

## Abstracts Translations (Russian)

### Factors that Influence the Cost of Deliberate Self-poisoning in Children and Adolescents

Sarah Byford, Julie A. Barber, Richard Harrington (UK)

### Факторы, влияющие на стоимость лечения детей и подростков с умышленными отравлениями.

Сара Байфорд, Жюли А. Барбер, Ричард Харрингтон.

#### Резюме.

**Постановка проблемы.** В идеале тип и количество услуг, предоставляемых молодым людям с проблемами психического здоровья, должны быть детерминированы только потребностями в них. В действительности, на потребление специализированной помощи влияет целый ряд факторов, включая и общую стоимость лечения.

**Цели исследования.** Цель данного исследования - оценить влияние базовых характеристик пациентов и их семей на общую стоимость лечения детей и подростков с умышленными отравлениями. Мы предположили, что затраты на лечение этой категории пациентов будут коррелировать с тяжестью суицида, другими психиатрическими, демографическими, социально-экономическими характеристиками, а также наличием текущих проблем.

**Методы.** Для оценки взаимосвязи между базовыми характеристиками 149 детей и подростков в возрасте до 16 лет включительно, направленных в детские психиатрические службы с диагнозом "умышленное отравление", общими установленными расходами и общими расходами национальной службы здравоохранения, был использован метод уни- и мульти-вариантного регрессионного анализа.

**Результаты.** Базовыми характеристиками, существенно связанными с более дорогим набором услуг, оказались: четкое желание умереть, существование текущих проблем, осуществление ухода за больным, хорошее материальное положение родителей и отсутствие диагноза поведенческого расстройства. Не было обнаружено никакой существенной связи между стоимостью лечения и критериями тяжести заболевания, включая суицидальное мышление, безнадежность и глубину депрессии.

**Обсуждение.** Несмотря на тот факт, что клинические критерии тяжести состояния не оказывают влияния на стоимость лечения, оказалось, что система обеспечения помощи реагирует на такие более "практические" проявления тяжести состояния, как намерение умереть и наличие текущих проблем. Некоторые подгруппы высокого риска, например, с поведенческими расстройствами или подгруппы переживших эпизоды принудительного лечения, как бы "проскальзывают" сквозь сеть психиатрических служб, что, возможно, в большей мере связано с рядом сопутствующих проблем, отказом от лечения, а не вопросами организации помощи.

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

**Значение для системы обеспечения и потребления медицинской помощи.** Представленные данные свидетельствуют о том, что поставщики помощи предоставляют больше услуг тем, кто больше в них нуждается, причем потребность в услугах в большей мере определяется практическими, а не клиническими соображениями. Более прицельное внимание следует уделять группам высокого риска, в особенности тем, кто избегает посещать врача и склонен к отказу от лечения.

**Значение для формирования политики здравоохранения.** Мероприятия по оказанию помощи детям и подросткам с суицидальными попытками должны быть в большей степени нацелены на группы высокого риска, например, группы с расстройствами поведения. В группах высокого риска следует также проводить мероприятия по профилактике суицидов до совершения суицидальной попытки.

**Значение для дальнейших исследований.** Данное исследование ограничено небольшим объемом выборки. Необходимо провести самостоятельное исследование, направленное на непосредственное изучение системы оказания помощи молодым людям с высоким риском повторных суицидов, так как результаты, представленные в данной работе следует рассматривать в большей степени как исследовательские, а не как полностью объясняющие проблему.

**Substitution between Formal and Informal Care for Persons with Severe Mental Illness and Substance Use Disorders**

**Robin E. Clark, Haiyi Xie, Anna M. Adachi-Mejia, Anjana Sengupta (USA)**

**Взаимозаменяемость официальной и неофициальной помощи больным с тяжелыми психическими и наркологическими расстройствами.**

**Робин Е. Кларк, Хайи Хай, Анна М. Адаши -Мейя, Энджана Сенгупта.**

**Резюме.**

**Постановка проблемы.** Лица с тяжелыми психическими заболеваниями наряду с серьезной официальной помощью платных специалистов часто получают большую неформальную поддержку членов своих семей и друзей. Оба источника помощи хорошо нам знакомы, однако о том, какое влияние одна форма помощи оказывает на другую, известно совсем немного.

**Цели исследования.** В данном исследовании проводилась оценка того, насколько взаимозаменяемы непосредственная помощь семьи и друзей и официальное лечение больных с тяжелыми психическими расстройствами и токсикоманиями. Отдельно оценивались краткосрочные и долговременные эффекты.

**Методы.** Сбор данных проводился в 1989-1995г.г. в ходе рандомизированного клинического исследования на базе семи центров психического здоровья Нью-гемпшира. Данные включают в себя подробные сведения о 193 больных с двойным диагнозом. Диагностика проводилась в начале исследования и каждые шесть месяцев в течение последующих трех лет. Для диагноза. Диагностика проводилась в начале исследования и каждые шесть месяцев в течение последующих трех лет. Для оценки краткосрочных эффектов каждые шесть месяцев проводилось сопоставление часов, затраченных на неофициальную помощь, и общих расходов на лечение. Среднее количество неофициальной помощи за трехлетний период представляло собой долговременную неформальную помощь больным. Критерии неофициальной помощи получены в ходе интервью с лицами, осуществлявшими неформальный уход за больными (членами семьи, друзьями). Затраты на лечение оценивались с использованием комбинированных данных информационных систем управления, заявок системы "Медикейд", больничных записей и данных самооценки. Для оценки долгосрочных эффектов использован регрессивный анализ повторных критериев смешанных эффектов, а для оценки чувствительности результатов к отсутствующим данным - методика многократного использования.

**Результаты.** Краткосрочные эффекты: пациенты с биполярными расстройствами при росте неформального ухода потребляли и существенно больше официальной помощи (дополнительно). Для больных шизофренией краткосрочные взаимовлияния официальной и неофициальной помощи были существенно слабее. В обеих группах отмечался долговременный эффект взаимозамещения; 4-6% увеличение времени неформального ухода за больным приводило к сокращению примерно на 1% затрат на официальное лечение.

**Обсуждение.** Несмотря на то, что полученные результаты требуют подтверждения в ходе дальнейших исследований, они свидетельствуют о наличии сильной существенной связи между уходом, осуществляемым семьей и друзьями, и официальным лечением. В ходе анализа выявлено, что краткосрочные взаимодействия между официальной и неформальной помощью приводят к дополнительному росту обеих (эффект варьирует в зависимости от диагноза). Долговременные эффекты демонстрируют взаимозамещение двух форм помощи, что, возможно, связано с изменением восприятия ролей.

**Значение для системы обеспечения и потребления медицинской помощи.** Количество помощи, обеспечиваемое лицами, осуществляющими неформальный уход за больными, существенно влияет на затраты на официальное лечение. Для обеспечения эффективных комбинаций официальной и неофициальной помощи нужны модели помощи, явно подтверждающие взаимодействие между обоими её типами.

**Значение для формирования политики здравоохранения.** Вопрос о том, как наилучшим образом поддержать неформальную помощь, и при этом не накладывать чрезмерного бремени на плечи близких психически больных, является ключевой проблемой, с которой сталкиваются политики и организаторы здравоохранения. Вопрос о том, как снизить бремя ухода за психически больными, требует большего внимания со стороны исследователей. А между тем, потребности в неформальной помощи могут перерасти в усилия по снижению расходов на медицинскую помощь.

**Значение для дальнейших исследований.** Неформальную помощь не часто включают в экономические исследования в психиатрии. Несмотря на то, что для лучшего понимания механизмов взаимосвязи официальной и неофициальной помощи нужны дополнительные исследования, мы считаем, что полученные нами результаты являются серьезным аргументом для включения критериев неформальной помощи в экономические исследования.

## A Cost-Effective Model for Increasing Access to Mental Health Care at the Primary Care Level in Nigeria

Olayinka O. Omigbodun (Nigeria)

### Использование экономической модели "затраты - эффективность" для повышения доступности психиатрической помощи в системе первичной медицинской помощи в Нигерии.

Олаинка О. Омигбодан.

#### Резюме.

**Постановка проблемы.** Несмотря на то, что в Нигерии в настоящее время уже существуют эффективные подходы к решению проблем психического здоровья, они являются неприемлемыми для 70% населения страны (или 120 миллионов человек), не имеющих доступа к современным психиатрическим службам. Национальное Министерство Здравоохранения включило психиатрию в систему первичной медицинской помощи (ПМП) в качестве её девятой составной части, однако спустя десятилетие практически ничего не было сделано для претворения этой политики в жизнь. Психиатрия включена в программу обучения работников системы ПМП, однако это оказалось пустой тратой денег.

**Цели исследования.** Проанализировать недостатки и проблемы существующей модели обучения работников системы ПМП с точки зрения дальнейшей интеграции экономически эффективной модели обучения.

**Методы.** Были проведены оценка и анализ действующих методов обучения и их влияние на обеспечение работы служб психического здоровья в системе ПМП сельских и городских регионов Нигерии. Проанализированы различные подходы к интеграции службы психического здоровья в систему ПМП, с использованием этих подходов и местных особенностей получена экономически эффективная модель для ситуации в Нигерии.

**Результаты.** Оказалось, что в двух изученных провинциях Нигерии фактически не предоставлялась психиатрическая помощь на уровне ПМП. Существующая система обучения не эффективна, фактически никто из обучавшихся не использует свои знания в области психиатрии в ходе работы в системе ПМП. Из литературы известны две модели интеграции психиатрии в систему ПМП. Само по себе "улучшение", то есть обучение персонала системы ПМП независимо оказывать психиатрическую помощь, малоэффективно и требует дополнительного контроля персонала системы ПМП. "Связь", то есть те случаи, когда специалисты в области психиатрии покидают стационары для того, чтобы оказывать помощь в системе ПМП, требует большого числа квалифицированных сотрудников, что в настоящее время для Нигерии недоступно. С учетом прошлого отечественного и зарубежного опыта предложена смешанная модель "улучшение-связь", которая оказалась наиболее экономически эффективной для нигерийских сообществ.

**Обсуждение.** В настоящее время Нигерия переживает "двойную эпидемию", то есть при наличии высокой младенческой и материнской смертности в стране, бремя психических расстройств остается вне поля зрения лиц, формирующих политику здравоохранения. Скудные ресурсы, предоставляемые психиатрии, требуют максимально эффективного использования.

Таким образом, в предлагаемой смешанной модели использованы положительные стороны исходных подходов и учтены их недостатки. Конкретные выводы не могут быть получены до полной апробации данной модели.

**Значение для системы обеспечения и потребления медицинской помощи.** Предлагаемая модель обладает потенциалом для того, чтобы сделать психиатрическую помощь доступной и приемлемой. Это снизит бремя страданий психически больных путем лечения и восстановительной помощи, будет способствовать работе службы в целом и профилактике психических расстройств.

**Значение для формирования политики здравоохранения.** В настоящее время политика психиатрической помощи в Нигерии фокусируется на "улучшении", как модели интеграции психиатрии в систему ПМП, что до настоящего момента успешным не было. Результаты использования предлагаемой модели могут быть представлены лицам, формирующим политику здравоохранения, для того, чтобы распространить этот опыт в других регионах страны.

**Значение для дальнейших исследований.** Научные исследования в психиатрии и экономике переживают в Нигерии пока ещё младенческий возраст. Данная работа предлагает базисную информацию и является стимулом для проведения исследований в этих важнейших областях.

**Financial Burden and Out-of-Pocket Expenditures  
for Mental Health Across Different Socioeconomic Groups:  
Results from HealthCare for Communities**

Jeanne S. Ringel, Roland Sturm (USA)

**Бремя личных расходов на психиатрическую помощь  
в разных социально-экономических группах.**

Джин С. Рингел, Роланд Штурм.

**Резюме.**

**Постановка проблемы.** Традиционно выплаты на психиатрию намного менее щедры по сравнению с соматической медициной, с её дополнительными скидками, более высокими совместными платежами и совместным страхованием, меньшими ограничениями на предоставляемые услуги, причем, несмотря на недавнюю волну паритетного законодательства, эта тенденция по-прежнему актуальна. Даже на фоне текущего обсуждения реформы страхования психического здоровья, очень мало известно о том, сколько именно потребителям помощи приходится платить за психиатрическое лечение "из собственного кармана".

**Цели исследования.** В данном исследовании изучены различия в затратах на психиатрическую помощь "из собственного кармана" среди различных групп населения, выделенных с учетом особенностей их страхования, возраста, этнической принадлежности и социально-экономического статуса.

**Методы.** В работе использованы данные "Отчета об исследовании домашнего хозяйства в различных группах населения Службой Здравоохранения за 1988 год". Это самые последние доступные данные, позволяющие измерить бремя расходов населения на психиатрическую помощь. Мы использовали несколько критериев бремени: общие расходы семьи на лечение, доля расходов семьи в общей стоимости лечения, доля расходов на лечение в доходе семьи. При решении методологических вопросов, возникающих при расчетах относительных критериев бремени (например, ошибки измерения, систематическое занижение доходов), мы рассмотрели три различных подхода, известных по данной литературе, и обсудили их сравнительные достоинства, принимая во внимание особенности имеющихся у нас в распоряжении данных.

**Результаты.** Несмотря на существующую точку зрения о том, что личные расходы населения на психиатрическую помощь представляют собой серьезное бремя для потребителей помощи, результаты наших оценок не подтверждают этого. Оказалось, что один из трех изученных критериев, то есть доля расходов на лечение в общем доходе семьи, составляет менее 10% для большинства исследованных групп. Однако, существуют некоторые различия в бремени расходов в группах лиц старшего возраста, среди не имеющих страховки и среди меньшинств, где доля затрат на лечение по отношению к общим доходам возрастает. Так как большинство программ страхования имеет ограничения на число оплаченных посещений врача, а также на общие расходы на лечение, которые страховщик выплатит за психиатрическое лечение, доля личных затрат граждан в общей стоимости лечения является ещё одним серьезным бременем, с которым сталкиваются люди, нуждающиеся в психиатрической помощи. Согласно нашим расчетам, в среднем по группам нуждающиеся в помощи лично оплачивают 25% общей стоимости лечения. В группах лиц более старшего возраста, с более высоким уровнем образования, или имеющих частную страховку доля личных расходов возрастает.

**Обсуждение.** Хотя в целом ситуация с бременем личных расходов граждан (относительно их доходов) является обнадеживающей, необходимо иметь в виду и тот факт, что люди принимают решение о получении того или иного вида лечения, основываясь на собственных доходах. То обстоятельство, что бремя непосредственных расходов населения является относительно низким, может также отражать тот факт, что от потенциально дорогих форм помощи население отказывается. Тем не менее, полученные результаты свидетельствуют о том, что непосредственные расходы на психиатрическую помощь не являются серьезным бременем для большинства потребителей помощи. Такая ситуация может быть следствием существенных изменений по сравнению с прошлым вследствие введения управляемой помощи, однако для подтверждения этой гипотезы у нас нет сопоставимых данных.

**Значение для формирования политики здравоохранения и дальнейших исследований.** Было бы очень заманчиво приписать относительно низкую долю личных расходов на лечение в общем доходе граждан недавно введенному паритетному законодательству. Однако недавние исследования продемонстрировали, что паритетное законодательство не привело к существенным изменениям в системе выплат пособий. Действительно, высокая доля непосредственных расходов потребителей помощи в общей стоимости психиатрического лечения, представленная в данной статье, подтверждает ограниченное влияние паритетного законодательства. Еще одним возможным объяснением данной ситуации является развитие управляемой помощи и сдвиг терапевтических подходов в направлении большего использования лекарственных препаратов, стоимость которых полностью включена в большую часть программ частного страхования, что привело к снижению общих затрат на лечение, а, соответственно, и к снижению непосредственных затрат потребителей помощи.