

## Виртуальная специализированная помощь имеет время. Будем ли мы использовать её мудро?

**Источник:** MedCity News

**Дата публикации:** 2026

**Оригинал:** <https://medcitynews.com/2026/03/virtual-specialty-care-has-time-will-we-use-it-wisely/>

виртуальная помощь

доступ к медицинской помощи

регулирование

сельское здравоохранение

телемедицина

Пациент звонит в офис гастроэнтеролога с ухудшающимися симптомами. Первая доступная запись через три месяца. К моменту приёма то, что начиналось как управляемое состояние, стало серьёзным, требующим более интенсивного вмешательства. Этот сценарий разыгрывается тысячи раз каждый день в рамках специализированной медицины.

В востребованных специальностях, таких как гастроэнтерология и урология, пациенты уже ждут неделями или месяцами получения помощи во многих регионах страны. Недавний отчёт HRSA (Администрация ресурсов и служб здравоохранения) прогнозирует дефицит более 140 000 врачей к 2038 году, при этом 30 из 35 специальностей столкнутся с недостатком кадров. Цифры впечатляют, и они не в далёком будущем. Во многих регионах, особенно в сельских общинах, будущий дефицит уже является сегодняшней реальностью. По мере роста очередей симптомы ухудшаются, заболевание прогрессирует, а оказание помощи становится сложнее.

Этот кризис доступа к специализированной помощи и пропускной способности требует не просто постепенных исправлений. Необходимо расширять виртуальный доступ и фундаментально пересматривать то, как может оказываться специализированная помощь.

## **Новый план: как Clever Care Health Plan масштабирует опыт своих членов [Видео]**

MedCity News присутствовал на конференции Vive и беседовал с руководителями, которые поделились своими инсайтами для отрасли здравоохранения.

### **Редкий момент согласия**

Конгресс недавно продлил покрытие телемедицины Medicare до 2027 года при сильной двусторонней поддержке. В сегодняшней политической обстановке такое согласование необычно. Но по этому вопросу есть согласие: виртуальная помощь больше не временная мера. Это важная инфраструктура системы здравоохранения.

Более широкий сигнал ясен. Лица, принимающие решения, следуют туда, куда хотят пациенты. Люди хотят более быстрой и доступной помощи, и они принимают решения, часто на собственные средства, чтобы получить её. Этот сдвиг начинает благоприятствовать системам, которые оптимизируются вокруг потребностей пациента, а не расписания поставщика услуг.

Подход «виртуальный-первый» меняет то, когда и где начинается специализированная помощь. Когда пациенты быстро переходят от симптомов к оценке, иногда можно избежать ненужной эскалации. Раннее вмешательство снижает последующие затраты. Более быстрый доступ может улучшить пропускную способность процедур. Самое главное — пациенты получают ответы, когда симптомы начинаются, а не после их ухудшения.

### **Как Artera использует агентный ИИ для гуманизации помощи пациентам**

Президент Artera Том МакИнтайр рассказывает о практическом применении ИИ в здравоохранении.

### **Сельская помощь получит наибольшую выгоду**

Городские рынки были одними из первых, кто внедрил виртуальную помощь, поскольку именно там часто сосредоточены технологические инновации, но наибольшая потребность и наиболее значимое влияние для доступа к

специализированной помощи находятся в сельских общинах. Эти районы сталкиваются с наиболее серьёзным дефицитом специалистов, и пациенты часто испытывают самые длительные задержки или время в пути.

Федеральное правительство обязалось выделить 50 миллиардов долларов на улучшение сельского здравоохранения, включая расширение цифровой инфраструктуры. Доступ к широкополосной сети сам по себе не закрывает пробелы в помощи, но создаёт основу для чего-то лучшего. Он делает возможным виртуальный доступ к специализированной помощи в местах, где это редко было вариантом, и где технологические инвестиции не были приоритетом.

Пациент в сельской Монтане с симптомами пищеварения не должен ехать четыре часа, чтобы определить следующие шаги. Виртуальный-первый путь позволяет раннюю оценку и более чёткую триаду. Некоторые пациенты могут начать лечение виртуально. Другие могут быть быстро направлены на очную оценку. Разница не в замене очной помощи. Это в устранении задержки.

## **Реальность клинической рабочей силы**

Прогнозы дефицита врачей часто цитируются, но они скрывают более сложную истину. Даже если страна подготовит достаточно специалистов для удовлетворения прогнозируемого спроса пациентов, эти врачи не смогут физически присутствовать в каждом сообществе. География и доступность остаются структурными ограничениями. Конечно, виртуальная помощь сама по себе не решает эту проблему. Если она полностью полагается на врачей, которые проводят приёмы один за другим, математика фундаментально не меняется. Ограничение — не только местоположение, но и время поставщика услуг.

Именно здесь виртуальный-первый подход в сочетании с обученными поставщиками услуг продвинутого уровня (APP), работающими под наблюдением врачей, становится другой моделью. При удалённой структуре один врач может курировать нескольких APP, оказывающих специализированную помощь, согласованную с руководствами, в разных регионах. APP, обученные по специализированным протоколам, поддерживаемые реальным временем ввода врача и инструментами поддержки принятия решений, могут управлять первичными консультациями, рутинными последующими визитами и клинической триадой. Врачи остаются сосредоточенными на сложных случаях, процедурах и надзоре.

## **Парадокс сокращений в неопределённые времена**

Многие системы здравоохранения замораживают расходы в ответ на финансовое давление и более широкую макроэкономическую неопределённость. На поверхности такое сдерживание может показаться разумным. На практике откат инфраструктуры доступа при продолжающемся росте спроса может углубить структурные узкие места.

Некоторые системы, которые инвестировали в виртуальный-первый доступ к специализированной помощи, начинают сообщать о измеримых операционных эффектах. К ним относятся улучшенные показатели заполнения процедурных залов, снижение утечки в отделения неотложной помощи или конкурирующие практики, и более сильная согласованность между спросом на направление и доступной пропускной способностью.

Доступ также может влиять на состав пациентов и модели удержания, особенно на конкурентных рынках, где коммерчески застрахованные пациенты имеют варианты.

## **Что на самом деле требует внедрение**

С продлением покрытия телемедицины Medicare до 2027 года у здравоохранения есть определённое окно для тщательного построения. Это означает интеграцию виртуальных путей в существующие рабочие процессы, а не создание параллельных систем. Это означает развертывание обученных APP с чёткими структурами надзора. Это означает измерение доступа, клинических исходов и операционной производительности в тандеме.

Платёжная политика развивается. Ожидания пациентов развиваются быстрее. Организации, которые используют этот период для намеренного перепроектирования доступа, могут расширить пропускную способность без крупных капитальных инвестиций. Те, кто откладывает, могут обнаружить, что конкурентный ландшафт меняется вокруг них.

Этот момент не продлится вечно. Возможность сейчас.

Фото: ronnachairpark, Getty Images

Шери Рудберг — соучредитель и генеральный директор WovenX Health, лидера в области цифрового здравоохранения, ориентированного на улучшение доступа к специализированной помощи. Шери основала WovenX после того, как лично столкнулась с разочарованиями навигации доступа к

специализированной помощи для своей семьи. Имея опыт в стратегии, праве и бизнес-операциях, Шери посвятила свою карьеру руководству и масштабированию компаний на пересечении здравоохранения и инноваций.

Этот пост появляется через программу MedCity Influencers. Любой может опубликовать свою точку зрения на бизнес и инновации в здравоохранении на MedCity News через MedCity Influencers. Нажмите здесь, чтобы узнать, как.

---

---

Перевод выполнен: 27.03.2026 | ai4med.ru

Машинный перевод. Рекомендуем сверять с оригиналом при клиническом использовании.