

Abstracts Translations (Chinese)

Willingness to Pay in Caregivers of Patients Affected by Schizophrenia

Claudiane Salles Daltio, Cecilia Attux, Marcos Bosi Ferraz

精神分裂症病人照顾者的支付意愿

克劳迪恩 萨勒斯 德奥缇欧, 塞西莉亚 阿图克斯,
马科斯 波斯 菲拉 (巴西)

摘要

背景: 精神分裂症是致人衰弱的疾病, 患者通常需要照顾者的专门护理。支付意愿法 (WTP) 允许以货币的形式评估疾病的影响, 从而评估健康状况的偏好值。

目的: 分析按照某一假定康复方案、为精神分裂症病人提供专门护理的照顾者支付意愿的决定因素, 分析支付意愿与照顾者社会人口学特征、病人临床特点、疾病知识、生活质量和疾病负担等的关系。

方法: 运用方便抽样, 连续评估圣保罗联邦大学精神分裂症项目 189 名门诊病人照顾者的支付意愿。考虑到病人需要照顾者的密切护理以及照顾者需要参与治疗, 设定每位照顾者只能护理一名病人。运用的调查问卷包括按照假定康复方案护理精神分裂症患者, 测量照顾者支付意愿的开放性问卷、SF-6D 生命质量量表和 ZBI-22 照顾者负担量表等。

结果: 发现每月平均支付意愿(标准差)为 63.63 美元(111.88)。获取疾病知识支付意愿的平均值(标准差)为 12.96 美元(2.45), 生活质量影响的支付意愿为 0.78 美元(0.08)和 ZARIT 照顾者负担的支付意愿为 29.91 美元(16.10)。照顾者的收入、教育、社会阶层、疾病知识和疾病负担与支付意愿值呈正相关。通过线性回归模型发现收入和教育具有显著性意义。

结论: 支付意愿可以确定精神分裂症患者和照顾者对特定康复方案偏好强度。照顾者的收入和教育程度越高, 支付意愿

越高。被照顾患者是否具有临床症状与照顾者支付意愿相关, 具有统计学显著性意义。

对卫生政策的启示: 支付意愿法是一种确定价值和保健偏好的有效工具, 可推动精神卫生政策发展。

对未来研究的启示: 未来的研究应当强化支付意愿法在评估心理疾病影响中的应用, 包括精神分裂症。

Reduction in Costs after Treating Comorbid Panic Disorder with Agoraphobia and Generalized Anxiety Disorder

Vedrana Ikic, Claude Bélanger, Stéphane Bouchard, Patrick Gosselin,
Frédéric Langlois, Joane Labrecque, Michel J. Dugas, André Marchand

场所恐惧型焦虑症和泛焦虑症治疗成本控制

阿克科 V, 毕龙哲 C, 布沙尔 S, 高瑟琳 P, 朗格卢瓦 F,
拉布雷克 J, 杜加斯 MJ, 马查德 A (加拿大)

摘要

背景: 场所恐惧型焦虑症 (PDA) 和泛焦虑症 (GAD) 是两种功能损伤性疾病, 治疗费用高。尽管病人多次就医, 仍然经常被误诊, 得不到及时治疗。上述两种疾病经常同时发生, 但关于共发的治疗费用、认知行为疗法 (CBT) 在降低治疗费用方面的作用却知之甚少。

目的: 本研究的首要目的是评估场所恐惧型焦虑症和泛焦虑症在特定条件下合并发生的心理保健成本。其次是研究常规认知行为疗法治疗场所恐惧型焦虑症或泛焦虑症单发时、联合行为疗法治疗场所恐惧型焦虑症和泛焦虑症共发时, 能否降低直接和间接心理保健成本。

方法: 本研究纳入 123 例诊断同时患有场所恐惧型焦虑症和泛焦虑症的患者, 从社会总成本的角度评估与测算前期诊断、诊断后以及随访 3 个月、6 个月和 1 年的直接和间接心理保健成本。

* **Correspondence to:** Professor Ningshan Chen, Deputy Division Chief, Division of Health Policy Research 1, Department of Health Policy and Legislation, MOH No. 1 Xizhimenwai South Avenue, Beijing 100044, China.

结果：在前期诊断阶段，每名场所恐惧型焦虑症和泛焦虑症共发患者三个月内平均产生 2000.48 美元的费用（标准差为 2069.62 美元）。间接费用明显高于直接费用。在诊断前和诊断后，两种治疗方法产生类似作用，显著降低治疗费用，并且持续到随访 1 年期内。

讨论：选择不同的方法可能会低估费用。尽管如此，本研究发现常规行为疗法治疗场所恐惧型焦虑症或泛焦虑症单发时、联合行为疗法治疗两种疾病共发时均能降低治疗成本。

对卫生服务提供和利用的启示：利用循证方法选择共发疾病以及费用昂贵疾病的治疗方法，如行为疗法，或许产生可观的社会经济效益。

对卫生政策的启示：考虑到卫生资源的有限性，如何更好地选择高质量的卫生服务非常重要，因此，应当鼓励应用行为疗法治疗场所恐惧型焦虑症和泛焦虑症单发或共发，同时应当开展心理健康专业人员行为疗法技术培训。此外，评估有利于医疗保险机构将参保者焦虑症治疗费用纳入补偿范围。

对未来研究的启示：可进一步评估行为疗法疾病症状控制力度，在此基础上，探索降低直接和间接心理保健成本的影响因素也非常有意义。

是戒毒者尿检中不能含有禁用药品，参加者一旦接触了禁用药品，将被驱离居住地，送往夜间公共庇护所，每天接受戒毒治疗，直到恢复戒断状态。

目的：本文比较治疗组的成本效果。

方法：治疗组每人的社会成本（2014 年美元值）界定为参与者消耗的直接治疗成本+监狱或医院成本+公共庇护所的社会成本。未治疗的对照组界定为 5%的人戒毒成功和 95%的人需要利用公共庇护所。配对组之间的增量成本效果比

（ICER）界定为参与者的成本变化除以戒毒者数量的变化，并运用自助法估计置信区间。

结果：在 6 个月的主动治疗结束后，7 个治疗组的数据具有可比性，结果显示每个人费用为 10447~36194 美元。在 26 周主动治疗时间内，参与者的戒断维持时间为 6.1~15.3 周。相比之下，未治疗的对照组的费用为 6123 美元，参与者戒断维持时间平均为 1.3 周。与对照组比较，耗费最低的“DT2”组的增量成本效果比为戒断维持 1 周的费用为 901 美元（95%置信区间为 571~1681 美元），耗费最高的“CMP4”组的增量成本效果比为 2147 美元（95%置信区间为 1701~2848 美元）。此外，“无家可归 3”研究发现，提供居住组(ACH3)比未提供居住组(NAC3) 戒断维持时间长（12.1 周比 10 周），成本更高（22512 美元比 17541 美元），其增量成本效果比为 2367 美元（95%置信区间为 10587~12467 美元）。治疗周期 12 个月（主动治疗结束后 6 个月）也出现类似结果。

讨论：更高强度的咨询治疗可延长戒断时间，但 7 个实验组中，有 4 组显示是无效的（“占主导地位”）。自助法抽样显示，结果对个体是否随机分配敏感。本分析的不足在于未考虑全部的社会工资损失、监狱成本外的犯罪成本、邻里生活质量下降的成本等。此外，居住优先项目治疗人群在上瘾严重程度、并发精神问题等方面，可能与伯明翰“无家可归”项目不同人群不同。

对治疗的启示：“无家可归”项目研究表明，附加居住的心理咨询治疗可有效延长滥用可卡因的无家可归者的戒断时间。提高心理咨询治疗强度的可致成本显著增加；适宜的心理咨询治疗强度可使治疗策略更具有成本效果。

Costs and Effectiveness of Treating Homeless Persons with Cocaine Addiction with Alternative Contingency Management Strategies

Stephen T. Mennemeyer, Joseph E. Schumacher,
Jesse B. Milby, Dennis Wallace

**可替代的行为管理治疗可卡因成瘾的
流浪者成本效果分析**

史蒂芬 T. 马勒曼叶, 约瑟夫 E. 舒马赫,
杰西 B. 密尔比, 丹尼斯 华莱士 (美国)

摘要

背景：1990 年~2006 年，美国阿拉巴马州伯明翰市开展了 4 项独立的随机对照研究，称为“无家可归者 1”到“无家可归者 4”项目，为长期无家可归的成年男性提供可卡因类药物滥用戒断服务。这些人大部分是黑人，许多患有非精神性心理健康问题。4 项研究共有 9 个治疗组，分别使用不同的心理咨询方法。有的治疗组提供居住和工作治疗，前提要求

Accountability for Mental Health:
The Australian Experience

Sebastian Rosenberg, Luis Salvador-Carulla

精神卫生问责制——澳大利亚经验

塞巴斯蒂安 罗森伯格，

路易斯 萨尔瓦多 卡鲁利亚（澳大利亚）

摘要

背景：澳大利亚是最早制定全国精神卫生政策的国家之一。所有政策的统一特征是强调问责制的重要性。问责的具体含义是什么？澳大利亚做到了？澳大利亚能否证明居民健康正在改善？

目的：回顾澳大利亚精神卫生问责制，审视 20 多年来澳大利亚所宣称的问责制是否得到落实。

方法：首先关注问责制的含义及其在精神卫生领域的应用，然后根据国家和州政府现有的文献、报告和实证研究数据，阐述精神卫生问责制的历史和发展状况，并利用最新的全国统计指标进行分析。另外，简要介绍相关国际进展，用以比较澳大利亚构建精神卫生问责制的发展程度。

结果：在澳大利亚联邦政府制度内，允许采用竞争的方式推动问责制发展，具有全方位、多层次数据系统，但并未形成明确的精神卫生问责制国家发展战略。现有数据主要集中于管理和卫生服务统计方面，不能反映社会生命质量改善。尽管本文阐述了澳大利亚 20 多年的投入和努力，但结果无法体现精神卫生领域每年投入 80 亿美元所取得的成绩。

讨论与局限性：尽管各种投入和努力可能成果丰硕，但现有管理数据仅能提供极少的产出信息，基于上述数据，澳大利亚政府无法真实地评价有精神疾病患者的健康和福利状况。国际相关领域进展缓慢。

对卫生服务提供和利用的启示：即使在澳大利亚等高收入国家，精神卫生服务资源也是有限的，如果无法证明精神卫生服务和项目取得了良好的结果，或未实现“物有所值”，各国并不能保证在相关领域的持续投入。

对卫生政策的启示：需要引进新的方法筛选问责指标，准确反映国家卫生和社会发展优先事项。对国家的精神卫生健康利益相关者和社区具有重大意义的事项作为首选，必须将精神病患者健康改善纳入政府日程，推动可持续发展。上述策略在新兴国际环境中同样具有可操作性。

对未来研究的启示：澳大利亚必须明确进一步发展精神卫生问责制的相关策略，需要认同少量备受关注、在国内和国际均可测量的国家精神卫生指标，因为这将有利于监测和推动精神卫生服务质量改善进程。

结论：现有的问责系统与目的不符，无法获取必要的质量改善进展数据。在资源充分、目标可现实性强及文化开放的环境下，新的问责制应真正推动精神卫生服务质量改善，简化澳大利亚行政比较竞争，为构建精神卫生保健国际标杆而努力。

