



EUR/ICP/MPN 532
4258A

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ: ИХ ВНЕДРЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ

Д-р Reiner Leidl

Социально-экономический факультет

Институт GSF медицинской информатики и исследований систем здравоохранения
Мюнхен, Федеративная Республика Германии



1990 г.

ЕРБ/ЗДВ задача 34

All rights in this document are reserved by the WHO Regional Office for Europe. The document may nevertheless be freely reviewed, abstracted, reproduced or translated, but not for sale or for use in conjunction with commercial purposes. Any views expressed by named authors are solely the responsibility of those authors.

Alle Rechte an diesem Dokument liegen beim WHO-Regionalbüro für Europa. Das Dokument darf jedoch außer zu Verkaufszwecken oder in anderem kommerziellen Zusammenhang ohne vorherige Genehmigung rezensiert, in Auszügen gebracht, vervielfältigt oder übersetzt werden. Die in dem Dokument zum Ausdruck gebrachten Ansichten geben ausschließlich die Meinung der namentlich angeführten Autoren wieder.

Tous les droits relatifs à ce document sont réservés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Il peut cependant être commenté, résumé, reproduit ou traduit sans autorisation, pour autant qu'il ne s'agisse pas d'un usage lié directement ou indirectement à des fins commerciales. Les vues exprimées par des auteurs nommément désignés n'engagent que la responsabilité de ces derniers.

Европейское региональное бюро ВОЗ оставляет за собой все права, связанные с настоящим документом. Тем не менее его можно свободно рецензировать, реферировать, воспроизводить или переводить. Не разрешается лишь продажа документа, либо иное его использование в коммерческих целях. Всю ответственность за любые взгляды, выраженные в подписанных авторами статьях, несут сами авторы.

ЗАДАЧА 34

Планирование и распределение ресурсов

До 1990 г. все страны Региона должны разработать процессы управления развитием здравоохранения, призванные обеспечить достижение цели "Здоровье для всех к 2000 году" и активное участие в этой деятельности общин и всех секторов, занимающихся вопросами охраны здоровья, а также предпочтительное распределение ресурсов на решение первоочередных задач в области развития здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Стр.</u>
1. Внедрение КСГ	1
1.1 Оперативные данные	1
1.2 Данные об издержках	2
2. Определение степени эффективности метода КСГ.	4
2.1 Показатели эффективности	4
2.2 Анализ затрат на обеспечение качества и экономической эффективности	5
2.3 Планирование здравоохранения	5
3. Составление бюджета при пользовании методом КСГ	6
4. Системы классификации пациентов для амбулаторного лечения	6
5. Выводы	7

Назначение клинико-статистических групп (КСГ) - служить средством классификации больничных пациентов с медицинской точки зрения и одновременно в плане использования имеющихся средств. Они являются одним из способов описания смешанных случаев применительно к контингенту больничных пациентов. Получаемая с их помощью информация может быть использована в ряде областей, таких, как управление, планирование и оценка в больницах и больничных системах, финансирование, клиническая помощь (ведение больных и обеспечение качества), а также для того, чтобы дать интересующимся примерное представление о распространенности тех или иных болезней в условиях стационара. Впервые метод КСГ был разработан в Соединенных Штатах Америки в 70-х годах и впервые адаптирован для системного использования в начале 80-х годов. В настоящее время КСГ уже используются или проходят проверку в большом числе стран, а в случае государств - членов ВОЗ в Европейском регионе еще и в условиях самых различных систем здравоохранения.

В настоящей работе будут рассматриваться вопросы внедрения КСГ в больницу или больничной системе, такие аспекты их применения, как определение степени эффективности функционирования и составление бюджета, перспективы применения в специфических условиях смешанных случаев, не относящихся к стационару, а также некоторые выводы, связанные с политикой в области здравоохранения. Более конкретно, в основу этой работы положены данные отчетов о целом ряде мероприятий, относящихся к использованию КСГ и проводившихся Европейским региональным бюро (Отдел экономики здравоохранения), и особенно результаты последних двух совещаний:

- "Исследование систем оплаты в зависимости от вида оказываемых услуг и характера пациентов", Левенский университет, 12-13 октября 1987 г.; и
- "Применение метода КСГ при составлении бюджета и определении степени эффективности в больницах", Кардифф, 23-25 ноября 1989 г.

1. Внедрение КСГ

Одна из первостепенных задач при внедрении системы КСГ заключалась в получении данных, необходимых для группирования пациентов в КСГ. Для этого требовались, главным образом, сбор элементов данных, кодирование диагностических и процедурных данных, а также обеспечение того, чтобы данные были соответствующими и надежными. Продолжительность пребывания является переменной величиной, указывающей на необходимые ресурсы. При определении КСГ нет необходимости интегрировать информацию об издержках и расходах, хотя такая информация и является, несомненно, полезной для дальнейших анализов. Поэтому в разделе 1.1 будут рассматриваться данные оперативного характера, необходимые для КСГ, а в разделе 1.2 - способы объединения данных о расходах.

1.1 Оперативные данные

Для КСГ требуются данные о пациентах, такие, например, как возраст, поставленные диагнозы (включая первичный диагноз) и применяемые процедуры. КСГ были разработаны на основе клинической модификации (США) Международной классификации болезней (МКБ-9-КМ), включая кодификацию хирургических и других процедур. Применяемые в Европе диагностические нормы и правила являются зачастую адаптацией либо МКБ-9, либо МКБ-8. Договоренности относительно кодирования действующих операционных процедур, отличается значительным разнообразием. Для применения же компьютеризованных "распределителей КСГ", использующих МКБ-9-КМ для группировки пациентов в КСГ, имеющиеся данные следует соответственно преобразовывать для приведения в соответствие с вводным

форматом классификационных распределителей. Однако во всех осуществляемых в настоящее время проектах завершен по меньшей мере первоначальный перевод национальных диагностических и процедурно-методических правил и норм в МКБ-9-КМ. Соответствия, установившиеся между национальными системами обозначения и МКБ-9-КМ, с переходом ВОЗ к МКБ-10 могут быть утрачены. Учет этой проблемы при рассмотрении МКБ-10 мог бы поэтому оказаться полезным и помочь в проведении проектных КСГ.

Обеспечение готовности данных может быть связано с особыми проблемами в тех странах, которые не располагают своими национальными системами сбора реферативного характера данных о выписываемых больных. Более того, вводу КСГ должна предшествовать разработка соответствующей информационной системы. Так, например, в процессе кодирования диагнозов и процедур, относящихся к выписанным из стационара, полуавтоматические системы имеют преимущество, заключающееся в кодировании непосредственно в соответствии с МКБ-9-КМ, основываясь на ключевых словах и альтернативных возможностях, представленных на микрокомпьютере. Требующийся тип программного обеспечения уже имеется на английском языке и разработан или планируется на других языках. Переход на автоматическую систему может облегчить работу отделений медицинской документации и обеспечить упорядочение процессов кодирования, снимая тем самым проблему качества данных.

Следует иметь в виду, что наличие значительных расхождений между системами кодирования, используемыми в Европе, может весьма существенно повлиять на возможности перенятия КСГ. Постоянное использование методов транскодирования, направленное на повышение возможностей передачи систем КСГ, должно проверяться на надежность и пригодность с помощью контрольных исследований. Автоматическое диагностическое кодирование может также способствовать повышению надежности и пригодности методов транскодирования.

Качество используемой базы данных, определяемое такими критериями, как исчерпывающий характер, пригодность и надежность, влияет на правильность задач, которые ставятся перед теми или иными конкретными КСГ. Однако эмпирический анализ показал, что классификационная система КСГ является вполне надежной даже если в базе данных обнаружены ошибки. На использование КСГ для целей планирования и финансирования повлияют также такие аспекты качества данных, как неполное представление некоторых элементов данных. Такое использование может стимулировать к тому, чтобы повысить качество данных или даже добиться противоположного эффекта, а именно представления большего количества данных, чем это необходимо. В случаях, когда КСГ будут использоваться при определении финансовых ассигнований, необходимо будет также продумать и их возможные финансовые последствия.

Некоторые страны привнесли или привносят незначительные изменения в классификационную систему КСГ, принятую в Соединенных Штатах, стремясь удовлетворить свои местные потребности. Считается, что в целом КСГ в различных странах Европы используются одинаково. Тем не менее возможность установления общеевропейских норм их использования обсуждалась, но не вышла из стадии обсуждения.

1.2 Данные об издержках

Система КСГ может явиться общей основой для сопоставления расходов на оказание стационарной помощи в соответствии с видом диагноза в разных условиях, например в различных странах Европы. Более того, стандартные расходы на КСГ могут быть использованы для таких финансовых целей, как

установление стоимости, в которую обойдутся КСГ на национальном уровне. Для определения стандартных издержек на каждую КСГ существенное значение имеют данные о расходах, необходимых для обеспечения хорошего качества, и подробная информация о расходах на больницы в целом, отделения больниц и отдельных врачей. Подобно самой классификации КСГ оценка сметных расходов на КСГ будет неизбежно зависеть от конкретных условий оказания медико-санитарной помощи, доступности данных и дальнейших задач. В большинстве случаев для определения стандартных издержек необходима разбивка расходных данных применительно к индивидуальным случаям. Доступность этих данных зависит, главным образом, от применяемых систем учета в больницах. Во многих системах бухгалтерский учет в больницах основывается на аналогичных принципах, но связан с различными особенностями стран и конкретного медицинского обслуживания, используется для различных целей и зависит от различных законоположений и правил, действующих в области охраны здоровья. В странах с исторически сложившейся системой финансирования больниц на общей, а не на индивидуальной "по-пациентной" основе, не применяются, как правило, расходные данные, которые можно было бы разложить на издержки в расчете на каждого пациента. Системы, в которых пациентам уже выставляются счета за оказанные им медицинские услуги, легче адаптировать к учету на основе КСГ.

Первая проблема, встающая при калькуляции издержек в случае пользования методом КСГ и могущая повлиять на качество сравнений, заключается в определении стоимостных категорий, которые следует включить. В некоторых странах включаются капитальные издержки, в других они исключаются. Далее по значимости идут проблемы метода, применяемого для оценки капитала (страховая стоимость, амортизационные отчисления, замещение), и линия, разграничивающая оборудование и капитал. В отличие от Соединенных Штатов в странах Европы зарплата врачей включается, как правило, в издержки на КСГ, однако считается, что это не приведет к каким-либо проблемам. Административные расходы здравоохранительных ведомств в плановых системах и накладные расходы страховых компаний в рыночных системах не включаются, как правило, в больничные счета. Размеры этих расходов могут варьироваться от страны к стране, и различные пропорции их могут приходиться на отдельные больницы.

Для подсчета расходов на основе КСГ на уровне расходного центра должны иметься соответствующие данные. При этом следует выделить следующие моменты:

- как минимум, расходные центры должны подразделяться на медицинские, немедицинские и вспомогательные;
- расходы внутри вспомогательных расходных центров должны распределяться среди конечных медицинских и немедицинских расходных центров;
- в зависимости от наличия/доступности информации, необходимой для калькуляции соответствующей распределительной статистики, и от ее точности издержки конечных расходных центров могут быть представлены после соответствующей подразбивки в виде расходов на "единицу" КСГ.

Поочередной переход от одной стадии к другой потребует базовой информации о доле ресурсов/средств, используемых различными осуществляющими расходы центрами и органами. В случае невозможности получить такую информацию непосредственно на месте следует подумать о возможности использования таких заменителей, как относительные шкалы единиц стоимости из других систем здравоохранения. Однако, даже если информация имеется и доступна, сравнимость методов исчисления издержек может все еще оставаться ограниченной из-за отсутствия согласованных и упорядоченных на международном уровне определений

центров учета больничных издержек. В случае полного отсутствия подробной информации предлагается, чтобы первоначально стандартные издержки КСГ основывались полностью или частично на расходных величинах, полученных в других европейских странах или Соединенных Штатах. В любом случае следует тщательно проанализировать возможность передачи заменителей расходно-стоимостных данных, чтобы избежать произвольных искажений в структуре стимулов. И наконец - хотя и не в последнюю очередь - необходимость обеспечения точности в любой категории издержек будет варьироваться в той мере, в какой врачи могут повлиять на делаемые по данной категории расходы.

2. Определение степени эффективности метода КСГ

Для охвата различных категорий пациентов, проходящих курс лечения в больницах, при определении эффективности необходима соответствующая корректировка для учета смешанных случаев. Определение степени эффективности КСГ нуждается в дальнейшей разработке путем принятия надлежащих показателей результативности, при формулировании которых важную роль играют управленческие навыки и специальные знания в области медицины. Работникам административного звена, врачам, медсестрам и другим категориям персонала, пользующимися показателями, может потребоваться дополнительная подготовка, обеспечивающая их правильное использование. В соответствии с этим возникает также необходимость разработать подходящую аппаратуру и программное обеспечение ЭВМ.

2.1 Показатели эффективности

Расходные и оперативные графики при пользовании методом КСГ должны позволить измерять результативность или эффективность на нескольких уровнях служб охраны здоровья. Разновидность применяемой при этом меры эффективности будет, разумеется, зависеть от типа полученного графика и от системы охраны здоровья соответствующей страны. На макро-уровне это позволило бы проводить сопоставления и сравнения между больницами, отделениями или врачами. При этом необходимо будет решить ряд проблем методологического характера. Чем больше число случаев в каждой из КСГ, тем точнее получаемая информация. Имели место определенные проблемы с качеством КСГ-информации применительно к КСГ низкого уровня на больничном уровне. На врачебном уровне анализа даже в КСГ крупного масштаба могут содержаться лишь небольшие количества случаев. Различия в уровне издержек от пациента к пациенту, обусловленные различной степенью тяжести и сложности, могут не зависеть от врачей. Все это обуславливает важность определения пациентов, остающихся в условиях стационара непривычно долго, а также индикаторов серьезности заболевания.

Показатели эффективности могут распадаться на различные категории, охватывающие, в частности, прием и выписку из больницы, клинические меры и критерии; характеризующие конечные результаты/качество. Показатели и критерии, в основу которых положена продолжительность пребывания (например, медицинские/немедицинские дни), являются значительно важными для внутри- и межбольничных сопоставлений, если они стандартизованы в расчете на смешанные случаи. К числу клинических показателей будут относиться коэффициенты инфекции/перекрестной инфекции, осложнения, ослабление симптомов и т.д. Такие показатели, как показатель больничной летальности, используются во все большей мере для выведения исходного критерия для более широкого использования. Обсуждалась также возможность лучшей оценки значения различных вариантов применительно к показателям использования процедур и мониторинга списков очередников. Распределение персонала, например медсестер, между отдельными подразделениями, могло бы быть улучшено с помощью показателей/критериев рабочей нагрузки, основывающихся на методе КСГ. С помощью дальнейших

исследований можно изучить возможность применения метода КСГ при проведении разрозненных мероприятий в условиях стационара на основании таких переменных, как возраст пациента, размеры стационара и медицинская специальность. Такого рода информация может оказаться полезной и при составлении норм и стандартов для выделения нежелательных приемов в больницу и контроля за ними.

2.2 Анализ затрат на обеспечение качества и экономической эффективности

Определение количественных параметров контроля качества и конечных результатов выступают во все большей мере в качестве приоритетных областей определения и мониторинга результативности. Качество медико-санитарной помощи могло бы определяться с помощью метода КСГ. Еще одной областью, нуждающейся в дальнейшем развитии, является обеспечение качества. Качество медицинской помощи часто определяется на специальной основе, используя для этого, как правило, показатели здоровья или анализ специалистов соответствующего профиля. Следует изучить возможности оценки больничного медобслуживания на повседневной основе, используя для этого рамки методики КСГ.

Детальные графики работы с применением метода КСГ позволили бы перегруппировать различные компоненты лечебного процесса для составления "идеального режима лечения" путем оптимального медицинского обслуживания пациентов каждой категории в рамках каждого компонента терапии. При этом решающим вопросом стал бы вопрос о том, кто определяет стандарты медобслуживания (должная продолжительность пребывания, соответствующие диагностические исследования и т.д.). Лучше всего это можно было бы сделать на междисциплинарной основе.

Объединение оценки издержек с оценкой качества позволяет проводить оценки эффективности затрат. Так, например, один из критериев оценки конечных результатов работы по охране здоровья - годы жизни, характеризующиеся скорректированным качеством жизни (ГЖКК) - уже применялся при проведении множества диагнозов и процедур и, возможно, мог бы быть использован в системе КСГ. Можно привести сопоставления между суммами расходов, понесенных для достижения того или иного результата (например, сравнение в рамках КСГ) в условиях применения различных методов лечения, которые ведут к одинаковым применительно к пациенту результатам. Или можно было бы сравнить результаты, полученные при определенном твердом уровне расходов, в различных КСГ для выявления того, при которых из этих результатов был достигнут наибольший здравоохранительный эффект при определенном уровне расходов, - имея в виду установление социальных приоритетов лечебной деятельности.

Одна из проблем анализа эффективности затрат и оценки качества заключается в выявлении средних отклонений в потреблении ресурсов в рамках отдельных КСГ. К числу влияющих на эти отклонения факторов относятся: дифференциальные диагнозы в рамках КСГ, различающиеся прогнозы (серьезность) и различия в эффективности и действенности процесса медобслуживания. В различных условиях могут различаться не только методы лечения, предпочитаемые врачами, но и стандарты медобслуживания.

2.3 Планирование здравоохранения

Благодаря своим контактам с медперсоналом КСГ могут дать специалистам по вопросам планирования здравоохранения полезные рамки для рассмотрения меняющихся ситуаций. Испытываемые потребности и наличие средств могут быть определены более детально при условии учета смешанных случаев. Географическое распределение медобслуживания может контролироваться по методике КСГ. Могли

бы быть поставлены производственные задания - такие, например, как соответствующее число операций по пересадке бедра на 1000 человек. Имитационные модели планирования охраны здоровья могут быть разработаны на основании КСГ и стандартных графиков лечения, в которых определяется количество необходимых коек, число требуемых докторов и медсестер и способы использования ресурсов (диагностические тесты и виды обслуживания). Такие модели могли бы быть использованы для оценки последствий закрытия старой больницы, например, или отделения или открытия новых, либо влияния демографических изменений на заболеваемость в условиях стационара. С помощью нового метода можно было бы исследовать колебания и изменения заболеваемости, не связанные с демографическими изменениями, новыми методами лечения, различными уровнями ресурсов и различными приоритетами в отношении лечения.

3. Составление бюджета при пользовании методом КСГ

Способы применения КСГ для бюджетно-финансовых целей зависят, разумеется, от того, как финансируется больничное хозяйство в той или другой стране. В настоящей работе обсуждение финансовых аспектов применения КСГ ограничивается лишь соображениями самого общего характера. Стимулы, даваемые применением бюджетирования по методике КСГ, могут повысить эффективность использования имеющихся ресурсов и, следовательно, больничного лечения. Разработка способов применения применительно к финансовому планированию больничного хозяйства может привлечь внимание к ряду потребителей, включая:

- перспективную оценку деятельности стационаров, скорректированную применительно к смешанным случаям;
- прогнозы больничных расходов, скорректированные с учетом инфляции (повышения зарплат);
- специальные (например региональные или связанные с преподаванием) корректировки в соответствии с особенностями той или иной системы здравоохранения; и
- соответствующие корректировки капитальных расходов.

Бюджетные виды и способы применения могут стимулировать организации к тому, чтобы они обратили серьезное внимание на такие вопросы, как выделение центров, отвечающих за использование ресурсов, подбор соответствующих каналов для распространения информации и интерпретацию соответствующих статистических показателей для целей управления. Калькуляция издержек при пользовании методом КСГ могла бы позволить децентрализовать планирование финансов в больницах. Бюджеты могли бы составляться в отделениях и даже отдельными врачами с условием, однако, чтобы в соответствующий отчетный период лечение проходило достаточное количество пациентов для устранения искажений, вызванных произвольными колебаниями в степени сложности случаев и рабочей нагрузке. Ввиду всего вышесказанного потребуются, по-видимому, дальнейшая оценка потенциальных результатов применения КСГ в качестве элемента процессов составления бюджета и/или финансирования.

4. Системы классификации пациентов для амбулаторного лечения

Учитывая важность надлежащей организации различных секторов здравоохранения, желательно, чтобы классификации пациентов охватывали всю систему здравоохранения. В качестве шага в этом направлении можно было бы разработать виды классификаций пациентов, которые включали такие компоненты

системы, как коммунальная, первичная, психиатрическая и гериатрическая помощь. Внутри каждого сектора в рамках классификаций можно было бы применять аналогичные методы для выделения различных случаев, и классификации эти могли бы быть направлены на достижение сходных целей - таких, как поддержка эффективности и качества помощи. При передаче же, перенесении методов классификации или внедрения следует учитывать специфические особенности соответствующего рассматриваемого сектора. Системы классификации пациентов в целом должны были бы также стимулировать предоставление медико-санитарной помощи в самых подходящих местах.

При разработке амбулаторных классификационных систем следовало бы учитывать, что амбулаторная помощь отличается от больничного сектора и что она, как правило, связана с большим числом предоставляющих такую помощь и посещений в лечебных целях, а также с большим разнообразием видов заболеваемости и методов лечения. Доля амбулаторной помощи в совокупном бюджете здравоохранения, включая дискреционный элемент, будет обнаруживать значительные отличия. Имеющиеся базы данных могут оказаться развитыми в значительно меньшей степени и, возможно, окажутся меньшими сдвиги в деле разработки подходящих методов и решении проблем, связанных с набором/ "ассортиментом" случаев. При попытках воспользоваться стандартизацией набора случаев как средством сравнения следует учитывать влияние таких факторов, как медицинское преломление социальных проблем, чрезмерное использование лекарственных препаратов в процессе лечения и плохая координация стационарного и амбулаторного лечения. Амбулаторная хирургия выделена как особенно подходящая для разработки и применения методов классификации пациентов, и их использование в этих целях может послужить примером способов их возможного применения для сопоставлений между взаимосвязанными секторами здравоохранения.

5. Выводы

Классификация пациентов на основе КСГ представляет дополнительную информацию и общую основу для обсуждений и сотрудничества между представителями различных дисциплин, связанных со здравоохранением. Классификация по методике КСГ была принята лишь с небольшими изменениями в большинстве участвующих в проекте стран и ей отдано предпочтение в сравнении с другими системами классификации тяжелых госпитализированных больных. Представляется возможным установить общеевропейские стандарты для сравнения работы больниц. Они могли бы позволить транскодировать диагнозы и процедуры, создать европейскую компьютеризованную базу данных, с обеспечением доступа к ней для любого проекта, и дать характеристику европейских КСГ. Следует содействовать использованию сравнимых систем кодирования и составлению руководящих принципов кодирования. Ввод МКБ-10 может повлечь за собой необходимость переделать работу, уже проделанную по перекодированию МКБ-9 для использования при создании КСГ в Европе; при принятии решений, касающихся МКБ-10, следовало бы поэтому учитывать информационные потребности европейских классификационных систем КСГ.

Определение эффективности и планирование здравоохранения по методике КСГ могли бы способствовать решению задачи достижения здоровья для всех к 2000 г. Плановые задания, касающиеся производительности, могли бы найти свое практическое выражение через параметры КСГ. КСГ можно было бы использовать для анализа региональных вариантов оказания помощи и ее качества, демографических изменений в отношении заболеваемости, процедур и лечения. Уже разработаны и внедряются новые подходы к финансовым и бюджетным системам, основанным на КСГ в частности и системах классификации пациентов вообще. Их

следовало бы использовать для систематического стимулирования и проведения оценок осуществленных затрат в ходе предоставления медико-санитарной помощи. Следовало бы использовать графики понесенных расходов на основе систем классификации пациентов для целей составления бюджетов больниц, отделений и клиник. КСГ найдут широкое применение только в случае стимулирования их использования.

Следовало бы провести оценку результатов воздействия использования КСГ на управление службой здравоохранения. Было бы целесообразно разработать проект для испытания и оценки потенциала такой системы управления, которая бы основывалась на применении КСГ для принятия/формулирования решений, связанных с определением результативности и составлением бюджета. Проект охватывал бы ключевые вопросы информационной технологии, систем кодирования, медицинской документации, планирование служб, организационные процессы и использование финансовых ресурсов, а также стадии предварительной оценки осуществимости, последующей ее прикидки и собственно ее реализации, с проведением сквозного анализа. Учитывая требование универсальности, было бы желательно, чтобы проект охватывал не отдельную больницу, а, скажем, регион или область. Следовало бы также выпустить и комплекты руководящих принципов/рекомендаций по формированию и внедрению КСГ.

Сотрудничество и обмен информацией между европейскими проектами следует продолжать и дальше. Следовало бы предпринять шаги, направленные на широкую пропаганду положительных результатов и сдвигов в развитии критериев, относящихся к подборке смешанных случаев, и опыта, накопленного в деле применения методов классификации пациентов. Необходимы большие усилия, направленные на разработку соответствующих и практически применимых критериев качества оказываемой помощи и конечных результатов, связанных с предоставлением соответствующих видов обслуживания. Следует содействовать дальнейшей разработке показателей эффективности работы, базирующихся на принципах КСГ, с тем чтобы проводить международные сравнения результатов, полученных путем применения разработанных способов оценки. Следует организовать обучение профессиональных работников здравоохранения применению, представлению и интерпретации критериев смешанных случаев "ассортимента" и их применению в здравоохранении. Весьма и весьма важным может оказаться вклад клиницистов. Требуется самым тщательным образом рассмотреть технические аспекты использования КСГ, особенно компьютерной технологии, которая необходима (аппаратура, программное обеспечение и т.д.).

Необходимо, наконец, расширить использование систем классификации пациентов для включения совокупного лечебного процесса (амбулаторной, долговременной, гериатрической и оказываемой хроническим больным помощи), с тем чтобы обеспечить комплексную оценку и контроль и регулирование лечения.