

## Код приносит оплату — вариант приносит лечение

**Источник:** MedCity News

**Оригинал:** <https://medcitynews.com/2026/07/the-code-gets-you-paid-the-variant-gets-you-treated/>

ICD-10

ИИ-документирование

безопасность пациентов

геномика

диагностика

клиническая практика

персонализированная медицина

таргетная терапия

Не так давно я прочитал презентацию инструмента ИИ для документирования. Продающая идея, озвученная практически как победа: система прослушала визит, определила диагноз и сгенерировала готовый к отправке код ICD-10. И всё.

В мире биллинга это завершённая транзакция. В мире лечения пациента это практически бессмысленно.

Этот разрыв между кодом, удовлетворяющим плательщика, и информацией, необходимой врачу для лечения человека, — это то, мимо чего мчится почти каждый инструмент ИИ в здравоохранении. По мере того как мы продвигаем эти системы в сторону прецизионной медицины и геномики, этот разрыв перестаёт быть неудобством и становится вопросом безопасности пациента.

## **Код биллинга — это не диагноз**

ICD-10 и окружающие его системы кодирования были созданы, чтобы делать одно дело хорошо: классифицировать визит, чтобы счёт мог быть оплачен. Проблемы начинаются, когда мы просим их заменять клиническую реальность, потому что диагностическая категория и клинический диагноз — это не одно и то же.

Подумайте, как выбираются коды. Инструмент ИИ (или торопящийся клиницист) часто выбирает то, что стоит первым в списке, или то, что достаточно конкретно для прохождения счёта. «Другое хроническое заболевание лёгких» обеспечит оплату визита по поводу ХОБЛ, но почти ничего не скажет о том, что на самом деле есть у пациента. «Злокачественное новообразование мозга, неуточнённое» обеспечит оплату счёта, но не скажет, что у пациента глиобластома, которая требует совершенно иного пути лечения и прогноза, чем более благоприятные опухоли, разделяющие тот же расплывчатый код.

Для повседневной внутренней медицины эта неточность уже является проблемой. Неуточнённый код попадает в список проблем и остаётся там, влияя на решения в течение лет. Но ставки резко возрастают, как только вы переходите к геномике и таргетной терапии, где решение о лечении может зависеть от фенотипа, наблюдаемого проявления генетического состава пациента, и точного варианта, лежащего в его основе.

## **Где окупается точность**

Рассмотрим реальный пример. Болезнь Шарко-Мари-Тута, или СМТ, — это наследственная нейропатия, с которой я сталкивался ровно один раз за свою карьеру. Пациент предъявляет кластер находок: частые падения, трудности с письмом, мышечные судороги и атрофия, ослабление хвата и семейная история того же. По отдельности ни одна не является решающей. Вместе они формируют фенотип, который должен указывать на СМТ, а затем на генетический скрининг для идентификации конкретного варианта.

Вот почему эта специфичность важна сейчас так, как не была важна несколько лет назад. Долгое время не существовало реального лечения СМТ, только безрецептурное обезболивание. Сегодня разрабатываются таргетные терапии. Единственный способ, которым пациент достигает одной из них, — это правильный диагноз с правильным уровнем специфичности, указывающий на препарат, который, вероятно, сработает. Если диагноз расплывчат, вы никогда не начнёте этот путь.

Теперь сопоставьте два связанных состояния. СМТ и тесно связанная наследственная сенсорная и моторная нейропатия могут выглядеть схоже у постели больного, но нести различную генетическую основу, и пациенты реагируют по-разному, потому что это разные заболевания. Код ICD-10 для одной из них сводится к «наследственная моторная и сенсорная нейропатия». Эта фраза говорит лечащему клиницисту практически ничего. Это как если бы вам сказали, что много машин зелёные. Отлично, но как это поможет мне действовать?

Я также жил этим с другой стороны, наблюдая, как пациент носил общий ярлык «полиартрит» в течение лет, прежде чем кто-либо достиг реального ответа, будь то ревматоидный или, что ещё сложнее, псориатический артрит, где решающей подсказкой было единственное пятно на коже, которое никто не подумал осмотреть. Ярлык, который наконец подходит, — это тот, который открывает правильное лечение. Широкая категория просто откладывает его.

## **Пассивный ИИ слышит слова. Он не знает, что спросить дальше**

Инструменты пассивного документирования терпят неудачу с тонким сбоем, который легко упустить. Эти системы прослушивают визит, выводят диагноз и прикрепляют код биллинга. Чего они не делают, так это не побуждают клинициста запросить дополнительные находки, которые уточнили или исправили бы этот диагноз. Они предоставляют наилучшее предположение из того, что было сказано вслух, но не могут сказать вам, что вопрос об ещё одном симптоме, находке осмотра или элементе семейной истории может дать лучший ответ.

Клиническая система, построенная на структурированной основе знаний, работает наоборот. Когда клиницист документирует в направлении диагноза, система может одновременно представить полный набор связанных находок, элементы, которые отличают один диагноз от близкого соседа, вместо того чтобы заставлять клинициста вспоминать каждый атрибут состояния, которое он, возможно, видел один раз за двадцать лет. Ни у одного занятого клинициста нет на это времени, и просить их об этом — странный ответ на проблему выгорания.

Порядок имеет значение. В большей части сегодняшнего пассивного ИИ код биллинга идёт первым, а диагноз конструируется в обратном порядке, чтобы соответствовать ему. Клинически это наоборот. Клиническая картина должна

идти первой; код должен вытекать из неё. Это разница между экспертной клинической системой и системой биллинга, и между данными, с которыми может рассуждать нижестоящий инструмент, и данными, которые тихо несут вперёд всю неоднозначность.

## **Специфичность — это предпосылка, а не бонус**

Это также причина, по которой структурированные, клинически специфичные данные являются предварительным условием для прецизионной медицины. Богатый фенотип, детальный анамнез и физические находки, зафиксированные в точке оказания помощи, — это то, что делает генетическое исследование значимым. Точный фенотип может помочь определить, на какие терапии пациент, вероятно, ответит, а на какие нет.

Партнёры по лекарственным знаниям уже используют такой вид богатого клинического ввода, чтобы сигнализировать в точке оказания помощи, ответит ли пациент на конкретную терапию. Ничего из этого не работает на расплывчатом коде ICD-10. Широкая диагностическая категория не может быть надёжно связана с генетическим вариантом, биомаркером или таргетным путём, независимо от того, насколько эффективно она перемещается между системами. Специфичность должна присутствовать в данных до их перемещения; она не может быть добавлена в пути.

## **Замедлитесь и сделайте правильно**

Я закончу беспокойством, к которому я постоянно возвращаюсь. Давление принять эти инструменты огромно, и презентация всегда говорит о сэкономленном времени, меньшем бремени документирования. Это реальные преимущества. Но экономия времени клинициста — это не то же самое, что предоставление лучшего ухода, и мы не задаём второй вопрос достаточно часто.

Беспокойство в том, что клиницисты полагаются на эти системы до полного понимания их ограничений, доверяя ИИ извлекать соответствующую информацию из записи и слишком часто получая это неправильно. Это не производит более умную медицину. Это производит клиницистов, которые перестали сочетать инструмент с собственным суждением. Так ошибки умножаются.

Исправление не в том, чтобы отказаться от ИИ. Это в том, чтобы дать ему клиническую основу знаний, которая отражает то, как медицина фактически рассуждает. Если технология запрашивает то, чего не хватает, и отличает диагноз, который имеет значение, от того, который просто оплачивается, она может передать клиницисту более полную картину, а не более быстрое предположение. Гранулярность, которую отрасль когда-то отвергала, теперь является полом. Строительство выше него — единственный способ, которым эти инструменты заслуживают доверие, которое мы уже им оказываем.

Д-р Джей Андерс — главный медицинский директор Medicomp Systems. Д-р Андерс поддерживает разработку продуктов, выступая в качестве представителя и голоса сообщества врачей и здравоохранения, которому служат продукты Medicomp. До присоединения к Medicomp д-р Андерс занимал должность главного медицинского директора McKesson Business Performance Services, где отвечал за поддержку разработки клинических информационных систем для организации. Он также сыграл ключевую роль в руководстве первой интеграцией документации врача Quipre от Medicomp в EHR (электронную историю болезни). Д-р Андерс возглавляет клинический консультативный совет Medicomp, тесно сотрудничая с врачами и медсёстрами, чтобы гарантировать, что все продукты Medicomp разрабатываются на основе потребностей и предпочтений пользователей для повышения удобства использования.

Эта публикация появляется через программу MedCity Influencers. Любой может опубликовать свою перспективу на бизнес и инновации в здравоохранении на MedCity News через MedCity Influencers.