

<https://doi.org/10.29188/2712-9217-2025-11-2-34-44>

# Социальные сети как инструмент общения врача и пациента: анализ рисков, клинические результаты и регуляторные барьеры

И.А. Шадеркин<sup>1,2</sup>, В.А. Шадеркина<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Институт цифрового биодизайна и моделирования живых систем Научно-технологического парк биомедицины ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

<sup>2</sup> ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; Москва, Россия

<sup>3</sup> Урологический информационный портал Uroweb.ru, Москва, Россия

**Контакт:** Шадеркин Игорь Аркадьевич, [info@uroweb.ru](mailto:info@uroweb.ru)

## Аннотация:

**Введение.** Социальные сети (СС) представляют «парадокс» для здравоохранения: являясь мощным инструментом улучшения клинических исходов, они несут критические риски при нерегулируемом использовании.

**Цель** данного исследования – предоставить организаторам здравоохранения и врачам основанный на доказательствах анализ этой проблемы.

**Результаты.** Исследование подтверждает, что характер поведения врача в СС напрямую влияет на приверженность пациента лечению: профессиональный контент повышает ее, тогда как личный – снижает. Анализируются этические стандарты «цифрового профессионализма» (e-professionalism) и международные руководства (AMA, GMC), выявляя значительный пробел в обучении врачей. Особое внимание уделено юридическим барьерам. Использование публичных мессенджеров (WhatsApp, Telegram) для коммуникации с пациентами в России прямо противоречит требованиям ФЗ-242 «О телемедицине» (требующего ЕСИА/УКЭП) и ФЗ-152 «О персональных данных» (риски трансграничной передачи).

**Выводы.** В качестве решения предлагается внедрение в клиниках «стратегической триады»: разработка внутренних Политик, переход на защищенные технологические платформы, обязательное обучение врачей.

**Ключевые слова:** социальные сети; общение врач-пациент; цифровой профессионализм; приверженность лечению; комплаентность; телемедицина; персональные данные; HIPAA; врачебная тайна; медицинская этика; WhatsApp; Telegram; мессенджеры в медицине.

**Для цитирования:** Шадеркин И.А., Шадеркина В.А. Социальные сети как инструмент общения врача и пациента: анализ рисков, клинические результаты и регуляторные барьеры. Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения 2025; 11(2):34-44; <https://doi.org/10.29188/2712-9217-2025-11-2-34-44>

**Social media as a communication tool between physician and patient: analysis of risks, clinical outcomes, and regulatory barriers**

<https://doi.org/10.29188/2712-9217-2025-11-2-34-44>

I.A. Shaderkin<sup>1,2</sup>, V.A. Shaderkina<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Institute of Digital Biodesign and Modeling of Living Systems, Scientific and Technological Park of Biomedicine, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov, Ministry of Health of Russia (Sechenov University), Moscow, Russia

<sup>2</sup> FSBI «Central Research Institute for Organization and Informatization of Health Care» Ministry of Health of Russia; Moscow, Russia

<sup>3</sup> Urological information portal Uroweb.ru, Moscow, Russia

**Contact:** Igor A. Shaderkin, [info@uroweb.ru](mailto:info@uroweb.ru)

### Summary:

**Introduction.** Social media (SM) presents a «paradox» for healthcare: while a powerful tool for improving clinical outcomes, it carries critical risks when used unregulated.

This **study aims** to provide healthcare organizers and physicians with an evidence-based analysis of this problem.

**Results.** The research confirms that the nature of a physician's SM behavior directly impacts patient adherence: professional content increases it, while personal content decreases it. The ethical standards of «e-professionalism» and international guidelines (AMA, GMC) are analyzed, revealing a significant gap in physician training. Special attention is given to legal barriers. In Russia, the use of public messengers (WhatsApp, Telegram) for patient communication directly contradicts the requirements of FL-242 (Telemedicine), which mandates state identification/e-signature (ESIA/UEP), and FL-152 (Personal Data), due to transborder data transfer risks.

**Conclusions.** As a solution, the implementation of a «strategic triad» in clinics is proposed: Developing internal Policies; Migrating to secure technology platforms; Mandatory staff training.

**Key words:** social media; doctor-patient communication; digital professionalism; patient adherence; compliance; telemedicine; personal data; HIPAA; medical confidentiality; medical ethics; WhatsApp; Telegram; messengers in medicine.

**For citation:** Shaderkin I.A., Shaderkina V.A. Social media as a communication tool between physician and patient: analysis of risks, clinical outcomes, and regulatory barriers. Russian Journal of Telemedicine and E-Health 2025;11(2):34-44; <https://doi.org/10.29188/2712-9217-2025-11-2-34-44>

## ■ ВВЕДЕНИЕ

Глобальная цифровизация фундаментально изменила модели коммуникации во всех сферах, и здравоохранение не является исключением. Социальные сети и платформы для обмена мгновенными сообщениями стали неотъемлемой частью жизни миллиардов людей и, как следствие, мощным каналом для распространения и поиска медицинской информации. Исследования показывают, что более 60% врачей используют различные формы социальных медиа в личных или профессиональных целях [1].

Этот сдвиг породил «парадокс» социальных сетей в медицине. С одной стороны, социальные сети представляют собой беспрецедентный инструмент для обучения пациентов, санитарного просвещения, борьбы с дезинформацией и повышения приверженности лечению [2]. С другой стороны, их использование, особенно в прямом общении «врач-пациент», часто происходит стихийно, вне установленного правового и этического поля. Это создает значительные риски, связанные с нарушением врачебной тайны, компрометацией конфиденциальных данных, размытием профессиональных

границ и, как следствие, возникновением юридической ответственности для врача и медицинской организации [2].

Настоящая публикация предназначена для практикующих врачей, организаторов здравоохранения и руководителей клиник.

Ее *цель* – предоставить основанный на доказательной медицине и анализе регуляторных норм (международных и российских) инструмент для управления цифровыми коммуникациями между врачами и пациентами.

В отчете последовательно анализируются:

1. Клиническое обоснование. Как именно коммуникация в СС влияет на клинические исходы, в частности, на приверженность лечению.

2. Этические стандарты. Концепция «цифрового профессионализма» (e-professionalism) и руководства ведущих мировых медицинских ассоциаций.

3. Правовая база. Ключевые риски и требования российского законодательства (ФЗ-242, ФЗ-152) в сравнении с международными стандартами (HIPAA).

4. Технологии. Оценка рисков публичных мессенджеров (WhatsApp, Telegram) в сравнении со специализированными защищенными платформами. ►►

5. Практическое внедрение. Разработка политики и стандартных операционных процедур для клиники.

## **Раздел 1. Клиническое обоснование: влияние цифровой коммуникации на исходы лечения**

В данном разделе анализируется доказательная база, подтверждающая, что коммуникация является не «мягким навыком», а прямым терапевтическим вмешательством, влияющим на клинические исходы.

### **1.1. Фундаментальная связь коммуникации и приверженности**

Качество коммуникации между врачом и пациентом является одним из наиболее значимых независимых факторов, влияющих на приверженность пациента лечению (комплаентность). Основополагающий метаанализ 106 исследований, опубликованных с 1949 по 2008 год, количественно оценил эту связь [3]. Анализ показал, что у пациентов, чьи врачи демонстрируют «плохие» коммуникативные навыки, риск несоблюдения режима лечения в среднем на 19% выше. Более того, коммуникация – это навык, которому можно обучить, и это обучение имеет прямой клинический эффект. Тот же метаанализ показал, что у пациентов, чьи врачи прошли специальное обучение коммуникативным навыкам, шансы на приверженность лечению были в 1,62 раза выше по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, коммуникация является важным фактором, который находится под контролем врача и напрямую влияет на успех терапии. Социальные сети и мессенджеры представляют собой лишь новый канал для этого критически важного терапевтического вмешательства.

### **1.2. Социальные сети как инструмент улучшения приверженности**

Современные обзоры, в том числе и систематические (2015–2025 гг.), подтверждают, что социальные медиа обладают потенциалом для улучшения традиционного процесса оказания медицинской помощи. Использование как асин-

хронных, так и синхронных возможностей СС позволяет врачам и пациентам устанавливать связь в режиме реального времени и обмениваться важной информацией [4].

Анализ существующей литературы показывает, что специалисты здравоохранения используют СС для широкого спектра задач, выходящих за рамки простого информирования [3, 5]:

- Ответы на вопросы пациентов.
- Проведение онлайн-консультаций.
- Проактивное предоставление медицинской информации и советов подписчикам.
- Поддержка оффлайн-услуг: информирование пациентов о результатах анализов, поощрение соблюдения режима приема лекарств, сбор обратной связи о качестве услуг и сбор информации о состоянии пациента [5].

Исследования показывают, что такое использование СС, особенно для поощрения комплаентности (например, напоминания о приеме медикаментов), имеет потенциал для повышения приверженности пациентов и, как следствие, улучшения исходов лечения [5].

### **1.3. Критический фактор: Тип контента врача и его влияние на доверие и результаты**

Наиболее важным открытием в этой области является то, что на исходы лечения влияет не само по себе наличие врача в социальных сетях, а характер его поведения в них.

Систематический обзор, основанный на данных опроса 35 врачей и 322 пациентов, выявил прямую, но разнонаправленную связь между контентом врача и приверженностью пациента [4]:

1. Профессиональный контент: Публикация врачом профессиональных знаний (информация о заболеваниях, методах лечения, ответы на вопросы) оказывала положительное влияние на приверженность пациента и эффективность лечения. Это поведение соответствует ожиданиям пациента от роли врача и укрепляет доверие.

2. Личный контент: Напротив, публикация врачом информации, связанной с его личной жизнью, ассоциировалась со снижением приверженности пациента и ухудшением результатов лечения. Пациенты воспринимали такое

поведение как непрофессиональное, что приводило к нежеланию следовать советам врача.

Этот же обзор выявил два интересных факта:

- Юмор: Использование врачом юмора в своих публикациях, как ни парадоксально, ослабляло положительный эффект от профессионального контента.

- Пол: Врачи-женщины получали меньший положительный эффект от публикации профессионального контента, что, вероятно, связано с гендерными стереотипами.

Вывод для организаторов здравоохранения: стихийное, необученное ведение социальных сетей врачами, возможно, несет прямые клинические риски. Клиника должна не просто поощрять врачей вести СС, а активно обучать их ведению профессионального контента, так как неправильное ведение может навредить результатам лечения пациентов. Однако, необходимо учитывать менталитет людей различных стран.

#### **1.4. Социальные сети в контексте вовлеченности пациентов**

Современная медицина переживает сдвиг парадигмы от патерналистской модели к модели совместного принятия решений. Социальные сети становятся ключевым инструментом в этом процессе, способствуя расширению прав и возможностей пациентов, вовлеченности пациентов и реализации образовательных стратегий [6].

Однако этот процесс несет в себе и угрозу. До 80% интернет-пользователей ищут информацию о здоровье в сети. Исследование, проведенное в США, показало, что более 2/3 американцев используют интернет и СС для поиска медицинской информации, и 64% сообщили, что эта информация повлияла на их решения о лечении. Проблема в том, что качество этой информации крайне низкое: то же исследование выявило, что информация на СС-платформах была корректной лишь в 13% случаев [2, 7].

Это создает высокий риск субоптимальных исходов лечения, поскольку пациенты действуют на основе дезинформации. В этом контексте профессиональное присутствие врача в

социальных сетях приобретает новое значение. Оно становится инструментом не только для коммуникации наедине с пациентом, но и инструментом общественного здравоохранения.

Врачи должны признать роль социальных сетей как медиатора здоровья и учитывать социальные детерминанты здоровья, которые определяют, кто и как ищет информацию. Активное ведение профессионального аккаунта позволяет врачу противодействовать дезинформации и предоставлять достоверную, основанную на доказательной медицине, информацию тем пациентам, которые активно ищут ее в цифровой среде [8].

## **Раздел 2. Цифровой профессионализм**

Быстрое и нерегулируемое внедрение социальных сетей в медицинскую практику привело к многочисленным сообщениям о нарушениях профессионального поведения. Это потребовало разработки новой этической рамки – «цифрового профессионализма».

### **2.1. Определение концепции цифрового профессионализма**

«E-professionalism» (электронный или цифровой профессионализм) определяется как эволюция традиционного медицинского профессионализма, применяемая к поведению, отношениям и стандартам в цифровой среде. Это набор принципов, позволяющих врачам использовать СС, сохраняя при этом доверие пациентов и общества [9].

Преимущества СС для профессионализма:

1. Профессиональный нетворкинг и сотрудничество.
2. Профессиональное образование и обучение (как для врача, так и для пациента).
3. Пропаганда здорового образа жизни и санитарное просвещение.

Признанные опасности СС для профессионализма [10] :

1. Ослабление подотчетности.
2. Компрометация конфиденциальности пациента.
3. Размывание профессиональных границ.
4. Публичная демонстрация непрофессионального поведения. ►

5. Юридические проблемы и дисциплинарные последствия.

Задача цифрового профессионализма – максимизировать преимущества, одновременно уменьшая опасности [11, 12].

## 2.2. Анализ пробелов: что врачи делают не так

Критически важно понимать, что между требуемыми стандартами e-professionalism и реальными знаниями и практиками врачей существует огромный разрыв [9-12].

Исследование, проведенное среди врачей, выявило пробелы в подготовке [13]:

- Отсутствие обучения. Подавляющее большинство (84,0%) не получали никакого обучения по использованию социальных сетей в медицинском вузе. 58,8% не проходили такого обучения и после окончания вуза, уже в статусе врача.

- Врачи часто не осведомлены о существующих политиках своих клиник в отношении социальных сетей.

- Техническая неграмотность – врачи не понимают базовых настроек конфиденциальности платформ, которые они используют. Например, 45% врачей ошибочно полагали, что могут навсегда удалить пост, который они опубликовали. 38,7% не знали, как запретить пациенту или другому лицу искать их профиль [14].

Это незнание приводит к опасным ситуациям:

- Передача данных. Две трети (67,5%) врачей, использующих мессенджеры, признались в отправке данных пациентов через эти приложения своим коллегам.

- Сбор данных. 65,8% врачей фотографировали пациентов (например, раны, снимки) на свой личный телефон.

- Публикация данных. Значительный процент врачей (от 17,6% до 24,4%) считали приемлемым публиковать в своих аккаунтах фотографии или радиологические снимки пациентов, даже если идентификаторы пациента были удалены.

Эти данные демонстрируют, что организаторы здравоохранения не могут ожидать от врачей интуитивного соблюдения цифрового профессионализма. Врачи не обучены и технически неграмотны в вопросах приватности, что

создает прямые угрозы безопасности данных.

## 2.3. Руководства международных медицинских ассоциаций

Ведущие мировые медицинские ассоциации (AMA, GMC) и профессиональные сообщества (ACP, ACS) разработали четкие руководства, которые могут служить основой для внутренних политик любой клиники.

### 2.3.1. Американская медицинская ассоциация (American Medical Association)

Руководство AMA по этике делает акцент на неизбежности профессиональных стандартов, независимо от среды [14, 15].

- Врачи должны поддерживать стандарты конфиденциальности и приватности пациента во всех средах, включая онлайн.

- Настоятельно рекомендуется разделять личный и профессиональный контент в сети. Врачи не должны принимать запросы в друзья или контактировать с пациентами через личные социальные сети.

- Запрещается публикация любой идентифицируемой информации о пациенте без соответствующего письменного разрешения.

- Электронная почта или другие электронные средства связи (например, мессенджеры) должны использоваться только в рамках установленных отношений «врач-пациент» и только с информированного согласия пациента.

- Любая электронная коммуникация, касающаяся лечения и ухода за пациентом, должна быть включена в медицинскую карту пациента.

### 2.3.2. Генеральный медицинский Совет (General Medical Council, Великобритания)

Генеральный медицинский Совет Великобритании в своем руководстве 2024 года подчеркивает, что стандарты профессионального поведения не меняются от того, что коммуникация происходит онлайн [16, 17, 18].

- Первоочередная задача врача – поддержание общественного доверия к профессии.

- Врач должен быть честен, не вводить аудиторию в заблуждение и быть открытым

в отношении любых конфликтов интересов, которые могут повлиять на его рекомендации.

- GMC особо подчеркивает риск случайного раскрытия информации. Отдельные фрагменты информации (например, редкий диагноз, местоположение) могут быть неидентифицируемыми сами по себе, но их сумма в разных постах может позволить пациенту, его родным или знакомым идентифицировать случай.

### 2.3.3. Другие организации

Другие профессиональные организации вводят еще более строгие практические ограничения.

- Американский колледж терапевтов (American College of Physicians) рекомендует врачам не использовать смс-сообщения для медицинского взаимодействия, за исключением случаев крайней необходимости и только с явного согласия пациента [19].

- Американский колледж хирургов (American College of Surgeons) требует использовать для общения с пациентами защищенные профессиональные/институциональные аккаунты, а не личные платформы [17].

- Американская педиатрическая академия (American Academy of Pediatrics) в своем отчете предупреждает о рисках нарушения личных границ при неформальном общении в социальных сетях [18].

## Раздел 3. Нормативно-правовая база

Помимо этических рисков, стихийное использование социальных сетей несет прямые юридические угрозы, связанные с нарушением законодательства о персональных данных и врачебной тайне.

### 3.1. Российская Федерация

В России коммуникация «врач-пациент» в мессенджерах попадает в «серую зону» на стыке двух федеральных законов. Если врач просто ведет свой блог, просветительскую работу в области медицины, описывает возможности своего учреждения и/или себя лично, то он не нарушает ФЗ. Если же он пытается общаться с пациентами по клиническим аспектам,

что фактически перерастает в индивидуальную консультацию, то тогда врач попадает в «серую зону», что может привести к правонарушению.

#### 3.1.1. ФЗ №242 «О телемедицине»

Федеральный закон № 242-ФЗ от 29 июля 2017 г. легализовал применение телемедицинских технологий. Однако он установил строгие рамки для такой деятельности, которые значительно отличаются от общения в публичном мессенджере [20].

Ключевая проблема заключается в том, что законная телемедицинская консультация требует:

1. Идентификацию. Участники дистанционного взаимодействия (врач и пациент) должны быть идентифицированы и аутентифицированы с использованием ЕСИА (Единая система идентификации и аутентификации, т.е. через «Госуслуги»).

2. Документирование. Информация об оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий должна быть документирована в медицинской документации (электронная медицинская карта – ЭМК) и заверена УКЭП (Усиленной квалифицированной электронной подписью) медицинского работника.

Ни WhatsApp, ни Telegram, ни любой другой публичный мессенджер не обеспечивает выполнение этих требований. Следовательно, любая консультация в мессенджере, в ходе которой врач ставит диагноз, оценивает состояние или назначает лечение, не соответствует требованиям ФЗ-242 и находится вне правового поля.

#### 3.1.2. ФЗ №152 «О персональных данных» и ФЗ № 187 «О КИИ»

Использование публичных мессенджеров для передачи любой информации, связывающей пациента с его диагнозом или фактом обращения в клинику, является прямым нарушением ФЗ-152 «О персональных данных» [21].

Ключевые риски связаны с использованием иностранных ИТ-решений (серверы которых находятся за пределами РФ):

- Локализация данных. Нарушается требование о хранении персональных данных ►

граждан РФ на серверах, расположенных на территории России.

- Трансграничная передача. Отправка персональных данных пациента (включая биометрию, если речь о фото) через WhatsApp или Telegram является трансграничной передачей данных. Клиника, чьи врачи это делают, «неосознанно» становится оператором такой передачи, не имея на то отдельного согласия пациента и не уведомив Роскомнадзор.

Ответственность за такие нарушения крайне высока и включает административные штрафы для юридических лиц (до 15 млн рублей) и уголовную ответственность (лишение свободы до 10 лет за незаконную передачу биометрических данных).

### 3.2. Международный стандарт США

Принципы американского закона о мобильности и подотчетности медицинского страхования (HIPAA) являются «золотым стандартом» защиты данных пациента на территории США, который полезно рассматривать концептуально [22].

HIPAA оперирует понятием PHI (Protected Health Information – защищенная медицинская информация). Это любая индивидуально идентифицируемая информация о здоровье [22].

- Главное правило HIPAA – никогда не включать защищенную медицинскую информацию в контент социальных сетей.

- Риск «случайного» нарушения. Нарушение не всегда очевидно. Пример: медсестра публикует в социальной сети трогательную историю о пациенте без имени. Однако в ее профиле указано место работы (больница и отделение). Эта контекстная информация в совокупности с деталями случая может позволить идентифицировать пациента, что является нарушением HIPAA.

- Проблема авторизации и потери контроля. Публикация защищенной медицинской информации (например, фото пациента с его устного согласия) допустима только при наличии письменного разрешения, которое соответствует строгим стандартам. Однако главная проблема социальных сетей в том, что пациент имеет право отозвать эту авторизацию. В социальных сетях это сделать невозможно (из-за репостов, скриншотов). В момент публикации

клиника навсегда теряет контроль над этими данными.

## Часть 4. Оценка технологических платформ

Руководители клиник должны четко понимать, почему технологические платформы, которые врачи используют «для удобства», абсолютно непригодны для профессиональной деятельности.

### 4.1. Публичные мессенджеры

Эти инструменты не были созданы для здравоохранения и не соответствуют его требованиям по безопасности и подотчетности.

WhatsApp:

- Плюс: применяет сквозное шифрование (E2EE) по умолчанию для всех чатов.

- Критический минус: по умолчанию создает незашифрованные резервные копии чатов в облачных хранилищах (Google Drive или iCloud). Это полностью компрометирует E2EE, так как любой, получивший доступ к облачному аккаунту, получает доступ ко всей переписке. Кроме того, принадлежность компании Meta\* (признана экстремистской организацией и запрещена в РФ) создает дополнительные юридические риски в российской юрисдикции.

Telegram:

- Плюс: популярен, имеет функцию «секретных чатов».

- Критический минус: не использует сквозное шифрование (E2EE) по умолчанию. Обычные чаты (включая групповые) являются облачными, и Telegram технически имеет доступ к сообщениям. «Секретные чаты», в которых E2EE есть, крайне неудобны: они не работают в группах и не синхронизируются между устройствами.

### 4.2. Обзор защищенных платформ

Решением является переход на специализированные ИТ-платформы, разработанные с учетом требований регуляторов.

#### 4.2.1. Международные платформы

На западном рынке существует зрелый сегмент платформ, соответствующих требованиям HIPAA.

- Примеры: TigerConnect, Spruce Health, OhMD [23, 24, 25].

- Ключевые функции:

1. Платформы сертифицированы (например, HITRUST) и подписывают с клиниками соглашение, принимая на себя юридическую ответственность за защиту данных.

2. Полное сквозное шифрование, контроль доступа, ПИН-коды, возможность удаленного стирания данных с утерянного устройства.

3. Наличие журналов аудита – фиксация того, кто, когда и к какой информации получал доступ.

4. Возможность интеграции с электронной медицинской картой.

5. Безопасный обмен сообщениями с пациентами (часто через SMS-шлюз, не требуя от пациента установки приложения), телемедицина, безопасные видеозвонки.

#### 4.2.2. Российские телемедицинские сервисы

В России также развивается рынок специализированных решений, созданных с учетом требований ФЗ-242 и ФЗ-152.

- Примеры: Medesk, «Доктор Рядом Телемед», SmartMed, Сберздоровье, ONDOC [26-30].

- Аункции:

1. Размещение серверов на территории РФ, использование защищенных каналов связи.

2. Предназначены для интеграции с российскими Медицинскими информационными системами (МИС) и потенциально с ЕГИСЗ.

3. Предлагают комплексные решения, включающие облачную МИС, CRM, личный кабинет пациента, онлайн-запись и проведение телемедицинских консультаций в защищенном контуре, соответствующем законодательству.

Приведенная ниже таблица наглядно резюмирует риски использования различных технологических платформ для клиники (табл. 1).

## Раздел 5. Практические Рекомендации

Перевод стихийных цифровых коммуникаций в управляемое и безопасное русло требует комплексного подхода, включающего три шага.

### 5.1. Шаг 1: Разработка и внедрение Политики по использованию социальных сетей

Первым шагом является создание и обязательное внедрение в клинике четкой, письменной Политики по использованию социальных сетей. Она должна стать приложением к трудовому договору.

Ключевые элементы Политики:

1. Четкое требование разделять личные и профессиональные аккаунты. ►

**Таблица 1. Риски использования платформ для коммуникации «врач-пациент»**

**Table 1. Risks of using doctor-patient communication platforms**

Критерий	WhatsApp	Telegram (Обычный чат)	Специализированная платформа (напр., TigerConnect / Medesk)	Специализированная платформа РФ (напр., TigerConnect / Medesk)
Сквозное шифрование (E2EE) по умолчанию	Да	Нет	Да	Нет
Шифрование на сервере	(Н/П, E2EE)	Да (но ключи у Telegram)	Да	Да
Риск (Нешифрованные бэкапы)	Высокий	Низкий (бэкапы не нужны)	Низкий (управляется)	Низкий
Соответствие HIPAA (США)	Нет (Нет BAA)	Нет (Нет BAA, нет E2EE)	Да (BAA, HITRUST)	Нет
Соответствие ФЗ-152 / ФЗ-242 (РФ)	Нет (Трансграничная передача, нет локализации, нет ЕСИА/УКЭП)	Нет (Трансграничная передача, нет локализации, нет ЕСИА/УКЭП)	Да (при выборе российского вендора)	Да
Журналы аудита	Нет	Нет	Да	Да
Интеграция с ЭМК/МИС	Нет	Нет	Да	Да

2. Прямой и недвусмысленный запрет на использование личных мобильных устройств, личных аккаунтов в социальных сетях и публичных мессенджерах (WhatsApp, Telegram и т.д.) для обсуждения, хранения или передачи любой информации о пациентах.

3. Определение единственного одобренного и защищенного канала для электронной коммуникации с пациентами (например, портал пациента в медицинских информационных системах (МИС), закупленная телемедицинская платформа).

4. Напоминание о недопустимости публикации фотографий пациентов (даже «де-идентифицированных» или с устного согласия), а также конфиденциальной информации о клинике, бизнес-процессах или коллегах.

5. Регламентирование использования личных социальных сетей в рабочее время и на рабочих устройствах. Доступ к социальным сетям во время перерывов не должен осуществляться в зонах присутствия пациентов (коридоры, холлы).

6. Четкое определение дисциплинарных мер за нарушение политики, вплоть до увольнения.

### **5.2. Шаг 2: Разработка стандартных операционных процедур (СОП) для защищенной коммуникации**

После выбора и внедрения официального защищенного канала (Шаг 1), необходимо регламентировать его использование с помощью СОП.

- СОП 1: Получение информированного согласия. Перед началом электронной коммуникации (даже по защищенному каналу) врач обязан получить документированное информированное согласие пациента.

- СОП 2: Уведомление о рисках и границах. При получении согласия пациент должен быть четко уведомлен:

- Об остаточных рисках (взлом, приватность).
- О том, что данный канал категорически не предназначен для экстренных ситуаций.
- Об ожидаемом времени ответа (например, «в течение 48 часов»).

- О том, что сообщения могут просматриваться не только лечащим врачом, но и другими сотрудниками (медсестра, администратор) для определения необходимости логистики пациента.

- СОП 3: Документирование в электронной медицинской карте. Все клинически значимые электронные коммуникации (жалобы, вопросы по лечению, ответы врача) должны быть скопированы или резюмированы в официальной медицинской карте пациента (ЭМК/МИС). Это критически важно для юридической защиты: «Если этого нет в карте, этого не было».

- СОП 4: Поддержание границ.

- Врач должен быть проинструктирован вежливо отклонять запросы пациентов на добавление в друзья в личных социальных сетях.
- Врач не должен инициировать онлайн-коммуникацию на высокочувствительные темы (психическое здоровье, зависимости).

### **5.3. Шаг 3: Обучение персонала**

Как показал анализ в Разделе 2, большинство врачей не имеют необходимой подготовки. Поэтому Политика и СОПы не будут работать без обязательного и регулярного обучения персонала.

- Модули по цифровому профессионализму и «цифровой гигиене» должны стать частью программы непрерывного медицинского образования (НМО) в клинике и обязательным элементом онбординга новых сотрудников.

- Темы для обучения:

1. Анализ рисков: Что такое персональные данные пациента и защищенная медицинская информация, почему «анонимная» фотография не анонимна.

2. Анализ законодательства: Ответственность по ФЗ-152 и ФЗ-242.

3. Анализ политики клиники: Что запрещено и почему.

4. Навыки цифрового профессионализма: как вести профессиональный аккаунт, как отказывать пациентам в «дружбе».

5. Технические навыки: Настройки приватности в личных аккаунтах, работа в утвержденном защищенном портале клиники.

## ■ ВЫВОДЫ

Социальные сети и мессенджеры являются мощным инструментом, который уже трансформировал коммуникацию «врач-пациент» [31, 32]. Анализ доказательной базы показывает, что этот инструмент обладает двойственным эффектом:

- При правильном использовании (ведение профессионального блога, просвещение) он способен улучшить клинические исходы, повышая приверженность пациентов лечению.
- При неправильном (публикация личного контента, размытие границ) он ухудшает клинические результаты.
- При небезопасном (использование публичных мессенджеров) он гарантированно ведет к нарушению этики и законодательства, создавая колоссальные юридические и репутационные риски для клиники.

«Стихийное» использование врачами личных мессенджеров для общения с пациентами – это не признак инновационности, а системный провал в управлении рисками со стороны руководства медицинской организации.

Успешное и безопасное внедрение цифровых коммуникаций требует от организаторов здравоохранения одновременных и скоординированных усилий по трем направлениям (стратегическая триада):

1. Политика (Администрация): разработка и принудительное исполнение четких, недвусмысленных внутренних правил, запрещающих небезопасные практики.
2. Технология (IT): закупка, внедрение и использование единой, защищенной, соответствующей законодательству платформы для коммуникации с пациентами.
3. Обучение (Персонал): постоянное и обязательное обучение всех врачей и персонала принципам цифрового профессионализма и «цифровой гигиене».

Эволюция коммуникаций продолжится. Появление ИИ-ассистентов, рост цифровой грамотности и требований пациентов делают инвестиции в защищенную цифровую инфраструктуру и обучение персонала безальтернативным условием для сохранения юридической безопасности и конкурентоспособности современной медицинской организации. ▀

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ventola CL. Social media and health care professionals: benefits, risks, and best practices. *P T* 2014;39(7):491–520.
2. Farsi D. Social media and health care, part I: literature review of social media use by health care providers. *J Med Internet Res* 2021;23(4):e23205. <https://doi.org/10.2196/23205>
3. Zolnieriek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* 2009;47(8):826–34. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>
4. Sun Q, Tang G, Xu W, Zhang S. Social media stethoscope: unraveling how doctors' social media behavior affects patient adherence and treatment outcome. *Front Public Health* 2024;12:1459536. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1459536>.
5. Forgie E, Lai H, Cao B, Stroulia E, Greenshaw A, Goez H. Social media and the transformation of the physician-patient relationship: viewpoint. *J Med Internet Res* 2021;23(12):e25230. <https://doi.org/10.2196/25230>. Available from: <https://www.jmir.org/2021/12/e25230>
6. Chen J, Wang Y. Social media use for health purposes: systematic review. *J Med Internet Res* 2021;23(5):e17917. <https://doi.org/10.2196/17917>
7. Song M, Elson J, Bastola D. Digital age transformation in patient-physician communication: 25-year narrative review (1999–2023). *J Med Internet Res* 2025;27:e60512. <https://doi.org/10.2196/60512>
8. Haleem A, Javaid M, Singh RP, Suman R. Telemedicine for health-care: capabilities, features, barriers, and applications. *Sens Int* 2021;2:100117. <https://doi.org/10.1016/j.sintl.2021.100117>
9. de Castro Аранђо-Neto F, Gois Dos Santos L, Аранђо Tavares TM, de Menezes Santos D, Pereira de Lyra-Jr D. E-professionalism assessment instruments in healthcare professionals: a systematic review protocol. *BMJ Open* 2025;15(2):e084965. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-084965>
10. Vukušić Rukavina T, Machala Poplašen L, Majer M, Relić D, Viskić J, Marelić M. Defining potentially unprofessional behavior on social media for health care professionals: mixed methods study. *JMIR Med Educ* 2022;8(3):e35585. <https://doi.org/10.2196/35585>
11. Guraya SS, Harkin DW, Yusoff MSB, Guraya SY. Paradigms unfolded: developing, validating, and evaluating the medical education e-professionalism framework from a philosophical perspective. *Front Med (Lausanne)* 2023;10:1230620. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1230620>
12. Guraya SS, Guraya SY, Rashid-Doubell F, Fredericks S, Harkin DW, Bin Mat Nor MZ, Bahri Yusoff MS. Reclaiming the concept of professionalism in the digital context: a principle-based concept analysis. *Ann Med* 2024;56(1):2398202. <https://doi.org/10.1080/07853890.2024.2398202>
13. Low JM, Tan MY, Joseph R. Doctors and social media: knowledge gaps and unsafe practices. *Singapore Med J* 2021;62(11):604–9. <https://doi.org/10.11622/smedj.2020067>
14. American Medical Association Journal of Ethics. *AMA J*

## ЛИТЕРАТУРА

*Ethics* 2015;17(5):432–4. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2015.17.5.coet1-1505>.

15. American Medical Association. Physicians' use of social media: product promotion and compensation. Available from: <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/physicians-use-social-media-product-promotion-and-compensation>.

16. British Medical Association. Social media: ethics toolkit for medical students. Available from: <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/ethics/medical-students/ethics-toolkit-for-medical-students/social-media>.

17. American College of Surgeons. Guidelines for the ethical use of social media by surgeons. Available from: <https://www.facs.org/about-ac/s/ethics-guidelines-for-the-ethical-use-of-social-media-by-surgeons/>.

18. American Academy of Pediatrics. AAP clinical report defines boundaries for social media use. Available from: <https://publications.aap.org/aapnews/news/32392/AAP-clinical-report-defines-boundaries-for>.

19. Lee WW, Sulmasy LS; American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. American College of Physicians ethical guidance for electronic patient-physician communication: aligning expectations. *J Gen Intern Med* 2020;35(9):2715–20. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05884-1>

20. Федеральный закон № 242-ФЗ от 29 июля 2017 г. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части уточнения порядка обработки персональных данных в информационно-телекоммуникационных сетях. Доступно по ссылке: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_221184/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_221184/).

21. Федеральный закон «О персональных данных» от 27.07.2006

№152-ФЗ. Доступно по ссылке: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_61801/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61801/).

22. TigerConnect. Secure clinical collaboration platform. Available from: <https://tigerconnect.com/products/clinical-collaboration-platform/secure-text-messaging/>.

23. TigerConnect official website. Available from: <https://tigerconnect.com>.

24. Spruce Health. Secure communication for healthcare teams. Available from: <https://sprucehealth.com>.

25. OhMD. HIPAA compliant patient communication. Available from: <https://www.ohmd.com>.

26. Medesk. Телемедицинская платформа для клиник. Доступно по ссылке: <https://www.medesk.net/ru/>.

27. Dr. Telemed. Российская телемедицинская система. Доступно по ссылке: <https://dr-telemed.ru>.

28. SmartMed. Платформа онлайн-консультаций. Доступно по ссылке: <https://smartmed.pro/>.

29. СберЗдоровье. Телемедицинский сервис. Доступно по ссылке: <https://sberhealth.ru>.

30. OnDoc. Онлайн-сервис медицинских консультаций. Доступно по ссылке: <https://ondoc.me>.

31. Shaderkin IA, Tsoy AA, Sivkov AV, Shaderkina VA, Prosyannikov MYu, Voytko DA, Zelensky MM. mHealth – new opportunities for the development of telecommunication technologies in healthcare. *Eksperimental'naya i Klinicheskaya Urologiya* 2015;(2):142–8. (In Russian)

32. Shaderkin IA. Barriers to telemedicine and ways to overcome them. *Russian Journal of Telemedicine and eHealth* 2022;8(2):59–76. (In Russian).

## Сведения об авторах:

Шадеркин И.А. – к.м.н., руководитель цифровой кафедры Центра цифровой медицины Института цифрового биодизайна и моделирования живых систем Научно-технологического парка биомедицины ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Ведущий научный сотрудник отдела научных основ организации здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; Москва, Россия; РИНЦ Author ID 695560, <https://orcid.org/0000-0001-8669-2674>

Шадеркина В.А. – научный редактор урологического информационного портала UroWeb.ru; РИНЦ Author ID 880571, <https://orcid.org/0000-0002-8940-4129>

## Вклад авторов:

Шадеркин И.А. – определение научного интереса, литературный обзор, написание текста, 50%  
Шадеркина В.А. – дизайн публикации, написание текста статьи 50%

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование:** Опубликовано без спонсорской поддержки.

**Статья поступила:** 01.03.25

**Рецензирование:** 04.04.25

**Принята к публикации:** 11.05.25

## Information about authors:

Shaderkin I.A. – PhD, Head of the Digital Department of the Center for Digital Medicine of the Institute of Digital Biodesign and Modeling of Living Systems of the Scientific and Technological Park of Biomedicine of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov of the Ministry of Health of Russia (Sechenov University), Leading Researcher of the Department of Scientific Foundations of Healthcare Organization of the FSBI «Central Research Institute for Organization and Informatization of Health Care» Ministry of Health of Russia; Moscow, Russia; RSCI Author ID 695560, <https://orcid.org/0000-0001-8669-2674>

Shaderkina V.A. – Scientific editor of the urological information portal UroWeb.ru; RSCI Author ID 880571, <https://orcid.org/0000-0002-8940-4129>

## Authors Contribution:

Shaderkin I.A. – identification of scientific interest, literature review, text writing, 50%  
Shaderkina V.A. – publication design, text writing, 50%

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Financing.** Published without sponsorship.

**Received:** 01.03.25

**Reviewing:** 04.04.25

**Accepted for publication:** 11.05.25