

## Abstracts Translations

### The Interdependence of Mental Health Service Systems: The Effects of VA Mental Health Funding on the Veterans' Use of State Mental Health Inpatient Facilities.

Rani A. Desai, Robert A. Rosenheck.

**Взаимозависимость систем психиатрической помощи: влияние финансирования системы психиатрической помощи ветеранам на использование ветеранами государственных стационарных психиатрических учреждений.**

Рани А. Десаи, Роберт А. Розенхек.

#### Резюме.

**Постановка проблемы.** Существует относительно небольшое количество опубликованных данных о том, как финансовые структуры различных систем здравоохранения влияют друг на друга. Учитывая растущие финансовые ограничения и в государственной, и в частной системах медицинской помощи, важно понять, как изменения в одной службе (например, психиатрической помощи ветеранам) влияют на потребление помощи в других системах (например, в государственных больницах).

**Цели исследования.** Для того чтобы оценить взаимосвязь между финансированием на одного человека в системе помощи ветеранам, государственными расходами на психиатрическую помощь на одного человека и использованием ветеранами услугами государственных больниц (с корректировкой на другие детерминанты потребления), в данном исследовании использованы данные государственных больниц восьми штатов.

**Методы.** В данном исследовании использована большая база данных, включающая сведения обо всех поступлениях пациентов-мужчин в государственные больницы восьми штатов в 1984-1989 г.г. ( $n=152541$ ). В качестве альтернативных факторов, облегчающих потребление стационарной помощи ветеранами, были изучены уровни финансирования государственных больниц и учреждений психиатрической помощи ветеранам. Логистические регрессионные модели были откорректированы по другим детерминантам потребления, таким как социо-экономический статус, диагноз, транспортные средства до учреждений помощи ветеранам и других учреждений и доля ветеранов в населении.

**Результаты.** Единственным наиболее сильным предиктором того, окажется ли ветераном пациент государственной больницы, был уровень финансирования психиатрической помощи ветеранам ( $OR=0,81$  на каждые 10\$ на одного ветерана в населении,  $p=0,0001$ ), при этом более высокий уровень финансирования учреждений для ветеранов связан с меньшим потреблением ветеранами услуг государственных больниц. Более высокое "подушное" государственное финансирование повышало уровень потребления ветеранами услуг государственных больниц. Мы также рассчитали эластичность потребления услуг государственных больниц по отношению к финансированию психиатрической помощи ветеранам, а также по отношению к "подушному" финансированию государственных больниц. Рост "подушного" расходов на психиатрическую помощь ветеранам 50% был связан с 30% сокращением пользования ветеранами услугами государственных больниц. Напротив, 50% рост "подушного" финансирования государственных больниц был связан лишь с 11% ростом потребления ветеранами услуг государственных больниц (эластичность 0,06).

**Значение для обеспечения и потребления медицинской помощи.** Эти данные свидетельствуют о том, что "подушное" финансирование государственных больниц и системы психиатрической помощи ветеранам оказывает существенное влияние на потребление услуг, что, по-видимому, связано с влиянием на снабжение психиатрических служб. Ветераны имеют

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

тенденцию замещать медицинские учреждения для ветеранов государственными больницами в тех случаях, когда финансовые ограничения лимитируют доступность служб помощи ветеранам.

**Значение для политики здравоохранения.** Эти данные свидетельствуют о том, что изменения в организационной и/или финансовой структуре любой заданной системы медицинской помощи могут потенциально весьма существенно воздействовать на окружающие системы. Вместо того чтобы традиционно рассматривать отдельные системы как изолированные, лица, формирующие стратегию здравоохранения, должны учитывать это в процессе принятия решений.

**Значение для дальнейших исследований.** Необходимо проведение дальнейших исследований в двух направлениях. Во-первых, такие же результаты должны быть получены в других системах помощи с использованием более современных данных. Во-вторых, эти результаты трудно распространить на поведение отдельных индивидов. В дальнейших исследованиях должны быть изучены объем и индивидуальные детерминанты кросс-системного использования.

---

### Organizing Mental Health Services: an Evidence-Based Approach.

Howard H. Goldman with contributions from  
Sten Thelander and Claes-Goran Westrin.

**Организация психиатрических служб:  
использование доказательного подхода.**

Говард Г. Гольдман при участии Стена Теландера и Клаеса-Горана Вестрина.

#### Резюме.

**Постановка проблемы и задачи.** Специалисты в области формирования политики и разработки программ здравоохранения нуждаются в доказательном руководстве по проблемам организации и финансирования психиатрических служб. Шведский совет по оценке технологий в здравоохранении сделал заказ на разработку концептуальной системы представлений о медицинских услугах как о медицинской технологии. На примере эмпирической оценки исследований в области психиатрии была разработана следующая система.

**Структура.** Исторически психиатрические службы фокусировались на организации и местоположении помощи. Учреждения здравоохранения рассматривались как медицинские технологии, лечебные процедуры сами по себе. Например, мы говорим об эре лечения "в психиатрическом стационаре" и лечения "по месту жительства" (community care). Больницы и центры психического здоровья по месту жительства рассматриваются как формы лечения по показаниям и имеющие "дозировку" в виде критериев длительности пребывания. Оценка психиатрических служб часто фокусировалась на вопросах организации и администрирования.

Существует два основных направления оценки влияния организации помощи на здоровье. Одно направление является производным исследований клинических служб, оно фокусируется на воздействии организованных форм лечения (наиболее распространенных медицинских учреждений) на здоровье людей. Другое направление базируется на изучении систем услуг, наряду с состоянием здоровья оно фокусируется на влиянии организационных стратегий на промежуточные модели служб, например вопросы преемственности помощи или интеграцию.

**Методы.** Для того чтобы продемонстрировать потенциальные источники доказательств, обосновывающих определенные решения по организации психиатрических служб, представлены примеры эмпирических оценок исследований клинических служб.

**Результаты.** Данные по организации психиатрических служб могут быть получены на основе использования обоих методов. В научных исследованиях клинических служб медицинские учреждения рассматриваются как формы лечения (например, "частичная госпитализация"), зачастую некоторые формы лечения внедрены в так называемую матрицу услуг (например, чрезмерно акцентированное лечение по месту жительства), в некоторых случаях они объединены по организационному принципу (например, интегрированное лечение сопутствующих психических расстройств и токсикоманий), и иногда в континуум помощи. В исследованиях систем служб основной акцент делается на интеграции служб и систем служб. Исследования фокусируются на горизонтальной и вертикальной интеграции, при этом первичная помощь, специализированная помощь, специалист как таковой могут рассматриваться как самостоятельная медицинская технология, характеризующаяся определенным набором показателей ее эффективности.

**Значение.** Концепция оценки организации служб как медицинской технологии фокусируется на получении данных по созданию моделей исследования и формированию политики здравоохранения. Исследования психиатрических служб являются многообещающими в плане разработки подобных руководств по принятию решений.

---

### Organization and Financing of Mental Health Care in Poland.

Wanda Langiewicz, Elzbieta Slupczynska-Kossobudzka.

### Организация и финансирование психиатрической помощи в Польше.

Ванда Лангневич, Эльжбета Слупczynска-Коссобудзка.

#### Резюме.

**Организация помощи.** Пациентам с психическими расстройствами медицинская помощь оказывается государственными учреждениями здравоохранения, а также учреждениями социальной помощи. Психиатрическая помощь осуществляется преимущественно в психиатрических учреждениях и частично в отделениях первичной помощи. Амбулаторные клиники, специализированные для психиатрических пациентов и для наркологических больных, являются наиболее распространенными психиатрическими учреждениями и в целом составляют 1120. Учреждения промежуточной помощи включают 110 дневных стационаров, 23 мобильных амбулаторные бригады и 10 общежитий. Число больничных коек достигает 31913, то есть 8,3 койки на 10 000 населения. 80% коек размещены в психиатрических стационарах.

**Тенденции развития.** Тенденции развития психиатрической помощи намечены в Программе психического здоровья и сопутствующих документах, принятых Министром здравоохранения и социального обеспечения. В программе выделены специальные задачи по первичной, вторичной и третичной профилактике психических расстройств, которые должны быть выполнены до 2005 года. В сфере доступности психиатрической помощи наиболее важными задачами являются следующие: существенное сокращение числа коек в крупных психиатрических больницах, заметный (почти трехкратный) рост числа коек в психиатрических отделениях больниц общего профиля и значительное увеличение числа форм помощи по месту жительства (например, четырехкратное увеличение числа дневных стационаров).

**Финансирование помощи.** До 1999 года система здравоохранения финансировалась из государственного бюджета, и ежегодно затраты на здравоохранение становились предметом политического аукциона. Размещение фондов среди больниц и медицинских центров базировалось на общих бюджетных затратах на отдельные учреждения, имевших место в предыдущем году, при этом детальный анализ затрат в расчет не принимался. Подобный подход к финансированию, хотя и дающий чувство относительной финансовой безопасности, не способствовал внедрению организационных изменений с целью расширения спектра услуг. В психиатрии он проявился в виде очень медленного роста некоторых форм психиатрической помощи по месту жительства (преимущественно дневные стационары, мобильные бригады по месту жительства, интернаты). Постановление о медицинских учреждениях

создало законные рамки для финансового управления медицинскими учреждениями в их новом, независимом виде. Были созданы условия для финансирования здравоохранения через региональные фонды заболеваний. В настоящее время финансирование осуществляется на базе контрактов, заключаемых фондами заболеваний с медицинскими учреждениями на специфические медицинские услуги. Как количество, так и цена услуг обговариваются обеими сторонами.

В течение первого финансового страхового года были использованы некоторые упрощенные критерии служб. В психиатрических стационарах и дневных стационарах это был показатель пациент/день, в амбулаторных службах - обращение к врачу. Оба показателя затрат суммировались, включая все компоненты, представленные в каждом конкретном учреждении.

---

### Empirical Evidence on the Demand for Carve-Outs in Employment Group Mental Health Coverage.

David Salkever, Ph.D., Judith A. Shinogle, M.Sc.

### Эмпирические данные о потребности работодателей в "отдельном" страховании психического здоровья.

Дэвид Салкевер, Джудит Шинголь.

#### Резюме.

**Постановка проблемы и цели исследования.** В последние годы получил распространение процесс использования услуг компаний, специализирующихся в области бихевиоральной медицины, для управления страховыми выплатами в медицине / психиатрии. В последних исследованиях сообщается о влиянии на расходы и потребление ресурсов "отделения" бихевиоральной медицины. Однако лишь в небольшом числе исследований изучались факторы, которые приводят к утверждению стратегий "отделения" психиатрических страховых пособий в планах развития здравоохранения работодателей. Изучение этих факторов является основной целью данного исследования. Наш эмпирический анализ также направлен на изучение нескольких гипотез (морального риска, неблагоприятного отбора, экономии за счет роста масштаба деятельности, стратегий управления альтернативным потреблением), которые получили развитие в ходе обоснования популярности "отделения".

**Методы.** Данные для проведения данного исследования получены в ходе проведения обследования работодателей, имеющих долгосрочные договоры страхования на случай нетрудоспособности с одним, более крупным страховым обществом. В анализе использованы данные 248 работодателей, которые предлагают психиатрические страховые пособия вместе с информацией о местном рынке (напр., цены на медицинские услуги, государственные налоговые ставки и пр.), государственных положениях (мандатный и паритетный законы о психиатрической и наркологической помощи) и характеристиках работников. В качестве зависимых переменных в данном анализе были использованы два различных критерия "отдельного" использования: 1) часть плана, предлагаемого работодателем, содержащая "отдельные" отчисления, 2) дихотомический индикатор для тех работодателей, которые включили мероприятия "по отделению" во все предлагаемые ими медицинские планы.

**Результаты.** Полученные нами результаты свидетельствуют в пользу общей гипотезы контроля расходов, а именно - факторы, связанные с более высоким уровнем потребления медицинских услуг или более высокими затратами на них, повышают потребность в "отделении". Наши результаты в меньшей степени свидетельствуют в пользу аргумента о необходимости "отделения" для контроля неблагоприятного отбора, несмотря на незначительное число переменных, обеспечивающих прямую проверку данной гипотезы. Роль экономии за счет роста масштаба деятельности а также эффективности альтернативных стратегий менеджмента затрат на моральный риск была нами подтверждена.

**Обсуждение.** Мы рассмотрели несколько альтернативных гипотез относительно потребностей работодателей в "отделении" психиатрии и обнаружили, что они подтверждаются нашими данными в различной степени. Наши результаты свидетельствуют в пользу общей гипотезы контроля

расходов, а именно - факторы, связанные с более высоким уровнем потребления медицинских услуг или более высокими затратами на них, повышают потребность в "отделении".

**Недостатки.** Наша база данных включает небольшое число относительно крупных работодателей, что не является репрезентативным для страны в целом. Использование нами критериев отбора относительно размера и требования о наличии определенной формы страхования привели к тому, что в изучаемой выборке страховые пособия оказались выше, чем по стране в целом. Наши работодатели сообщили также о более высоком проценте оплачиваемых работников, чем по стране в целом. Еще одним ограничением данного исследования является недостаток подробной информации о социально-демографических и поведенческих характеристиках охваченных исследованием наемных работников. И, наконец, кросс-секционная природа нашего анализа ставит проблему чувствительности наших результатов к упущенным отклонениям переменных.

**Значение для обеспечения и потребления медицинской помощи.**

**Значение для политики здравоохранения.**

**Значение для дальнейших исследований.** Исследование с более подробной информацией о характеристиках наемных работников позволит более серьезно оценить гипотезу о том, что факторы, связанные с более высокой потребностью в службах, также связаны с более высокой потребностью в "отделении". Вместе с тем, последующий анализ, учитывающий опыт других стран, в которых были недавно приняты мандатный и паритетный законы, а также оценивающий совокупные данные для контроля упущенных отклонений переменных, позволит получить более четкие данные о взаимоотношении между этими законами и потребностью в "отделении".

---

### Using Randomized Controlled Trials to Evaluate Socially Complex Services: Problems, Challenges, Recommendations.

Nancy Wolff, Ph.D.

### Использование рандомизированных контрольных исследований для оценки комплексных социальных служб: проблемы, спорные вопросы, рекомендации.

Нэнси Вольф.

Резюме.

**Постановка проблемы.** Практика, руководствующаяся принципами доказательной медицины, основывающаяся на исследованиях эффективности, стала новым золотым стандартом современной общественной политики. Постоянно растет потребность в исследованиях подобного рода для оценки услуг, предоставляемых системами психиатрической помощи, правосудия, социальными службами.

**Цели.** В статье поднимается вопрос, может ли парадигма простого рандомизированного контрольного исследования (РКИ), применяемого в клинических испытаниях, использоваться для оценки мероприятий комплексных социальных служб (КСС). Эти службы характеризуются комплексными, разнообразными, не поддающимися стандартизации кадровыми вопросами, нечеткой документацией, трудно определяемыми изучаемыми выборками, по-разному мотивированными субъектами, зависимостью от более широкого социального окружения. В качестве предпосылок, затрудняющих стандартизацию и эквивалентность, рассматривались трудности обеспечения точной документации (протоколов), эквивалентных групп ("привязанных" к заданному населению), нейтрального и эквивалентного контрольного окружения в реальных мировых условиях.

**Методы.** Путем сопоставления предположений, обосновывающих простые РКИ в качестве характеристик мероприятий КСС, изучаются недостатки исследования эффективности как исследовательского инструмента и источника информации, что проиллюстрировано программами, по изучению правонарушителей с психическими расстройствами в Британии.

**Результаты.** КСС опровергают предположения, базовые для простой модели РКИ, таким образом, что резко оспаривается валидность, надежность и обобщаемость выводов исследований КСС.

**Обсуждение.** Рандомизированные контрольные исследования не являются панацеей. Маловероятно, что исследования эффективности мероприятий КСС, базирующиеся на модели РКИ, приведет к получению валидных, надежных и распространяемых выводов без усложнения плана исследования и увеличения чувствительности к ошибкам отбора, неизмеримым переменным и эндогенности. Предлагается десять рекомендаций по разработке плана РКИ как характеристики комплексных социальных служб.

**Выводы.** Остается недоказанным вопрос о том, могут ли РКИ исследования эффективности служб быть информативными для определения политики психиатрической помощи. Без серьезных методологических новаций информация, полученная на основе этого метода, будет иметь ограниченное практическое значение, особенно в случае если РКИ модель не в состоянии контролировать эффект социальной сложности и взаимодействие между социальной сложностью и динамическими системными изменениями. Научный анализ служб формирует клиническое и экономическое чутье в том случае, если он построен таким образом, чтобы удовлетворить потребности служб, которым он обещает большее знание.