сенсус

ЦИФРОВОЙ МАРКЕТПЛЕЙС

Kazan Digital Week 2026 · аналитика по направлениям

Цифровое здравоохранение: единые данные, допуск ИИ в клинику и тиражирование региональных практик

Что на Kazan Digital Week 2026 говорили о медицинском ИИ в регионах, качестве медданных, скорой помощи, телемедицине в MAX, спортивной и промышленной медицине. Цифры, кейсы Татарстана и Подмосковья, предложения по регулированию.

Содержание

Ключевые показатели

Кратко

1. ИИ в диагностике: второе мнение и страхующий контур

2. Управленческий ИИ и тиражирование практик

3. Допуск ИИ в клинику: регистрация, контроль качества и мультиагентные системы

4. Прежде чем ИИ: данные операционных, реанимаций и районных больниц

5. Скорая помощь: централизация вызовов и ИИ в диспетчерской

6. Связь с пациентом: телемедицина в MAX, линии 122 и голосовые ИИ-помощники

7. Дистанционный мониторинг, носимые устройства и геномика

8. Спортивная медицина: единый цифровой допуск и цифровой двойник спортсмена

9. Промышленная и удалённая медицина

10. Импортозамещение: ПО, техника и защита данных

11. Цифровые инструменты в психологической помощи

Выводы

Источники

Ключевые показатели

3 млн

Диагнозов подсказал ИИ-ассистент врача в Подмосковье

Точность 82% · Зайцева Александра, ЦВИОД

+63%

Выявляемость рака груди в регионах с ИИ-маммографией

К среднему по России, 6 регионов · Тарасенко Алексей, Третье мнение

около 80 тыс.

Пациентов выявил «Единый кардиолог» за 3 года

Тихомиров Василий, Телемедицинские информационные системы

около 20%

ЭКГ, которые не успевают расшифровать в Татарстане

Ким Евгений, Телемедицинские информационные системы

3,3 п. п.

Снижение летальности при реакции врача на сигнал ИИ

5 больниц, около 600 тыс. пациентов · Кузоватова Валерия, Сеченовский ун-т

более 7,5 тыс.

Пациентов дополнительно достигли целей с СППВР

Тульская область, 2025 · Астракова Ксения, МедикБук

на 53 секунды

Сокращение времени доезда скорой в Татарстане

Экстренные вызовы · Алыкин Кирилл, ССМП

свыше 600 000

Звонков принял единый центр скорой за полгода

И почти 300 000 карт из системы 112 · Алыкин Кирилл, ССМП

на 23%

Снижение жалоб на скорую в Подмосковье

За 9 месяцев к прошлому году · Зайцева Александра, ЦВИОД

более 250 млн ₽ в год

Экономия от робота-оператора «Светлана»

12 млн звонков · Зайцева Александра, ЦВИОД

более 3000

Телемедконсультаций в ГКБ № 7 за 9 месяцев 2026

50 за I квартал · Нургатина Ксения, ГКБ № 7

13–20%

Звонков в клиники остаются без ответа

Филатова Мария, AIPhi

более 88 000

Спортсменов получили цифровой допуск

52 региона из 89 · Пеньков Андрей, НЦСМ

на 32%

Снижение обострений ХНИЗ с медпомощниками

Калинин Игорь, ФМБА России

на 21%

Снижение издержек предприятий на здравоохранение

Модель ФМБА с цифровыми сервисами · Калинин Игорь, ФМБА России

около 40%

Медучреждений с утечками по вине сотрудников

Книгин Михаил, T1

Кратко

Цифровому здравоохранению на Kazan Digital Week 2026 были посвящены восемь сессий и две секции о цифровых инструментах в психологической помощи. Выступали Минздрав Татарстана, ФМБА России, центр Росздравнадзора, Сеченовский университет, региональные больницы и станции скорой помощи, разработчики МИС и ИИ-сервисов. Главные выводы такие. ИИ уже работает в регионах как второе мнение и страхующий контур: в Подмосковье ИИ-ассистент подсказал врачам 3 млн диагнозов с точностью 82% (Зайцева Александра, ЦВИОД). Узкое место – не модели, а разрозненные и неполные данные: даже в федеральном центре полный набор данных о реанимационном пациенте есть лишь в трёх случаях из четырёх (Кузоватова Валерия, Сеченовский университет). Централизация вызовов скорой в Татарстане сократила время доезда на 53 секунды (Алыкин Кирилл, ССМП), а к единому цифровому допуску спортсменов подключены 52 региона из 89 (Пеньков Андрей, НЦСМ).

1. ИИ в диагностике: второе мнение и страхующий контур

ИИ в региональной медицине закрепился там, где поток исследований превышает возможности врачей: в описании ЭКГ, маммографии и КТ, а также в анализе электронной медкарты. Во всех рабочих сценариях решение остаётся за врачом, а ценность ИИ определяется тем, доходит ли найденная патология до клинического действия.

1.1 ЭКГ в Татарстане: «Единый кардиолог»

Проект «Единый кардиолог» собрал более 12 млн электронных ЭКГ, и ИИ ежедневно выявляет в них более 600 отклонений, рассказала модератор сессии Алина Танатарова (РБК). В Татарстане дополнительно закуплено 1162 ЭКГ-аппарата, в следующем году подключат ещё 700, сообщил Василий Тихомиров («Телемедицинские информационные системы»). Справочником описания ЭКГ ежедневно пользуются более 1,5 тыс. врачей функциональной диагностики в Татарстане и других регионах.

Нагрузка превышает возможности врачей. По данным Евгения Кима («Телемедицинские информационные системы»), в республике снимается в среднем около 10 тыс. ЭКГ в день, и примерно 20% потока, около 2 тыс. исследований, врачи первичного звена не успевают расшифровать. За сентябрь 2026 года зарегистрировано почти 22 тыс. необработанных ЭКГ. ИИ внедрён как второй, страхующий контур: он отмечает отклонения, такие ЭКГ первыми получают эксперты, а решение о маршрутизации принимает медорганизация. «Искусственный интеллект не заменяет кардиолога, а лишь помогает», – подчеркнул Ким.

Регистрационное удостоверение на ИИ для первых 9 словосочетаний описания ЭКГ проект получил в апреле 2023 года; всего используется 44 словосочетания, из них 5 описывают норму. Цель – покрыть ИИ все 224 словарные статьи справочника; по оценке Тихомирова, примерно через 2 года описание ЭКГ может полностью перейти к ИИ. В режиме скрининга

ИИ выявляет около 90% патологий, включая редкие формы. За 3 года проекта по поиску «потерявшихся» пациентов выявлено и поставлено на диспансерный учёт около 80 тыс. человек: их приходится искать, потому что они не знают о своей болезни.

Главной проблемой Тихомиров назвал не точность алгоритма, а то, увидит ли кто-нибудь найденную патологию: ЭКГ оторвано от единой электронной медкарты. Первичное звено Татарстана разделено на 13 центров курации, и инструмент «Кардиомонитор» показывает каждому из них выявленных ИИ пациентов. Тихомиров предложил Минздраву Татарстана посчитать экономическую эффективность проекта: у разработчика для этого нет всех данных.

1.2 Лучевая диагностика: маммография и КТ

Платформа «Третье мнение» обработала более 15 млн мультимодальных медицинских данных, у неё 4 продукта с регистрационным удостоверением Росздравнадзора, системы работают более чем в 3,5 тыс. клиник, сообщил Алексей Тарасенко («Третье мнение»). По исследованию НМИЦ терапии и профилактической медицины, которое он привёл, в 6 регионах, где ИИ интерпретирует маммограммы, выявляемость рака молочной железы на 63% выше, чем в среднем по России, и смещается на ранние стадии. Чем больше маммографов подключено к центральному архиву с ИИ, тем выше выявляемость.

Тарасенко привёл примеры автоматизированных маршрутов. В Сахалинской области ИИ находит коронарный кальциноз на любых КТ, результат уходит в МИС, и если диагноза нет, колл-центр приглашает пациента на приём; 100% обзвоненных пациентов пришли и обследовались. В ХМАО плавучая поликлиника уходит в многомесячные речные рейды без рентгенолога, и автономный ИИ сразу отмечает опасный признак на снимке. Тариф ОМС на исследования с применением ИИ, над которым работали 2 года, теперь действует во всех регионах.

1.3 Поддержка решений по электронной медкарте

До появления ИИ данные электронных карт были пассивны: «Их было много, но они не анализировались», – сказала Ксения Астракова («МедикБук»). Система поддержки врачебных решений компании работает в 24 регионах, обработала более 7 млн электронных карт и имеет три модуля: диспансерное наблюдение пациентов с болезнями системы кровообращения, диспансеризацию и льготное лекарственное обеспечение. Врач получает второе мнение на приёме, руководители – списки пациентов, не достигших целевых показателей, министерство – рейтинги медорганизаций и участков.

В Тульской области по итогам 2025 года проведено 6 клинических спринтов, и более 7,5 тыс. пациентов дополнительно достигли целевых показателей; в первом полугодии 2026 года снизились вызовы скорой по гипертензии и сердечной недостаточности и частота повторных инфарктов (Астракова Ксения, «МедикБук»). В Татарстане контракт подписан в августе, код размещён в защищённом контуре, идёт интеграция с МИС. По словам Динары

Садыковой (Казанский ГМУ), с этой осени ИИ анализирует в республике 1 млн медицинских карт. В 2027 году «МедикБук» планирует выпустить медизделие для поддержки решений по диабету, затем – по онкологии.

2. Управленческий ИИ и тиражирование практик

Наибольший набор работающих ИИ-сервисов на форуме показало Подмосковье, а главным уроком масштабирования там называют подготовку данных, а не выбор модели. Фонд «Московский инновационный кластер» предлагает регионам готовую инфраструктуру пилотов, чтобы не строить её заново.

2.1 Опыт Московской области

Александра Зайцева (ЦВИОД Московской области) перечислила эффекты ИИ-сервисов региона:

- ИИ-ассистент врача подсказал 3 млн диагнозов с точностью 82%;
- ИИ проверяет назначения лекарств – более 141 тыс. проверок в месяц, больницы разобрали более 2 тыс. аномальных назначений;
- жители получили более 110 тыс. ИИ-расшифровок анализов через «Добродел здоровья», что экономит до 1 млн визитов к терапевтам в год;
- робот-оператор «Светлана» принял 12 млн звонков для записи без ожидания и экономит региону более 250 млн ₽ в год;
- ИИ-промпты экономят врачу до 70 минут за смену.

Минздрав Подмосковья вместе с МИАС создал ИИ-агента, встроенного в МИС: он отвечает на вопросы на естественном языке по 51 витрине и более 3,5 млрд строк данных, а также анализирует более 2,5 тыс. обезличенных жалоб жителей в неделю. Выгрузка данных для аналитики занимает до 10 минут вместо одной-двух недель. «Персональные данные не покидают контур, в языковую модель уходят только обезличенные абсолютно тексты», – пояснила Зайцева.

Следующая задача – проверка качества медпомощи. Норматив требует разбирать 100% летальных исходов, а это 72 тыс. случаев в год, что вручную невозможно; штрафы страховых компаний за нарушения в медпомощи по области превысили 2 млрд ₽ за год. В пилотной Орехово-Зуевской больнице ИИ проверяет обезличенные карты на соответствие клиническим рекомендациям, к концу года штрафы планируется снизить на 10%. Врачи этой больницы после внедрения ИИ-промптов сами написали и внедрили собственную программу. Главный вывод для масштабирования, по словам Зайцевой, – самая трудоёмкая часть приходится на подготовку данных и инструменты внедрения.

2.2 Барьеры и инфраструктура пилотов

Барьеры назвали все участники. Скорая помощь, поликлиники и стационары Подмосковья работают в 3 разных МИС, а исполнители сопротивляются изменениям и предпочитают бумагу (Зайцева Александра, ЦВИОД). ИИ внедрён во многих регионах, но кадры отстают в понимании его ограничений, а часть медвузов запаздывает с образовательными модулями (Тарасенко Алексей, «Третье мнение»). Качество систем зависит от чистоты карт: если врачи пишут неполно и с сокращениями, допущенные системы тоже работают хуже.

Анастасия Новожилова («Московский инновационный кластер») рассказала, что в программе пилотного тестирования Москвы более 350 площадок, из них 86 – в здравоохранении. Фонд даёт грант до 4 млн ₽ на пилот, включая расходы на оплату труда; с 2020 года проведено более 800 пилотов, по их итогам закуплено решений более чем на 12,5 млрд ₽. Например, пилот комплекса планирования операций в травматологии в ГКБ имени Юдина завершился закупкой моделирования и изготовления 20 имплантов. Новожилова предложила регионам подключаться к инфраструктуре i.moscow, а больницам – регистрироваться как пилотные площадки, не дублируя существующую инфраструктуру. Сложностями она назвала разный профессиональный язык врачей и ИТ-специалистов и неготовность ИТ-инфраструктуры больниц к масштабной перестройке.

3. Допуск ИИ в клинику: регистрация, контроль качества и мультиагентные системы

Участники сошлись в том, что в клиническую практику допустим только ИИ, зарегистрированный как медизделие, но регистрация не гарантирует пользы на конкретных пациентах. Отдельный вызов – мультиагентные системы и большие языковые модели, к оценке которых правила пока не готовы.

3.1 Регистрационное удостоверение как граница

ИИ-продукты для анализа электронной карты делятся на медицинские изделия, зарегистрированные Росздравнадзором и допустимые на приёме, и нерегулируемые сервисы, пригодные только для справки, пояснила Ксения Астракова («МедикБук»); компания в четвёртый раз обновила своё регистрационное удостоверение. Все системы ИИ, применяемые в клинической практике, должны пройти испытания и регистрацию как медизделие с ИИ, считает Георгий Лебедев (Сеченовский университет).

Медизделия с ИИ относятся к 3-му классу риска с требованиями к датасету и допустимому порогу просадки качества, а с 23 мая действует приказ Росздравнадзора № 123: зарегистрированные изделия должны автоматически передавать данные о своей работе в информационную систему ведомства, сообщила Валерия Кузоватова (Сеченовский университет).

Разработчики видят в регистрации и издержки. После получения удостоверения изделие «костенеет»: любое изменение кода или интерфейса может потребовать повторных технических и клинических испытаний (Павлюк Павел, «Хилби»). Василий Тихомиров

(«Телемедицинские информационные системы») со ссылкой на регулятора сообщил, что при добавлении новых словарных статей к зарегистрированному изделию будет действовать упрощённая схема без полной перерегистрации. Елабужская ЦРБ обучает собственного ИИ-помощника на разборах летальных исходов и для этого просит доступ к обезличенным историям болезни в ГИС (Попов Александр, Елабужская ЦРБ); один из участников сессии заметил, что использование данных умерших для обучения ИИ требует нормативного регулирования.

3.2 Проверка в своей клинике

Кузоватова привела пример модели раннего выявления сепсиса Epic, которая на независимой проверке Мичиганского университета показала качество намного ниже заявленного. Метрики моделей неизбежно проседают при смене прошивок оборудования, обновлении МИС и изменении потока пациентов: «метрики будут проседать, и это не провал, а, скорее, свойство данных». Польза достигается, когда врач реагирует на сигнал: в исследовании в 5 больницах почти на 600 тыс. пациентов подтверждение сигнала системы в течение 3 часов снижало летальность на 3,3 процентного пункта.

Клиника, по мнению Кузоватовой, должна проверять ИИ у себя: сначала «тихий режим» без показа результатов врачу, затем ежемесячный разбор тревог, подтверждений, пропусков и времени до назначения антибиотика.

3.3 Мультиагентные системы и LLM

Георгий Лебедев (Сеченовский университет) заявил, что ни один регулятор в мире не готов оценивать мультиагентные системы: они автономны, динамичны и недетерминированы, а правила рассчитаны на статичные изделия. «Мы пытаемся сертифицировать цифровую экосистему, используя инструкцию для микроволновки», – сказал он. По его данным, на 2026 год ни одна страна не зарегистрировала мультиагентную систему или большую языковую модель как медизделие. Мультиагентная система Сеченовского университета для помощи на дому включает 23 агента.

Лебедев предложил:

- риск-ориентированную шкалу автономии из 5 уровней – от справочных ответов до автономного цикла, с запретом высшего уровня в клиническом ядре;
- шесть условий допуска в клинику: клиническую валидацию, мониторинг дрейфа, прослеживаемость, врача в контуре с правом вето, заранее определённую ответственность и безопасность данных;
- регуляторную песочницу, национальный стандарт метрик, клинические регистры для валидации и типовой регламент;
- в 2026 году запустить пилоты 2–3 клинических сценариев с измеримым эффектом, не дожидаясь закона.

Систему, по его словам, нельзя пускать в клинику, если нет ответа хотя бы на один из пяти вопросов: кто отвечает, на каких данных доказана польза, что происходит при расхождении агентов, как узнать об изменении и можно ли остановить систему одной кнопкой. Россия, по оценке Лебедева, может стать регуляторным лидером в БРИКС по допуску таких систем в медицину.

4. Прежде чем ИИ: данные операционных, реанимаций и районных больниц

Сессия о данных в реальном времени показала, что предиктивные модели невозможны без автоматического сбора данных с оборудования, а персонал принимает цифровизацию, только если работать становится легче. Качество первичных данных министр здравоохранения Татарстана Альмир Абашев назвал базовым элементом качества медпомощи.

4.1 Автоматический сбор с оборудования

Точность данных важнее всего в технологических ядрах больницы – операционных, приёмных отделениях, диагностике и реанимации, где ручной ввод затруднён частотой записей (Абашев Альмир, Минздрав Татарстана). Картина о пациенте в операционной складывается из трёх систем, живущих отдельно: мониторинга, других информационных систем и ручного сбора анамнеза, рассказал Ренас Аббазов (ГКБ № 7 им. М.Н. Садыкова). В перинатальном центре больницы данные кардиомониторов и аппаратов ИВЛ теперь пишутся автоматически, отделение отказалось примерно от 10 бумажных протоколов. Внедрение заняло 2 месяца, а с качественными шаблонами осмотр пациента реанимации занимает у врача в среднем 2 минуты (Ванюшин Александр, ГКБ № 7).

В ЦИТО им. Приорова система объединила около 40 аппаратов в 21 операционной и автоматически собирает более 250 параметров (Танатарова Алина, РБК). Михаил Книгин (Т1) советует начинать с аудита оборудования: техника разных производителей и лет, вплоть до начала 2000-х, работает по разным протоколам. Соглашение Т1 с Татарстаном подписано в июне, к осени получены результаты пилота. Алексей Березкин («Кваттролаб») предложил отечественным производителям медоборудования закладывать протоколы передачи данных в производственную программу, а Книгин – закупать технику, адаптированную к сбору и передаче данных. Ванюшин привёл пример: производитель ИВЛ «Авента» по обратной связи реаниматологов выпустил доработанную модель «Авента-2».

4.2 Датасеты и их ограничения

Сеченовский университет и НМИЦ анестезиологии и реаниматологии собирают национальный датасет реанимационного пациента «Рекорд» – почти 9000 случаев с трёх площадок и около 80 клинических фенотипов (Кузоватова Валерия, Сеченовский университет). Даже в федеральном центре назначения, витальные показатели и

лабораторные данные одновременно есть лишь в трёх случаях из четырёх. Акушерского сепсиса в датасете почти нет, поэтому модель, обученная на общей популяции, будет ошибаться на беременных.

Абашев напомнил, что значительная часть первичной информации остаётся субъективной – цвет кожных покровов, запах, «диагноз в дверях», и машины её пока не детектируют. По его прогнозу, ИИ в первую очередь придёт в первичную медико-санитарную помощь и возьмёт на себя маршрутизирующую функцию фельдшеров и участковой сети, частично закрывая дефицит кадров.

4.3 Как мерить эффект и кто платит

Персонал оценивает цифровизацию по принципу «стало легче или нет»: электронный документооборот облегчения не дал, а автоматический сбор данных приняли сразу (Ванюшин Александр, ГКБ № 7). Эффект он предлагает мерить таймингом – 4 операции на столе за день вместо 3 – и числом нежелательных событий до и после внедрения. Березкин добавил, что без единой платформы заведующие лишь чувствуют потенциал «плюс одной операции в день», но не могут его доказать. Рустем Хайруллин (МКДЦ) свёл пользу к простому примеру: выписка из истории болезни за 3 минуты вместо часа. Он же настаивал, что при смене информационной системы накопленные данные не должны обнуляться, иначе ИИ каждый раз начинает с нуля.

Главным условием министр назвал деньги: «Как только мы получим нормальную цену за эту позицию и найдем под это денег, тут же все будет нормально» (Абашев Альмир, Минздрав Татарстана). Участники предложили побуждать вендоров МИС к взаимодействию и, возможно, ввести единый стандарт обмена (Березкин Алексей, «Кваттролаб»), принять региональные дорожные карты Минцифры, Минздрава и ИТ-компаний (Ванюшин Александр, ГКБ № 7) и выстроить трёхуровневую систему реанимационного мониторинга – с «красными флагами» в клинике, региональными консультационными и федеральными центрами (Кузоватова Валерия, Сеченовский университет). Пока реанимационных пациентов в районах, удалённых от Казани до 350 км, консультируют в основном по телефону.

4.4 Районная больница: путь к единому контуру

Елабужская ЦРБ соответствует 2-му уровню цифровой зрелости HIMSS: данные есть, но нет единого управления ими, поэтому возникают повторный ввод и риск ошибок, рассказал главный врач Александр Попов. Цель – 6-й уровень: единый цифровой контур, идентификация пациента, поддержка решений, ИИ и замкнутый цикл лекарственного обеспечения. Медсестра сканирует штрихкод браслета пациента и упаковку препарата, и система до процедуры сверяет пациента, препарат, дозу, время и путь введения; внедряется «умная» капельница. Капитальные затраты проекта – 150 млн ₽, инвестором и методологом выступает ОЭЗ «Алабуга». К больнице прикреплено 86 тыс. жителей. «Для нас главный критерий цифровизации это время, которое она возвращает человеку», – сказал Попов.

5. Скорая помощь: централизация вызовов и ИИ в диспетчерской

Централизация диспетчерских служб дала измеримый результат по времени доезда и создала единый массив данных, на котором теперь строятся ИИ-модули. Татарстан и Московская область показали два разных подхода к управлению экстренной помощью.

5.1 Единый центр Татарстана

> «Если в службе доставки ценой ошибки будет остывшая пицца, если в службе такси это будет опоздание на работу, то ценой ошибки в диспетчеризации скорой медицинской помощи может стать человеческая жизнь». – Кирилл Алыкин, ССМП

До централизации бригады в Татарстане были жёстко привязаны к зонам, нагрузка на диспетчеров была неравномерной, а единой картины звонков не было, рассказал Кирилл Алыкин (ССМП). В республике 45 муниципальных образований, в каждом своя станция или отделение скорой, и лишь четверть из них имеет изолированные помещения и собственную инфраструктуру. Поэтому станции объединили не юридически, а функционально, на базе единого центра контроля и управления, что избавило от больших затрат на инфраструктуру.

Телекоммуникационная платформа на отечественном оборудовании внедрялась с 2024 по апрель 2026 года; пилотом в 2025 году была Казань. Платформа распределена: 2 кластера в Казани и Набережных Челнах дублируются в 2 независимых ЦОД. Телефония интегрирована с информационной системой: при звонке автоматически создаётся карта с номером и аудиозаписью, при повторном открывается прежняя. В смену работают в среднем 25 диспетчеров в Казани и 7 в Набережных Челнах. За первые полгода центр принял свыше 600 000 звонков и почти 300 000 карт из системы 112, а среднее время прибытия бригад на экстренные вызовы сократилось на 53 секунды. Прямое управление бригадами по всей республике планируется завершить к концу 2026 года.

5.2 ИИ-модули и связь

АСУ «Скорая помощь» работает как региональная система в 13 регионах с населением около 15 млн человек и обрабатывает более 4 млн вызовов, сообщил Константин Сидоров («Глобал Дата Консалтинг энд Сервисез»). Централизованный контакт-центр он назвал первым за много лет «единым и чистым массивом данных» для ИИ. В Татарстане завершается апробация трёх модулей, которые через месяц должны перейти в эксплуатацию:

- ИИ-помощник читает карту вызова с планшета фельдшера и в одно касание указывает стационар по приказу и графику дежурств;
- прогнозная аналитика подскажет, сколько бригад выпускать на смену и как распределить их по подстанциям, а при проектировании жилых массивов – где ставить подстанцию;

- речевая аналитика предзаполняет карту, пока абонент говорит (средний разговор с диспетчером длится 101 секунду), и может выявлять диспетчеров с признаками выгорания.

Бесконечно сжимать время доезда нельзя, поэтому следующий резерв – качество и эффективность, считает Сидоров: «никто не заметит технологию, но зато заметит, что скорая приехала чуть раньше». Сергей Сытин («СВЕТЕЦ Интегро») подчеркнул, что вызов 103 должен приниматься по IP-, аналоговой и при сбое – сотовой связи, с географически распределёнными резервными центрами, а ИИ-модули и LLM подключаются к коммуникационной платформе как внешние модули через открытые API.

5.3 Ситуационный центр Подмосковья

Московская область выбрала модель ситуационного центра: в одном помещении круглосуточно работают Минздрав региона, служба экстренных вызовов, скорая помощь, представители Минэнерго, ГИБДД и других служб, рассказала Александра Зайцева (ЦВИОД). Площадь региона – 43 000 кв. км против 432 кв. км у Казани, в сутки поступает 3,5 тыс. экстренных вызовов и всего 9000. Центр контролирует 47 юридических лиц и более 60 стационаров. Цель проекта – снизить смертность при оказании скорой помощи и транспортировке, а также в ДТП на 15% к прошлому году.

Регион ввёл собственные нормативы: 4 минуты на назначение бригады (выполняется в 87% случаев), не более 20 минут доезда на экстренные вызовы и ДТП, 15 минут на передачу пациента в приёмном отделении. Каждое превышение разбирается в режиме 24/7, но не для наказания, а чтобы ситуация не повторялась. Для анализа показателей написано 15 скриптов на Python. При плане 650 бригад на линию выходит 590, в этом году поставят 89 новых машин. Число писем о закрытии стационаров на приём от скорой сократилось до 362 против 9900 в прошлом году, жалобы жителей снизились на 23%, из 15 оперативных показателей за 9 месяцев выполнено 9. Водители через чат-бот в MAX сообщают о помехах, и дорогу к роддому отремонтировали за 3 недели. Главным барьером Зайцева назвала сопротивление исполнителей, предпочитающих бумагу.

6. Связь с пациентом: телемедицина в MAX, линии 122 и голосовые ИИ-помощники

Каналы связи с пациентом стали отдельной зоной цифровизации: государственные поликлиники переводят телемедицину в MAX, а клиники автоматизируют регистратуры голосовыми ИИ-помощниками. Опыт показал, что технические вопросы решаются быстрее, чем вопросы оплаты и привычек пациентов.

6.1 Телемедицина и больничные в MAX

Новая программа госгарантий разрешила использовать телемедицину для диспансерного наблюдения и итогового посещения, а Минздрав указал, что больничные можно закрывать в MAX, рассказала Ксения Нургатина (ГКБ № 7 им. М.Н. Садыкова). На старте не было

тарифного соглашения, и фонд ОМС не понимал, как принимать счета. Врачам дали старые ноутбуки рядом с основным рабочим местом, и они «метались» между двумя АРМ; камеры и колонки закупили ближе к весне. Сотрудники лично обходили кабинеты и обучали врачей, опасавшихся ошибок при закрытии больничных. Главврач еженедельно разбирает план по ТМК по каждому врачу и поликлинике.

Результат: 50 телемедицинских консультаций за I квартал 2026 года, 1800 за полугодие и более 3000 за 9 месяцев. Рабочие заводов приняли закрытие больничных через MAX лояльно, жители Иннополиса – «в штыки», а пенсионеры быстро освоили ТМК для оформления рецептов. В оплате пока возникают ошибки в реестрах и в оформлении врачами.

6.2 Взгляд коммерческой клиники

Дмитрий Иванов («ДИОН Медикал Групп») описал другую картину. После ограничений WhatsApp и Telegram клиника продвигает брендированный личный кабинет пациента, зарегистрированный как иная информационная система в ЕГИСЗ. Бот в MAX малоэффективен: писать можно только тем, кто сам зарегистрировался в боте, а интегрироваться с MAX сложно даже крупному разработчику МИС. «Очень многие, особенно молодые, просто не хотят его скачивать категорически», – сказал Иванов. Клиника использует каскад уведомлений: мессенджер, затем автообзвон роботом и только для неподтвердивших – SMS. Пилот аудиотранскрибации приёма экономит терапевтам около 15% рабочего времени, но хирургам не нужен. Доступ к Госуслугам Татарстан имеет через одну точку – региональную ГИС, поэтому данные частной клиники попадают в личный кабинет гражданина только через интеграцию с ней.

6.3 Медицинская линия Татарстана

Эльвира Сайфуллина («Цифровые технологии») рассказала, что за 9 месяцев 2026 года на медицинскую линию поступило 251 628 звонков – на 12,7% больше, чем годом ранее; среднее ожидание сократилось с 16 до 12,7 секунды. К системе «Медонлайн» подключено 150 поликлиник и медучреждений, в ней зарегистрировано 132 834 заявки, а также 14 893 актива – сведения о выписанных пациентах для поликлиник. Все звонки проходят через речевой анализатор, который сверяет диалог с чек-листом; раньше звонки прослушивали выборочно. Пиковая нагрузка роботизированного обзвона составила 4000 одновременных вызовов.

6.4 ИИ в регистратуре клиники

Около 30% медучреждений в России уже используют ИИ в телефонии, прежде всего на линиях 103, 112 и 122, а среди крупных клиник ИИ в речевой аналитике и автоответах применяют 40–45%, оценила Мария Филатова (AIPhi). В клиниках от 13 до 20% звонков остаются без ответа, и пациент уходит в другую клинику. ИИ-помощник решает около 20% задач администратора и уже на пилоте высвобождает 50–60% времени персонала, занятого рутиной; по расчёту для московской многофилиальной клиники он может сократить упущенных клиентов примерно на 40%. «Он не должен уволить людей, он как раз

должен высвободить их время», – подчеркнула Филатова. Ставить диагноз, советовать лечение или решать, что врач не нужен, помощнику нельзя, а при признаках угрозы жизни звонок должен сразу уходить человеку. Начинать она советует с аудита примерно 100 звонков.

7. Дистанционный мониторинг, носимые устройства и геномика

Дистанционное наблюдение за пациентами с гипертензией и диабетом стало частью программы госгарантий, а следующий шаг – носимые устройства, которые упираются в отсутствие регистрации как медизделий. Геномные данные обсуждали с точки зрения хранения внутри страны и непригодности зарубежных моделей.

7.1 Платформа персональных медицинских помощников

Платформа «Персональные медицинские помощники» создана по техническому заданию Минздрава России, пилот и экспериментальный правовой режим шли с 2023 по декабрь 2025 года, рассказал Павел Молодняков (НПП «Исток» им. Шокина). По итогам дистанционное наблюдение за пациентами с артериальной гипертензией и сахарным диабетом включено в программу госгарантий; методические рекомендации по наблюдению беременных утверждены, их включение в госгарантии обсуждается. На платформе около 50 тыс. программ мониторинга и более 165 тыс. зарегистрированных устройств, технологически подключены 32 субъекта, интегрированы практически все модели тонометров и глюкометров с передачей данных.

В пилоте с институтом Арктики и Антарктики 26 полярников почти год находились на дистанционном мониторинге; у одного выявили ранний риск гипертонического криза, и после телеконсультации и 2 дней перерыва он доработал вахту без эвакуации. Пилот подтвердил, что для сбора измерений хватает узких каналов связи. По данным Игоря Калинина (ФМБА России), применение персональных медицинских помощников снизило число обострений хронических неинфекционных заболеваний на 32%.

7.2 Носимые устройства

Тонометры и глюкометры с передачей данных стали данностью, следующий шаг – браслеты, кольца и часы, считает Петр Кшнякин (СамГМУ). Но носимые устройства не являются медизделиями, и без удостоверения Росздравнадзора врач не может опираться на их данные; Кшнякин предложил на нормативном уровне определить, как использовать такие данные без обязательной регистрации каждого устройства. Молодняков указал на дефицит отечественных носимых датчиков и невозможность интегрировать закрытые китайские устройства.

Компания «Хилби» идёт путём регистрации: её браслет прошёл токсикологические испытания, далее технические и клинические (Павлюк Павел, «Хилби»). Для модели выявления аритмий по фотоплетизмографии собраны данные 213 пациентов, более 1000

записей. Браслет стоит 19 тыс. ₽ без подписки, медицинская версия, вероятно, будет дороже; связка с приложением работает без интернета. Целевую аудиторию Павлюк определил с 30–35 лет: аритмия молодеет.

7.3 Геномика

Геномные данные россиян должны храниться и обрабатываться «именно внутри страны, в отечественном контуре», заявила Динара Садыкова (Казанский ГМУ); приоритеты республики она связала с неонатальным скринингом и скринингом сердечно-сосудистых заболеваний, на которые приходится 42% в структуре смертности Татарстана. Участник сессии о тиражировании ИИ объяснил, почему зарубежные геномные модели не подходят: частоты генетических вариантов сильно различаются между регионами и народами России, без них модели дают много ложноположительных результатов, а высокая точность на американских и европейских бенчмарках ничего не говорит о работе в России. Он предложил собрать сбалансированный по регионам, полу, возрасту и национальностям бенчмарк, начинать региональные пилоты с партнёрства клиник с компаниями, накопившими геномные данные, и опираться на предрасположенность отдельных народов к конкретным заболеваниям. Для клинической практики геномные модели пока требуют сертификации и регистрации.

8. Спортивная медицина: единый цифровой допуск и цифровой двойник спортсмена

Спортивная медицина проходит путь построения единого цифрового контура, который здравоохранение начало в 2018 году (Филюшина Дина, БАРС Груп). Федеральная система уже работает в большинстве регионов, но обмен данными с региональными МИС и частной медициной остаётся узким местом.

8.1 Федеральный контур НЦСМ

По поручению Президента на базе ФМБА России создан Национальный центр спортивной медицины, разработана стратегия развития спортивной медицины до 2030 года с перспективой до 2036 года (Филюшина Дина, БАРС Груп). ФГИС медико-биологического сопровождения спортсменов охватит 89 регионов, более 150 спортивных и более 450 медицинских организаций, рассказал Андрей Пеньков (НЦСМ). Контур строится на отечественном ПО и состоит из ядра данных с цифровым допуском, аналитики и ИИ (первый пилот – прогноз риска внезапной сердечной смерти) и интерфейсов для врача и спортсмена.

Проект цифрового допуска стартовал 12 месяцев назад с 9 регионов; сейчас подключены 52 региона из 89 и 117 медорганизаций, допуск оформлен более чем 88 000 спортсменам. Бумажная справка «перестает быть источником истины» и становится носителем машиночитаемого кода. С 1 марта 2027 года вступают в силу положения федерального закона № 273 об изменениях в закон о спорте, подключение остальных регионов планируется завершить до 1 июля 2027 года. Проект постановления о требованиях к обмену

данными о здоровье спортсменов согласовывается с ведомствами; обмен пойдёт через СМЭВ. Стратегическая цель – цифровой двойник здоровья спортсмена; с 2026 года в периметр данных включаются метаболический профиль, молекулярная медицина, психофизиология, биомеханика и показатели носимых устройств. «Искусственный интеллект это только помощник врача, а не его замена», – подчеркнул Пеньков.

Модель оценки риска внезапной сердечной смерти обучена на 60 000 деперсонализированных записей, размеченных кардиологами НЦСМ, и учитывает 39 показателей ЭхоКГ и ЭКГ, сообщила Дина Филюшина (БАРС Груп). Пилот интеграционной шины стартовал в марте 2026 года: подключены Сахалинская область, Чеченская Республика и медорганизация ФМБА в Красноярске.

8.2 Регионы: от ручного ввода к обмену СЭМД

Сахалинская область подключилась к единому контуру примерно за 2 недели благодаря опыту межведомственных обменов, рассказал Антон Смирнов (СОМИАЦ). Проблемы он назвал прямо: врач вручную повторно вводит данные о допуске, уже оформленном в МИС, при минимальных проверках; нет единого регистра спортсменов, особенно детских школ; комплекс «Стань чемпионом» оценивает у ребёнка 500 параметров, но данные никуда не передаются. «Тема спортивной медицины это непаханое поле на данный момент», – сказал Смирнов. Пеньков ответил, что ручной ввод – первый этап, а с электронным документом о статусе допуска система перейдёт в автоматический режим.

Алексей Колесников (Минздрав Самарской области) рассказал, что с начала года в РЭМД зарегистрировано более 20 000 спортивных СЭМД региона, но только 804 – через региональную систему, основная доля пришла от частной медицины. В следующем году регион включит в техзадания на медосмотры спортсменов обязательное формирование документов в региональной системе: ограничивать клиники он не может, но вправе ставить условия при оплате из бюджета. Колесников предложил ФМБА использовать не только СЭМД, а полные данные электронных карт, и пообещал настроить поддержку решений по кардиологии для детей и спортсменов. Спортивные школы региона передаваемые медданные пока не используют.

В Татарстане программа для врачебно-физкультурной службы работает с 2020 года, к концу 2023 года 100% случаев отделения спортивной медицины велись в цифровом виде, рассказал Нияз Бикчурин (Республиканский центр общественного здоровья и медицинской профилактики). В спортшколах республики и Казани занимается около 90 000 человек: 60 000 получают допуск в поликлиниках, 30 000 – во врачебно-физкультурной службе. Барьеры – перебои системы и интернета, дублирование бумаги из-за юридических коллизий и лишние клики. Егор Азеев (ФМБА России) показал, как клиника агентства исключила тройной ввод данных, интегрировав МИС с ФГИС через СЭМД.

8.3 Детский спорт

В России регулярно занимаются спортом 24 млн детей, но в детских поликлиниках нет кабинетов и ставок спортивных врачей, а ОМС не покрывает спортивную медицину и реабилитацию, заявила Алёна Борисова (Казанский ГМУ). Справку о допуске на начальном этапе часто выдают формально, коммерческие спортшколы медсопровождением не охвачены, а травмированный ребёнок лечится у разных специалистов изолированно. Детская поликлиника № 2 Казани и кафедра КГМУ создали центр медсопровождения юных спортсменов с единым маршрутом и реабилитацией, встроенной в тренировки, и планируют цифровые заключения с QR-кодом и интеграцию с федеральным контуром.

9. Промышленная и удалённая медицина

Работодатели в условиях кадрового дефицита начали вкладываться в здоровье сотрудников, а цифровые здравпункты и дистанционный мониторинг позволяют перейти от лечения к профилактике. Главный барьер – не технологии, а юридически сложный обмен данными между государством и корпоративной медициной.

9.1 Модель ФМБА России

Стратегия развития промышленной медицины реализуется с 2023 года, рассказал Игорь Калинин (ФМБА России). К 2027 году должно быть создано 62 комплексных центра здоровья работающих, создан 61; в сети агентства 347 цифровых здравпунктов с телемедициной и персональными медицинскими устройствами. С 2023 года ФМБА ведёт регистр здоровья работающих во вредных и опасных условиях, который автоматически формирует рекомендации пациенту, врачу и работодателю. Мобильные бригады за прошлый год осмотрели 137 тыс. работающих вне контура агентства. Рекомендации по здоровьесбережению на рабочем месте внедряют 39 регионов на 123 предприятиях с 172 060 сотрудниками.

За 2025 год, по данным Калинина, общая заболеваемость работающих, обслуживаемых агентством, снизилась на 14%, число впервые выявленных заболеваний выросло на 16%, а модель с цифровыми сервисами сократила случаи временной нетрудоспособности на 12% и издержки предприятий на здравоохранение – на 21%.

9.2 Скрининг на предприятии

«Есть здоровые, а есть недообследованные», – сказал Петр Кшнякин (СамГМУ). Среди трудоспособного населения полностью здоровыми считаются лишь 22%, а ежегодного профосмотра для условно здоровых мало. СамГМУ предлагает «цифровой кабинет» – программно-аппаратный комплекс в медкабинете предприятия для скрининга давления, сахара, холестерина и ЭКГ. При диспансеризации давление молодым часто не измеряют, а вносят в МИС стандартные 120 на 80; автоматическая передача с прибора объективизирует данные. По выборке свыше 17 тыс. пациентов за 4 года повышенное давление выявлено у

67% сотрудников старше 46 лет и у 49% в возрасте 30–44 лет. «Здравпункт к этому работнику на его рабочее место прийти может», – добавил Павел Молодняков (НПП «Исток»).

9.3 Удалённые объекты и обмен данными

Сергей Антипов («Институт отдалённого здравоохранения») назвал периодические медосмотры дорогими и неэффективными в выявлении профзаболеваний и призвал регуляторов и ФМБА принять стратегическое решение. Удалённое здравоохранение он описал как двухконтурную систему из государственного и производственного контуров и подчеркнул: «это не телемедицина, это не здравпункт, и это не Минздрав отдельно, это всё вместе». Данные диспансеризации находятся у государства, медосмотров – у корпоративных структур, а государство не может передавать персональные данные частным компаниям. Если на объекте нет медика, например на судне, врач по закону не может консультировать – Антипов предложил разрешить такие консультации в качестве эксперимента. Ассоциация подписывает с БАРС Груп соглашение о цифровой платформе, объединяющей контуры; «мост» между ними, по мнению Антипова, должен быть государственной системой.

Софья Прошутя («Центр корпоративной медицины») рассказала о практике: единственный фельдшер на объекте несёт огромную ответственность, ошибочная эвакуация оборачивается потерями для собственника, интернет часто включается по расписанию, а заключение медосмотра – единственные сведения о работнике, гарантированно поступающие медику при заезде на вахту. Данные провайдер передаёт только в федеральный сегмент ЕГИСЗ: выстроить обмен с каждой региональной МИС финансово тяжело. Дина Филюшина (БАРС Груп) согласилась, что обмен медданными между бизнесом и государством сложен юридически и организационно, а не технически, и предложила начинать с аналитической BI-системы, которой сотрудник за 2 часа учится строить дашборды. МИС компании работает в 15 регионах, где часть промышленных предприятий подключена к региональной системе (Гильманова Эльвира, БАРС Груп).

10. Импортозамещение: ПО, техника и защита данных

Медорганизации переходят на отечественные ОС и технику под давлением требований к КИИ и закупкам, а главными рисками участники назвали утечки персональных данных по вине сотрудников и кустарную сборку оборудования.

10.1 Утечки и требования к защите

В июле этого года из медицинских организаций в открытый доступ утекло 88 млн записей, сообщила Алина Танатарова (РБК). Около 40% медучреждений сталкиваются с утечками по вине сотрудников, часто неумышленными, например при загрузке данных в ИИ-сервисы, рассказал Михаил Книгин (Т1). Практически все системы медорганизаций категорированы как объекты КИИ, и для них действует требование использовать российское ПО из реестра,

напомнил Денис Солоничкин («РЕД СОФТ»). В новом приказе по защите информации он выделил пункт о контроле конфигурации и обновлений: ИИ быстро находит уязвимости, поэтому своевременные обновления стали частью защиты.

10.2 Переход на отечественное ПО

Переход – не разовая замена продукта, а планомерная работа: аудит, проектирование с первоочередной заменой объектов КИИ, обязательный пилот до закупки, обучение, внедрение и поддержка, считает Солоничкин. «РЕД СОФТ» поддерживает совместимость более чем 4500 сторонних решений; ЦОД партнёра Webiomed, чей продукт используют более 35 регионов, работает на РЕД ОС. Участник из Татарстана указал на риск смены рекомендуемой ОС; Солоничкин ответил, что пользователю важнее, чтобы система «выполняла те задачи, которые вы перед ней ставите».

Коммерческая клиника «Миллениум» законтрактовала европейскую МИС, но в 2022 году вендор отрезал российскую команду от обновлений, и клиника перешла на МИС на платформе 1С, выстроив вокруг неё документооборот, кадровый ЭДО, бухгалтерию и аптеку (Иванов Дмитрий, «ДИОН Медикал Групп»). ИИ-ассистент на базе DeepSeek, размещённый на российских серверах, подключён к базам 1С, но его ответы приходится перепроверять.

10.3 Техника: реестр, КТРУ и недобросовестная сборка

Основой импортозамещения техники стало постановление о закупках только из реестра Минпромторга, а балльная система локализации стала драйвером микроэлектроники, рассказал Альберт Шагивалеев («АйСиЭл-Техно»): компания выпускает материнские платы для ПК и ноутбуков, начинает – для серверов, открыла завод с 3 линиями монтажа плат и создала 10 зон тестирования компонентов. Он предупредил о недобросовестной конкуренции: оборудование дорабатывают под характеристики КТРУ, припаивая разъёмы, а корпуса, напечатанные на 3D-принтере, перегреваются. Заказчику он советует требовать тестовый образец, маркировку «Честный знак» и включать в рабочее место врача сертифицированную ОС, модуль доверенной загрузки и российский BIOS. Представитель заказчика возразил, что не может отказаться от плохо собранной техники, если она формально соответствует ТЗ, а более жёсткие требования ФАС может счесть ограничением конкуренции.

10.4 Цифровизация лекарственного контроля

Информационно-методический центр Росздравнадзора объединил лаборатории контроля качества лекарств от Москвы до Хабаровска в единое информационное пространство, рассказала Ирина Головина (ИМЦ Росздравнадзора). В лабораторной системе работают более 700 сотрудников, подключились более 600 заявителей, протоколы испытаний приходят с усиленной электронной подписью. По госзаданию центр проверяет до 40 000 серий лекарств в год, объём растёт на 10–15% ежегодно; центр перешёл к адресному контролю, а поводом взять препарат на контроль могут стать жалобы граждан. Передвижные лаборатории с ИИ распознают препарат и примеси спектроскопией без вскрытия упаковки. «Все равно решения принимает человек», – подчеркнула Головина.

11. Цифровые инструменты в психологической помощи

В секциях на стыке медицины и культуры психологи сошлись в том, что цифровые форматы расширяют доступ к помощи, но не заменяют личного контакта и группы. Цифровизация, по словам Татьяны Поповой (ФНЦ психологических и междисциплинарных исследований), – «палка о 2 концах»: экраны усиливают стресс, но цифровые форматы могут служить психопрофилактикой там, где традиционная помощь недоступна или дорога.

11.1 Цифровая библиотерапия

По исследованию центра, около 86% школьников в свободное время читают с экрана; 52% подростков предпочитают бумагу для художественной литературы, 40% – экран для информационных текстов (Попова Татьяна, ФНЦ психологических и междисциплинарных исследований). Она привела исследование Гарвардского университета, где 528 взрослых 14 дней читали рассказы в рамках цифровой библиотерапии, и метаанализ 2025 года, по которому библиотерапия снижает тревогу у студентов. Для устойчивого эффекта нужно минимум 3 месяца, узкое место цифровых интервенций – приверженность: приложения скачивают, но не занимаются регулярно. Точкой роста Попова назвала соединение библиотерапии с нейрофизиологическими маркерами для объективизации эффекта.

Татьяна Калинина (Арзамасский филиал ННГУ) отметила рост обращений студентов в психологические службы и то, что почти все платформы библиотерапии – английские или американские, российских лишь 2. Главный вопрос психологов к интернет-платформам – конфиденциальность: клиенты боятся утечек личных переживаний. Наталья Крель (Федерация спортивных танцев на колясках России) добавила, что индивидуальная библиотерапия должна сочетаться с групповой работой, а Альфия Вознесенская (Казанский государственный институт культуры) – что цифровые платформы сами по себе не гарантируют терапевтического эффекта.

11.2 Инклюзия и групповые методы

Технологии меняют само понятие инвалидности: люди, которые не могли общаться или рисовать, благодаря им пишут стихи и выступают, считает Крель; она привела прогноз ВОЗ, по которому к концу десятилетия доля людей с инвалидностью достигнет 30% населения. Казанский институт культуры провёл проект «Солнечные таланты России» с участниками из 13 регионов и открыл магистратуру для работы с людьми с ОВЗ (Давлетшина Диля, Казанский государственный институт культуры). Психодраматерапевт, выступавшая на двух сессиях, описала «искусственную аутизацию» детей, которых трудно оторвать от компьютера, и рассказала, что участников групп теперь приходится «разогревать» гораздо сильнее, чем раньше. Групповая психодрама, по её словам, даёт безопасный опыт общения и сближения без полного самораскрытия; существует и её онлайн-формат.

Выводы

- ИИ в региональной медицине работает как второе мнение и страхующий контур, и эффект измерим: в Подмосковье ИИ-ассистент подсказал 3 млн диагнозов с точностью 82% (Зайцева Александра, ЦВИОД), в 6 регионах с ИИ-маммографией выявляемость рака молочной железы на 63% выше средней (Тарасенко Алексей, «Третье мнение»), «Единый кардиолог» за 3 года нашёл около 80 тыс. пациентов (Тихомиров Василий, «Телемедицинские информационные системы»).
- Узкое место – данные, а не модели: полный набор данных реанимационного пациента есть лишь в трёх случаях из четырёх (Кузоватова Валерия, Сеченовский университет), в Подмосковье скорая, поликлиники и стационары работают в 3 разных МИС (Зайцева Александра, ЦВИОД), а около 20% ЭКГ в Татарстане врачи не успевают расшифровать (Ким Евгений, «Телемедицинские информационные системы»).
- Регистрация ИИ как медизделия остаётся условием допуска в клинику, но её недостаточно: с 23 мая изделия обязаны передавать данные о работе в систему Росздравнадзора, а клиникам советуют проверять модели в «тихом режиме» (Кузоватова Валерия, Сеченовский университет). Для мультиагентных систем правил нет, и предлагается начать с пилотов 2–3 сценариев (Лебедев Георгий, Сеченовский университет).
- Централизация экстренной помощи даёт быстрый результат: в Татарстане время доезда сократилось на 53 секунды (Алыкин Кирилл, ССМП), в Подмосковье жалобы на скорую снизились на 23% (Зайцева Александра, ЦВИОД).
- Телемедицина в МАХ за 9 месяцев выросла в одной больнице с 50 до более 3000 консультаций, но упирается в оплату и оснащение (Нургатина Ксения, ГКБ № 7), а коммерческие клиники считают МАХ неприоритетным каналом (Иванов Дмитрий, «ДИОН Медикал Групп»).
- Отраслевые контуры строятся быстрее, чем обмен между ними: к цифровому допуску спортсменов подключены 52 региона из 89 (Пеньков Андрей, НЦСМ), но из 20 000 спортивных СЭМД Самарской области через региональную систему прошли 804 (Колесников Алексей, Минздрав Самарской области), а обмен данными между государственной и корпоративной медициной упирается в право (Антипов Сергей, «Институт отдалённого здравоохранения»).
- Цифровые сервисы окупаются для работодателей: модель ФМБА сократила временную нетрудоспособность на 12% и издержки предприятий на здравоохранение на 21% (Калинин Игорь, ФМБА России).

Источники

- Сессия «Геном под контролем: когда ДНК становится медицинской картой», Kazan Digital Week 2026
- Сессия «78 лет – это не потолок: как искусственный интеллект работает на долголетие», Kazan Digital Week 2026

- Сессия «Прежде чем ИИ: от ручного ввода и разрозненных медданных к единой цифровой среде в реальном времени», Kazan Digital Week 2026
- Сессия «ИИ в здравоохранении регионов: как тиражировать работающие практики», Kazan Digital Week 2026
- Сессия «Единый контакт-центр как основа экстренной медицинской помощи», Kazan Digital Week 2026
- Сессия «Импортозамещение в здравоохранении: MAX, телемедицина, информированное добровольное согласие», Kazan Digital Week 2026
- Сессия «Спортивная медицина: медицинские данные как ресурс спортивных достижений», Kazan Digital Week 2026
- Сессия «Рынок промышленной медицины: настоящее и будущее», Kazan Digital Week 2026
- Сессия «Нейро-арт-терапия 2.0: цифровые инструменты в восстановлении ментального здоровья через творчество», Kazan Digital Week 2026
- Сессия «Создание терапевтического сообщества в психодраматической группе», Kazan Digital Week 2026