

Abstracts Translations (Russian)

Economics and Ethics in Mental Health Care: Traditions and Trade-offs.
Daniel Chisholm, Alan Stewart.

Экономика и этика службы психического здоровья: традиции и компромиссы.
Дэниэл Чисхолм, Алан Стюарт.

Резюме.

Постановка проблемы: На политику и практику психиатрической по мощи всех уровней все более возрастающее влияние оказывают как экономические установки, так и этические нормы, однако до сих пор не ясно, как совместить эти два подхода в ходе принятия решений относительно политики психиатрической службы.

Цель: Эта обзорная статья посвящена более глубокому пониманию сложных уступок и компромиссов, которые в равной мере могут быть сделаны клиницистами, менеджерами, руководителями здравоохранения в контексте планирования и оказания психиатрической помощи.

Метод: Мы кратко обозначим круг ключевых принципов экономики и этики здравоохранения, а затем сфокусируем наше внимание на конкретных инициативах и неизбежных компромиссах, на которые приходится идти на следующих трех уровнях системы психиатрической помощи: правительство и общество, покупатели и поставщики, пользователи и медицинские работники.

Результаты: На уровне правительства и общества мы обнаруживаем (экономически обоснованные) попытки реформировать службу психического здоровья в связи с обеспокоенностью вопросом доступности помощи: подготовлено ли общество для того, чтобы отказаться от экономических преимуществ в обмен на равные возможности для всех - это в значительной мере определяется этической позицией. Претворение в жизнь этих реформ на уровне покупателей и поставщиков помогло сфокусировать внимание на проблеме формирования приоритетов, однако при этом породило такие побочные эффекты, как сдвиг цен, «снятие сливок», которые могут затруднить доступ к непрерывной, адекватной помощи психически больным людям. И, наконец, мы изучаем возможности возникновения морального ущерба и других проблем, которые порождаются самой природой взаимоотношений медицинский работник - потребитель помощи в службе психического здоровья.

Заключение: В заключении мы хотим привлечь внимание к необходимости развиваться в направлении более открытой, ответственной и обоснованной системы психиатрической помощи. Конечно, признание этих требований и развитие в этом направлении не приведет к созданию идеальной в плане эффективности и равной доступности системы. Однако при формировании политики и стратегии психиатрической помощи, которые до настоящего времени преимущественно или полностью определялись экономической выгодой, это будет способствовать осознанию необходимости принятия во внимание и этических соображений, а также продемонстрирует, что равенство должно иметь свою цену.

The Economic Benefits of Supported Employment for Persons with Mental Illness.

Robin E. Clark, Ph.D., Bradley J. Dain, Ph.D., Haiyi Xie, Ph.D., Deborah R. Becker, M.Ed., Robert E. Drake, M.D.

Экономическая целесообразность льготного трудоустройства лиц с психическими расстройствами.

Робин Е. Кларк, Бредли Дж. Дейн, Хайи Хай, Дебора Р. Бекер, Роберт Е. Дрейк.

Резюме.

Постановка проблемы: Программы и меры, направленные на трудоустройство лиц с психическими расстройствами, очень часто движимы целями улучшения экономической самостоятельности и уменьшения зависимости от общественных благотворительных программ. В настоящее время существует недостаточно данных о фактическом влиянии мероприятий по трудоустройству на экономическую самостоятельность, или на использование общественных льгот лицами с психическими расстройствами.

Цели исследования: Данное исследование дает возможность для предварительного понимания того, как участие в программе льготного трудоустройства, как форме профессиональной реабилитации, ориентированной на длительную поддержку на рынке труда, влияет на размеры средств, заработанных больным, и на размеры доходов, полученных из всех источников. Далее мы изучаем, в какой мере получение пособий влияет на размеры заработков в частном секторе, при этом учитываются и другие факторы, которые могли бы быть связаны с пенсионным статусом больного.

Методы: Данные собраны при проведении рандомизированного исследования программ льготного трудоустройства. В анализ включены 137 больных с тяжелыми психическими расстройствами через 18 месяцев после того, как они были включены в одну из программ льготного трудоустройства. Получаемый из различных источников доход оценивался на основании опросов больных в начале исследования и через шесть месяцев. Изменения доходов, полученных на работе, из правительственных и других источников, оценивались с использованием критерия Вилкоксона и t-тестов (paired Wilcoxon matched-pairs signed ranks tests and t-tests). С использованием метода минимальной квадратной регрессии мы проанализировали влияние пенсионного статуса больных на размеры их заработков. В анализ также были включены такие факторы как диагноз, трудовой анамнез, образование, тип программы, психиатрическая симптоматика, глобальное функционирование, прежние заработки.

Результаты: После вовлечения в программу льготного трудоустройства общий доход возрос в среднем на 134\$ в месяц. Более трех четвертей прироста было связано с государственными источниками финансирования, такими как социальное обеспечение и образовательные гранты. Прирост доходов из государственных источников имел место преимущественно за счёт участников исследования, обратившихся за денежными пособиями впервые. Размеры выплат из органов социального обеспечения лицам, получавшим пособия и до исследования, существенно не изменились. Небольшая группа лиц (n=22), не получавших пособия органов социального обеспечения ни до, ни после вовлечения в программу, зарабатывали значительно больше при конкурентном трудоустройстве после вовлечения в программу по сравнению с теми, кто получал пособия. Эта особенность сохранилась и после учета различий трудового статуса, образования, клинических и функциональных переменных.

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

Недостатки: Из-за относительно небольшого размера выборки а также отсутствия длительных оценок доходов представленные данные следует рассматривать как предварительные.

Выводы: Льготное трудоустройство, как одна из наиболее эффективных форм профессиональной реабилитации лиц с психическими расстройствами, не уменьшило зависимость от государственных источников финансовой поддержки. Получение правительственных пособий было связано с более низким уровнем трудовых доходов.

Значение для обеспечения и использования медицинской помощи: Полученные результаты свидетельствуют о том, что большинство лиц, находящихся на лечении по поводу тяжелого психического заболевания, нуждаются в постоянной финансовой поддержке общества даже после вовлечения в профессиональные реабилитационные программы.

Значение для формирования политики здравоохранения: Несомненно, рост трудового потенциала психически больных может принести им пользу в нескольких направлениях. Однако лица, формирующие политику здравоохранения, должны быть осторожны в своих выступлениях в защиту расширения профессиональных программ при одновременном сокращении выплат пособий. Более того, эти программы должны быть ориентированы не только на лиц, получающих пособия, так как в этом случае можно упустить из вида тех, кто выигрывает в ходе этих программ в наибольшей степени, а именно больных, не получающих пособий.

Значение для дальнейших исследований: Лица, определяющие политику здравоохранения, нуждаются в лучшем понимании того как программы профессиональной реабилитации и финансовой поддержки влияют на доходы и благосостояние психически больных. Сходные с данным исследованием должны быть проведены на основе более многочисленных и разнообразных выборок, что позволит применить в работе различные методы статистического анализа.

A Partial Solution: A Local Mental Health Authority for the UK.
Trevor R. Hardley, Ph.D., Howard H. Goldman, Ph.D.

Местные органы управления психиатрической помощью в Великобритании: частичное решение проблемы.

Тревора Р. Хардли, Говарда Г. Гольдмана.

Резюме.

Постановка проблемы: Структурные проблемы системы психиатрической помощи Великобритании, за последние годы «реформ» в системе медицинской и социальной помощи подвергавшиеся анализу в целом ряде работ, сохранились и поныне (Kavanagh, Knapp, 1995; Mechanic, 1995). В одной из последних статей Hadley и Goldman (1995) предлагают один из возможных вариантов решения некоторых из этих проблем - создание местных органов управления системой психиатрической помощи. Такие органы управления могли бы «в одном лице» объединить функции финансирования, власти и ответственности. Мы думаем, что эта модель, являющаяся типичной для многих местных общественных систем психиатрической помощи в США, представляет собой как минимум частичное решение проблемы финансовой и структурной раздробленности сегодняшней психиатрической службы в Великобритании.

Бесчисленные «реформы» в системах медицинской и социальной помощи (включая «Закон о помощи по месту жительства», развитие Внутреннего рынка, закрепление средств за системой общемедицинской практики, разделение на покупателей и поставщиков помощи) не затрагивали систему помощи психически больным (Nap, 1996). Эти политические изменения в системах медицинской и социальной помощи существенно осложнили деятельность этих служб.

Слишком большое число различных структурных единиц задействовано в работе и управлении службами психического здоровья. Медицинская администрация, учреждения социальной помощи, фонды общемедицинской практики прямо или косвенно связаны с финансированием службы, в то время как управления помощи по месту жительства, учреждения социальной помощи и врачи общей практики являются поставщиками помощи (Hadley, 1996).

Результаты и предложения: Мы считаем, что создание Местных органов управления системой психиатрической помощи является частичным решением структурных и экономических проблем сегодняшней системы медицинской помощи Великобритании. Оно не закрывает вопроса ограниченных ресурсов и недостаточных навыков, однако может создать новую структуру, которая будет способствовать сотрудничеству и преобразованиям, возможным сейчас лишь в результате чрезвычайных усилий. Местные органы управления системой психиатрической помощи имеют огромное значение, но что наиболее важно - переориентируют систему предоставления помощи в направлении тяжело психически больных. Это в равной мере является выражением приоритетного отношения правительства, обществу и поставщиков помощи.

Новые структурные единицы могли бы быть созданы на уровне покупателей, поставщиков помощи, или, как это существует в различных регионах США, на обоих уровнях, когда один покупатель помощи может нести ответственность за нескольких закрепленных поставщиков помощи. Такая комбинация является в настоящее время моделью вновь создаваемых служб в США. В Великобритании процесс создания местных органов управления системой психиатрической помощи может оказаться значительно проще. Несмотря на то, что создание новых органов управления в установленном законом порядке потребует предварительной разработки соответствующего законодательства, а, следовательно, будет долговременным, оказалось, что существует возможность проведения ряда административных мер, которые приведут к тому же эффекту.

Значение для политики здравоохранения: Создание местных органов управления системой психиатрической помощи могло бы стать первым шагом в направлении развития целостной координированной системы помощи. В настоящее время больше «политических» сторонников, по-видимому, имеет «покупательская» модель, однако, очевидно, что формирование искусственного покупателя также потребует много времени и усилий. Несмотря на то, что все структурные и политические проблемы системы психиатрической помощи в Великобритании не могут быть решены местными органами управления, система окажется в более выгодном положении, так как ответственность за оказание психиатрической помощи будет централизована, а раздробленность системы уменьшится. Без структурных изменений даже самые серьезные усилия клиницистов, менеджеров, лиц, определяющих политику здравоохранения, могут оказаться напрасными. Существующие сегодня раздробленность и неэффективность службы так и не удастся преодолеть без жесткой позиции относительно финансирования службы и ответственности.

Факторы, влияющие на повседневный уход за психически больными.

Энн М. Холмс, Парта Дэб.

Резюме.

Постановка проблемы: Сокращение стационарной помощи продолжается, выписываемые из больниц пациенты, вероятно, страдают более тяжелыми психическими расстройствами и нуждаются в более длительном стационарном лечении по сравнению с пациентами, выписанными из больниц ранее. Так как всё большее число больных покидает психиатрические больницы, объективное бремя ухода за ними, которое ложится на плечи их неформального окружения (родственников, соседей и пр.), может увеличиться, особенно в случаях, когда официально оказываемая помощь недостаточна.

Цель исследования: В данной статье показано, кто берет на себя функции неформального ухода за больными, а также описаны формы, которые принимает уход за больными, выписанными из государственных психиатрических больниц. Если говорить более конкретно, то в данной статье определяется: 1) какие факторы влияют на решение того или иного человека принять на себя функции по уходу за больным, включая фактор участия в процессе ухода других лиц из окружения больного, 2) какие факторы обуславливают уход за больными, связанный с затратами времени, и какие - уход в виде финансовых затрат, 3) как местопребывание больного (дома или в лечебном учреждении) влияет на решение лиц из его окружения принять на себя функции по уходу за ним.

Материал и методы исследования: Материал для данной статьи получен в ходе проведения лонгитудинального исследования процесса закрытия государственной психиатрической больницы в центральной Индиане. Семьдесят семь больных попросили назвать лиц из их ближайшего окружения. Восемьдесят девять лиц из окружения больных были опрошены относительно их неформального (фактического) ухода за больными. Учитывались как затраты времени, так и прямые денежные расходы на больных, которые они брали на себя в течение года после выписки из больницы. Взаимоотношения, связанные с уходом за больным, оценивались с использованием многомерной вероятностной модели (multivariate probit model). Использование данной модели дает возможность оценить, в какой мере решение осуществлять уход зависит от того, какие обязанности по уходу за больным взяли на себя другие лица из его окружения, а также от характеристик самих больных и лиц из их окружения.

Результаты: 41 % лиц из окружения больных в той или иной мере осуществляли фактический уход за больными, причем 13,3% тратили время на уход за больными, а 35,7% - тратили деньги (оплачивали те или иные услуги). Была обнаружена положительная взаимосвязь между участием лиц из окружения больных в фактическом уходе за ними и осознанием этими лицами того факта, что потребности больного профессионалами не удовлетворяются. Принятие решения осуществлять фактический уход за больным зависело также от характера официальной и неофициальной помощи, которую получал больной. Установлено, что уход, связанный преимущественно с денежными затратами, вероятно, зависит от того, тратят ли на больного деньги другие лица из его неформального окружения, тогда как для ухода, связанного с затратами времени, подобной зависимости не обнаружено. По сравнению с больными, находящимися в специализированных учреждениях, для больных, недавно выписанных из психиатрической больницы, существовала большая вероятность того, что лица из их окружения будут осуществлять за ними уход, связанный с затратами времени.

Заключение: Полученные результаты свидетельствуют о том, что перемещение из государственных больниц в общество лиц с тяжелыми психическими заболеваниями может перераспределить бремя ухода за ними между официальными (медицинские учреждения) и неофициальными (семья, ближайшее окружение больного) поставщиками помощи. В этом случае критерии выписки из больницы должны учитывать возможности ближайшего окружения больного по уходу за ним.

Значение для системы здравоохранения: Характер реагирования членов ближайшего окружения больного на его неудовлетворенные потребности в помощи свидетельствует о важности «неофициального» ухода за ними в тех случаях, когда последовательная «официальная» психиатрическая помощь не может быть обеспечена. Полученные результаты свидетельствуют также о возможности некоторого взаимозамещения официальной и неофициальной помощи при выписке больных из психиатрических учреждений. Необходимы дальнейшие исследования, для того, чтобы определить, правильно ли лица из окружения больных понимают их потребности, а также способы улучшения понимания лицами из окружения больных фактических потребностей последних.

1

Physician Knowledge, Financial Incentives And Treatment Decisions for Depression.

Roland Sturm, Ph.D., Kenneth B. Wells, M.D., M.P.H.

Знания врачей, финансовые стимулы и план лечения при депрессии.

Роланд Штурм, Кеннет Б. Уэльс.

Резюме.

Постановка проблемы: Финансирование и проведение информационных мероприятий являются двумя важными политическими рычагами, способными воздействовать на систему оказания медицинской помощи. К сожалению, до настоящего времени эти два подхода не рассматривались одновременно, и мы знаем очень немного о том, как сопоставлять эффекты их воздействия.

Цели исследования: В данной статье проводится оценка относительного влияния финансовых стимулов (предварительная оплата против оплаты за услугу) и информированности поставщиков помощи (полученные знания об антидепрессантах и навыки ведения больных с депрессией) на качество медицинской помощи больным с более или менее тяжелой депрессией, исход их состояния и расходы на лечение.

Методы: Мы разрабатываем теоретическую модель поведения поставщиков помощи и оцениваем её редуцированную форму с использованием мультиномиальной вероятностной модели (multinomial probit model with heteroskedastic covariances). Вероятные эффекты изменения знаний поставщиков помощи о терапии депрессий при оказании первичной медицинской помощи воспроизводятся, а затем сопоставляются с эффектами перехода от метода оплаты за услугу к методу предварительной оплаты. Эмпирическая модель оценивается с использованием данных Исследования медицинских исходов.

Результаты: Мы полагаем, что финансирование и информирование приводят к различным эффектам, и что при их комбинации можно достичь «взаимоисключающих» результатов: улучшения медицинского исхода при сокращении прямых терапевтических целей. Более того, включение в анализ дохода семьи, как одной из важнейших составляющих социальных расходов, свидетельствует о том, что именно комбинация информационных мероприятий и перехода на предварительную оплату помощи (а не какое-то одно мероприятие) может сдерживать изоляцию с точки зрения перспективы социальных расходов. Что касается информирования, мы обнаружили, что повышение уровня знаний поставщиков помощи может привести к горячо желаемому эффекту - более «прицельному» лечению, а не повышению общих затрат на лечение наиболее тяжелых пациентов, - терапевтической модели, которой, как многие надеются, можно достичь при помощи управляемого лечения (для чего существует недостаточно доказательств).

Выводы: Наш анализ свидетельствует о большой важности одновременного рассмотрения этих двух серьезно различающихся по своей направленности целей. Мы установили, что вариабельность (неоднородность) знаний врачей в целом была более сильно связана с клинически приемлемыми методами лечения депрессий, а не с полным изменением стратегии финансирования. Средние изменения в полученных знаниях, которые мы воспроизводили (а не экстремальные из наблюдаемых значений полученных знаний), в большей степени были связаны с достаточным улучшением помощи по сравнению с тем как прекращение ухудшения помощи было связано с полным переходом с метода оплаты за услугу к методу предварительной оплаты.

Значение для политики здравоохранения: В данной статье продемонстрирована важность одновременного рассмотрения различных мероприятий. Одновременно сочетая информационные и финансовые мероприятия (реформы) можно достичь более высокого качества помощи и уменьшить расходы на здравоохранение, чего нельзя достичь ни тем, ни другим путем по отдельности.