HEALTH NET
Инфраструктурный центр

// Purrweb

# ПРЕВЕНТИВНАЯ МЕДИЦИНА И ЗОЖ В РОССИИ: ОТ БИОХАКИНГА К ЗРЕЛОМУ РЫНКУ

## ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТ РАЗВИТИЕ ИНДУСТРИИ В 2026 ГОДУ
## КАРТА ТРЕНДОВ: ВЗГЛЯД УЧАСТНИКОВ РЫНКА

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОТЧЁТ ИНФРАСТРУКТУРНОГО ЦЕНТРА «ХЕЛСНЕТ» НТИ И PURRWEB
ПРИ УЧАСТИИ РНИМУ ИМ. Н. И. ПИРОГОВА

# СОДЕРЖАНИЕ


ОБ ИССЛЕДОВАНИИ 3

01 МЕТОДОЛОГИЯ 14

02 САММАРИ 22

03 ОБЗОР РЫНКА ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЗОЖ В РОССИИ 42

04 РЕГУЛИРОВАНИЕ И ИСТОЧНИКИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ 62

05 ВНЕДРЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ 80

06 ПОЛЬЗОВАТЕЛЬСКИЙ СПРОС И B2C-СЕГМЕНТ 91

07 КОРПОРАТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И B2B-СЕГМЕНТ 120

08 СТАРТАПЫ И ИНВЕСТОРЫ 139

09 ГЛОБАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ 147

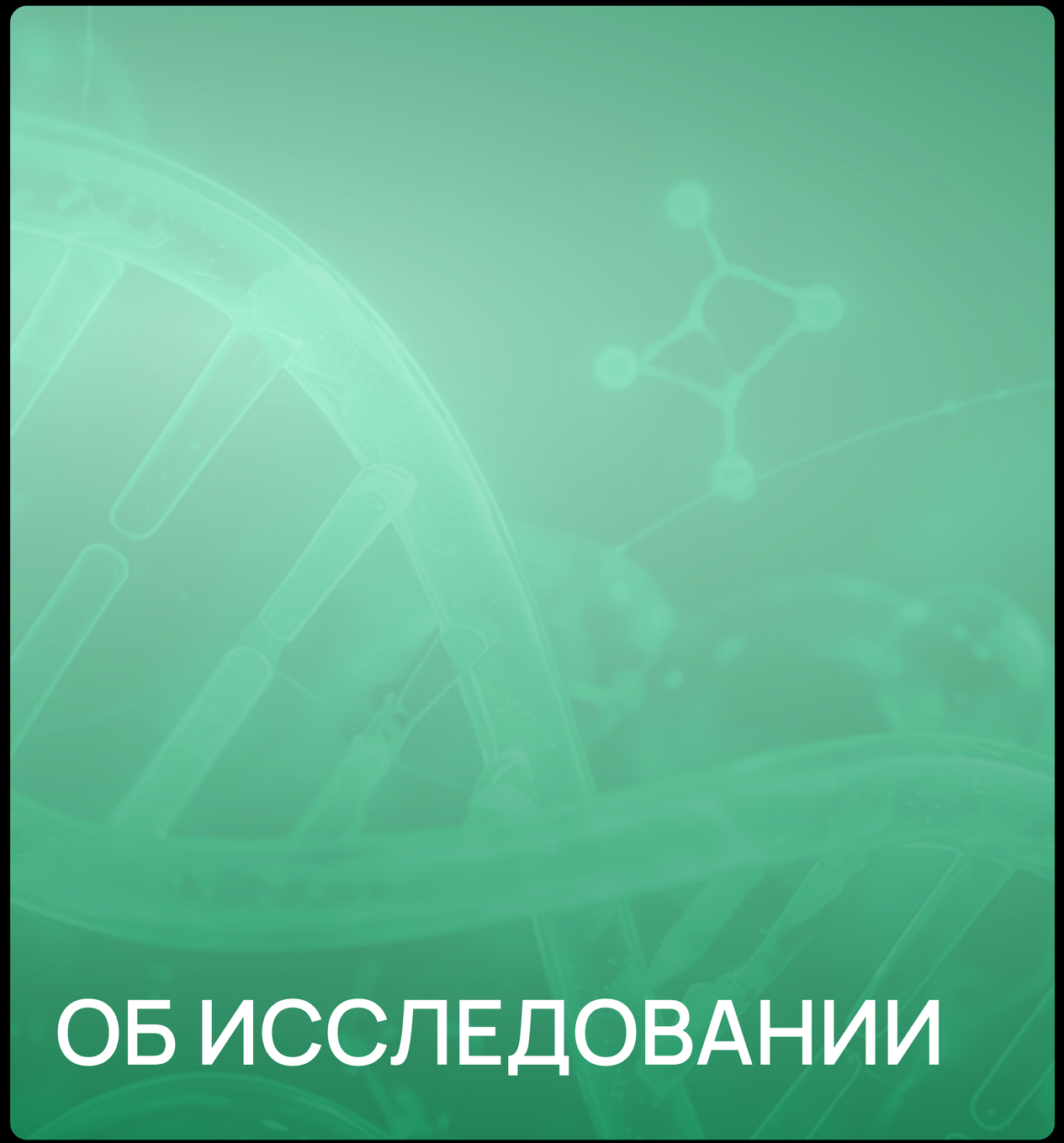
10 КАРТА ЗРЕЛОСТИ И ВЫВОДЫ 160

11 БАРЬЕРЫ И ДРАЙВЕРЫ РЫНКА 164

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 166

ИСТОЧНИКИ И ПРИМЕЧАНИЯ 167

ОБ АВТОРАХ 169



# ОБ ИССЛЕДОВАНИИ

## АКТУАЛЬНОСТЬ

Превентивная медицина в широком смысле — это проактивный подход к сохранению здоровья: снижение факторов риска, раннее выявление заболеваний и предупреждение осложнений уже существующих состояний.

Еще недавно направление ассоциировалось с хайпом на суперфуды, «коучами по питанию» из соцсетей и наукообразным биохакингом – набором практик, востребованных в первую очередь у отдельных энтузиастов и часто включавших непроверенные, «модные» методы с сомнительной эффективностью.

Сегодня же на смену модным практикам и экспериментам на рынке зреет иной запрос – на продукты и решения с доказательной базой и фокусом на понятный, измеряемый результат. При этом движение происходит не только «снизу», со стороны потребителя, но и «сверху» – государство закрепляет превентивную медицину, как и курс на обеспечение здорового долголетия как один из приоритетов национального здравоохранения и научно-технологического развития.

За последние годы направление получило дополнительную институциональную поддержку в России. С 2025 года действуют национальные проекты «Продолжительная и активная жизнь» и «Новые технологии сбережения здоровья». Дистанционный мониторинг пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом получил механизм оплаты в системе ОМС. Эти изменения создают нормативные и организационные условия для развития рынка, но сами по себе не означают, что все решения уже стали устойчивой медицинской практикой.

Движение происходит во всех сегментах отрасли: регионы внедряют прогнозную аналитику по ЭМК и дистанционный мониторинг, медицинские организации развивают программы раннего выявления и наблюдения, работодатели вкладываются в «трудовое долголетие» и корпоративные программы здоровья, а среди пользователей растет спрос на расширенные чекапы, потребительскую генетику (DTC-тесты), нутрицевтики, носимые устройства и цифровые сервисы для управления здоровьем.

Все эти направления различаются по медицинскому назначению, доказательной базе, регуляторному статусу, плательщику и ожидаемому результату. Поэтому их нельзя оценивать только по формальным показателям – числу пользователей, объему выручки, количеству регистраций или масштабу внедрения.

РЕШЕНИЙ СТАНОВИТСЯ БОЛЬШЕ, НО ИХ ЧИСЛО САМО ПО СЕБЕ – ЕЩЕ НЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО ЗРЕЛОСТИ РЫНКА. РЕГИСТРАЦИЯ ПРОДУКТА НЕ ГАРАНТИРУЕТ РЕГУЛЯРНУЮ ЗАКУПКУ, НАЛИЧИЕ ТАРИФА НЕ ОЗНАЧАЕТ ФАКТИЧЕСКОЕ ОКАЗАНИЕ УСЛУГИ, ПОЛЬЗОВАТЕЛЬСКАЯ ПОКУПКА НЕ РАВНА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ, А ВЫЯВЛЕННЫЙ РИСК АВТОМАТИЧЕСКИ НЕ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ ИЛИ УЛУЧШЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО РЕЗУЛЬТАТА. КАЖДЫЙ ИЗ ЭТИХ «СТЫКОВ» ЯВЛЯЕТСЯ ТОЧКОЙ, ГДЕ ВОРОНКА УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ МОЖЕТ ОБОРВАТЬСЯ. ПОЭТОМУ КЛЮЧЕВОЙ ВОПРОС ИССЛЕДОВАНИЯ – НЕ ТО, СКОЛЬКО ТЕХНОЛОГИЙ СУЩЕСТВУЕТ НА РЫНКЕ, А ТО, ЧТО ПРОИСХОДИТ С ЧЕЛОВЕКОМ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ДАННЫХ ИЛИ ВЫЯВЛЕНИЯ РИСКА. В КАКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛЬНО КОНВЕРТИРУЮТСЯ НАХОДКИ, ОБЕСПЕЧЕННЫЕ ТЕМИ ИЛИ ИНЫМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ И ПОДХОДАМИ.

# ИЗМЕНЕНИЯ НА РОССИЙСКОМ РЫНКЕ – ЭТО ТАКЖЕ ОТВЕТ НА ГЛОБАЛЬНЫЕ ВЫЗОВЫ

В большинстве стран мира происходят значительные демографические сдвиги, которые превращают профилактику заболеваний из публичной декларации в экономическую необходимость. По прогнозам ООН, к 2030 будет достигнут глобальный «демографический крест» – кризисный момент, когда число людей старше 65 лет в мире впервые сравняется с числом детей младше пяти лет, что предполагает фундаментальный сдвиг в структуре спроса на медицинские услуги.

Старение населения, рост бремени хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и удорожание лечения создают ситуацию, в которой системы здравоохранения, построенные на реактивной, а не на проактивной модели управления здоровьем, оказываются экономически неустойчивыми. По данным ВОЗ, наиболее распространенные ХНИЗ — сердечно-сосудистые, онкологические, хронические респираторные и сахарный диабет — ежегодно уносят около 41 миллиона жизней, что составляет 74% всех смертей в мире. Из них 17 миллионов — люди трудоспособного возраста до 70 лет. На долю сердечно-сосудистых заболеваний приходится около 17,9 миллиона смертей ежегодно, онкологических — около 9,3 миллиона, респираторных — 4,1 миллиона, а сахарный диабет и заболевания почек вместе забирают более 2,5 миллиона жизней каждый год.[1]

Для России этот вызов стоит особенно остро. По данным Росстата, ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2024 году составила 73,3 года — ниже среднемирового показателя и заметно отстаёт от показателей стран ОЭСР, где она превышает 80 лет. Россия — страна очень высокого риска в плане сердечно-сосудистых заболеваний, а ХНИЗ, по оценкам специалистов, являются причиной 75–80% всех случаев смертности в Российской Федерации — цифра, которая одновременно описывает масштаб проблемы и указывает на точку приложения для превентивных вмешательств. Вклад модифицируемых факторов риска — курения, избыточного потребления алкоголя, нездорового питания, ожирения и недостаточной физической активности — в общее бремя болезней в России остаётся одним из самых высоких среди стран с сопоставимым уровнем экономического развития.

Диагноз сахарный диабет второго типа, по различным оценкам, имеют от 4 до 5 миллионов россиян, при этом значительная доля случаев остаётся недиагностированной. По данным Международной диабетической федерации, Россия входит в число стран с наибольшим числом людей с диабетом — около 10 миллионов с учётом преддиабета.

Экономические потери от ХНИЗ в России, по оценкам экспертов, исчисляются сотнями миллиардов рублей ежегодно, если учитывать прямые медицинские затраты, потери производительности и расходы на социальную поддержку.

**Разрыв между ожидаемой продолжительностью жизни и ожидаемой продолжительностью здоровой жизни — «health-adjusted life expectancy» (HALE) — в России составляет около 10 лет: это означает, что в среднем россиянин проживает последнюю декаду жизни в состоянии ограничений, обусловленных болезнью.**

Именно этот показатель — продолжительность здоровой жизни, а не просто продолжительность жизни — является главной мишенью национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», что отражает сдвиг в понимании того, что значит «жить дольше». Категории людей 80+, 90+ и 100+ лет растут быстрее, чем общая когорта 60+, что создаёт качественно новые вызовы для систем здравоохранения и социального обеспечения.

# ЧТО МЫ ПОНИМАЕМ ПОД ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНОЙ

Вместе с приобретением легитимного статуса направления выросли и границы его понятийного поля — к превентивной медицине сегодня относят широкий спектр медицинских услуг, цифровых продуктов и технологий здоровьесбережения, включая решения для ЗОЖ, ранней диагностики, персонализированного управление рисками, программы здорового долголетия, биохакинг, велнес и потребительские продукты. Объединяет их лишь направленность на сохранение здоровья. Экономическая модель, уровень доказательности, регуляторный статус и путь к пользователю у каждого свои. Поэтому важно определить, что именно мы понимаем под превентивной медициной в рамках этого обзора.

В НАСТОЯЩЕМ ОТЧЕТЕ ПОНЯТИЕ «ПРЕВЕНТИВНАЯ МЕДИЦИНА» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КАК ЗОНТИЧНЫЙ ТЕРМИН ДЛЯ РЕШЕНИЙ, КОТОРЫЕ:

- снижают вероятность возникновения заболевания;
- помогают выявить заболевание или значимый риск на раннем этапе;
- помогают контролировать уже установленное состояние и предупреждать осложнения;
- переводят данные о здоровье в конкретное действие человека или медицинской организации.

ВНУТРИ ЭТОГО ПОЛЯ МЫ ОТДЕЛЬНО РАССМАТРИВАЕМ:

КЛИНИЧЕСКУЮ ПРОФИЛАКТИКУ И УПРАВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ХНИЗ) — диспансерное наблюдение, дистанционный мониторинг, контроль факторов риска и предупреждение осложнений.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИКУ РИСКОВ — скрининг, чекапы, анализ ЭМК (предиктивная аналитика), генетические и другие исследования в тех случаях, когда они могут изменить медицинскую тактику

ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЕ РЕШЕНИЯ ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ (CUSTOMER HEALTH) — приложения, носимые устройства, программы питания, нутрицевтики, велнес и сервисы здорового долголетия

Мы рассматриваем, как решения для превентивной медицины, существующие в разных сегментах российского рынка, помогают выявить риск и превратить его в конкретное действие человека или врача/помогающего специалиста. Нас интересует, кто оплачивает этот путь, кто интерпретирует данные, кто отвечает  за результат между визитами к врачу, и почему одни решения входят в медицинскую практику, а другие остаются пилотами, разовыми покупками или быстро теряют аудиторию.

# ТРИ УРОВНЯ ПРОФИЛАКТИКИ В РАМКЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Профилактика в здравоохранении включает не только предотвращение заболевания – она также охватывает раннее выявление патологического процесса, своевременное начало помощи и снижение последствий уже установленного диагноза или состояния.

ВОЗ рассматривает профилактику как совокупность популяционных и индивидуальных мер, направленных на уменьшение бремени заболеваний и связанных с ними факторов риска, и в зависимости от цели делит профилактику на первичную, вторичную и третичную. В материалах организации первичная профилактика связана с предотвращением возникновения заболевания, вторичная — с ранним выявлением, если оно улучшает исходы, а третичная — с уменьшением осложнений, ограничений и инвалидизации у людей с уже существующим заболеванием.

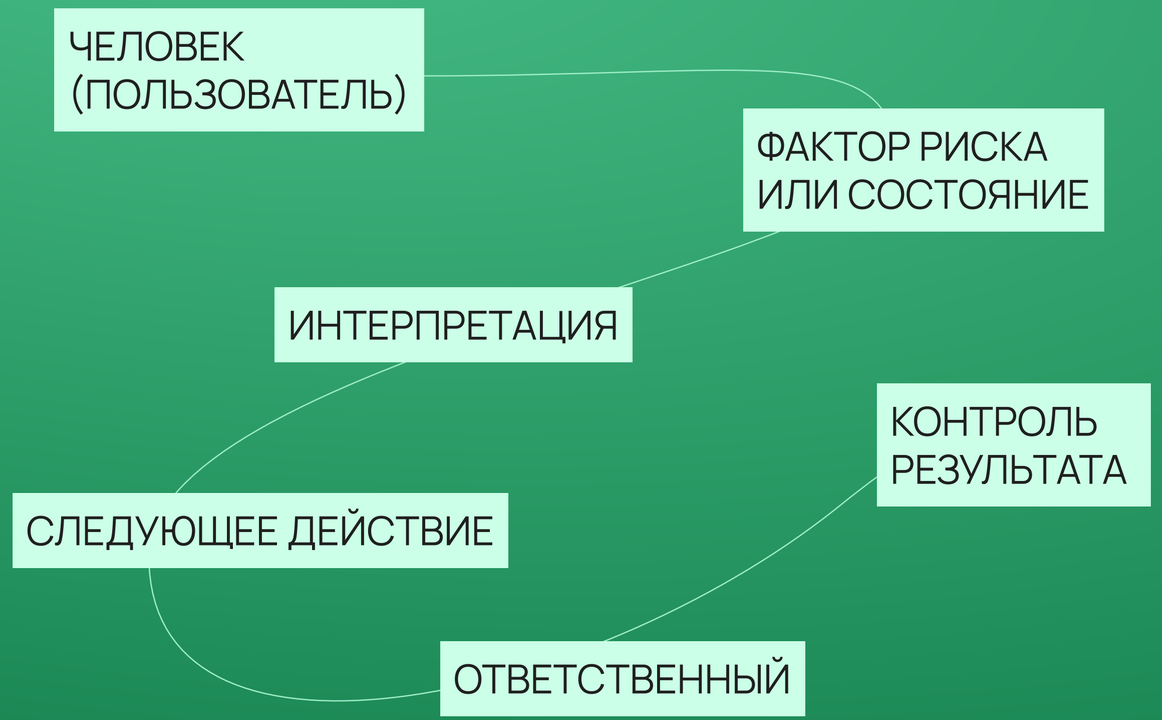
| УРОВЕНЬ | ФОКУС В ИССЛЕДОВАНИИ |
|---|---|
| Первичная профилактика | Факторы риска, ЗОЖ, корпоративные программы, приложения, носимые устройства и профилактика до диагноза |
| Вторичная профилактика | Скрининг, чекапы, раннее выявление рисков и маршрутизация пациента |
| Третичная профилактика | Дистанционный мониторинг, сопровождение пациентов с ХНИЗ и предупреждение осложнений |

ОТЧЕТ ЗАТРАГИВАЕТ ВСЕ ТРИ УРОВНЯ ПРОФИЛАКТИКИ, НО В РАЗНОМ ОБЪЕМЕ: ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВНЫМИ НАПРАВЛЕНИЯМИ АНАЛИЗА, А ТРЕТИЧНАЯ ПРЕДСТАВЛЕНА ПРЕЖДЕ ВСЕГО ДИСТАНЦИОННЫМ МОНИТОРИНГОМ И СОПРОВОЖДЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

Отдельный фокус отчета — оценка эффективности конверсии данных или выявленного риска в конкретное действие, будь то клиническое вмешательство или модификация образа жизни человека.

Именно поэтому в отчете могут соседствовать ИИ-ассистент для ЗОЖ, система раннего выявления риска и дистанционный мониторинг пациента с диагнозом. Эти решения не равноценны по медицинскому статусу, доказательности или значимости выявляемого риска – их объединяет единый паттерн оценки эффективности: ПОМОГАЕТ ЛИ РЕШЕНИЕ ПРОЙТИ ПУТЬ ОТ ИНФОРМАЦИИ О ЗДОРОВЬЕ К ОБОСНОВАННОМУ ДЕЙСТВИЮ И ИЗМЕРИМОМУ РЕЗУЛЬТАТУ?

# ДЛЯ ВСЕХ ТРЕХ УРОВНЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЕДИНАЯ ЛОГИКА ВОРОНКИ УПРАВЛЕНИЯ РИСКОМ:



# КАК УСТРОЕНО ИССЛЕДОВАНИЕ

МЫ АНАЛИЗИРУЕМ РЫНОК ПО ЧЕТЫРЁМ НАПРАВЛЕНИЯМ, РАЗДЕЛЯЕМЫМ ПО ПЛАТЕЛЬЩИКУ И МОДЕЛИ ПРИМЕНЕНИЯ:

- профилактические услуги в ОМС;
- корпоративные программы здоровья, в том числе реализуемые через ДМС;
- розничная диагностика — чекапы, лабораторные и генетические исследования;
- потребительские товары и сервисы — приложения, носимые устройства, нутрицевтики.

Такая классификация обусловлена тем, что именно экономическая модель и конечный плательщик определяют маршрут, по которому решение добирается до пользователя. В системе ОМС результат зависит от программы государственных гарантий, тарифа, регионального исполнения и готовности ЛПУ встроить решение в свои рабочие процессы. В корпоративном сегменте значение имеют задачи работодателя, условия страховой программы, участие сотрудников и возможность оценить эффект для бизнеса. В розничной диагностике человек обычно оплачивает отдельную услугу и самостоятельно распоряжается результатом.

**На потребительском рынке производителю необходимо не только продать продукт, но и создать понятную мотивацию для его использования в режиме рутинной привычки.**

# ЦЕЛЬ И РАМКА ИССЛЕДОВАНИЯ

ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ — российская индустрия healthtech- и medtech-решений как медицинского назначения (медицинские изделия), так и для потребительского использования (масс-маркет), которые позволяют отслеживать показатели здоровья, формировать ЗОЖ-привычки, выявлять риски до наступления клинического события, обнаруживать заболевание на ранней стадии, мониторировать состояние и снижать вероятность осложнений и ухудшения качества жизни у пациентов с уже установленным диагнозом.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — дать комплексную картину состояния рынка превентивной медицины в России через систематизацию экспертных мнений; выявить основные тренды, ключевые барьеры, драйверы и перспективы российского рынка превентивной медицины; а также определить, какие модели профилактики уже стали устойчивой практикой и что мешает остальным пройти путь от разовой покупки продукта, услуги или пилота к повторному использованию и измеримому результату.

ДЛЯ КАЖДОГО НАПРАВЛЕНИЯ МЫ ЗАДАЕМ ОДНИ И ТЕ ЖЕ ВОПРОСЫ:

- кто принимает решение об использовании;
- кто платит;
- что должно измениться после выявления риска;
- кто интерпретирует результат;
- кто проверяет действие.

ЗРЕЛОСТЬ ОЗНАЧАЕТ УСТОЙЧИВУЮ СВЯЗКУ ДОКАЗАННОЙ ПОЛЬЗЫ И ГРАНИЦ ПРИМЕНЕНИЯ, ПЛАТЕЛЬЩИКА, ПОВТОРНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ, НАЛИЧИЕ МЕСТА В ПРАКТИКЕ И ГЛУБИНУ ВНЕДРЕНИЯ, РЕГУЛИРОВАНИЯ И ИЗМЕРИМОГО РЕЗУЛЬТАТА.

В центре анализа — цифровой слой в контуре превентивной медицины, ЗОЖ и well-being: прогнозная аналитика на базе ЭМК, СППВР, дистанционный мониторинг, носимые устройства, приложения, корпоративные платформы и сервисы сопровождения. Также в обзор контекстуально включены программы чекапов, потребительская генетика, омиксные исследования, БАДы, питание и программы долголетия – для лучшего понимания экономики, регуляторной базы и маршрутов пользователя.

Обзор адресован медицинским организациям и врачам, разработчикам цифровых медицинских решений, лабораториям и поставщикам диагностических услуг, работодателям и страховщикам, инвесторам и стартапам, организаторам здравоохранения и региональным заказчикам.

# МЕТОДОЛОГИЯ

01

Исследование охватывает период с 2024 года по август 2026 года

Основа анализа — 27 глубинных интервью с ключевыми стейкхолдерами рынка и открытые источники

Данные компаний описывают практику, но не заменяют клинические исследования

# 1.1. СОСТАВ ВЫБОРКИ И ОГРАНИЧЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ (ДИСКЛЕЙМЕР)

Отчет является аналитическим обзором рынка, а не клиническим или научным исследованием, систематическим обзором медицинских вмешательств или статистическим опросом населения.

Его основу составляют 27 ГЛУБИННЫХ ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННЫХ ИНТЕРВЬЮ с участниками рынка превентивной медицины и ЗОЖ. Дополнительные данные получены из внешних валидированных источников: отчётов Global Wellness Institute, оценок рыночных исследовательских агентств, нормативно-правовых актов Российской Федерации, материалов ВОЗ, научных публикаций, систематических обзоров, государственной статистики, реестров, отчетности компаний и отраслевых исследований.

ИНТЕРВЬЮ БЫЛИ ПРОВЕДЕНЫ С: врачами и представителями медицинских организаций, разработчиками цифровых медицинских решений и ИИ-продуктов, лабораториями и поставщиками DTC-тестов и сервисов потребительской геномики, разработчиками носимых устройств, производителями нутрицевтиков, интеграторами решений для корпоративного здоровья, инвестиционными аналитиками, представителями государственных институтов, экспертных центров, профессиональных объединений и социальных проектов.

Такой состав позволяет рассмотреть маршрут управления выявленными рисками в рамках модельный решений с разных сторон — от формирования риска и его выявления до интерпретации данных, выбора и оплаты решения, внедрения в клинический процесс и оценки дальнейшего результата. Кроме того, **подход позволяет учесть принципиально разные перспективы – от прагматики предпринимателя  до скепсиса учёного-клинициста – и выявить зоны как консенсуса, так и фундаментального расхождения.**

ПРИ ЭТОМ ВЫБОРКА ОТРАЖАЕТ ЭКСПЕРТНЫЕ ПОЗИЦИИ ОТДЕЛЬНЫХ СТЕЙКХОЛДЕРОВ РЫНКА, ВКЛЮЧЕННЫХ АВТОРАМИ В АНАЛИЗ, НО НЕ ПРЕТЕНДУЕТ НА СТАТИСТИЧЕСКУЮ РЕПРЕЗЕНТАТИВНОСТЬ ДЛЯ ВСЕЙ ОТРАСЛИ.

ДАННЫЕ КОМПАНИЙ используются для описания отдельных кейсов, масштаба внедрения, пользовательского поведения или бизнес-моделей. Они не заменяют независимые клинические исследования и не позволяют сами по себе делать выводы о причинном влиянии продукта на заболеваемость, смертность, расходы системы здравоохранения или долгосрочные исходы.

РЫНОЧНЫЕ ОЦЕНКИ в отчете относятся к разным категориям и могут различаться по составу, периоду, каналам продаж и методике расчета. Выручку компаний, розничные продажи товаров, государственные расходы, объем закупок и потенциальный объем рынка нельзя складывать в единую оценку рынка превентивной медицины. Эти показатели сопоставимы только внутри сопоставимых категорий и при одинаковом понимании периметра.

НАУЧНЫЕ ДАННЫЕ также имеют границы применимости. Результаты исследования зависят от дизайна, размера и состава выборки, длительности наблюдения и выбранного исхода. Наблюдательные данные не доказывают причинность, а результаты исследования отдельной технологии или группы пациентов нельзя автоматически переносить на весь сегмент.

КАРТА ЗРЕЛОСТИ РЕШЕНИЙ, представленная в конце отчета, является авторской качественной моделью, построенной на анализе данных из открытых источников и экспертных интервью. Она не является клинической шкалой, формальным экспертным голосованием, рейтингом компаний, оценкой качества медицинской помощи или инвестиционной рекомендацией. Ее задача — показать, на каких участках маршрута управления выявленным риском чаще возникает разрыв: на этапе валидации находки, оплаты, интеграции, интерпретации, комплаенса пользователя, измерении результата или безопасности использования.

ОТЧЕТ НЕ ОЦЕНИВАЕТ, КАКОЙ ИНСТРУМЕНТ ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ ЛУЧШИМ С МЕДИЦИНСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ. НАША ЗАДАЧА — ОПИСАТЬ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ ЛАНДШАФТ РОССИЙСКОЙ ОТРАСЛИ, ВЫЯВИТЬ ОСНОВНЫЕ ТРЕНДЫ, А ТАКЖЕ РАЗОБРАТЬСЯ: КАК РЕШЕНИЕ ДОХОДИТ ДО ЧЕЛОВЕКА, КТО ОТВЕЧАЕТ ЗА СЛЕДУЮЩИЙ ШАГ, И КОНВЕРТИРУЮТСЯ ЛИ ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ В ПОСЛЕДУЮЩЕЕ ОБОСНОВАННОЕ ДЕЙСТВИЕ И ИЗМЕРИМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ.

## 1.2. ВЫБОР И ГРАНИЦЫ ФОКУСА

Фокус на цифровых продуктах задан тремя обстоятельствами.

ВО-ПЕРВЫХ, СТЫК КОМПЕТЕНЦИЙ АВТОРОВ: IT-компания PURRWEB разрабатывает цифровые решения для медтех-рынка, ИЦ «ХЕЛСНЕТ» НТИ занимается развитием рынка технологий здоровьесбережения и является инфраструктурным хабом для поддержки и продвижения medtech и biotech-проектов на российском и международном рынках, что позволило обеспечить экспертный контекст для оценки рассматриваемых в обзоре технологий и решений.

**Во-вторых,** цифровой слой позволяет связать данные о человеке, их медицинскую интерпретацию, последующее действие и контроль результата.

**В-третьих**, глобально здравоохранение постепенно смещается от оплаты отдельного визита (fee-for-service) к моделям, в которых большее значение имеют состояние человека на дистанции, удержание здоровья и измеримый результат (value-based healthcare). В России оплата за результат пока не стала правилом, но запрос на инструменты, которые помогают наблюдать состояние человека между визитами, уже формируется у клиник, страховщиков и работодателей.

Цифровой контур становится условием, при котором результат работы решений для профилактики можно продемонстрировать плательщику. В поле зрения отчета попадают продукты, у которых есть такой контур: сервисы дистанционного мониторинга, платформы для клиник и корпоративных программ, приложения для здоровья, носимые устройства, цифровая часть лабораторной и генетической диагностики. **За рамками остаются клиническая эффективность отдельных методов профилактики, фармакотерапия, вакцинация и организация медицинской помощи в целом.**

# 1.3. ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ

Превентивная медицина — совокупность медицинских и связанных с ними организационных, цифровых и поведенческих подходов, направленных на снижение факторов риска, предупреждение заболеваний, их раннее выявление, замедление прогрессирования и снижение вероятности осложнений. В настоящем исследовании термин используется как зонтичное обозначение решений, работающих на разных этапах профилактического маршрута. Он не означает, что все рассматриваемые продукты имеют одинаковый медицинский статус или сопоставимую доказательность.

Фактор риска — характеристика, поведение, состояние или воздействие, связанное с повышенной вероятностью возникновения или ухудшения заболевания.

Раннее выявление — обнаружение заболевания, его признаков или значимого риска на этапе, когда своевременное обследование, наблюдение или вмешательство могут изменить дальнейший прогноз.

Скрининг — обследование людей без выраженных симптомов для выявления заболевания или предшествующего состояния в целевой группе, для которой доказана целесообразность такого обследования.

Персонализированная медицина — подход, при котором профилактическое или медицинское решение выбирается с учётом индивидуальных характеристик человека, его анамнеза, факторов риска, результатов исследований и клинического контекста.

Доказательная медицина — подход, основанный на использовании лучших из доступных на данный момент научных доказательств при принятии решений о помощи конкретному пациенту. Подразумевает интеграцию индивидуального клинического опыта с лучшими доступными внешними клиническими доказательствами, полученными путём систематических исследований.

Профилактика — система мер, направленных на предупреждение заболеваний, их раннее выявление и уменьшение последствий уже существующих состояний. Отчет ориентируется на трехуровневую рамку профилактики, используемую в документах ВОЗ.[2]

Первичная профилактика — меры, направленные на предотвращение возникновения заболевания до установления диагноза. Она связана со снижением факторов риска и поддержкой здорового поведения, включая физическую активность, питание, сон, отказ от курения, управление стрессом и улучшение условий труда.

Вторичная профилактика — раннее выявление заболевания или значимого риска и своевременное действие, способное улучшить дальнейший исход.

Третичная профилактика — меры, применяемые при установленном заболевании или стойком нарушении здоровья для предупреждения осложнений, замедления ухудшения состояния, сохранения качества жизни, трудоспособности и самостоятельности человека.

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) — совокупность поведенческих практик, связанных с питанием, физической активностью, сном, употреблением психоактивных веществ, управлением стрессом и другими аспектами повседневной жизни, влияющими на здоровье. ЗОЖ является объектом профилактического воздействия, но сам по себе не равен медицинской услуге.

Велнес — совокупность потребительских товаров, сервисов и практик, направленных на самочувствие, комфорт, физическую форму или субъективное качество жизни. Велнес-продукт может пересекаться с профилактикой, но не становится медицинским решением автоматически. Его медицинский статус определяется назначением, сценарием применения и регуляторными требованиями.

Биохакинг — набор практик и продуктов, направленных на самостоятельное управление показателями здоровья, работоспособностью или процессами старения.

БАД — биологически активная добавка к пище, относящаяся к пищевой, а не лекарственной продукции. Государственная регистрация и допуск к обороту не означают доказанную эффективность при конкретном заболевании.

Нутрицевтики — широкое рыночное обозначение продуктов на основе пищевых компонентов, витаминов, минералов и других веществ, которые употребляются с целью поддержания здоровья или коррекции питания.

Омиксные исследования — методы анализа совокупностей биологических данных, включая геном, транскриптом, протеом, метаболом и микробиом.

Медицинское изделие — продукт, зарегистрированный для заявленного медицинского назначения в установленном порядке. Регистрационное удостоверение подтверждает соответствие требованиям, относящимся к заявленному назначению и характеристикам изделия.

Программное медицинское изделие — программный продукт, отнесённый к медицинским изделиям и зарегистрированный для конкретного медицинского назначения.

Система поддержки принятия врачебных решений (СППВР) — цифровая система, которая предоставляет медицинскому работнику структурированную информацию, предупреждение, рекомендацию или оценку для поддержки клинического решения.

Электронная медицинская карта (ЭМК) — структурированный или неструктурированный набор сведений о состоянии здоровья человека, обращениях за медицинской помощью, диагнозах, исследованиях, назначениях и результатах наблюдения, хранящийся в цифровой медицинской системе.

Дистанционный мониторинг — регулярный сбор, передача и анализ данных о состоянии пациента между очными контактами с медицинским работником с целью наблюдения, выявления отклонений и принятия дальнейших решений.

Чекап — комплекс диагностических и, в зависимости от формата, консультационных услуг, направленный на оценку состояния здоровья и факторов риска.

Носимое устройство — электронное устройство, которое человек носит на теле и которое может собирать данные об активности, сне, пульсе, движении или других показателях.

Цифровой профилактический маршрут — последовательность действий, в которой данные о человеке или выявленный риск приводят к интерпретации, решению, выполнению рекомендации и повторной оценке результата.

Плательщик — физическое или юридическое лицо, государственная или страховая организация, которая оплачивает продукт, услугу, программу или отдельный этап профилактического маршрута. Плательщик может не совпадать с пользователем и лицом, принимающим решение о покупке.

Медицинский результат — изменение состояния здоровья, риска, функции, качества жизни или другого клинически значимого исхода, связанное с применением профилактического решения.

# САММАРИ

02

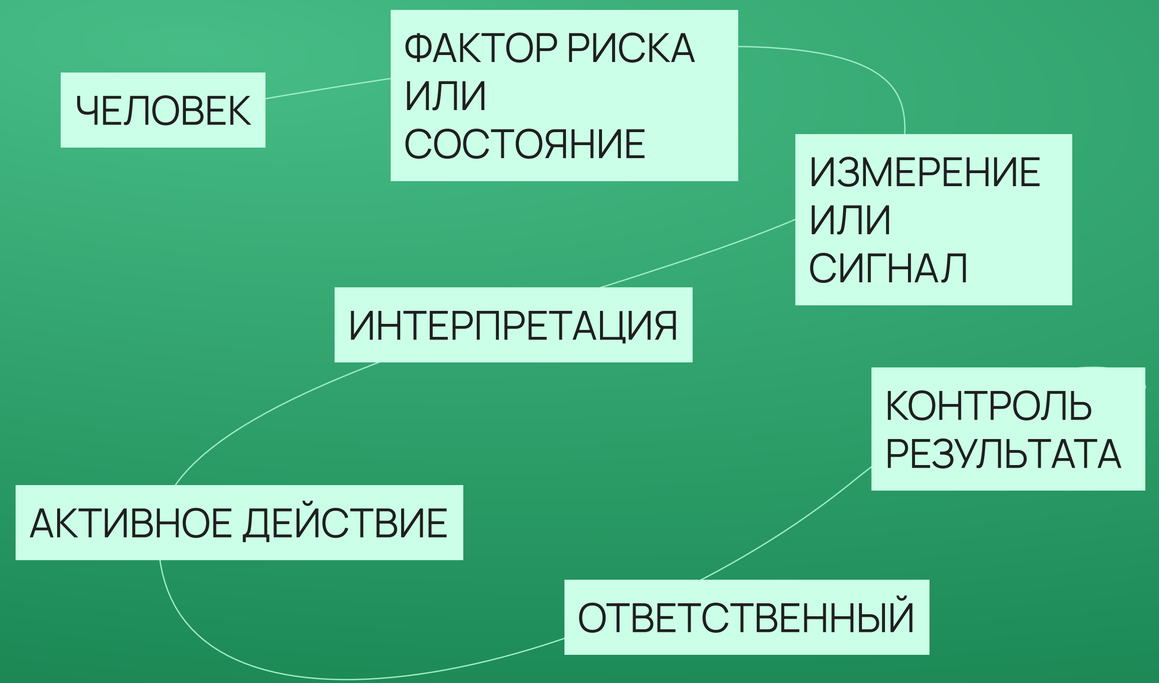
Российская отрасль превентивной медицины и ЗОЖ развивается не как единый рынок, а как совокупность разных моделей профилактики, диагностики, сопровождения и потребительских сервисов. В отчете рассматриваются решения первичной, вторичной и отдельных направлений третичной профилактики: от управления факторами риска и раннего выявления до дистанционного мониторинга пациентов с ХНИЗ и предупреждения осложнений.

Эти направления различаются по медицинскому статусу, доказательной базе, регуляторным требованиям, источнику оплаты и ожидаемому результату. Поэтому продажи БАД, выручку лабораторий, рынок носимых устройств, расходы нацпроектов и объем цифровых медицинских сервисов нельзя складывать в единую оценку рынка превентивной медицины.

ГЛАВНЫЙ РАЗРЫВ В ХОДЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МАРШРУТА ПРОИСХОДИТ МЕЖДУ ПОЛУЧЕННЫМИ ДАННЫМИ/ ВЫЯВЛЕННЫМ РИСКОМ И КОНВЕРСИЕЙ В ЭФФЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ – МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЛИ МОДИФИКАЦИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ САМИМ ЧЕЛОВЕКОМ.

Решение становится устойчивым, когда человек или медицинская организация понимают, что означает результат, кто отвечает за следующий шаг, каким образом он оплачивается и как проверяется эффект.

ЕДИНАЯ ЛОГИКА ЗРЕЛОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МАРШРУТА ВЫГЛЯДИТ ТАК:



# 2.1. РЕЗЮМЕ

Рынок неоднороден, а единого плательщика нет. ОМС, регионы, работодатели, страховщики, медицинские организации и граждане оплачивают разные этапы профилактического маршрута и ожидают разные результаты.

Первичная, вторичная и третичная профилактика требуют разных моделей. Первичная работает с факторами риска и поведением; вторичная — с ранним выявлением и маршрутизацией; третичная — с контролем уже установленного заболевания и предупреждением осложнений.

Более устойчивыми выглядят решения, встроенные в медицинский или организационный процесс.
В рассмотренных кейсах наличие ответственного исполнителя, понятного следующего действия и источника оплаты повышает вероятность регулярного использования.

Дистанционный мониторинг пациентов с установленным диагнозом является одной из наиболее зрелых моделей.
Для него определены целевая группа, измеряемые показатели, медицинская организация и механизм оплаты. При этом уровень внедрения, клинические результаты и экономика могут различаться между регионами.

Прогнозная аналитика на базе ЭМК выявляет риски, но их реализацию нельзя предотвратить без модификации образа жизни самим человеком и работы врача на этапе «последней мили». Регистрация или внедрение предиктивных моделей сами по себе не дают эффекта по снижению уровня распространения ХНИЗ и их фатальных исходов при условии низкого уровня комплаентности человека.

Представление «чем шире чекап, тем лучше» – миф: все может быть наоборот. Профилактическая ценность чекапа зависит от показаний, интерпретации, медицинского решения и контроля результата. Расширенная диагностика без клинического вопроса может увеличивать число случайных находок и последующих ненужных вмешательств, вплоть до ятрогении.

Потребительский спрос не равен клинической пользе. Рост продаж, повторная покупка и вовлечённость показывают коммерческую устойчивость, но сами по себе не доказывают улучшение здоровья, снижение риска или предотвращение осложнений.

Работодатель готов платить, но не может оценить результат внедрений. В интервью участники рынка связывают готовность компаний платить с влиянием на трудоспособность, больничные, травматизм, удержание сотрудников и производственные риски. При этом публичных российских данных о долгосрочном ROI большинства программ немного.

Главный барьер — отсутствие ответственного за проактивную работу с найденным риском. Даже точный показатель или алгоритм не создает клинической ценности, если никто не обязан интерпретировать сигнал, связаться с человеком, назначить следующий шаг и проверить его выполнение.

Коммерческая и клиническая зрелость не совпадают. Сегмент может отличаться большим спросом на продукты и устойчивой выручкой, но при этом оставаться ограниченным в плане доказательности, безопасности или медицинской ответственности.

# 2.2. ТРЕНДЫ РОССИЙСКОГО РЫНКА ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Обобщение позиций всех опрошенных экспертов позволяет выделить шесть устойчивых трендов, определяющих траекторию развития российского рынка превентивной медицины, — от гиперперсонализации до постепенного перехода от моды на биохакинг к зрелой, доказательной индустрии.

## ТРЕНД 1. ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ И ГИПЕРПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ

Персонализация — наиболее часто упоминаемый экспертами тренд, но за общим словом скрываются принципиально разные уровни его реализации.

> ИДЁТ СТРЕМИТЕЛЬНЫЙ ОТКАЗ ОТ УСРЕДНЁННОГО ПОДХОДА. СКОРЕЕ ВСЕГО ОН ВРЯД ЛИ ДОЖИВЕТ ДАЖЕ ДО 2030-ГО ГОДА, ЭТО ОЧЕНЬ БЫСТРЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ. ЕЩЕ ЛЕТ 5 НАЗАД ПОНЯТИЕ ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ВОСПРИНИМАЛОСЬ С НЕКИМ УДИВЛЕНИЕМ, А СЕЙЧАС ЭТО РАСТУЩИЙ ТРЕНД. Я ДУМАЮ, ПЕРЕЛОМНЫЙ МОМЕНТ ПРОИЗОЙДЕТ К 2030-МУ ГОДУ, КОГДА БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ СПЕЦИАЛИСТОВ И ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ БУДУТ ОПИРАТЬСЯ НА НОВЫЙ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД.

**СЕРГЕЙ ЧУДАКОВ**

Генеральный директор Союза «Здоровье Здоровых»

У ЦИФРОВОЙ ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ ЕСТЬ ХОРОШАЯ ПЕРСПЕКТИВА. МНОГИЕ РАЗРАБОТЧИКИ ЗАРУБЕЖНЫХ ПЛАТФОРМ СЕЙЧАС ВКЛАДЫВАЮТСЯ В ЭТУ ИСТОРИЮ. НАПРИМЕР, НА ОСНОВЕ ГЕНЕТИКИ МЫ МОЖЕМ ВЫЯВЛЯТЬ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ГИПЕРТЕНЗИИ, А НОСИМОЕ УСТРОЙСТВО – ОБЕСПЕЧИВАТЬ СУТОЧНЫЙ МОНИТОРИНГ ДАВЛЕНИЯ И ПРИ КАКИХ-ЛИБО ОТКЛОНЕНИЯХ ДАВАТЬ КОНКРЕТНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ В ОТНОШЕНИИ ДЕЙСТВИЙ «ЗДЕСЬ И СЕЙЧАС» – НАПРИМЕР, ВЫПИТЬ МИНЕРАЛКИ ИЛИ, НАОБОРОТ, УБРАТЬ СОЛЬ

**ВАЛЕРИЙ ПОЛУНОВСКИЙ**

руководитель отдела разработки
НЦГИ MyGenetics

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА НЕ ДОЛЖНА СВОДИТЬСЯ ТОЛЬКО К ГЕНОМУ. НЕОБХОДИМА МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ, КОТОРАЯ ОБЪЕДИНЯЕТ: МЕДИЦИНСКУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ И ДИАГНОЗЫ, ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, МЕДИЦИНСКИЕ ИЗОБРАЖЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ, ДАННЫЕ НОСИМЫХ УСТРОЙСТВ, ПИТАНИЕ, СОН И ФИЗИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ, ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ И ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ДИНАМИКУ СОСТОЯНИЯ ВО ВРЕМЕНИ. ОТДЕЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РЕДКО ДОСТАТОЧЕН ДЛЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ. КЛИНИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ СОПОСТАВЛЕНИИ СИГНАЛОВ, ВЫЯВЛЕНИИ ПРОТИВОРЕЧИЙ И ФОРМИРОВАНИИ ПРОВЕРЯЕМОЙ ГИПОТЕЗЫ

**НАТАЛИЯ САБАНИНА**

Эксперт Союза организаций, проводящих медосмотры, «Развитие персонифицированной медицины»

# ТРЕНД 2. ЦИФРОВИЗАЦИЯ И ИИ-АССИСТЕНТЫ

Второй магистральный тренд — насыщение отрасли искусственным интеллектом, причём не столько в диагностической, сколько в коммуникационной и мотивационной функции.

> ТЕХНОЛОГИИ ИИ ОБЛАДАЮТ ПОТРЯСАЮЩЕЙ ВОЗМОЖНОСТЬЮ ОБЪЯСНЯТЬ, ВОВЛЕКАТЬ, СОЗДАВАТЬ ЭМПАТИЮ. А ЭМПАТИЯ – ЭТО ГЛАВНОЕ УСЛОВИЕ РЕГУЛЯРНОСТИ: Я ДЕЛАЮ РЕГУЛЯРНО ТОЛЬКО ТО, ЧТО МНЕ НРАВИТСЯ. ЭТО И ЕСТЬ УЗКОЕ МЕСТО ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ, В ТОМ ЧИСЛЕ В ОТНОШЕНИИ ЦИФРОВЫХ АССИСТЕНТОВ. СЛОВО «НАДО» – ЭТО ВСЕГДА ВРЕМЕННЫЙ ФОКУС ВНИМАНИЯ. ВНЕДРЕНИЕ В «УМНЫЕ» ДОМА И ВООБЩЕ В ЖИЛУЮ ИНФРАСТРУКТУРУ КАКИХ-ТО ЛИЧНЫХ ПОМОЩНИКОВ, НАПРИМЕР, ЧЕРЕЗ ГОЛОСОВЫЕ КОЛОНКИ СО ВРЕМЕНЕМ СОЗДАСТ СИТУАЦИЮ «ХОЧУ», ПОТОМ ЭТО ДОЛЖНО ПРИВЕСТИ К СИТУАЦИИ «БЕЗ ЭТОГО НЕ МОГУ» – И ТОЛЬКО ТОГДА МЫ УВИДИМ КВАНТОВЫЙ СКАЧОК РЫНКА.

**АЛЕКСАНДР ГУСЕВ**

директор по развитию бизнеса Webiomed

Я ДУМАЮ, ЧТО БУДУЩЕЕ – НЕ СТОЛЬКО ЗА НОВЫМИ СЕНСОРАМИ, КОТОРЫЕ СМОГУТ ОБНАРУЖИВАТЬ ВСЕ НОВЫЕ И НОВЫЕ БИОМАРКЕРЫ В НИЧТОЖНЫХ КОНЦЕНТРАЦИЯХ, СКОЛЬКО ЗА СОВЕРШЕНСТВУЮЩИМИСЯ АЛГОРИТМАМИ, КОТОРЫЕ БУДУТ УСЛОЖНЯТЬСЯ, ОБУЧАЯСЬ НА ГИГАНТСКИХ МАССИВАХ ДАННЫХ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ, И НАХОДИТЬ НОВЫЕ МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЕ КОРРЕЛЯЦИИ. ТО ЕСТЬ МАССОВЫЙ ПАССИВНЫЙ СКРИНИНГ СТАНЕТ УСПЕШЕН НЕ ЗА СЧЕТ ПОИСКА САМОЙ МОЛЕКУЛЫ С ПОМОЩЬЮ КАКОГО-ТО СУПЕР-ПАТЧА, А ЗА СЧЕТ ТОГО, ЧТО АЛГОРИТМЫ ПОЛНОСТЬЮ НЕИНВАЗИВНО СМОГУТ ОБНАРУЖИВАТЬ СКРЫТЫЕ ПАТТЕРНЫ, О КОТОРЫХ МЫ ПОКА ДАЖЕ НЕ ПОДОЗРЕВАЕМ И ФИЗИОЛОГИЮ КОТОРЫХ, ВОЗМОЖНО, НЕ СРАЗУ СМОЖЕМ ПОНЯТЬ.

**СОФИЯ ГОЛЬДБЕРГ**

организатор клуба «Цифровая медицина» ИЦ «Хелснет» НТИ

СЕЙЧАС В ПОДАВЛЯЮЩЕМ БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ДАННЫЕ С ПОЛЬЗОВАТЕЛЬСКИХ УСТРОЙСТВ ТАК И ОСТАЮТСЯ В ТЕЛЕФОНЕ ВЛАДЕЛЬЦА И НИГДЕ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ, ХОТЯ В МЕДИЦИНЕ ОНИ НУЖНЫ И УЖЕ ЧАСТИЧНО НАЧИНАЮТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ДЛЯ ИИ-АНАЛИЗА В СВЯЗКЕ С ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТОЙ. ЗА ЭТИМ ДВИЖЕНИЕМ В СТОРОНУ РАЗЛИЧНЫХ ИНТЕГРАЦИЙ МЫ БУДЕМ НАБЛЮДАТЬ В БЛИЖАЙШИЕ 1-3 ГОДА, КОГДА ДАННЫЕ ОТ ПАЦИЕНТОВ ИЛИ ПРОСТО ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ, КОТОРЫЕ ИЗМЕРЯЮТ СВОИ ПОКАЗАТЕЛИ, БУДУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ В МЕДИЦИНСКИХ ЦЕЛЯХ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

**ФИЛИПП КОПЫЛОВ**

директор Института персонализированной кардиологии Сеченовского университета

# ТРЕНД 3. МОЛОДЕЮЩАЯ АУДИТОРИЯ

Третий заметный тренд — систематическое омоложение целевой аудитории превентивной медицины, отход от исторического образа клиента как состоятельного человека среднего и старшего возраста.

> 5-7 ЛЕТ НАЗАД ЗАПРОС НА ПРЕВЕНЦИЮ ПРИХОДИЛ В ОСНОВНОМ ОТ ТОП-МЕНЕДЖЕРОВ 40–45+ И ВЛАДЕЛЬЦЕВ БИЗНЕСА 50–65+ ЛЕТ, А ТАКЖЕ ИХ ВТОРЫХ ПОЛОВИН. СЕГОДНЯ ЭТО ЗУМЕРЫ И МИЛЛЕНИАЛЫ, МИДЛ-МЕНЕДЖМЕНТ, ПРОФИ В СВОЕЙ ОБЛАСТИ — ВСЕ, КТО ХОЧЕТ ОСТАВАТЬСЯ ЗДОРОВЫМ И ЭФФЕКТИВНЫМ. ОДНОВРЕМЕННО МЫ НАБЛЮДАЕМ СВОЕГО РОДА «ЭПИДЕМИЮ СЛАБОСТИ» — ДЕФИЦИТ ЭНЕРГИИ НА ФОНЕ КОЛОССАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ: УСКОРЯЮЩИЙСЯ РИТМ ЖИЗНИ, ПОСТОЯННОЕ ОБНОВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ, ВНЕДРЕНИЕ ИИ, РОСТ ТРЕБОВАНИЙ К КОМПЕТЕНЦИЯМ. МЫ ФИЗИЧЕСКИ НЕ УСПЕВАЕМ АДАПТИРОВАТЬСЯ. СООТВЕТСТВЕННО, ИЗМЕНИЛИСЬ И ЗАПРОСЫ: СЕГОДНЯ ЧАЩЕ ПРИХОДЯТ С ЖЕЛАНИЕМ ИЗБАВИТЬСЯ ОТ МОЗГОВОГО ТУМАНА, ПОДНЯТЬ УРОВЕНЬ ЭНЕРГИИ, СНЯТЬ ТРЕВОЖНОСТЬ, СПРАВИТЬСЯ С ВЫГОРАНИЕМ — ДВА-ТРИ ГОДА НАЗАД ТАКИЕ ФОРМУЛИРОВКИ ЗВУЧАЛИ ЗНАЧИТЕЛЬНО РЕЖЕ

**ДМИТРИЙ ТЫРТОВ**

медицинский директор Центра превентивной медицины GMS Clinic

# ТРЕНД 4.
# ОТ МОДЫ К ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ

Четвёртый значимый тренд — постепенное смещение критериев выбора превентивных программ от модных запросов к измеримому результату.

> ХАЙП НА ТО, ЧТО Я БЫ НАЗВАЛА БИОХАКИНГОМ, СПРОС НА ИССЛЕДОВАНИЯ «ВСЕГО ЛЮБОЙ ЦЕНОЙ» ДЕЙСТВИТЕЛЬНО УХОДИТ, ПРИ ЭТОМ НАПРАВЛЕНИЕ LONGEVITY НАБИРАЕТ ОБОРОТЫ. ВООБЩЕ РАСТЕТ ИНТЕРЕС К ЗОЖ, ПРЕВЕНТИВНОЙ, ПРОАКТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ. ЧЕКАПЕРЫ – ОДИН ИЗ СЕГМЕНТОВ НАШЕЙ АУДИТОРИИ, НО НА ДАННЫЙ МОМЕНТ ОН СОСТАВЛЯЕТ ПОРЯДКА 10%. ПРИ ЭТОМ МЫ ВЫДЕЛЯЕМ ОТДЕЛЬНУЮ ГРУППУ КЛИЕНТОВ – ЭТО ЛЮДИ, КОТОРЫЕ ЗАНИМАЮТСЯ СПОРТОМ, УЧАСТВУЮТ В ЗАБЕГАХ, КАК-ТО ИСПЫТЫВАЮТ СЕБЯ, ОНИ НЕ ОТНОСЯТСЯ ДЛЯ НАС К ЧЕКАПЕРАМ. ЭТО ЛЮДИ, КОТОРЫЕ ПРИШЛИ К КОНКРЕТНЫМ ЗАПРОСАМ НА КАЧЕСТВЕННОЕ УЛУЧШЕНИЕ СВОИХ БИОЛОГИЧЕСКИХ И ФИЗИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ. ЭТА КАТЕГОРИЯ ДАЖЕ ЧУТЬ БОЛЬШЕ, ЧЕМ СЕГМЕНТ ЧЕКАПЕРОВ, И ОНА АКТИВНО РАСТЕТ

**МАРИЯ КОЗЛОВА**

директор департамента по продукту «ИНВИТРО»

«ЕЩЕ 2-3 ГОДА НАЗАД МНОГИЕ РАБОТОДАТЕЛИ ВЫБИРАЛИ ПРОГРАММЫ ЗДОРОВЬЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПОТОМУ, ЧТО ЭТО БЫЛО МОДНО, ХОРОШО ВОСПРИНИМАЛОСЬ СОТРУДНИКАМИ ИЛИ ПОЗВОЛЯЛО ИСПОЛЬЗОВАТЬ НАЛОГОВЫЕ ЛЬГОТЫ. ПРИ ЭТОМ РЕАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТДЕЛЬНЫХ АКТИВНОСТЕЙ ЧАСТО ОСТАВАЛАСЬ ВТОРИЧНОЙ: ВАЖНО БЫЛО ПОКАЗАТЬ, ЧТО КОМПАНИЯ ЗАНИМАЕТСЯ ЗДОРОВЬЕМ ПЕРСОНАЛА. СЕЙЧАС СИТУАЦИЯ ИЗМЕНИЛАСЬ. РАБОТОДАТЕЛИ ОПТИМИЗИРУЮТ ЗАТРАТЫ И ГОРАЗДО ПРАГМАТИЧНЕЕ ОЦЕНИВАЮТ КАЖДУЮ КОРПОРАТИВНУЮ ПРОГРАММУ. САМОГО ФАКТА НАЛИЧИЯ ПРИЛОЖЕНИЯ, МАРАФОНА ЗДОРОВЬЯ, ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ИЛИ КОНСУЛЬТАЦИЙ УЖЕ НЕДОСТАТОЧНО. ЗАКАЗЧИК ХОЧЕТ ВИДЕТЬ, ЧТО ИНСТРУМЕНТ ДЕЙСТВИТЕЛЬНО РАБОТАЕТ: ВЫЯВЛЯЕТ КОНКРЕТНЫЕ РИСКИ, ПОМОГАЕТ ДОВЕСТИ СОТРУДНИКА ДО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ИЛИ ЛЕЧЕНИЯ И ДАЕТ ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ. ПОЭТОМУ СПРОС СМЕЩАЕТСЯ ОТ НАБОРА МОДНЫХ АКТИВНОСТЕЙ К УПРАВЛЯЕМОЙ СИСТЕМЕ С ПОНЯТНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ: СКОЛЬКО СОТРУДНИКОВ ОХВАЧЕНО, КАКИЕ РИСКИ ВЫЯВЛЕНЫ, КАКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ВЫПОЛНЕНЫ, КАК ИЗМЕНИЛАСЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ И ДРУГИЕ ЗНАЧИМЫЕ ДЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ ПОКАЗАТЕЛИ. ФАКТИЧЕСКИ СЕГОДНЯ КОРПОРАТИВНАЯ ПРОГРАММА ЗДОРОВЬЯ ДОЛЖНА ДОКАЗАТЬ ДВЕ ВЕЩИ: РЕАЛЬНУЮ ПОЛЬЗУ ДЛЯ СОТРУДНИКА И ОБОСНОВАННОСТЬ ЗАТРАТ ДЛЯ БИЗНЕСА. ИМЕННО ТАКОЙ ЗАПРОС МЫ СЕЙЧАС ВИДИМ СО СТОРОНЫ КЛИЕНТОВ. ПРОДУКТ, КЕЙС И ЭКОНОМИКА ВНЕДРЕНИЯ»

**ИННА АШЕНБРЕННЕР**

директор по развитию продуктов кластера «Ростелеком Здоровье»,
ООО «РТК-Платформа Здоровья» (ГК «Ростелеком»)

# ТРЕНД 5. ЭКОСИСТЕМНЫЙ ПОДХОД

Пятый тренд — переход от разрозненных, точечных сервисов к комплексным экосистемам, объединяющим разные типы данных и услуг в единую модель сопровождения человека.

> РЕЧЬ О СОЗДАНИИ ТАКОГО ЦИФРОВОГО КОНТУРА, КОТОРЫЙ БЫ ОБЪЕДИНИЛ КЛАССИЧЕСКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ АНАЛИЗЫ, РЕКОМЕНДАЦИИ ВРАЧА, ВЕСЬ АНАМНЕЗ, РЕЗУЛЬТАТЫ НОВЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР, ДАННЫЕ С НОСИМЫХ УСТРОЙСТВ И ПРОЧ. В РАМКАХ ПОДОБНОГО КОНТУРА МОГЛО БЫ УЧИТЫВАТЬСЯ КРОСС-ФАКТОРНОЕ ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ДАННЫХ, ЧТО ПОЗВОЛИЛО БЫ НА БАЗЕ ОДНОГО БОЛЬШОГО ДАТАСЕТА ВЫСТРАИВАТЬ ПРЕДИКТИВНУЮ АНАЛИТИКУ. Я ДУМАЮ, ЧТО ЭТО ДОСТАТОЧНО ПЕРСПЕКТИВНЫЙ РЫНОК. НЕ ОТДЕЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ ПОД РАЗНЫЕ ЦЕЛИ, А ИМЕННО ЭКОСИСТЕМНЫЙ ПОДХОД СПОСОБЕН ОБЕСПЕЧИТЬ ВСЕЙ ПРЕДИКТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ ВЫХОД НА КАЧЕСТВЕННО НОВЫЙ УРОВЕНЬ

**ТАМАРА МИШАГИНА**

руководитель инвестиционного направления компании «Моторика»

ЕСЛИ ПОСМОТРЕТЬ ЭВОЛЮЦИЮ ТАКИХ ПРОДУКТОВ, ТО НАЧИНАЛИСЬ ОНИ ПРОСТО С АНКЕТКИ, КОТОРЫЕ ЗАПОЛНЯЛ ЧЕЛОВЕК. КАК ОН ОТВЕТИЛ, ТАК МОДЕЛЬ ПОСЧИТАЛА И СПРОГНОЗИРОВАЛА РИСКИ – ЭТО БЫЛА ОТДЕЛЬНАЯ ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА. ЧЕРЕЗ КАКОЕ-ТО ВРЕМЯ К ЭТИМ ДАННЫМ СТАЛИ ДОБАВЛЯТЬСЯ ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ РЕЗУЛЬТАТОВ АНАЛИЗОВ – ЭТО УЖЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ИЛИ ОПРОВЕРЖЕНИЕ ГИПОТЕЗ, КОТОРЫЕ БЫЛИ СФОРМИРОВАНЫ НА БАЗЕ АНКЕТЫ. СЛЕДУЮЩИЙ ЭТАП — ПОДКЛЮЧЕНИЕ НОСИМЫХ УСТРОЙСТВ. ОНИ МОГУТ БЫТЬ КАК ПОТРЕБИТЕЛЬСКИМИ, НАПРИМЕР, СМАРТ-ЧАСЫ И КОЛЬЦА, ТАК И МЕДИЦИНСКИМИ – ДЛЯ МОНИТОРИНГА ЭКГ, ДАВЛЕНИЯ И ПРОЧ. И С КАЖДЫМ КРУГОМ, С КАЖДЫМ ДОБАВЛЕНИЕМ УРОВНЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОСТИ МОДЕЛЬ СТАНОВИТСЯ ВСЕ БОЛЕЕ ТОЧНОЙ. ТУДА ЖЕ ДОБАВЛЯЮТСЯ ВОЗМОЖНОСТИ ФОТОГРАФИРОВАТЬ ЕДУ, ФОРМИРОВАТЬ СВОЙ ПЛАН ПИТАНИЯ, СПОРТИВНЫХ ТРЕНИРОВОК, ПРИЕМА ЛЕКАРСТВ ИЛИ ВИТАМИНОВ. В ПРИНЦИПЕ ТАКАЯ СИСТЕМА УЖЕ ФОРМИРУЕТСЯ, НО ВРЯД ЛИ ПОЯВИТСЯ КТО-ТО БОЛЬШОЙ, КТО ЕДИНОЛИЧНО ПОКРОЕТ СОБОЙ ВСЕ ВОЗМОЖНЫЕ КЕЙСЫ. СКОРЕЕ ВСЕГО У НАС БУДЕТ НАБОР ИЗ РАЗНЫХ ИНСТРУМЕНТОВ, КОТОРЫЕ В СОВОКУПНОСТИ БУДУТ ФОРМИРОВАТЬ АВАТАР ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА С ЦЕЛЬЮ УПРАВЛЕНИЯ ЭТИМ ЗДОРОВЬЕМ. УЖЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРОДУКТЫ, КОТОРЫЕ НЕ ЗАЯВЛЯЮТ, ЧТО БУДУТ ВАШИМ ГЛАВНЫМ ПОМОЩНИКОМ ПО ЗДОРОВЬЮ, А ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ ПРОСТО ОБОЛОЧКУ, ИНТЕРФЕЙС, К КОТОРОМУ ПОДКЛЮЧАЮТСЯ РАЗНЫЕ СЕРВИСЫ, И ДАЮТ ЧЕЛОВЕКУ ВОЗМОЖНОСТЬ В РЕЖИМЕ ОДНОГО ЭКРАНА ПОНЯТЬ, ЧТО ПРОИСХОДИТ С ЕГО ЗДОРОВЬЕМ. НАВЕРНОЕ, РЫНОК ДВИЖЕТСЯ ТУДА

**АЛЕКСЕЙ ОБРАЗЦОВ**

генеральный директор Lab4U

ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЙ HEALTHTECH ДВИЖЕТСЯ В СТОРОНУ КОЛЛАБОРАЦИЙ И РЕКОМЕНДАТЕЛЬНЫХ СЕРВИСОВ, КОТОРЫЕ АГРЕГИРУЮТ РАЗРОЗНЕННЫЕ ДАННЫЕ О ЗДОРОВЬЕ ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ. ТРЕКИНГ БАЗОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ САМ ПО СЕБЕ – ЭТО ВЧЕРАШНИЙ ДЕНЬ, СЕГОДНЯ ИНТЕРЕСНЫ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ И КОНКРЕТНЫЕ ИНСТРУКЦИИ: ПО КОРРЕКЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ, РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ, ЗОЖ-АКТИВНОСТЯМ. ДОБАВЛЕННУЮ СТОИМОСТЬ СОЗДАЮТ АЛГОРИТМЫ И ЭКОСИСТЕМНЫЙ ПОДХОД. ИМЕННО ЭТОТ ЗАПРОС БУСТИТ РЫНОК, ПРИВОДИТ К ИНТЕРЕСНЫМ ИНТЕГРАЦИЯМ. НАПРИМЕР, OURA И GOOGLE FITBIT ЗАШЛИ В ПРОЕКТЕ ПО РАННЕМУ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РЕЦИДИВОВ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ, А WHOOP ИНТЕГРИРОВАЛ ЛАБОРАТОРНУЮ СЛУЖБУ, ЧТОБЫ ВОВРЕМЯ ПРЕДЛАГАТЬ ПОЛЬЗОВАТЕЛЮ СДАТЬ АНАЛИЗ, ЕСЛИ АЛГОРИТМ ЗАПОДОЗРИЛ НЕЛАДНОЕ.

**АННА КОТЛОВА**

генеральный директор «Сэйв Технологии»

# ТРЕНД 6. ДЕМОКРАТИЗАЦИЯ И МАССОВИЗАЦИЯ

Шестой тренд прямо противоречит распространённому стереотипу о превентивной медицине как премиальной услуге для состоятельных людей. Из нишевого продукта превенция превращается в доступную индустрию.

> ОМИКСНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ВЫЯВЛЯТЬ НОВЫЕ БИОМАРКЕРЫ, СТРЕМИТЕЛЬНО РАЗВИВАЮТСЯ, КОЛИЧЕСТВО БИОМАРКЕРОВ САМИХ ПО СЕБЕ ТОЖЕ РАСТЕТ, НО ДИАГНОСТИКА ПРИ ЭТОМ УДЕШЕВЛЯЕТСЯ, СТАНОВИТСЯ БОЛЕЕ ДОСТУПНОЙ ЛЮДЯМ. В ЭТОМ ПЛАНЕ ПОЗИЦИЯ НАШЕГО ГОСУДАРСТВА НАПРАВЛЕНА НА ТО, ЧТОБЫ СДЕЛАТЬ ТЕМУ ЗДОРОВОГО ДОЛГОЛЕТИЯ ДЕМОКРАТИЧНОЙ, А НЕ ЭЛИТНОЙ. ЭЛИТНАЯ, БЕЗУСЛОВНО, ТОЖЕ БУДЕТ СУЩЕСТВОВАТЬ ПАРАЛЛЕЛЬНО, ФОКУСИРУЯСЬ НА БОЛЕЕ ДОРОГИХ БИОМАРКЕРАХ, НО ИМЕННО ДЕМОКРАТИЧНЫЙ СЕГМЕНТ СЕГОДНЯ РАЗВИВАЕТСЯ АКТИВНО, СОЗДАВАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ НАРАСТИТЬ ЧИСЛО ТЕХ МАРКЕРОВ, КОТОРЫЕ БУДУТ ВНЕДРЕНЫ В СИСТЕМУ ОМС. ЭТО ПРОИСХОДИТ ПРЯМО СЕЙЧАС – В ТОМ ЧИСЛЕ В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВОГО ДОЛГОЛЕТИЯ

**СЕРГЕЙ ЧУДАКОВ**

генеральный директор Союза «Здоровье Здоровых»

ЕСТЬ ТАКОЕ ПОВЕРЬЕ, ЧТО ПРЕВЕНТИВНАЯ МЕДИЦИНА – ЭТО ДОРОГО, ЭТО ТОЛЬКО ДЛЯ БОГАТЫХ. НА САМОМ ДЕЛЕ НАШ ОБРАЗ ЖИЗНИ, ПИТАНИЕ, СВОЕВРЕМЕННОЕ ОБРАЩЕНИЕ К ВРАЧУ – ЭТИ ВЕЩИ ДОСТУПНЫ ВСЕМ. ВОПРОС ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ПРО ПРИОРИТЕТЫ, ОСОЗНАННОСТЬ И ПОНИМАНИЕ ТОГО, ЧТО ЗДОРОВЬЕ – ЭТО БАЗА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, ДОЛГОЛЕТИЯ, ЧТО ЗДОРОВЬЕМ НУЖНО ЗАНИМАТЬСЯ ЕЖЕДНЕВНО, НО БЕЗ КАКИХ-ТО ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПОДХОДОВ, А ПРОСТО ЭЛЕМЕНТАРНО ВЫСЫПАТЬСЯ, ПРАВИЛЬНО ПИТАТЬСЯ И НЕ ЗАБЫВАТЬ ПРО ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ. ДОРОГО – ЛЕЧИТЬ ВОЗНИКШЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

**АРИНА ТЕРТЫШНАЯ**

руководитель проектов превентивной медицины
ГК «МЕДСИ»

# 2.2. КАРТА МОДЕЛЕЙ ОПЛАТЫ И РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РОЛЕЙ

Ни один рынок не может считаться зрелым, пока не решён базовый вопрос — кто на нём платит и за что именно.

Применительно к российскому рынку превентивной медицины этот вопрос обнажает парадокс, который в разных формулировках повторяют почти все опрошенные эксперты: сам пользователь – тот, кто больше всего выигрывает от сохранения здоровья, – меньше всего готов за это платить. Из этого противоречия вырастает вся архитектура монетизации отрасли — с постепенным перетеканием денег от частного потребителя к корпоративному и государственному плательщику. Таблица показывает основные источники оплаты. Она не означает, что каждый плательщик финансирует все продукты внутри сегмента.

| СЕГМЕНТ / МОДЕЛЬ | ПОЛЬЗОВАТЕЛЬ | КТО ПРИНИМАЕТ РЕШЕНИЕ | КТО ПЛАТИТ | ВОЗМОЖНЫЙ ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ | ЧТО ОБЫЧНО ОПЛАЧИВАЕТСЯ |
|---|---|---|---|---|---|
| Прогнозная аналитика на базе ЭМК и СППВР | Врач, медицинская организация, пациент косвенно | Регион или медицинская организация | Регион, медицинская организация | Региональная закупка, отдельный контракт; единый федеральный тариф не сформирован | ПО, интеграция, техническая поддержка |
| Дистанционный мониторинг ХНИЗ | Пациент с установленным диагнозом, медицинская команда | Медицинская организация и регион | ОМС, регион или комбинированная модель | Тариф ОМС за услугу; отдельное финансирование устройств и инфраструктуры | Наблюдение, анализ данных, заключение врача; оборудование может оплачиваться отдельно |
| Диспансеризация и профилактический осмотр | Гражданин или сотрудник | Гражданин, работодатель, медицинская организация | ОМС; иногда работодатель | Программа государственных гарантий, корпоративный контракт | Обследования, предусмотренные программой |
| Коммерческий чекап | Гражданин, иногда работодатель | Гражданин, врач или работодатель | Гражданин, работодатель, ДМС точечно | Прямая оплата, корпоративный договор, отдельные программы ДМС | Анализы, консультация, интерпретация, контроль |
| Корпоративная программа здоровья | Сотрудник | Работодатель, HR, служба охраны труда | Работодатель | Корпоративный бюджет, ДМС, закупка услуги | Платформа, консультации, велнес, профилактические мероприятия |
| Носимые устройства и приложения | Сам пользователь или сотрудник | Пользователь или работодатель | Пользователь, работодатель, иногда страховщик | Розничная продажа, подписка, корпоративная закупка | Устройство, подписка, цифровое сопровождение |
| Потребительская генетика | Гражданин, иногда врач | Гражданин или врач | Гражданин; отдельные показания могут покрываться иначе | Прямая оплата, точечные программы ДМС/ОМС | Тест, консультация, интерпретация, переинтерпретация |
| Нутрицевтики и функциональное питание | Гражданин или сотрудник | Гражданин, врач, консультант, работодатель | Гражданин, иногда работодатель | Розничная продажа, корпоративная программа | Товар, доставка, подбор, сопровождение |

ВЫВОД: В рассмотренных моделях не выявлен единый универсальный источник оплаты, который покрывал бы весь профилактический маршрут человека: от оценки факторов риска и интерпретации данных до сопровождения, повторной оценки и измерения результата. Поэтому поставщики либо разделяют маршрут между несколькими плательщиками, либо ограничивают предложение отдельной услугой, товаром или этапом сопровождения.

В таблице необходимо различать пользователя, заказчика, плательщика и источник финансирования. Они могут не совпадать: например, пациент пользуется дистанционным мониторингом, медицинская организация оказывает услугу, регион организует программу, а отдельный этап оплачивается по ОМС. Поэтому наличие канала финансирования не означает, что он покрывает весь продукт, оборудование, цифровую инфраструктуру или последующие действия врача.

# 2.3. КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ КОНТЕКСТ РЫНКА

Российский рынок превентивной медицины нельзя корректно описать одной цифрой: он состоит из нескольких пересекающихся контуров, которые измеряются разными показателями и оплачиваются разными плательщиками. Показатели в таблице ниже относятся к разным экономическим категориям и рассчитаны по разным методикам. Они описывают розничный оборот товаров, выручку и объем отдельных коммерческих сегментов, государственные расходы или более широкие технологические рынки. Поэтому их нельзя складывать в единую оценку российского рынка превентивной медицины. Показатели по БАДам также требуют разграничения: количество реализованных упаковок и количество упаковок, введенных в оборот, отражают разные этапы обращения продукции. Поэтому приведенные значения используются как ориентиры по отдельным контурам, а не суммируются в общий объем рынка.

| КАТЕГОРИЯ | ПОКАЗАТЕЛЬ | ПЕРИОД | ЧТО ИЗМЕРЯЕТСЯ | ОГРАНИЧЕНИЕ | ИСТОЧНИК |
|---|---|---|---|---|---|
| Чекапы и профилактические услуги | 57 млрд ₽ | 2024 | Оценка коммерческого сегмента чекап-программ и профилактической медицины | Не весь рынок профилактики; не включает все потребительские, корпоративные и государственные решения | INRESEARCH, исследование рынка чекап-программ и превентивной медицины |
| Чекапы и профилактические услуги | Около 70 млрд ₽ | 2025 | Оценка коммерческого сегмента чекап-программ и профилактической медицины | Предварительная оценка; необходимо учитывать методику и периметр расчёта | INRESEARCH, исследование рынка чекап-программ и превентивной медицины |
| БАД, все легальные розничные каналы | 279 млрд ₽ | 2025 | Совокупный розничный оборот маркированной продукции | Товарная категория, а не медицинский рынок; показатель не отражает клиническую пользу | ЦРПТ, оператор системы маркировки «Честный знак» |
| БАД, упаковки | 596 млн реализованных упаковок | 2025 | Объём продаж по данным отраслевых публикаций | Не равен числу покупателей и не показывает долю регулярных пользователей | «Коммерсантъ» со ссылкой на данные отраслевых участников рынка |
| БАД, упаковки | 894 млн упаковок, введённых в оборот | 2025 | Количество упаковок, произведённых или импортированных и введённых в систему обращения | Не равно объёму конечных продаж; нельзя напрямую сопоставлять с реализованными упаковками | ЦРПТ / публикации о данных системы маркировки kommersant+1 |
| Широкий сегмент медицинских данных и интеллектуальных технологий | Около 60 млрд ₽ | 2024 | ЭМК, телемедицина, интеграция данных, СППВР, ИИ и аналитические платформы | Включает также непревентивные решения и не равен рынку собственно медицинских данных | ИЦ НТИ «Хелснет», аналитический отчёт о реализации дорожной карты |
| Рынок медицинских данных в узком понимании | 1,9-4,2 млрд ₽ | 2024 | Более узкая оценка рынка медицинских данных | Несопоставим с широким сегментом цифровых медицинских технологий; различия связаны с методикой и периметром | Kept, исследование рынка медицинских данных в России ict+1 |
| Умные часы | 49 млрд ₽ | 2024 | Продажи умных часов независимо от сценария применения | Не показывает, какая доля устройств используется для профилактики, спорта или медицинского мониторинга | ИЦ НТИ «Хелснет», аналитический отчёт о реализации дорожной карты |
| Потребительская генетика | 4,4–5,7 млрд ₽ | 2024 | Оценка рынка по выручке ведущих компаний | Не обязательно отражает чистый B2C-сегмент; может включать клиническую генетику и смешанные каналы продаж | ИЦ НТИ «Хелснет», исследование рынка потребительской генетики |
| Федеральный проект «Превентивная медицина и здоровое долголетие» | 317 млн ₽ расходов | 2025 | Исполнение бюджета отдельного федерального проекта | Не объём рынка и не совокупные государственные расходы на профилактику | Данные Минфина, опубликованные отраслевым источником |

Отсутствие единой оценки рынка связано не только с недостатком статистики, но и с тем, что в понятие «превентивная медицина» попадают решения с разным назначением, медицинским статусом, источником оплаты и способом учёта

# ОБЗОР РЫНКА ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЗОЖ В РОССИИ

03

- Понятие термина «превентивная медицина» крайне размыто: это отражает реальную фрагментацию рынка, в котором разные игроки решают разные задачи для разных аудиторий и опираются на разные доказательные базы
- Единой оценки российского рынка превентивной медицины нет: связанные с ним продукты распределены между несколькими сегментами
- Крупнейшие смежные категории нельзя суммировать из-за различий в периметре и взаимных пересечений
- Для рынка важен не только тип технологии, но и модель применения: кто инициирует покупку, кто платит и кто отвечает за следующий шаг после выявленного риска

Лаборатории продают услугу в точке забора материала. Платформы для корпоративного здравоохранения являются либо кастомной in-house разработкой компании, либо находят интересанта в лице работодателя. Решения для прогнозной аналитики/СППВР чаще закупает регион или клиника. Носимые устройства и приложения в основном оплачивает сам пользователь.
В разделе ниже сегменты сгруппированы по способу продажи и месту в медицинской практике.

## 3.1. РАЗМЫТОСТЬ ТЕРМИНА «ПРЕВЕНТИВНАЯ МЕДИЦИНА» КАК ЗЕРКАЛО ХАОСА НА РЫНКЕ

Единое определение рынка превентивной медицины в России отсутствует — это понятие, которое в российском, как, впрочем, и зарубежном профессиональном дискурсе покрывает принципиально разные наборы практик.

И это не терминологический нюанс,
а фундаментальная характеристика рынка:
от того, какие границы проводит конкретный эксперт-участник интервью, зависит его бизнес-модель, целевая аудитория, регуляторная стратегия и оценка размеров рынка. В зависимости от того, кто проводит анализ – клиницист, предприниматель, чиновник или инвестор, – под превенцией могут пониматься государственная диспансеризация, чекапы в частной клинике, носимые фитнес-трекеры, генетические тесты, БАДы, корпоративные программы well-being или продукты из сферы anti-age и longevity.

**Такая размытость понятийного поля отражает реальную фрагментацию рынка, в котором разные игроки решают разные задачи для разных аудиторий** и опираются на разные доказательные базы. Принципиальный разрыв проходит между пониманием превентивной медицины как направления доказательной клинической практики, с одной стороны, и как зонтичного понятия, охватывающего ЗОЖ, биохакинг, антиэйдж, нутрициологию и велнес-технологии – с другой.

# ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОВЕСТКА: ПРОФИЛАКТИКА ЧЕРЕЗ ПЕРСОНАЛИЗАЦИЮ

Если обратиться к официальной Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения РФ от 24 апреля 2018 г. №186, то **понятие превенции следует интерпретировать как адресную профилактику через определение индивидуального риска развития неинфекционных заболеваний на основе идентификации молекулярно-генетических маркеров** и иных биомаркеров, а также применение соответствующих профилактических мер, минимизирующих такие риски.

Однако на практике российский рынок выходит далеко за эту понятийную рамку. На подмену понятий прямо указывает, в частности, **Арина Тертышная, руководитель проектов превентивной медицины ГК «МЕДСИ»**, называя это большой проблемой для профессионального сообщества.

РЫНОК ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ — ЭТО ПРОСТО ХАОС. ПРИКАЗ МИНЗДРАВА ОТ 2024 ГОДА ОБЪЯВИЛ ПРЕВЕНЦИЮ ОДНИМ ИЗ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ НАЦИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПРИ ЭТОМ В ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЙ БАЗЕ ЕЩЕ ОТ 2018 ГОДА ЧЕТКО УКАЗАНО, ЧТО ЦЕЛЬ ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ – ЭТО СНИЖЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ РАБОТА С ПАЦИЕНТОМ. НО МАЛО КТО ЭТО ПОНИМАЕТ ДАЖЕ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ СООБЩЕСТВЕ. ИЗ-ЗА ЭТОГО И ВОЗНИКАЕТ ХАОС. ПРИ ЭТОМ У НАС РЯД ВЕДУЩИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ТОТ ЖЕ НМИЦ ТПМ, ОЧЕНЬ ДАВНО ЗАНИМАЮТСЯ ПРОБЛЕМАМИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ, А РОССИЯ ВООБЩЕ ТРАДИЦИОННО ВЫСТУПАЕТ МИРОВЫМ ЛИДЕРОМ В ЭТОЙ СФЕРЕ. ДОСТАТОЧНО ВСПОМНИТЬ СОВЕТСКИЙ ПЕРИОД, САНИТАРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, СИСТЕМУ ПРОФИЛАКТИКИ, – ЭТО ВСЁ ОТТУДА РОДОМ. НО ПОЧЕМУ-ТО ЭТОТ ОПЫТ У НАС ЗАБЫВАЕТСЯ, А НА ПЕРВЫЙ ПЛАН ВЫХОДЯТ РАЗЛИЧНЫЕ МРАКОБЕСНЫЕ ПРАКТИКИ – КАКИЕ-ТО НЕПРОВЕРЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДИКИ, ПЕПТИДЫ С СЕРОГО РЫНКА И ПРОЧ. БАЗА ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ – ЭТО ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА, НО ЕСЛИ ПОСЛЕДНЯЯ ОРИЕНТИРОВАНА НА МАСШТАБНЫЕ ЦЕЛИ НА УРОВНЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ МЕР И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, НАПРИМЕР, С ПОМОЩЬЮ ВАКЦИНАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ, ТО ПРЕВЕНТИВНАЯ МЕДИЦИНА – ЭТО ТА ЖЕ САМАЯ ПРОФИЛАКТИКА, НО С ПЕРСОНАЛИЗАЦИЕЙ ПОД КОНКРЕТНОГО ЧЕЛОВЕКА, ЧТО ПОЗВОЛЯЕТ В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫЯВЛЯТЬ НАЛИЧИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РИСКОВ И ПРЕДРИСКОВ.

**АРИНА ТЕРТЫШНАЯ**

руководитель проектов превентивной медицины
ГК «МЕДСИ»

СЕЙЧАС НАИБОЛЕЕ АКТИВНО РАЗВИВАЕТСЯ НАПРАВЛЕНИЕ ЗДОРОВОГО ДОЛГОЛЕТИЯ, КОТОРОЕ СТАЛО НЕКИМ КОМПРОМИССОМ МЕЖДУ АКТИВНЫМ ДОЛГОЛЕТИЕМ, О КОТОРОМ ГОВОРЯТ НЕ ПЕРВЫЙ ГОД, И СФЕРОЙ ЗОЖ. В ЭТОЙ КОНЦЕПЦИИ УПОР СДЕЛАН НА «КАЧЕСТВЕННУЮ» ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ – С СОХРАНЕНИЕМ ВСЕХ ОСНОВНЫХ ФУНКЦИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ КОГНИТИВНОЙ, А ТАКЖЕ НА РАБОТУ ПО СНИЖЕНИЮ РИСКОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ КАТАСТРОФ И ДРУГИХ УГРОЖАЮЩИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ХНИЗ. ЭТО ТАКАЯ ИДЕОЛОГИЯ, КОТОРАЯ ОСНОВАНА НА РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ И УПРАВЛЕНИИ РИСКАМИ, ЧТОБЫ НА САМЫХ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ ПРЕДОТВРАЩАТЬ РАЗВИТИЕ РАЗЛИЧНЫХ ИНЦИДЕНТОВ С ПОМОЩЬЮ ЕЩЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ. ПРИМЕРНО ТО ЖЕ САМОЕ ПРОИСХОДИТ С ПОНЯТИЯМИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ, ЗДЕСЬ ТОЖЕ НЕ ВСЕ ПОНИМАЮТ, В ЧЕМ РАЗНИЦА. Я ДУМАЮ, ЧТО ЭТО СКОРЕЕ ТАКОЙ РЕБРЕНДИНГ. СЧИТАЕТСЯ, ЧТО «ПРЕВЕНЦИЯ» – ЭТО ПРЯМОЙ ПЕРЕВОД СЛОВА «ПРОФИЛАКТИКА» С АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА. ЭТО, БЕЗУСЛОВНО, ПРАВДА, НО ПРЕВЕНЦИЯ ВОСПРИНИМАЕТСЯ КАК ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ПРОФИЛАКТИКА, ЭТО ВАЖНЫЙ АСПЕКТ. ТА ЖЕ САМАЯ ИСТОРИЯ С ПЕРЕХОДОМ ОТ АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ К ЗДОРОВОМУ ДОЛГОЛЕТИЮ. НАВЕРНОЕ, АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ – ЭТО БОЛЬШЕ ПРО АКТИВНОСТЬ, А НЕ ПРО СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ В ОТЛИЧИЕ ОТ ЗДОРОВОГО ДОЛГОЛЕТИЯ.

**СЕРГЕЙ ЧУДАКОВ**

Генеральный директор Союза «Здоровье Здоровых»

# ПРЕВЕНТИВНАЯ МЕДИЦИНА КАК ОСОЗНАННЫЙ ПОДХОД К ЗДОРОВЬЮ

**Генеральный директор Lab4U Алексей Образцов** формулирует определение через осознанный фокус человека на проактивное управление своим здоровьем и проводит границу по линии мотивации: превентивная медицина начинается там, где человек принимает осознанное решение действовать до возникновения симптомов, а не реагирует на уже случившуюся проблему. Однако именно эта граница делает рынок потенциально массовым, но фактически узким, поскольку, как будет показано далее, массовой готовности к модификации образа жизни в обществе пока нет.

> Я БЫ РАССМАТРИВАЛ РЫНОК ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ КАК РЫНОК СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ РЕШЕНИЙ, КОТОРЫЕ НАЦЕЛЕНЫ НА ПОДДЕРЖАНИЕ ИЛИ РАЗВИТИЕ ЗДОРОВЬЯ. МЫ ДЛЯ СЕБЯ ЭТО ТАК ОПРЕДЕЛЯЕМ. ТО ЕСТЬ ЭТО НЕ ВСЁ, ЧТО КАСАЕТСЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА, ВКЛЮЧАЯ САНАТОРИИ, ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И Т.Д., А – ЕСЛИ СМОТРЕТЬ С ТЕХНОЛОГИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ, – ЭТО СОЧЕТАНИЕ ПОДХОДОВ ИЗ ОБЛАСТИ МЕДТЕХА, СПОРТТЕХА, ХЕЛСТЕХА И ЧАСТИЧНО СОБСТВЕННО МЕДИЦИНЫ. А ГРАНИЦЕЙ, НАВЕРНОЕ, ВЫСТУПАЕТ ТОТ ФАКТ, ЧТО ЭТО ДОЛЖНО БЫТЬ ОСОЗНАННОЕ РЕШЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРЫЙ МОТИВИРОВАН ЗАНИМАТЬСЯ СВОИМ ЗДОРОВЬЕМ РАДИ НЕДОПУЩЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ТО ЕСТЬ ЭТО НЕ РЕАКЦИЯ НА УЖЕ СЛУЧИВШУЮСЯ БОЛЕЗНЬ, КОГДА ЧЕЛОВЕК ПРИХОДИТ К ВРАЧУ И НАЧИНАЕТ ЗАНИМАТЬСЯ УЖЕ ПОШАТНУВШИМСЯ ЗДОРОВЬЕМ, А НЕКОЕ ПРЕВЕНТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ, ПРЕДПОЛАГАЮЩЕЕ, ЧТО ОН ЗАДУМЫВАЕТСЯ О СВОЕМ ЗДОРОВЬЕ НА ПЕРСПЕКТИВУ.

**АЛЕКСЕЙ ОБРАЗЦОВ**

генеральный директор Lab4U

# ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА VS АНТИЭЙДЖ

Принципиально иную границу проводит **Арон Османович, заместитель главного врача клиники «Чайка Метрополис»**, разделяя рынок на доказательную медицину и «антиэйдж, превентивную, интегративную», которая нередко базируется на смелых экстраполяциях и спекулирует на результатах ограниченных научных экспериментов:

ЭТО ЛИЧНО МОЯ ОГРОМНАЯ БОЛЬ. ЕСТЬ ОБЫЧНАЯ МЕДИЦИНА, Я ЕЕ НАЗЫВАЮ «НОРМАЛЬНАЯ» – СЕЙЧАС ОНА НАЗЫВАЕТСЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ, НО ВО ВСЕМ МИРЕ ЭТО ПРОСТО НОРМАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА. И ЕСТЬ ВОТ ЭТА СФЕРА «АНТИЭЙДЖ-ПРЕВЕНТИВНАЯ-ИНТЕГРАТИВНАЯ». В РАМКАХ НОРМАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ПРЕВЕНЦИЯ – ЭТО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ И КОНТРОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА. В ДАННОМ СЛУЧАЕ ЭТО РАБОТА С ОБРАЗОМ ЖИЗНИ, ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И НЕКОТОРЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ВЫЯВИТЬ НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОТОРЫЕ МЫ МОЖЕМ ПРЕДОТВРАТИТЬ – НАПРИМЕР, КОЛОНОСКОПИЯ ДЛЯ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА. ЕСЛИ ЖЕ МЫ БЕРЁМ ТУ ПРЕВЕНТИВНУЮ МЕДИЦИНУ, КОТОРАЯ СЕЙЧАС НА ВОЛНЕ ПОПУЛЯРНОСТИ, ТО ЭТО БОЛЬШЕ ПРО СМЕЛЫЕ ЭКСТРАПОЛЯЦИИ С ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ. ТО ЕСТЬ, ГРУБО ГОВОРЯ, В ПРОБИРКЕ ИЛИ НА МЫШКАХ УВИДЕЛИ, ЧТО ПРИ ДЕФИЦИТЕ ТАКОГО-ТО ЭЛЕМЕНТА ЧТО-ТО ПРОИСХОДИТ, И ЭКСТРАПОЛИРОВАЛИ НА ЧЕЛОВЕКА, ХОТЯ НОРМАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НЕ БЫЛО. ТО ЖЕ САМОЕ КАСАЕТСЯ МНОГИХ БИОМАРКЕРОВ С ТАК НАЗЫВАЕМОГО ФРОНТИРА ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ: ДА, СЕЙЧАС ВЕДЕТСЯ МНОГО НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ПОВОДУ РАЗЛИЧНЫХ МАРКЕРОВ, НО С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭТО НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ ПРОСТО МАРКЕРЫ, С КОТОРЫМИ МЫ ПОКА НЕ ЗНАЕМ, ЧТО ДЕЛАТЬ. ЕДИНСТВЕННОЕ, ЧТО МЫ ТОЧНО ЗНАЕМ, – ЭТО ТО, ЧТО НУЖНО ВЕСТИ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.

**АРОН ОСМАНОВИЧ**

заместитель главного врача клиники «Чайка Метрополис»

«ПРЕВЕНТИВНАЯ МЕДИЦИНА» – ТЕРМИН ПРИЕМЛЕМЫЙ: ХОТЯ ОН И ЯВЛЯЕТСЯ КАЛЬКОЙ, НО ПРИ ЭТОМ НЕ НЕСЕТ ИСКАЖЕНИЯ БАЗОВОГО ПОНЯТИЯ ПРОФИЛАКТИКИ. А ВОТ ТЕРМИН «ЛОНЖЕВИТИ» – УЖЕ БЛИЗОК К ЧЕМУ-ТО ОКОЛОНАУЧНОМУ, ОКОЛОМЕДИЦИНСКОМУ. В ЭТОЙ СФЕРЕ ВООБЩЕ НЕМАЛО МАНИПУЛЯЦИЙ ТЕРМИНАМИ И ПОДМЕНЫ ПОНЯТИЙ. ТОТ ЖЕ «АНТИЭЙДЖ»: ПРОФИЛАКТИКА СТАРЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ХНИЗ, РАБОТА С ФАКТОРАМИ РИСКА – ЭТО СОВЕРШЕННО РАЗНЫЕ ВЕЩИ. И ЕСЛИ ПРОФИЛАКТИКА ВАЖНА ДЛЯ ВСЕХ, ТО АНТИЭЙДЖ – ЭТО ИСТОРИЯ ДЛЯ СТРАН С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ЖИЗНИ. КОГДА ТЫ УСЛОВНЫЙ КРЕСТЬЯНИН И РАБОТАЕШЬ В ПОЛЕ КАЖДЫЙ ДЕНЬ, А ТВОЯ ЕДИНСТВЕННАЯ ЗАДАЧА – ЭТО НАКОРМИТЬ ДЕСЯТЕРЫХ ДЕТЕЙ, КОТОРЫЕ ЖДУТ ТЕБЯ ДОМА ИЗ ПОЛЯ, ВРЯД ЛИ ТЫ БУДЕШЬ ДУМАТЬ ПРО АНТИЭЙДЖ И КАК БЫ НЕ ПОСТАРЕТЬ, ПРАВДА? ЭТО НАПРАВЛЕНИЕ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В МЕГАПОЛИСАХ, ГДЕ ЕСТЬ БОЛЬШОЙ ПРОЦЕНТ ЛЮДЕЙ С ВЫСОКИМ ДОСТАТКОМ. ПОРОЙ ЛЮДЯМ ВАЖЕН ДАЖЕ НЕ СТОЛЬКО РЕЗУЛЬТАТ, СКОЛЬКО САМ ФАКТ ТОГО, ЧТО ОНИ ПОУЧАСТВОВАЛИ В ЭТОМ АНТИЭЙДЖЕ, ПОТОМУ ЧТО ОНИ КАК БУДТО БЫ СТАЛИ МОЛОЖЕ. ОЧЕНЬ ВАЖНО ОБЪЯСНЯТЬ ОБЩЕСТВУ, ЧТО ПРОФИЛАКТИКА И АНТИЭЙДЖ – ЭТО ДВЕ РАЗНЫЕ ВЕЩИ.

**ДМИТРИЙ КОРСУНСКИЙ**

научный сотрудник, врач-методист
НМИЦ ТПМ Минздрава России

БИОХАКИНГ И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА – ЭТО ДВЕ РАЗНЫЕ ПЛАНЕТЫ, НО ИХ ПУТАЮТ. РЕГИСТРАЦИИ, МОДА, ВОСТОРЖЕННЫЕ ОТЗЫВЫ – НЕ РАВНЫ НАУЧНЫМ ДАННЫМ. ВСПОМНИМ ИСТОРИЮ С МРТ ВСЕГО ТЕЛА: У ТРЕТИ БЕССИМПТОМНЫХ ЛЮДЕЙ НАХОДЯТ «ЧТО-ТО», И ЗАПУСКАЕТСЯ КАСКАД НЕНУЖНЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ. ТО ЖЕ САМОЕ ПРОИСХОДИТ С «ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫМИ» ДОБАВКАМИ, КОТОРЫЕ ПОДБИРАЮТ ПО ОДНОМУ АНАЛИЗУ – НО ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ СЕРВИСА НЕ ДЕЛАЕТ СОСТАВ ПОЛЕЗНЫМ. В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ МЫ ПРИВЫКЛИ ОПИРАТЬСЯ НА КРУПНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ДЕСЯТИЛЕТИЯ НАБЛЮДЕНИЙ. МЫ ТОЧНО ЗНАЕМ, ЧТО АЭРОБНАЯ НАГРУЗКА УМЕРЕННОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ – ЭТО БЕЗОПАСНО И ЭФФЕКТИВНО. НО ПОЧЕМУ-ТО ЭТО НЕ СТАНОВИТСЯ ГЛАВНОЙ РЕКОМЕНДАЦИЕЙ, А УСТУПАЕТ МЕСТО АНТИОКСИДАНТНЫМ КОКТЕЙЛЯМ ИЛИ «ДЕТОКС-ЧАЯМ». ОЧЕНЬ ХОЧЕТСЯ, ЧТОБЫ ГОСУДАРСТВО И РЫНОК ПРОВЕЛИ ЧЕТКУЮ ЛИНИЮ: ГДЕ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ НАУКА И НАЧИНАЕТСЯ МАРКЕТИНГ.

**АЛЕКСЕЙ ШИШКИН**

доцент кафедры реабилитации, спортивной медицины
и физической культуры ИПМ РНИМУ им.Н.И.Пирогова

РЕАЛЬНО РАБОТАЮТ ВЕЩИ, КОТОРЫЕ ЗВУЧАТ СКУЧНО: УМЕРЕННОСТЬ, ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И СОН, КОМПЕНСАЦИЯ ДЕФИЦИТОВ И ДИСБАЛАНСОВ, ГИПОКСИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ, УМЕРЕННЫЕ ФИЗНАГРУЗКИ, КАЧЕСТВЕННЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ СВЯЗИ, УМЕНИЕ РАДОВАТЬСЯ ЖИЗНИ И ЧУВСТВО ЮМОРА. БИОХАКИНГ Я БЫ ОПИСАЛ КАК ЖЕЛАНИЕ «ВЗЛОМАТЬ» СИСТЕМУ — НО МЫ ПОКА НЕ ЗНАЕМ О НЕЙ ВСЕГО. В ОРГАНИЗМЕ ОГРОМНОЕ КОЛИЧЕСТВО МЕР ПРОТИВОВЕСА И «ТУМБЛЕРОВ», И ДИРИЖИРОВАТЬ ВСЕМИ ИМИ ОДНОВРЕМЕННО ЧЕЛОВЕЧЕСТВО ЕЩЁ НЕ НАУЧИЛОСЬ. ПОЭТОМУ МНОГОЕ В БИОХАКИНГЕ — ЭТО СКОРЕЕ ВРЕМЕННАЯ МОДА, ЧЕМ УСТОЙЧИВАЯ ПРАКТИКА. НАПРИМЕР, МЫ ПРИНЦИПИАЛЬНО ОТКАЗЫВАЕМСЯ ОТ ИССЛЕДОВАНИЙ И ПРОЦЕДУР, КОТОРЫЕ НЕ МЕНЯЮТ ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА, — ТО ЕСТЬ РЕЗУЛЬТАТ КОТОРЫХ НИ НА ЧТО НЕ ПОВЛИЯЕТ, ДАЖЕ ЕСЛИ ОКАЖЕТСЯ «ПЛОХИМ». НАПРАВЛЕНИЕ 5П-МЕДИЦИНЫ ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ЗАКРЕПЛЕНО НА УРОВНЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ РИТОРИКИ: ПРЕВЕНТИВНАЯ МЕДИЦИНА ОФИЦИАЛЬНО ВОШЛА В ЧИСЛО ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ЭТО ВАЖНЫЙ СИГНАЛ РЫНКУ И ХОРОШАЯ РАМКА ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СООБЩЕСТВА, НО, ЕСЛИ ГОВОРИТЬ ЧЕСТНО, — НА ПРАКТИКЕ В КОММЕРЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ Я ПОКА ОЩУЩАЮ ЭТО СКОРЕЕ КАК ВЕКТОР, ЧЕМ КАК ГОТОВУЮ ИНФРАСТРУКТУРУ. ГОСУДАРСТВЕННАЯ СИСТЕМА ЗАТОЧЕНА НА ВЫЯВЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ УЖЕ СЛУЧИВШЕЙСЯ ПАТОЛОГИИ, А НЕ НА УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ ДО ЕЁ ПОЯВЛЕНИЯ, И ПЕРЕХОД ТРЕБУЕТ НЕ ДЕКЛАРАЦИЙ, А ПЕРЕСТРОЙКИ ТАРИФОВ, СТАНДАРТОВ И СИСТЕМЫ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ. ЭТО ДОЛГИЙ ПРОЦЕСС.

**ДМИТРИЙ ТЫРТОВ**

медицинский директор Центра превентивной медицины GMS Clinic

БИОХАКИНГ СЫГРАЛ ВАЖНУЮ РОЛЬ: ОН СФОРМИРОВАЛ СПРОС НА САМОНАБЛЮДЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКУ, НОСИМЫЕ УСТРОЙСТВА И АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ. НО ЕГО СЛАБАЯ СТОРОНА — ФРАГМЕНТАРНОСТЬ И НЕОДИНАКОВАЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТЬ ПРАКТИК. ЗРЕЛЫЙ РЫНОК ОТЛИЧАЕТСЯ ТЕМ, ЧТО: РЕШЕНИЯ ОСНОВАНЫ НА ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ, ДАННЫЕ СТАНДАРТИЗИРОВАНЫ, ВМЕШАТЕЛЬСТВА КЛИНИЧЕСКИ ВАЛИДИРОВАНЫ, ОТВЕТСТВЕННОСТЬ РАСПРЕДЕЛЕНА, РИСКИ КОНТРОЛИРУЮТСЯ, РЕЗУЛЬТАТ ИЗМЕРЯЕТСЯ, СЕРВИС ДОСТУПЕН НЕ ТОЛЬКО ОБЕСПЕЧЕННЫМ ПОТРЕБИТЕЛЯМ, ВРАЧ ОСТАЁТСЯ УЧАСТНИКОМ ПРОЦЕССА, А ПРОФИЛАКТИКА ИНТЕГРИРОВАНА В СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ТО ЕСТЬ ВЗРОСЛЕНИЕ РЫНКА — ЭТО ПЕРЕХОД ОТ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЭКСПЕРИМЕНТИРОВАНИЯ К ВОСПРОИЗВОДИМОЙ СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ. МАССОВАЯ ПРАКТИКА ПОЯВИТСЯ ТОГДА, КОГДА ЧЕЛОВЕКУ НЕ ПРИДЁТСЯ САМОМУ СТАНОВИТЬСЯ ИНТЕГРАТОРОМ МЕДИЦИНСКОЙ СИСТЕМЫ. НУЖЕН ПОНЯТНЫЙ МАРШРУТ: СБОР МИНИМАЛЬНО ДОСТАТОЧНЫХ ДАННЫХ, ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ, ОЦЕНКА РИСКА, СОГЛАСОВАННЫЙ ПЛАН, СОПРОВОЖДЕНИЕ, КОНТРОЛЬ РЕЗУЛЬТАТА, КОРРЕКТИРОВКА ПЛАНА.

**НАТАЛЬЯ САБАНИНА**

эксперт Союза организаций, проводящих медосмотры,
«Развитие персонифицированной медицины»

# 3.2. АРХИТЕКТУРА И МАСШТАБ РЫНКА

Как уже было отмечено выше, единой оценки российского рынка превентивной медицины нет. Продукты и услуги, связанные с предупреждением заболеваний, ЗОЖ и управлением рисками, распределены между несколькими рынками — МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ, ДИАГНОСТИКОЙ, ЦИФРОВЫМИ РЕШЕНИЯМИ И ПОТРЕБИТЕЛЬСКИМИ ТОВАРАМИ.

ДЛЯ ОПИСАНИЯ ЭТОЙ СИСТЕМЫ МЫ ИСПОЛЬЗУЕМ АРХИТЕКТУРУ ИНФРАСТРУКТУРНОГО ЦЕНТРА «ХЕЛСНЕТ» НТИ. ОНА ОХВАТЫВАЕТ ШЕСТЬ СЕГМЕНТОВ:

- медицинская генетика
- биомедицина
- медицинские данные и интеллектуальные технологии их обработки
- спорт и здоровье
- превентивная медицина
- здоровое долголетие

ТАКОЕ ДЕЛЕНИЕ ПОКАЗЫВАЕТ, ЧТО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОДУКТА В ЦЕЛЯХ ПРЕВЕНЦИИ И ЗОЖ НЕ ВСЕГДА ЧЕТКО ОПРЕДЕЛЯЕТ ЕГО ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ К ТОМУ ИЛИ ИНОМУ СЕГМЕНТУ НА РЫНКЕ. ТАК, НОСИМЫЕ УСТРОЙСТВА, ПОЛЬЗОВАТЕЛЬСКИЕ ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ И КОРПОРАТИВНЫЕ ПРОГРАММЫ ОТНЕСЕНЫ К СЕГМЕНТУ «СПОРТ И ЗДОРОВЬЕ». ОМИКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ ВХОДЯТ, СОГЛАСНО АРХИТЕКТУРЕ, В РЫНОК ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ, НО ОДНОВРЕМЕННО СВЯЗАНЫ С МЕДИЦИНСКИМИ ДАННЫМИ, МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКОЙ И БИОМЕДИЦИНОЙ. ПРОДУКТЫ ДЛЯ ЗДОРОВОГО ДОЛГОЛЕТИЯ ПЕРЕСЕКАЮТСЯ С ДИАГНОСТИКОЙ, ГЕРИАТРИЧЕСКИМИ УСЛУГАМИ, БИОМЕДИЦИНОЙ И ПОТРЕБИТЕЛЬСКИМ РЫНКОМ.

Внутри сегмента «Превентивная медицина» ИЦ «Хелснет» НТИ выделяет инфраструктуру, продукты для персонализированной превенции, клиентские сервисы и экосистемы. В качестве потребителей названы граждане и семьи, организованные коллективы и государство. Однако способ оплаты определяется конкретной моделью. Лабораторное исследование может оплатить сам человек, работодатель или страховая компания.

Прогнозную аналитику и СППВР закупают медицинские организации и регионы. Носимые устройства и приложения чаще оплачивает пользователь.

ПОЭТОМУ ДЛЯ АНАЛИЗА РЫНКА ВАЖНЫ СРАЗУ ТРИ ВОПРОСА: КТО ПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОДУКТОМ, КТО ПРИНИМАЕТ РЕШЕНИЕ О ЕГО ПРИОБРЕТЕНИИ И КТО ПЛАТИТ. Одна технология может работать в нескольких моделях, а продукты с похожим назначением — продаваться через разные каналы.

Эта архитектура объясняет и расхождения в оценках рынка. В отчёте «Сегменты НТИ HealthNet» (2025) авторы прямо отмечают, что отдельных данных по российскому рынку превентивной медицины в открытом доступе нет. Публикуемые показатели относятся к отдельным категориям с разным составом и методикой расчёта.

| СМЕЖНАЯ КАТЕГОРИЯ | ПОКАЗАТЕЛЬ В РОССИИ | ПЕРИОД | ПОЯСНЕНИЕ |
|---|---|---|---|
| БАД, все каналы продаж | 279 млрд ₽, 596 млн проданных упаковок [3] | 2025 | Аптечные и неаптечные продажи; категория частично пересекается с функциональными продуктами |
| Функциональные продукты питания | 125 млрд ₽ [1] | 2024 | Широкая потребительская категория, выходящая за пределы медицинской превенции |
| Медицинские данные и алгоритмы их обработки | 60 млрд ₽ [1] | 2024 | ЭМК, телемедицина, интеграция данных, СППВР, ИИ и аналитические платформы |
| Умные часы | 49 млрд ₽ [1] | 2024 | Все продажи устройств независимо от сценария использования |
| Физиотерапевтическое оборудование | 7 млрд ₽ [1] | 2024 | Оборудование для профилактики, лечения и реабилитации |
| Потребительская генетика | 4,4–5,7 млрд ₽ [2] | 2024 | Оценка рассчитана по выручке ведущих компаний рынка |
| «Здоровое долголетие» | российской оценки нет* | — | Сегмент объединяет персонализированную диагностику, геропротекторы, регенеративную медицину и гериатрические услуги |

Источники: [1] ИЦ НТИ «Хелснет». Аналитический отчёт о реализации дорожной карты, 2025;
[2] ИЦ НТИ «Хелснет». Исследование рынка потребительской генетики, 2025;
[3] СРО «Союз производителей БАД к пище» / Forbes со ссылкой на AlphaRM, данные за 2025 год.

---

* мировой рынок — 1,18 трлн долларов в 2024 году. На нацпроект «Продолжительная и активная жизнь» предусмотрено более 2 трлн рублей на шесть лет, но эта сумма отражает государственное финансирование, а не объём рынка. Источник: [1].

Показатели в таблице описывают разные виды экономической активности: розничные продажи товаров, закупки оборудования, выручку цифровых сервисов и широкий оборот технологических сегментов. Часть категорий условно «вложена» друг в друга. Умные часы служат источником данных, ИИ входит в рынок их обработки, БАД пересекаются с функциональными продуктами, а генетические тесты могут учитываться и в диагностике, и в потребительских сервисах.

Динамика отдельных категорий также требует контекста. По данным AlphaRM, аптечные продажи БАД в 2025 году выросли на 13%, до 185,5 млрд рублей, а количество проданных упаковок сократилось на 5%, до 495 млн. Денежный рост был связан прежде всего с увеличением средней цены. Продажи умных часов выросли с 41 до 49 млрд рублей за 2020–2024 годы — на 19,5% в номинальном выражении. Ни один из этих показателей сам по себе не говорит о том, сколько людей изменили поведение, выполнили медицинскую рекомендацию или вернулись к повторному измерению.

ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЕ РЕШЕНИЯ ПРИ ЭТОМ КОНКУРИРУЮТ ЗА БЮДЖЕТ НЕ ТОЛЬКО С МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ. ПО ДАННЫМ РБК × T-PRIVATE WELLBEING REVIEW 2026, НА ПРОДУКТОВЫЙ РЕТЕЙЛ, ИНДУСТРИЮ КРАСОТЫ И ЖИЛУЮ НЕДВИЖИМОСТЬ ПРИХОДИТСЯ ОКОЛО 62% РАССМАТРИВАЕМЫХ РАСХОДОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, А НА МЕДИЦИНУ И ДИАГНОСТИКУ — 12,7%. ДЛЯ ПРИЛОЖЕНИЙ, ТЕСТОВ, УСТРОЙСТВ И ПРОГРАММ СОПРОВОЖДЕНИЯ КОНКУРЕНТНОЙ СРЕДОЙ СТАНОВИТСЯ ВЕСЬ НАБОР ПОВСЕДНЕВНЫХ РАСХОДОВ НА ЗДОРОВЬЕ, САМОЧУВСТВИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ.

# 3.3. ПО И МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ

Для профилактического маршрута особенно важна прогнозная аналитика на основе ЭМК: она выявляет риск клинического события и помогает определить следующий шаг. Её покупателем обычно выступает регион или медицинская организация.

Webiomed (ООО «К-Скай») – крупнейший игрок на данном рынке в РФ. Компания разрабатывает зарегистрированное программное медицинское изделие для прогнозной аналитики и скрининга ХНИЗ по электронным медкартам. По данным компании за сентябрь 2025 года, система работала в 41 регионе, была интегрирована более чем в четырёх тысячах организаций и доступна на 275 тысячах рабочих мест врачей. Однако эти показатели описывают распространение продукта, но не число завершённых профилактических маршрутов.

Компания «ТехЛАБ», другой топовый игрок рынка, занимается разработкой ИИ-платформы Galenos.AI. Это решение для оценки онкорисков на основе анализа ЭМК помогает врачам первичного звена точнее выявлять пациентов с подозрением на онкологическое заболевание на рутинном приеме, чтобы далее маршрутизировать их к онкологу или профильному специалисту. Решение зарегистрировано в качестве медицинского изделия на основе технологий искусственного интеллекта (регистрационное удостоверение РЗН 2025/25453).

Продукт закупают отдельные регионы, при этом единого тарифа в системе ОМС для прогнозной аналитики нет, поэтому масштаб внедрения зависит от регионального контракта и нюансов интеграции с другими системами в цифровом контуре субъекта РФ. По данным компании, в 2026 году платформу в пилотном режиме применяют 11 регионов страны, ещё три внедряют её промышленно, в том числе в рамках скрининговых мероприятий.

Узким местом в данном сегменте является то, что на этапе присвоения статуса медицинского изделия регулятор фиксирует характеристики продукта лишь на момент проверки при выдаче регистрационного удостоверения. В реальной же практике после ввода изделия в эксплуатацию неизбежно меняется ряд факторов: когортный состав пациентов, качество данных, оборудование и процессы ЛПУ – из-за этого точность модели может снижаться. Сложные сервисы в таких условиях не могут существовать без технического сопровождения: это требование к любой ИТ-системе, а не специфика ИИ. Мониторинг ошибок и контроль соответствия модели заявленным исходно характеристикам должны продолжаться после выдачи регистрационного удостоверения.

## 3.4. ДИАГНОСТИКА И ЛАБОРАТОРНЫЕ СЕРВИСЫ

Лабораторный анализ и чекап легче продавать как разовую услугу, чем как длительную программу сопровождения: клиент получает конкретный результат сразу после исследования.

Однако сам результат ещё не означает, что профилактический маршрут завершён. Практическая ценность обследования зависит от того, отвечает ли оно на конкретный клинический вопрос, учитывает ли индивидуальные показания и приводит ли к обоснованному врачебному решению.

Расширенная диагностическая панель без чётких показаний может увеличить вероятность случайных находок, тревогу пациента и количество последующих обследований и вмешательств. Поэтому объём исследования сам по себе не свидетельствует о его профилактической ценности: важнее, помогает ли оно принять решение и изменить дальнейшую тактику.

Коммерческий сегмент чекапов и профилактических услуг частных клиник, по оценке INRESEARCH, составил 57 млрд рублей в 2024 году и около 70 млрд рублей в 2025 году. Оценка относится к узкому коммерческому сегменту и не включает устройства, нутрицевтики, корпоративные программы и государственное финансирование.

**По данным MyGenetics, около 60% клиентов компании приходят через медицинские организации.**

К этому каналу могут относиться клиники, санатории и сетевые лаборатории; источник не позволяет рассматривать эти направления как отдельные категории спроса. Выручка MyGenetics выросла до 500 млн рублей в 2025 году против 40 млн рублей десятью годами ранее.

**Lab4U сообщает, что 30–45% заказов оформляются без направления врача.** Эти показатели описывают бизнес-модели конкретных компаний и не могут автоматически переноситься на весь рынок лабораторной диагностики или потребительской генетики.

## ИИ-ПОМОЩНИКИ КАК НОВЫЙ СЛОЙ СЕРВИСА

Новым сервисным слоем лабораторной диагностики становятся ИИ-помощники: они автоматически объясняют показатели, сопоставляют их с референсными значениями, учитывают часть пользовательского контекста и предлагают возможные следующие шаги: повторить исследование, обратиться к определённому специалисту или обсудить результат на консультации.

Отдельные коммерческие кейсы показывают рост вовлечённости, повторных обращений и записи к врачу, однако открытых независимых данных недостаточно, чтобы оценить средний эффект таких решений на продажи лабораторий или клинические исходы.

В сентябре 2025 года лабораторная сеть **KDL (ГК Медскан)** сообщила о внедрении совместно со «Сбером» ИИ-помощника **СберМедИИ** на базе модели GigaChat. Сервис предназначен для автоматической интерпретации результатов лабораторных исследований и помогает пользователю понять полученные показатели.

Отдельный кейс связан с лабораторией **«Хеликс»** и клиникой **«Будь Здоров»**. В опубликованных материалах сообщалось о внедрении системы анализа лабораторных исследований, которая интерпретирует результаты и может направлять пользователя к дальнейшему действию — в частности, к консультации врача. Согласно описанию кейса, возвращаемость пациентов к записи к врачу после получения результатов достигала до 5% в месяц, а заявленная точность интерпретации системы составляла 98%.

Ещё один пример представлен в кейсе «**СберЗдоровья**». По данным компании, с мая по октябрь 2025 года количество запросов пользователей к ИИ-помощнику о результатах анализов выросло более чем в восемь раз. За тот же период доля пользователей, которые запрашивали план дальнейших действий, увеличилась с 4% до 41%. Эти цифры характеризуют использование цифрового сервиса внутри «СберЗдоровья», но не позволяют напрямую сделать вывод о росте продаж лабораторий или увеличении числа фактически посещённых врачей.

## 3.5. ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЕ РЕШЕНИЯ

Потребительский контур объединяет продукты и сервисы, которые человек чаще всего выбирает и оплачивает самостоятельно: носимые устройства, приложения, генетические тесты, омиксные исследования, нутрицевтики и БАДы. Их объединяет не единый медицинский статус, а способ выхода на пользователя и конкуренция за его внимание, время и расходы на здоровье.

Потребительская генетика предоставляет информацию о генетических особенностях и вероятностной предрасположенности к определённым состояниям. Для распространённых полигенных заболеваний её интерпретация ограничена влиянием среды, образа жизни, возраста и других факторов. Поэтому результат нельзя рассматривать как диагноз. Клиническая ценность возникает только в том случае, если он интерпретируется с учётом медицинского контекста и меняет обоснованную тактику наблюдения или профилактики.

Геном человека не меняется, поэтому базовое исследование обычно проводят один раз. Новая ценность может возникать при появлении нового клинического вопроса, переинтерпретации ранее полученных данных или включении результата в план наблюдения. Таким образом, устойчивость модели зависит не от повторной сдачи материала, а от качества консультации и дальнейшего маршрута пользователя.

Микробиом и метаболом относятся к другим видам омиксных исследований. Их показатели могут изменяться со временем, поэтому такие исследования потенциально допускают повторное измерение после изменения питания, режима или другого вмешательства. Однако наличие динамики ещё не доказывает клиническую пользу. Необходимо понимать, какое решение меняется после получения результата и связан ли этот результат с улучшением значимого медицинского или поведенческого исхода.

БАДы и нутрицевтики могут продаваться как готовый продукт, персональный набор или часть программы с рекомендациями и цифровым сопровождением. Персонализация может повысить удобство, понятность и вероятность повторной покупки, но сама по себе не подтверждает пользу конкретного состава. Для оценки такой программы необходимо отдельно учитывать безопасность, показания, доказательность продукта, соблюдение курса и наличие контрольной точки.

В целом потребительские решения следует оценивать по трём уровням: коммерческому, поведенческому и медицинскому. Продажи и повторные покупки показывают коммерческую устойчивость, продолжение использования и выполнение рекомендаций — поведенческий результат, а изменение состояния здоровья или риска — клинический. Эти показатели не следует смешивать: коммерческий рост сам по себе не доказывает медицинскую пользу.

**Подробный разбор продуктов из перечисленныз выше сегментов – в следующих разделах отчета.**

# РЕГУЛИРОВАНИЕ И ИСТОЧНИКИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ

04

В 2024–2026 годах государство закрепило превентивную медицину как приоритет; Минздрав ввел новую врачебную специальность (врач медицины здорового долголетия), а также включил нутрициологию в номенклатуру медицинских специальностей

Дистанционный мониторинг пациентов с гипертонией и сахарным диабетом вошел в базовый тариф ОМС

Большинство новых правил разрешает внедрения новых методов де-юре, но не гарантирует реализацию государственных программ де-факто

В 2024 году превентивная медицина вошла в число приоритетных направлений научно-технологического развития. В 2026 году Минздрав утвердил должность врача медицины здорового долголетия и включил нутрициологию в номенклатуру медицинских специальностей — с 1 сентября 2026 года.

Дистанционное наблюдение пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом прошло путь от экспериментального правового режима (ЭПР) к оплате в рамках базовой программы ОМС. Федеральные рекомендации на 2026 год устанавливают тариф за законченный месяц наблюдения, однако при этом не покрывают стоимость устройств, закупка которых необходима на старте подключения ЛПУ к программе, и части цифровой инфраструктуры. Для программного обеспечения с ИИ нормативная база создаёт возможность регистрации, закупки и оплаты услуг, но реальное внедрение возникает только с появлением регионального тарифа, договора или закупки.

Государственное финансирование складывается из ОМС, региональных закупок, федеральных субсидий и бюджетов национальных и научно-технологических проектов. Нормативное разрешение само по себе внедрения не гарантирует.

# 4.1. ПРИОРИТЕТ ЗАКРЕПЛЁН НА УРОВНЕ УКАЗА, БЮДЖЕТ РАСПРЕДЕЛЁН ИНАЧЕ

Интерес государства к превентивной медицине возник задолго до 2024 года: дорожная карта НТИ по направлению HealthNet принята в 2016 году, Стратегия развития здравоохранения до 2025 года — в 2019-м. В документе шла речь о развитии профилактического направления и создание систем раннего реагирования.

Изменился статус направления: в Указе Президента РФ № 529 от 18 июня 2024 года превентивная и персонализированная медицина и обеспечение здорового долголетия — на втором — после энергетики — месте среди приоритетных направлений научно-технологического развития. Приоритет такого уровня предполагает, что правительство определяет объём финансирования и порядок ускоренного внедрения разработок. Позже появились специальность врача медицины здорового долголетия и федеральный проект «Регенеративная биомедицина, технологии превентивной медицины, обеспечение активного и здорового долголетия».

> ВРАЧ ЗДОРОВОГО ДОЛГОЛЕТИЯ — ЭТО ШАНС, НО ТОЛЬКО ЕСЛИ ОН ВОЗЬМЕТ В РУКИ СЕКУНДОМЕР. ЕСЛИ ЭТОТ ВРАЧ ОГРАНИЧИТСЯ АНАЛИЗАМИ И ГЕНЕТИКОЙ, МЫ ПОЛУЧИМ ЕЩЕ ОДНУ МОДНУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ. НО ЕСЛИ В ЕГО АРСЕНАЛ ВОЙДУТ ПРОСТЫЕ И ДЕШЕВЫЕ ТЕСТЫ — СКАЖЕМ, ТЕСТ НА ПОДЪЕМ СО СТУЛА (СКОЛЬКО РАЗ ЗА 30 СЕКУНД), СКОРОСТЬ ХОДЬБЫ, СИЛА КИСТИ, ВРЕМЯ УДЕРЖАНИЯ РАВНОВЕСИЯ, — ТОГДА ЭТО СТАНЕТ ПРОРЫВОМ. ФИЗИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СТАРЕНИЯ НЕ ХУЖЕ (А ЧАСТО И ЛУЧШЕ) БИОХИМИЧЕСКИХ ПРЕДСКАЗЫВАЮТ ПАДЕНИЯ, ГОСПИТАЛИЗАЦИИ, ИНВАЛИДНОСТЬ. И ОНИ ДИНАМИЧНЫ — ИХ МОЖНО МЕНЯТЬ ТРЕНИРОВКОЙ. ИМЕННО ТАК ПРОФИЛАКТИКА СТАНОВИТСЯ РЕАЛЬНОЙ, А НЕ БУМАЖНОЙ.

**АЛЕКСЕЙ ШИШКИН**

доцент кафедры реабилитации, спортивной медицины и физической культуры ИПМ РНИМУ им.Н.И.Пирогова

С 2025 года направление вошло в контур национальных проектов, причём сразу двух, и это разделение определяет, кто и за что платит. Основной по объёму — «Продолжительная и активная жизнь»: 2,025 трлн рублей до 2030 года, 11 федеральных проектов. Целевые показатели нацпроекта: ожидаемая продолжительность жизни 78 лет к 2030 году, 70% пациентов с ХНИЗ на диспансерном наблюдении.

Кроме того, федеральный проект «Борьба с сахарным диабетом», входящий в национальный проект «Продолжительная и активная жизнь», ставит перед системой здравоохранения задачи повышения доступности профилактики, диагностики и лечения СД, а также увеличения продолжительности жизни пациентов к 2030 году. Среди целевых ориентиров проекта — охват до 85% пациентов с сахарным диабетом 1-го и 2-го типов, нуждающихся в диспансерном наблюдении, региональными медицинскими подразделениями; обучение до 33% пациентов в школах диабета, ежегодное обеспечение такими школами не менее 820 тысяч пациентов,  а также использование систем непрерывного мониторинга глюкозы у 85% нуждающихся пациентов с сахарным диабетом 1-го типа.

Профилактический блок представлен федеральным проектом «Здоровье для каждого» с целевой долей граждан, ведущих здоровый образ жизни, 13,6% к 2030 году. «Новые технологии сбережения здоровья» относится к научно-технологическому контуру: 31,3 млрд рублей до 2030 года.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «РЕГЕНЕРАТИВНАЯ БИОМЕДИЦИНА, ТЕХНОЛОГИИ ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ, ОБЕСПЕЧЕНИЕ АКТИВНОГО И ЗДОРОВОГО ДОЛГОЛЕТИЯ», ВХОДЯЩИЙ В ДАННЫЙ НАЦПРОЕКТ, ПОДДЕРЖИВАЕТ РАЗРАБОТКУ И РЕГИСТРАЦИЮ МЕДИЗДЕЛИЙ, НО НЕ ОКАЗАНИЕ УСЛУГИ. ТЕХНОЛОГИЯ И УСЛУГА, ПО СУТИ, РАЗВЕДЕНЫ ПО РАЗНЫМ БЮДЖЕТАМ.

Нацпроект «Продолжительная и активная жизнь» оплачивает медицинскую помощь и региональные программы. «Новые технологии сбережения здоровья» поддерживают разработку и регистрацию, но не гарантируют последующую закупку. В обоих контурах профилактические строки заметно меньше проектов, связанных с лечением уже выявленных заболеваний.

| ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ | НАЦПРОЕКТ | РАСХОДЫ, 2025 |
|---|---|---|
| Борьба с онкологическими заболеваниями | Продолжительная и активная жизнь | 148,4 млрд ₽ |
| Модернизация первичного звена | Продолжительная и активная жизнь | 122,4 млрд ₽ |
| Борьба с сахарным диабетом | Продолжительная и активная жизнь | 9,4 млрд ₽ |
| Здоровье для каждого (профилактика) | Продолжительная и активная жизнь | 636 млн ₽ |
| Превентивная медицина и здоровое долголетие | Новые технологии сбережения здоровья | 317 млн ₽ — одна из наименьших сумм среди перечисленных профильных проектов двух нацпроектов |

Расходы федерального проекта составили 317 млн рублей в 2025 году. Это примерно 1% бюджета нацпроекта «Новые технологии сбережения здоровья», к которому относится проект. С суммой 2,025 трлн рублей другого нацпроекта показатель напрямую не сопоставим: бюджеты решают разные задачи и рассчитаны на разные периоды.

Приоритет крупных строк объясняется цифрами заболеваемости: артериальная гипертензия распространена у 47% мужчин и 40% женщин в возрасте 25–65 лет, согласно данным из клинических рекомендаций Минздрава (2024).

В федеральном регистре сахарного диабета около 5 млн человек при популяционных оценках до 10 млн. Деньги идут в те направления, где уже есть выявленный пациент, диагноз и протокол, — там результат измерим в пределах бюджетного цикла. Модель, встроенная в диспансерное наблюдение пациентов с ХНИЗ, попадает в показатели 70% и 85%, за которые отвечает регион; модель, рассчитанная на закупки по профилю «превентивная медицина», опирается на наименее наполненную строку.

## 4.2. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПОМОЩНИКИ: ОТ ПИЛОТА К УСЛУГЕ В ОМС

С 2026 года дистанционное наблюдение пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом включено в базовую программу ОМС постановлением Правительства РФ № 2188 от 29 декабря 2025 года. Единицей оплаты стал законченный месяц наблюдения между визитами. Пациент регулярно передаёт показатели артериального давления или уровня глюкозы крови, медицинская организация анализирует данные, а врач по итогам наблюдения оформляет заключение.

Переход к ОМС занял около трёх лет.

Экспериментальный правовой режим для проекта «Персональные медицинские помощники» (далее — **ЭПР ПМП**) был утверждён в декабре 2022 года.

В 2022–2023 годах дистанционным контролем охватили более 14,8 тысячи пациентов.
К сентябрю 2024 года в проекте участвовали уже более 23 тысяч человек в десяти регионах.

К июлю 2026 года, по данным Ростеха, система применялась в 30 регионах. К платформе было подключено более 392 тысяч медицинских устройств, дистанционным наблюдением пользовались свыше 40 тысяч пациентов. Число устройств характеризует масштаб технической инфраструктуры и не равно количеству пациентов или оплаченных случаев по ОМС.

Федеральные рекомендации Минздрава и ФФОМС на 2026 год устанавливают ориентиры в размере 265,58 рубля за месяц наблюдения за артериальным давлением и 304,31 рубля за месяц наблюдения за уровнем глюкозы. Конкретные тарифы определяют субъекты РФ.
В рекомендованную стоимость не входят покупка, аренда и амортизация тонометров и глюкометров, а также расходы на системы поддержки врачебных решений.

**Оборудование и часть цифровой инфраструктуры должны финансироваться отдельно. Это стало причиной того, что программа ДПН пробуксовывает в регионах: на июнь 2026 г. в среднем по субъектам РФ под мониторинг было взято лишь 2% пациентов от годового плана – у медучреждений не оказалось стартового капитала за закупку приборов.** Парадокс заключается в том, что деньги в системе есть, но они «заперты» правилами финансирования: ЛПУ получает деньги от ФОМС постфактум – за уже оказанную услугу мониторинга конкретного пациента и потратить их авансом за закупку тонометров – не может.

Первые опубликованные результаты позволяют оценить клиническую сторону проекта. В 2025 году НМИЦ эндокринологии представил данные наблюдения с контрольными группами. В нескольких группах пациентов дистанционный мониторинг повысил долю участников, достигших целевого уровня гликированного гемоглобина. Для пациентов с сахарным диабетом второго типа на базис-болюсной инсулинотерапии статистически значимого преимущества по этому показателю не установили. Одним из возможных объяснений авторы назвали шестимесячный срок наблюдения.

Полной публичной клинико-экономической оценки программы с расходами на одного пациента, количеством предотвращённых госпитализаций и бюджетным эффектом в открытом доступе нет. Поэтому включение услуги в ОМС подтверждает готовность государства оплачивать дистанционное наблюдение, но пока не позволяет назвать конкретную сумму экономии для системы здравоохранения.

ЭПР ПМП ПОКАЗЫВАЕТ, КАК МОНИТОРИНГ МОЖНО ПРЕВРАТИТЬ В ОПЛАЧИВАЕМУЮ МЕДИЦИНСКУЮ УСЛУГУ. ТАКАЯ МОДЕЛЬ СКЛАДЫВАЕТСЯ БЛАГОДАРЯ НАЛИЧИЮ УЖЕ УСТАНОВЛЕННОГО ДИАГНОЗА, ОПРЕДЕЛЁННОМУ ПОКАЗАТЕЛЮ КОНТРОЛЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, КОТОРАЯ ОТВЕЧАЕТ ЗА РЕАКЦИЮ НА ОТКЛОНЕНИЕ. ПРОГРАММА ОТНОСИТСЯ К ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ: ОНА ПОМОГАЕТ КОНТРОЛИРОВАТЬ ЗАБОЛЕВАНИЕ И СНИЖАТЬ РИСК ОСЛОЖНЕНИЙ.

В прогнозной аналитике (вторичная профилактика) исходная ситуация другая. Её результатом становится сигнал о возможном риске, после которого ещё нужно определить ответственную медицинскую организацию, необходимое действие и способ его оплаты. Поэтому регистрация алгоритма сама по себе не завершает его внедрение.

ПРОЕКТ «ПЕРСОНАЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПОМОЩНИКИ» ОКАЗАЛСЯ ДРАЙВЕРОМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА БЫЛИ РАЗРАБОТАНЫ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАБЛЮДЕНИЮ ЗА ПАЦИЕНТАМИ, А ТАКЖЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИНТЕГРАЦИИ С МИС И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМИ ИНФОРМАЦИОННЫМИ СИСТЕМАМИ ПО ДИСТАНЦИОННОМУ НАБЛЮДЕНИЮ, А ТАКЖЕ ПЛАТФОРМОЙ ИНТЕРНЕТА ВЕЩЕЙ. ПРОЕКТ В ЦЕЛОМ РЕАЛИЗОВАН УСПЕШНО, БЫЛ ПРИМЕНЕН РЕЖИМ ЭПР, РАЗРАБОТАНЫ СЭМДЫ, ГОСТЫ И СТАНДАРТЫ. СЛЕПЫМИ ЗОНАМИ Я БЫ НАЗВАЛА ВОПРОСЫ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К НАЗНАЧЕННОЙ ТЕРАПИИ, ПОВЫШЕНИЯ МОТИВАЦИИ ЗАБОТЫ О СВОЕМ ЗДОРОВЬЕ. ВМЕСТЕ С ТЕМ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ, ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ БУДЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДАННЫЕ НЕ ТОЛЬКО ОТ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, НО И ОТ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ГАДЖЕТОВ ДЛЯ АНАЛИЗА ОБРАЗА ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА, А В ЭТОМ СЛУЧАЕ БЕЗ ЭКОСИСТЕМНОГО ПОДХОДА И ТЕХНОЛОГИЙ ИИ НЕ ОБОЙТИСЬ

**ОЛИЯ АРТЁМОВА**

советник ректора по развитию ИИ РНИМУ им Пирогова,
Президент ассоциации участников рынка цифрового здравоохранения
«Альянс в сфере цифрового здравоохранения»

# 4.3. ПРОГНОЗНАЯ АНАЛИТИКА С ИИ: РЕГИСТРАЦИЯ НЕ ЗАВЕРШАЕТ ВНЕДРЕНИЕ

Дистанционное наблюдение начинается с установленного диагноза. Прогнозная аналитика работает на опережение: ищет в электронной медицинской карте признаки заболевания, осложнения или неблагоприятного события, которые ещё не зафиксированы врачом. На выходе система формирует сигнал о риске. Чтобы он принёс пользу, медицинская организация должна проверить его, принять решение и провести пациента по следующему участку маршрута.

Регистрация программного медицинского изделия подтверждает его соответствие заявленному назначению и требованиям безопасности. Она не определяет покупателя продукта, способ оплаты и действия врача после полученного сигнала. Для рутинного применения нужны интеграция с ЭМК, ответственный специалист, алгоритм маршрутизации пациента и возможность оценить результат.

После внедрения качество модели может меняться. На него влияют состав пациентов, полнота медицинских данных, используемое оборудование и порядок работы клиники. Даже без формального изменения алгоритма входные данные со временем начинают отличаться от тех, на которых продукт прошел испытания. Поэтому стартовая валидация не заменяет наблюдение в реальной практике: разработчику и медицинской организации нужны мониторинг ошибок, повторная оценка и порядок действий при ухудшении показателей.

Изменения самого продукта также требуют отдельной оценки. Смена архитектуры, дообучение модели, новый порог срабатывания или другой состав входных данных могут влиять на медицинский результат. Объём повторной проверки зависит от того, насколько изменение затрагивает назначение продукта и риски для пациента.

**Надежда Рукавицына, руководитель отдела поддержки внедрения инноваций и информационных технологий Центра экспертизы и контроля качества медицинской помощи Минздрава России (ЦЭККМП Минздрава России)**, описывает более длинный путь технологии, претендующей на государственное финансирование: регистрация, публикация результатов, поддержка профессионального сообщества, включение в клинические рекомендации и затем — в систему оплаты. Регистрационное удостоверение открывает доступ к применению, но не подразумевает конверсии в клинический результат для пациента.

Прогнозная аналитика на базе ЭМК пока оплачивается иначе, чем дистанционное наблюдение. Регионы и медицинские организации закупают решения по отдельным контрактам. Единого федерального тарифа специально для прогнозного анализа рисков по электронной медицинской карте нет.

**Александр Гусев, директор по развитию бизнеса Webiomed**, различает нормативную возможность оплаты и фактический расход:

> В ПРОГРАММУ ГОСГАРАНТИЙ ПОГРУЖЕНА ФОРМУЛИРОВКА, ПО КОТОРОЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИИ-РЕШЕНИЯ МОЖНО ОПЛАЧИВАТЬ ИЗ СРЕДСТВ ОМС. РЕГУЛЯТОР РАЗРЕШИЛ, НО ЭТО НЕ ЗНАЧИТ, ЧТО НА ВТОРОЙ ДЕНЬ ОМС СТАЛ ТРАТИТЬ ДЕНЬГИ. МОЖЕТ ЛИ ОН ПЛАТИТЬ ЗА ИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ? УЖЕ ДА. ПЛАТИТ ЛИ СЕЙЧАС? ПОКА НЕТ. МЕЖДУ ЭТИМИ ТОЧКАМИ ОСТАЁТСЯ РАЗРЫВ

**АЛЕКСАНДР ГУСЕВ**

директор по развитию бизнеса Webiomed

Для дистанционного мониторинга этот разрыв сократился: определены медицинская услуга, условия предъявления к оплате и ориентиры тарифа. У прогнозной аналитики результатом пока остаётся сигнал, после которого могут потребоваться приём врача, дополнительное обследование или изменение маршрутизации. Стоимость этих действий возникает уже в других звеньях системы.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ПОЭТОМУ НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО СРАЗУ СНИЖАЕТ НАГРУЗКУ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ. НОВЫЙ СИГНАЛ МОЖЕТ УВЕЛИЧИТЬ ЧИСЛО КОНСУЛЬТАЦИЙ И ОБСЛЕДОВАНИЙ. ЕСЛИ РИСК ОКАЗАЛСЯ ЛОЖНЫМ ИЛИ ПОСЛЕ НЕГО НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО ОБОСНОВАННОЕ ДЕЙСТВИЕ, СИСТЕМА ПОЛУЧАЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РАСХОДЫ БЕЗ ДОКАЗАННОГО РЕЗУЛЬТАТА.

МЕДИЦИНСКАЯ ЦЕННОСТЬ ПОЯВЛЯЕТСЯ, КОГДА СИГНАЛ ПРОХОДИТ ВЕСЬ МАРШРУТ:

Для прогнозной аналитики зрелость определяется не только точностью модели и числом обработанных карт. Важно, сколько сигналов проверено, какие решения они изменили и улучшился ли результат для пациента.

# 4.4. БАД: МЕДИЦИНСКОЕ НАЗНАЧЕНИЕ И ТРЕБОВАНИЯ К ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ

БАД сохраняет статус пищевой продукции, в том числе после назначения врачом. ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции» относит БАД к специализированной пищевой продукции, подлежащей государственной регистрации.

Федеральный закон № 150-ФЗ от 7 июня 2025 года, действующий с 1 сентября 2025 года, закрепил право медицинских работников назначать зарегистрированные БАД из специального перечня при наличии медицинских показаний. Приказ Минздрава № 669н от 17 ноября 2025 года установил порядок назначения с 1 марта 2026 года. Врач должен указать в медицинской документации наименование вещества, способ и продолжительность применения, схему приёма и показания. Отдельного рецептурного бланка приказ не вводит.

Закон создал нормативную возможность врачебного назначения, но её полноценное применение зависит от формирования перечня конкретных БАД и показаний. Одновременно государство усиливает контроль за оборотом продукции. С 1 октября 2026 года Федеральный закон № 289-ФЗ обязывает операторов маркетплейсов проверять сведения о БАД и не допускать размещения карточек незарегистрированной продукции. Связанные обязанности продавцов закреплены Федеральным законом № 290-ФЗ.

В новой системе следует различать три уровня. Государственная регистрация допускает БАД к обороту. Включение в специальный перечень создаёт возможность врачебного назначения. Появление продукта или действующего вещества в клинических рекомендациях требует отдельной оценки профессионального сообщества. Один статус не заменяет другой.

Эту последовательность подчёркивает **Надежда Рукавицына (ЦЭККМП Минздрава России)**. Она отмечает, что включение БАД в перечень для врачебного назначения ещё не означает его появления в клинических рекомендациях.

При формировании перечня планируется оценивать опубликованные исследования, материалы производителя и фактический состав выпускаемых серий. Затем профессиональному сообществу предстоит отдельно определить, в каких клинических ситуациях применение продукта обоснованно.

Нормативная основа для первого этапа уже появилась. Постановление Правительства РФ № 398 от 13 апреля 2026 года установило критерии качества и эффективности БАД. Продукт должен соответствовать всем требованиям к качеству: иметь действующее свидетельство о государственной регистрации и обязательную маркировку, соответствовать заявленному составу и требованиям безопасности.

Для подтверждения эффективности достаточно хотя бы одного из предусмотренных оснований. Им могут стать научные публикации, сведения из клинических рекомендаций или собственные материалы производителя, включая результаты испытаний и наблюдений.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЕ ПРОГРАММЫ СУППЛЕМЕНТАЦИИ ДОБАВЛЯЮТ К ПРОДУКТУ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, РЕКОМЕНДАЦИИ И ЦИФРОВОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ. УРОВЕНЬ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ В ОТНОШЕНИИ СОСТАВА ПРИ ЭТОМ НЕ МЕНЯЕТСЯ: ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ СЕРВИСА НЕ ЗАМЕНЯЕТ ИССЛЕДОВАНИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНКРЕТНОГО ПРОДУКТА ДЛЯ КОНКРЕТНОГО ПОКАЗАНИЯ.

**Сергей Аренс, основатель Vitamate**, приводит пример персонализированного саше с БАДами. Документов на каждую добавку недостаточно: готовой комбинации требуется отдельная сертификация. Этот пример показывает два самостоятельных требования. Производитель должен подтвердить безопасность и законность оборота итоговой формы, а заявленная медицинская польза требует собственной доказательной базы.

Регулирование сегмента развивается по двум направлениям. Контроль происхождения, состава и законности оборота становится строже. Порядок оценки клинической пользы и перехода от врачебного назначения к клиническим рекомендациям пока формируется.

# 4.5. НОВЫЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ И ОЦЕНКА БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

С 1 сентября 2026 года появляются специальности **врача медицины здорового долголетия и врача-нутрициолога**. Одновременно **реформируется система Центров здоровья – они трансформируются в Центры медицины здорового долголетия**, куда взрослый человек может обратиться для оценки факторов риска. Федеральный проект «Продолжительная и активная жизнь» предусматривает 200 таких центров с расширенной диагностикой.

**Дмитрий Корсунский, научный сотрудник, врач-методист ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России**, описывает ещё одно изменение. Центры должны наблюдать людей с факторами риска ХНИЗ, даже если заболевания пока нет. После первичного консультирования человек возвращается через три или шесть месяцев, чтобы врач оценил выполнение программы и скорректировал её. Для профилактики это важнее разового расширения панели анализов.

Новая специальность должна оценивать биологический возраст, но единого метода пока нет. Разные коммерческие тесты дают одному человеку разные результаты. Будущий стандарт создаст спрос на одни продукты и может закрыть путь другим.

**Российское исследование RUSS-AGE РГНКЦ РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России** разрабатывает калькулятор биологического возраста по биохимическим, когнитивным и другим показателям на основе данных российской популяции, что позволит в том числе определить мишени для потенциальных геропротективных вмешательств. Это продолжающееся исследование – крупнейшее по изучению биомаркеров старения в России.

«ТРАНСЛЯЦИОННАЯ КЛИНИКА МЕДИЦИНЫ ДОЛГОЛЕТИЯ» (TCL) ПРИ РГНКЦ УЖЕ ИСПОЛЬЗУЕТ НАРАБОТКИ ИССЛЕДОВАНИЯ В РАМКАХ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИМЕНЯЕТ ДЕСЯТЬ ОРИГИНАЛЬНЫХ «ЧАСОВ СТАРЕНИЯ», КОТОРЫЕ ПОМОГАЮТ ОЦЕНИТЬ ТЕМП СТАРЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ.

На II Форуме «Россия и мир: тренды здорового долголетия» **министр здравоохранения Михаил Мурашко** сформулировал задачу как необходимость «сдвинуть вправо по шкале жизни» возраст наступления возраст-ассоциированных заболеваний: целевым результатом названа отсрочка заболеваемости, а не снижение смертности. Отсрочку первого заболевания можно измерить в течение нескольких лет на определённой группе. Изменение показателей смертности требует намного более длительного наблюдения. Поэтому первый показатель прозрачнее для оценки целевых показателей различных государственных программ.

## 4.6. НАЛОГОВЫЕ СТИМУЛЫ: МЕХАНИЗМ ЕСТЬ У ГРАЖДАНИНА, НО НЕ У РАБОТОДАТЕЛЯ

Налоговые стимулы по-разному влияют на спрос со стороны граждан и работодателей. По итогам 2024 года сумма социальных вычетов за физкультурно-оздоровительные услуги достигла 8 млрд рублей, увеличившись за год на 70%. С 2025 года действует стандартный налоговый вычет за сдачу нормативов ГТО. Для его получения необходимо пройти диспансеризацию в том же календарном году. Таким образом государство связывает снижение НДФЛ с физической активностью и профилактическим обследованием.

Формальное право на вычет ещё не делает его массовым и удобным инструментом. Гражданину необходимо подтвердить соблюдение установленных условий и оформить документы. Если вычет оформляется через работодателя, это превращается в дополнительную задачу для отдела бухгалтерии. Выгоду при этом получает сотрудник, а у компании нет собственного финансового стимула помогать с оформлением. По наблюдениям участников рынка, дополнительные процедуры снижают практическую востребованность механизма, особенно если ожидаемый возврат невелик.

ДЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ СОПОСТАВИМОЙ ЛЬГОТЫ В ОТНОШЕНИИ КОРПОРАТИВНЫХ ПРОГРАММ БЛАГОПОЛУЧИЯ НЕТ. ПРИ СОБЛЮДЕНИИ УСТАНОВЛЕННЫХ УСЛОВИЙ РАСХОДЫ НА ДМС МОЖНО УЧИТЫВАТЬ ПРИ РАСЧЁТЕ НАЛОГА НА ПРИБЫЛЬ. ЗАТРАТЫ НА СПОРТ, ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ПОДДЕРЖКУ И ПРОГРАММЫ ПИТАНИЯ НЕ ИМЕЮТ ТАКОГО ЖЕ ПОНЯТНОГО И УНИВЕРСАЛЬНОГО НАЛОГОВОГО РЕЖИМА.

Расширение льготы обсуждается с законодателями. Участники рынка ориентируются на 2027 год, но решения пока нет.

“МЫ НЕ ПЕРВЫЙ ГОД ПРОДВИГАЕМ ИДЕЮ: ЗАТРАТЫ РАБОТОДАТЕЛЯ НА ПРОФИЛАКТИКУ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СОТРУДНИКОВ ДОЛЖНЫ УМЕНЬШАТЬ НАЛОГОВУЮ НАГРУЗКУ. ДМС-ПОЛИС, НАПРИМЕР, ПОЗВОЛЯЕТ СНИЖАТЬ НАЛОГ, РАБОТОДАТЕЛЬ ОЧЕНЬ ЛЮБИТ ЭТУ ЛЬГОТУ. А ПО СПОРТУ, ПСИХОЛОГИИ, ПРОГРАММАМ ПРАВИЛЬНОГО ПИТАНИЯ ТАК НЕ СДЕЛАЕШЬ. ВОТ ЭТО БЫЛО БЫ ДРАЙВЕРОМ ДЛЯ КОРПОРАТИВНЫХ ПРОГРАММ БЛАГОПОЛУЧИЯ”

**ДМИТРИЙ КИВЕНКО**

основатель well-being-платформы «Кросслайф»

# 4.7. КАЛЕНДАРЬ ДО 2030 ГОДА: ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРИЕНТИРЫ ДЛЯ РЫНКА

Плановые даты и целевые значения из паспортов национальных проектов, приказов Минздрава и дорожной карты «Хелснет» НТИ.

Государственные ориентиры создают спрос разными способами. Самые прямые рыночные сигналы связаны с уже предусмотренными закупками и оплатой: оснащением центров здоровья и эндокринологических подразделений, обучением в школах диабета по ОМС и централизованной закупкой систем НМГ.

Диспансеризация на рабочем месте расширяет объём государственного профилактического канала, но не гарантирует контракт частному поставщику. Новые должности и специальности формируют кадровую основу, однако пока не сопровождаются отдельной услугой или тарифом. Показатель доли граждан, ведущих здоровый образ жизни, характеризует ожидаемый общественный результат и не может использоваться как оценка потенциальной аудитории рынка.

Октябрьские требования к продаже БАД действуют иначе: они не расширяют спрос, а меняют условия доступа к маркетплейсам и сокращают пространство для незарегистрированной продукции.

| СРОК / ПЕРИОД | ЧТО ПРОИСХОДИТ | ЧТО ЭТО ОТКРЫВАЕТ ИЛИ ЗАКРЫВАЕТ |
|---|---|---|
| 2025-2030 годы | В рамках федерального проекта «Здоровье для каждого» планируется организовать 200 новых центров здоровья для взрослых и оснастить или дооснастить ещё 470 центров. | Возникает государственный закупочный канал для диагностического оборудования. Приказ Минздрава № 183нпредусматривает, в частности, спирометры, биоимпедансметры, тонометры, экспресс-анализаторы глюкозы и анализаторы оксида углерода в выдыхаемом воздухе. |
| 2025-2030 годы | Федеральный проект «Борьба с сахарным диабетом»предусматривает обучение в школах диабета не менее 820 тысяч пациентов ежегодно. К 2030 году обучение должны проходить 33% пациентов с диабетом первого и второго типов. Планируется также оснастить 262 региональных и межрайонных эндокринологических подразделения. | Формируется устойчивый государственный спрос на оборудование эндокринологических центров, средства самоконтроля и образовательные программы. В 2026 году комплексное посещение школы диабета оплачивается по ОМС вне подушевого норматива, но конкретный тариф устанавливает регион. |
| С 1 января 2026 года | Социальный вычет за физкультурно-оздоровительные услуги распространён на расходы взрослых детей за родителей, которым назначена пенсия. Изменение внесено Федеральным законом № 425-ФЗ. На супругов расширение не распространяется. | Расширяется семейный спрос на фитнес-услуги. Механизм стимулирует гражданина, который оплачивает услугу, но не создаёт налоговой льготы для работодателя. |
| С 1 июля 2026 года | Постановление Правительства РФ № 737 централизует закупки систем непрерывного мониторинга глюкозы для детей с диабетом первого типа и беременных женщин с диабетом. | Создаётся централизованный канал государственных закупок сенсоров, передатчиков, приёмников и других компонентов НМГ. Это не обычный тариф ОМС: устройства приобретаются через целевое бюджетное финансирование и государственные закупки. |
| 1 сентября 2026 года | Вступают в силу приказ № 434н, вводящий должность врача по медицине здорового долголетия, приказ № 435н, включающий «Нутрициологию» в номенклатуру медицинских специальностей, и приказ № 436н, устанавливающий квалификационные требования. | Формируется кадровый и образовательный контур для новых направлений. Приказы не устанавливают отдельную медицинскую услугу, тариф или единый стандарт оценки биологического возраста, поэтому сами по себе ещё не создают гарантированный платёжеспособный спрос. |
| 1 октября 2026 года | Вступает в силу запрет на размещение на маркетплейсах БАД, которые подлежат государственной регистрации, но не прошли её. Требования закреплены Федеральнымзаконом № 289-ФЗ и Федеральным законом № 290-ФЗ. | Маркетплейс-канал закрывается для незарегистрированной продукции. Для легальных производителей усиливается значение государственной регистрации, маркировки и прослеживаемости товара. |
| К 2030 году | Число граждан, проходящих диспансеризацию или профилактический осмотр на рабочем месте, планируется увеличить с 1,9 млн по итогам 2025 года до почти 6 млн человек. | Расширяется государственно поддерживаемый канал выездных и корпоративных обследований. Показатель характеризует охват, но не закрепляет конкретный объём закупок у частных поставщиков. |
| К 2030 году | Не менее 70% пациентов с ХНИЗ, уже состоящих на диспансерном наблюдении у участкового терапевта, должны получить необходимые услуги в течение отчётного периода. Показатель установлен национальным проектом «Продолжительная и активная жизнь». | У регионов появляется измеряемое обязательство по фактическому оказанию услуг. Это создаёт спрос на инструменты учёта, дистанционного наблюдения, работы с приверженностью и возврата пациента в медицинский маршрут. |
| К 2030 году | Системами непрерывного мониторинга глюкозы должны пользоваться 85% нуждающихся пациентов с диабетом первого типа, находящихся под диспансерным наблюдением. Цель установлена федеральным проектом «Борьба с сахарным диабетом». | Возникает долгосрочный ориентир для производителей систем НМГ и расходных материалов. Фактический рынок зависит от требований к продукции, государственных закупок и регионального обеспечения. |
| К 2030 году | Долю граждан, ведущих здоровый образ жизни, планируется увеличить до 13,6%. | Это государственный показатель результата профилактической политики, а не оценка аудитории или обьёма рынка. Он задаёт направление программ, но не гарантирует спрос на конкретный продукт. |

# ВНЕДРЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

05

Клиника внедряет не технологию саму по себе, а новый порядок работы

Основные барьеры: отсутствие адекватной маршрутизации пациента после выявленного риска, сложная и дорогая интеграция, размыты зоны ответственности и оплаты

Результаты пилотов демонстрируют возможности продукта, но без контрольной группы не доказывают влияние на клинические исходы

После регистрации технология проходит несколько решений, которые часто ошибочно воспринимают как один допуск.

Даже полезный инструмент вначале повышает трудозатраты врача, пока не поменяется сам процесс.

Поэтому обучение и переходный период относятся к внедрению так же, как лицензия и интеграция.

> ВСЁ НОВОЕ ЧАСТО ВОСПРИНИМАЕТСЯ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ НАГРУЗКА, А НЕ КАК ПОЛЕЗНЫЙ ИНСТРУМЕНТ. ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩЕГО ВРАЧА ПОНАЧАЛУ ТАК И ЕСТЬ: НУЖНО НАУЧИТЬСЯ, ПРИВЫКНУТЬ И ПЕРЕСТРОИТЬ РАБОТУ. ПОЛЬЗА ПОЯВЛЯЕТСЯ НЕ В ПЕРВЫЙ ДЕНЬ

**ДМИТРИЙ КОРСУНСКИЙ**

научный сотрудник, врач-методист
НМИЦ ТПМ Минздрава России

| СТУПЕНЬ | ЧТО ДОЛЖНО ПРОИЗОЙТИ | ГДЕ ПУТЬ ОСТАНАВЛИВАЕТСЯ |
|---|---|---|
| Регистрация | подтверждены назначение, безопасность и характеристики изделия | продукт меняется быстрее регистрационного цикла |
| Публикация и профессиональное признание | результаты доступны врачам и профильному сообществу | испытание не показывает клиническую полезность в реальном процессе |
| Клиническая рекомендация | технология получает место в порядке помощи | сообщество не готово рекомендовать новое действие |
| Тариф или бюджет | определён плательщик и основание расхода | разрешение есть, фактического финансирования нет |
| Интеграция | сигнал появляется в рабочей системе врача | подключение разрушает экономику проекта |
| Обучение и регламент | команда понимает новую роль и ответственность | инструмент добавляет действия без изменения процесса |
| Ответственный за реакцию | назначены специалист, срок реакции и работа с выявленным риском | находка не конвертируется в эффективное действие |
| Повторная оценка | измерены решения, время и завершённые случаи | в рамках пилота оценивается только регистрации или число сигналов |

# 5.1. КТО ОТВЕЧАЕТ ЗА ПАЦИЕНТА МЕЖДУ ВИЗИТАМИ К ВРАЧУ?

Между приёмами пациент принимает лекарства, меняет диету и объем физической активности, измеряет давление или прекращает выполнять рекомендации. У клиники часто нет непрерывных данных о том, насколько пациент следует рекомендациям и что происходит между визитами к специалисту.  Равно как и не предусматривается, что кто-либо из медицинских специалистов будет отдельно разбирать этот поток данных.

**Наталия Сабанина** предлагает связывать каждый риск с основанием, приоритетом, ответственным специалистом и следующим действием.

> ДАННЫЕ ДОЛЖНЫ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО ПРЕВРАЩАТЬСЯ В СИГНАЛ, ОЦЕНКУ РИСКА, КЛИНИЧЕСКУЮ ГИПОТЕЗУ, ВРАЧЕБНОЕ РЕШЕНИЕ И ПЕРСОНАЛЬНЫЙ ПЛАН. ТОГДА РЕЗУЛЬТАТОМ СТАНОВИТСЯ НЕ ОТЧЁТ С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ, КОТОРЫЙ ЧЕЛОВЕК ЗАБЫВАЕТ ЧЕРЕЗ НЕДЕЛЮ, А ИСПОЛНЯЕМЫЙ КАЛЕНДАРЬ МЕДИЦИНСКИХ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ДЕЙСТВИЙ

**НАТАЛИЯ САБАНИНА**

эксперт Союза организаций, проводящих медосмотры «Развитие персонифицированной медицины»

Программа «ММЦ Профмедицина», которая включает цифровой сервис по поддержанию здоровья работников предприятий с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском, включает эксперта по здоровому образу жизни. Он разъясняет рекомендации и поддерживает мотивацию, а медицинские решения остаются за врачом.

В государственной профилактике начинает складываться сходный процесс. **Дмитрий Корсунский** рассказывает о диспансерном наблюдении людей с факторами риска развития ХНИЗ. После диспансеризации человек получает программу в центре здоровья и должен вернуться через три или шесть месяцев. Такой подход создаёт место для сопровождения ещё до диагноза, хотя практика пока слишком новая для оценки результата.

Дистанционный мониторинг гипертензии и диабета распределяет роли яснее. Прибор передаёт данные, медицинская команда реагирует, регион отвечает за охват, ОМС оплачивает услугу. Но это уже третичная профилактика. Для здорового человека нужен другой стимул и другой плательщик.

# 5.2. ПИЛОТ В КЛИНИКЕ

В рамках пилота клиника выбирает задачу и группу пациентов, проверяет статус продукта и интеграцию, заранее согласует показатели, затем оценивает эффективность изменения клинических решений, временные затраты и число завершённых случаев. Пилот заканчивается, когда согласованные показатели достигнуты: например, выросла выявляемость заболеваний, и это подтверждает, что решение улучшает процессы клиники. **Артём Магницкий, директор по развитию бизнеса «ТехЛАБ»**, компании-разработчика ИИ-платформы Galenos.AI, связывает разброс цен на интеграцию с отсутствием единого профиля подключения: сколько разработчиков МИС, столько и вариантов подключения к СППВР. По опыту компании, стоимость интеграции иногда достигает цены самого решения или превышает её. Без единых интеграционных профилей заказчик остаётся зависим от цен, которые диктует разработчик МИС.

Проблема не решается на уровне одного разработчика: сколько МИС, столько и переговоров, и в цену это не заложить.

Здесь есть пространство для регулятора: единый интеграционный профиль избавил бы каждого разработчика СППВР от необходимости договариваться отдельно с каждым МИС. Иначе клинически работоспособный продукт проигрывает ещё до того, как врач впервые его откроет.

## 5.3. ДАННЫЕ НОСИМОГО УСТРОЙСТВА

Показатель, полученный от потребительского устройства, не становится медицинским автоматически. Клиника должна знать точность измерения, происхождение данных и допустимое действие при отклонении. Медицинское назначение требует регистрационного удостоверения.

Даже зарегистрированный прибор не решает задачу целиком. **Дмитрий Корсунский** обращает внимание на объём данных и необходимость интерпретирующей системы-посредника.

Такой посредник меняет продукт. Клиника должна получить передачу показателя вместе с правилами срабатывания сигнала, определения приоритета и последующего действия.

> НИ ОДИН ВРАЧ НЕ СМОЖЕТ ПРОСМОТРЕТЬ НЕПРЕРЫВНЫЕ РЯДЫ НЕСКОЛЬКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДАЖЕ У ПЯТИ-ДЕСЯТИ ПАЦИЕНТОВ. НУЖНА АНАЛИТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА, КОТОРАЯ ОБРАБОТАЕТ И ИНТЕРПРЕТИРУЕТ ДАННЫЕ И ДАСТ ВРАЧУ РЕЗУЛЬТАТ, НА ОСНОВАНИИ КОТОРОГО МОЖНО ПРИНЯТЬ КЛИНИЧЕСКОЕ РЕШЕНИЕ

**ДМИТРИЙ КОРСУНСКИЙ**

научный сотрудник, врач-методист
НМИЦ ТПМ Минздрава России

**Антон Владзимирский** считает число шагов полезным для самого человека, но не всегда диагностически значимым для врача. **Юлия Инчина**, лидер запуска новых клиник сети «Клиника Фомина», медиа-партнер Дмитрия Фомина, отмечает, что разные часы и браслеты дают несопоставимые ряды. До валидации они остаются контекстом.

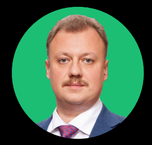
Работодатель видит только обезличенную информацию о группе. Диагнозы, история болезни, генетические сведения и исходные показатели остаются в медицинской системе. **Наталия Сабанина** подчёркивает, что генетические данные косвенно характеризуют и родственников, поэтому простого обезличивания может быть недостаточно.

> ЕСЛИ ОДИН ПАЦИЕНТ ИСПОЛЬЗУЕТ WHOOP, А ДРУГОЙ GARMIN, РАЗЛИЧАТЬСЯ МОГУТ И ЗНАЧЕНИЯ, И САМИ НАБОРЫ МЕТРИК. МЫ РАЗРАБАТЫВАЕМ СОБСТВЕННЫЙ ЕДИНЫЙ ИНДЕКС ЗДОРОВЬЯ, СЕЙЧАС ЭТО ГИПОТЕЗА: ИНДЕКС ПЛАНИРУЕТСЯ СФОРМИРОВАТЬ НА ОСНОВЕ УЖЕ ДОКАЗАННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ДАННЫХ НОСИМЫХ УСТРОЙСТВ, ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. СОПОСТАВЛЯТЬ ДАННЫЕ РАЗНЫХ УСТРОЙСТВ КОРРЕКТНО ТОЛЬКО ПО СКВОЗНЫМ МЕТРИКАМ — ТАКИМ КАК ВСР, СКОРОСТЬ ХОДЬБЫ, ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ, ПУЛЬС, ИНОГДА СОН.

**ЮЛИЯ ИНЧИНА**

лидер маркетингового запуска новых клиник
DOFOMIN GROUP

ВОПРОС В ТОМ, ЕСТЬ ЛИ КАКОЙ-ТО ПАРАМЕТР, ИЗМЕРЯЕМЫЙ НОСИМЫМ УСТРОЙСТВОМ, КОТОРЫЙ МОЖНО ПОНЯТНЫМ ОБРАЗОМ СВЯЗАТЬ С СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ ОРГАНИЗМА, С КОНКРЕТНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ИЛИ ОТКЛОНЕНИЕМ. ЕСЛИ МЫ ПРОСТО СЧИТАЕМ КАЛОРИИ, ЧТО ЭТО ДАЕТ ВРАЧУ? ЕШЬТЕ МЕНЬШЕ ЖИРНОГО, ПЕЙТЕ БОЛЬШЕ ВОДЫ – САМООЧЕВИДНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ: ВРАЧУ ИХ ДАВАТЬ СКУЧНО, ПАЦИЕНТУ БЕЗРАЗЛИЧНО. СЕЙЧАС ЕСТЬ ИНТЕРЕСНЫЕ НОСИМЫЕ УСТРОЙСТВА, КОТОРЫЕ ПОЗВОЛЯЮТ ФИКСИРОВАТЬ ОДНОКАНАЛЬНУЮ ЭКГ И СКРИНИРОВАТЬ ОТДЕЛЬНЫЕ ТИПЫ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА. ВОТ ЭТО ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ХОРОШАЯ ИСТОРИЯ: ПОНЯТНО, ЧТО ЭТО ЗА НАХОДКА И КАК ЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДАЛЬШЕ. ЭТО ДАЖЕ НЕ ИИ, А ПРОСТО ГРАМОТНАЯ МАТЕМАТИКА, АЛГОРИТМ, КОТОРЫЙ ПРАВИЛЬНЫМ ОБРАЗОМ ЛОВИТ ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ЗАВИСИМОСТИ.



**АНТОН ВЛАДЗИМИРСКИЙ**

заместитель директора по научной работе
Центра диагностики и телемедицины

# 5.4. ГДЕ ПРОГРАММНЫЙ ПРОДУКТ МЕНЯЕТ ОБЪЁМ РАБОТЫ

Экономия появляется лишь в той ситуации, если технология действительно сокращает объем «ручных» операций или позволяет команде безопасно обрабатывать больший входящий поток данных – будь то анализ медицинских изображений или суммаризация историй болезни в ЭМК пациентов. **Если же прежний базовый процесс сохраняется, а к нему добавляется еще и проверка алерта, сгенерированного ПО, экономии не просто не возникает – нагрузка может, напротив, вырасти.**

**Надежда Рукавицына** проводит границу по фактическому изменению процесса. Второе мнение не сокращает время врача и потому не создаёт экономии. Она появляется там, где участие человека действительно можно свести к минимуму без снижения уровня безопасности.

Объём найденных рисков в прогнозной аналитике по электронной медкарте важен, но сам по себе мало что дает: ведущую роль играют изменение маршрутизации и число завершённых случаев. Компания «ТехЛАБ», разработчик ИИ-платформы Galenos.AI, сообщает, что среди пациентов, направляемых врачами первичного звена в онкологическую службу подтверждение диагноза получает в среднем один пациент из десяти, а внедрение ИИ-скрининга увеличило этот показатель до трёх из десяти. Это данные компании без контрольной группы: они показывают формирование более целевого потока обращений к узким специалистам и продуктивную онконастороженность, а значит, и более сбалансированную нагрузку на онкослужбы.

# 5.5. БАРЬЕРЫ ПО ЗНАЧИМОСТИ

Пилот, в рамках которого в качестве KPI выступает лишь учет количества находок, не показывает конверсии в реальный клинический результат и не ведет к реальной оптимизации клинических процессов.

ЭКОНОМИЯ ВОЗНИКАЕТ ТАМ, ГДЕ МЫ ГОТОВЫ ПОЛНОСТЬЮ ИСКЛЮЧИТЬ УЧАСТИЕ ЧЕЛОВЕКА ИЛИ СВЕСТИ ЕГО К МИНИМУМУ. В ЭТОМ СМЫСЛЕ «ВТОРОЕ МНЕНИЕ» ЭКОНОМИИ НЕ ДАЕТ, ПОТОМУ ЧТО ВРЕМЯ РАБОТЫ ВРАЧА НЕ СОКРАЩАЕТСЯ. МЫ С ВАМИ ЖИВЕМ В ОЧЕНЬ ИНТЕРЕСНОЕ ВРЕМЯ: СЕЙЧАС ПРОИСХОДИТ ПОИСК ЭТОГО БАЛАНСА, ВЫСТРАИВАНИЕ СИСТЕМЫ. ВЕДЬ ПОМИМО ЭКОНОМИЧЕСКИХ ЗАДАЧ, ТАКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ РЕШАЮТ И ЗАДАЧИ КЛИНИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ. ЕСЛИ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИИ-ПРИЛОЖЕНИЯ СНИЖАЕТ КАКОЙ-ТО ПРОЦЕНТ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК, УЛУЧШАЕТ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ЛПУ ГОТОВО ПЛАТИТЬ ЗА НЕГО. СЕЙЧАС ПОЯВЛЯЕТСЯ ОГРОМНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЦИФРОВЫХ ПРИБОРОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ С УЖЕ ПРЕДУСТАНОВЛЕННЫМ ИИ-АНАЛИЗАТОРОМ, НАПРИМЕР, ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОСКОПИИ, КОЛОНОСКОПИИ В ЧАСТНОСТИ. И ВРАЧИ ПОСТЕПЕННО К ЭТОМУ ПРИВЫКАЮТ, МОЛОДЫЕ СПЕЦИАЛИСТЫ БЫСТРЕЕ ОБУЧАЮТСЯ. С ДРУГОЙ СТОРОНЫ, ПЕРИОДИЧЕСКИ НА КОНФЕРЕНЦИЯХ МЫ СЛЫШИМ, ЧТО БЫВАЕТ И ОБРАТНЫЙ ЭФФЕКТ, ТАК КАК МОЖЕТ НЕСКОЛЬКО СНИЖАТЬСЯ КВАЛИФИКАЦИЯ МЕДИКОВ, В СИЛУ ТОГО ЧТО ОНИ УЖЕ НЕ ЧУВСТВУЮТ ПРЕЖНЕЙ СТЕПЕНИ ОТВЕТСТВЕННОСТИ, НЕ ВКЛЮЧАЮТСЯ В ПРОЦЕСС, РАЗ ИИ ВСЕ РАВНО ПОДСКАЖЕТ.

**НАДЕЖДА РУКАВИЦЫНА**

руководитель отдела поддержки инноваций
и информационных технологий ЦЭККМП Минздрава России

| ПРИОРИТЕТ | БАРЬЕР | КАК ПРОВЕРИТЬ ДО ПИЛОТА |
|---|---|---|
| 1 | Нет ответственного за действие после находки | определить специалиста, срок реакции и механизм закрытия случая |
| 2 | Нет плательщика или тарифа | определить бюджет и основание оплаты до интеграции |
| 3 | Не доказана клиническая полезность | показать, какое клиническое решение изменится и на основе каких данных |
| 4 | Интеграция разрушает экономику | оценить стоимость подключения, поддержки и обновлений |
| 5 | Неясна ответственность врача и алгоритма | утвердить регламент проверки и документирования решения |
| 6 | Данные несопоставимы или недостаточно защищены | проверить источник, точность, согласия и права доступа |
| 7 | Пользователь прекращает действие | запланировать сопровождение и контрольные точки |

# ПОЛЬЗОВАТЕЛЬСКИЙ СПРОС И B2C-СЕГМЕНТ

06

Люди покупают не абстрактную «превентивную медицину», а решение конкретной задачи здесь и сейчас: проверить определенный риск, восстановить сон или физическую форму, сохранить работоспособность, проконтролировать показатель или помочь близкому

Разовую продажу создаёт первоначальный запрос. Повторную выручку — новая ценность после первой покупки: это может быть понятная интерпретация результатов, измеримый прогресс, контроль в динамике, геймификация, социальное подкрепление или врачебное сопровождение

Пользователь, инициатор и плательщик часто не совпадают. Эта разница определяет и продукт, и коммуникацию, и способ монетизации

Потребительский рынок объединяет продукты с разной логикой покупки. Лабораторный анализ или генетический тест дают результат после одного обращения. Носимое устройство продаётся как товар, но должно оставаться полезным после первых недель использования. Подписка требует регулярной оплаты, а длительная клиническая программа — ещё и времени пациента. Поэтому интерес к здоровью сам по себе мало говорит об устойчивости спроса: важнее, какой запрос приводит человека в продукт и зачем ему возвращаться.

# 6.1. С КАКИМ ЗАПРОСОМ ПРИХОДИТ ЧЕЛОВЕК

Согласно данным исследования Wellbeing Review 2026 от РБК × T-Private, улучшить здоровье хотели 53% опрошенных жителей крупных российских городов. Одновременно 44% относили платные приложения с медитациями и онлайн-тренировками к бесполезным расходам. Эти ответы показывают разрыв между интересом к теме и ценностью конкретного платного формата. В то же время они не складываются в универсальный портрет: параметры выборки респондентов в публикации не раскрыты, а разные продукты нужны людям в разные моменты жизни.

| ПРОДУКТ | БЛИЗКИЙ ЗАПРОС | КТО РЕШАЕТ И ПЛАТИТ | ОТКУДА БЕРЁТСЯ ПОВТОРНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ |
|---|---|---|---|
| Лабораторный профиль или чекап | Проверить риск, самочувствие или отдельный показатель | Обычно сам человек; врач или близкий может быть инициатором | Ежегодная проверка либо контроль показателя после назначения |
| Носимое устройство или приложение | Вес, сон, активность, стресс | Обычно сам пользователь | Понятная динамика, рекомендации и небольшие цели |
| Нутрицевтики | Предпринять понятное действие после рекомендации или результата анализа | Сам человек; врач или консультант может влиять на выбор | Ограниченный курс, повторный контроль или регулярная доставка |
| Потребительская генетика | Узнать индивидуальные особенности и риски | Сам человек или врач | Консультация и переинтерпретация ранее полученных данных |
| Длительная клиническая программа | Сохранить энергию и работоспособность, управлять рисками | Сам пользователь; точечно компания | Контакт с врачом, пересмотр плана и измерение результата |
| Сервис для старшего человека | Сохранить самостоятельность, решить бытовую или медицинскую задачу | Пользователь, взрослый ребёнок или государство | Польза для старшего человека и понятная обратная связь плательщику |

Карта собрана по данным интервью с Ариной Тертышной (ГК «МЕДСИ»), Дмитрием Тачкиным (HEALBE), Дмитрием Тыртовым (GMS Clinic), Юлией Инчиной (Клиника Фомина), Марией Козловой (ИНВИТРО), Дмитрием Медведевым («ММЦ Профмедицина»), Антоном Просекиным (Iskra Ventures).

Интервью с участниками рынка показывают более прикладную картину. Пользователь приходит с конкретным запросом, а не с намерением «заняться превентивной медициной».

ЖЕНЩИНЫ СРЕДНЕГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЧАСТО ОКАЗЫВАЮТСЯ ПОКУПАТЕЛЯМИ ПРОГРАММ ЗДОРОВЬЯ И РЕШЕНИЙ ДЛЯ СЕМЬИ; ИНТЕРВЬЮ МЕДСИ, HEALBE И «ИНВИТРО» ПОКАЗЫВАЮТ ЭТО В АУДИТОРИИ КОНКРЕТНЫХ КОМПАНИЙ. ОДНАКО ТОТ ЖЕ РЫНОК ВКЛЮЧАЕТ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ С ЗАПРОСОМ НА УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА СНА И РАБОТОСПОСОБНОСТИ, ПОКУПАТЕЛЕЙ ЕЖЕГОДНЫХ ЧЕКАПОВ, ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ГАДЖЕТОВ И ВЗРОСЛЫХ ДЕТЕЙ, ОПЛАЧИВАЮЩИХ УСЛУГИ РОДИТЕЛЯМ. СОБИРАТЬ ИХ В ЕДИНЫЙ ПОРТРЕТ ОЗНАЧАЛО БЫ СКРЫТЬ РАЗНЫЕ ПРИЧИНЫ ПОКУПКИ.

Внутренние данные медицинской компании **СберЗдоровье** уточняют профиль уже состоявшихся покупателей чекапов. В 2025 году 57% покупок приходилось на женщин и 43% — на мужчин; пик спроса наблюдался в группе 35–44 лет, заметная активность — также в группах 25–34 и 45–60 лет.

# 6.2. ПОЧЕМУ РАЗОВУЮ УСЛУГУ ПРОДАТЬ ЛЕГЧЕ

Разовая покупка подразумевает завершённое действие. Человек сдал анализ, приобрел носимое устройство, умный трекер или прошел чекап. Длительное сопровождение требует серии повторных решений. После первого шага первоначальная мотивация ослабевает, и каждый следующий контакт должен заново подтверждать ценность продукта для пользователя.

Опросы помогают увидеть препятствия для первого шага. В российском Wellbeing Review2026 среди барьеров назывались финансовые ограничения, нехватка времени и мотивации. В международном исследовании NielsenIQ, проведённом почти среди 19 тыс. взрослых потребителей в 19 странах (респонденты из России не представлены), стоимость более здорового выбора отметили 54%, сложность найти подходящую альтернативу — 31%, нехватку времени — 26%, мотивации и доверия — по 25%.

В опросе ИЦ «Хелснет» НТИ и Союза «Здоровье здоровых» респонденты отметили, что самую большую роль в сохранении здоровья и профилактике играет личная ответственность — на это указали 78% участников. Среди других важных факторов называли экономические стимулы (27%), а также информирование (24%).

ОДНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНО. ЗНАНИЕ НЕ ПРЕВРАЩАЕТСЯ В ПОКУПКУ И ДЕЙСТВИЕ, ЕСЛИ ПРОДУКТ ДОРОГ, НЕДОСТУПЕН РЯДОМ, ТРЕБУЕТ МНОГО ВРЕМЕНИ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИЛИ НЕ ВЫЗЫВАЕТ ДОВЕРИЯ. НО И СНИЖЕНИЕ ЦЕНЫ НЕ РЕШАЕТ ПРОБЛЕМУ УДЕРЖАНИЯ: ПОСЛЕ ПЕРВОЙ ПОКУПКИ ЧЕЛОВЕКУ ВСЁ РАВНО НУЖНЫ ПОНЯТНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ И ПРИЧИНА ПРОДОЛЖАТЬ.

Отдаленный эффект профилактики плохо удерживает подписку. Здоровый человек платит за наблюдение сегодня, а болезнь, которую он пытается предотвратить, может проявиться через десятилетия. **Антон Владзимирский, заместитель директора по научной работе Центра диагностики и телемедицины ДЗМ**, описывает этот конфликт просто.

“

ВОЗЬМЁМ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА 29 ЛЕТ. ВОЗМОЖНО, КОГДА-НИБУДЬ С ВОЗРАСТОМ У НЕГО ПОЯВИТСЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ. НО ДОЛЖЕН ЛИ ОН 30 ЛЕТ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРИЛОЖЕНИЕМ В ОЖИДАНИИ ИНФАРКТА? ВЕДЬ ЭТОГО МОЖЕТ И НЕ ПРОИЗОЙТИ

”

**АНТОН ВЛАДЗИМИРСКИЙ**

заместитель директора по научной работе Центра диагностики и телемедицины

Подписным моделям приходится создавать промежуточный результат — улучшение сна, достижение цели по активности, контроль веса или видимое изменение других показателей.

| МОДЕЛЬ | ЧТО ПОКУПАЕТ ЧЕЛОВЕК | ЧТО ПОДДЕРЖИВАЕТ ПОВТОРНУЮ ОПЛАТУ |
|---|---|---|
| **Разовая покупка** | Тест, чекап, устройство, упаковку продукта | Новый запрос или понятный календарь повторения |
| **Повторное измерение** | Сравнение с предыдущим результатом | Клиническая задача или контроль эффекта |
| **Сопровождение** | Регулярную помощь в выполнении плана | Обратная связь, измеримый прогресс, врач или социальная среда |

КАЖДОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ СО СМАРТ-ЧАСОВ – ЭТО ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ ВИЗИТ К ВРАЧУ. ЕСЛИ В СИСТЕМЕ НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО, КТО И КАК ОБРАБАТЫВАЕТ ТАКИЕ СИГНАЛЫ, ГАДЖЕТЫ БУДУТ ГЕНЕРИРОВАТЬ НЕ РАННЮЮ ДИАГНОСТИКУ, А ОЧЕРЕДИ НА ЭКГ И ТРЕВОГУ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ. ТАК ЧТО ЕСЛИ ГОВОРИТЬ ПРО КАКИЕ-ТО РЕАЛИСТИЧНЫЕ СЦЕНАРИИ ВНЕДРЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ ГАДЖЕТОВ В СИСТЕМУ МАССОВОЙ ПРЕВЕНЦИИ И ЗОЖ, ТО ЗДЕСЬ СТОИТ ПРИСМОТРЕТЬСЯ К ОПЫТУ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАХОВЩИКОВ, КОТОРЫЕ ПООЩРЯЮТ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ЗА АКТИВНОСТЬ, ПОДТВЕРЖДЕННУЮ ДЕВАЙСОМ. У СТРАХОВОЙ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРЯМОЙ ИНТЕРЕС И ИНСТРУМЕНТ – КОМПЕНСАЦИЯ ЗА ЗОЖ. ДЛЯ РОССИИ ЭТО МОЖЕТ БЫТЬ БОЛЕЕ РЕАЛИСТИЧНЫЙ ПУТЬ МАССОВО И С ПОЛЬЗОЙ ВНЕДРИТЬ ГАДЖЕТЫ В РУТИНУ, ЧЕМ ОЖИДАНИЕ, ЧТО ОНИ КОГДА-ТО СТАНУТ МЕДИЗДЕЛИЯМИ ИЛИ ВОЙДУТ В КАКОЙ-ТО ЭПР. БЕЗ ПЛАТЕЛЬЩИКА ИСТОРИЯ С НОСИМЫМИ УСТРОЙСТВАМИ ОСТАЕТСЯ УДЕЛОМ ЭНТУЗИАСТОВ.

**МАРИЯ ГАЛЯМОВА**

руководитель ИЦ «Хелснет» НТИ

# 6.3. НАСКОЛЬКО ЭФФЕКТИВНЫ БЕСПЛАТНЫЕ МЕРЫ: КЕЙС «МОСКОВСКОГО ДОЛГОЛЕТИЯ»

Человек может не пользоваться бесплатной возможностью, если она не встроена в его представление о себе и повседневный ритм жизни. «Московское долголетие» позволяет рассмотреть этот механизм на массовой программе.

До запуска проекта в 2018 году бесплатные занятия для старшей аудитории уже существовали в библиотеках и домах культуры, но массового спроса не создавали. Новая программа собрала их под единым брендом, упростила запись, повысила качество площадок и сервиса, а также предложила выбор в пешей доступности и задала повторяющийся недельный ритм.

Сформированное предложение создало спрос: после первого года число регулярно занимающихся москвичей старшего возраста выросло в 37 раз. Сейчас в проекте регулярно участвуют около 300 тысяч человек при городской аудитории примерно 3,1 млн человек 55+.

При этом барьеры для расширения текущей активной базы участников проекта сохраняются — команда исследует их и находит новые подходы под разные сегменты аудитории.

**Владимир Филиппов, заместитель руководителя Департамента труда и социальной защиты населения Москвы,** связывает важную роль участия гражданина в «Московском долголетии» с сохранением субъектности после выхода на пенсию: человеку часто нужен календарь, включенность в жизнь и связи с людьми, план на день и следующую неделю. **Антон Горбань, эксперт по инновациям и управлению продуктом** описывает в том числе барьер идентичности и текущий подход к развитию проекта.

ЧАСТЬ ЦЕЛЕВОЙ АУДИТОРИИ, КОТОРАЯ ПОКА НЕ В ПРОЕКТЕ, СЧИТАЮТ, ЧТО ПОЙТИ В «МОСКОВСКОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ» — ЭТО ПРИЗНАТЬСЯ, ЧТО ТЫ СТАРЫЙ. ИНОГДА ЛЮДИ ХОТЯТ ЧТО-ТО НАЧАТЬ, НО ИМ КАЖЕТСЯ, ЧТО УЖЕ СЛИШКОМ ПОЗДНО: НЕУДОБНО, СТЫДНО. ТРУДНЕЕ ВСЕГО ДОСТУЧАТЬСЯ ДО МУЖЧИН, ЭТО МЕНЬШАЯ ЧАСТЬ АУДИТОРИИ, И ОБЫЧНО ИХ ПРИВОДИТ ЖЕНЩИНА. СТЕРЕОТИПЫ РАССЫПАЮТСЯ ОБЫЧНО ПОСЛЕ ПЕРВОГО ЖЕ ПОСЕЩЕНИЯ: СТИЛЬНЫЕ СОВРЕМЕННЫЕ ПРОСТРАНСТВА, НИКАКИХ УПОМИНАНИЙ СТАРОСТИ, МАССА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЗАНИМАТЬСЯ ИНТЕРЕСНЫМ И ПОЛЕЗНЫМ ДЛЯ СЕБЯ В КОМФОРТНОЙ ОБСТАНОВКЕ И ОКРУЖЕНИИ. МЫ СТАРАЕМСЯ ДЕЛАТЬ «МОСКОВСКОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ» НАСТОЯЩИМ ПРОДУКТОМ СО ВСЕМИ ПРОДУКТОВЫМИ МЕТРИКАМИ – ЗАНИМАЯСЬ И ВОВЛЕЧЕНИЕМ, И УДЕРЖАНИЕМ АУДИТОРИИ, СЕГМЕНТИРУЯ ЕЕ ПО РАЗНЫМ ПРИЗНАКАМ, СЛЕДИМ ЗА NPS И ТАК ДАЛЕЕ

**АНТОН ГОРБАНЬ**

«Московское долголетие»

| УСЛОВИЕ МАССОВОЙ ПРОГРАММЫ | КАК РЕАЛИЗОВАНО В «МОСКОВСКОМ ДОЛГОЛЕТИИ» | ЧТО МОЖЕТ ПЕРЕНЕСТИ ДРУГОЙ ОРГАНИЗАТОР |
|---|---|---|
| Доступность | бесплатные занятия рядом с домом и широкий выбор направлений | убрать цену, дорогу и сложную запись как первые препятствия |
| Дистрибуция | центры проекта, более тысячи партнеров, городские сервисы и направление врача | использовать несколько доверенных точек входа, а не одну рекламную кампанию |
| Повторяющийся ритм | календарь занятий, возможность запускатьсвои клубы по интересам | превращать рекомендацию в конкретное событие со временем и местом |
| Социальная среда | группа, новые знакомства, общие занятия, поддержкаи общение с персоналом | считать отношения и возвращение частью продукта |
| Персонализация | выбор по интересам; развитие рекомендаций по состоянию здоровья и предпочтениям каждого участника | соединять общее меню с личной траекторией |
| Метрики | количество новых участников, удержание и отток за периоды и по когортам, NPS, заполняемость локаций и др. | отделять регистрацию от возврата, самооценки состояния и выполненного действия |

Кейс показывает предел цифровой воронки: интерфейс помогает записаться, но удерживают человека попадание в персональные интересы, расписание, живое общение и ощущение своей  роли/субъектности в сообществе. Представители проекта отмечают также высокий спрос старшей аудитории на обучение работе с гаджетами и цифровыми сервисами. Технология здесь становится предметом освоения, а не входным барьером.

# 6.4. ЧТО УДЕРЖИВАЕТ ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ

В рамках нашего исследования мы выделяем четыре основных механизма удержания пользователя.

Автоматический сбор данных снижает количество ручных действий. Интерпретация отвечает на вопрос, что означает результат. Геймификация переводит общую рекомендацию в небольшую достижимую цель. Врач или консультант дают обратную связь и ожидание следующего шага.

| МЕХАНИЗМ | ЧТО МЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ | ОГРАНИЧЕНИЯ |
|---|---|---|
| **Автоматический сбор** | Не нужно постоянно вводить показатели вручную | Качество и сопоставимость данных устройств различаются |
| **Интерпретация** | Цифры превращаются в рекомендацию и следующий шаг | Медицинская интерпретация повышает себестоимость |
| **Геймификация** | Рекомендация становится маршрутом, серией целей или соревнованием с собой | Игровой подход не заменяет клиническую задачу |
| **Человек и социальная среда** | Появляются поддержка, обязательство и быстрый ответ | Модель требует времени специалиста или устойчивого сообщества |

**Лаборатория Lab4U** столкнулась с ограничениями подписной модели на собственном продукте Bionmax. Цифровой сервис создавался для физических лиц и должен был поддерживать работу пользователя с данными о здоровье и лабораторными исследованиями. Бесплатный период обеспечивал первый контакт, но аудитория редко конвертировалась в продление подписки. Компания репозиционировала продукт для B2B – адаптировала решение для страховщиков и корпоративных клиентов, а монетизацию стали обеспечивать дополнительные анализы, заказы на которые выполняла сама лаборатория.

**MyGenetics** тестировали другой формат. Их телеграм-бот «Нейроконсультант» объединяет интерпретацию результатов генетического теста, данные анкеты и контекст общения пользователя в формате диалога. По данным компании, сервис привлёк несколько тысяч пользователей, но аудитория, которая покупала подписки, росла медленно. Персонализация и привычный интерфейс помогли войти в продукт, объяснили ценность генетических тестов, однако сами по себе не создали регулярную потребность.

> ПОКУПКИ БЫЛИ, ВОВЛЕЧЁННОСТЬ БЫЛА ДОСТАТОЧНО ВЫСОКАЯ, НО ПОДПИСОЧНАЯ МОДЕЛЬ НЕ ОЧЕНЬ ХОРОШО РАБОТАЛА: ЛЮДИ НЕ ХОТЕЛИ ПЛАТИТЬ. КАК ТОЛЬКО БЕСПЛАТНЫЕ ПЕРИОДЫ ЗАКАНЧИВАЛИСЬ, ЛЮДИ УХОДИЛИ. В КАКОЙ-ТО МОМЕНТ МЫ РЕШИЛИ ПЕРЕФОРМАТИРОВАТЬ СЕРВИС ИЗ B2C В B2B И ПОЛНОСТЬЮ ПЕРЕДЕЛАЛИ ЕГО ПОД ЗАДАЧИ СТРАХОВЫХ КОМПАНИЙ. МЫ ЕГО МОНЕТИЗИРУЕМ ЧЕРЕЗ АНАЛИЗЫ

**АЛЕКСЕЙ ОБРАЗЦОВ**

генеральный директор Lab4U

Для носимых устройств ключевым становится объяснение показателей. Автоматически собранные данные о сне, активности или питании быстро теряют новизну, если пользователь не видит связи между цифрой и действием. **Дмитрий Тачкин из Healbe/BIOT** связывает отток с непониманием показателей.

**Дмитрий Корсунский из НМИЦ ТПМ** считает, что один из действительно работающих способов удержания пользователя — это геймификация. Например, маршрут по знакомому району, серия небольших ежедневных целей или соревнование с собой сильнее абстрактного совета «больше двигайтесь».

Стоит отметить, что международный систематический обзор 36 рандомизированных исследований, включивший 10 079 участников, показал лишь небольшое преимущество приложений с игровыми механиками в отношении физической активности и коррекции массы тела. Эффект при этом не распространялся на улучшение показателей артериального давления, уровня глюкозы и липидного профиля. Поэтому геймификация поддерживает понятную задачу, но не заменяет медицинское основание продукта.

> ЛЮДИ УХОДЯТ, ПОТОМУ ЧТО НЕ ПОНИМАЮТ, ЧТО ДЕЛАТЬ С ЦИФРАМИ, КОТОРЫЕ ПОКАЗЫВАЕТ ГАДЖЕТ. ДОЛЬШЕ ОСТАЮТСЯ ТЕ, У КОГО ЕСТЬ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ — ПОНЯТНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И СЛЕДУЮЩИЙ ШАГ

**ДМИТРИЙ ТАЧКИН**

операционный директор проекта BIOT,
заместитель генерального директора HEALBE

# 6.5. ЧЕКАПЫ И ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Современный чекап неправильно сводить к продаже набора анализов.

Например, в «ИНВИТРО» лабораторным профилем называют комплекс исследований, а чекапом — программу с приёмом врача и, в зависимости от объёма, повторной консультацией.

Расширенный скрининг без индивидуальных показаний представляет третью модель: он продаёт максимальную широту обследования, но увеличивает риск случайных находок.

| ФОРМАТ | ЧТО ПОЛУЧАЕТ ЧЕЛОВЕК | КОГДА ВОЗНИКАЕТ ПОВТОРНЫЙ СПРОС | ОГРАНИЧЕНИЕ |
|---|---|---|---|
| **Лабораторный профиль** | Набор показателей по конкретной задаче | Ежегодная проверка или контроль показателя | Результат может остаться без врачебной тактики |
| **Клинический чекап** | Исследования, интерпретацию и план дальнейших действий | Контроль эффекта и пересмотр риска | Нужна координация специалистов |
| **Расширенный скрининг без показаний** | Широкий поиск возможных отклонений | Дополнительные обследования после находок | Гипердиагностика и диагностический каскад |

По данным **«ИНВИТРО»**, около 10% входящего потока составляют люди, которые ежегодно проходят профилактическое обследование. Возвращаются также пациенты, контролирующие один показатель после выявленной проблемы или назначения. Основным плательщиком профилактических профилей остаётся сам человек: включение чекапа без клинического показания в ДМС представители компании называют редкой практикой.

LAB4U ОЦЕНИВАЕТ ДОЛЮ B2C-КЛИЕНТОВ БЕЗ НАПРАВЛЕНИЯ ВРАЧА ПРИМЕРНО В 40%. ОКОЛО 30% ОБЪЁМА ПРИХОДИТСЯ НА ГОТОВЫЕ КОМПЛЕКСЫ ИССЛЕДОВАНИЙ, А БОЛЕЕ ШИРОКУЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ АУДИТОРИЮ — КЛИЕНТОВ, КОТОРЫЕ НЕ РЕШАЮТ ТЕКУЩУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПРОБЛЕМУ, — КОМПАНИЯ ОЦЕНИВАЕТ В 30–45%.

По внутренним данным **СберЗдоровья**, число онлайн-приёмов с профилактической целью в 2025 году выросло на 61% к 2023-му, а количество базовых чекапов — на 130%. Лечебные онлайн-консультации за тот же период выросли на 40%. Однако на один чекап по-прежнему приходилось около 2,5 тысячи консультаций по поводу болезни.

“

АНАЛИЗЫ НЕ СУЩЕСТВУЮТ САМИ ПО СЕБЕ. МЫ ДОБАВЛЯЕМ В ЧЕКАПЫ КОНСУЛЬТАЦИЮ ВРАЧА, ПОТОМУ ЧТО ХОТИМ, ЧТОБЫ ПАЦИЕНТ ПОЛУЧИЛ ВЫВОД, А НЕ ПРОСТО ПОТРАТИЛ ДЕНЬГИ. ВАЖНА ВСЯ ЦЕПОЧКА: АНАЛИЗ — ВРАЧ — НАЗНАЧЕНИЕ — КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТА. ЭТОТ ЦИКЛ ВАЖЕН В КОНТЕКСТЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

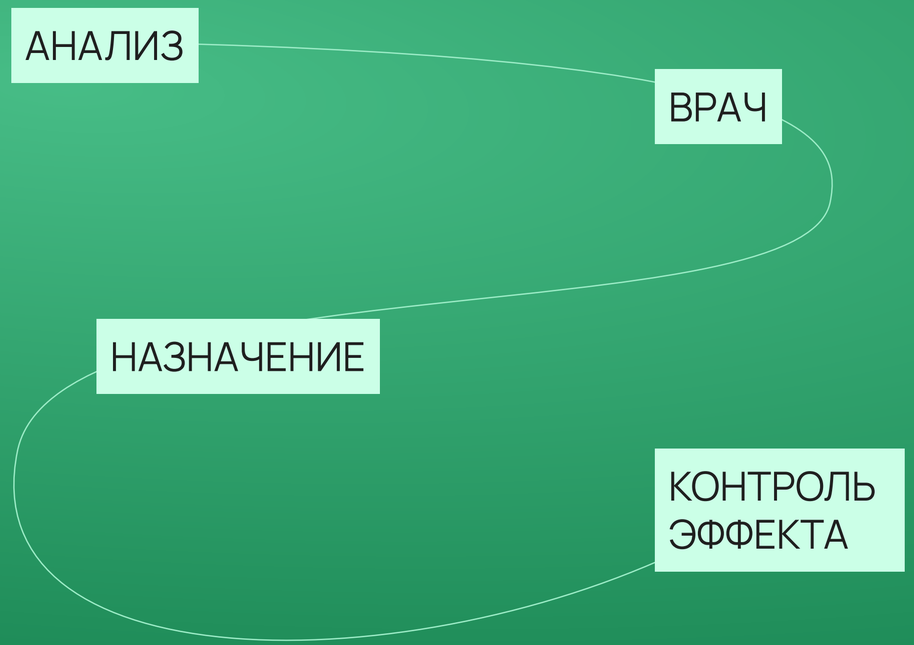
”

**МАРИЯ КОЗЛОВА**

директор департамента по продукту «ИНВИТРО»

Повторный спрос создаёт не количество исследований, а задача, которую нужно решить в динамике. Лаборатория может быть удобной точкой входа, однако после выявления отклонений в результатах исследований человеку нужен врач, назначение и контроль результата.

«ИНВИТРО» ФОРМУЛИРУЕТ ЗАВЕРШЁННЫЙ ЦИКЛ:




Санаторно-курортная инфраструктура продаёт программы стоимостью от 40 тысяч до 300–400 тысяч рублей. Открытые публикации фиксируют рост спроса у отдельных операторов, но не позволяют определить долю канала во всём рынке. **Станислав Скакун, основатель сервиса Biodata**, отмечает, что внедрение глубокой диагностики в санатории упирается в инвестиции, оборудование и готовность администрации перестраивать продукт.

**Дмитрий Тыртов (GMS Clinic)** разделяет две задачи: исключить серьёзную патологию сейчас и управлять риском в течение нескольких лет. **Арина Тертышная (ГК «МЕДСИ»)** объясняет, почему стоимость панели ничего не говорит о её клинической ценности.

> ЧЕКАП МОЖЕТ БЫТЬ ИНФОРМАТИВЕН ЗА 10 ТЫСЯЧ РУБЛЕЙ, А МОЖЕТ БЫТЬ НЕИНФОРМАТИВЕН ЗА 150 ТЫСЯЧ — СМОТРЯ КАКАЯ У НЕГО ЦЕЛЬ. ОН ДОЛЖЕН ДАВАТЬ РЕЗУЛЬТАТ, С КОТОРЫМ ДАЛЬШЕ МОЖНО РАБОТАТЬ, А НЕ ПРОСТО НАБОР АНАЛИЗОВ

**АРИНА ТЕРТЫШНАЯ**

руководитель проектов превентивной медицины ГК «МЕДСИ»

У скрининга есть и граница безопасности. **Арон Османович (клиника «Чайка Метрополис»)**, формулирует три последовательных условия:

> ПЕРВОЕ — ЗАБОЛЕВАНИЕ МЫ МОЖЕМ ПОЙМАТЬ НА РАННЕЙ СТАДИИ. ВТОРОЕ — КОГДА ПОЙМАЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕ НА РАННЕЙ СТАДИИ, МЫ МОЖЕМ ЧТО-ТО С ЭТИМ СДЕЛАТЬ. ТРЕТЬЕ — НЕ НАВРЕДИТЬ ПАЦИЕНТУ, ПОТОМУ ЧТО У ЛЮБОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ ЕСТЬ ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ

**АРОН ОСМАНОВИЧ**

заместитель главного врача клиники «Чайка Метрополис»

Если хотя бы одно условие не выполнено, случайная находка может запустить ненужные вмешательства и тревогу. Полезность набора исследований зависит от индивидуального риска и меняет дальнейшую тактику.

Особенно этот риск выражен в случае МРТ-скрининга всего тела у людей без симптомов. Систематический обзор Kwee & Kwee включил 12 исследований и 5 373 бессимптомных участника: критические или неопределённые случайные находки были выявлены у 32,1%. Это не означает, что у трети подтвердилось серьёзное заболевание. Категория включает неопределённые результаты, которые могли запустить дальнейшую диагностику. Американская коллегия радиологов считает доказательства недостаточными, чтобы рекомендовать МРТ всего тела людям без симптомов, факторов риска и соответствующего семейного анамнеза.

Это ограничение относится и к расширенным обследованиям без показаний. Лабораторные исследования и скрининги, предусмотренные клиническими рекомендациями и подобранные по индивидуальному риску, решают другую задачу.

# 6.6. НУТРИЦЕВТИКИ: ПРОДУКТ, СЕРВИС И СОПРОВОЖДЕНИЕ

В потребительском сегменте нутрицевтик может быть готовым товаром, персональным набором с цифровой обвязкой или частью программы с рекомендациями и повторным контролем. Это разные модели. Упаковка создаёт повторную продажу за счёт расходуемого продукта. Сервис добавляет подбор, доставку и напоминания. Сопровождение должно связать приём с показанием, сроком курса и оценкой результата.

**Vitamate** проверяла персонализированную модель через вендинговые аппараты на пяти корпоративных площадках. Компания предполагала, что работодатель может финансировать сервис как часть заботы о сотрудниках, однако эта гипотеза скорее не подтвердилась. Производство и обслуживание аппаратов оказались дорогими, а постоянного спроса внутри одной локации не возникло.

| ФОРМАТ | ЗА ЧТО ПЛАТИТ ЧЕЛОВЕК | ЧТО ДОЛЖНО ПОДТВЕРДИТЬ ЦЕННОСТЬ |
|---|---|---|
| **Готовый продукт** | За состав, форму и доступность | Повторная покупка и соблюдение курса |
| **Персональный набор** | За подбор, упаковку, доставку и удобство | Соответствие понятной задаче, а не только персональная этикетка |
| **Программа сопровождения** | За рекомендации и изменение плана | Показание, измеряемый результат и повторный контроль |

> МЫ С ВИТАМАТАМИ ПОКА ВСТАЛИ НА ПАУЗУ: АППАРАТЫ ДОСТАТОЧНО ДОРОГО ПРОИЗВОДИТЬ И ОБСЛУЖИВАТЬ, А ПОСТОЯННЫЙ СПРОС НА ОДИН ВИТАМАТ В ОДНОЙ ЛОКАЦИИ ОБЕСПЕЧИТЬ НЕ СМОГЛИ. ПОЭТОМУ МЫ ОЧЕНЬ ВНИМАТЕЛЬНО СМОТРИМ НА КОММЕРЦИАЛИЗАЦИЮ АППАРАТОВ

**СЕРГЕЙ АРЕНС**

основатель Vitamate

Компания рассматривает более простые стойки с готовыми наборами. Кейс описывает не спрос на всю категорию нутрицевтиков, а ограничение конкретной комбинации: дорогая инфраструктура, одна локация, низкая частота повторной покупки и отсутствие результата, который оправдывал бы расходы работодателя.

## 6.7. ПОТРЕБИТЕЛЬСКАЯ ГЕНЕТИКА И ОМИКСНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

По данным исследования ИЦ «Хелснет» НТИ, выручка 11 российских компаний, включённых в выборку, выросла с 3 007,5 млн рублей в 2023 году до 3 978,5 млн рублей в 2024-м — на 32,3%. Полный рынок авторы оценивают в 4,4–5,7 млрд рублей; более 80% выручки формируют пять–семь игроков. Выборка включает компании, у которых значимую роль может играть клиническая генетика, поэтому 3,98 млрд рублей нельзя считать объёмом исключительно прямых B2C-продаж.

Опыт **MyGenetics** показывает пересечение каналов внутри одной компании. По данным интервью, её выручка выросла примерно с 40 млн рублей десять лет назад до 500 млн рублей в 2025 году, а около 60% клиентов приходят по рекомендации врача. **Валерий Полуновский, руководитель отдела разработки Национального центра генетических исследований MyGenetics**, связывает рост доверия врачей с государственным вниманием к генетике, а также с развитием образовательных платформ и центров дополнительного медицинского образования, где изучается генетика.

Генетический материал человека не меняется, поэтому базовый тест обычно покупают один раз. Повторная выручка возникает через консультацию, врачебный канал и дополнительные генетические тесты. Если исследованы только заранее выбранные маркеры, новый вопрос может потребовать дополнительного теста.

Аналитическая точность показывает, насколько корректно лаборатория определила конкретный генетический вариант. Клиническая полезность отвечает на другой вопрос: меняет ли результат медицинскую тактику.

Высокая точность чтения ДНК не означает такую же точность прогноза по заболеванию.

Для отдельных моногенных состояний и фармакогенетических задач связь между вариантом и решением может быть достаточно прямой. У распространённых полигенных заболеваний — в том числе сердечно-сосудистых и метаболических — определяющая роль среды, образа жизни и других эпигенетических факторов. Поэтому доказательный вес одной группы показаний нельзя экстраполировать на потребительскую генетику как универсальный инструмент.

Микробиомные и метаболомные профили устроены иначе: их показатели меняются во времени и допускают повторное измерение. Это создаёт программную модель, но одновременно усиливает требования к интерпретации. «**ИНВИТРО**» отмечает рост интереса к анализу микробиоты, хотя такие исследования пока не входят в клинические рекомендации. Наличие теста в каталоге и возможность показать динамику ещё не доказывают, что результат меняет медицинскую тактику.

ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОБИОТЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕ ВКЛЮЧЕНЫ В КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. ОДНАКО ДАННЫЕ АНАЛИЗЫ ПРИСУТСТВУЮТ В НАШЕМ ПОРТФЕЛЕ, И МЫ ПЛАНИРУЕМ СОХРАНЯТЬ ИХ В ЛИНЕЙКЕ, ПОСКОЛЬКУ ЭТОТ СЕГМЕНТ ДЕМОНСТРИРУЕТ УСТОЙЧИВЫЙ РОСТ. МЫ ОСОЗНАЕМ, ЧТО СДЕЛАТЬ ДАННЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ВОЗМОЖНО ЛИШЬ ПОСЛЕ НАКОПЛЕНИЯ ДОСТАТОЧНОГО ОБЪЕМА ДАННЫХ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ЕГО ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ

**МАРИЯ КОЗЛОВА**

директор департамента по продукту «ИНВИТРО»

Если **MyGenetics** использует генетическую предрасположенность как основу продукта, то **Александр Гусев (Webiomed)** уверен, что повседневные данные — например, история покупок еды — намного информативнее и лучше генетических тестов способны предсказывать контролируемые риски. Он объясняет это тем, что в отношении полигенных заболеваний геном показывает лишь размытую вероятность, а поведение отражает реальные привычки. Российского исследования, которое сравнивало бы оба подхода на одной выборке, нет.

Однако в контексте профилактики этот спор вторичен, если после выявления риска человек не меняет образ жизни. **Александр Гусев** приводит жизненные примеры — результатов диспансеризации или прогнозной аналитики на основе ЭМК:

> МЫ ПРОВЕЛИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ, ВЫЯВИЛИ У ПАЦИЕНТА ФАКТОРЫ РИСКА, СООБЩИЛИ ЕМУ — А ОН ПОШЁЛ ДОМОЙ И КАК ЖИЛ, ТАК И ПРОДОЛЖАЕТ ЖИТЬ, ДО СОСУДИСТОЙ КАТАСТРОФЫ, КОМОРБИДНОСТИ ИЛИ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ДО ТЕХ ПОР, ПОКА МОДИФИКАЦИЯ НЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ, ВСЯ ИДЕЯ РАЗВАЛИВАЕТСЯ

**АЛЕКСАНДР ГУСЕВ**

директор по развитию бизнеса Webiomed

# 6.8. ПРЕМИАЛЬНЫЙ СЕГМЕНТ: СОПРОВОЖДЕНИЕ, ГЛУБОКАЯ ДИАГНОСТИКА И ANTI-AGE

Высокий чек объединяет несколько разных предложений. Длительное клиническое сопровождение строится вокруг тесного контакта с личным врачом и коррекции терапевтического плана. Глубокая диагностика расширяет как само число измерений, так и спектр биомаркеров. Экспериментальный anti-age предлагает вмешательства, доказательность которых приходится оценивать по отдельности.

| ФОРМАТ | ЧТО ПОКУПАЕТ ЧЕЛОВЕК | ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ | ГЛАВНЫЙ РИСК |
|---|---|---|---|
| Длительное клиническое сопровождение | Регулярный контакт с врачом, обследования и пересмотр плана | Высокая стоимость времени врача и пациента | Сопровождение не приводит к устойчивому действию |
| Глубокая диагностика | Широкий профиль данных и поиск редких рисков | Высокая себестоимость оборудования и исследований | Шум, случайные находки и иллюзия контроля |
| Экспериментальный anti-age | Новые маркеры и вмешательства, направленные на процессы старение | Небольшая обеспеченная аудитория | Доказательность одной методики переносится на всю программу |

**«Клиника Фомина»** проектирует программу длительного сопровождения, которая должна объединить регулярные чекапы, данные носимых устройств и постоянный контакт с врачом. Запуск планируется в 2027 году, а озвученный в интервью ориентировочный чек — до 500 тыс. рублей за комплексный чекап. Клиника делает ставку на B2B и сегмент управленцев C-уровня, которые готовы оплатить услугу в том числе своей команде, рассматривая это как инвестицию в бизнес:  больничные и плохое самочувствие — это прямые убытки.

Глубокая диагностика уходит в премиум уже на уровне себестоимости. **Основатель сервиса Biodata Станислав Скакун** оценивает содержательное обследование примерно в 250 тыс. рублей, а наблюдение по множеству категорий данных — примерно в миллион рублей в год.

Но даже такой премиальный мониторинг, по мнению спикера, всё равно не исключает пропущенных рисков. Чтобы сопровождать пациентов массово, нужен единый протокол: фиксированный набор показателей, минимально достаточный для выводов.

> ГЛУБОКОГО РЫНКА КАК ТАКОВОГО НЕТ: МАССОВОГО ПОТРЕБИТЕЛЯ, ГОТОВОГО ПЛАТИТЬ ЗА ЭТО СЕРЬЁЗНЫЕ ДЕНЬГИ, НЕ СУЩЕСТВУЕТ, А НА НЕБОЛЬШИЕ СУММЫ МОЖНО ЗАНЯТЬСЯ ЗОЖ, НО НЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ ДИАГНОСТИКОЙ. КАК ТОЛЬКО ОБСЛЕДОВАНИЕ СТАНОВИТСЯ СОДЕРЖАТЕЛЬНЫМ — ТАКИМ, ПО ИТОГАМ КОТОРОГО ЧЕЛОВЕКУ ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ЕСТЬ ЧТО СКАЗАТЬ, — ЕГО СЕБЕСТОИМОСТЬ ПОДХОДИТ К ЧЕТВЕРТИ МИЛЛИОНА РУБЛЕЙ. И ПРОДУКТ АВТОМАТИЧЕСКИ УЕЗЖАЕТ В ПРЕМИУМ-СЕГМЕНТ

**СТАНИСЛАВ СКАКУН**

основатель Biodata

Измерение биологического возраста пока не имеет единого клинического стандарта.

Обзор Validation of biomarkers of aging, опубликованный в Nature Medicine, указывает на отсутствие согласованной системы валидации таких биомаркеров перед клиническим применением. Российские проекты используют разные наборы данных. **RUSS-AGE РГНКЦ при Пироговском университете** разрабатывает популяционные модели на основе лабораторных, когнитивных, функциональных и других показателей. **ННГУ имени Лобачевского и сеть клиник «Атлас»** строят другой калькулятор на массиве обезличенных российских данных.

Эксперты отмечают, что внутри премиального сегмента возникает много вопросов к доказательности отдельных экзотических вмешательств и к экстраполяции выводов с испытанного на неиспытанное в рамках одной категории. **Филипп Копылов, директор института персонализированной кардиологии Сеченовского университета**, например, противопоставляет семаглутид — блокбастер из семейства агонистов GLP-1, прошедший десятки исследований, — пептидам, которые либо не испытывались на людях, либо не показали клинического эффекта.

Поэтому часть премиального рынка со временем перейдёт в доказательную медицину, а часть останется статусным или экспериментальным предложением.

## 6.9. ЭКОСИСТЕМЫ: КТО СТАНОВИТСЯ ИНТЕГРАТОРОМ

Пользователю трудно самостоятельно соединять данные гаджета, результаты анализов, рекомендации нескольких специалистов и план наблюдения. Экосистема может сократить число переходов, но её устройство зависит от того, кто становится интегратором и на чём он зарабатывает.

Один из возможных интерфейсов такой экосистемы — цифровой ассистент. В исследовании «Яков и Партнёры» × МЕДСИ максимально возможный объем рынка таких решений к 2030 году оценивается в 20–30 млрд рублей при расчётной цене подписки 300–1 000 рублей в месяц.

Более 70% из более чем тысячи опрошенных клиентов МЕДСИ сообщили, что готовы пользоваться ИИ-агентами в велнес-сценариях. Отдельная расчётная модель предполагает, что подписку готовы купить около 25% людей, у которых уже есть запрос на медицинские или велнес-приложения. Эти оценки получены на разных основаниях: их нельзя объединять в одну воронку, а TAM нельзя трактовать как прогноз фактической выручки.

| ИНТЕГРАТОР | ПРЕИМУЩЕСТВО | ПРЕДМЕТ МОНЕТИЗАЦИИ | ОГРАНИЧЕНИЕ |
|---|---|---|---|
| **Клиника и врач** | Медицинская ответственность и доступ к тактике | Приём, обследование, длительное сопровождение | Высокая стоимость врачебного времени |
| **Лаборатория** | Точки забора, история анализов, прямой контакт | Профили, чекапы, повторный контроль | Маршрут к профильному врачу может остаться незавершённым |
| **Работодатель или страховщик** | Известная аудитория и оплаченный канал | Корпоративный или страховой контракт | Интерес плательщика отличается от задачи пользователя; медицинские данные требуют защиты |
| **Государственная инфраструктура** | Массовая дистрибуция, ОМС и центры здоровья | Оплаченная услуга или программа | Формальное включение услуги не гарантирует полный маршрут |
| **Бигтех или e-commerce** | Интерфейс, трафик и регулярный контакт | Комиссия, подписка, продажа услуг | Потребительские данные не заменяют медицинскую ответственность |
| **Сам пользователь** | Сохраняет выбор поставщиков | Оплачивает каждый элемент отдельно | Вынужден сам сопоставлять данные и противоречивые рекомендации |

**«ИНВИТРО»** показывает, как лаборатория расширяет роль точки входа: мобильное приложение хранит показатели в динамике, а массовые рассылки уходят на второй план — их вытесняют персональные предложения, построенные на истории исследований. Это повышает частоту повторных обращений, но эффективным маршрутом становится только при конверсии в прием врача, назначение и контроль эффекта.

**СберЗдоровье** фиксирует рост запросов к своему ИИ-помощнику на тему профилактики и чекапов: в первом полугодии 2026 года их количество увеличивалось в среднем на 18% в месяц. По наблюдению компании, вопросы становятся более персональными: вместо общего «Как быстрее уснуть?» пользователь спрашивает, может ли гипотиреоз вызывать бессонницу. Такая глубина запроса повышает ценность единого интерфейса, но одновременно требует медицинской маршрутизации: цифровой ответ должен привести к специалисту, обследованию или понятному наблюдению, а не подменить клиническое решение.

> ЦИФРОВЫЕ ПРОДУКТЫ — ЭТО ПРЕЖДЕ ВСЕГО УДОБНАЯ ПЛАТФОРМА ДЛЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПАЦИЕНТА С МЕДИЦИНОЙ. НО САМА ПО СЕБЕ ПЛАТФОРМА НЕ ЛЕЧИТ — РЕЗУЛЬТАТ ПОЯВЛЯЕТСЯ ТОЛЬКО ПРИ НАЛИЧИИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ. ИМЕННО ЭТА СВЯЗКА ПОЗВОЛЯЕТ НЕ ПРОСТО СОБРАТЬ ДАННЫЕ, А ПРАВИЛЬНО ИХ ИНТЕРПРЕТИРОВАТЬ И ПРЕВРАТИТЬ В КОНКРЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

**ДЕНИС ШВЕЦОВ**

генеральный директор медицинской компании «СберЗдоровье»

Цифровой интерфейс облегчает путь, но не заменяет клиническое решение. Действующий с 1 сентября 2025 года приказ Минздрава № 193н позволяет при первичном дистанционном взаимодействии собрать жалобы и анамнез, дать заключение, рекомендовать обследования и назначить очный приём. Установить первоначальный диагноз и назначить лечение в рамках первичной онлайн-консультации – нельзя. После очной постановки диагноза допускаются наблюдение и коррекция ранее назначенного лечения в дистанционном режиме.

Поэтому преимущество экосистемы состоит не в том, что она удерживает человека внутри одного интерфейса, а в том, что она способна передавать данные между этапами, назначать ответственного за следующий шаг и возвращать пользователю измеримый результат после действия.

## 6.10. АУДИТОРИИ, ЗА КОТОРЫЕ РЫНОК НЕ КОНКУРИРУЕТ

По данным РБК × T-Private, 54% опрошенных участников рынка превентивной медицины РФ ориентируются на клиентов с доходом выше 100 тысяч рублей, а 38% — на группу 35–44 лет.

Методика исследования не позволяет надёжно пересчитать первую величину в долю населения, поэтому вывод ограничен структурой предложения: значительная часть продуктов проектируется для обеспеченной аудитории среднего возраста. Между тем группа 45+ составляет около 44% населения и продолжает расти (Росстат, НИУ ВШЭ, 2024–2025).

Старшую аудиторию принято считать «внерыночной», но многие продолжают работать и после оформления пенсии — а значит, к ним есть выход через корпоративный канал: через работодателя и ДМС. Пока он почти не задействован: продукты продают либо самому человеку, либо его взрослым детям. **Антон Просекин из Iskra Ventures** подчёркивает, что продукт должен различать эти роли.

КЛЮЧЕВОЙ БАРЬЕР НА ЭТОМ РЫНКЕ ЗАКЛЮЧАЕТ В ТОМ, ЧТО СТАРТАПЫ ДЕЛАЮТ МОЛОДЫЕ ЛЮДИ, А ПОТРЕБИТЕЛИ УСЛУГ – ИХ БАБУШКИ И ДЕДУШКИ. СУМЕТЬ НАЛАДИТЬ МЕЖПОКОЛЕНЧЕСКУЮ КОММУНИКАЦИЮ И ПОНЯТЬ СВОЮ АУДИТОРИЮ – ЭТО БОЛЬШАЯ ЗАДАЧА ДЛЯ СТАРТАПОВ. МОЛОДЫМ КОМАНДАМ НУЖНО ВНИМАТЕЛЬНЕЕ ИЗУЧАТЬ СВОЮ ЦЕЛЕВУЮ АУДИТОРИЮ И РАЗБИРАТЬСЯ В РОЛЯХ: КТО КЛИЕНТ, КТО ПОТРЕБИТЕЛЬ, КТО ПЛАТЕЛЬЩИК. ЭТО ВСЕ РАЗНЫЕ ЛЮДИ. ПЛАТЯЩИЙ ЧЕЛОВЕК НЕ РАВЕН САМОМУ ПОЛЬЗОВАТЕЛЮ ПРОДУКТА. СТАРТАПУ И ИНВЕСТОРУ НУЖНО ОЧЕНЬ ХОРОШО ПОНИМАТЬ, КАКИЕ РОЛИ КЛЮЧЕВЫЕ В КАЖДОЙ МОДЕЛИ. ОЧЕНЬ ЧАСТО УПУСКАЮТ, ЧТО ПЛАТЯЩИМ И ПРИНИМАЮЩИМ РЕШЕНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ РЕБЁНОК.

**АНТОН ПРОСЕКИН**

директор по аналитике Iskra Ventures

Одному покупателю важна самостоятельность, другому — безопасность близкого, работодателю — трудоспособность. Единая коммуникация для них не работает.

**Директор по аналитике Антон Просекин и директор по коммуникациям Екатерина Бородина из Iskra Ventures** оценивают отставание российских продуктов для старшего возраста в 5–10 лет. Они связывают его с покупательной способностью, слабым ранним финансированием и меньшим вниманием к «серебряной экономике».

Государственная программа может подготовить аудиторию для бизнеса. Представители Iskra Ventures считают, что «Московское долголетие» сформировало привычку пользоваться образовательными и оздоровительными услугами. Сеть центров и городских каналов также показывает, где старшая аудитория уже доступна для партнёрства.

При этом в данном сегменте проектов – мало: молодые команды часто начинают с разработки функционала и только затем учатся вести диалог с пользователем старшего возраста, понимая их запросы.

# КОРПОРАТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И B2B-СЕГМЕНТ

07

- Работодатель оплачивает программы здоровья, но оценивает их эффект через кадровые и производственные задачи.
- На рынке корпоративного well-being работают велнес-платформы, клинические программы, собственные решения корпораций и производственная медицина.
- Денежная отдача большинства российских программ пока не доказана.

Работодатель покупает сервис, который должен повысить участие сотрудников, поддержать трудоспособность или снизить производственный риск. Сегмент включает готовые велнес-платформы, собственные разработки корпораций, производственную медицину и анализ рисков коллектива. Клинические показатели проще измерить, если программа использует обязательный медосмотр и повторную проверку.

## 7.1. МАСШТАБ СЕГМЕНТА И ИСТОЧНИК СПРОСА

По данным Global Wellness Institute, мировой корпоративный велнес достиг 51,8 млрд долларов в 2023 году. Это 0,8% мировой велнес-экономики и самый небольшой из одиннадцати сегментов, которые исследовали авторы аналитики. Российские показатели отдельно не выделены.

У корпоративной программы есть конкретный покупатель, бюджет и календарь закупки. Работодатель принимает решение о контракте, а пользуются сервисом сотрудники. Поэтому поставщик должен отдельно доказать ценность заказчику и удобство участнику.

СПРОС СО СТОРОНЫ РАБОТОДАТЕЛЯ РАСТЁТ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ИЗ КАДРОВЫХ И ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ЗАДАЧ. РАБОЧАЯ СИЛА СТАРЕЕТ, КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ НЕ ХВАТАЕТ, А КОРПОРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА ПОМОГАЕТ УДЕРЖИВАТЬ ЛЮДЕЙ. ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КУРС НА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ ДОБАВЛЯЕТ ВНЕШНИЙ СТИМУЛ.

**Инна Ашенбреннер, директор по развитию продуктов кластера «Ростелеком Здоровье», ООО «РТК-Платформа Здоровья» (ГК «Ростелеком»)**, отмечает, что заказчики стали прагматичнее. Приложения, марафона или ежегодного чекапа уже недостаточно. Работодатель хочет видеть, какой риск выявлен, дошёл ли сотрудник до действия и изменилось ли число больничных, недопусков или травматизма. Рост сегмента ещё не доказывает эффективность конкретной программы, но меняет требования к поставщику.

# 7.2. ЧТО УЖЕ ОПЛАЧИВАЕТСЯ ПО ОМС

Диспансеризация на рабочем месте доступна по ОМС с 2025 года: по итогам прошлого года её прошли 1,9 млн человек, цель к 2030 году — 6 млн. Оплачивается она и в государственных, и в участвующих частных клиниках. Для работодателя это прямой финансовый аргумент: базовый скрининг сотрудников можно взять в рамках ОМС, а корпоративный бюджет направить туда, где ОМС не работает.

Не работает он, в частности, на автоматическом анализе результатов: такая услуга оплачивается только при наличии отдельного территориального тарифа, а массового тарифа для ИИ-оценки риска по итогам диспансеризации в изученных материалах нам не удалось найти. Здесь появляется возможность для корпоративного поставщика — он может опереться на уже проведённые обследования и продать работодателю обезличенный анализ рисков коллектива.

# 7.3. ПОЧЕМУ ДЕНЕЖНУЮ ОТДАЧУ ЕЩЁ НЕ ПОСЧИТАЛИ

Проверяемого расчёта возврата инвестиций (ROI) корпоративных программ в открытых российских источниках нет. Вместо него участники рынка пользуются несколькими уровнями результата — от охвата до влияния на бизнес-показатели. Каждый отвечает на свой вопрос.

| ЧТО ИЗМЕРЯЮТ | ЧТО ПОКАЗАТЕЛЬ ДОКАЗЫВАЕТ | ЧЕГО ОН НЕ ДОКАЗЫВАЕТ |
|---|---|---|
| **Регистрации и активные участники** | программа дошла до сотрудников | изменение поведения или здоровья |
| **Выполнение рекомендаций** | выявленный риск перешёл в действие | устойчивость результата и предотвращённое событие |
| **Клинические показатели до и после** | состояние группы изменилось за период | что изменение вызвала именно программа без контрольной группы |
| **Больничные, недопуски, травматизм** | меняется производственный результат | причинность без учёта состава коллектива и внешних событий |
| **ROI** | эффект сопоставлен с полной стоимостью программы | переносимость расчёта на другую компанию и более короткий горизонт |

ВСЕ ЛЮБЯТ ЦИТИРОВАТЬ КЛАССИЧЕСКИЙ КЕЙС JOHNSON & JOHNSON С КОНКРЕТНЫМИ ЦИФРАМИ ROI ПО ИХ КОРПОРАТИВНОЙ ПРОГРАММЕ, ГДЕ НА КАЖДЫЙ ВЛОЖЕННЫЙ ДОЛЛАР ОТДАЧА СОСТАВЛЯЛА $2-4. ТАКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В РОССИИ ПОКА ТОЧНО НЕТ, ПОТОМУ ЧТО У НАС НЕТ СТАБИЛЬНОГО ПЕРИОДА, ЗА КОТОРЫЙ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ РЕЛЕВАНТНЫЕ ЦИФРЫ. ДАЖЕ БОЛЬНИЧНЫЕ НУЖНО ЗАМЕРЯТЬ ПЯТЬ ЛЕТ, ЧТОБЫ БЫЛА РЕПРЕЗЕНТАТИВНАЯ ВЫБОРКА И ЛЮДИ ОСТАВАЛИСЬ РАБОТАТЬ В ОДНОМ МЕСТЕ. НАВЕРНОЕ, ПЕРВЫМИ ЭТО ПОСЧИТАЮТ ПРОМЫШЛЕННЫЕ КОМПАНИИ, В КОТОРЫХ ЛЮДИ РАБОТАЮТ ПО 20 ЛЕТ

**ЕЛЕНА КОЧУРОВА**

CMO well-being-платформы Stayfitt

На больничные влияют эпидемии, возраст сотрудников, условия труда и доступность помощи — вклад самой программы в этой динамике не выделяется. Поэтому компании, которые предлагают well-being решения для корпоративного сегмента, предлагают измерять то, что поддаётся контролю: **Stayfitt смотрит на вовлечённость, удовлетворённость и использование, «Кросслайф» — на eNPS.**

ДМИТРИЙ КИВЕНКО, ОСНОВАТЕЛЬ WELL-BEING-ПЛАТФОРМЫ «КРОССЛАЙФ» ДОБАВЛЯЕТ ЕЩЁ ОДНО ОГРАНИЧЕНИЕ: ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МОЖЕТ ПРОЯВИТЬСЯ ЧЕРЕЗ ПЯТЬ–ДЕСЯТЬ ЛЕТ, КОГДА СОТРУДНИК УЖЕ РАБОТАЕТ В ДРУГОЙ КОМПАНИИ. ИНВЕСТИРУЕТ В ЗДОРОВЬЕ ОДИН РАБОТОДАТЕЛЬ, А ВЫИГРЫВАЕТ ОТ ЭТОГО ДРУГОЙ.

Внутренний пилот **«РТК-Платформы здоровья»** выявил два состояния по здоровью сотрудников, потребовавших экстренного вмешательства. Инна Ашенбреннер разделяет медицинскую ценность и финансовый результат.

НА ФОНЕ ЗАПРОСА НА ИЗМЕРИМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОСТАЁТСЯ ОТКРЫТЫМ ВОПРОС, ЧЕМ ИЗМЕРЯТЬ ЭФФЕКТ НА КОРОТКОЙ ДИСТАНЦИИ, ПОКА НЕТ ДЛИННЫХ НАБЛЮДЕНИЙ. НА КОРОТКОЙ ДИСТАНЦИИ МОЖНО СМОТРЕТЬ НА ДВА СЛОЯ: ЕЖЕДНЕВНЫЕ ДАННЫЕ С НОСИМЫХ УСТРОЙСТВ И ЕЖЕНЕДЕЛЬНЫЕ ОПРОСЫ, И СРАВНИВАТЬ ИХ ДИНАМИКУ В РАМКАХ ДНЯ, НЕДЕЛИ И МЕСЯЦА. ВАЖНО НЕ ТОЛЬКО АНАЛИЗИРОВАТЬ ЭТИ РЕЗУЛЬТАТЫ САМИМ, НО И ДАВАТЬ ЧЕЛОВЕКУ ВОЗМОЖНОСТЬ СОПОСТАВИТЬ СУБЪЕКТИВНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ С ДАННЫМИ УСТРОЙСТВ И САМОМУ УВИДЕТЬ ДИНАМИКУ: ТОГДА ПОВЫШАЮТСЯ ВОВЛЕЧЁННОСТЬ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПРАКТИКАМ.

**АННА КОТЛОВА**

генеральный директор «Сэйв Технологии»

> ДВА ЭКСТРЕННЫХ СЛУЧАЯ ПОКАЗЫВАЮТ МЕДИЦИНСКУЮ ЦЕННОСТЬ РЕШЕНИЯ. ПЕРЕВОДИТЬ ИХ НАПРЯМУЮ В ПРЕДОТВРАЩЁННЫЕ УБЫТКИ МОЖНО ТОЛЬКО КАК ОЦЕНОЧНЫЙ СЦЕНАРИЙ. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЁННОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА НУЖЕН БОЛЕЕ ДОЛГИЙ ПЕРИОД И СРАВНЕНИЕ С ИСХОДНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ИЛИ СОПОСТАВИМОЙ ГРУППОЙ

**ИННА АШЕНБРЕННЕР**

директор по развитию продуктов кластера «Ростелеком Здоровье», ООО «РТК-Платформа Здоровья» (ГК «Ростелеком»)

До сравнения с исходными показателями или сопоставимой группой компания измеряет охват, прохождение обследований, выполнение рекомендаций и закрытие критических случаев. Больничные, недопуски, травматизм и расходы на замещения появляются на следующем уровне оценки.

**Надежда Рукавицына (ЦЭККМП Минздрава России)**, подчеркивает, что всегда существует временной лаг и накопление эффекта. В первый год внедрения технология может, напротив, увеличить расходы, так как выявляется больше людей с риском, что запускает дополнительные обследования или назначения терапии. Итоговый экономический эффект зависит от того, готов ли плательщик ждать отложенного результата:

> ЕСЛИ МЫ СМОТРИМ НА ГОД, ЭКОНОМИИ НЕ БУДЕТ. НА ПЯТЬ ЛЕТ — СКОРЕЕ ВСЕГО, ТОЖЕ. А ВОТ В ПЕРСПЕКТИВЕ ДЕСЯТИ ЛЕТ УЖЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОКАЗАТЬ ЭФФЕКТ: СЕГОДНЯ СИСТЕМА ТРАТИТ ДЕНЬГИ НА ВЫЯВЛЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ, ЧТОБЫ ПОЗЖЕ НЕ ПРИШЛОСЬ ПЛАТИТЬ ГОРАЗДО БОЛЬШЕ ЗА ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЁЛОЙ ПАТОЛОГИИ

**НАДЕЖДА РУКАВИЦЫНА**

руководитель отдела поддержки инноваций и информационных технологий ЦЭККМП Минздрава России

По одному из решений для предотвращения сердечно-сосудистого риска, которые оценивали специалисты ЦЭККМП Минздрава России, возможность показать экономическую эффективность появлялась лишь на десятилетнем горизонте. Это не универсальный срок для всех программ, а пример того, как выбор горизонта меняет вывод.

**Дмитрий Медведев, руководитель направления стратегического развития компании «ММЦ Профмедицина»** указывает на организационное препятствие: клинические показатели, больничные, бюджет программы и стоимость отсутствия принадлежат разным подразделениям. Без общего владельца наблюдение не превращается в расчёт. Медицинская проблема начинается ещё раньше — в промежутке между приёмами.

Так появляется дополнительная статья расходов и одновременно ответственный за соблюдение плана. Её нельзя исключить из экономики сопровождения.

В глобальном кейсе Johnson & Johnson с результатами программы LiveWell опубликована динамика отдельных факторов риска, но несопоставимый с российскими программами расчёт. Доля малоподвижных сотрудников снизилась с 39% до 20,8%, курящих — с 12% до 3,8% (Isaac); также сообщалось о снижении восьми из тринадцати факторов риска.

> СЕРАЯ ЗОНА — МЕЖДУ ПОСЕЩЕНИЯМИ ВРАЧА. ЧТО ПРОИСХОДИТ В ЭТИ ПРОМЕЖУТКИ, МЫ ТОЧНО НЕ ЗНАЕМ. МЫ ПРИШЛИ К ТОМУ, ЧТО МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ, ДАЖЕ С ПРОГРАММАМИ И ИНТЕРЕСНЫМИ УРОКАМИ, НЕДОСТАТОЧНО. И ВВЕЛИ РОЛЬ ЭКСПЕРТА ПО ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ, КОТОРЫЙ СОПРОВОЖДАЕТ И МОТИВИРУЕТ

**ДМИТРИЙ МЕДВЕДЕВ**

руководитель направления стратегического развития компании «ММЦ Профмедицина»

Российская фактура собрана в библиотеке практик НМИЦ терапии и профилактической медицины Минздрава (2025). Это самоотчёты работодателей без контрольных групп и стоимости программ: они позволяют сравнивать модели, но не доказывают причинный эффект.

Программы с врачом, протоколом и вознаграждением показывают более заметную динамику.

Однако даже кейс ОНХП, где число дней временной нетрудоспособности действительно снизилось, не переводится в деньги: медицинская служба видит статистику больничных, а финансовый блок — стоимость дня отсутствия и бюджет программы. Эти два набора данных почти никогда не сводят вместе.

| КОМПАНИЯ | АКТИВНОСТИ | ИЗМЕРЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ |
|---|---|---|
| **ПАО «ММК», 16 900 работников** | Чекап до и после, телемедицина, мониторинг носимыми устройствами, индивидуальный план от наставника, баллы через бот, премирование и депремирование | 93% дошли до конца; средняя потеря веса 4,7 кг; ИМТ 29,5 → 27; общий холестерин 5,3 → 4,8 ммоль/л |
| **ПАО «ОНХП», 600 работников, с 2008 года** | «Производственная медицина»: врач на предприятии, чекап, диспансерное наблюдение | Временная нетрудоспособность снизилась втрое, минус 228 дней за год |
| **Группа ТМК, АО «СТЗ», 99 участников программы** | «ТМК без табака»: отбор по стажу курения, семь консультаций с замером CO в выдыхаемом воздухе, никотинзаместительная терапия | Отказ от курения у 38% через 6 месяцев |
| **Программы информационного формата (Череповец, Коломна, Шахты и др.)** | Лекции, акции, школы здоровья | Снижение массы тела у 5–25% работников; отказ от курения у 10% курящих |

# 7.4. АКТИВНЫЕ ЮЗЕРЫ КАК РИСК ПОДПИСНОЙ МОДЕЛИ

В модели прикрепления работодатель или страховщик платит фиксированную сумму за доступ, а поставщик несёт расходы при каждом обращении. Если цена не учитывает использование, высокая активность сотрудников снижает маржу. **Алексей Образцов из Lab4U** сравнивает такую экономику со спортзалом.

При оплате отдельной услуги логика меняется: каждое обращение приносит выручку. Поэтому лаборатории могут отдать цифровой сервис без отдельной платы и зарабатывать на анализах.

Lab4U перенесла монетизацию на анализы и отдаёт цифровой сервис корпоративному клиенту без отдельной платы. Тогда каждое использование приносит выручку, а предметом оплаты становится услуга, а не доступ.

> ЧЕМ БОЛЬШЕ ПОЛЬЗУЮТСЯ, ТЕМ МЕНЕЕ ВЫГОДНО ЭТО СТАНОВИТСЯ ТОМУ, КТО ПРОДАЁТ. ЭТО КАК СПОРТЗАЛ: ОН ЗАРАБАТЫВАЕТ НЕ НА ТЕХ, КТО ХОДИТ КАЖДЫЙ ДЕНЬ, А НА ТЕХ, КТО КУПИЛ АБОНЕМЕНТ И ПРИХОДИТ РЕДКО

**АЛЕКСЕЙ ОБРАЗЦОВ**

генеральный директор Lab4U

# 7.5. ЧТО ПОКУПАЕТ РАБОТОДАТЕЛЬ, И ЧТО УДЕРЖИВАЕТ СОТРУДНИКА

На рынке продаются три разных результата. Велнес-платформа обещает вовлечённость и удовлетворённость. **Stayfitt** сообщает о вовлечённости 83% от заявленного охвата, 8–9 тысячах шагов у активных участников и индексе здоровья по сну, питанию, активности и эмоциональному состоянию. Эти показатели описывают использование и самооценку. Выводов о клиническом эффекте из них не следует.

**СберЗдоровье** описывает запрос работодателя шире, чем снижение числа больничных: в центре предложения находятся продуктивность, вовлечённость и энергия сотрудников, а снижение больничных рассматривается как возможное следствие профилактической программы. Такая постановка объясняет, почему заказчик может покупать сервис до появления медицинских метрик ROI.

Лабораторный поставщик продаёт профиль риска коллектива. В данных **Lab4U** около 10% обследованных случаев требуют медицинского вмешательства. Распределение относится к клиентской базе компании, зато сама форма результата понятна работодателю: она показывает, где риск уже связан с медицинской помощью и возможными производственными потерями.

**«РТК-Платформа Здоровья»** идёт дальше и обещает управляемое снижение рисков и связанных с ними издержек. Вовлечённость становится промежуточным условием. Если сотрудник зарегистрировался, но не прошёл обследование и не выполнил рекомендацию, программа ничего не изменила. В пилоте рекомендации выполнили 58% людей с индивидуальными планами.

Короткому челленджу, в отличие от постоянного сервиса, проще удержать внимание пользователя. В **Stayfitt** используют контент, внутреннюю социальную сеть и благотворительные активности; **«Кросслайф»** считает, что сильная мотивация для сотрудников — это материальное вознаграждение.

СОТРУДНИК В СРЕДНЕМ ПОЛГОДА ЖИВЁТ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ ИЗМЕНЕНИЙ. ДАЛЬШЕ ОН ЛИБО ВТЯГИВАЕТСЯ И ПРОДОЛЖАЕТ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ОДНОЙ ФУНКЦИЕЙ, ЛИБО УХОДИТ. ДЛЯ НАС УЖЕ ПОБЕДА, ЕСЛИ ЧЕЛОВЕК ОСТАВИЛ СЕБЕ ОДНУ ПРИВЫЧКУ И ПРИДЕРЖИВАЕТСЯ ЕЁ САМ

**ДМИТРИЙ КИВЕНКО**

основатель well-being-платформы «Кросслайф»

ВОВЛЕЧЕНИЕ НЕЛЬЗЯ ПОСТРОИТЬ ТОЛЬКО НА ИНТЕРФЕЙСЕ И НАПОМИНАНИЯХ. СОТРУДНИКУ НУЖНЫ ПОНЯТНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЛОГИКА, ВОЗМОЖНОСТЬ ЗАДАТЬ ВОПРОС И ВЫБОР ВНУТРИ ОБОСНОВАННОГО ПЛАНА ДЕЙСТВИЙ

**ИННА АШЕНБРЕННЕР**

директор по развитию продуктов кластера «Ростелеком Здоровье», ООО «РТК-Платформа Здоровья» (ГК «Ростелеком»)

Это проявилось, например, при назначении маммографии. У сотрудников возникли вопросы о необходимости и безопасности процедуры, и уведомлений оказалось мало. Пришлось подключить медицинских специалистов. Не сработала и единая программа обследований для всех: её разделили на обязательную часть и индивидуальные действия по рискам.

СПРОС И ПРЕДЛОЖЕНИЕ В КАНАЛЕ РАСХОДЯТСЯ ВТРОЕ. ПО ДАННЫМ ДАЙДЖЕСТОВ ИЦ «ХЕЛСНЕТ» НТИ ЗА 2025 ГОД, 89% ОПРОШЕННЫХ СОТРУДНИКОВ ПРИ ТРУДОУСТРОЙСТВЕ РАССМАТРИВАЮТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КОМПАНИИ С ПРОГРАММАМИ БЛАГОПОЛУЧИЯ, ТОГДА КАК КОМПЕНСИРОВАТЬ СОТРУДНИКАМ ЗАТРАТЫ НА СПОРТ ГОТОВЫ 29% РАБОТОДАТЕЛЕЙ ПРИ СРЕДНЕЙ СУММЕ ВОЗМЕЩЕНИЯ ДО 19 ТЫСЯЧ РУБЛЕЙ В ГОД. ПРИЧИНА РАЗРЫВА — ОТСУТСТВИЕ НАЛОГОВОГО МЕХАНИЗМА. СПРОС НА КОРПОРАТИВНЫЙ СПОРТ РАСТЁТ ПРИ ЭТОМ В СВЯЗИ С ВЫГОРАНИЕМ, А НЕ С ПРОФИЛАКТИКОЙ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

# 7.6. ЧТО КОМПАНИИ ВНЕДРЯЮТ У СЕБЯ

Российские корпоративные кейсы делятся на несколько групп с разной экономикой. Разберем их по порядку.

В первой работодатель покупает готовую программу для сотрудников и оценивает участие, удовлетворённость и влияние на HR-бренд. Публичные сообщения обычно называют число регистраций, но редко показывают медицинский результат или стоимость программы.

Единственный кейс – **Vitamate** – с измеренным результатом относится к профессии, где требования к здоровью закреплены нормативами. Вендинговый аппарат был установлен в автобусном парке городского перевозчика компания: 100 водителей электробусов три месяца получали персонализированные комплексы витаминов утром и вечером, с чекапом до и после, улучшение показателей зафиксировано примерно у 38% участников (без контрольной группы, по данным поставщика).

Измеримым кейс оказался благодаря четырём условиям: закрытая профессиональная группа, обязательный медосмотр как готовая точка замера, ежедневный контакт с сервисом на территории предприятия и работодатель, для которого здоровье водителя относится к производственному риску.

## 7.7. ЧТО КОМПАНИИ РАЗРАБАТЫВАЮТ КАК ПРОДУКТ

Другая модель – корпорация создаёт решение сама и затем выводит его на внешний рынок. Так поступили Ростелеком с «Платформой здоровья», СОГАЗ с платформой «Устойчивое здоровье» и S7 Airlines с программой S7 Impulse. СОГАЗ при этом единственный заявляет денежную метрику — снижение потерь бизнеса из-за больничных.

Разберём модель на кейсе «РТК-Платформа здоровья». Ростелеком выделил внутреннюю разработку в отдельный продукт для корпоративной и промышленной медицины.

Платформа закрывает четыре задачи: предсменный контроль, работу здравпункта, дистанционный мониторинг и корпоративную медицинскую информационную систему. Результат компания оценивает через контроль уровня заболеваемости с временной нетрудоспособностью. Порядок внедрения был такой: сначала автоматизация обязательных процессов и обмена данными, затем — программы вовлечения.

Для рынка такая модель означает две вещи. Первая: у корпорации есть преимущество перед стартапом — она финансирует продукт из собственного бюджета или страховой премии и может измерять результат на своих данных, то есть стартап конкурирует с игроком, у которого уже есть и пользователи, и канал продаж. Вторая: внутренние разработки не попадают в отчётность по венчурным сделкам, поэтому компания занижает реальный объём технологической активности.

Превращение внутреннего инструмента в тиражируемый продукт потребовало пересборки. Внутри одной компании процессы и источники данных понятны, а у внешних заказчиков различаются медицинские и кадровые системы, требования информационной безопасности, организационные модели, состав программ. Именно поэтому платформа стала модульной, интегрируемой и настраиваемой. Главным организационным вызовом оказалось, впрочем, не это, а региональное масштабирование — логистика обследований, подбор медицинских партнёров и сопоставимое качество помощи при едином цифровом маршруте, независимо от того, где живёт сотрудник.

Отдельный результат пилота касается устройства закупки. По итогам оценки рисков коллектива Ростелеком сформировал бюджет ДМС на 2027 год, исходя из структуры риска, а не только из прошлогодней обращаемости. К оплате уже возникшего спроса добавляется оценка расходов, которые можно попытаться предотвратить. Работодатель получает при этом только обезличенную картину: сколько человек нуждаются в дообследовании, наблюдении или конкретных профилактических мероприятиях.

Индивидуальные медицинские профили в модель не входят, полис для конкретного сотрудника из-за них не дорожает.

Правовую границу описывает **Наталия Сабанина, эксперт Союза организаций, проводящих медосмотры, «Развитие персонифицированной медицины»**. Интерес работодателя законен, но узок: безопасность производства, снижение травматизма, сохранение трудоспособности. Права на диагнозы, историю болезни, генетические данные и необработанные показатели здоровья он не даёт. Отсюда требование к архитектуре — медицинский и производственный контуры разделяются строго. Полные данные остаются в медицинской системе, а во внешний контур уходит минимально необходимое событие: например, статус допуска, без электронной карты, диагнозов и сырых показателей. Корпоративная платформа и проект отраслевого стандарта разрабатывались независимо, но в этой точке проектирования совпали.

Для генетических данных защита должна быть ещё строже: они характеризуют не только самого человека, но косвенно и его родственников.

Обезличивания здесь недостаточно — при объединении нескольких массивов вероятность повторной идентификации растёт.

Защита данных работает при этом не только на юриста, но и на вовлечённость.

По наблюдению **Дмитрия Медведева, руководителя направления стратегического развития компании «ММЦ Профмедицина»**, сотрудники отказываются от носимых устройств, как только видят в них инструмент «слежки». Значит, нужны три вещи: разделённые контуры, добровольное согласие и заранее объяснённая граница доступа.

| ИСТОЧНИК ОПЛАТЫ | ЧТО ПОКРЫВАЕТ ОХОТНЕЕ | ЧТО ПОКРЫВАЕТ ТОЧЕЧНО ИЛИ РЕДКО | ОГРАНИЧЕНИЕ МОДЕЛИ |
|---|---|---|---|
| ОМС | диспансеризацию и диспансерное наблюдение | ИИ-анализ при наличии территориального тарифа | оплачивает помощь по установленным правилам, а не корпоративное вовлечение |
| ДМС | консультации и исследования по клиническим показаниям | профилактические чекапы без кода МКБ и длительное изменение образа жизни | поставщики описывают такое покрытие как точечное; при фиксированной оплате высокая утилизация увеличивает расходы |
| Корпоративный бюджет | сопровождение, логистику, мотивацию и анализ рисков коллектива | медицинское лечение, уже покрытое ОМС или ДМС | бюджет добровольный и зависит от экономического цикла |

Рабочая программа поэтому собирается из трёх источников: ОМС даёт базовую помощь, ДМС ускоряет обследования, работодатель оплачивает сопровождение. У такого проекта должен быть единый ответственный за результат, хотя работа распределена между несколькими функциями.

Если у функций нет общего результата, программа распадается на мероприятия. Работодатель получает только обезличенную структуру рисков; диагнозы, генетические сведения и исходные показатели остаются в медицинской системе.

| ФУНКЦИЯ ВНУТРИ КОМПАНИИ | ЗА ЧТО ОТВЕЧАЕТ | КАКИЕ ДАННЫЕ ЕЙ НУЖНЫ |
|---|---|---|
| HR | коммуникация, участие и связь с кадровой политикой | охват, активность и обратная связь без диагнозов |
| Охрана труда и промышленная безопасность | допуски, травматизм и профессиональные риски | минимально необходимый безопасный статус |
| Корпоративная медицина | обследование, маршрут и медицинское решение | полные медицинские данные в защищённой системе |
| Финансы | бюджет, стоимость отсутствия и решение о масштабировании | агрегированные медицинские и производственные показатели |
| Информационная безопасность | согласия, доступ и обмен между системами | архитектура потоков данных и журналирование |

# 7.8. ПРОМЫШЛЕННАЯ МОДЕЛЬ: ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЦЕХОВОЙ МЕДИЦИНЫ

Промышленная модель строится вокруг медицинской инфраструктуры предприятия: здравпункта, обязательного медосмотра, допуска к работе и управления профессиональными рисками. Госкорпорация «Ростех» через профильную медицинскую структуру развернула около 80 здравпунктов и поликлиник; в 2025 году модель распространялась ещё на 20 предприятий в 18 регионах. Заявленные в пресс-релизах эффекты — снижение заболеваемости на 30% и рост производительности на 10–12% — не сопровождаются методикой и контрольной группой.

**Дмитрий Медведев («ММЦ Профмедицина»)** описывает более прикладной цифровой контур.

Удалённая передача ЭКГ позволяет получать заключение специалиста для предприятий в труднодоступных регионах; приложение и эксперт по здоровому образу жизни поддерживают работников с высоким сердечно-сосудистым риском после медосмотра.

ГЛАВНЫЙ БАРЬЕР ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПЕРЕДАЧЕ ДАННЫХ МЕЖДУ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ МЕДИЦИНОЙ, ОМС И ДРУГИМИ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ. РАБОТОДАТЕЛЬ ВИДИТ ГРУППОВОЙ РИСК, НО НЕПРЕРЫВНЫЙ МАРШРУТ ОТДЕЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА РАЗРЫВАЕТСЯ МЕЖДУ СИСТЕМАМИ И ТРЕБОВАНИЯМИ К ПЕРСОНАЛЬНЫМ ДАННЫМ.

Эта модель отличается от велнес-платформы наличием клинического ядра и обязательной точки замера. Цифровой слой здесь автоматизирует уже существующий процесс, а не пытается создать медицинскую функцию внутри HR-программы.

# 7.9. ЧТО В КОРПОРАТИВНОМ СЕГМЕНТЕ НЕ МАСШТАБИРОВАЛОСЬ

Устойчивее оказались модели, связанные с обязательным медицинским процессом, отдельной оплачиваемой услугой или конкретным действием. Организованная среда удерживает сотрудника дольше B2C-приложения. При этом бюджет добровольный, денежный эффект не доказан, а медицинские данные редко входят в непрерывную клиническую практику.

| ГИПОТЕЗА | РЕЗУЛЬТАТ | ПРИЧИНА | РАБОЧАЯ АЛЬТЕРНАТИВА |
|---|---|---|---|
| Пользователь оплатит B2C-подписку | после бесплатного периода пользователи уходили | отдаленная польза не оправдывала регулярный платёж | B2B-сервис без отдельной платы, монетизация через анализы |
| Работодатель оплатит персонализированные витамины | единичные контракты; вендинг на пяти площадках поставлен на паузу | дорогие аппараты и недостаточный повторный спрос | простая стойка с готовым продуктом и самостоятельной оплатой |
| Одна программа обследований подойдёт всем | пилот Ростелекома потребовал пересборки | запросы и риски сотрудников различались | базовый обязательный набор плюс индивидуальный маршрут |
| Онлайн-тренировки останутся постоянным форматом | спрос резко спал после пандемии COVID-19 | офлайн-активность и группа оказались ценнее видеосвязи | массовые события и занятия с социальным взаимодействием |
| Обучение финансовой грамотности станет востребованным бенефитом | сотрудники предпочитали повышение зарплаты | формат не решал воспринимаемую проблему | выбирать задачу, которую сотрудник признаёт своей |
| Напоминания удержат пациента | формальные сообщения не работали сами по себе | не было личного контекста и доверия | понятная причина возврата и отношения с врачом |

# СТАРТАПЫ И ИНВЕСТОРЫ

08

- Государственные источники дают около 70% финансирования в трёх доступных отраслевых выборках.
- Публичная статистика венчурных сделок мала и неполна; объём привлечённых средств не доказывает зрелость конкретного продукта или используемой технологии.
- Между исследовательским прототипом и продуктом для реальной практики остаётся дефицит раннего капитала.

# 8.1. ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Согласно Отчету по реализации “дорожной карты” рынка Хелснет НТИ, с 2021-2024 гг 1727 компаний реестра «Хелснет» привлекли 607 млн рублей частных средств. Большинство компаний не привлекало частного капитала вовсе, поэтому среднее значение на одну компанию в анализе не используется.

В 2024 году объём частных вложений увеличился, а число получателей осталось прежним. Значит, деньги пришли несколькими крупными траншами — доступ к капиталу не стал масштабируемо шире.

В аналитике от Webiomed дополнительно приводится оценка по венчурным сделкам только сегменте цифрового здравоохранения: 147,4 млн долларов в 2021 году, 26,3 млн в 2022-м, 12,4 млн в 2023-м и 2,8 млн в 2024-м. Наблюдений мало, поэтому ряд показывает отдельные публичные сделки, а не полный рынок.

| ГОД | КОМПАНИЙ С ФИНАНСИРОВАНИЕМ | ВСЕГО ПРИВЛЕЧЕНО | ВНЕБЮДЖЕТНЫЕ СРЕДСТВА |
|---|---|---|---|
| 2021 | 103 | 519,0 млн ₽ | 55,9 млн ₽ |
| 2022 | 84 | 365,4 млн ₽ | 25,8 млн ₽ |
| 2023 | 84 | 448,9 млн ₽ | 42,7 млн ₽ |
| 2024 | 83 | 856,4 млн ₽ | 482,2 млн ₽ |

# 8.2. РАЗРЫВ РАННЕГО ФИНАНСИРОВАНИЯ

**Тамара Мишагина (до середины 2026 года руководила направлением биофармацевтических и медицинских технологий венчурного Фонда суверенных технологий НТИ)** указывает на дефицит капитала между третьим и шестым уровнями готовности технологии (УГТ). УГТ-3 означает подтверждённую концепцию. УГТ-6 — прототип, проверенный в условиях, близких к реальному применению.

До УГТ-3 проект поддерживают гранты и университет. После УГТ-6 к нему могут подключиться корпорации и стратегические инвесторы. Между этими стадиями команде нужны деньги на прототип, испытания, регистрацию и первые внедрения, но специализированных источников мало.

Большинство инвесторов, по опыту **Тамары Мишагиной**, работает на более поздних стадиях.

> ЕСЛИ ВУЗ ДОВОДИТ ПРОЕКТ ДО УГТ-2–3, КРУПНЫЙ СТРАТЕГ ИЛИ ФАРМКОМПАНИЯ ПРИХОДИТ И ГОВОРИТ: МНЕ НУЖНО МИНИМУМ УГТ-6. А С УГТ-3 ДО УГТ-6 ДОВЕСТИ ПРОДУКТ НЕ НА ЧТО — У НАС НЕТ ФОНДОВ РАННИХ СТАДИЙ. ЭТОТ ПРОВАЛ, ЭТА «ДОЛИНА СМЕРТИ» СТАРТАПА, НИКЕМ НЕ ЗАКРЫВАЕТСЯ

**ТАМАРА МИШАГИНА**

руководитель инвестиционного направления компании «Моторика»

**Екатерина Бородина и Антон Просекин из Iskra Ventures** видят тот же дефицит на проектах по активному долголетию. Их портфель показывает и спрос со стороны старшей аудитории, но команда должна предельно ясно объяснить ценность: сам возраст пользователя ещё не создаёт покупку.

На этом же этапе возникает юридический барьер. Если вуз может выдать только неисключительную лицензию, инвестор не получает контроля над интеллектуальной собственностью. Иногда технологию приходится заранее переносить в отдельное юридическое лицо или менять договор передачи прав.

# 8.3. ПУБЛИЧНЫЕ СДЕЛКИ И ПОКУПАТЕЛИ

В таблицу вошли кейсы, отвечающие двум условиям: компания работает на российском рынке, а функция, отвечающая за превентивную медицину и ЗОЖ, составляет существенную часть её продукта на момент сделки.

Публичных сделок, которые одновременно относятся к российскому рынку, актуальному периоду и имеют в ядре профилактический функционал, известно мало. Короткая таблица здесь нагляднее длинного списка из соседних сегментов: она показывает и непрозрачность капитала, и то, что покупают. Крупные сети берут инфраструктуру, выручку, клиентскую базу и регистрационный актив — то есть работающий канал, а не раннюю технологию без регистрации и продаж.

| КЕЙС | ДАТА И СТОРОНА СДЕЛКИ | ЧТО ФИНАНСИРОВАЛОСЬ | ЧТО МОЖНО ЗАКЛЮЧИТЬ |
|---|---|---|---|
| Checkme | 15 июля 2024 года; «КАПИТАЛ LIFE» приобрела 100% платформы, сумма не раскрыта | покупка действующей цифровой медицинской платформы для интеграции в систему страховщика и запуска собственной цифровой поликлиники LIFE.клиника | стратегический покупатель приобрёл готовую платформу и канал организации медицинских услуг для развития ДМС, а не профинансировал разработку отдельного алгоритма |
| Центр превентивной медицины в Хабаровске | 14 ноября 2024 года «РЖД-Медицина» получила разрешение на покупку 74% ООО «Эр энд Эм Инвестмент» у японской TGV Investment; переход доли зарегистрирован 18 декабря 2024 года, цена не раскрыта | консолидация контроля над уже действующим центром превентивной медицины и диагностики, открытым в 2023 году; первоначальные инвестиции в проект превысили 1 млрд ₽ | это не новый раунд финансирования медицинской инфраструктуры, а выкуп доли иностранного партнёра в уже построенном активе. Более 1 млрд ₽ — стоимость создания центра |
| Выход «Медси» из «Байоник-Медси» | февраль 2025 года; продана доля 25% за 37 млн ₽ | доля в платформе Bioniq, подбиравшей персонализированные комплексы витаминов и микроэлементов по результатам анализов и отслеживавшей состояние пользователя | сделка фиксирует потерю стоимости, но 500 и 37 млн нельзя напрямую трактовать как убыток |
| Re-feel | Август 2024 года; фонд 3 STREAMS инвестировал 50 млн ₽ | запуск новых функциональных напитков, развитие каналов продаж, пополнение оборотного капитала и подготовка бизнеса к масштабированию | инвестиция в рост потребительского велнес-бренда с уже сформированной выручкой |
| Ipsum | сентябрь 2025 года; «УНК Холдинг» Умара Кремлева получил по 50% в ООО «Нутришн Фарм» и ООО «Нутришн Актив», оставшиеся доли сохранил Александр Дзидзария; сумма не раскрыта | вход в капитал производителя БАДов и компании — владельца товарных знаков Ipsum. Партнёры заявили о строительстве собственного завода, расширении ассортимента и выходе на рынки ЕАЭС и ОАЭ | стратегический инвестор вошёл одновременно в бренд и производство — в отличие от вложения только в маркетинг или разработку рецептур. |

# 8.4. ЗРЕЛОСТЬ И КОНКУРЕНЦИЯ

В обзоре ЗдравAI насчитывается 79 медицинских ИИ-систем. По заявлению Росздравнадзора на 22 июня 2026 года, 57 из них зарегистрированы как медицинские изделия. Числа описывают разные статусы, а не один рынок: только зарегистрированный продукт можно использовать в клинической практике в пределах заявленного назначения.

В сегменте решений для анализа медицинских изображений довольно много игроков и высокая конкуренция. В оценке риска по электронной медкарте и административных задачах команд меньше, хотя свободное поле ещё не означает доступный рынок: разработчика может остановить отсутствие тарифа ОМС, данных или покупателя.

Эксперты в серии интервью к данному отчету советуют несколько алгоритмов проверок, которые рекомендуется провести до сделки. Так, например, **Тамара Мишагина** отказалась от участия в одном из высокотехнологичных проектов, когда команда не смогла показать медицинское обоснование и конкретную боль конечного потребителя, а от другого решения пришлось отказаться, потому что вся финансовая модель строилась только на том, что тариф ОМС должен появиться, но Market Access стратегии у компании не было. **Станислав Скакун** наблюдал закрытие HumanCheck, CheckMe и Lifetime Plus: небольшая цена не покрывала глубокую диагностику, а дорогой продукт уходил в премиальную нишу. **Iskra Ventures**, напротив, инвестировали в сервис для старшего возраста после того, как увидели конкретную боль и разделили роли пользователя и плательщика в рамках бизнес-модели.

ИЗ ЭТИХ КЕЙСОВ СЛЕДУЮТ ПЯТЬ ВОПРОСОВ:

- возникает ли повторная потребность после первой покупки
- кто платит после регистрации и пилота
- сохранится ли выручка после отмены субсидии или временного правила
- какую работу врача продукт сокращает, а какую добавляет
- кто оплатит новую работу: интеграцию, сопровождение, проверку сигнала о риске и обучение пользователя

# 8.5. МИРОВОЙ КАПИТАЛ И РОССИЙСКИЕ УСЛОВИЯ

В 2024 году рынок longevityTech привлёк 8,5 млрд долларов, при этом значительная часть денег пришлась на исследовательские платформы, а не на потребительские сервисы.

Российский рынок находится в других условиях: раннего капитала мало, покупательная способность ниже, а государственные закупки зависят от субсидий и целевых показателей.

# ГЛОБАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ

09

- Зарубежные системы оплаты цифровых продуктов дают полезные механизмы, но их результаты нельзя переносить в Россию напрямую.
- Статус медизделия и возмещение не гарантируют клиническую пользу или устойчивую экономику.
- Проекты чаще всего закрываются из-за продуктовых сложностей, а не из-за неудачного выбора технологии: нет повторного спроса, слабый Product-Market Fit и непродуманная модель монетизации.

Кейсы отобраны по трём критериям: есть прозрачная модель применения, понятен источник оплаты, механизм можно сопоставить с российским сегментом. Страны различаются системами страхования и тарифами, поэтому цифры не сравниваются напрямую с российским рынком.

# 9.1. КАК ГОСУДАРСТВА ОПЛАЧИВАЮТ ЦИФРОВЫЕ ПРОДУКТЫ

Ниже рассмотрим наиболее яркие кейсы из мировой практики – программы, реализованные в **Германии, Франции, Китае, Южной Корее и Японии.**

**Немецкая DiGA** стала первой в мире государственной программой, которая позволила врачам официально «выписывать» пациентам цифровые терапевтические приложения – DTx сервисы, например, для снижения веса при диабете, для лечения депрессии, тревоги или хронической боли – как полноценные лекарства, а страховым компаниям – полностью оплачивать их.

Модель использует принцип Fast-Track: разработчику дают до 24 месяцев «авансом», во время которых приложение уже включено в тариф ОМС в тестовом режиме. За этот период компания обязана провести клиническое исследование на реальных пациентах и доказать медицинскую пользу и экономическую обоснованность, чтобы получить постоянную «прописку» в ОМС.

**Французский государственный механизм PECAN**, по сути, был вдохновлен DiGA – это тот же Fast-Track с авансовым включением в тарифы, но, с одной стороны, более гибкий в отношении перечня технологий, а с другой, – более строгий в плане сроков предоставления доказательной базы по продукту. Вместо 2 лет на сбор доказательств эффективности французы дают срок 6-9 месяцев, однако при этом программа, помимо DTx-решений, покрывает платформы дистанционного телемониторинга и продукты всех классов риска, в то время как DiGA работает только с низкими классами риска до IIa.

Еще одним масштабным примером является **опыт Китая**, где цифровая медицина активно развивается в рамках национальной стратегии **«Здоровый Китай 2030»** и сопровождающей её **«Национальной стратегии внедрения ИИ в здравоохранении»**. Вместо классических мобильных приложений китайская модель сделала ставку на экосистему лицензированных ИИ-больниц (Agent Hospital), а регулятор NMPA одобрил уже более 230 продуктов цифровой терапии. Программа покрывает цифровые тренажеры для лечения офтальмологических заболеваний, ИИ-платформы для управления сахарным диабетом, программы когнитивной коррекции в неврологии, а также сервисы дистанционного телемониторинга и ИИ-скрининга снимков. Как и в европейских странах, в Китае действует механизм Fast-Track, обкатанный в специальной регуляторной зоне Хайнань: инновационные продукты получают временное одобрение и «авансовое» включение в тарифы базового медицинского страхования на основании технической безопасности без долгосрочных клинических исследований.

Главным условием такого входа является обязательная интеграция продукта в работу ИИ-больниц, где в процессе реального лечения пациентов собираются данные RWE/RWD для последующего решения о постоянной «прописке» в государственной системе страхования.

**В Южной Корее** регулятор в рамках DMPA жестко отделил медицинский софт от «железа» и разработал отдельную процедуру одобрения для ПО, которая отличается от алгоритма регистрации устройств и физических изделий. Для приложений со статусом МИ, а это ИИ-диагностика и DTx-сервисы, действует механизм Fast-Track со специальным 3-летним временным тарифом в ОМС для сбора клинической доказательной базы.

К 2026 году корейский регулятор одобрил первые 5 продуктов цифровой терапии – в основном для лечения бессонницы и реабилитации, внедрив при этом самые жёсткие в мире нацстандарты кибербезопасности и аудита медицинского ИИ.

**Япония** сделала ставку на интеграцию цифровых продуктов в общую систему национального медицинского страхования через концепцию SaMD – софт как медизделие. В рамках масштабной государственной стратегии Medical DX и тотальной реформы тарифов 2026 года регулятор PMDA внедрил двухэтапную систему Fast-Track с экспертизой софта всего за 6 месяцев. К 2026 году государственная страховка уже полностью покрывает 5 цифровых продуктов, включая DTx-сервисы для лечения никотиновой зависимости, гипертонии и диабета.

ГЛАВНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ЯПОНИИ – ФИНАНСОВОЕ СТИМУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕЙ: ГОСУДАРСТВО НЕ ПРОСТО ОПЛАЧИВАЕТ ЛИЦЕНЗИЮ НА СОФТ С ИИ, А ДОПЛАЧИВАЕТ КЛИНИКАМ СПЕЦИАЛЬНЫЕ НАДБАВКИ К МЕДИЦИНСКОМУ ТАРИФУ ЗА САМ ФАКТ ПРИМЕНЕНИЯ ИИ И IOT-МОНИТОРИНГА.

| СТРАНА | МЕХАНИЗМ | РЕЗУЛЬТАТ К 2026 ГОДУ | ЧТО ПРИМЕНИМО В РОССИИ |
|---|---|---|---|
| Германия | DiGA, с 2020 года | 74 продукта одобрены, 58 оставались в каталоге; 1,56 млн активированных назначений | временное включение в тариф облегчает запуск, но требует последующей проверки пользы и цены |
| Франция | PECAN | 17 заявок за первые полтора года; две одобрены к сентябрю 2024 года | строгая процедура при низком возмещении может оставить реестр почти пустым |
| США | коды CMS G0552-G0554, с 1 января 2025 года | Medicare оплачивает отдельные цифровые вмешательства для психического здоровья | продукт легче оплачивать, если он заменяет услугу с существующим тарифом |
| США | ACCESS Model, старт 5 июля 2026 года | более 150 организаций были приняты к 20 июля 2026 года; оплата зависит от исходов | контракт по результату требует заранее согласованных показателей и доступа к данным |
| Россия | ОМС для мониторинга гипертензии и диабета, с 2026 года | 382 тыс. подключённых устройств на старте | работает для пациентов с диагнозом, протоколом и ответственным регионом |
| Китай | Стратегия «Здоровый Китай 2030» с 2026 года, включение DTx в базовое страхование с 2022 года | Более 230 одобренных продуктов цифровой терапии | использование медплатформ (IoMT) и системы ЕГИСЗ в качестве цифрового контура для сбора данных RWE для валидации цифровых продуктов |
| Япония | Программа SaMD и реформа тарифов в рамках госстратегии по цифровой трансформации Medical DX | 5 DTx-решений покрываются страховкой (сервисы для лечения никотиновой зависимости, гипертонии и диабета). Еще 35 в ожидании | внедрение финансовых надбавок врачам и ЛПУ за использование ИИ/IoT-систем, что стимулирует медиков применять цифровые продукты |
| Южная Корея | «Закон о цифровых медицинских продуктах», DMPA – с 2025 года | 5 одобренных продуктов DTx – в основном для лечения бессонницы и реабилитации | разделение цифровых продуктов на МИ – для ОМС, и масс-маркет сервисы – вне ОМС |

# 9.2. СЕРАЯ ЗОНА ДЛЯ ПРОДУКТОВ БЕЗ СТАТУСА МЕДИЗДЕЛИЯ

В отличие от российского регулирования, которое жестко делит цифровые решения на медизделия и масс-маркет по факту наличия регистрационного удостоверения, на рынке США активно развивается пограничный сегмент **general wellness**. В начале 2026 года FDA в рамках обновленного руководства **General Wellness: Policy for Low Risk Devices** освободило носимые гаджеты, такие как «умные» часы и кольца, от процедуры обязательной регистрации, если они не обещают клиническую точность измерений, не ставят диагноз и не дают медицинских рекомендаций, а предназначены исключительно для поддержания или поощрения ЗОЖ.

Для производителей гаджетов ключевым изменением стало то, что регулятор впервые разрешил измерять ряд физиологических параметров и биомаркеров, включая **артериальное давление, уровень глюкозы, сатурацию** и проч., и демонстрировать пользователю конкретные метрики, которые раньше априори считались медицинскими и требовали сертификации 510(k), что подразумевало проведение клинических испытаний.

Знаковым кейсом в этом сегменте стал **прецедент с WHOOP** – компания вступила в открытый конфликт с регулятором по поводу новой функции девайса Blood Pressure Insights (BPI): на основе датчиков (ЧСС, ВСР и кровотока во время сна) смарт-браслет выдавал пользователю расчетные значения АД утром после пробуждения. FDA посчитало это нарушением закона и отправило WHOOP официальное предупреждение о том, что подобный функционал требует получения медицинской регистрации. После вступления в силу обновленного руководства, а также внесения разработчиками требуемых изменений в интерфейс приложения FDA закрыло претензию.

ПРИ ЭТОМ В АПРЕЛЕ 2026 ГОДА, ПОКА ПРЕТЕНЗИЯ РЕГУЛЯТОРА ЕЩЁ ОСТАВАЛАСЬ ОТКРЫТОЙ, КОМПАНИЯ ПОЛУЧИЛА КОНТРАКТ ОТ MIT LINCOLN LABORATORY В РАМКАХ ПРОЕКТА, ФИНАНСИРУЕМОГО ВМС США, СОГЛАСНО КОТОРОМУ ПЛАТФОРМА WHOOP НАЧИНАЕТ ИНТЕГРАЦИЮ В СИСТЕМУ COMMAND READINESS, ENDURANCE, AND WATCHSTANDING (CREW): ДАННЫЕ О СНЕ, ВОССТАНОВЛЕНИИ И НАГРУЗКЕ БУДУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ОЦЕНКИ ГОТОВНОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ НА ФЛОТЕ И СНИЖЕНИЯ РИСКОВ, СВЯЗАННЫХ С УСТАЛОСТЬЮ.

> В РОССИИ РЕГУЛЯТОРИКА ОЧЕНЬ ЧЕРНО-БЕЛАЯ: ЛИБО ТЫ ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЕ МЕДИЗДЕЛИЕ СО ВСЕМИ ПРЕФЕРЕНЦИЯМИ, ЛИБО ТЫ «ТВАРЬ ДРОЖАЩАЯ». И ЭТО СИЛЬНО ОБЕДНЯЕТ РЫНОК, ПОСКОЛЬКУ В ГЛАЗАХ ПОТРЕБИТЕЛЯ УРАВНИВАЕТ НОУНЕЙМОВ С АЛИЭКСПРЕССА ИЛИ ОТКРОВЕННЫХ ШАРЛАТАНОВ И ПОЛЕЗНЫЕ МАСС-МАРКЕТ ДЕВАЙСЫ, КОТОРЫЕ БЫЛО БЫ РАЗУМНО РЕКОМЕНДОВАТЬ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЕ ЗОЖ-ПРИВЫЧЕК. НИША ТЕХ, КТО НЕ ВХОДИТ В УЗКИЙ КРУГ МЕДИЗДЕЛИЙ, КРАЙНЕ НЕОДНОРОДНА, В НЕЙ ЕСТЬ СОВЕРШЕННО РАЗНЫЕ ПО КАЧЕСТВУ ГАДЖЕТЫ – ОТ БРАСЛЕТА, КОТОРЫЙ ПУТАЕТ ШАГИ С ПЕРЕЛИСТЫВАНИЕМ СТРАНИЦ, ДО УСТРОЙСТВА, ТОЧНОСТЬ КОТОРОГО БЛИЗКА К КЛИНИЧЕСКОЙ. СЕЙЧАС ПОЛЬЗОВАТЕЛЬ НИКАК НЕ МОЖЕТ ЭТУ РАЗНИЦУ УВИДЕТЬ. РЫНКУ НЕ ХВАТАЕТ ПОНЯТНОЙ ГРАДАЦИИ – СВОЕГО РОДА МАРКИРОВКИ ИЛИ ЗНАКА ДОВЕРИЯ ДЛЯ ГАДЖЕТОВ, КОТОРЫЕ НЕ ПРЕТЕНДУЮТ НА МЕДИЦИНСКИЙ СТАТУС, НО ЧЕСТНО ПОДТВЕРЖДАЮТ ТОЧНОСТЬ И СМЫСЛ ТОГО, ЧТО ИЗМЕРЯЮТ. ТАКОЙ ЗНАК НЕ ЗАМЕНЯЕТ РЕГИСТРАЦИЮ, А ФОРМИРУЕТ ПРОМЕЖУТОЧНУЮ ПРОСЛОЙКУ ПО ТИПУ GENERAL WELLNESS В СИСТЕМЕ FDA. В ИТОГЕ ПРОИЗВОДИТЕЛЬ ПОЛУЧАЕТ СТИМУЛ ВКЛАДЫВАТЬСЯ В ТОЧНОСТЬ, ПОЛЬЗОВАТЕЛЬ – ОРИЕНТИР, А ВРАЧ – ПОНИМАНИЕ, МОЖНО ЛИ ВОСПРИНИМАТЬ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА ХОТЯ БЫ КАК КОНТЕКСТ.

**СОФИЯ ГОЛЬДБЕРГ**

организатор клуба «Цифровая медицина» ИЦ «Хелснет» НТИ

# 9.3. ЧТО ПОКАЗАЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ ЦИФРОВЫХ ПРОДУКТОВ ДЛЯ СКРИНИНГА

Еще один недавний кейс – **устройство французской компании Withings, превращающее туалет в лабораторию**, которое недавно вышло на рынок США. В течение нескольких лет компания пыталась получить одобрение FDA в качестве медизделия, но увязла в регуляторных требованиях и в итоге зарегистрировалась как «wellness-ассистент». Хотя их «умный» датчик, встроенный в капсулу, и измеряет лабораторные биомаркеры, компания научилась жонглировать определениями – например, вместо медицинского термина «кислотность мочи» они используют «bio-acidity», а также заявляют, что девайс измеряет pH, кетоны и витамин С для «оптимизации питания и гидратации», а не с целью диагностики ацидоза или МКБ.

КОМПАНИЯ APPLE ВЫБРАЛА ДРУГОЙ ПУТЬ. **ФУНКЦИЯ HYPERTENSION NOTIFICATIONS ПОЛУЧИЛА РАЗРЕШЕНИЕ FDA В СЕНТЯБРЕ 2025 ГОДА** – ОНА РЕАЛИЗОВАНА КАК УВЕДОМЛЕНИЕ О ПАТТЕРНАХ, СВЯЗАННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, НО НЕ ИЗМЕРЯЕТ ДАВЛЕНИЕ НАПРЯМУЮ И НЕ СТАВИТ ДИАГНОЗ.

В таблицу вошли продукты и подходы, которые уже продавались, внедрялись или проходили оценку в рамках популяционных программ к моменту публикации исследования.

| ПРОДУКТ ИЛИ ПОДХОД | ЧТО ПОКАЗАЛО ИССЛЕДОВАНИЕ | ГРАНИЦА ВЫВОДА | ИСТОЧНИК |
|---|---|---|---|
| Непрерывный мониторинг глюкозы для скрининга людей без установленного диабета | Доказательств недостаточно, чтобы использовать CGM для скрининга или диагностики предиабета и диабета. | Вывод не относится к применению CGM у пациентов с установленным диабетом. Доступность устройства без рецепта не равна рекомендации применять его для диагностики. | ADA, раздел 2<br>ADA, раздел 7 |
| Самостоятельные приложения для психического здоровья | Депрессия: g = 0,45 → 0,18 после поправки на публикационное смещение.<br>Тревога: g = 0,35 → 0,18. | Метаанализ охватывал приложения без сопровождения специалиста. Исследования различались по качеству, содержанию вмешательства и риску систематической ошибки. | Kulke et al., 2025 |
| Мультираковый анализ крови NHS-Galleri | Первичная конечная точка не достигнута. Поздние стадии 12 заданных типов рака: 706 против 688 случаев; IRR 1,03; 95% ДИ 0,92–1,14; p = 0,6324. | Результат относится к тесту Galleri и дизайну NHS-Galleri. Снижение числа случаев IV стадии было вторичной конечной точкой и интерпретируется на фоне отрицательного первичного результата. | ASCO 2026, LBA100 NHS-Galleri |
| Скрининг фибрилляции предсердий 14-дневным ЭКГ-пластырем | Диагноз за 2,5 года: 6,8% против 5,4%; абсолютная разница 1,4 п. п. Инсульт: 2,7% против 2,5%; статистически подтверждённого снижения не выявлено. | Участники — люди 65 лет и старше с умеренным или высоким риском инсульта. Инсульт был поисковой конечной точкой; исследование не было рассчитано на выявление небольшого различия его частоты. | AMALFI, JAMA |

Рост выявляемости, охвата или вовлечённости не равен улучшению клинического исхода. Для каждого продукта нужно заранее определить, какой результат измеряется и какой вывод допускает дизайн исследования.

Данные о шагах устойчивее. Метаанализ Ding et al. 2025 года охватил 57 исследований из 35 когорт, в количественную часть вошло 31 исследование из 24 когорт.

| ОСНОВАНИЕ | ОРИЕНТИР | СМЕРТНОСТЬ ОТ ВСЕХ ПРИЧИН | СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ |
|---|---|---|---|
| 57 исследований из 35 когорт; в метаанализ вошло 31 исследование из 24 когорт | Около 7 тыс. шагов в день против около 2 тыс. | Риск ниже на 47%; HR 0,53; 95% ДИ 0,46–0,60 | Риск ниже на 25%; HR 0,75; 95% ДИ 0,67–0,85 |

Число шагов связано с последующими исходами устойчивее, чем многие показатели потребительских цифровых продуктов. Но наблюдаемая корреляция еще не превращает шагомер в медицинское изделие с доказанной клинической эффективностью.

# 9.4. ПОЧЕМУ ПРОЕКТЫ ЗАКРЫВАЛИСЬ ИЛИ ТЕРЯЛИ СТОИМОСТЬ

Таблица различает операционное закрытие, банкротство, ликвидацию и рыночное падение. В колонке, описывающей причину, приведены только выводы, которые можно подтвердить в открытых источниках.

Три причины повторяются. Первая — продукт зарегистрирован или готов, но плательщик его не покрывает. Вторая — первая покупка не создаёт повода вернуться. Третья — компания пытается убрать этап консультации с врачом без обоснования безопасности и доказанной экономии.

Схожую проблему повторного спроса иллюстрирует российский кейс ГК «Медси» и Bioniq. «Медси» вошла в совместное предприятие с долей 25%, заявив об инвестициях в размере около 500 млн рублей. В 2025 году эта доля была продана за 37 млн рублей, а в отчётности признано обесценение на 346 млн рублей. Важно, что приведённые суммы рассчитаны на разных учётных базах, поэтому их нельзя вычитать друг из друга напрямую: разница между 500 и 37 млн не равна фактическому убытку. Публичные данные надёжно фиксируют лишь сам факт утраты стоимости — восстановить полную картину (все докапитализации и условия расчётов по сделке) они не позволяют.

| КЕЙС | ЧТО ПРОИЗОШЛО | МАСШТАБ | ЧТО ПОДТВЕРЖДАЮТ ИСТОЧНИКИ | ИСТОЧНИКИ |
|---|---|---|---|---|
| Forward Health<br>первичная помощь и CarePods | ЗАКРЫТИЕ<br>ноябрь 2024 | $657,5 млн совокупного финансирования по оценке TechCrunch; оценка около $1 млрд в 2021 году. | Платящих клиентов и выручки не хватило для покрытия клиник, оборудования и операционных расходов; компания не смогла привлечь следующий раунд. CarePod-модель резко усилила капиталоёмкость и риск исполнения: вместо цели 3 200 модулей развёртывание осталось ограниченным. Формулировка об «исключении врача» неточна — врачи сохранялись за цифровым интерфейсом. | Fierce: закрытие<br>TechCrunch: CarePods<br>The Information: экономика |
| 23andMe<br>потребительская генетика | Банкротство с продажей активов<br>март 2025 | Пик около $6 млрд рыночной капитализации в 2021 году; продажа активов TTAM за $305 млн в 2025 году. | Одноразовая продажа теста не создала устойчивой повторной выручки. Подписки, телемедицина и фармразработка не компенсировали падение продаж и высокие расходы. Утечка затронула до 6,9 млн клиентов и усилила юридический и репутационный риск, но открытые документы не позволяют называть её единственной или непосредственной причиной банкротства. Цена продажи активов и прежняя капитализация — разные показатели. | SEC: продажа<br>Reuters: оценка<br>AG: утечка<br>AP: бизнес-модель |
| Pear Therapeutics<br>рецептурная цифровая терапия | Банкротство с продажей активов<br>апрель 2023 | 3 продукта с разрешениями FDA. В 2022 году: более 45 тыс. назначений, $12,7 млн выручки и $75,5 млн чистого убытка. | Регуляторное разрешение не создало устойчивого механизма оплаты. Исполнялось 53% назначений, а оплачивалось 41% исполненных. Выручка не покрывала коммерческую и операционную структуру, выстроенную по фармацевтической модели; привлечь капитал на ожидание зрелого возмещения компания не смогла. | SEC: показатели 2022<br>SEC: Chapter 11 |
| Modern Age<br>клиники долголетия | ЗАКРЫТИЕ<br>март 2024 | Около $33 млн привлечённого капитала; публично подтверждены seed-раунд $6 млн и Series A $27 млн. | Компания официально назвала причиной невозможность привлечь капитал для продолжения работы. Утверждения о слабом удержании и низкой марже встречаются в поздних отраслевых разборах, но Modern Age не публиковала детальных показателей. Поэтому их нельзя выдавать за установленную непосредственную причину закрытия. | CEO: заявление<br>Fitt: финансирование |
| Babylon Health<br>телемедицина и value-based care | ЛИКВИДАЦИЯ<br>август 2023 | Раунд $550 млн в 2019 году с участием PIF — не $500 млн от одного фонда. В 2022 году: $1,11 млрд выручки, $1,017 млрд расходов на медстраховые требования и $369,8 млн операционного убытка. | Модель фиксированной оплаты с принятием медицинского риска не обеспечила достаточной маржи. Страховые требования поглощали около 92% выручки ещё до расходов на клиническую помощь, технологии и управление. Непосредственными триггерами стали провал сделки по спасению, потеря крупных контрактов и дефицит ликвидности. Споры о качестве сопровождали компанию, но документы не показывают их как единственную причину банкротства. | Babylon: раунд<br>SEC: экономика 2022<br>SEC: ликвидация |
| Hims & Hers<br>телемедицина и препараты GLP-1 | РАБОТАЕТ<br>падение акций в 2026 | Около $420 млн онлайн-выручки от GLP-1 в первом полугодии 2025 года — примерно 38% онлайн-выручки. После решения FDA акции упали примерно на 22–26% за день. | Это не закрытый проект, а пример регуляторной чувствительности оценки. После завершения дефицита семаглутида сузилась возможность массово выпускать его составные копии. Значительная доля быстро растущей выручки зависела от персонализированных GLP-1, поэтому решение FDA изменило ожидания инвесторов. Остальные направления продолжали работать, и компания не прекратила деятельность. | FDA: дефицит завершён<br>SEC: выручка GLP-1<br>Axios: реакция рынка |

Во всех закрытых кейсах финальный дефицит капитала был следствием более ранней проблемы: выручка, возмещение или маржа не успевали за стоимостью клинической инфраструктуры, медицинского риска и коммерческого масштабирования.

# 9.6. ЧТО В РОССИИ ОПРЕДЕЛЯЕТ МЕСТНАЯ СИСТЕМА ОПЛАТЫ

ОМС легче оплачивает услугу для пациента с диагнозом, чем длительную профилактику здорового человека.

Регион покупает продукты, связанные с федеральными показателями и субсидиями.

ДМС покрывает отдельные обследования и консультации, но редко длительное изменение образа жизни.

Работодатель оплачивает программы, если может связать их с трудоспособностью, безопасностью или кадровой политикой.

Гражданин чаще покупает разовый анализ, устройство или юнит продукта, чем многолетнее сопровождение.

ВЫВОД: ЗАРУБЕЖНЫЙ МЕХАНИЗМ ПРИМЕНИМ В РОССИИ ТОЛЬКО ПОСЛЕ ОТВЕТА НА ДВА ВОПРОСА: КТО БУДЕТ ПЛАТИТЬ ПО МЕСТНЫМ ПРАВИЛАМ И КАКОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРОДУКТ ЗАМЕНИТ ИЛИ ДОБАВИТ.

# КАРТА ЗРЕЛОСТИ И ВЫВОДЫ

10

# 10.1. ПРОФИЛЬ ЗРЕЛОСТИ МОДЕЛЕЙ

В отчёте мы оцениваем не компании и не отдельные продукты, а модели применения: сочетание целевой группы, продукта или услуги, плательщика, маршрута пользователя и ответственного за следующее действие. Одна технология может быть более или менее зрелой в разных сценариях.

Например, дистанционный мониторинг показателей у пациента с установленным диагнозом и приложение для здорового пользователя относятся к разным моделям и не должны автоматически получать одинаковую оценку.

Карта зрелости — авторский качественный инструмент. Она не является клинической шкалой, рейтингом компаний, оценкой качества медицинской помощи или инвестиционной рекомендацией. Оценка основана на открытых источниках и интервью, отражает состояние рынка на август 2026 года и показывает, на каком участке маршрута чаще возникает разрыв.

| СТАТУС | ЗНАЧЕНИЕ |
| --- | --- |
| Не сформировано | в изученных источниках нет устойчивого механизма или достаточной опоры |
| Работает точечно | механизм подтверждён отдельными продуктами, организациями, пилотами или каналами |
| Устойчивая практика | механизм воспроизводится в массовом или обязательном процессе с определённым плательщиком |

| СЕГМЕНТ | ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА И ГРАНИЦЫ | ЭКОНОМИКА | ПОВТОРНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ | МЕСТО В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ | РЕГУЛИРОВАНИЕ И ОПЛАТА |
|---|---|---|---|---|---|
| Прогнозная аналитика по ЭМК и СППВР | Работает точечно: зарегистрированные продукты и данные пилотов; мало данных по исходам | Работает точечно: региональные контракты без общего тарифа | Работает точечно: использование внутри отдельных внедрений | Работает точечно: меняет маршрутизацию, но требует дорогой интеграции | Работает точечно: РУ есть, единой оплаты функции нет |
| Дистанционный мониторинг гипертензии и диабета | Работает точечно: есть результаты пилотов; нет сопоставимой оценки всей программы | Работает точечно: услуга в ОМС, инфраструктура зависит от региона | Работает точечно: автоматическая передача помогает, ежедневные измерения удерживают не всех | Устойчивая практика: пациент, диагноз и медицинская команда определены | Устойчивая практика: есть федеральный порядок оплаты |
| Расширенные чекапы вне клинических рекомендаций | Не сформировано: общая польза широких панелей для бессимптомных людей не доказана | Устойчивая практика: понятная разовая продажа гражданину | Работает точечно: ежегодные покупки есть, длительное сопровождение не обязательно | Работает точечно: врач включён не во все программы | Работает точечно: услуги регулируются, состав панели не получает общей рекомендации |
| Носимые устройства и потребительские приложения | Работает точечно: валидированы отдельные показатели и сценарии | Работает точечно: массовая продажа устройств, слабее модель подписки | Работает точечно: удерживают интерпретация, цель и автоматический сбор | Не сформировано: большинство данных остаётся контекстом вне медсистемы | Работает точечно: статус зависит от медицинского обещания конкретной функции |
| Потребительская генетика для многофакторных рисков | Работает точечно: полезность зависит от показания; роль среды велика | Работает точечно: рынок существует, прямые продажи малоприбыльны | Не сформировано: геном исследуют один раз | Работает точечно: врачебный канал есть, но не для всех тестов | Работает точечно: лабораторный оборот регулируется, медицинская оплата - по отдельным показаниям |
| Корпоративные программы здоровья | Работает точечно: преобладают самоотчёты без контрольных групп | Работает точечно: заказчик известен, финансовый ROI редко доказан | Работает точечно: организованная среда удерживает в пределах программы | Работает точечно: клиническое ядро есть не у всех поставщиков | Работает точечно: ОМС и ДМС покрывают отдельные элементы, корпоративный бюджет добровольен |
| Персонализированные программы суплементации | Не сформировано: персональный подбор не подтверждает пользу состава | Работает точечно: курсовые продажи и отдельные B2B-пилоты | Работает точечно: повтор зависит от показания и контрольной точки | Не сформировано: программы редко входят в непрерывный клинический маршрут | Работает точечно: БАД регулируется как пищевой продукт; медицинский канал только складывается |

СЕГОДНЯ ЗА МАРШРУТ НЕ ОТВЕЧАЕТ НИКТО. ЛАБОРАТОРИИ, КЛИНИКИ, ГЕНЕТИКА, ЦИФРОВЫЕ СЕРВИСЫ УЖЕ ЗАКРЫЛИ НИЖНИЕ ЭТАЖИ: ДАННЫЕ, ИНФРАСТРУКТУРУ, ОТДЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ. ВСЕ ХОТЯТ ПОДНЯТЬСЯ ВЫШЕ, В МАРШРУТ, НО ЦЕЛИКОМ ЕГО НЕ БЕРЁТ НА СЕБЯ НИКТО: У КАЖДОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СВОИ МЕТРИКИ, А ЭФФЕКТ ПРОЯВИТСЯ ЧЕРЕЗ ГОДЫ, И НЕ У НЕЕ, А НА КАКОМ-ТО ДРУГОМ ЭТАПЕ. РЫНКУ НУЖНЫ ОБЩИЕ МЕТРИКИ, ПО КОТОРЫМ МОЖНО СРАВНИВАТЬ РАЗНЫЕ МАРШРУТЫ И ИХ РЕЗУЛЬТАТ НА ДЛИННОМ ГОРИЗОНТЕ. ПОКА ИХ НЕТ, КАЖДЫЙ ИГРОК УСПЕШЕН ТОЛЬКО ВНУТРИ СОБСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ.

**МАРИЯ ГАЛЯМОВА**

руководитель ИЦ «Хелснет» НТИ

# БАРЬЕРЫ И ДРАЙВЕРЫ РЫНКА

# 11. БАРЬЕРЫ И ДРАЙВЕРЫ РЫНКА

Рынок тормозят разрывы между назначением, оплатой, внедрением и повторным действием. Драйверы возникают там, где эти звенья соединены в один процесс.

| БАРЬЕР | КАК ПРОЯВЛЯЕТСЯ | ДРАЙВЕР |
|---|---|---|
| Неясная граница медицинского и потребительского обещания | продукт собирает медицинские данные, но не определяет допустимое действие | точное назначение, статус продукта и понятный результат |
| Тариф или разрешение без фактического исполнения | нормативная возможность есть, но нет регионального бюджета, договора или устройств | закреплённый плательщик, инфраструктура и измеряемый охват |
| Выявление риска без последней мили | находка заканчивается отчётом, тревогой или новым обследованием | врач, координатор или программа с действием и контрольной точкой |
| Дорогая интеграция | подключение к МИС сопоставимо со стоимостью самого продукта | единые профили обмена, заранее посчитанная интеграция и место в рабочем процессе медицинского специалиста |
| Разовый интерес пользователя | подписка конкурирует с неясной перспективой где-то в будущем | близкая цель, автоматический сбор данных, обратная связь, геймификация и социальная среда |
| Неясный результат корпоративного пилота | заказчик видит регистрации, но не понимает влияние на риск, больничные или безопасность | заранее выбранная метрика, единый владелец и сопоставление с исходной точкой |
| Дефицит капитала между прототипом и внедрением | грант заканчивается до испытаний, регистрации и первого контракта | финансирование УГТ-3—УГТ-6, права на технологию и первый стратегический заказчик |
| Широкая категория вместо конкретного вмешательства | БАД, питание, лекарства или все продукты с алгоритмами получают одну оценку | доказательность и экономика оцениваются по назначению, продукту и сценарию |
| Несовпадение пользователя и плательщика | сервис проектируют для покупателя, но пользоваться должен другой человек | отдельная ценность и коммуникация для пользователя, инициатора и плательщика |

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Российский рынок превентивной медицины и ЗОЖ перестает быть премиальным направлением, доступным преимущественно клиентам частных клиник и энтузиастам биохакинга. Он формируется в широкую индустрию на стыке государственного здравоохранения, цифровых сервисов, корпоративных программ здоровья и потребительских решений.

Государство сформировало базовую правовую инфраструктуру, однако технологическая зрелость и коммерческая устойчивость моделей применения остаются неоднородными: диспансеризация, медицинские сервисы, чекапы, приложения, носимые устройства, генетические тесты и нутрицевтики различаются по назначению, доказательной базе и модели оплаты. Их объединяет не технология, а способность превратить выявленный риск в результат. Самые устойчивые модели строятся по логике: данные → интерпретация → действие → ответственный → контроль результата.

Главный системный вызов для российского рынка сегодня — преодоление разрыва на этапе «последней мили», когда выявленные риски или собранные данные не конвертируются в обоснованное клиническое действие или устойчивое изменение поведения человека. Низкий уровень комплаенса конечных пользователей остается фундаментальным барьером: выявление риска или использование гаджета сами по себе не гарантируют, что человек модифицирует образ жизни и не даст этим рискам реализоваться.

Поэтому ценность продукта определяется не количеством пользователей или измерений, а тем, помогает ли он удерживать человека в профилактическом маршруте.

# ИСТОЧНИКИ И ПРИМЕЧАНИЯ

ДАТА ОБРАЩЕНИЯ К ВЕБ-ИСТОЧНИКАМ: 13 АВГУСТА 2026 ГОДА. ПЕРЕЧЕНЬ ВКЛЮЧАЕТ ИСТОЧНИКИ, НА КОТОРЫЕ ОПИРАЮТСЯ КЛЮЧЕВЫЕ ЧИСЛОВЫЕ ДАННЫЕ, РЫНОЧНЫЕ ОЦЕНКИ, РЕГУЛЯТОРНЫЕ КЕЙСЫ И НАУЧНЫЕ ВЫВОДЫ. КОРПОРАТИВНЫЕ САМООТЧЁТЫ ОПИСЫВАЮТ ПРАКТИКУ, НО НЕ ДОКАЗЫВАЮТ ПРИЧИННЫЙ ЭФФЕКТ.

## МАТЕРИАЛЫ ИНТЕРВЬЮ

27 глубинных интервью со стейкхолдерами рынка, июль–август 2026 года. В выборку вошли клиницисты, разработчики, лаборатории, корпоративные заказчики и провайдеры, инвесторы, проекты активного долголетия, профессиональные объединения и эксперты государственных центров.

Показатели, полученные только в интервью, обозначены как данные компании или экспертная оценка. Расшифровки и рабочие файлы в публичный список источников не включены.

[1] WHO. Noncommunicable diseases. — URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

[2] Классификация первичной, вторичной и третичной профилактики используется в различных документах ВОЗ применительно к конкретным заболеваниям и группам вмешательств. В настоящем отчёте она используется как аналитическая рамка для сопоставления моделей профилактического маршрута, а не как утверждение о существовании единой универсальной классификации ВОЗ.

1. WHO strategy for prevention and control of chronic respiratory diseases — для общей логики первичной, вторичной и третичной профилактики:
WHO strategy for prevention and control of chronic respiratory diseases

2. WHO guideline on the prevention and diagnosis of rheumatic fever and rheumatic heart disease — очень наглядный пример различия трёх уровней:
WHO guideline on the prevention and diagnosis of rheumatic fever and rheumatic heart disease

3. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice — пример, где ВОЗ прямо раскладывает профилактику на вакцинацию, скрининг и лечение:
Comprehensive cervical cancer control

## ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА, РЕГУЛИРОВАНИЕ И ОМС


1. Минздрав России. Итоги дистанционного контроля пациентов с диабетом и артериальной гипертензией за 2022–2023 годы
2. Минздрав России. Национальные проекты «Продолжительная и активная жизнь» и «Новые технологии сбережения здоровья»
3. Минздрав России. Промежуточные результаты проекта «Персональные медицинские помощники», 2024
4. Минздрав России. Федеральный проект «Борьба с сахарным диабетом»
5. Минздрав России. Федеральный проект «Здоровье для каждого»
6. Национальный проект «Новые технологии сбережения здоровья»
7. Национальный проект «Продолжительная и активная жизнь»
8. Национальный проект «Продолжительная и активная жизнь»
9. Письмо Минздрава России от 24 февраля 2026 года № 31-2/И/2-3021 о формировании и экономическом обосновании территориальной программы госгарантий
10. Постановление Правительства РФ № 2129 от 9 декабря 2022 года об экспериментальном правовом режиме для проекта «Персональные медицинские помощники»
11. Постановление Правительства РФ № 2188 от 29 декабря 2025 года о Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на 2026 год
12. Постановление Правительства РФ № 398 от 13 апреля 2026 года о критериях качества и эффективности БАД
13. Постановление Правительства РФ № 737 о централизованных закупках систем непрерывного мониторинга глюкозы
14. Приказ Минздрава России № 183н об оснащении центров здоровья для взрослых
15. Приказ Минздрава России № 193н от 11 апреля 2025 года о применении телемедицинских технологий
16. Приказ Минздрава России № 434н о должности врача по медицине здорового долголетия
17. Приказ Минздрава России № 435н о включении нутрициологии в номенклатуру медицинских специальностей
18. Приказ Минздрава России № 436н о квалификационных требованиях в медицине здорового долголетия
19. Приказ Минздрава России № 669н от 17 ноября 2025 года о порядке назначения БАД
20. Рекомендации Минздрава России и ФФОМС по способам оплаты медицинской помощи на 2026 год
21. ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции»
22. Указ Президента РФ № 254 от 6 июня 2019 года «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года»
23. Федеральный закон № 150-ФЗ от 7 июня 2025 года о назначении БАД медицинскими работниками
24. Федеральный закон № 289-ФЗ от 31 июля 2025 года о контроле оборота БАД на цифровых платформах
25. Федеральный закон № 290-ФЗ от 31 июля 2025 года об обязанностях продавцов и владельцев агрегаторов при обороте БАД
26. Федеральный закон № 425-ФЗ от 28 ноября 2025 года об изменениях в налоговых вычетах


## РОССИЙСКИЙ РЫНОК, ПРОДУКТЫ И КОРПОРАТИВНАЯ ПРАКТИКА


27. BusinesStat. Анализ рынка медицинских услуг в России в 2020–2024 годах, прогноз на 2025–2029 годы
28. CNews. Инвестиции в российскую нейротехнологическую компанию «Брейнфон»
29. CNews. Ростелеком. Итоги развития платформы корпоративного здоровья
30. Galenos.AI
31. INRESEARCH. Рынок чекапов и превентивных клинических услуг в России
32. Webiomed
33. Webiomed. Масштаб внедрения и экономия рабочего времени врачей
34. Webiomed. Обзор российских инвестиций в цифровое здравоохранение
35. «Ведомости». ГК «Медси» вышла из совместного проекта с Bioniq
36. «КАПИТАЛ LIFE» приобретает платформу Checkme для запуска цифровой поликлиники
37. «Коммерсантъ». Инвестиции в российские медицинские технологии
38. «Коммерсантъ». Рынок БАД в России в 2025 году
39. «Московское долголетие»: число регулярных участников
40. «Честный знак». Оценка российского рынка БАД в 2025 году
41. «Яков и Партнёры» × МЕДСИ. Искусственный интеллект в здравоохранении
42. «Яков и Партнёры» × МЕДСИ. Искусственный интеллект в здравоохранении
43. Диспансеризация на рабочем месте: результаты 2025 года и ориентир на 2030 год
44. Журнал «Национальное здравоохранение». Обзор инвестиций и развития цифрового здравоохранения
45. ИИ-скрининг остеопороза по плановым КТ
46. Интерфакс. «РЖД-Медицина» создаёт центр превентивной медицины
47. Интерфакс. Планы по диспансеризации на рабочем месте до 2030 года
48. Исполнение расходов профильных национальных проектов за 2025 год
49. ИЦ «Хелснет» НТИ. Анализ российского рынка потребительской генетики
50. ИЦ «Хелснет» НТИ. Архитектура рынка
51. ИЦ «Хелснет» НТИ. Дайджест рынка за III квартал 2025 года
52. ИЦ «Хелснет» НТИ. Дайджест рынка за IV квартал 2025 года
53. ИЦ «Хелснет» НТИ. Мировые кейсы здоровьесбережения
54. ИЦ «Хелснет» НТИ. Реализация дорожной карты «Хелснет»
55. Клинические рекомендации Минздрава России «Артериальная гипертензия у взрослых», 2024
56. Коммерсантъ. Росздравнадзор: зарегистрированные медицинские изделия с ИИ
57. НМИЦ ТПМ Минздрава России. Библиотека лучших практик корпоративных программ
58. НМИЦ эндокринологии. Результаты дистанционного мониторинга в проекте «Персональные медицинские помощники»
59. ННГУ им. Н. И. Лобачевского и сеть клиник «Атлас». Разработка калькулятора биологического возраста
60. Обзор российского рынка медицинских ИИ-систем «ЗдравAI 2025»
61. Объясняем.рф. Налоговый вычет за физкультурно-оздоровительные услуги
62. Превентивная медицина как приоритет научно-технологического развития России
63. РБК × T-Private. Wellbeing Review 2026
64. РБК × T-Private. Wellbeing Review 2026
65. РБК Исследования рынков. Wellbeing Review 2026
66. РГНКЦ Пироговского университета. Клиническое исследование RUSS-AGE
67. Росздравнадзор. Регистрационное удостоверение Galenos.AI РЗН 2025/25453
68. Ростех. Решение для дистанционного мониторинга здоровья стало доступно по ОМС
69. Сравнение двух ИИ-сервисов маммографии в Красноярском крае
70. СРО «Союз производителей БАД к пище» / AlphaRM. Динамика российского рынка БАД
71. ЦНИИОИЗ. Медицинские изделия с ИИ: мнение медицинского сообщества


## НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ


72. AMALFI: скрининг фибрилляции предсердий с помощью ЭКГ-пластыря. JAMA. 2025
73. American College of Radiology. Statement on Screening Total Body MRI
74. American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes—2026, раздел 2: Diagnosis and Classification of Diabetes
75. American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes—2026, раздел 7: Diabetes Technology
76. CDC. Evaluation of the VERB campaign
77. Ding D. et al. Daily steps and health outcomes in adults. The Lancet Public Health, 2025
78. DOI. American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes—2026: Diagnosis and Classification of Diabetes
79. DOI. Goetzel R. Z. et al. Long-term impact of Johnson & Johnson's program
80. EPODE: методология профилактики детского ожирения на уровне сообществ
81. Kulke J. K. et al. Efficacy of standalone smartphone apps for mental health. 2025
82. Moqri M. et al. Validation of biomarkers of aging. Nature Medicine. 2024
83. NHS-Galleri Trial: результаты исследования, представленные на ASCO 2026
84. PubMed Central. Kwee R. M., Kwee T. C. Whole-body MRI for preventive health screening
85. PubMed Central. Towards accurate differential diagnosis with large language models: AMIE
86. PubMed Central. Yao J. et al. National Steps Challenge
87. PubMed. Budzyń K. et al. Endoscopist deskilling risk after exposure to AI
88. PubMed. Ding D. et al. Daily steps and health outcomes in adults
89. PubMed. Isaac F. Johnson & Johnson wellness program
90. PubMed. Kulke J. K. et al. Efficacy of standalone smartphone apps for mental health
91. Romon M. et al. Результаты программы Fleurbaix–Laventie Ville Santé
92. Sacher P. M. et al. Результаты семейной программы MEND
93. Оценка национальной кампании физической активности VERB
94. Систематический обзор игровых механик в цифровых вмешательствах для здоровья


## МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИКА, ПРОГРАММЫ И РЕГУЛИРОВАНИЕ


95. CMS. ACCESS Model
96. CMS. ACCESS Model Accepted Applicants
97. FDA 510(k) K250507. Apple Hypertension Notification Feature
98. FDA. Clarification of compounding policies as the national GLP-1 supply stabilizes
99. FDA. General Wellness: Policy for Low Risk Devices
100. FDA. Warning Letter to WHOOP, Inc
101. FDA. Закрытие претензии к WHOOP после изменения продукта и маркировки
102. France G_NIUS. Prise en charge anticipée numérique — PECAN
103. France G_NIUS. Тарифы PECAN
104. GKV-Spitzenverband. DiGA-Bericht 2025
105. Global Wellness Institute. Global Wellness Economy Monitor 2024
106. Global Wellness Institute. Global Wellness Economy Monitor 2025
107. Government of Singapore. Healthier SG White Paper
108. Health Promotion Board Singapore. National Steps Challenge Season Two Factsheet
109. Ministry of Health Singapore. Healthier SG participation and health-plan check-ins. 2026
110. NHS-Galleri Trial. Study results and advanced-stage cancer diagnoses
111. NHS-Galleri Trial: результаты, представленные на ASCO 2026
112. NielsenIQ. Global State of Health & Wellness 2025
113. WHOOP. Contract with MIT Lincoln Laboratory for the U.S. Navy CREW project
114. Ärzte Zeitung. Расходы и доказанная польза приложений DiGA по отчёту GKV-Spitzenverband


## МЕЖДУНАРОДНЫЕ КОМПАНИИ, СДЕЛКИ И ЗАКРЫТИЯ


115. Arizona Attorney General. 23andMe data breach notice
116. Associated Press. 23andMe business model and bankruptcy
117. Axios. Market reaction to changes in the GLP-1 drug market
118. Babylon Health. Funding announcement, 2019
119. Fierce Healthcare. Forward Health shuts down
120. Fitt Insider. Longevity startup Modern Age shuts down
121. Modern Age. Update from founder and CEO Melissa Eamer
122. Reuters. 23andMe bankruptcy and valuation
123. SEC. Babylon Holdings annual report, 2022
124. SEC. Babylon Holdings liquidation filing
125. SEC. Hims & Hers Health quarterly report, GLP-1 revenue, 2025
126. SEC. Pear Therapeutics annual report, 2022
127. SEC. Pear Therapeutics files for Chapter 11 bankruptcy
128. SEC. Sale of 23andMe assets, 2025
129. TechCrunch. Forward Health launches CarePods
130. The Information. Forward Health economics and shutdown

# // Purrweb

ИТ-ПАРТНЁР ПО ЦИФРОВИЗАЦИИ МЕДУЧРЕЖДЕНИЙ. ПОМОГАЕМ КЛИНИКАМ И ЛАБОРАТОРИЯМ ЗАПУСКАТЬ НОВЫЕ ЦИФРОВЫЕ ПРОДУКТЫ. СОЗДАЕМ ЦИФРОВЫЕ СЕРВИСЫ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ВЕЛНЕСА. ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДГОТОВЛЕНО АНАЛИТИЧЕСКИМ НАПРАВЛЕНИЕМ КОМПАНИИ.

HEALTH NET
Инфраструктурный центр

ИНФРАСТРУКТУРНЫЙ ХАБ И ОТРАСЛЕВОЕ КОМЬЮНИТИ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ И ПРОДВИЖЕНИЯ MEDTECH И BIOTECH-ПРОЕКТОВ НА РОССИЙСКОМ И МЕЖДУНАРОДНОМ РЫНКАХ, В КОТОРЫЙ ВОВЛЕЧЕНЫ ЭКСПЕРТЫ ИЗ РАЗНЫХ ОБЛАСТЕЙ: ВРАЧИ, УЧЁНЫЕ, ТЕХПРЕДЫ, РАЗРАБОТЧИКИ, ИНВЕСТОРЫ, ПРЕДСТАВИТЕЛИ ГОССТРУКТУР, ОРГАНИЗАТОРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МНОГИЕ ДРУГИЕ. ЦЕНТР РАЗВИВАЕТ СЕРИЮ ИНИЦИАТИВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА РАЗВИТИЕ КЛЮЧЕВЫХ РЫНКОВ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В РОССИИ.

HEALTH NET
Инфраструктурный центр

// Purrweb

Аналитический отчёт Инфраструктурного центра «Хелснет» НТИ и Purrweb
при экспертном участии РНИМУ им. Н. И. Пирогова

# ПРЕВЕНТИВНАЯ МЕДИЦИНА И ЗОЖ В РОССИИ: ОТ БИОХАКИНГА К ЗРЕЛОМУ РЫНКУ

Что определяет развитие индустрии в 2026 году. Карта трендов: взгляд участников рынка

АВТОРЫ: С.Е. ГОЛЬДБЕРГ, М.Р. ГАЛЯМОВА, М.А. ГЕТМАН

Инфраструктурный центр НТИ «Хелснет», Фонд «Технопарк Академгородка» при содействии Фонда поддержки проектов Национальной технологической инициативы и Министерства промышленности и торговли Российской Федерации, в рамках реализации программы по развитию отдельного направления Национальной технологической инициативы «Хелснет».

© ИЦ «Хелснет» НТИ, Научно-технологический парк Новосибирского Академгородка, 2026
При перепечатке ссылка обязательна