
Ирина Е. Калабихина¹

Экономический факультет
Московского государственного университета
имени М. В. Ломоносова,
Российская Федерация, 119991,
г. Москва, Ленинские горы, дом 1, строение 46,
<https://www.econ.msu.ru>

Дарья А. Матюшина²

Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ)
Литва, 03228, г. Вильнюс, Швитригайлос, 11В
harm-reduction.org

Исследование отношения населения к телемедицинским технологиям на примере медицинских онлайн-консультаций

Аннотация. Новый закон о телемедицине требует участия населения в реализации данного закона. Распространение новых методов медицинского консультирования должно проходить в научно обоснованном контексте. Целью исследования было выявление отношения населения к онлайн-консультациям. Было проведено 50 полуструктурированных интервью, при анализе текстов использовался тематический анализ текстов. В результате исследования выявлено отношение населения к онлайн-консультациям, структурированы барьеры развития онлайн-консультаций в России. Население понимает неизбежность такого формата, но относит его к «не совсем медицинским» услугам и узко трактует возможные способы применения онлайн-консультаций — в контексте расширения доступа к услугам, но не в контексте повышения качества диагноза, например в получении «второго мнения». Пользу участники исследования видели в сокращении временных затрат и выравнивании территориального неравенства в доступе к медицинской помощи. Медицинские онлайн-консультации зачастую вызывают у населения недоверие и страх (страх неверно поставленного диагноза, экономии средств за счет снижения качества и страх перед мошенничеством). Мы выделили три группы барьеров: 1) готовность пациентов и врачей; 2) техническая и регуляторная готовность системы здравоохранения; 3) цифровое неравенство в географическом и возрастном контекстах. Роль по преодолению барьеров отводится в первую очередь государству, что отражает общий патерналистский настрой населения в вопросах здоровья.

¹ Ирина Евгеньевна Калабихина, доктор экономических наук, профессор, заведующая кафедрой народонаселения экономического факультета МГУ имени М. В. Ломоносова. E-mail: kalabikhina@econ.msu.ru.

² Дарья Александровна Матюшина, советник команды по реформе нормативно-правовой базы снижения вреда ЕССВ. E-mail: dasha.ocheret@gmail.com.

Ключевые слова: экономика здоровья; управление телемедициной; онлайн-консультирование; полуструктурированные интервью.

JEL коды: D19, 51, I18, O33

Введение

Настоящее исследование ставит перед собой цель изучить отношение населения к использованию телемедицинских технологий, в частности онлайн-консультаций, и представление о месте этих технологий в сбережении здоровья и предоставлении медицинской помощи. Описание методики исследования и его результатов предваряет краткий обзор эмпирических исследований выгод и барьеров внедрения медицинских онлайн-консультаций в зарубежных странах.

Теоретическая рамка, на которую опирается данное исследование в подходе к анализу данных, строится на теории диффузии инноваций и теории культурных измерений Хофстеде. Согласно теории диффузии инноваций, разработанной Эвереттом Роджерсом в 1962 г., личностные характеристики людей влияют на скорость принятия ими инноваций, выделяют пять групп населения: инноваторы, ранние адепты, раннее большинство, позднее большинство и отстающие [Rogers, 2010]. На процесс адаптации также влияют характеристики самой инновации — сравнительное превосходство, совместимость, сложность, возможность апробации, наблюдаемость [Rogers, Singhal, 2005]. Теория Роджерса успешно применяется для изучения внедрения цифровых технологий в здравоохранение, начиная с Уиттона и Коллинза [Whitten, Collins, 1997], впервые применивших теорию диффузии инноваций к телемедицине как к децентрализованной и постоянно обновляющейся, «заново изобретаемой» технологии, и включая недавние работы, посвященные принятию телемедицинских технологий со стороны медицинского персонала, например медсестер [Taylor et al., 2014], пациентов первичного звена здравоохранения [Zhang et al., 2015], для различных заболеваний, например диабета [Lien, Jiang, 2016] и др. Для объяснения обусловленных культурой различий авторы также опираются на теорию культурных измерений Хофстеде, в соответствии с которой влияние культуры общества на ценности членов общества, определяющих их поведение, может быть распределено по таким параметрам, как индивидуализм, избегание неопределенности, дистанцированность от власти и мужественность [Hofstede, 1984].

Перспективы и барьеры внедрения онлайн-консультаций в мировую медицинскую практику

Первые сеансы, с проведением которых связывают начало развития телемедицины, представляли собой технологически сложные операции, как, например, первая лапароскопическая межконтинентальная хирургическая операция, проведенная более 20 лет назад в США при участии врачей из Канады. Сегодня спектр задач здравоохранения, которые позволяют решать телемедицина, выходит за пределы традиционных представлений об оперирующих на расстоянии тысяч километров хирургах. Все большую популярность набирают проведение онлайн-консилиумов и получение «второго врачебного мнения» (*second opinion*). Телекардиология (передача на расстоянии электрокардиографических данных для удаленной диагностики и лечения заболеваний коронарной болезни сердца, аритмий и других сердечно-сосудистых заболеваний) позволяет проводить более достоверную диагностику и снижать риск развития сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с растянутыми во времени традиционными приемами в кабинете врача [Di Cerbo et al., 2015]. Многочисленные исследования, проведенные по всему миру на протяжении двух последних десятилетий, показывают результативность и экономическую эффективность использования формата видеоконференций, пациентских порталов (*patient forums*), электронной переписки между врачом и пациентом, телефонных консультаций, консультаций по Skype и использования приложений для мобильных телефонов [Di Cerbo et al., 2015; Jung, Padman, 2015; Greenhalgh et al., 2015].

Помимо положительных экономических эффектов и приближения универсального доступа к здравоохранению [WHO, 2016] проведение онлайн-консультаций может помочь системе здравоохранения решить одну из актуальных задач — стать в большей степени пациенто-центрированной (клиенто-ориентированной)¹. Удаленный и соответственно более конфиденциальный, анонимный для пациента контакт со специалистом позволяет проводить консультации в том числе по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, способствуя принятию взвешенных решений со стороны пациента [Schmidt-Weitmann et al., 2017]. Как показывает зарубежный опыт, далеко не всегда онлайн-консультирование заменяет визит к врачу: исследование, проведенное Фредериком и соавторами [Frederick et al., 2014] среди 2357 пациентов первичного звена, продемонстрировало, что использование возможности посылать сообщения

¹ Необходимость изменения национальных систем здравоохранения в сторону большей пациенто-центрированности была неоднократно подтверждена исследованиями и легла в основу руководств и рекомендаций ВОЗ [подробнее см. WHO, 2007].

врачу через электронный портал не коррелирует со значимым снижением числа традиционных визитов к врачу. В таких случаях телемедицинские технологии скорее становятся дополнительной мерой, используемой пациентами, для того чтобы повысить свой уровень информированности о заболевании и задать уточняющие вопросы.

Одна из особенностей применения цифровых технологий в сфере здоровья состоит в том, что частота использования пациентами цифровых устройств со временем может снижаться и не давать результатов, если они не встроены в комплексные подходы [Dayer et al., 2013]. В качестве примера можно привести приложения для мобильных телефонов, напоминающие о приеме лекарств. Такие электронные напоминания могут сыграть важную роль в формировании приверженности к лечению при назначении антибиотиков и противовирусных средств с высокой лекарственной устойчивостью [Zhenwei et al., 2011]. Исследование Санто и соавторов [Santo et al., 2016] показало, что уже к 2016 г. были доступны 272 приложения для мобильных телефонов, напоминающих о приеме лекарств, однако лишь незначительный процент был оценен как имеющие адекватное качество. Здесь нужно иметь в виду, что готовность пациентов опробовать технологию не означает, что после короткого периода изучения возможностей устройства или приложения оно будет использовано по назначению.

Внедрение телемедицины в национальную систему здравоохранения может быть сопряжено с рядом трудностей. Например, Гринхалг и соавторы [Greenhalgh et al., 2015] выделяют четыре группы препятствий: опасения, связанные с клиническими рисками; готовность/отношение пациентов и медицинского персонала к телемедицине; технические барьеры; логистические и регуляторные препятствия. Отношение к телемедицине со стороны населения, представляющее тему данного исследования, неодинаково среди различных групп населения и связано с социально-демографическими характеристиками. Так, более молодой возраст пациента коррелирует с более интенсивным использованием онлайн-консультаций [Jung, Padman, 2014]. Существуют и гендерные различия: хотя использование цифровых технологий обычно в большей степени распространено среди мужчин, чем среди женщин, именно женщины в большей степени использовали возможности получения онлайн-консультаций в рамках американской системы *eVisit*, причем это не было связано с традиционной ролью женщины в семье — заботой о других членах семьи [Jung, Padman, 2014]. Есть и существенные территориальные различия: семейные врачи, обслуживающие население сельской местности, в два раза чаще назначали телеконсультации с узкопрофильными специалистами [Jetty et al., 2017].

Необходимо обратить внимание на то, что выявленные закономерности, определяющие восприимчивость тех или иных групп населения

к получению медицинских онлайн-консультаций, не универсальны. Например, в Австралии было выявлено, что только 29% принявших участие в исследовании молодых людей были готовы обратиться за медицинской помощью по вопросам сексуального здоровья в формате видеоконсультации. Австралия также показала более низкие темпы принятия телепсихиатрии, чем другие страны (систематический обзор литературы см. [Al-Mahdi et al., 2015]). Таким образом, нельзя экстраполировать результаты иностранных исследований на российское население. Изучение отношения к телемедицинским технологиям, в частности к онлайн-консультациям, среди различных групп населения в Российской Федерации представляет собой важную исследовательскую задачу.

Медицинские онлайн-консультации в Российской Федерации

1 января 2018 г. в Российской Федерации вступил в силу так называемый закон о телемедицине — Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья», содержащий, среди прочего, определение телемедицинских технологий, целей и условий их применения на территории Российской Федерации.

В соответствии с законом о телемедицине, «телемедицинские технологии — информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента». Таким образом, закон регулирует взаимодействие как между врачами, так и между врачом и пациентом. Закон устанавливает две основные цели применения телемедицинских технологий: во-первых, это профилактика, сбор и анализ жалоб пациента, оценка эффективности лечения, наблюдения за состоянием здоровья пациента и, во-вторых, принятие решения о необходимости проведения очного осмотра или консультации.

Одной из задач, стоящих перед российской системой здравоохранения, является приближение медицинской помощи к населению. Большие расстояния между населенными пунктами в значительной степени объясняют причину разрыва в показателях здоровья населения между российскими регионами и внутри регионов между городами и сельской местностью или труднодоступными территориями. Однако помимо географической доступности препятствием для приближения помощи к населению становятся также барьеры, формирующиеся среди пациентов,

среди населения. К последним можно отнести снижающееся в России доверие к врачам [ВЦИОМ, 2017; Лядова, 2016].

Медицинские онлайн-консультации могут дать российской системе здравоохранения решение проблемы географической дистанции между узким специалистом и пациентом и «перестроить» формат оказания помощи с учетом индивидуальных медицинских потребностей пациента и его социокультурных характеристик. Однако для планирования поэтапного внедрения телемедицины в систему здравоохранения требуются знания не только о технологической готовности системы к использованию телемедицины и финансовых затратах на внедрение, но и о готовности населения этими технологиями пользоваться. Если эмпирические исследования по вопросу отношения врачей к тем или иным телемедицинским услугам в России проводились [например, Тарасенко, 2014], то отношение населения к онлайн-консультациям остается малоизученным российскими учеными.

Данные и методы

В апреле—июне 2017 г. на базе экономического факультета МГУ имени Ломоносова было проведено качественное исследование «Сбережение здоровья и новые технологии глазами жителей Московского региона». Цель исследования состояла в том, чтобы изучить отношение населения к использованию новых информационных технологий в сфере здоровья и представления о месте этих технологий в сбережении здоровья и предоставлении медицинской помощи.

Исследование было проведено в рамках научного семинара «Качественные исследования в экономике и демографии»¹ с использованием метода полуструктурированного интервью на основе разработанного исследовательской группой опросника. Опросник содержал помимо общей вводной и заключительной частей семь тематических блоков: использование медицинских приборов дома; перспективы развития медицинских онлайн-консультаций; мобильные приложения для здоровья, устройства и приложения ЗОЖ; контроль над своим здоровьем; потребление биологически активных добавок; новейшие технологии и самосохранительное поведение; занятия спортом и фитнесом. В опросник (расширенную версию) был включен помимо тематических блоков список вопросов, на которые интервьюеры могли опираться во время интервью, однако эти вопросы не были обязательными.

¹ Научный семинар идет с 2006 г., руководитель семинара — И. Е. Калабахина, кафедра народонаселения экономического факультета МГУ (полные тексты результатов прошлых исследований см. <https://demography.econ.msu.ru/library/qualitative-research/>).

Специально для данного исследования были разработаны информационные листки о целях исследования и принципах участия в исследовании (добровольности и конфиденциальности) и формы информированного согласия. Все интервьюеры — студенты магистратуры экономического факультета — принимали участие в разработке опросника и его тестировании и прошли обучение по проведению полуструктурированного интервью. Интервьюеры также подписали форму о неразглашении личной информации, полученной от респондентов в ходе исследования.

В общей сложности было проведено 50 полуструктурированных интервью. Участниками исследования стали жители Московского региона в возрасте от 18 до 80 лет (до 20 лет — три человека, 20–24 года — 27 участников, 25–30 — восемь, 30–39 — шесть, 40–49 — два, 50–59 — один, старше 60 — три), 34 участника — женщины. Среди принявших участие в исследовании шесть человек имеют детей. Среди участников исследования были выделены три группы: 1) представители групп населения, имеющих особые потребности, — «родители детей дошкольного возраста»; 2) представители групп населения, имеющие специфический опыт использования электронных устройств для измерения показателей здоровья, — «спортсмены»; 3) представители групп населения, имеющие профессиональное отношение к системе здравоохранения и опыт оказания медицинских услуг, — «медики». Интервью были с согласия участников записаны на диктофон и расшифрованы, а затем обработаны на основе метода тематического анализа.

Результаты

Участники исследования чаще всего не имели непосредственного опыта медицинских онлайн-консультаций и не слышали, чтобы кто-то из родственников или знакомых пользовался подобными услугами. Их комментарии касались главным образом того, какое место онлайн-консультации могут занять в системе представления медицинской помощи, пользы, барьеров и ограничений, а также роли государства в широкомасштабном введении онлайн-консультаций в РФ.

Место онлайн-консультаций в системе оказания медицинской помощи.

Для большинства участников исследования основная цель онлайн-консультаций — постановка диагноза. Только два участника упомянули о возможности получения второго мнения (*second opinion*) из другого города или страны и еще двое — о выписке рецепта онлайн:

«Если есть хороший специалист в другом городе, я бы спросил у него, есть ли смысл ехать к нему лично, или можно проконсультроваться по скайпу, или можно найти специалиста в своем городе. Такая консультация хо-

роша ответом на вопрос «что тебе делать?», а не «чем ты болеешь?» (мужчина, 22 года, группа «спортсмены»).

«Если такие услуги появятся в поликлинике, то к некоторым врачам я буду обращаться, если научат. А также я хотел бы обращаться онлайн за выпиской рецептов, которые выписываю у врача каждый месяц» (мужчина, 80 лет).

Еще два участника исследования выразили мнение, что онлайн-консультации могут помочь в управлении потоком пациентов для снижения нагрузки на первичное звено. Несколько участников также указали на значимость онлайн-консультаций в условиях больших расстояний:

«Люди с другого конца России едут делать операцию, улетают домой, но поддерживают связь с лечащим врачом с помощью скайпа, чтобы врач был в курсе динамики заболевания» (женщина, 23 года).

Респонденты в целом показали настроенное отношение к медицинским онлайн-консультациям и описывали их как «поверхностные», «ненадежные», «несерьезные», «неуместные», «ерунда», «примерно то же самое, что самодиагностика в Интернете»:

«Онлайн можно забить себе в Интернете в поиске «у меня болит голова» и не ждать ответа никакого врача по скайпу» (мужчина, 25 лет).

Если участники исследования и видят ценность в введении онлайн-консультаций, то они чаще всего определяют их место в системе оказания медицинской помощи как для решения «не очень серьезных проблем», «в случаях несерьезных заболеваний», «при знакомых симптомах»:

*«Онлайн-консультация может иметь место, если я хочу проконсультироваться насчет лекарства какого-то **нейтрального**» (женщина, 33 года, группа «родители с детьми дошкольного возраста»).*

Только один участник считает, что онлайн-консультации подходят для «больных людей, которые вообще не могут с кровати встать» (мужчина, 20 лет, группа «медики»).

Выгоды от онлайн-консультаций. Участники исследования оказались практически единодушны в том, что онлайн-консультации помогут сократить временные затраты, связанные с оказанием медицинской помощи. Чаще всего речь шла об экономии времени со стороны пациента, возможность избежать очередей, «не дышать бациллами»:

«Получение необходимой информации человеком в затруднительной ситуации плюс к этому возможность избежать очередей» (мужчина, 25 лет, группа «медики»).

Очереди к врачу — основная проблема, вокруг которой информанты выстраивают свои позитивные ожидания от внедрения онлайн-консультаций. Значительно реже звучали комментарии по экономии финансовых средств, которую способны дать онлайн-консультации. При этом в высказываниях информантов прослеживается связь между экономией ресурсов и снижением качества помощи:

«Главное, чтобы экономия времени не шла во вред здоровью» (мужчина, 25 лет).

«Экономия денег — спорный момент. Мне кажется, на здоровье нельзя экономить, лучше пусть будет дорого, но качественно» (женщина, 21 год).

Многие участники выделяли отдельные группы населения, для которых введение онлайн-консультаций будет иметь пользу: пожилые люди, женщины с детьми и жители территорий, где нет специалистов нужной квалификации. При этом несколько участников говорили о том, что те, кто больше других нуждается в помощи (пожилые люди), не смогут воспользоваться услугами:

«Вообще в этом плане медицина в целом развивается, раньше была живая очередь и т.д., сейчас уже электронно все делается и это облегчает жизнь, и нужно учитывать, что пожилым людям трудно ходить в поликлиники за рецептами, поэтому обновление рецептов — это большой плюс для них и не только» (мужчина, 25 лет, группа «медики»).

Два участника исследования также упомянули пользу от онлайн-консультаций для врачей (*«Есть плюс для самих врачей, что у них появится еще один способ заработка»*, мужчина, 25 лет), но эта тема не получила дальнейшего развития в интервью.

Доверие. Тема доверия к врачам была одной из центральных в ответах респондентов на вопросы об онлайн-консультациях.

Только одна участница исследования связала недоверие к онлайн-консультациям с их *новизной*, со страхом перед новым опытом; в основном те участники, которые говорили о новизне онлайн-консультаций, высказывались о них в позитивном ключе:

«Если бы такая тема была, я бы чисто для себя (попробовала). Я такой человек, который должен узнать, прощупать что-то новенькое, понять»,

быть в тренде, скажем так. Я бы прощупал все это, посмотрел. И там уже, основываясь на полученном опыте, сделал бы какие-то выводы» (мужчина, 20 лет, группа «медики»).

В большинстве же случаев такие консультации вызывают недоверие по причине того, что пациент не может проконтролировать, кто выступает в роли медицинского работника по ту сторону экрана: *«нет уверенности, что врач является действительно врачом»*. По мнению респондентов, это может быть *«шарлатан»*, *«неопытный врач»* или *«самоучка»* или даже робот. При этом никто из участников исследования не упоминал о том, что при очном посещении лечебного учреждения он проверяет или каким-то иным способом контролирует квалификацию и опыт работы врача.

«Просто если на каких-то определенных медицинских сайтах, а я не знаю откуда они произошли и так далее, есть какие-то онлайн-консультации, то им бы да, я не доверилась» (женщина, 22 года).

По мнению информантов, невозможность проверить квалификацию медицинского специалиста в процессе консультации повышает риск постановки неверного диагноза. Только один из информантов указал на проблему безопасности данных, *«утечки информации»*.

Барьеры. В результате анализа проведенных интервью были выделены несколько видов барьеров для внедрения медицинских онлайн-консультаций. Первый барьер — это невозможность тактильного контакта. Большинство участников заявили о том, что для постановки правильного диагноза врач должен *«пощупать»*, *«осмотреть»*, *«потрогать»*, *«постучать»*.

Второй барьер — низкое качество передачи данных онлайн, из-за чего информанты оценивают онлайн-консультации как более рискованные по сравнению с традиционным контактом с врачом:

«Минус — плохо видно пациента, и из-за этого может получиться неточный диагноз или ошибочный» (мужчина, 23 года).

«Из-за плохого качества связи врач может не расслышать, недопонять пациента и, следовательно, поставить неправильный диагноз» (мужчина, 22 года).

В отдельную, третью группу барьеров можно выделить неспособность или неготовность населения достоверно рассказать о своем состоянии, *«правильность показаний самого пациента»:*

«Население не подготовлено к такой программе. Они не будут понимать, как описать свои симптомы и о чем вести диалог» (женщина, 23 года, группа «медики»).

«Это очень сложно, потому что люди доверчивые, на эмоциях они могут очень ярко описать то, что чувствуют» (мужчина, 22 года).

Реже были названы барьеры, связанные с уровнем цифровизации среди различных групп населения:

«Онлайн-консультации хороши там, где есть общая компьютеризованность общества, я считаю, что у нас не у всех людей есть даже цветные телефоны, а вы говорите об онлайн-консультациях. Бабушки, дедушки, старенькие особенно, они не пользуются такими гаджетами и не представляют, как ими пользоваться, а ведь непосредственно им чаще необходима медицинская помощь» (мужчина, 25 лет, группа «медики»).

«Онлайн-консультации можно провести пока только в крупных городах» (мужчина, 46 лет, группа «медики»).

Продвижение онлайн-консультаций. Большинство участников исследования отдают основную роль в продвижении онлайн-консультаций государству. Здесь можно выделить следующие функции: стандартизация услуг, контроль качества, сертификация врачей, образовательная функция, обеспечение доступа. В первую очередь государство должно:

«Очертить границы, когда можно, в каких случаях такая консультация будет оправданна» (женщина, 22 года).

Далее многие участники возлагают надежды на то, что государство обеспечит защиту от возможных мошенников и врачей низкой квалификации:

[Необходимо создать] *«единую базу клиник, где разрешена эта онлайн-консультация, которые прошли какую-то аттестацию»* (женщина, 22 года).

«Должны быть технологии передовые, медицинские приборы, оборудование, должен быть какой-то список услуг, процедур или специалистов, которые могут работать онлайн» (женщина, 21 год).

Государство должно отвечать и за обучение врачей в предоставлении дистанционных услуг, и за обучение пациентов. Интересна в этой связи позиция одной участницы исследования по внешнему (инструментальному) контролю предоставления информации со стороны пациента:

«Когда пациент обращается к врачу, он должен предоставить объективные данные своего самочувствия. Эти данные могут показать приборы. В таком случае всех надо обеспечить этими приборами» (женщина, 22 года).

Роль государства важна также в создании и оснащении информационных систем — улучшении доступа к Интернету и качества связи, создании порталов с возможностью свободного выбора медицинского специалиста. Значительно реже поднимался вопрос о роли самих ЛПУ в продвижении онлайн-услуг:

«Вот если платная поликлиника заинтересована в том, чтобы продвинуть эту сферу в люди, то я бы прибегнул к маркетинговым ходам, сделал бы там бесплатные консультации. И тогда уже, когда человек проверит, он мог бы сказать: «вот это хорошо, а это плохо» (мужчина, 20 лет, группа «медики»).

Обсуждение и выводы

Являясь жителями Московского региона — региона с высокой степенью покрытия высококачественным Интернетом, — большинство участников исследования не имели личного опыта медицинских онлайн-консультаций, не опирались на опыт знакомых и в целом демонстрировали общие рассуждения о предмете. Это объясняется тем, что закон о телемедицине вступил в силу уже после проведения исследования и онлайн-консультации не были широко доступны. Однако среди участников исследования явно можно выделить несколько «ранних адептов» онлайн-консультаций, начавших использовать технологию еще до вступления в силу закона. Следует отметить, что у многих информантов тема разговора вызывала живой интерес, готовность попробовать новую технологию и потребность сформировать мнение на основе личного опыта.

Анализ интервью показал, что медицинские онлайн-консультации зачастую вызывают у населения недоверие и страх. Речь здесь идет о страхе двух видов. Во-первых, это страх неверно поставленного диагноза в процессе онлайн-консультирования, который, по всей видимости, является продолжением недоверия к системе здравоохранения, столь характерного для российского населения. Во-вторых, это страх перед мошенничеством в сети Интернет, когда злоумышленник, пользуясь невозможностью авторизовать его личность, пытается получить доступ к личной информации пользователя. Мы можем говорить о проявлении такой характерной для российского населения черты, как высокое избегание неопределенности (значение показателя для России составляет 93 [Hofstede Insights,

по date]). Вместе с тем этот страх может быть временным явлением, усиливающимся в связи с общей настороженностью населения к передаче данных через Интернет, связанных с участившимися в последние годы случаями финансового мошенничества в Интернете и распространением кампаний по повышению осведомленности о таком мошенничестве среди населения. Участившиеся сообщения о финансовом интернет-мошенничестве, по всей видимости, оказывают влияние на восприятие населением рисков, связанных с медицинскими онлайн-консультациями.

Несмотря на настороженное отношение к телемедицине, население демонстрирует понимание неизбежности внедрения телемедицинских консультаций в контексте быстрого развития цифровых технологий. Однако медицинские онлайн-консультации воспринимаются как услуги не вполне медицинские, *внешние* по отношению к системе здравоохранения, которые можно было бы использовать в «*несерьезных случаях*», которые скорее всего и так остались бы без медицинского вмешательства. Онлайн-консультации — дополнительная опция для «*поиска симптомов в Интернете*», квазимедицинская услуга (такая же квазимедицинская, как и «выписать больничный» — как говорит в качестве примера того, зачем она могла бы использовать онлайн-консультации, одна из участниц исследования). Здесь обращает на себя внимание мнение молодого медицинского специалиста о неприемлемости подмены контактных консультаций онлайн-консультациями, которые «*медициной не являются*», как пример негативного отношения/некомпетентности специалистов внутри самой системы здравоохранения. В контексте принятия закона о телемедицине в январе 2018 г. такое отношение населения к онлайн-консультациям на первый взгляд может выглядеть тревожно. Но в действительности острых противоречий нет: негативно настроенные респонденты видят цель онлайн-консультаций в *постановке диагноза*, но как раз постановка диагноза не входит в цели использования телемедицинских технологий (см. определение телемедицинских технологий в данном законе в начале статьи).

Таким образом, закон о телемедицине отвечает на опасения пациентов, связанные с высоким риском медицинских ошибок в постановке диагноза без очного контакта. Проблема же состоит в том, что потребуются время и целенаправленные усилия государства, чтобы изменить сформированные у населения представления об онлайн-консультациях как о преимущественно диагностических, а также чтобы популяризировать идею онлайн-консультаций как повышающих точность диагностики через дистанционное получение «второго мнения».

Другая проблема состоит в том, что если о дистанционных консилиумах или консультациях для получения «второго мнения» все же говорили несколько участников исследования, то упомянутое в законе о телемеди-

цине дистанционное медицинское наблюдение за состоянием здоровья пациента практически не звучало во время интервью. Возможно, это связано с тем, что в качестве примера онлайн-консультаций интервьюеры называли консультации по скайпу, не упоминая техническое оборудование для дистанционного мониторинга за состоянием пациента. Однако практически полное молчание информантов на этот счет свидетельствует о недостаточном уровне информированности российского населения по данному вопросу. Это может объясняться тем, что технологии онлайн-консультаций по скайпу, в отличие от оборудования для дистанционного мониторинга, имеет более высокую степень «наблюдаемости» и более высокую степень «сложности», что, согласно теории Роджерса, и объясняет разную скорость в адаптации к этим инновациям.

Результаты проведенного исследования демонстрируют, что население Московского региона оценивает онлайн-консультации как решение проблемы доступа к медицинской помощи, но не как решение проблемы качества услуг здравоохранения. Информанты выделяют две возможные «выгоды» от онлайн-консультаций: во-первых, это сокращение временных затрат, главным образом для пациента, и, во-вторых, это выравнивание территориального неравенства в доступе к медицинской помощи. Но основное ожидание от онлайн-консультаций — их способность победить очереди.

Что касается качества медицинской помощи, население, как было сказано выше, крайне настороженно воспринимает онлайн-консультирование — оно скорее способно скомпрометировать качество услуг здравоохранения, гарантом которого в глазах населения является врач, способный «*пощупать*» пациента и заслуживающий доверия, раз он физически находится на территории ЛПУ. Главная проблема здесь в том, что население достаточно узко воспринимает «сравнительное превосходство» онлайн-консультаций — они выглядят как замена некоей базовой амбулаторной медицинской услуги, а не как дополнение к ней, способное улучшить качество. И эта услуга по определению диагностическая — потому что, как свидетельствует анализ интервью, именно постановка диагноза и есть основная цель контакта с системой здравоохранения, а во все не профилактика или поддержка пациента в процессе лечения. Здесь также играет роль тот факт, что население склонно противопоставлять экономию и эффективность / качество медицинских услуг, а так как онлайн-консультации скорее видятся как способ экономии, то появляется риск снижения качества.

Анализ высказываний, связанных с барьерами для внедрения телемедицины, выявляет три группы таких барьеров: готовность пациентов (в том числе навыки пациентов в оценке своего состояния и донесения информации до врача), техническая и регуляторная готовность системы

здравоохранения (качество связи и сертификация медицинских специалистов) и барьеры, связанные с цифровым неравенством. Последнее касается как пространственного цифрового неравенства, так и неравенства между возрастными группами. В глазах населения те, кто больше всего нуждается в онлайн-консультациях, не смогут ими воспользоваться именно по причине цифрового неравенства. В таком случае развитие телемедицины в ближайшем будущем не способно решить задачу приближения помощи пациентам. При этом нельзя не отметить готовность пожилых участников исследования учиться и пользоваться различными формами телемедицинских услуг.

Роль по преодолению барьеров отводится в первую очередь государству. Практически все высказывания участников на этот счет сводятся к усилению контроля государства через создание стандартов и баз данных сертифицированных врачей / клиник. Роль пациентских сообществ, научно-исследовательских институтов и за редким исключением бизнеса не обсуждалась участниками. Это, по всей видимости, отражает представления населения о прерогативе государства в сфере здоровья и согласуется с показателями индекса культурных измерений по России в части большой дистанции власти и нежеланием населения самостоятельно участвовать в общественных преобразованиях [Hosftede Insights, no date].

Медицинское онлайн-консультирование будет развиваться в российской социокультурной и технологической среде, т.е. в среде, где укоренились представление о патерналистском государстве в вопросах здоровья и ожидание ответственности государства за все проявления новых форматов, высокий уровень недоверия к системе здравоохранения, технологическое неравенство в поколенческом и пространственном контексте, а также в ситуации недостатка современных знаний у врачей и пациентов о возможностях онлайн-консультирования. Если недостаток знаний может быть устранен относительно быстро (но эта цель должна быть поставлена в начале развития новой технологии), а возрастное неравенство будет уходить с переходом в зрелый возраст «отцифрованных» поколений (да и современное старшее поколение демонстрирует готовность учиться), то пространственное цифровое неравенство устранить сложнее. При этом социокультурные аспекты — недоверие и патернализм — требуют более сложного комплексного подхода, отвечающего не только за хорошую работу цифровой медицины в нашей стране.

Список литературы

1. ВЦИОМ. 2017. Врач в России: доверие пациентов, доходы, положение в обществе. Пресс-выпуск № 3474 от 22.09.2017.

2. Ладова А. В. 2016. Роль фактора доверия в системе «врач—пациент». *Этносоциум и межнациональная культура*. 10: 70–77.
3. Тарасенко Е. А. 2014. Развитие технологических инноваций в области mHealth: возможности для врачей для профилактики заболеваний, диагностики и консультирования пациентов. *Менеджер здравоохранения*. 4: 59–65.
4. Al-Mahdi I., Gray K., Lederman R. 2015. Online Medical Consultation: A review of literature and practice. Proceedings of the 8th Australasian Workshop on Health Informatics and Knowledge Management (HIKM 2015). Sydney, Australia, 27–30 January 2015.
5. Dayer L., Heldenbrand S., Anderson S., Gubbins P., Martin P., Bradley C. 2013. Smartphone medication adherence apps: Potential benefits to patients and providers. *Journal of the American Pharmacists Association*. 53(2): 172–181.
6. Di Cerbo, A., Morales-Medina J. C., Palmieri B., Iannitti T. 2015. Narrative review of telemedicine consultation in medical practice. *Patient Prefer Adherence*. 9: 65–75.
7. Frederick N., Crane S. J., Chaudhry R., Jon E. O., Ytterberg K., Tullidge-Scheitel S. M., Stroebel R. J. 2014. Impact of Patient Portal Secure Messages and Electronic Visits on Adult Primary Care Office. *Visits to e-Medicine and e-Health*. 20(3): 192–198.
8. Greenhalgh T., Vijayaraghavan S., Wherton J., Shaw S., Byrne E., Campbell-Richards D., Bhattacharya S., Hanson P., Ramoutar S., Gutteridge C., Hodgkinson I., Collard A., Morris J. 2015. Virtual online consultations: advantages and limitations (VOCAL) study. *BMJ*. January 29. 6(1).
9. Hofstede G. 1984. *Culture's Consequences: International Differences in Work-Related Values* (2nd ed.). Beverly Hills CA: SAGE Publications.
10. Hofstede Insights (no date). Available at: <https://www.hofstede-insights.com/country-comparison/russia/>.
11. Jetty A., Moore M. A., Coffman M., Petterson S., Bazemore A. 2017. Rural Family Physicians Are Twice as Likely to Use Telehealth as Urban Family Physicians. *Telemedicine and e-Health*. August 2017.
12. Jung C., Padman R. 2014. Virtualized healthcare delivery: Understanding users and their usage patterns of online medical consultations. *International Journal of Medical Informatics*. 83(12): 901–914.
13. Jung C., Padman R. 2015. Disruptive Digital Innovation in Healthcare Delivery: The Case for Patient Portals and Online Clinical Consultations. *The Handbook of Service Innovation*. London: Springer. Pp.: 297–318.
14. Lien A. S., Jiang Y.-D. 2016. Integration of diffusion of innovation theory into diabetes care. *Journal of Diabetes Investigation*. 8(3).
15. Rogers E. M. 2010. *Diffusion of Innovations*. 4th edn. New York: Simon and Schuster.
16. Rogers E. M., Singhal A. 2005. *Diffusion of Innovations* (5th ed). In *An Integrated Approach to Communication Theory and Research*. Fifth edition. Ed. by Salwen M. Stacks D. Mahwah. NJ: LEA: 409–419.
17. Santo K., Richtering S. S., Chalmers J., Thiagalingam A., Chow C. K., Redfern J. 2016. Mobile Phone Apps to Improve Medication Adherence: A Systematic Stepwise Process to Identify High-Quality Apps. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2016 Oct–Dec. 4(4): e132.
18. Schmidt-Weitmann S., Schulz U., Schmid D. M., Brockes C. 2017. The University Hospital Zurich Offers a Medical Online Consultation Service for Men With Intimate Health Problems. *American Journal of Men's Health*. 11(3): 518–524.
19. Taylor J., Coates E., Brewster L., Mountain G., Wessels B., Hawley S. 2014. Examining the use of telehealth in community nursing: identifying the factors affecting frontline staff acceptance and telehealth adoption. *Journal of Advanced Nursing*. 71(2).

20. Whitten P., Collins B. 1997. The Diffusion of Telemedicine. Communicating an Innovation. *Science Communication*. 19(1). DOI: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1075547097019001002>.
21. WHO. 2007. *People-Centred Health Care: A policy framework*. Geneva: World Health Organization.
22. WHO. 2016. Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/cam/10665/252529/1/9789241511780-eng.pdf>.
23. Zhang X., Yu P., Yan J., Spil I. 2015. Using diffusion of innovation theory to understand the factors impacting patient acceptance and use of consumer e-health innovations: a case study in a primary care clinic. *BMC Health Services Research*. 15(71): 1-15.
24. Zhenwei Qiang C., Yamamichi M., Hausman V., Altman D. 2011. Mobile Applications for the Health Sector. ICT Sector Unit, World Bank. December. Available at: <http://siteresources.worldbank.org/INFORMATIONANDCOMMUNICATIONANDTECHNOLOGIES>.