

## Abstracts Translations

### Parity for Mental Health and Substance Abuse Care under Managed Care.

Richard G. Frank, Thomas G. McGuire.

### Паритет в отношении психиатрии и наркологии при управляемой помощи.

Ричард Г. Франк, Томас Мак Гир.

#### Резюме.

**Постановка проблемы.** На протяжении последних двадцати лет достижение паритета при страховании психиатрической и наркологической службы было важнейшей целью сторонников психиатрии и наркологии в США. Сдвиг в направлении паритета начался ещё в эру компенсационного страхования и механизма оплаты за услугу, когда расчет прибыли был ведущим целеполагающим механизмом в здравоохранении. Основным экономическим доводом в пользу введения законодательства, направленного на регулирование размеров страховых пособий, явилась несостоятельность рынка вследствие неблагоприятного отбора. Противодействие паритету основывалось на неэффективности, связанной с моральным риском. Данные эмпирического анализа свидетельствуют о том, что амбулаторные психиатрические службы гораздо более чутко реагируют на введение страхования по сравнению с другими амбулаторными службами.

**Цели.** Целью настоящего исследования является проведение повторного экономического обоснования паритета в свете недавних изменений в системе предоставления медицинской помощи в США. С введением управляемой помощи кардинально изменилось нормирование стоимости медицинских услуг. В настоящее время проектирование прибыли является лишь одним из многих механизмов, используемых при размещении ресурсов здравоохранения и сдерживании расходов.

**Метод.** Мы провели теоретическое обоснование нормирования в условиях управляемой помощи. Далее мы проанализировали традиционные соображения по поводу экономической эффективности в условиях страхования, неблагоприятного отбора и морального риска в рамках политики, направленной на регулирование пособий в психиатрии и общем здравоохранении при частном страховании.

**Результаты.** Нами показано, что после введения системы управляемого контроля за расходами и потреблением паритет при расчете прибыли больше не означает равной доступности и качества психиатрической и наркологической помощи. Вследствие того, что расходы главным образом контролируются путем управления в условиях управляемой

медицинской помощи, а не деньгами, заплаченными непосредственно потребителями помощи, значение необходимого результата, как действенного аргумента против паритета, снижается. В то же время паритет при расчете прибыли может не дать желаемых результатов в качестве средства для решения проблем, связанных с неблагоприятным отбором.

### Mental Health, Absenteeism, and Earnings at a Large Manufacturing Worksite.

Michael T. French, Gary A. Zarkin.

### Психиатрия, абсентеизм и заработки на крупном промышленном предприятии.

Майкл Т. Френч, Гарри А. Заркин.

#### Развернутое резюме.

**Постановка проблемы.** В нескольких последних исследованиях предпринималась попытка изучить взаимосвязь между психическим заболеванием и переменными рынка труда. Однако результаты этих исследований противоречивы и оставляют без ответа много вопросов относительно природы и величины этой взаимосвязи.

**Цели исследования.** Изучить полученные недавно данные на промышленных предприятиях для оценки взаимосвязи между симптомами эмоциональных и психологических проблем, невыходом на работу (абсентеизмом) и доходами работников крупного предприятия в США.

**Методы.** Проведен анализ данных, полученных в ходе анонимного рандомизированного обследования работников крупного промышленного предприятия в США. Для того, чтобы разработать и дихотомическую (т.е. наличие пропусков), и непрерывную (т.е. число пропущенных дней) переменные, были объединены два показателя абсентеизма: пропуск работы в течение последних 30 дней в связи с болезнью или травмой и пропуск работы в течение последних 30 дней из-за того, что работник не захотел выйти на работу. Годовой доход оценивался как личный заработок на основной работе. Были испробованы различные статистические модели для определения наличия самостоятельной и комбинированной (с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ) связи между симптомами эмоциональных проблем и показателями рынка труда.

**Результаты.** Проведенный анализ убедительно свидетельствует о том, что работники, сообщившие о наличии у них эмоциональных/психологических проблем, имеют более высокие показатели абсентеизма и меньшие заработки по сравнению с другими работниками. Эти данные

\* Correspondence to: Dr Ella Rytik, Mental Health Center, Russian Academy of Medical Sciences, Zagorodnoje Shosse, 2/2, 113152 Moscow, Russia

свидетельствуют о необходимости спецификации модели и включения сопутствующих заболеваний, употребления алкоголя и других психоактивных веществ.

**Обсуждение.** Проведя оценку влияния эмоциональных/психологических симптомов на две важнейшие переменные рынка труда: абсентеизм и доходы, данное исследование предлагает новую информацию дополнительно к уже имеющимся данным литературы в этой области. Для проверки независимого влияния эмоциональных симптомов а также совместного влияния эмоциональных симптомов и других сопутствующих состояний были оценены некоторые характеристики уравнений абсентеизма и доходов. Полученные результаты свидетельствуют о том, что при разработке таких программ производственного развития как «Программы помощи наемным работникам», работодатели должны принимать во внимание потери производительности, связанные с психическим здоровьем работников. **Ограничения:** В отличие от национальных обследований семей и отдельных лиц, данная выборка не включает безработных а также тех, кто не относится к рабочей силе. В связи с этим решение оказаться на рынке труда не может быть смоделировано. В дополнение к этому, наше исследование основано на данных, полученных в результате добровольного согласия на проведение интервью, и поэтому сведения об употреблении наркотических веществ и эмоциональных расстройствах могут быть диссимулированы. Если такая диссимуляция существует несмотря на тот факт, что респонденты много раз были заверены в конфиденциальности полученных от них сведений, она может быть более выраженной, чем при проведении обследований семей, так как респонденты могут быть в большей мере обеспокоены возможностью потери работы, если они у себя на предприятии сообщат об употреблении психоактивных веществ.

**Выводы:** Все четыре критерия эмоциональных симптомов имели положительную и статистически значимую связь с абсентеизмом и негативную и статистически значимую связь с личными доходами. Данные результаты действительны для всех характеристик даже с учетом других потенциально «запутывающих» факторов (например, употребление алкоголя и других психоактивных веществ). В дополнение к этому, число дней интоксикации и курения сигарет за последний год оказалось значимо связанным с размером доходов даже после проведения контроля эмоциональных симптомов. И, наконец, следует отметить, что поясняющее значение этих моделей является относительно высоким для кроссекционных данных, в особенности для регрессий доходов.

**Значение для системы обеспечения и потребления медицинской помощи.** Результаты данного исследования свидетельствуют о том, что работодателям было бы хорошо переоценить приоритеты при формировании «Программ помощи наемным работникам» а также рассмотреть возможности направить больше имеющихся ресурсов на диагностику и поддержку своих работников, находящихся в состоянии эмоционального и психологического дистресса.

**Значение для формирования политики здравоохранения.** Положение о том, что психический статус связан с абсентеизмом и доходами работников предприятий, в значительной мере остается предположительным. Тем не менее большинство программ занятости в большей степени направлены на то, чтобы разубедить работников употреблять алкоголь и другие психоактивные вещества (например, тестирование работников на употребление алкоголя и

наркотических веществ), а не на то, чтобы решить поведенческие и другие проблемы работника.

**Значение для дальнейших исследований.** Существует бесчисленное количество возможностей для того, чтобы собрать аналогичные данные и определить, являются ли полученные нами результаты схожими с данными других предприятий и учреждений.

## Резюме.

В ряде недавних исследований предпринималась попытка изучить взаимосвязь между психическим заболеванием и переменными рынка труда. Однако результаты этих исследований противоречивы и оставляют без ответа много вопросов относительно природы и величины этой взаимосвязи. Для оценки взаимосвязи между симптомами эмоциональных и психологических проблем, абсентеизмом (невыходом на работу) и доходами работников крупных предприятий в США в нашей работе использованы недавно полученные данные с предприятий. Основываясь на данных, полученных в ходе анонимного рандомизированного обследования работников крупного промышленного предприятия в США, а также используя несколько различных критериев эмоциональных/психологических проблем, мы обнаружили, что работники, отмечающие у себя эти симптомы, характеризуются более высоким уровнем абсентеизма и более низкими доходами по сравнению со своими сослуживцами. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что при разработке таких программ производственного развития как «Программы помощи наемным работникам», работодатели должны принимать во внимание потери производительности, связанные с психическим здоровьем работников.

---

### Child Outpatient Mental Health Service Use: Why doesn't Insurance Matter?

Sherry Glied, A. Bowen Garrett, Christina Hoven,  
Maritza Rubio-Stipec, Darrel Regier, Robert E. Moore,  
Sherryl Goodman, Ping Wu, Hector Bird.

**Потребление детской амбулаторной психиатрической  
службы: почему страхование не оказывает влияния?**

Шерри Глейд, А. Боуэн Гарретт, Кристина Ховен,  
Марица Рубио-Стипек, Даррел Регьер, Роберт Е. Мур,  
Шерил Гудман, Пинг Ву, Гектор Бёрд.

## Резюме.

**Постановка проблемы.** В нескольких недавних исследованиях потребления детской амбулаторной психиатрической помощи в США было показано, что использование частного страхования не оказывает никакого влияния на потребление психиатрических услуг. В некоторых работах показано также, что отсутствие страхования не оказывает какого бы то ни было влияния на систему общественной помощи.

**Цели.** В данной работе дается несколько возможных вариантов объяснений, включая неадекватную оценку

психического статуса, скрытую гетерогенность, замещение общественного сектора частным сектором из-за отсутствия эффекта на потребление услуг при частном страховании.

**Методы.** Мы использовали вторичный анализ данных из трёх континентальных регионов США, полученных в 1992 году в ходе полевого исследования Национального института психического здоровья (Cooperative Agreement for Methodological Research for Multi-Site Surveys of Mental Disorders in Child and Adolescent Populations (MECA) Study). Мы отмечали, пользовался или нет данный человек услугами какой либо психиатрической службы, психиатрической службой на базе школы, амбулаторной психиатрической службой, а также оценивали число амбулаторных посещений пользователей. Для контроля наших результатов мы анализировали потребление общих медицинских услуг. Был проведен регрессионный анализ, инструментальный анализ переменных; чтобы определить вариант страхования. Мы использовали инструменты, основанные на объективном анамнезе проблем психического здоровья и на занятости. Проводился и бивариантный вероятностный анализ (bivariate probit analysis) для оценки потребления комплекса услуг.

**Результаты.** Мы установили, что дети, относящиеся к системе частного страхования, имеют меньше диагностируемых проблем психического здоровья. Они также обнаруживают меньшую скрытую (латентную) склонность пользоваться услугами психиатрических служб по сравнению с детьми, не имеющими страховок, или обслуживаемыми по системе Medicaid. Установлены скрытые различия в психическом статусе, связанные с выбором того или иного вида страхования, которые вызывают отсутствие положительного эффекта при частном страховании. Мы не обнаружили никаких данных, дающих возможность предположить, что различия в отношении, различия в доступности помощи объясняют отсутствие эффекта при страховании. В результате мы установили, что отсутствие различий не является следствием замены школьной психиатрической службы на психиатрическую службу, размещающуюся в отдельном офисе. Школьная и «офисная» психиатрические службы не замещают, а скорее дополняют друг друга. Школьная и «офисная» психиатрические службы используются одними и теми же детьми даже после оценки их психического состояния.

**Обсуждение.** Наши результаты имеют минимум два объяснения. Во-первых, ограничения страхового покрытия при частном страховании могут разочаровать семьи, предполагающие потребность ребенка воспользоваться услугами психиатра, и помешать им воспользоваться частным страхованием. Во-вторых, общественно финансируемые службы могут быть готовой доступной заменой частных служб. Таким образом, отсутствие страховки не является барьером для получения адекватной помощи. Несмотря на полноту базы данных, полученных в ходе MECA исследования, кроссекционные данные, основанные на эпидемиологической оценке, оказались недостаточными для полного понимания этих неожиданных результатов, когда страхование не облегчает доступ к получению помощи.

**Значение для политики здравоохранения и научных исследований.** Ограничения страхового покрытия при частном страховании в психиатрии наряду с относительно экстенсивной системой оплаты психиатрической помощи, по-видимому, породили ситуацию, при которой маргинальные семьи не видят для себя преимуществ при приобретении частных психиатрических страховок. Нужны

дальнейшие лонгитудинальные исследования, чтобы лучше понять природу такого выбора на рынке детского психиатрического страхования. Необходимы дальнейшие исследования, использующие лучшие критерии особенностей предоставляемой помощи в различных учреждениях, чтобы понять, как работают системы частной и общественной психиатрической помощи.

---

## The Public Sector and Mental Health Parity: Time for Inclusion.

Michael F. Hogan.

### Общественный сектор и паритет в отношении психиатрии: настало время объединения.

Майкл Ф. Хоган.

#### Резюме.

**Постановка проблемы.** В США существует неудобное распределение обязанностей по финансированию службы психического здоровья. Для большинства заболеваний затраты покрываются путем страхования за счет средств работодателей а также за счет больших федеральных программ медицинского страхования (Medicare, Medicaid). Однако большая часть спонсируемых работодателями программ, а также Medicare обеспечивают лишь ограниченное покрытие расходов на лечение психических заболеваний.

Возможной причиной и результатом такого ограниченного покрытия расходов в психиатрии является тот факт, что штаты, а в некоторых случаях местные (окружные) правительства финансируют систему психиатрической помощи изолированно. Эта изолированная «общественная система психического здоровья» предоставляет «подстраховку» малообеспеченным гражданам, нуждающимся в психиатрической помощи. Однако, существуют потенциальные негативные последствия работы таких изолированных систем. Может быть нарушена преемственность лечения в рамках различных систем, что может привести к росту издержек за счет дублирования административных расходов. Поддержание деятельности изолированной системы может привести к усилению стигматизации, связанной с лечением психического заболевания. Более того, раз право на получение медицинской помощи может быть соотнесено с уровнем бедности, раз наличие серьезного психического заболевания может стать препятствием для частного страхования, содержание изолированной системы помощи может способствовать повышению уровня бедности среди лиц, страдающих психическими заболеваниями.

**Цели данной статьи.** Эти потенциальные проблемы пока ещё не подвергались широкому обсуждению, возможно, из-за того, что другие проблемы и спорные вопросы в психиатрии приковывали наше внимание. В частности, доминирующей темой дебатов были спорные моменты, касающиеся процесса деинституционализации в психиатрии и связанных с ним проблем. Они касались и конфликтов между властью и финансовой ответственностью в федеральных, местных правительствах и правительствах штатов, сенсационных материалов средств массовой информации о лицах с психическими заболеваниями, проблем с расположением

местных учреждений, беспокойности по поводу наличия психических заболеваний у заключённых и пр. Однако на фоне проведения серьёзной реформы в системе общественной психиатрической помощи появилась возможность рассмотреть значение интеграции частного и общественного секторов. Именно эта проблема и обсуждается в нашей статье.

**Методы.** В нашей статье проводится анализ проблемы интеграции частного и общественного секторов в штате Огайо. Огайо является большим штатом (с населением около 11,2 млн.) и имеет сходные с многими другими штатами демографические, культуральные и политические характеристики. Успешный опыт Огайо по осуществлению реформы в системе местной (community) психиатрической помощи делает его хорошим кандидатом для проведения исследований по оценке потенциальной интеграции систем страховой и общественной психиатрической помощи.

**Результаты.** Проведенный анализ свидетельствует о том, что используемых в настоящее время в системе общественной помощи Огайо ресурсов может быть достаточно для финансирования амбулаторного и стационарного лечения путём страхования (эти виды помощи традиционно оплачиваются за счет страхования), одновременно следует сохранить службы поддержки (жильё, служба кризисной помощи) для подстраховки.

**Обсуждение.** В настоящее время эти ресурсы находятся в распоряжении бюджетов штатов и округов и в системе программы Medicaid, которая оплачивает медицинскую помощь малоимущим и инвалидам. Проведенный анализ свидетельствует о том, что агрегированный уровень ресурсов, расходуемых на стационарное и амбулаторное лечение, существенно выше затрат на эти виды лечения, предусмотренных планом страхования работающих в штате Огайо. Серьёзным недостатком данного анализа является невозможность сопоставить потребность в помощи относительно здоровых работающих и беднейших нетрудоспособных слоев населения.

**Выводы.** В статье делается вывод, что в США существуют серьёзные структурные, экономические и социальные проблемы, связанные с двухуровневой системой страхования (коммерческой / страхование работодателем) и наличием системы общественной психиатрической помощи. Изучив данные по одной из общественных систем штата, авторы статьи делают вывод о том, что при условии перераспределения общественных ресурсов и дальнейшего поступления частных вложений финансирование единой системы неотложной и амбулаторной психиатрической помощи может оказаться возможным.

**Значение для формирования политики и научных исследований.** Принимая во внимание имеющиеся серьёзные проблемы, связанные с двухуровневой американской системой психиатрической помощи, мы предлагаем и дальше обсуждать и анализировать возможности интеграции её частного и общественного секторов. Учитывая сложность этих проблем, необходимо провести более тонкий, многосторонний анализ. Однако принимая во внимание тот факт, что в настоящее время для осуществления интеграции можно получить достаточные ресурсы, нами предлагается дальнейшая работа в этом направлении.

## The Role of Mental Health Services Research in Promoting Effective Treatment for Adults with Schizophrenia.

Anthony F. Lehman.

### Роль научных исследований в области организации деятельности служб психического здоровья в обеспечении эффективного лечения взрослых больных шизофренией.

Энтони Ф. Лехман.

#### Резюме.

**Постановка проблемы.** Существует серьёзный разрыв между научным знанием об эффективности лечения психических заболеваний и доступностью эффективных методов лечения в рутинной практике. Исследования в области организации работы служб психического здоровья могут помочь преодолеть этот разрыв между фундаментальными клиническими исследованиями и обычной помощью, оказываемой взрослым психически больным.

**Цели.** Чтобы проиллюстрировать эту возможность, были проанализированы данные по эффективности лечения больных шизофренией.

**Методы.** Рассматривались следующие виды лечения: фармакотерапия, психотерапия, семейная психотерапия, трудовая реабилитация, обязательное лечение по месту жительства (community care) а также управление случаем госпитализации (case management). Используя терапевтические рекомендации, полученные при анализе данных об исходах лечения, а также результаты обширного анализа общепринятого лечения при шизофрении, полученного в ходе выполнения «Проекта комиссии по изучению результатов лечения при шизофрении», были названы примеры обычных недостатков, имеющих в процессе общепринятого лечения при шизофрении, а также вопросы, которые следует поднять при проведении исследований в области организации деятельности служб психического здоровья.

**Результаты.** Среди серьёзных недостатков, которые были определены, следует назвать следующие: неправильный подбор дозировки антипсихотических препаратов, недостаточное использование антидепрессантов в дополнение к антипсихотическим препаратам, очень низкий уровень предписания психосоциальных форм помощи, недостаточная преемственность между стационарными и амбулаторными учреждениями.

**Обсуждение.** Полученные результаты вызывают серьёзную беспокойность относительно доступности, соответствия и качества предлагаемой помощи.

**Практическое значение.** Имеющиеся знания о том, что собой представляет лечебная работа при шизофрении и какова модель помощи, свидетельствуют о том, что при проведении исследований в области организации деятельности психиатрической службы должны быть поставлены следующие вопросы: Какова природа помощи, которая в настоящее время предлагается взрослым пациентам с психическими расстройствами?

В какой мере эта помощь соответствует научно обоснованным стандартам помощи и уровню качества помощи?

Что такое эффективность новых технологий в условиях повседневной практической работы?

Для каких пациентов и в каких условиях работает метод «затраты - эффективность»?

Как должны быть структурированы финансовые стимулы в рамках системы помощи с тем, чтобы обеспечить максимальную эффективность затрат при использовании новых технологий?

Как должна быть организована сама служба, чтобы обеспечить приемлемый уровень доступности и потребления помощи?

Какие организационные, образовательные, финансовые меры помогут предпринять эффективные действия в этом направлении?

Располагаем ли мы валидными методами оценки качества помощи?

Какова эффективная стратегия улучшения качества помощи?

В дополнение мы должны разработать механизм претворения в практику результатов исследований в области организации деятельности психиатрической службы. Он должен включать:

1) разработку критериев исхода, которые должны соответствовать научным стандартам и практическим требованиям для общего применения в системе помощи и способствовать «управлению исходами», 2) разработку методик оценки качества помощи, применимых как в научных разработках, так и на практике, 3) методики определения эффективности затрат.