

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ

DOI: 10.19181/socjour.2023.29.3.2

EDN: CGWRR1



Е. С. БОГОМЯГКОВА¹, Е. А. ОРЕХ¹, М. Е. ГЛУХОВА²

¹ Санкт-Петербургский государственный университет (СПбГУ).
199034, Санкт-Петербург, Университетская набережная, д. 7–9.

² Европейский университет в Санкт-Петербурге.
191187, Санкт-Петербург, Гагаринская ул., д. 6/1, А.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА В РОССИЙСКИХ МЕГАПОЛИСАХ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ¹

Аннотация. В статье представлены результаты комбинированного эмпирического исследования, реализованного в 2020–2021 гг. и включавшего полуструктурированные интервью с жителями крупных городов России (N = 90) и телефонный опрос жителей Санкт-Петербурга (N = 861). В фокусе нашего внимания — опыт получения дистанционных медицинских консультаций, факторы, влияющие на него, а также сформированные установки в отношении получения такого рода помощи. Цель статьи — в определении возможностей и ограничений нового типа коммуникации между врачом и пациентом, опосредованной цифровыми технологиями. По итогам исследования были сформулированы выводы о распространенности дистанционных врачебных консультаций, а также о том, как они встроены в повседневность горожан и актуализируют значимые аспекты взаимодействия с медицинскими профессионалами.

Выявлено, что следует разделять дистанционные медицинские консультации в целом и телемедицину как один из их вариантов. Согласно результатам исследования, 25,2% опрошенных когда-либо общались с врачом удаленно. Как правило, такое взаимодействие происходит с «доверенными» врачами — теми, с кем личный, а часто и неоднократный контакт оказался эффективным, и может быть инициативой как врача, так и пациента. Иная ситуация складывается в случае телемедицины, установки в отношении которой могут объясняться восприятием особенностей взаимодействия в системе «врач — пациент». Невозможность обеспечить физический осмотр и трудности установления личного контакта оказываются в числе значимых причин, препятствующих использованию телемедицины. Поскольку телемедицина предполагает контакт с незнакомыми, любыми

¹ Статья подготовлена при поддержке гранта РФФИ (проект № 20-013-00770А).

врачами и всегда является инициативой пациента, основанием обращения к ней служит не межличностное доверие специалисту, а наличие институционального доверия системе здравоохранения и значительная степень автономии пациента. Удаленно общаться с врачом более склонны люди, отмечающие наличие проблем со здоровьем и имеющие привычку заботиться о нем различными способами, в том числе контролируя врачебные предписания. Повышает вероятность использования такой связи и более высокий уровень дохода. В группе аутсайдеров предсказуемо оказались представители старших возрастных групп.

Ключевые слова: телемедицина; дистанционные врачебные консультации; цифровизация здравоохранения; забота о здоровье; доверие к врачу; институциональное доверие; телефонный опрос; полуструктурированные интервью; регрессионный анализ.

Для цитирования: Богомяжкова Е.С., Орех Е.А., Глухова М.Е. Телемедицина в российских мегаполисах: проблемы и перспективы // Социологический журнал. 2023. Том 29. № 3. С. 29–48. DOI: 10.19181/socjour.2023.29.3.2 EDN: CGWRR1

Введение

В нашей стране дискурс о телемедицине занимает прочное место в повестке дня, посвященной цифровизации здравоохранения. Закон о телемедицине² вступил в силу с 1 января 2018 г., однако дебаты о необходимости, ограничениях и потенциале дистанционных врачебных консультаций (далее по тексту — ДВК) ведутся давно. Термин «телемедицина» покрывает широкий круг коммуникативных практик, реализуемых в рамках системы здравоохранения. Речь идет о консультировании по направлениям «врач — врач» и «пациент — врач» в синхронном и асинхронном режимах³ [6]. Идея телекоммуникаций не является абсолютно новой — история их применения берет начало в 1924 г., когда впервые был выполнен дистанционный визуальный осмотр детей; позже телесеансы стали применяться для контроля здоровья моряков и космонавтов. С 1990-х гг. медики используют возможности Интернета для удаленного мониторинга состояния больных, хранения и передачи данных и др. [2; 3]. Пандемия

² 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». — URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201707300032> (дата обращения 27.07.2023).

³ Синхронный режим — коммуникация посредством видео-, аудиосвязи, обмена текстовой информацией и медицинскими данными в режиме «здесь и сейчас»; асинхронный режим — коммуникация посредством информационного обмена по различным каналам коммуникаций, например, письменная коммуникация в режиме «вопрос — ответ».

COVID-19 подстегнула новую волну дискуссий. В условиях сложной эпидемиологической обстановки получили распространение дистанционная выдача больничных листов, постановка диагноза роботом, а удаленные консультации с врачом нередко становились единственной возможностью получения медицинской помощи. В некотором смысле применение телемедицины тогда стало иметь не добровольный, а принудительный характер.

Перспективы, открывающиеся с внедрением ДВК, а также трудности и ограничения такого рода практик становятся предметом интереса ученых [8; 11]. В качестве основного преимущества телемедицины видится обеспечение большей доступности медицинской помощи для представителей различных социальных групп, например, для пожилых и лиц с ограниченными возможностями, а также для пациентов, проживающих в труднодоступных районах нашей страны [6; 7]. В то же время одним из лейтмотивов, возникающих при обсуждении телемедицины, выступает цифровой разрыв, отражающий различия в доступе к технологиям цифрового здравоохранения [10] и недостаточную цифровую грамотность как врачей, так и пациентов [4]. В целом в российском академическом поле выражена тенденция фиксировать технические, организационные, финансовые, правовые и этические основания сложности внедрения телемедицины [3; 4; 6; 10]. В отличие от зарубежного дискурса [12; 13; 15; 17], гораздо реже можно встретить эмпирические исследования, отражающие реальные тенденции обращения к ДВК. Как правило, в фокусе внимания ученых — отношение населения к телемедицине и потенциальная готовность обращения к ней [5; 8], а не реальный опыт удаленного общения с врачами.

Несмотря на стремление регламентировать внедрение телемедицины в нашей стране⁴, систематический и централизованный сбор данных, позволяющий судить об успешности предпринимаемых попыток, не производится. В этой ситуации пролить свет на темпы вовлечения россиян в использование телемедицинских сервисов позволяют результаты опросов общественного мнения. Так, согласно данным ВЦИОМа⁵, весной 2020 г. более половины россиян были информированы о возможности получить консультацию врача по телефону или по Интернету (по 62% соответственно). При этом лишь 8% информированных россиян получали подобную консультацию: 6% — посредством телефона, 2% — через Интернет. Самые распространенные ситуации,

⁴ См.: Национальный проект «Здравоохранение» // Правительство России. — URL: <http://government.ru/rugovclassifier/831/events/> (дата обращения 11.03.2023).

⁵ Телемедицина в России — сегодня и завтра // ВЦИОМ. — URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/telemedicizina-v-rossii-segodnya-i-zavtra> (дата обращения 11.03.2023).

при которых опрошенные допускали возможность обратиться к врачу дистанционно: при признаках болезни (25%), если совсем плохо (10%) или, напротив, если ничего серьезного (10%). Опрос зафиксировал следующие причины отказа от обращения к такого рода помощи: личный осмотр обязателен (33%), сомнительное качество процедуры (13%), отсутствие необходимости (10%) или возможности обратиться к врачу дистанционно (9%). Спустя год, по данным компании «Ромир»⁶, ситуация изменилась незначительно: весной 2021 г. лишь 10% из тех, кто имел представление о телемедицине, когда-либо пользовались подобными услугами, 3% из них делали это на регулярной основе. Таким образом, несмотря на все предпринимаемые усилия, в годы пандемии увеличение вовлеченности населения в телемедицину было крайне незначительным.

Напротив, специализированные онлайн-сервисы фиксировали существенный рост показателей обращаемости в 2020 г. по сравнению с 2019 г. Для платформы «СберЗдоровье» (ранее — DocDoc) он составил 5 раз — до 200 тыс. сеансов в 2020 г.⁷, для МК «Доктор рядом» — почти 3 раза — до 227,9 тыс. онлайн-консультаций. Число дистанционных консультаций на платформе MDLIVE выросло в 4 раза в 2021 г. по сравнению с 2019 г., при этом 85% обращений — это не срочная помощь, а работа человека с необходимым ему специалистом⁸.

Значительное увеличение вовлеченности россиян в телемедицину фиксируется в 2022 и 2023 гг. По данным онлайн-сервиса «СберЗдоровье» медиахолдинга Rambler&Co⁹, в 2022 г. уже почти каждый пятый россиянин (19%) пользовался возможностями телемедицины и был на онлайн-приеме. Для 37% респондентов из тех, кто еще не обращался к подобным услугам, важен личный контакт с врачом; 28% доверяют только врачам, которых уже знают. Терапевт (28%) и психолог (19%) являются самыми востребованными специалистами для онлайн-консультаций. 28% респондентов готовы записаться на онлайн-прием в случае проблем с ментальным здоровьем,

⁶ Лишь четверть россиян доверяет телемедицине // Ромир. — URL: <https://romir.ru/studies/lish-chetvert-rossiyan-doveryaet-telemedicine> (дата обращения 11.03.2023).

⁷ Уровень спроса зафиксировался, мы никуда не откатились // VADEMECUM. — URL: https://vademec.ru/article/anatoliy_zinger_-_uroven_sprosa_zafiksirovalsa-_my_nikuda_ne_otkatilis/ (дата обращения 11.03.2023).

⁸ BCG: услугами телемедицины в России пользуются 10% населения // VADEMECUM. — URL: <https://vademec.ru/news/2021/12/24/bcg-uslugami-telemeditsiny-v-rossii-polzuyutsya-10-naseleniya/> (дата обращения 11.03.2023).

⁹ Почти каждый пятый опрошенный россиянин уже воспользовался онлайн-консультациями врачей // ТАСС. — URL: <https://tass.ru/obschestvo/16626329/amp> (дата обращения 11.03.2023).

26% — с легким недомоганием (как при ОРВИ). Аналогичные данные приводят страховая компания «Росгосстрах» и аналитическое агентство A2:Research¹⁰: по состоянию на февраль 2023 г. услугами телемедицины пользуются 27% россиян, в основном это граждане в возрасте от 26 до 45 лет (70%). Чуть больше трети опрошенных (35%) считают, что с помощью телемедицины можно оперативно получить помощь, 28% видят преимущество в том, что не нужно стоять в очередях, а 25% считают, что это удобно, потому что многие вопросы можно решить онлайн, без похода в поликлинику. Самыми популярными врачами для дистанционных консультаций стали терапевт (25%), педиатр (18%), эндокринолог/диетолог (17%), невролог (16%), а также психолог (15%). 73% опрошенных россиян совсем не пользуются услугами телемедицины. Основные причины этого в том, что они не доверяют врачам онлайн (33%) и не видят смысла в телемедицине, поскольку диагноз нельзя поставить дистанционно (22%). Еще 16% вообще не знали о существовании такой услуги.

Поскольку методы сбора эмпирического материала, принципы построения выборок и организаторы исследований разнятся, данные, полученные из различных источников, оказываются несопоставимыми, а выстраивать на их основе тренд проблематично. Тем не менее, несмотря на разработку законодательства и попытки популяризации телемедицины, по самым оптимистичным оценкам, сегодня примерно четверть россиян когда-либо пользовались услугами телемедицины. В то же время доля тех, кто настроен настороженно по отношению к дистанционным консультациям, остается значительной. И это в ситуации, когда 84% россиян пользуются Интернетом¹¹. Это дает основания предполагать, что вариации в доступе к цифровым технологиям не объясняют низкую вовлеченность в телемедицину, а потому требуется иная оптика, позволяющая обнаружить менее очевидные, но не менее значимые детерминанты. Более того, в условиях экспансии технократистских и менеджериальных оценок эффективности удаленных врачебных консультаций трудности и перспективы внедрения такой практики нуждаются в социологическом осмыслении и объяснении.

Имеющиеся эмпирические исследования и опросы общественного мнения не дают представления о том, как в действительности происходит удаленное взаимодействие между врачом и пациентом,

¹⁰ Россияне рассказали, почему пользуются телемедициной // РБК. — URL: <https://amp.rbc.ru/rbcnews/rbcfreeneews/63fad5ab9a79477d494fc642> (дата обращения 11.03.2023).

¹¹ Пользование Интернетом // Ресурсы ВЦИОМ. — URL: <https://wciom.ru/ratings/polzovanie-internetom?ysclid=liozb3hsg6158105877> (дата обращения 10.06.2023).

как осмысливается такой опыт, что видится препятствием для дистанционного обращения за медицинской помощью, при каких условиях такой контакт возможен. В настоящей статье с опорой на результаты эмпирического исследования мы опишем вовлеченность жителей крупных российских городов в дистанционные коммуникации с врачом и предложим свою трактовку текущего состояния дел. Цель статьи состоит в попытке найти социологическое объяснение (не)популярности телемедицины, рассмотрев ее сквозь призму отношений между врачом и пациентом.

Дизайн эмпирического исследования

Для изучения использования цифровых технологий в практиках заботы о здоровье жителей крупных российских городов в 2020–2021 гг. было реализовано комбинированное эмпирическое исследование. На первом этапе (август 2020 г. — апрель 2021 г.) проведено 90 полуструктурированных интервью с жителями крупных городов России (преимущественно Санкт-Петербурга, Москвы, Ульяновска, Петрозаводска, Ярославля, Нижнего Новгорода), применяющими цифровые технологии для заботы о своем самочувствии¹². Отбор информантов происходил на основе метода доступных случаев с последующим применением метода «снежного кома». Часть интервью состоялись в дистанционном формате с помощью таких платформ, как Zoom, Skype, MSTeams, мессенджера WhatsApp. Продолжительность одной беседы в среднем составляла один час, максимально — более двух часов. Полученные в ходе интервью результаты легли в основу разработки анкеты для телефонного опроса жителей Санкт-Петербурга, реализованного на второй стадии исследования в августе 2021 г. при помощи ресурсного центра Научного парка Санкт-Петербургского государственного университета «Социологические и интернет-исследования» (проект № 106-21779). Репрезентативность обеспечивалась квотной выборкой по критериям пола и возраста. Полученные данные были обработаны при помощи программного обеспечения RStudio, версия 7872775e, 2022-07-22 для Windows, с применением метода регрессионного анализа. P (Sig) < 0,05 была принята значимой. Результаты опросов общественного мнения обычно характеризуются высоким количеством «шума» и пропущенных значений. При выполнении регрессионного анализа потеря данных достигала 212 наблюдений. Чтобы этого избежать, перед моделированием была выполнена множественная импутация с помощью пакета Amelia [16]. Используемые в статье данные удовлетворяли условию случайности пропущенных значений (MCAR-тест, $\chi^2 = 7632$, $p = 0$) [18].

¹² Выражаем благодарность А.А. Дупак, А.С. Захаровой за помощь в сборе эмпирического материала.

На первом этапе в исследовании приняли участие информанты в возрасте от 18 до 78 лет, среди них 25 мужчин и 65 женщин. Средний возраст — 37,7 года. Респондентами телефонного опроса стал 861 человек (56,2% женщин и 43,8% мужчин). Из общего числа опрошенных на втором этапе 21,7% принадлежали к группе 18–29 лет, 19,9% — 30–39 лет, 15,8% — 40–49 лет, 17,7% — 50–59 лет, 25,0% — 60 лет и старше. 47,9% респондентов имеют высшее образование, 45,6% состоят в зарегистрированном браке. Более половины респондентов (51,7%) отметили, что имеют хронические заболевания. В выборку попали петербуржцы, проживающие в городе не менее одного года. Поскольку базой настоящего исследования являются жители мегаполиса — Санкт-Петербурга, уровень жизни в котором выше, чем во многих российских городах, полученные результаты не могут однозначно распространяться на все население нашей страны. Вместе с тем с определенной долей условности они могут характеризовать жителей иных крупных городов России.

Исследование было направлено на изучение многообразных цифровых практик поддержания хорошего самочувствия, распространенных среди горожан, — от поиска информации о здоровье в Интернете до цифрового селф-трекинга [1]. Опыт дистанционного взаимодействия с врачом выступил в качестве одного из основных сюжетов.

Результаты

В отличие от исследователей, фиксирующих отсутствие принципиальных различий между медицинской консультацией онлайн и медицинской консультацией офлайн [14], в ходе настоящего исследования мы обнаружили, что дистанционный формат меняет конфигурацию взаимодействия в системе «врач — пациент», что может достаточно болезненно восприниматься обеими сторонами. В ходе анализа полученных нарративов аналитически удалось выделить два основных отличия личного общения от коммуникации, опосредованной цифровыми технологиями.

Во-первых, по мнению многих информантов, медицинская консультация обязательно предполагает контакт врача с телом больного: специалист должен посмотреть, пощупать, потрогать, в том числе с применением специального диагностического оборудования. «Ну, это же чушь, он должен посмотреть, потрогать, похлопать, ну что-то, какой-то анализ увидеть» (М, 27); «Да, ну а как? Ни прослушать, ни померить давление, ни посмотреть те же склеры глаз, язык, как это все дистанционно сделать?» (Ж, 36).

На языке исследований науки и технологий (*Science and Technology Studies*, STS) тело выступает в качестве полноправного субъекта коммуникации, а диада «врач — пациент» преобразуется в триаду «врач — пациент — тело». На очном приеме тело предъявляет себя само и «го-

ворит» без посредников, предстает непосредственному медицинскому наблюдению. Согласно распространенным в нашей культуре представлениям, свойственным западной аллопатической медицинской системе, в результате физического контакта с пациентом врач производит «объективное», «достоверное», «научно обоснованное» знание о теле и обладает монополией на него. Он рассматривается как эксперт по телу, владеющий сакральными знаниями и умениями. А потому осмотр, в том числе с помощью различных приборов, воспринимается как необходимый атрибут визита к врачу [9]. Контакт специалиста с телом нередко становится маркером, разграничивающим лечение и «просто» консультацию; в такой оптике последняя может расцениваться как неполноценная и неэффективная помощь, пригодная для более простых случаев.

«...Я, наверное, об этом просто не думала, потому что большинство моих проблем, которые у меня были, они связаны именно с личным посещением. Именно с осмотром. Последний раз я была у хирурга, мне нужно, чтобы она именно ногу мою посмотрела... Я думаю, что их можно решить при видеосвязи. Но это не так удобно, как вживую человек посмотрел и сказал. У нас же очень сильно сужается круг специальностей, к которым ты можешь прийти онлайн. Ты не можешь прийти к гинекологу онлайн, только на повторный прием, тогда можно. К эндокринологу тоже не можешь прийти, потому что тебя надо осмотреть. Ну, к терапевту еще не очень понятно, потому что там горло кто-то может из твоих родных посмотреть, и т. д. Но, в общем, если есть возможность у меня повторный прием онлайн, я, конечно, выберу этот вариант, зачем ходить и тратить время? Но первый прием, мне кажется, всегда должен быть личный» (Ж, 24).

Поскольку конечная экспертиза тела принадлежит врачу, у пациента возникают сомнения в своей способности правильно интерпретировать симптомы и объяснять их способом, однозначно понятным врачу. В интервью звучит тема рисков неточной пациентской самодиагностики, а, соответственно, постановки в результате этого неверного диагноза.

«...Просто я понимаю, что... я могу как-то не очень правильно описать свои симптомы. Или как-то неправильно локализовать свою боль... И от этого, возможно, будет назначено неправильное лечение. Поэтому, на мой взгляд, врач и пациент должны быть в каком-то физическом контакте... Когда я говорю, что у меня дрожат руки, я могу при этом понимать, что у меня дрожат совсем чуть-чуть, а человек на том конце телефона может представить себе тремор, когда я не могу до ручки дотронуться. То есть то, как он себе это представит, фиг его знает» (Ж, 39).

Несмотря на то что сегодня пациенты все чаще оспаривают врачебную монополию на экспертизу тела (владеют медицинской терминологией, расшифровывают результаты анализов, пользуются данными, получаемыми с цифровых устройств), для постановки диагноза по-прежнему требуется специалист. *«Ну, вот, анализ я в Интернете могу посмотреть, они же нормы пишут, какую-то не норму я в Интернете посмотрю в целом. Потом все равно идешь к врачу, там же не просто нужно его расшифровать, но и назначение получить»* (Ж, 39).

В качестве потенциально возможных случаев для телемедицины нередко называются психологические консультации. Отсутствие тела при ДВК в этом случае не проблематизируется, потому как психика предстает не локализованной в теле. А поскольку экспертиза психолога, психотерапевта и даже психиатра не распространяется на физическое, материально воплощенное тело, то такие специалисты не всегда воспринимаются как «настоящие» врачи.

«Ну, я психологов не отношу к врачам. Это специалист, как бы, нет, это не врач. Если это не психотерапевт, который лечит болезни... Нет, психолог — это не врач. С психологом онлайн я общался. <...> Да, вполне, вообще. Вот в этом плане с психологом, если кто-то классифицирует это как врача, — пожалуйста. Никакой разницы... Абсолютно. Если бы я пришел, лег на кушетку, никакой разницы бы не было» (М, 27).

Во-вторых, во взаимодействии с врачом значение имеет не только контакт с телом. Пациенту важно понять, насколько специалист, к которому он пришел на прием, является действительно профессионалом своего дела. А для этого нужно посмотреть ему «глаза в глаза», установить личную связь, разместить его на шкале «нравится — не нравится». Хороший врач определяется при личном контакте, когда есть возможность оценить и мимику, и настроение, и то, как ведется осмотр: на что врач обращает внимание, а что игнорирует. Не дистанцируется ли он, уткнувшись в бумаги, смотрит ли на пациента внимательно, оценивает ли общее состояние, даже если жалоба специфическая, анализирует ли документы, которые тот принес. Важно и то, насколько врач терпелив, тактичен, доброжелателен, заинтересован, готов объяснить диагноз и назначения, повторить объяснение, если потребуется. Оказывается, что опосредованный технологиями дистанционный формат общения затрудняет или вовсе делает невозможным понимание того, насколько профессионален и хорош врач, насколько он компетентен и грамотен. *«Мне, если понадобится, лучше вживую разговаривать, чем онлайн... Видны настроение врача, его отношение, его мимика и прочее, и прочее. А это — пустые разговоры там, где-то в воздухе, и все»* (Ж, 69). Потребностью в установлении такого личного контакта могут объяс-

няться и высказываемые опасения, что врач с другой стороны экрана ненастоящий. *«Я не доверяю таким онлайн-конференциям. Потому что я не могу знать, на самом ли деле это врач или это обычный человек, который пытается или хочет быть врачом... Если я этого врача лично знаю и знаю на самом деле, что он действительно врач, то почему бы и нет, я с удовольствием послушаю и пообщаюсь»* (Ж, 52).

Полагаем, что описанные выше различия между дистанционной коммуникацией и личным приемом служат критериями формирования межличностного доверия врачу. Оно возникает в результате предшествующего(их) взаимодействия(ий) со специалистом и принципиально важно для дальнейшего обращения за медицинской помощью. Значение имеют как коммуникативные аспекты состоявшегося общения, так и физический осмотр, а в результате — назначение лечения, которое помогло. Пациент должен «посмотреть» на врача, и врач должен «посмотреть» на пациента. Именно такой специалист в итоге может стать «своим» — тем, которому пациент доверяет, к которому готов обращаться в различных ситуациях. Дистанционный формат затрудняет формирование столь необходимого межличностного доверия, а потому распространение удаленных консультаций обусловлено тем, какому врачу и в каких условиях пациент готов доверять. Если брать во внимание именно этот аспект, то аналитически можно выделить два основных случая дистанционного обращения к врачам.

Когда мы задавали вопросы о телемедицине, то ответы, как правило, были негативными — информанты отрицали наличие подобного опыта в своей жизни, несмотря на разгар пандемии. Однако в ходе дополнительных и уточняющих вопросов выяснилось, что для многих участников исследования общение с врачами с помощью телефона, мессенджеров, электронной почты было вполне рутинной практикой. Такая коммуникация происходит, как правило, с «доверенными» врачами — теми, у кого информанты уже были на очном приеме, кого знают много лет, с родственниками с медицинской профессией. Она может быть спонтанной, ситуативной, требующей немедленного совета врача, а может заменять повторный (и последующие) прием, когда основаниями обращения служат получение заключения по результатам диагностики, корректировка выданных назначений, сопровождение в ходе терапии. *«Да, очень удобно... Если уже, допустим, на первой консультации он на тебя взглянул, назначил все анализы, ты все анализы сдал, потом просто скинул ему посмотреть. То уже проще»* (Ж, 34). Такие ДВК могут быть однократными, а могут выступать способом удаленного сопровождения пациента после проведенных манипуляций или в процессе длительной терапии (при приеме лекарств (например, антидепрессантов), реабилитации после хирургической операции, беременности). *«... Соответственно, то, что она сказала, как бы что ты будешь постоянно на связи, и это под-*

держало меня, это оставило меня в лечении, и вот. И на доверие к врачу это, наверное, тоже повлияло» (Ж, 19). Используются преимущественно личные средства связи: «...Многие врачи сейчас при оказании услуг и общаясь с пациентами, которых надо отследить, которые иногородние, говорят: если что, пишите в WhatsApp» (Ж, 28). Тот факт, что врач оставил свои контакты и готов проконсультировать в нерабочее время, повышает доверие пациента и его приверженность лечению, снижает тревогу и беспокойство.

ДВК в таком варианте являются неформальной практикой, осуществляются по личной договоренности и поверх институциональных границ, могут быть инициативой как врача, так и пациента. При описании подобного опыта в интервью звучат мотивы удобства/неудобства такого обращения, например, риска побеспокоить врача, а также вопросы неформальных платежей или иных способов выражения благодарности. Полагаем, в этом случае ДВК не являются новшеством, а могут рассматриваться как вариант обращения к «своим» врачам, практиковавшийся задолго до распространения цифровых технологий. Изменились только средства связи, и сегодня они включают интернет-ресурсы. Возможность таких консультаций обеспечивается наличием межличностного доверия, основанного на состоявшейся коммуникации «лицом к лицу». Уверенность в профессионализме врача обеспечивает возможность обращения к нему не только по личным вопросам, но и за консультацией по поводу состояния здоровья родственников — пациентов, которых врач ранее никогда не видел. Более того, необязательным в этом случае оказывается и присутствие тела, достаточно его репрезентации документами, результатами анализов, описанием симптомов. «Как повторный прием это подходит. Ты даешь обратную связь, помогает ли тебе препарат или диета. Онлайн ты не можешь сдать анализы, но можешь поговорить по результатам анализа онлайн. Для повторного приема да, это удобно. Если не нужен еще один осмотр» (Ж, 46). Разновидностью неформальных практик выступает удаленное обращение к специалисту на основе рекомендаций родственников, знакомых, реже — отзывов в Интернете. Коммуникация в этом случае происходит на основе доверия не к медику, а к рекомендуемому.

Вторым вариантом ДВК является взаимодействие с любым (случайным, незнакомым) врачом с применением специальных сервисов (в рамках программ ДМС или с помощью платформ «СберЗдоровье», «ЯндексЗдоровье» и др.). Как правило, именно этот тип консультаций маркируется термином «телемедицина». Информанты, имеющие опыт обращения к такого рода помощи, скорее, оценивают его положительно, отмечая удобство и простоту использования. Именно «удобство» — возможность получить консультацию быстро, в определенное время, а не профессионализм врача выступает основным

аргументом использования телемедицины. В этом случае не требуется эксперт высокого класса, да и пациент не всегда может выбрать конкретного специалиста. Для него достаточно понимания того, что консультацию проводит врач — человек с медицинским образованием, которого предлагает страховая компания или специализированная платформа.

«Слушайте, а там особого выбора [врача] нет. Там просто тот, кто доступен в это время, там же тоже у них все написано. По большому счету здесь, для телемедицины, не нужно быть уверенным, что какой-то суперпрофи, все дела. Суперпрофи нужен, на мой взгляд, при очном контакте. А телемедицина — и обычный врач справится с такой задачей. Поэтому здесь просто находишь тех, кто свободен. Поскольку это ДМС, ты доверяешь выбору своей страховой компании и тех клиник, с которыми заключают договор. А там уже смотришь, что есть, то есть. На время, которое тебе надо. Там нет систем лайков или дизлайков» (Ж, 42).

В этом случае онлайн-консультации позволяют сориентироваться в проблеме, получить совет и услышать второе мнение, проконтролировать полученные назначения, сформировать маршрут обследований. Обращение к телемедицине всегда является инициативой самого пациента, который понимает возможности и ограничения такого рода коммуникации и берет контроль над ситуацией на себя. Кроме того, пациент должен обладать определенной компетентностью в той проблеме, с которой обращается. *«В случае коммуникации через мессенджеры на врача процентов 10–20 ответственности, так как он меня не видит, не изучает, это моя ответственность. Это значит, что я понимаю, что со мной происходит» (Ж, 38).* Как правило, телемедицина не является полной заменой личного приема, а оказывается лишь одним из контактов в цепочке обращений — как очных, так и удаленных. Такие консультации рассматриваются информантами не как полноценный прием, а как дополнительная возможность прояснить ситуацию.

«Да, это удобно, но тут надо понимать, что, конечно, вам в телемедицине никто не назначит анализы или так далее. То есть это такой первичный прием, чтобы тебе сориентироваться хотя бы, в какую сторону идти, это будет ценная информация... Я думала, что это ерунда полная, ну, как может врач принимать вот это все онлайн? Можно, можно. Просто надо понимать, что это вот такого рода прием. Но это тоже очень ценно. <...> Это отлично работает, мне очень понравилось» (Ж, 42).

Для обращения к телемедицине требуется не межличностное, а институциональное доверие — уверенность пациента в надежности и эффективности института здравоохранения в целом независимо от

личности врача. В то же время пациент должен быть уверен в себе — в своей компетентности в вопросах здоровья и способности разобраться с возникшими трудностями, а также готов брать ответственность за принятие ряда терапевтических решений на себя.

Таким образом, в ходе интервью было выявлено, что феномен ДВК гораздо шире, чем фиксируется в нормативных документах; он включает значительный сегмент неформальных практик. Поэтому в ходе количественного этапа исследования нас интересовали распространенность всевозможных способов дистанционного взаимодействия с врачами, а также факторы, влияющие на их использование. В ходе телефонного опроса было выявлено, что 25,2% респондентов когда-либо связывались с врачом дистанционно, используя любые средства связи, и 4,9% делали это в течение последней недели, что существенно выше цифр ВЦИОМа¹³ и «Ромира»¹⁴ в этот же период. Основная доля таких консультаций приходилась на повторные приемы у своего лечащего врача (50%) и обращение к «доверенному» врачу (30%); лишь 6,3% из тех, кто имел опыт ДВК, получали консультацию, используя специализированные платформы, что подтвердило сформулированную по итогам интервью гипотезу о большей распространенности неформальных практик. Следует отметить, что среди опрошенных жителей Санкт-Петербурга 83,7% пользуются Интернетом ежедневно, и только 9,1% совсем не обращаются к данному ресурсу. Интенсивность использования Интернета слабо связана с опытом получения дистанционной помощи (критерий Спирмена — 0,155, $p < 0,01$), что позволяет исключить доступность «цифры» из числа значимых детерминант вовлечения в ДВК в крупном городе.

Для количественной оценки факторов, влияющих на использование удаленной медицинской помощи, была построена бинарная логистическая модель (зависимая переменная — частота обращения за дистанционной консультацией к врачу, перекодированная в бинарную: «обращался хотя бы раз», «не обращался никогда»). Полученная модель объясняет 12% вариации признака, что, как мы полагаем, достаточно в случае проведения опроса на чувствительную тему здоровья и болезни, а также возможности случайных флуктуаций (см. табл.).

В итоге в модель вошли семь предикторов, обнаруживших значимое влияние на изменение исследуемого признака: возраст, доход, посещение врача в рамках ДМС, самооценка здоровья, проверка

¹³ Телемедицина в России — сегодня и завтра // ВЦИОМ. — URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/telemedicizina-v-rossii-segodnya-i-zavtra> (дата обращения 11.03.2023).

¹⁴ Лишь четверть россиян доверяет телемедицине // Ромир. — URL: <https://romir.ru/studies/lish-chetvert-rossiyan-doveryaet-telemedicine> (дата обращения 11.03.2023).

назначений или диагноза другого врача, частота заботы об эмоциональном здоровье и частота использования нецифровых приборов для контроля показателей здоровья.

Таблица

Результаты логистической регрессии

Предикторы	Отношение шансов	Доверительный интервал	<i>p</i>
Возраст	0,97	0,96–0,98	<0,001
Последнее посещение врача [в рамках ДМС] ¹⁵	1,96	1,14–3,33	0,014
Самооценка здоровья	0,88	0,78–1,00	0,043
Приходилось ли проверять другого врача за последний год [нет] ¹⁶	0,64	0,42–0,99	0,045
Частота заботы об эмоциональном/психическом здоровье (посещение психолога, психотерапевта и др.) [в течение последнего года и более] ¹⁷	1,61	1,05–2,46	0,027
Частота заботы об эмоциональном/психическом здоровье (посещение психолога, психотерапевта и др.) [в течение последнего месяца]	1,98	1,34–2,92	0,001
Доход	1,29	1,10–1,50	0,001
Частота использования нецифровых приборов для контроля показателей здоровья [в течение последних 6 месяцев] ¹⁸	1,72	1,00–2,96	0,049
Частота использования нецифровых приборов для контроля показателей здоровья [в течение последнего месяца]	2,08	1,23–3,52	0,006
Частота использования нецифровых приборов для контроля показателей здоровья [в течение последней недели]	2,25	1,41–3,65	0,001

С увеличением возраста и улучшением оценки своего здоровья вероятность использования дистанционных консультаций снижается. Зато респонденты, склонные заботиться о своем психическом здоровье и использовать нецифровые приборы для контроля своих

¹⁵ По сравнению с теми, кто в последний раз посещал врача по ОМС.

¹⁶ По сравнению с теми, кому приходилось перепроверять диагноз или назначения врача за последний год.

¹⁷ По сравнению с теми, кто никогда не заботился о своем психическом здоровье.

¹⁸ По сравнению с теми, кто никогда не использовал нецифровые приборы для контроля показателей здоровья.

показателей (например, тонометр, пульсоксиметр), с большей вероятностью будут вовлекаться в дистанционные способы взаимодействия с врачом. Доход также, по-видимому, увеличивает вероятность использования ДВК, как и использование ДМС. Наконец, шансы прибегнуть к дистанционной связи с врачом выше у тех опрошенных, кому приходилось за последний год перепроверять назначения или постановку диагнозов, выполненные другим врачом. Таким образом, полагаем, что ДВК используются как средство получения медицинской помощи теми, кто беспокоится о своем здоровье и склонен заботиться о нем различными способами, при этом имеет возможность выбирать врача и способ связи благодаря более высокому уровню дохода или наличию полиса ДМС. Пожилые люди предсказуемо предпочитают традиционные способы связи с врачом и оказываются аутсайдерами происходящих изменений.

Дискуссия и выводы

Исследование продемонстрировало, что готовность прибегать к дистанционным медицинским консультациям обусловлена восприятием особенностей взаимодействия в системе «врач — пациент» и готовностью приспосабливаться к изменениям в такой коммуникации, привносимым цифровыми технологиями. В условиях удаленного общения составить представление о том, насколько хорош и профессионален врач, затруднительно, а обеспечить доступ к телу / провести физический осмотр и вовсе невозможно. Однако именно эти аспекты являются ключевыми для формирования межличностного доверия врачу, столь необходимого сегодня в условиях кризиса институционального доверия здравоохранению и сомнений в эффективности и надежности системы в целом. Пациенты стремятся найти «своего» врача, в профессионализме которого будут уверены и с которым возможно продолжение общения в дистанционном формате. В ходе исследования выяснилось, что такие консультации в той или иной форме люди практикуют нередко, а готовность врача делиться личными контактами и консультировать в нерабочее время повышает доверие к нему. Пациентов, использующих такой способ взаимодействия с врачом, не пугает отсутствие возможности физического осмотра и очной консультации, поскольку общение строится на сформированном межличностном доверии, репрезентаций тела — фотографий, самоописаний, результатов анализов и др. — оказывается вполне достаточно. Отметим, что такие ДВК осуществляются по инициативе как врача, так и пациента.

Иная ситуация складывается в случае телемедицины. В отличие от предыдущего варианта, как правило, коммуникация происходит с незнакомыми, случайными специалистами, которых предлагают страховые компании или специализированные платформы. Межличностное

доверие в этом случае сформировать трудно, а потому для такого взаимодействия значение имеет наличие, с одной стороны, институционального доверия — веры в то, что институт здравоохранения эффективно выполняет свои функции, а с другой — доверия пациента себе. Пациент, обращающийся к услугам телемедицины, должен быть готов брать ответственность за принятие терапевтических решений на себя, осознавать специфику и сложности удаленной врачебной коммуникации и тем не менее стремиться наладить взаимопонимание со специалистом. Полагаем, что использование телемедицинских сервисов требует и роста компетентности пациента: обращаясь к незнакомому врачу, он должен понимать особенности своего тела и уметь корректно описывать симптомы. Более того, при телемедицине инициатором такого контакта всегда является пациент, что говорит о его согласии вступать в партнерские и партисипативные отношения с врачом и с институтом в целом. Именно поэтому телемедицина нередко практикуется для контроля назначений, получения второго мнения, уточнения информации теми пациентами, которые пытаются понять и контролировать свое тело и конкурируют в этом смысле с врачебной экспертизой.

Перспективы телемедицины связаны не столько с успешностью цифровизации и решением технических и организационных проблем, сколько с готовностью населения выстраивать новые отношения с системой здравоохранения. Некоторыми пациентами такие нововведения оцениваются позитивно, поскольку открывают новые возможности заботы о здоровье, а кем-то не принимаются вовсе. В группе аутсайдеров происходящих изменений предсказуемо оказались представители старших возрастных групп, а в числе инноваторов — люди, отмечающие наличие проблем со здоровьем и имеющие привычку заботиться о нем различными способами, в том числе контролируя врачебные предписания. Повышает шансы на вовлечение в ДВК и более высокий уровень дохода.

В целом значительная часть медицинских коммуникаций сегодня осуществляется на основе межличностного доверия, однако развитие телемедицины требует формирования институционального доверия здравоохранению и повышения автономии пациента в вопросах сохранения и поддержания здоровья. Настоящее исследование не преследует цель выработки практических рекомендаций. Вместе с тем полученные результаты могут быть использованы при создании программ оптимизации телемедицины, поскольку демонстрируют, что цифровизация здравоохранения не может быть осуществлена только с помощью решения технических вопросов и обеспечения доступа различных социальных групп к цифровым инновациям. Более важным является учет социальных аспектов происходящих изменений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомяжкова Е.С., Орех Е.А., Глухова М.Е. Цифровые технологии в практике заботы о здоровье жителей Санкт-Петербурга // Социологические исследования. 2022. № 10. С. 145–155. DOI: 10.31857/S013216250018705-8 EDN: LLDGJZ
2. Владзимирский А.В. История телемедицины — первые 150 лет // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2015. № 1. С. 10–16. EDN: YSHRJP
3. Гурьева М.Э., Нежметдинова Ф.Т. Телемедицина — преимущества и риски // Медицинская этика. 2022. Т. 10. № 1. С. 4–9. DOI: 10.24075/medet.2022.039 EDN: ATMUPR
4. Зингерман Б.В., Шкловский-Корди Н.Е., Воробьев А.И. О телемедицине «пациент-врач» // Врач и информационные технологии. 2017. № 1. С. 61–79. EDN: XXJBTJ
5. Калабихина И.Е., Матюшина Д.А. Исследование отношения населения к телемедицинским технологиям на примере медицинских онлайн-консультаций // Население и экономика. 2018. № 2 (2). С. 78–94. DOI: 10.3897/poreson.2.e36048 EDN: NZNSGP
6. Лебедев Г.С., Шадеркин И.А., Фомина И.В., Лисненко А.А., Рябков И.В., Качковский С.В., Мелаев Д.В. Эволюция интернет-технологии в системе здравоохранения // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2017. № 2. С. 63–78. EDN: ZQJRDJ
7. Рожкова Е.В. Телемедицина в контексте доступности медицинской помощи в России // Население и экономика. 2018. № 2 (2). С. 110–128. DOI: 10.3897/poreson.2.e36049
8. Русанова Н.Е. История и проблемы цифрового здравоохранения в России // Население и экономика. 2018. № 2 (2). С. 5–23. DOI: 10.3897/poreson.2.e36046
9. Хит К. Телесная работа: совместное производство клинического объекта // Социология власти. 2017. № 29 (3). С. 258–285. EDN: YTPULK
10. Шадеркин И.А. Барьеры телемедицины и пути их преодоления // Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2022. № 8 (2). С. 59–76. DOI: 10.29188/2712-9217-2022-8-2-59-76 EDN: SOXZRL
11. Шадеркин И.А., Шадеркина В.А. Дистанционные медицинские консультации пациентов: что изменилось в России за 20 лет // Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2021. № 7 (2). С. 7–17. DOI: 10.29188/2712-9217-2021-7-2-7-17 EDN: ROWCZD
12. Di Cerbo A., Morales-Medina J.C., Palmieri B., Iannitti T. Narrative review of telemedicine consultation in medical practice // Patient Preference and Adherence. 2015. Vol. 9. P. 65–75. DOI:10.2147/PPA.S61617
13. Greenhalgh T., Vijayaraghavan S., Wherton J., Shaw S., Byrne E., Campbell-Richards D., Bhattacharya S., Hanson P., Ramoutar S., Gutteridge C., Hodkinson I., Collard A., Morris J. Virtual online consultations: advantages and limitations (VOCAL) study // British Medical Journal. 2016. Vol. 6 (1). P. e009388. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009388

14. *Grünfelde M.* Face-to-Face with the Doctor Online: Phenomenological Analysis of Patient Experience of Teleconsultation // *Human Studies*. 2022. Vol. 45 (5). P. 673–696. DOI: 10.1007/s10746-022-09652-4
15. *Grossman D., Grindlay K.* Safety of medical abortion provided through telemedicine compared with in person // *Obstetrics & Gynecology*. 2017. Vol. 130 (4). P. 778–782. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002212
16. *Honaker J., King G., Blackwell M.* Amelia II: A program for missing data. *Journal of statistical software*. 2011. Vol. 45 (7). P. 1–47. DOI: 10.18637/jss.v045.i07
17. *Jung C., Padman R.* Virtualized healthcare delivery: Understanding users and their usage patterns of online medical consultations. *International Journal of Medical Informatics*. 2014. Vol. 83 (12). P. 901–914. DOI: 10.1016/j.ijmed-inf.2014.08.004
18. *Little R.J.A.* A Test of Missing Completely at Random for Multivariate Data with Missing Values // *Journal of the American Statistical Association*. 1988. Vol. 83 (404). P. 1198–1202. DOI: 10.1080/01621459.1988.10478722

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Богомяжкова Елена Сергеевна — кандидат социологических наук, доцент, кафедра теории и истории социологии,

Санкт-Петербургский государственный университет (СПбГУ).

Телефон: +7 (911) 265-57-56. **Электронная почта:** e.bogomyagkova@spbu.ru

Орех Екатерина Александровна — кандидат социологических наук, доцент, кафедра теории и истории социологии,

Санкт-Петербургский государственный университет.

Телефон: +7 (911) 911-15-22. **Электронная почта:** e.orekh@spbu.ru

Глухова Мария Евгеньевна — аспирант, факультет социологии, Европейский университет в Санкт-Петербурге.

Телефон: +7 (921) 346-05-01. **Электронная почта:** mglukhova@eu.spb.ru

Дата поступления: 13.03.2023.

SOTSIOLICHESKIY ZHURNAL = SOCIOLOGICAL JOURNAL. 2023.

VOL. 29. NO. 3. P. 29–48. DOI: 10.19181/socjour.2023.29.3.2

Research Article

**ELENA S. BOGOMIAGKOVA¹, EKATERINA A. OREKH¹,
MARIA E. GLUKHOVA²**

¹St Petersburg State University.

7–9, Universitetskaya Embankment, 199034, St Petersburg, Russian Federation.

²European University at Saint Petersburg.

6/1A, Gagarinskaya st., 191187, St Petersburg, Russian Federation.

TELEMEDICINE IN RUSSIAN MEGACITIES: PROBLEMS AND PROSPECTS

Abstract. The article presents the results of a mixed empirical study carried out in 2020–2021, which included semi-structured interviews with residents of large Russian cities (N = 90) and a telephone survey of residents of Saint Petersburg (N = 861). The focus of our attention is people's experience of receiving remote medical consultations, the factors influencing it, as well as the attitudes that have developed towards this sort of assistance. The article aims at identifying possibilities and limitations of a new type of communication between doctor and patient, mediated by digital technologies. Based on the results of the research, conclusions about the prevalence of remote medical consultations, as well as how they are embedded in the everyday life of citizens and how they actualize important aspects of interaction with medical professionals were formulated.

It was revealed that remote medical consultations in general need to be separated from telemedicine as one of its variants. According to the results of the study, 25.2% of respondents have communicated at least once with a doctor remotely. Typically such interaction occurs with “trusted” doctors — those with whom personal, and often repeated contact has proven to be effective, and can be initiated by both the doctor and the patient. The situation is different in the case of telemedicine, attitudes towards which can be explained by how the specifics of interaction in the doctor-patient system are perceived. The inability to provide a physical examination and difficulties in establishing personal contact are among the more significant reasons preventing the use of telemedicine. Since telemedicine involves contact with unknown doctors and is always initiated by the patient, the basis for resorting to it is not interpersonal trust in the specialist, but the presence of institutional trust in the healthcare system and a significant degree of patient autonomy. People who are aware that they have health problems and have a habit of taking care of themselves in various different ways, including by means of monitoring medical recommendations, are more likely to communicate remotely with a doctor. A higher level of income increases the chances of resorting to such consultations. Predictably, representatives of older age groups turned out to be in the outsider group.

Keywords: telemedicine; remote medical consultations; d-Health; health care; trust in the doctor; institutional trust; telephone survey; semi-structured interviews; regression analysis.

For citation: Bogomiagkova, E.S., Orekh, E.A., Glukhova, M.E. Telemedicine in Russian Megacities: Problems and Prospects. *Sotsiologicheskii Zhurnal = Sociological Journal*. 2023. Vol. 29. No. 3. P. 29–48. DOI: 10.19181/socjour.2023.29.3.2

Acknowledgment. The article was prepared under support of the RFBR grant (project No. 20-013-00770A).

REFERENCES

1. Bogomiagkova E.S., Orekh E.A., Glukhova M.E. Digital technologies in the healthcare practices of St.-Petersburg residents. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2022. No. 10. P. 145–155. DOI: 10.31857/S013216250018705-8 (In Russ.)
2. Vladzimirskiy A.V. The first 150 years of a telemedicine history. *Zhurnal telemeditsiny i elektronogo zdravoookhraneniya*. 2015. No. 1. P. 10–16. (In Russ.)
3. Guryleva M.E., Nezhmetdinova F.T. Telemedicine: advantages and risks. *Meditsinskaya etika*. 2022. Vol. 10. No. 1. P. 4–9. DOI: 10.24075/medet.2022.039 (In Russ.)
4. Zingerman B.V., Shklovsky-Kordi N.E., Vorobiev A.I. About telemedicine “patient to doctor”. *Vrach i informatsionnye tekhnologii*. 2017. No. 1. P. 61–79. (In Russ.)
5. Kalabikhina I.E., Matyushina D.A. A study of the population's attitude to telemedicine technologies on the example of online medical consultations. *Naselenie i ekonomika*. 2018. No. 2 (2). P. 78–94. DOI: 10.3897/popecon.2.e36048 (In Russ.)

6. Lebedev G.S., Shaderkin I.A., Fomina I.V., Lisnenko A.A., Ryabkov I.V., Kachkovsky S.V., Melaev D.V. Evolution of internet technologies in healthcare. *Zhurnal teleditsiny i elektronnoho zdavookhraneniya*. 2017. No. 2. P. 63–78. (In Russ.)
7. Rozhkova E.V. Telemedicine in the context of accessibility of medical aid in Russia. *Naselenie i ekonomika*. 2018. No. 2 (2). P. 110–128. DOI: 10.3897/popecon.2.e36049 (In Russ.)
8. Rusanova N. E. History and Issues if digital healthcare in Russia. *Naselenie i ekonomika*. 2018. No. 2 (2). P. 5–23. DOI: 10.3897/popecon.2.e36046 (In Russ.)
9. Heath C. Body Work: The Collaborative Production of the Clinical Object. *Sotsiologiya vlasti*. 2017. No. 29 (3). P. 258–285. (In Russ.)
10. Shaderkin I.A. Telemedicine barriers and ways to overcome them. *Rossiiskii zhurnal teleditsiny i elektronnoho zdavookhraneniya*. 2022. No. 8 (2). P. 59–76. DOI: 10.29188/2712-9217-2022-8-2-59-76 (In Russ.)
11. Shaderkin I.A., Shaderkina V.A. Remote medical consultations for patients: what has changed in Russia in 20 years. *Rossiiskii zhurnal teleditsiny i elektronnoho zdavookhraneniya*. 2021. No. 7 (2). P. 7–17. DOI: 10.29188/2712-9217-2021-7-2-7-17 (In Russ.)
12. Di Cerbo A., Morales-Medina J. C., Palmieri B., Iannitti T. Narrative review of telemedicine consultation in medical practice. *Patient Preference and Adherence*. 2015. Vol. 9. P. 65–75. DOI:10.2147/PPA.S61617
13. 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. Virtual online consultations: advantages and limitations (VOCAL) study. *British Medical Journal*. 2016. Vol. 6 (1). P. e009388. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009388
14. Gr̄infelde M. Face-to-Face with the Doctor Online: Phenomenological Analysis of Patient Experience of Teleconsultation. *Human Studies*. 2022. Vol. 45 (5). P. 673–696. DOI: 10.1007/s10746-022-09652-4
15. Grossman D., Grindlay K. Safety of medical abortion provided through telemedicine compared with in person. *Obstetrics & Gynecology*. 2017. Vol. 130 (4). P. 778–782. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002212
16. Honaker J., King G., Blackwell M. Amelia II: A program for missing data. *Journal of statistical software*. 2011. Vol. 45 (7). P. 1–47. DOI: 10.18637/jss.v045.i07
17. Jung C., Padman R. Virtualized healthcare delivery: Understanding users and their usage patterns of online medical consultations. *International Journal of Medical Informatics*. 2014. Vol. 83 (12). P. 901–914. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2014.08.004
18. Little R.J.A. A Test of Missing Completely at Random for Multivariate Data with Missing Values. *Journal of the American Statistical Association*. 1988. Vol. 83 (404). P. 1198–1202. DOI: 10.1080/01621459.1988.10478722

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Elena S. Bogomiagkova — Candidate of Sociological Sciences, Associate Professor, Department of Theory and History of Sociology, St Petersburg State University.
Phone: +7 (911) 265-57-56. **Email:** e.bogomyagkova@spbu.ru

Ekaterina A. Orekh — Candidate of Sociological Sciences, Associate Professor, Department of Theory and History of Sociology, St Petersburg State University.
Phone: +7 (911) 911-15-22. **Email:** e.orekh@spbu.ru

Maria E. Glukhova — PhD student, Department of Sociology, European University at Saint Petersburg. **Phone:** +7 (921) 346-05-01. **Email:** mglukhova@eu.spb.ru