Федерации, сталкиваются с комплексом взаимосвязанных барьеров: языковым (особенно у представителей старшего поколения), административным (страх депортации, отсутствие полиса ОМС) и культурным (патерналистские ожидания от вра-

ча). Отчёт ВОЗ (2020) по Кыргызстану фиксирует критический дефицит психиатрических услуг и высокую стигму психических заболеваний, что вынуждает пациентов мигрировать за лечением в Россию и Казахстан, где они вновь сталкиваются с культурными и языковыми барьерами. В российских методических рекомендациях подчёркивается: если иностранный пациент решил обратиться в медицинское учреждение, это уже является стрессовой ситуацией, поэтому рекомендуется уделять первоочередное внимание решению проблемы пациента, а не проверке документов [9, 10, 11].

Выявленные барьеры создают системное противоречие. С одной стороны, на стратегическом уровне признаётся ключевая роль культурной компетентности для безопасности пациента. С другой – операционный уровень, представленный образовательными стандартами и клиническими рекомендациями, не обеспечивает организационно-методических механизмов для развития данной компетенции. В российских программах непрерывного медицинского образования модули по кросс-культурной коммуникации носят факультативный характер и не включают практических навыков работы с культурными брокерами или адаптированными диагностическими инструментами. Такой образовательный вакуум приводит к тому, что взаимодействие строится на интуитивных представлениях врача о культуре пациента, что не может быть основой для безопасной и эффективной медицинской помощи [9].

Ограничением данного исследования является его теоретический характер; для формирования полной картины требуются дополнительные эмпирические исследования на базе многопрофильных стационаров Российской Федерации, обслуживающих мигрантский контингент.

Заключение. Проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что философские различия в понимании тела, болезни и автономии между биомедицинской и холистической парадигмами создают системные барьеры в диалоге «врач-иностраннй пациент». Существующие подходы к подготовке медицинских работников не обеспечивают формирования достаточного уровня кросс-культурной компетенции, что негативно сказывается на безопасности пациента и эффективности лечения. Для практической реализации принципов пациентоориентированности в поликультурной среде необходима разработка и внедрение комплексных организационно-методических документов федерального уровня. Эти документы должны:

Ввести обязательные модули по кросс-культурной компетенции в программы непрерывного медицинского образования, включая основы медицинской антропологии, кросс-культурной психологии и навыки работы с переводчиками.

Разработать стандарт работы с иностранными пациентами с привлечением «культурных брокеров» – посредников, владеющих одновременно медицинским дискурсом и культурными кодами пациента.

Адаптировать диагностические инструменты (опросники, скрининговые шкалы) с учётом культурных и языковых особенностей, провести их валидацию на локальных популяциях пациентов из арабских стран, Китая и Центральной Азии.

Вовлекать семью в терапевтический процесс при работе с пациентами из коллективистских культур, соблюдая баланс с принципом конфиденциальности и автономии пациента.

Только создание четкой, непротиворечивой и практико-ориентированной системы подготовки медицинских работников позволит трансформировать кросс-культурную коммуникацию из источника рисков в ресурс повышения качества и безопасности медицинской помощи в условиях глобализованного здравоохранения XXI века.

ЛИТЕРАТУРА

1. Психологическая модель врачевания: философские основания диалога врача и пациента // Психологический журнал. – 2011. – Т. 32, № 6. – С. 89–97. – URL: <http://hpsy.ru/public/x6389.htm> (дата обращения: 11.05.2026).
2. Третьяк С. В. Культурная компетентность врача как фактор качественного медицинского обслуживания населения многонационального государства / С. В. Третьяк // Евразийский научный журнал. – 2017. – № 2. – С. 45–49. – URL: <https://euroasia-science.ru/kulturologiya/kulturnaya-kompetentnost-vracha> (дата обращения: 11.05.2026).
3. LV Xiao-Kang, WANG Xin-Jian. Image Thinking: A Traditional Chinese Thinking Style and Its Impact on Mental Health // Acta Psychologica Sinica. – 2012. – Vol. 44, № 5. – P. 698-710. – URL: <https://journal.psych.ac.cn/acps/EN/10.3724/SP.J.1041.2012.00698> (дата обращения: 11.05.2026).
4. Zaroff C. M., Davis J. M., Chio P. H., Madhavan D. Somatic presentations of distress in China // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. – 2012. – Vol. 46, № 11. – P.1053-1057. – DOI: 10.1177/0004867412450077 (дата обращения: 11.05.2026).
5. Taiebine M. Cultural, Clinical, and Sociolinguistic Considerations in Caring for Arab Patients with Dementia // Indian Journal of Medical Specialities. – 2024. – Vol. 15, № 2. – P. 89–95. – DOI: 10.4103/ijms.ijms_28_24 (дата обращения: 11.05.2026).
6. Hadziabdic E., Albin B., Hielm K. Arabic-speaking migrants: attitudes, opinions, pREFERENCES and past experiences concerning the use of interpreters in healthcare: a postal cross-sectional survey // BMC Research Notes. – 2014. – Vol. 7. – Art. 71. – DOI: 10.1186/1756-0500-7-71 (дата обращения: 11.05.2026).
7. Maki D., Al-Mahrooqi R., Al-Za'abi K. et al. An exploration of experiences and beliefs about low back pain with Arab Muslim patients // Disability and Rehabilitation. – 2022. – Vol. 44, № 18. – P.5171-5183 –DOI:10.1080/09638288.2021.1928301 (дата обращения: 11.05.2026).
8. Mohamed S., Rosenheck R., He H., Yuping N. Insight and attitudes towards medication among inpatients with chronic schizophrenia in the US and China // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2014. – Vol. 49, № 7. – P. 1063-1070. – DOI: 10.1007/s00127-014-0824-1 (дата обращения: 11.05.2026).
9. Смирнова А. С. Кросс-культурная коммуникация – необходимая часть профессиональной подготовки медицинского персонала / А.С. Смирнова, Т.А. Жикина // Universum: медицина и фармакология. – 2024. – № 9 (114). – URL: <https://7universum.com/ru/med/archive/item/18110> (дата обращения: 11.05.2026).
10. World Health Organization. Mental Health Atlas 2020. – Geneva: World Health Organization, 2021. – 136 p. – ISBN: 978-92-4-003670-3
11. Методическое пособие для медицинских организаций системы здравоохранения по работе с иностранными пациентами: Методическое пособие / Е. И. Аксенова, Г. Д. Петрова, Н. Н. Юдина, Е. В. Чернышев. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. – 96 с. ISBN 978-5-907251-81-6. <https://niioz.ru/upload/iblock/43c/43c5aab1d1b1d15df5dda722a4febc46.pdf>

REFERENCES

1. Psychological model of healing: philosophical foundations of the dialogue between doctor and patient. Psychol J [Internet]. 2011;32(6):89-97. [cited 2026 May 11]. Available from: <http://hpsy.ru/public/x6389.htm> (In Russ.)
2. Tretyak SV. Doctor's cultural competence as a factor of quality care for the population of a multinational state. Eurasian Sci J [Internet]. 2017;(2):45-49. [cited 2026 May 11]. Available from: <https://euroasia-science.ru/kulturologiya/kulturnaya-kompetentnost-vracha> (In Russ.)
3. Lv XK, Wang XJ. Image Thinking: A Traditional Chinese Thinking Style and Its Impact on Mental Health. Acta Psychol Sin [Internet]. 2012;44(5):698-710. [cited 2026 May 11]. Available from: <https://journal.psych.ac.cn/acps/EN/10.3724/SP.J.1041.2012.00698>
4. Zaroff CM, Davis JM, Chio PH, Madhavan D. Somatic presentations of distress in China. Aust N Z J Psychiatry. 2012;46(11):1053-1057. doi: 10.1177/0004867412450077
5. Taiebine M. Cultural, Clinical, and Sociolinguistic Considerations in Caring for Arab Patients with Dementia. Indian J Med Spec. 2024;15(2):89-95. doi: 10.4103/ijms.ijms_28_24
6. Hadziabdic E, Albin B, Hielm K. Arabic-speaking migrants' attitudes, opinions, pREFERENCES and past experiences concerning the use of interpreters in healthcare: a postal cross-sectional survey. BMC Res Notes. 2014;7:71. doi: 10.1186/1756-0500-7-71
7. Maki D, Al-Mahrooqi R, Al-Za'abi K, et al. An exploration of experiences and beliefs about low back pain with Arab Muslim patients. Disabil Rehabil. 2022;44(18):5171-5183. doi: 10.1080/09638288.2021.1928301
8. Mohamed S, Rosenheck R, He H, et al. Insight and attitudes towards medication among inpatients with chronic schizophrenia in the US and China. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2014;49(7):1063-1070. doi: 10.1007/s00127-014-0824-1
9. Smirnova AS, Zhikina TA. Cross-cultural communication is a necessary part of professional training of medical personnel. Universum Med Pharmacol [Internet]. 2024;(9)(114). [cited 2026 May 11]. Available from: <https://7universum.com/ru/med/archive/item/18110> (In Russ.)
10. World Health Organization. Mental Health Atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021. 136 p.
11. Aksenova EI, Petrova GD, Yudina NN, Chernyshev EV. Methodological guide for healthcare organizations on working with international patients. Moscow: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department; 2020. 96 p. [cited 2026 Jun 4]. Available from: <https://niioz.ru/upload/iblock/43c/43c5aab1d1b1d15df5dda722a4febc46.pdf> (In Russ.)

Информация об авторе:

Шиллинг Артур Александрович – аспирант 1 года обучения ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва, Российская Федерация; e-mail: Артур Шиллинг <arthur_shilling@mail.ru>; ORCID: 0009-0009-8466-6849

Author information:

Artur A. Shilling – first-year postgraduate student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russian Federation; e-mail: Artur Shilling <arthur_shilling@mail.ru>; ORCID: 0009-0009-8466-6849

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ НАУКИ
СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ АСПИРАНТОВ
ПО ИТОГАМ ЕЖЕГОДНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ

Корректор ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» И. Д. Баринская

Дизайнер-верстальщик А.В. Усанов

Объем данных 2,5 Мб

Дата подписания к использованию: 25.06.2026

URL: <https://niiroz.ru/moskovskaya-medicine/izdaniya-nii/sborniki/>

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»,
115088, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9
Тел.: +7 (495) 530-12-89
Электронная почта: niiozmm@zdrav.mos.ru

