

Следующее испытание Medicaid: смогут ли планы охватить тех участников, за которых они несут ответственность?

Источник: MedCity News

Оригинал: <https://medcitynews.com/2026/07/medicaids-next-performance-test-can-plans-reach-the-members-theyre-accountable-for/>

социальные детерминанты здоровья

телемедицина

технологии в медицине

управление здравоохранением

Программа Medicaid входит в период, когда одного лишь наличия страхового покрытия будет недостаточно.

По мере того как пересмотр права на участие (redeterminations), требования к трудовой деятельности и бюджетное давление усиливают текучесть участников (churn), планы Medicaid столкнутся с более серьезным испытанием эффективности: важно не только то, застрахованы ли участники, но и то, остаются ли участники из групп высокого риска доступными для связи, вовлеченными, подключенными к медицинской помощи и защищенными от попадания в кризисные ситуации, которых можно было избежать.

Для многих участников Medicaid с наиболее высокими потребностями проблема заключается не в отсутствии услуг. Проблема в том, что система не может последовательно охватить людей, которые нуждаются в этих услугах больше всего.

Разрыв в вовлеченности теперь является проблемой эффективности

От планов ожидается улучшение качества, снижение частоты предотвратимых обращений в отделения неотложной помощи, управление переходами между уровнями помощи, устранение пробелов в лечении, документирование социальных потребностей, связанных со здоровьем, и обеспечение связи участников с системами поддержки. Но все эти цели зависят от одного базового условия: участник должен быть вовлечен.

Прежде чем план сможет устранить пробел в оказании помощи, кто-то должен найти участника. Прежде чем можно будет снизить частоту предотвратимых обращений, кто-то должен понять, почему отделение неотложной помощи стало основным местом получения медицинской помощи.

Слишком часто статус «не удалось связаться» рассматривается как административная категория. Его следует рассматривать как ранний предупреждающий сигнал.

Для групп населения Medicaid с высоким риском невозможность установления контакта может означать отключенный телефон, нестабильные жилищные условия, нерешенные проблемы с психическим здоровьем, барьеры в транспортировке, отсутствие продовольственной безопасности, страх перед институциональным уходом, низкий уровень доверия или текучесть участников из-за изменения критериев соответствия. Это может означать, что участник пользуется общим телефоном, пропускает почту, избегает звонков с незнакомых номеров или перегружен бумажной работой, которую он не понимает.

В этом контексте «не удалось связаться» не просто означает неудачный телефонный звонок. Это может означать, что система теряет видимость ситуации именно в тот момент, когда риск возрастает.

Технологии могут выявить потребность, но не всегда создают доверие

Именно здесь традиционные модели охвата начинают давать сбой.

Ведение случаев (case management) по телефону, напоминания через текстовые сообщения, порталы и охват с поддержкой ИИ (AI) могут помочь выявить риск, приоритизировать охват, организовать рабочие процессы и направить людей к ресурсам. Технологии, безусловно, должны быть частью решения.

Но технологии могут сделать охват более интеллектуальным. Они не могут сделать его человеческим.

Колл-центр может определить наличие пробела в медицинской помощи. Он не всегда может раскрыть причину возникновения этого пробела. Алгоритм может пометить участника как принадлежащего к группе высокого риска. Он не может сидеть рядом с человеком в приюте, замечая, что отсутствие продовольственной безопасности ведет к несоблюдению режима приема лекарств, или узнавать, что пропущенный прием был вызван не апатией, а отсутствием транспорта, страхом или нестабильными жилищными условиями.

Для многих участников из групп высокого риска вовлеченность должна переместиться из телефона в сообщество.

Это означает встречу с людьми там, где они фактически находятся: в домах, многоквартирных зданиях, приютах, клиниках, очередях за продуктами, общественных центрах, местах стихийных лагерей и других местных локациях. Это означает понимание реальности, в которой живет участник, а не только информации в его личном деле. Это означает признание того, что барьер на пути к получению помощи может изначально быть не клиническим. Им может быть доверие.

Личное присутствие делает доверие возможным

В этой работе есть нечто глубоко человеческое.

Это разница между тем, чтобы оставить голосовое сообщение, и тем, чтобы узнать, что телефон участника отключен уже несколько месяцев. Это разница между отправкой плана лечения по почте и осознанием того, что у человека нет постоянного адреса. Это разница между документированием пропущенного приема и пониманием того, что у участника не было транспорта или причин верить, что кто-то поможет, если он придет.

Для многих участников Medicaid из групп высокого риска вовлеченность начинается тогда, когда кто-то делает нечто простое, но мощное: появляется лично.

Появляется в приюте. Появляется в многоквартирном доме. Появляется в клинике. Появляется в пункте раздачи еды. Появляется снова после того, как первый разговор не принес результатов.

Такое присутствие имеет значение, потому что доверие редко строится за одно взаимодействие. Оно строится через последовательность, терпение и доведение дела до конца. Оно строится, когда участник понимает, что человек, пытающийся связаться с ним, не просто ставит галочку в отчете, а пытается понять, что мешает получению помощи.

Доведение дела до конца — это то, где вмешательства Medicaid либо достигают успеха, либо терпят неудачу

Выездная работа в сообществах может выявить то, что упускают дистанционные модели: есть ли у участника еда, безопасен ли дом, принимаются ли лекарства, накапливаются ли документы, обостряются ли проблемы с психическим здоровьем, является ли транспортировка реалистичной и понимает ли участник, что должно произойти дальше.

Это также создает условия для последующего сопровождения.

Инструмент скрининга может выявить социальную потребность. Направление (referral) может указать человеку на услугу. План выписки может содержать информацию о следующем приеме. Но если никто не поддерживает связь достаточно долго, чтобы убедиться, что участник может действовать, система не решила проблему. Она только задокументировала её.

Планам и штатам будет все чаще требоваться демонстрация реальных результатов: меньше предотвратимых визитов в отделения неотложной помощи, более активное участие в первичной медико-санитарной помощи, лучшие показатели качества, более стабильная социальная поддержка и меньше участников, постоянно попадающих в кризисные ситуации. Эти результаты зависят от устойчивой вовлеченности, а не от эпизодического охвата.

Вовлеченность не должна рассматриваться как деятельность на начальном этапе или как «мягкий» показатель. Для многих участников из групп высокого риска вовлеченность является первым клиническим вмешательством. Она превращает направление в реальную связь и помогает планам понять, улучшается состояние участника, ухудшается или он исчезает из поля зрения.

Следующая эра вознаградит планы, способные охватить людей

Будущее эффективности Medicaid потребует как технологий, так и человеческого присутствия. Цифровые инструменты могут помочь планам раньше выявлять риски, более эффективно координировать действия и масштабировать коммуникацию. Но для участников, которые с наибольшей вероятностью окажутся в дорогостоящих кризисных ситуациях, «последняя миля» вовлеченности часто остается человеческой.

Организациями, которые покажут лучшие результаты, будут не просто те, у кого лучшая аналитика или сценарии разговоров. Это будут те, кто сможет последовательно находить труднодоступных участников, восстанавливать доверие, подключать их к медицинской помощи, обеспечивать долгосрочное сопровождение и демонстрировать, что вовлеченность меняет результаты лечения.

Medicaid не может управлять тем, до чего не может дотянуться.

По мере того как текучесть участников, требования к труду и бюджетное давление меняют облик программы, страховое покрытие приобретает значение. Льготы имеют значение. Технологии имеют значение. Но для участников Medicaid с наиболее высокими потребностями ничто из этого не работает, если кто-то не сможет наладить контакт с человеком, стоящим за его личным делом.

Встреча с участниками там, где они находятся, — это не лозунг. Это стратегия эффективности.

Скотт Х. Шнелл (Scott H. Schnell) является соучредителем и генеральным директором MedZed — коммерческой организации, предоставляющей общинные услуги для удовлетворения социальных потребностей, связанных со здоровьем (Health-Related Social Needs), участников Medicaid и лиц с двойным правом на участие в Medicare (dual-eligible), имеющих высокие риски и потребности, которые труднодоступны и отстранены от первичной медико-

санитарной помощи. С момента основания компании в 2014 году с миссией вдохновлять и обеспечивать улучшение здоровья, Шнелл разработал бизнес-модель MedZed, технологическую платформу и план привлечения участников для партнерства с планами управляемого медицинского страхования (managed health plans) с целью улучшения результатов здоровья участников, снижения частоты использования медицинских услуг и сокращения расходов. Являясь предпринимателем на протяжении нескольких десятилетий, Шнелл запускал, развивал, возглавлял и продавал несколько компаний.

Перевод выполнен: 15.07.2026 | ai4med.ru

Машинный перевод. Рекомендуем сверять с оригиналом при клиническом использовании.