

## ИИ развязывает новую гонку вооружений в здравоохранении: как её остановить

**Источник:** MedCity News

**Оригинал:** <https://medcitynews.com/2026/03/ai-is-fueling-a-new-arms-race-in-healthcare-heres-how-we-stop-it/>

FHIR

администрирование

интероперабельность

предварительная авторизация

регуляторика

управление здравоохранением

Пациенту требуется МРТ. Система провайдера говорит «да». Система плательщика говорит «нет». Два ИИ, два результата, ноль координации.

Здравоохранение стремится к модернизации управления использованием (УИ), но во многих отношениях движется в неправильном направлении. Вместо того чтобы способствовать сотрудничеству между плательщиками и провайдерами, новые модели ИИ внедряются таким образом, что усиливают исторические разрозненные системы.

Некоторые технологии позиционируют ИИ как представителя одной стороны над другой; ускоряют одобрения для провайдеров или обеспечивают контроль для плательщиков. Например, определенные решения, интегрированные с ЭМК, обучены интерпретировать медицинские политики через провайдер-центричную оптику, в то время как системы со стороны плательщика могут разрабатывать ИИ для маркировки запросов с высоким риском или высокой стоимостью. Результат? Надвигающаяся гонка вооружений ИИ, которая рискует превратить предварительное авторизование в враждебное поле битвы, что приведет к задержке оказания помощи пациентам, увеличению выгорания провайдеров и усилению недоверия к системе, которая уже находится под давлением.

## **Beyond Analytics: Как Sellers Dorsey внедряет ценность в политику Medicaid [Видео]**

Как превратить аналитику в реальные результаты политики.

### **Риск гонки вооружений ИИ**

Как выглядит гонка вооружений ИИ в здравоохранении? Представьте сценарий, где провайдер-ориентированный ИИ быстро одобряет запросы на основе слабо интерпретируемых клинических данных, в то время как платательщик-ориентированный ИИ одновременно маркирует эти запросы для потенциального отказа, мошенничества или чрезмерного использования. Две системы, разработанные с разными стимулами и логикой принятия решений, вступают в непрерывную петлю эскалации, аудитов и апелляций. Результат — система, которая приоритизирует алгоритмическую игру над согласованными, ориентированными на пациента результатами.

Этот риск нависает над отраслью, работающей над амбициозными целями модернизации. Правило CMS-0057-F о интероперабельности и предварительной авторизации Центров услуг Medicare и Medicaid (CMS) и обязательство между АНП и Ассоциацией Blue Cross Blue Shield по улучшению процесса предварительной авторизации оба призывают к будущему, где авторизации являются реальными, прозрачными и цифровыми.

CMS-0057-F требует API на основе Fast Healthcare Interoperability Resource (FHIR) — Быстрого ресурса интероперабельности здравоохранения (FHIR) — и своевременных ответов от платательщиков к 2027 году, в то время как обязательство АНП представляет собой коллективное обязательство отрасли по улучшению опыта провайдеров и доступа пациентов. Но технологии недостаточно. Если базовые системы враждебны, автоматизация лишь ускорит дисфункцию.

## **The New Blueprint: Как Clever Care Health Plan масштабирует опыт участников [Видео]**

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

## **Проектирование ИИ, который сотрудничает**

Есть лучший путь. Вместо того чтобы использовать ИИ для конкуренции, мы должны проектировать ИИ для сотрудничества.

Это начинается с прозрачности. Системы ИИ, поддерживающие УИ, должны показывать свою работу. Рекомендации должны быть отслеживаемы к клиническим критериям, согласованы с кодифицированной медицинской политикой и доступны для аудита клиницистами с обеих сторон транзакции. CMS и ANIP оба подчеркнули ясность в обосновании решений и отчетности в реальном времени. В этой среде модели черного ящика представляют не только клинический риск, но и комплаенс-ответственность.

Во-вторых, ИИ должен быть интероперабельным не только в техническом смысле. API и стандарты, такие как FHIR, необходимы, но недостаточны. Истинная интероперабельность означает, что ИИ может работать в рабочих процессах провайдеров, плательщиков и вендоров, руководствуясь совместным управлением и структурированным согласованием политик. Более чем просто подключение API, интероперабельность требует нормализации данных, контекстного применения политик и готовности участвовать в федеративных системах, где контроль балансируется с сотрудничеством, без предпочтения одной стороны над другой.

В-третьих, ИИ должен быть встроенным, а не добавленным. Это означает размещение интеллектуального принятия решений непосредственно в точках оказания помощи и административных рабочих процессах, где происходит УИ. Например, провайдер, использующий ЭМК, должен иметь возможность подавать, отслеживать и получать решения об авторизации, не выходя из клинического интерфейса. Этот уровень интеграции снижает трение, ускоряет решения и способствует принятию всеми заинтересованными сторонами.

## **Планы здравоохранения должны лидировать с ясностью**

Если планы здравоохранения не возьмут на себя лидерство, они рискуют быть дезинтермедированными или отведенными к пассивным участникам в решениях, которые они должны направлять. ЭМК и сторонние вендоры уже внедряют политику-ориентированный ИИ в свои платформы, создавая пути ускоренного одобрения, которые могут полностью обойти плательщика. Этот сдвиг угрожает надзору плательщика, владению данными и их способности обеспечивать стандарты, основанные на доказательствах, в доставке помощи. В фрагментированном ландшафте дезинтермедиация дробит

подотчетность. Решения, принимаемые внутри команд УИ плательщиков, могут все чаще происходить внутри непрозрачных клинических рабочих процессов, где плательщики имеют ограниченную видимость, отслеживаемость или возможность обжалования.

Чтобы предотвратить это, планы здравоохранения должны контролировать и настаивать на прозрачности, сохраняя владение своими медицинскими политиками и определяя, как эти политики применяются, даже когда они реализуются через сторонние платформы. Без сохранения управления тем, как применяются медицинские политики, планы здравоохранения рискуют несогласованными определениями, увеличенным трением с провайдерами и уменьшенным доверием к своим процессам УИ.

По мере того как регуляторный ландшафт эволюционирует и отраслевые обязательства продвигают реальные, электронные и прозрачные авторизации, императив ясен: технология должна соединять разрыв между плательщиком и провайдером, а не расширять его. Следующая эра УИ не будет выиграна самым быстрым алгоритмом или самым ярким ИИ. Ей будут руководить те, кто приоритизирует интероперабельность, прозрачность и совместную подотчетность.

Планы здравоохранения должны начать с аудита своей текущей технологической стека УИ на предмет прозрачности, инвестирования в совместные frameworks принятия решений и партнерства с платформами, которые поддерживают двунаправленную интеграцию, обеспечивая, чтобы они оставались активными хранителями своих клинических и операционных стандартов.

Будущее управления использованием — это не просто быстрее; это справедливее, яснее и умнее. Это будущее, где решения клинически обоснованы, доступны для аудита и доверяются всеми сторонами.

Фото: Mironov Konstantin, Getty Images

Мэтт Каннингем, исполнительный вице-президент по продукту в Availity, провел девять лет в армии в легких и механизированных пехотных подразделениях, включая 2-й батальон рейнджеров. Он принес свой опыт операций армии в отрасль здравоохранения и сосредоточился на решении проблемы предварительных авторизаций и управления использованием в течение последних 15+ лет. Он помог масштабировать сервисную компанию от \$20М до крупнейшей компании услуг по льготам здравоохранения. Мэтт

служил руководителем операций колл-центра, директором по продуктовым операциям, главным информационным офицером и вел усилия по интеграции для слияний и поглощений.

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: 30.03.2026 | ai4med.ru

Машинный перевод. Рекомендуем сверять с оригиналом при клиническом использовании.