

## Abstracts Translations (Russian)

### How Do Trends For Behavioral Health Inpatient Care Differ From Medical Inpatient Care in U.S. Community Hospitals?

Yuhua Bao, Roland Sturm

### Каковы различия между тенденциями развития бихевиоральной и общей стационарной помощи в больницах системы медицинской помощи в сообществе в США.

Юхуа Бао, Роналд Штурм.

#### Резюме.

**Постановка проблемы.** В США на стационарную помощь расходуется около трети всех затрат на здравоохранение. Сформировалась четкая тенденция к более редким госпитализациям и меньшей длительности пребывания в стационаре, что объясняется усилиями, направленными на сдерживание расходов в системе управляемой медицинской помощи, а также достижениями в области технологий лечения. Однако это не значит, что для различных заболеваний требуются схожие изменения моделей потребления стационарной помощи. В частности, в психиатрии и наркологии отмечается драматическое увеличение специализированных бихевиоральных управляемых организаций, что могло бы привести к еще большим изменениям.

**Цели исследования.** В исследовании проводится сопоставление тенденций изменения психиатрической/наркологической помощи и общей стационарной медицинской помощи в больницах системы помощи в сообществе в США в 1988-1997 г.г. Также проанализированы тенденции изменений в подгруппах психиатрической/наркологической стационарной помощи, выделенных в зависимости от диагноза, возраста и формы оплаты лечения.

**Методы.** Для оценки числа выписанных из стационара на 1000 населения, средней длительности госпитализации за изучаемые годы и соотношения двух показателей нами была использована национальная выборка стационарных больных, сформированная в ходе осуществления «Проекта затрат и потребления медицинской помощи». Психиатрические/наркологические госпитализации были разбиты на подгруппы в зависимости от возраста, формы оплаты медицинской помощи и диагноза. Нами использован инструмент Clinical Classification Software (CCS) для выделения следующих групп по диагнозу: аффективные расстройства, шизофрения и шизотипические расстройства, другие психозы, тревожные расстройства, расстройства подросткового возраста, психические расстройства, связанные с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ и другие психические расстройства. Тенденции изменения числа выписанных на 1000 населения и длительности госпитализации изучались с использованием метода расчета средневзвешенного.

**Результаты.** За изученный период число выписанных из психиатрических/наркологических стационаров системы помощи в сообществе на 1000 населения возросло на 8,1%, тогда как число выписанных с другой патологией сократилось. Существенный рост

числа выписанных из психиатрических/наркологических стационаров отмечался в возрастных категориях 20-39 лет и 40-64 года, особенно значительно возросло число выписанных в группах аффективных и других психотических расстройств, что только частично перекрывалось сокращением этого показателя в других диагностических группах. Госпитализации по поводу психиатрической/наркологической патологии а также по поводу других медицинских состояний продемонстрировали тенденцию к сокращению длительности, более выраженную для первых (40%) и менее выраженную для последних (21%). Сокращение длительности госпитализации отмечалось не только в случаях частного страхования, для которого характерно более широкое проникновение системы бихевиоральной управляемой помощи, но также и для случаев другой системы оплаты, хотя изменения для случаев частного страхования более значительны по сравнению с другими формами страхования. В случаях расстройств подросткового возраста изменения были самыми выраженными по обоим показателям.

**Значение для системы обеспечения и потребления медицинской помощи.** Различные модели потребления психиатрической/наркологической помощи сопоставлены с госпитализациями по поводу других медицинских состояний за 1988-1997 г.г. Более быстрые темпы изменения длительности психиатрических/наркологических госпитализаций по сравнению с другими госпитализациями, по-видимому, могут быть результатом большей заинтересованности в сокращении затрат и, следовательно, более интенсивного управления оказанием медицинской помощи, а также результатом достижений медицинских технологий, особенно в плане медикаментозного лечения. Однако факт сокращения длительности госпитализации может привести и к росту числа повторных госпитализаций в результате преждевременной выписки больных с аффективными или психотическими расстройствами. Финансовые аспекты, такие как оплата отдельного случая госпитализации, или оплата по системе диагностически-связанных групп, также могут способствовать такому выраженному эффекту. Рост числа выписанных с тяжелыми расстройствами может быть следствием перемещения больных из учреждений, в которых оказывается пролонгированная помощь (сопоставимые данные по которым отсутствуют), в больницы системы помощи в сообществе. Однако наибольший рост абсолютных и относительных показателей отмечался в группе аффективных расстройств, а не в группах шизофрении и других психозов, формирующих подавляющее большинство контингента психиатрических стационаров. Международные исследования, подкрепленные новыми данными, помогут дифференцировать институциональные изменения, изменения за счет новых технологий лечения и моделей оказания помощи.

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

## Estimating Determinants of Multiple Treatment Episodes for Substance Abusers

Allen C. Goodman, Janet R. Hankin, David E. Kalist,  
Yingwei Peng, Stephen J. Spurr (USA)

### Оценка детерминант многократных эпизодов терапии наркологических больных.

Аллен С. Гудман, Дженнет Р. Хэнкин, Дэвид Е. Калист,  
Юнгвей Пенг, Стэфен Дж. Спурр.

#### Резюме.

**Постановка проблемы.** Исследователи в области организации здравоохранения все чаще используют функции возможного риска для оценки длительности заболевания или эпизода терапии и, соответственно, стоимости потребления ресурсов и затрат на лечение. В настоящем исследовании проведен систематический анализ возможного риска психиатрических/наркологических эпизодов терапии.

**Цели исследования.** Для характеристики множественных эпизодов терапии группы застрахованных клиентов, которые в течение последних трех лет как минимум однократно нуждались в наркологическом лечении, были использованы функции пропорционального риска. Оценивались длительность и время проведения эпизода терапии, а также взаимосвязь длительности изучаемых эпизодов с типами и местом проведения предшествующих эпизодов лечения. В статье также поднимается проблема, возникающая в том случае, когда часть наблюдений изучаемой выборки является "возможно цензурированной". Неспособность объяснить цензурирование выборки приводит к накоплению ошибок при проведении расчетов с использованием функции риска. Однако оценка всех потенциально цензурированных наблюдений как цензурированных приведет к перекомпенсации ошибок цензурирования.

**Методы.** Для проведения анализа использовались данные страховых исков, при этом эпизоды лечения рассматривались как события, следующие за исходным событием, в том случае, если между ними прошло не более 30 дней, независимо от диагноза. Распределение наблюдений варьировало от 1 дня до 3 лет, при этом у отдельного человека насчитывалось до 10 эпизодов лечения. За счет процесса сбора данных, наблюдения могут быть цензурированными, если эпизод продолжается в момент сбора данных, или если заканчивается сбор данных. Для оценки взаимосвязи между различными эпизодами в рамках одного случая в работе использованы методы Andersen-Gill (AG) и Wei-Lin-Wessfeld (WLW). Данные методы дополнены использованием вероятностной цензурированной модели, которая позволяет оценить вероятность цензурирования и выверяет бихевиоральные коэффициенты и медианы.

**Результаты.** Длительность эпизода объясняют пять групп переменных: (1) *личностные характеристики*; (2) *страхование*; (3) *работодатель*; (4) *бинарные переменные*, включая диагноз, форму помощи (стационарная, или другая), порядковый номер эпизода; (5) *связь*, то есть взаимосвязь настоящего диагноза с предыдущими в хронологической последовательности. Социо-демографические характеристики имеют значение и для первой, и для третьей групп переменных. То же самое можно сказать о ставках страхования и франшизах. Бинарные переменные отражают тот факт, что наиболее короткими были хирургические/амбулаторные эпизоды, а наиболее продолжительными - психиатрические/стационарные эпизоды. Переменные пятой группы выявляют существенное влияние наличия в анамнезе алкоголизма, токсикоманий, психиатрических эпизодов на длительность последующих эпизодов.

**Обсуждение.** Эпизоды лечения связаны между собой как в плане диагноза, так и в плане места проведения лечения. Достоинством обоих методов оценки, и AG, и WLW, является то, что они

способны работать с множественными эпизодами. AG-модель более чувствительна при оценке риска, и позволяет исследователям моделировать воздействие предыдущих диагнозов на последующие эпизоды. WLW-модель наиболее удобна для оценки влияния социо-демографических переменных на эпизоды терапии. Она также дает возможность провести совокупную оценку коэффициентов и стандартных ошибок.

**Недостатки.** База данных, сформированная на основе информации страховых исков, охватывает 1989-1991 годы, то есть период, предшествующий введению существующих в настоящее время управляемых планов лечения. Она не в состоянии выявить ни не пролеченных наркологических больных, ни больных с внеплановым потреблением помощи. Она предоставляет информацию только в том случае, если службы включены в план страхования и обозначены специальным кодом для наркологических диагнозов. В отличие от медицинских записей, в страховых исках не отмечено наркологическое лечение, предоставленное в контексте других медицинских служб (и, следовательно, идентифицированное под не наркологическим кодом) или в системе медицинской помощи в сообществе.

**Значение для формирования политики и дальнейших исследований.** В данной статье дается характеристика множественных эпизодов лечения выборки застрахованных клиентов, которым в течение трехлетнего периода как минимум однократно выставлялся наркологический диагноз. Мы рассматривали влияние на длительность эпизода как самого больного, так и работодателя. Показано, что длительность эпизода терапии варьирует от типа диагноза, и что она (а следовательно и затраты, и потребление помощи) может зависеть от терапии, имевшей место в течение предшествующих госпитализаций. Мы также признаем, что эпизоды терапии могут продолжаться и вне временных рамок исследования, что приводит к неточности в определении длительности эпизода. Соответственно, не совсем точными оказываются данные о затратах и потреблении помощи. Мы предлагаем метод, который корректирует длительность эпизода терапии с учетом вероятности цензурирования.

## Scale, Efficiency and Organization in Norwegian Psychiatric Outpatient Clinics for Children

Vidar Halsteinli, Sverre A.C. Kittelsen, Jon Magnussen (Norway)

### Эффективность и организация работы детских амбулаторных психиатрических клиник в Норвегии.

Видар Халстейли, Сверре А.К. Киттелсен, Йон Магнуссен.

#### Резюме.

**Постановка проблемы.** Общеизвестно, что в специализированной психиатрической помощи нуждается 5% населения в возрасте до 18 лет. Однако в 1998 году помощь была предоставлена только 2,1% населения Норвегии. Доступность помощи может быть улучшена не только за счет роста мощностей, но и путем увеличения использования существующих мощностей. Вопрос изменения финансовых стимулов так же не был еще до конца изучен. Основываясь на относительно низком показателе, числе зарегистрированных консультаций на одного врача (1,1 консультация в день на одного врача), министерство постановило, что производительность должна возрасти на 50%.

**Цели исследования.** Измерить производительность психиатрической помощи непросто, однако мы полагаем, что изучение производительности станет важным вкладом в процесс формирования политики психиатрической помощи. Целью данного исследования является проведение такого анализа продуктивной эффективности амбулаторных психиатрических клиник для детей и подростков и в особенности рассмотрение следующих трех вопросов: 1) является ли рост производительности на 50% осуществимой задачей, 2) возможна ли в секторе экономия за счет роста размеров службы, 3) в какой мере различия продуктивности могут быть объяснены неоднородностью персонала и неоднородностью состава больных.

**Методы.** Для оценки размеров оптимальной службы нами использован подход, который называется «анализ охвата данных» (Data Envelopment Analysis, DEA). Потенциальные возможности улучшения эффективности измерялись как различие между фактическим и оптимальным предоставлением услуг, при этом допускался взаимный обмен между различными группами персонала и различными наборами предоставляемых услуг. Метод DEA позволяет провести расчеты эффективности и производительности для каждой клиники без учета цен, что позволяет избежать недостатков использования коэффициентов частичной производительности.

**Результаты.** В исследование включены 135 наблюдений за 1997-1999 годы, использована модель, включающая два вида входных данных, два вида выходных данных и различные результаты в плане размеров службы. В качестве выходных данных использовалось число часов, затраченных на прямые или косвенные медицинские услуги, тогда как ни число самих услуг, ни количество пациентов не имело существенного значения. Данными на входе были численность персонала с высшим образованием и численность другого персонала. Разукрупнение последней группы не имело существенного значения. В среднем рассчитанная клиническая эффективность составила 71%. Средняя производительность составила 64%, однако для многих больших клиник этот показатель был существенно ниже преимущественно за счет неэффективности вследствие их размеров.

**Обсуждение.** Создается впечатление, что в изученных клиниках имеются существенные резервы для совершенствования службы. Интересно, что потенциальные возможности не очень далеки от официально декларированной задачи - повышение производительности на 50%. Подбор персонала имеет значение для работы клиники, однако различные группы персонала отличаются по производительности не очень существенно, что свидетельствует о

недостаточной способности использовать специализированные навыки. Следует отметить, что полученные результаты в некоторой степени зависят от того, что при поведении исследования мы принимали в качестве аксиомы положения о том, что медицинская помощь является эффективной, а имеющиеся данные четко охватывают деятельность клиник.

**Значение для дальнейших исследований и политики здравоохранения.** Скоро мы будем располагать более приемлемыми критериями результата, имеется в виду показатель глобальной оценки функционирования (global assessment functioning score, GAF), что повысит ценность данного подхода, так как позволит получить уточненные данные о числе персонала, проходящем обучение. Проведенный в статье анализ отражает тот факт, что отсутствие единой точки зрения на то, кто должен получать лечение, как следует лечить и кто должен лечить, приводит к очень большим различиям в плане продуктивной эффективности. Все эти вопросы широко обсуждаются в Норвегии, и представляется интересным, сможет ли это само по себе привести к повышению эффективности, или нужны изменения структуры стимулирования.

**Comparing Patients with Depressive Complaints and Patients  
with Chronic Medical Conditions  
on their Functioning and Medical Consumption**

**Gerrit T. Koopmans, Leida M. Lamers (The Netherlands)**

**Сравнительное исследование функционирования и  
потребления медицинских услуг пациентами с  
депрессивными жалобами и хроническими  
соматическими расстройствами.**

**Геррит Т. Купманс, Леида М. Ламерс.**

**Резюме.**

**Постановка проблемы.** В ходе проведения ряда исследований было установлено, что депрессивные жалобы связаны с ограничениями функционирования, сопоставимыми по меньшей мере с такими хроническими соматическими состояниями, как диабет или легочные заболевания. Однако последствия подобных связей в плане потребления медицинских услуг не изучались в медицинских учреждениях за пределами США.

**Цели исследования.** Изучить связь депрессивных жалоб с функционированием и потреблением медицинских услуг и сопоставить с тем, как с функционированием и потреблением медицинских услуг взаимосвязаны хронические медицинские состояния.

**Методы.** Изучаемую выборку составили 9428 взрослых датчан. Хронические медицинские состояния (21 типа) и депрессивные жалобы выявлялись с использованием самооценки. В анализ включались случаи острого состояния или депрессивных жалоб, по поводу которых на момент исследования проводилось лечение. Состояние здоровья и ограничение трудоспособности также оценивались путем самооценки. Информация о потреблении медицинских услуг также базировалась на самооценке и дополнялась сведениями, выкопированными из базы данных заявок. Эта база данных содержала также сведения о потреблении психоактивных лекарств. Связь между хроническими соматическими состояниями, депрессивными жалобами и зависимыми переменными была проанализирована с использованием дисперсионного метода, или регрессионного анализа, построенного с учетом возможных неоднородных факторов (пол, возраст, условия проживания).

**Результаты.** Депрессивные жалобы, больше чем какое-либо хроническое соматическое состояние (за исключением болей в спине), были связаны с утомлением, плохим субъективным здоровьем и днями, проведенными в кровати. Пациенты с депрессивными жалобами чаще других посещали своих врачей общей практики. Они также более часто, чем остальные категории больных (не считая кардиологических), контактировали с медицинскими работниками. Однако сочетание депрессивных жалоб и хронических соматических состояний не было связано с большим потреблением медицинских услуг или более низким уровнем функционирования.

**Выводы.** Депрессивные жалобы связаны не только с функционированием, но также и с потреблением медицинских услуг в целом. Сила этой связи сопоставима с таковой хронических медицинских состояний. Данное исследование подтверждает обоснованность изучения особенностей ведения и лечения пациентов с депрессивными жалобами в медицинских учреждениях общей практики.