

# Экономика и психическое здоровье: текущий сценарий

Martin Knapp<sup>1,2</sup>, Gloria Wong<sup>3,1</sup>

<sup>1</sup> Care Policy and Evaluation Centre (CPEC), London School of Economics and Political Science, London, UK;

<sup>2</sup> School for Social Care Research, National Institute for Health Research, UK;

<sup>3</sup> Department of Social Work and Social Administration, University of Hong Kong, Hong Kong

Перевод: к.м.н. Северова Е.А. (Смоленск)

Редактура: к.м.н. Северова Е.А. (Смоленск)

Knapp M., Wong G. Economics and mental health: the current scenario. *World Psychiatry* 2020;19(1):3-14.

## Резюме

Экономика и психическое здоровье тесно переплетены. Помимо накапливающихся свидетельств об огромных экономических последствиях психических расстройств, и растущего осознания влияния, которое экономические обстоятельства могут оказывать на психическое здоровье, правительство и другие держатели бюджетных средств уделяют все больше внимания экономическим данным для поддержки решений в сфере психического здравоохранения. В статье мы рассмотрим, как осуществляется экономическая оценка (включая анализ экономической эффективности, анализ затрат и полезности, а также связанные с ними методы) и как она может способствовать получению фактических данных для разработки стратегий политики в области охраны психического здоровья. Также будут определены последствия, которые имеют отношение к поставщикам услуг и финансирующим органам, на уровне лечения пациентов с психическими расстройствами и ухода за ними. В статье мы представляем новые взгляды и размышления об экономических данных, касающихся психического здоровья, используя перспективу продолжительности жизни, анализ затрат и результатов, чтобы пролить свет на ряд насущных проблем. За последние 30 лет наблюдался быстрый рост экономики психического здоровья, но основные пробелы в знаниях сохраняются. За эти годы накоплены более четкие фактические данные в области идентификации и лечения перинатальной депрессии; был снижен риск психических расстройств в детстве и юности; расширены масштабы лечения депрессии, особенно психотерапией; разработаны программы раннего вмешательства на уровне общины и трудоустройства для поддержки психотических пациентов; а также когнитивная стимуляция и многокомпонентные вмешательства по уходу при деменции. В итоге выявлены основные проблемы, с которыми приходится сталкиваться при попытках использовать данные из исследований и перевести их в политические или практические рекомендации, а отсюда к фактической реализации в контексте лучшего лечения и ухода.

**Ключевые слова:** экономическая экспертиза, экономическая эффективность, экономическая выгода, экономическая полезность, рентабельность инвестиций, политика в области психического здоровья, депрессия, психоз, деменция.

Экономика психического здоровья быстро развивалась в течение последних десятилетий. Из более раннего «века невинности», по-видимому, с недостаточным признанием дефицита экономического ресурса научным сообществом, к фазе «оголтелого критицизма», которая отвергла экономику как имеющую какую-либо легитимную роль в оценке лечения и психиатрической помощи, экономика психического здоровья заметно продвинулась вперед<sup>1</sup>.

В прошлом имела место эпоха «невзыскательного использования», характеризовавшаяся методологической неточностью, низким качеством данных и слишком поспешными обобщениями. Но прогресс (по крайней мере, в некоторых странах) в сторону более конструктивного подхода, разработки вопросов и более достоверных ответов уже есть. В количественной оценке совокупная сумма отчетов по экономической составляющей психического здоровья и лечения выросла примерно со 100 в 1999 году до, более чем 4000 в 2019 году.

Изменения в экономике психического здоровья намного больше, чем предполагалось просто по этим цифрам. Развитие изменений показывает, что, например, фокус исследований и интересы в журнальных публикациях выходят за рамки простой демонстрации сумм стоимости болезни (COI) к более требовательно обсуждению выводов об экономической эффективности и другим экономическим оценкам. Существуют также более широкие требования к экономике, мотивированные не только коммерческими интересами (например, фармацевтические компании) или императивами экономии средств (например, правительства), но и необходимостью информировать широкий круг стратегических, клинических, профилактических, закупочных и лично ориентированных решений. Доступны достаточно точные данные, включенные в экономические оценки и сопутствующие исследования, в том числе более масштабные эпидемиологические исследова-

ния по когортам рождения, клинические испытания с внедренными экономическими компонентами, а также административный учет от поставщиков или заказчиков медицинских услуг.

Существуют также более эффективные методы оценки. Руководство по экономической оценке здоровья стало бестселлером и прошло четыре издания с 1987 года, более чем удвоившись в размерах и вобрав в себя многие разработки в этой области исследования<sup>2</sup>. Эмпирические методы также улучшились. Экономические оценки здоровья демонстрируют большую готовность исследовать проявления неравенства<sup>3</sup>. Еще одно значимое изменение – это включение в анализ различных исходов, таких как исходы для пары, членов семьи и для гедонистического ощущения благополучия, а также более критически и обоснованно изучается показатель качества жизни (QALY). Самое главное, что в последние годы было продемонстрировано, как результаты экономических оценок оказывают значимое воздействие, и в данный момент появляются все более широкие возможности для применения экономических доказательств, а также для продвижения политических или практических решений в области психического здоровья для изменений во многих странах.

Данные изменения требуют анализа и отражения в экономике психического здоровья. Несмотря на обнадеживающий прогресс, по-прежнему существуют пробелы в знаниях, касающихся экономической ситуации, касающихся лечения и ухода в области психического здоровья, широко представленные во многих областях. Причем эти данные неравномерно распределены глобально и медленно переносятся между системами здравоохранения, социальными службами и другими связанными с ними ведомствами. В этой статье мы предлагаем обзор современных знаний в области психического здоровья, экономики, описываем пробелы в доказательствах и последние тенденции в исследованиях, рекомендуем области

для дальнейших исследований и сформулируем рекомендации для политики и практики.

Экономика и психическое здоровье переплетены множеством взаимосвязей. Мы начнем с обсуждения того, почему экономика имеет отношение к сфере здравоохранения в области психиатрии, а также изложим основные виды экономической оценки, которые подходят для изучения интервенций и их последствий. Фактические данные могут быть организованы в соответствии с потребностями психического здоровья в определенных точках на протяжении жизни и согласно диагностическим категориям психических, поведенческих расстройств или нарушений нервно-психического развития. Это отражено в структуре того, как большинство фактических данных в настоящее время организовано и доступно. При использовании этого подхода мы не обязательно подразумеваем валидность диагностических категорий, поскольку эта тематика выходит за рамки данного обзора. Мы предлагаем краткий, но не исчерпывающий обзор существующей базы знаний, вычерчивающий круг вопросов и идентифицирующий как проблемы, так и потенциальные решения на методологическом уровне, уровне политики и практики. На всем протяжении статьи читатели будут адресоваться к дополнительной литературе и недавним обзорным статьям по конкретным темам.

Несмотря на быстрый рост экономической эффективности и связанных с ней исследований, в последние годы некоторые области, тем не менее, остаются малоисследованными. Мы в заключение упомянем некоторые из этих пробелов и более широко обсудим основные проблемы, которые часто возникают при попытке перейти от эмпирических экономических данных к рекомендациям для стратегической политики и для клинических действий. Мы также изложим некоторые возможные решения для этих трудных задач.

## ПОЧЕМУ ЭКОНОМИКА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

Экономика касается производства, распределения и потребления товаров и услуг. Ее связь со сферой психического здоровья является двунаправленной и сложной.

С одной стороны, имеет место огромное влияние психического нездоровья на экономику через ее пагубные последствия. Это могут быть производственные потери и более интенсивное использование ресурсов для лечения, которые чаще всего определяются с помощью исследований бремени болезни и стоимости болезни (СОИ). Последняя включает в себя прямые и косвенные затраты, сформированные по соответствующим условиям. На эти личные и экономические последствия может повлиять жизненный путь в целом, а также вторичные эффекты семейного влияния и более широкое воздействие сообщества<sup>4</sup>. В 2011 году Всемирный экономический форум прогнозировал, что к 2030 году на долю психических расстройств будет приходиться более половины мирового экономического бремени, которое приходится на неинфекционные заболевания, в размере 6 трлн долларов<sup>5</sup>.

С другой стороны, экономические затруднения связаны с тем, что более высокая вероятность психического заболевания, возможно, связана с большей подверженностью факторам риска (например, социальная изоляция) и более ограниченному доступу к защитным факторам (например, образованию) или, в связи с более сложной нисходящей спиралью (например, затруднительное положение в бедности, расходы на лечение, затруднения в трудоустройстве; так называемая гипотеза «дрейфа»)<sup>6,7</sup>. Европейская Психиатрическая Ассоциация (ЕРА) недавно выпустила Руководство по здравоохранению в области психических расстройств и экономическим кризисам в Европе<sup>8</sup> на основе обзора 350 статей, подчеркивающих необходимость политических подходов к решению этой проблемы для получения комплексных и ощутимых воздействий.

Учитывая, что ресурсов не хватает, и с целью достижения максимального эффекта для здоровья и качества жизни экономический анализ необходимо проводить с доказательствами эффективности для лиц, принимающих решения, с целью определения наилучших вариантов использования имеющихся ресурсов<sup>7</sup>. В некоторых странах с высоким уровнем дохода экономическая оценка в настоящее время является почти обязательным компонентом любой оценки

Таблица 1. Основные типы экономических оценок в здравоохранении		
	Критерии оценки	Комментарии
Анализ минимизации затрат	Отсутствует – предполагается, что выгоды эквивалентны при любых вмешательствах	Ограниченное использование, если доказательство результатов неубедительно
Анализ «затраты-эффективность»	Единственной мерой основного результата являются «естественные» единицы, такие как симптомы или приобретение независимости существования	Использование ограничено фиксацией на медицинском исходе, при этом любые рекомендации для исследований будут однозначными
Анализ «затраты-последствия»	Множественные результаты измеряются в «естественных» единицах, таких как симптомы и приобретение независимости существования, и связаны с оценкой качества жизни	Может охватить все критерии. Рекомендации не всегда очевидны, т. к. результаты могут указывать на противоположные выводы
Анализ «цена-польза»	Универсален, основан на пользе в виде прироста лет качественной жизни. Исследования, использующие оценку качества жизни, весьма схожи	Результаты могут быть использованы для стратегических решений в сфере здравоохранения. Данные QALY или DALY слишком обобщенные и могут не учитывать нюансы эффектов от вмешательств в области психического здоровья
Анализ «цена-выгода»	Монетарная оценка медицинских исходов плюс любые сбережения бюджета	Результаты могут быть использованы для стратегических принятий решений во всех секторах, но высока сложность монетизации результатов деятельности в сфере психического здоровья
Оценка экономического благосостояния	Субъективное (скорее всего, гедонистическое) благосостояние	Результаты могут быть использованы для стратегических принятий решений во всех секторах, но основной индикатор (благосостояние) может не учитывать нюансы эффектов от вмешательств
QALY – Год жизни, скорректированный на качество, DALY – Годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности		

исследований в области медицинских услуг<sup>4</sup>. Например, в Великобритании механизмы оценки медицинских технологий требуют проведения официальной оценки экономической эффективности для обоснования возмещения расходов и страховки, а также разработки клинических рекомендаций, таких как рекомендации, изданные Национальным институтом передового опыта в области здравоохранения и медицинской помощи (Ницца)<sup>4</sup>.

Экономический анализ, обычно используемый в исследованиях интервенций в области психического здоровья, включает анализ экономической эффективности (СЕА), анализ рентабельности (CUA) и анализ затрат и выгод (СВА). Они отличаются друг от друга по показателям конечных результатов (см. Таблицу 1).

СЕА фокусируются на клинических или аналогичных показателях, таких как специфические симптомы или инвалидность. Результаты применения СЕА могут помочь лицам, принимающим решения путем предоставления информации о дополнительных затратах на достижение постепенного улучшения исходного результата (с использованием так называемого коэффициента пошаговой экономической эффективности, ICER). Если нет четких доказательств того, что вмешательство улучшает результат и одновременно снижает затраты, то решения, по существу, сводятся к эмпирически обоснованным оценочным суждениям, которые не могут быть рассмотрены исключительно в качестве экономических доказательств (или клинических доказательств, если уж на то пошло).

Результаты CUAs, обычно выражаемые в стоимости полученного QALY, могут быть использованы для поддержки подобных оценочных суждений, причем некоторые страны придерживаются согласованного порога QALY, хотя и не без противоречий (например, £ 20 000 за QALY в Великобритании<sup>9</sup> и \$ 50 000 за QALY в США<sup>10</sup>). QALY является примером общего показателя исходов, предназначенного для того, чтобы быть релевантным при различных расстройств и, таким образом, поддерживать более взвешенное принятие решений в рамках системы здравоохранения, например при распределении бюджетов между клиническими специальностями или принятии стратегических решений о приоритетах в рамках национальной системы здравоохранения. Показатель QALYs является схожим с показателем, отражающим количество лет жизни с поправкой на инвалидность (DALYs), который чаще всего используется в контексте стран с низким и средним уровнем дохода (LMIC). Эта группа оценок не может охватить все тонкости индивидуального состояния или его лечения, и поэтому наиболее эффективно их использование наряду с мерами эффективности в экономических исследованиях, а не наоборот.

СВА требует, чтобы результаты оценивались в денежном выражении. С точки зрения общества и здравоохранения в области психического здоровья это дает свои результаты и выражается в чистых выгодах (изменение денежной стоимости эффектов минус изменение затрат). СВА, по своей сути, трудно применить в контексте психического здоровья, поскольку нет простого способа вычислить, что такое уменьшение симптомов или улучшение автономного существования и сколько это будет стоить в долларах, евро или других валютах.

Недавно Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Программой развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) был рекомендован анализ рентабельности инвестиций (ROI) для обоснования инвестиций в области психического здоровья<sup>11</sup>. Многие, но не все мероприятия из «наилучшей практики» ранее были проанализированы и выбраны ВОЗ (выбор мероприятий, которые являются экономически эффективными). ROI – это широкий термин, который охватывает различные виды анализа. В методической руко-

водящей записке по этому подходу ВОЗ/ПРООН было принято решение рекомендовать форму СВА: денежные значения, связанные с исходами по психическому здоровью, можно рассматривать как приближительные. В этом случае эти оценки помогают обсуждать распределение ресурсов для решения проблем психического здоровья в более широком экономическом контексте.

Примеры таких видов экономических оценок будут представлены в настоящей статье, хотя мы в основном обсуждаем исследования экономической эффективности и экономической полезности.

## ПОМИМО БРЕМЕНИ БОЛЕЗНЕЙ

Фактические данные о социально-экономическом бремени проблем психического здоровья играют важную роль в привлечении внимания директивных органов (особенно тех, кто занимается вопросами, не связанными со здоровьем) путем расчета масштабов этой «проблемы» и выявления несоответствия между бременем психического здоровья и распределением ресурсов.

Недавние анализы с использованием подходов COI и value of statistical life (VSL, оценка, основанная на готовности платить, чтобы избежать определенных рисков) показали, что глобальная стоимость психических, неврологических и расстройств зависимости (MNS) составляет 2,5 трлн долларов США и 8,5 трлн долларов США в 2010 году соответственно. Используя подход к оценке стоимости потерянного объема производства или экономического роста, который учитывает дни, совокупное глобальное экономическое воздействие MNS было оценено в 16,3 трлн долл. США в период с 2011 по 2035 год. Этот огромный экономический эффект превосходит сердечно-сосудистые заболевания, хронические респираторные заболевания, рак и диабет по своему вкладу в глобальное бремя болезней.

Однако текущая оценка глобальных усредненных расходов на психическое здоровье составляет всего 2,5 долл. США на человека в год (от 0,1 до 21,7 долл. США по регионам ВОЗ), что составляет менее 2% общемировых государственных расходов на здравоохранение<sup>12</sup>. Этот низкий уровень расходов является одной из основных причин большого разрыва между потребностями в области психического здоровья и обеспечением мер вмешательства<sup>4</sup>.

Этот разрыв особенно велик в LMICs (в странах с высоким и низким уровнем дохода). Например, в ходе недавнего анализа данных из 30 стран Американского региона ВОЗ было сообщено о соотношении между бременем расходов на психическое здоровье и общими расходами в диапазоне от 3:1 до 435:1, которое было скоррелировано с размером валового внутреннего продукта (ВВП). После корректировки на паритет покупательной способности страны с низким уровнем дохода особенно пострадали от этого дисбаланса.

Есть несколько успешных примеров, когда фактические данные о бремени болезней и COI использовались для повышения осведомленности общественности и лоббирования интересов директивных органов в определении приоритетных ресурсов для развития психиатрической помощи. Например, оценки глобального экономического воздействия деменции<sup>14</sup> сыграли ключевую роль в признании этой проблемы в качестве приоритета общественного здравоохранения в 2012 году<sup>15</sup>, а также в последующем на саммите «Большой восьмерки» по деменции, брифингах правительственной политики<sup>16</sup> и создании Всемирного совета по деменции в 2013 году.

Однако с точки зрения лиц, принимающих решения, фактические данные только о бремени болезней и затратах имеют ограниченное применение. Они, безусловно, могут повысить осведомленность об общем воздействии, но не

дают рекомендаций относительно того, что необходимо сделать в ответ, будь то лечение, уход, профилактика и так далее. Решения должны основываться, например, на ценовой доступности (требующей проведения исследований воздействия на бюджет или исследований компенсации затрат) и информации «соотношение цены и качества» для управления государственными расходами (требующего проведения исследований экономической оценки, учитывающих как затраты, так и результаты).

Полная экономическая оценка в этом смысле имеет важное значение для того, чтобы помочь лицам, принимающим решения, понять, как более эффективно использовать имеющиеся ресурсы, и является основной темой настоящей статьи. Более широкие вопросы, касающиеся финансирования психиатрической помощи, такие как налоговое финансирование, всеобщее медицинское обслуживание, являются сложными и требуют стратегий, предусматривающих компромисс между доступностью, адресностью доступа, справедливостью и эффективностью<sup>4</sup>. Таким образом, опять же, существует роль экономической эффективности и связанных с ней фактических данных.

## ТЕКУЩИЕ ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ И КЛЮЧЕВЫЕ ФАКТОРЫ СОБЫТИЯ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

### Психическое здоровье матери

Перинатальное психическое здоровье является хорошей иллюстрацией потенциальных «побочных» и «внешних» эффектов, а следовательно, и более широких экономических последствий лечения и ухода в области психического здоровья. Недавний обзор экономической эффективности перинатальных вмешательств в связи с депрессией и/или тревогой изучил исследования, опубликованные в период с 2000 по 2017 год. Все восемь исследований рассматривали целенаправленно депрессию у матерей в послеродовом периоде, в то время как только одно исследование включало тревогу отцов в оценку. Только в четырех исследованиях были представлены выводы о соотношении затрат и полезности, позволяющие проводить более широкое стратегическое сравнение.

Авторы пришли к выводу, что программы скрининга и лечения, скорее всего, будут рассматриваться как экономически эффективные, причем стоимость каждого QALY будет варьироваться от 864 218 до 1 566 619 фунтов стерлингов. Эти цифры хорошо сопоставимы с порогом затрат на QALY, связанным с NICE (20 000 фунтов стерлингов). Предполагается, что этот подход будет рассматриваться как представляющий практическую ценность при использовании ресурсов здравоохранения в Англии. Действительно, эти выводы, вероятно, недооценивают экономические последствия перинатальной психиатрической помощи и лечения: рассматриваемые исследования имели максимальный временной горизонт в 2 года и в основном рассматривали только расходы на здравоохранение и социальное обслуживание, а не более широкую социальную перспективу.

Хорошо известно, что перинатальная депрессия может существенно повлиять на развитие ребенка от 16 лет и до 20 лет. Эти последствия связаны с существенными затратами. Исследование экономического моделирования в Великобритании показало, что 72% всех расходов на перинатальные проблемы психического здоровья связаны с ребенком, а расходы на здравоохранение и социальную помощь составляют лишь 0,5 млрд фунтов стерлингов из общей годовой стоимости в 8,1 млрд фунтов стерлингов<sup>21</sup>. Многие

из этих расходов связаны с потерей производительности труда, образованием, уголовным правосудием и дефицитом качества жизни. Предполагаемая общая стоимость одного случая перинатальной депрессии составила значительную сумму в размере 7 382 221 фунта стерлингов. Таким образом, экономические оценки, которые также учитывают воздействие на ребенка, будут служить дополнительным обоснованием лечения и ухода. Однако эти более широкие эффекты редко включаются в текущие исследования<sup>4</sup>.

Появляются экономические оценки превентивных стратегий<sup>22</sup>. В докладе о профилактике послеродовой депрессии за 2016 год<sup>23</sup> авторы пришли к выводу, что пересмотренная акушерством послеродовая помощь может быть экономически эффективной для универсальной профилактики; а также основанные на лично ориентированном подходе (РСА) и межличностной психотерапии (ИРТ) вмешательства для указанной профилактики. Совсем недавно была проведена оценка профессиональной подготовки медицинских посетителей для женщин, подверженных риску депрессии<sup>19</sup>, для женщин с более низким риском, и полученные результаты свидетельствуют о высокой экономической эффективности профилактики постнатальных депрессивных симптомов<sup>24</sup>. Исследования в этих перспективных областях необходимы для более убедительных выводов и рекомендаций.

К числу других пробелов в экономических данных в этой области относятся перинатальная тревога, антенатальная депрессия и вмешательство для отцов<sup>17</sup>, а также вмешательство в условиях более низких ресурсов. Последнее особенно востребовано, учитывая, что экономические данные, полученные в районах с высоким уровнем дохода, зачастую неприменимы. Например, несмотря на то, что программы скрининга и лечения оказались экономически эффективными<sup>17</sup>, они основывались на фактических данных из стран с высоким уровнем дохода.

Рутинный скрининг в LMICs может подавлять слабую систему здравоохранения и не представлять собой наилучшего использования ресурсов<sup>25</sup>. Кроме того, могут потребоваться различные модели обслуживания, такие как смена задач. Например, психосоциальные вмешательства, осуществляемые неспециалистами в учреждениях дородового здравоохранения, продемонстрировали свою эффективность в LMICs, хотя данные о затратоэффективности<sup>26</sup> отсутствуют.

### Психическое здоровье детей и подростков

Проблемы психического здоровья в детском и подростковом возрасте также связаны с широкими и устойчивыми клиническими и экономическими последствиями. Прогресс в развитии экономических доказательств в этой области остается медленным. Имеется больше данных о раннем вмешательстве в психоз<sup>27</sup>, которое часто также охватывает взрослое население и рассматривается позже в этой статье.

В обзоре за 2014 год<sup>28</sup> отмечалось, что в период с 2009 по 2014 год доля публикаций всех статей, связанных с затратами, составляла примерно 10 в год, причем большинство исследований поступало из США или Великобритании. Автор пришел к выводу, что большинство вопросов, касающихся экономических последствий ухода и лечения в области психического здоровья детей и подростков (что, когда, где, кому и как), остаются без ответа, в результате чего заинтересованные стороны получают недостаточную информацию для поддержки решений о выделении ресурсов. Отсутствие эффективных, с точки зрения затрат, доказательств также отмечается в другом недавнем обзоре<sup>29</sup> и докладе в 2016 году о новых экономических данных о потенциальном влиянии на службу психического здоровья молодежи<sup>30</sup>.

Имеются экономические данные для лечения депрессии у подростков, хотя остается неясным, являются ли селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) эффективными сами по себе или СИОЗС плюс когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) более экономически эффективны<sup>28</sup>, а два более ранних рандомизированных контролируемых исследования (РКИ) дают противоречивые доказательства<sup>31,32</sup>. В другом обзоре авторы отметили, что у детей и подростков КПТ вряд ли будет экономически эффективной по сравнению с медикаментозным лечением<sup>33</sup>. Когда КПТ используется в качестве вмешательства второй линии для депрессивных молодых людей, отказывающихся от антидепрессантов, недавнее РКИ показало доминирование КПТ над лечением, как обычно, к концу 24 месяцев, но не 12 месяцев<sup>34</sup>.

На основании этих исследований можно вновь отметить важность временной перспективы, особенно с учетом того, что экономические оценки, проводимые в рамках РКИ, обычно имеют короткие периоды наблюдения. В одном из таких исследований с последующим наблюдением через 12 и 36 недель результаты экономической эффективности были противоположны между этими двумя временными точками. Более короткое наблюдение показало, что лечение СИОЗС было более экономически эффективным, в то время как более длительное наблюдение показало, что СИОЗС плюс КПТ были более экономически эффективными<sup>32,35</sup>. Наглядным примером длительного воздействия проблем детского возраста в области психического здоровья являются долгосрочные последствия буллинга, которые можно наблюдать в зрелом возрасте, что требует длительного наблюдения для понимания экономических аспектов вмешательства в эти последствия<sup>36,37</sup>.

Недавно опубликованный обзор литературы по экономическим оценкам в период с 1997 по 2014 год в Национальной службе здравоохранения Великобритании (NHS) содержит базу данных и экономических оценок, тогда как другие источники сосредоточены на атрибутах систем ухода (т. е. за исключением фармако- и психотерапии). Было проведено сорок исследований, посвященных как затратам, так и результатам оказания психиатрической помощи молодежи<sup>27</sup>. Эти мероприятия были направлены на решение широкого круга проблем психического здоровья, в том числе тревоги, депрессии, расстройств пищевого поведения, психозов, расстройств употребления психоактивных веществ, неуточненных проблем психического здоровья, судебно-медицинской экспертизы психического здоровья, самоубийства и самоповреждения. Общими признаками вмешательств с благоприятными экономическими данными являются своевременные стратегии оценки (включая скрининг), семейные вмешательства, хотя в отношении последних существуют некоторые различия в отношении того, существуют ли другие более эффективные с точки зрения затрат альтернативы. Были выделены методологические проблемы в литературе, в том числе узкая оценочная перспектива, причем ни одно из рассмотренных исследований не рассматривалось как с точки зрения общества, так и с точки зрения здравоохранения<sup>27</sup>.

Ограниченная перспектива медицинского обслуживания в сфере психических расстройств могла бы упустить значительную часть общих финансовых последствий для удовлетворения потребностей детей и подростков в области охраны здоровья, которые включают воздействие на системы образования и правосудия, а также на семьи и трудовую занятость<sup>28</sup>. Например, в британском отчете за 2017 год, включавшем 15 исследований, трехлетние расходы на психическое здоровье молодых людей в возрасте от 12 до 15 лет составляли в среднем 1778 фунтов стерлингов на человека в год; 90% этих расходов приходилось на сектор обра-

зования<sup>30</sup>. Вторичное воздействие психического здоровья детей и подростков на опекунов и членов семьи также является значительным, но недостаточно изученным, учитывая эволюционирующие отношения зависимости между ребенком и членами семьи<sup>38</sup>.

Можно отметить некоторые недавние события, направленные на решение проблемы недостаточности экономических данных в этой области. В 2017 году Гринвичская экспертная группа предложила направления будущих исследований, ориентированных на LMICs, чтобы внести предложения по «экономически эффективной системе здравоохранения в области психического здоровья», которая оптимально улучшит в будущем исходы среди детей и подростков<sup>39</sup>.

В настоящее время экономическая оценка может рассматриваться в качестве неотъемлемого компонента крупных молодежных инициатив в области психического здоровья, таких как *headspace* в Австралии (Национальный фонд психического здоровья молодежи)<sup>40</sup>. Признавая финансовые последствия проблем психического здоровья детей в зрелом возрасте, в Великобритании проводят оценку управляемого перехода от службы психического здоровья детей и подростков к службе психического здоровья взрослых с использованием встроенного CUA в качестве основного экономического анализа в рамках текущего вложенного кластера RCT<sup>41</sup>.

## Депрессия и другие распространенные психические расстройства

Как один из наиболее хорошо изученных методов лечения депрессии и тревоги, КПТ часто оценивался в рамках экономического анализа. В систематическом обзоре CUA из 22 исследований, опубликованных в период с 2004 по 2012 год, авторы пришли к выводу, что большинство исследований показали «приемлемое соотношение дополнительных затрат и пользы»<sup>33</sup>.

Более конкретно обзор показал, что индивидуализированная КПТ, скорее всего, будет экономически эффективной как в комбинации с лекарственными препаратами по сравнению с изолированным медикаментозным лечением, так и в качестве самостоятельной терапии по сравнению со стандартным уходом, рекомендациями семье или библиотерапией. Индивидуализированная КПТ также не уступает медикаментозному лечению (СИОЗС и трициклические антидепрессанты, TCAs), причем вмешательства, включающие индивидуализированную КПТ, либо являются доминирующими, либо демонстрируют ICER в диапазоне от 1599 до 46 206 долларов США за QALY.

Для групповой КПТ были предложены аналогичные результаты, причем групповое КПТ было экономически эффективным по сравнению с СИОЗС, ТЦА, обычным лечением и библиотерапией. Результаты компьютеризированного КПТ были более неоднозначными. Одним из отмеченных ограничений является относительно короткий временной горизонт в рассматриваемых исследованиях (в среднем 19 месяцев), принимая во внимание, что время выздоровления при депрессии может быть гораздо больше<sup>33</sup>.

Недавно проведенные исследования показали, что поведенческая активация (ПА) является потенциальной альтернативой КПТ, которая в меньшей степени зависит от навыков терапевта, что было бы важно для реализации в условиях, когда человеческие ресурсы в области психического здоровья чрезвычайно ограничены (например, многие LMICs). В недавнем исследовании, сравнивавшем стоимость и исходы ПА по сравнению с КПТ, авторы обнаружили, что ПА является более рентабельным методом лечения<sup>42</sup>. В этом чувствительном анализе, были учтены как более широкие социальные перспективы (например, включая

потери производительности труда), так и более узкие перспективы (например, услуги в области психического здоровья), ПА с высокой вероятностью доминировала и была экономически эффективной при пороге готовности платить от 20 000 до 30 000 фунтов стерлингов за QALY.

Одним из вопросов, связанных с более эффективным использованием ресурсов, особенно высококвалифицированных кадровых ресурсов специалистов, является экономическая эффективность поэтапного ухода<sup>43</sup> или (поэтапного) совместного ухода<sup>44</sup>. Они были недавно рассмотрены, хотя фактические данные остаются неубедительными, отчасти из-за методологических проблем (например, использование QALY в качестве исхода, измерение широкого диапазона временных горизонтов от 6 до 24 месяцев), а отчасти из-за неоднородности этих моделей.

В обзоре исследований, посвященных экономической эффективности поэтапной помощи для профилактики или лечения депрессии и/или тревоги, четыре исследования были сосредоточены на лечении. Объединенный анализ показал экономическую эффективность ступенчатого ухода по сравнению с обычным при лечении тревоги, но не депрессии<sup>45</sup>. В обзоре<sup>19</sup> исследований (ступенчатого) совместного лечения депрессивных расстройств экономическая эффективность варьировалась очень широко: от доминирования до ICER в размере 874 562 долл. США за QALY<sup>44</sup>.

В 2016 году Chisholm et al.<sup>45</sup> опубликовали анализ ROI по пропорциональному увеличению лечения депрессии и тревоги в 36 странах в период с 2016 по 2030 год. Авторы использовали проекционное моделирование для изучения лечебных эффектов депрессии и тревожных расстройств. Принимались во внимание экономические результаты возвращения на работу, уровень невыходов на работу и частота присутствия на работе, после чего было предложено соотношение выгод к затратам 2,3–3,0 к 1 или 3,3–5,7 к 1, также учитывалась ценность выздоровления (монетизированные годы здоровой жизни). Однако в этом анализе были охвачены не все преимущества, такие как снижение социальной поддержки, лечения и приверженности к лечению и связанных с этим проблем физического здоровья (например, ишемической болезни сердца), а также улучшение результатов для членов семьи и других лиц, которые могут быть затронуты<sup>45</sup>.

Финансовые ценности, связанные с годами здоровой жизни, также могут вызвать некоторую дискуссию. Хотя экономия государственных финансов за счет повышения производительности труда и здоровых лет жизни при лечении этих распространенных психических расстройств, возможно, и не является главной заботой сектора услуг в области психического здоровья, финансирующего эти виды лечения (т. е. несоответствие, при котором вмешательство может иметь последствия в нескольких секторах, что приводит к необходимости поиска межведомственных механизмов компенсации, – см. ниже), вероятно, существует достаточно большая экономия средств на здравоохранение, что бы покрывать расходы на вмешательство.

Основываясь на опыте Великобритании по улучшению доступа к психологической терапии (IAPT), который стоит в среднем 650 фунтов стерлингов на человека, Лейард и Кларк<sup>46</sup> утверждали, что это «ничего не стоит» для правительства. Этот аргумент был основан на том соображении, что 1% населения трудоспособного возраста получает пособия по инвалидности (и поэтому платит уменьшенные налоги) из-за тревоги и депрессии. Это обстоятельство обходится правительству в 650 фунтов стерлингов на человека в месяц, а если они также нуждаются в реальном медицинском обслуживании, то дополнительные расходы на медицинское обслуживание составят 750 фунтов стерлингов на человека в год для тех, кто не находится на IAPT. Таким образом, они утверждают, что расширенная доказательная

психологическая терапия будет окупаться сама собой, даже если учесть только социальные пособия и расходы на здравоохранение<sup>46</sup>.

## Психозы и другие тяжелые психические заболевания (SMI)

С момента деинституционализации во многих странах, начиная с 1970-х годов, до введения служб раннего вмешательства (EIP) примерно в 1990-х годах и более позднего движения за реадaptацию этих пациентов, тяжелые психические заболевания (SMI) были на переднем крае основных разработок в области психического здоровья (ухода и лечения), а также в центре внимания экономической экспертизы. Однако, сложность и хроническое течение SMI создают проблемы как в клинических, так и в экономических исследованиях, при этом сохраняются значительные пробелы в фактических данных в отношении экономической эффективности этих услуг.

Несколько метаанализов показали, что EIP эффективна для снижения дорогостоящих исходов, таких как госпитализация, койко-дни и частота рецидивов, а также в улучшении вовлеченности в учебу или работу по сравнению с обычным лечением<sup>47–49</sup>. В докладе 2014 года, опубликованном компанией Rethink Mental Illness<sup>50</sup>, было высказано предположение, что EIP и социальные вмешательства приносят экономические выгоды главным образом за счет их влияния на рецидивы, снижение потребности в дорогостоящем уходе и более широкие результаты восстановления (например, занятость, жилье и физическое здоровье).

Используя аналитические модели для сравнения EIP со стандартным уходом для людей с психозом первого эпизода<sup>51</sup>, результаты показали, что EIP может сэкономить около 2000 фунтов стерлингов на человека в течение 3 лет из-за улучшения результатов занятости и образования и, примерно 1000 фунтов стерлингов на человека в течение 4 лет из-за снижения уровня самоубийств. Совсем недавно систематический обзор<sup>16</sup> исследований выявил последовательные доказательства экономической эффективности EIP у людей с первичным психозом или клиническим высоким риском развития психоза по сравнению с лечением в обычном режиме<sup>52</sup>.

Однако авторы предостерегли, что полученные данные имеют умеренное методологическое качество, имеют значительную неоднородность и поступают главным образом из стран с высоким уровнем дохода. Например, в LMICs остается неизвестным, будет ли специализированный EIP практичным и аналогичным образом рентабельным. Кроме того, остаются без ответа вопросы, касающиеся продолжительности обслуживания, способов ее осуществления и других параметров<sup>53</sup> этого сложного вмешательства, которые могут иметь клинические и финансовые последствия.

Некоторые экономические данные имеются о вмешательствах с более конкретными целями лечения, такими как КПТ для лечения психоза, меры по соблюдению медикаментозной терапии и поддерживаемая трудовая занятость. В недавнем докладе «Об оценке технологий здравоохранения», включавшем систематический обзор экономической эффективности индивидуальной или групповой КПТ для лечения психозов<sup>54</sup>, были определены шесть РКИ с экономической оценкой, которые охватывали как людей с психозом первого эпизода, так и хронический или устойчивый к лечению психоз.

По сравнению с обычным лечением (вмешательствами, которые обычно включают медикаментозное лечение, консультирование, общественный уход и ведение пациентов), добавление КПТ при психозе приводит к улучшению симптомов или функционального состояния. В двух исследова-

ниях, которые включали QALY как исход, было обнаружено ICER в диапазоне от € 1455 до £ 18 844 в пересчете на QALY. Однако временные горизонты этих исследований были короткими: всего от 9 до 18 месяцев. Авторы доклада провели исследование по моделированию микросимуляции с использованием аналитической модели принятия решений с временным горизонтом в 5 лет и пришли к выводу, что добавление КПП к стандартному лечению людей с психозом снова оказалось экономически эффективным вариантом.

Среди мероприятий, способствующих приверженности антипсихотическим препаратам, стратегия, предусматривающая финансовое стимулирование, была положительно оценена с точки зрения экономической эффективности. В кластерном РКИ людям с шизофренией, шизоаффективным расстройством или биполярным расстройством выплачивался скромный финансовый стимул в размере 15 фунтов стерлингов за инъекцию депо. Результаты показали стоимость 982 фунта стерлингов для достижения 20%-ного увеличения приверженности к лекарствам и 2950 фунтов стерлингов для достижения «хорошей» приверженности, предполагая, что это, вероятно, будет рассматриваться как экономически эффективное вмешательство<sup>55</sup>.

Что касается поддерживаемой занятости, то модель с наибольшим количеством экономических доказательств – это индивидуальное размещение и поддержка (IPS). В РКИ с СЕА в шести европейских странах IPS приводили к лучшим результатам, с точки зрения как дней работы в конкурентных условиях, так и процентной доли людей, проработавших не менее 1 дня. Причем результаты свидетельствуют о том, что они почти наверняка более эффективны с точки зрения затрат, чем стандартные услуги профессиональной реабилитации<sup>56</sup>.

В обзоре 15 РКИ, обобщающих данные по IPS внутри и за пределами США<sup>57</sup>, отмечая более высокий уровень конкурентной занятости в США, чем в других странах (62% против 47%), авторы пришли к выводу, что существуют последовательные положительные результаты, которые значительно благоприятствуют IPS на международном уровне. Одним из предметов экономических рассуждений являются огромные расходы, связанные с разработкой и поддержанием неконкурентоспособных программ трудоустройства, которые обычно несут правительства. Вместе с мерами по освобождению от налогов эти альтернативные поддерживаемые программы занятости часто являются экономически неустойчивыми.

Занятость пациентов является важной целью не только для экономики, но и для достижения личной цели или результата восстановления. В недавнем документе по вопросам восстановления и экономики<sup>58</sup> были проанализированы экономические данные по целому ряду подходов, ориентированных на восстановление, включая поддержку коллег, личные бюджеты, самоуправление, консультации по вопросам благосостояния и задолженности, совместные антикризисные планы и предварительные директивы, поддерживаемое жилье и колледжи восстановления. Несмотря на неоднородность с точки зрения методологической надежности, имеющиеся экономические данные неизменно поддерживают подход, ориентированный на социальное восстановление пациентов.

Это движение к личностному выздоровлению ставит вопросы о значимых мерах по достижению результатов с клинической, экономической и политической точек зрения. В систематическом обзоре<sup>59</sup> исследований, посвященных экономическим моделям и методам оценки полезности при шизофрении<sup>59</sup>, большинство моделей использовали QALYs или DALYs в качестве движущих факторов. В то время как другие РКИ использовали положительные и отрицательные баллы шкалы синдромов (PANSS) в качестве основы для оценки полезности.

Как отмечалось в другом систематическом обзоре EIP, показатели, которые являются наиболее ценными и актуальными для людей, систем здравоохранения и здравоохранения, а также для политиков, – такие как социальное восстановление, анализ влияния бюджета и измерение справедливости – начинают включаться в повестку дня исследований<sup>52</sup>. Хотя такие вопросы, как безналичные сбережения и скопление расхождений, будут оставаться некоторыми из прогнозируемых проблем с этими конечными показателями исходов (см. ниже).

## **Психическое здоровье пожилых людей: деменция и депрессия**

Стратегии ухода и вмешательства при деменции носят обширный характер, в том числе ориентированы на человека и/или семью или других лиц, осуществляющих уход за больными. Хотя исследования экономической эффективности когда-то считались «редкими»<sup>60</sup>, экономические доказательства начинают активно развиваться. В настоящее время имеются хорошие экономические данные, касающиеся антидементных препаратов, антипсихотиков и антидепрессантов. Поскольку ингибиторы холинэстеразы становятся доступными по цене дженериков, более поздние анализы показывают, что они более эффективны с точки зрения затрат в качестве монотерапии, чем плацебо («лучший поддерживающий уход»), и, вероятно, также экономят средства для людей с болезнью Альцгеймера легкой и средней степени тяжести (БА)<sup>61</sup>.

Для людей с умеренной или тяжелой формой БА недавно опубликованное исследование предоставило новые экономические доказательства. Экономическая эффективность продолжения применения донепезила по сравнению с прекращением его применения была продемонстрирована при рассмотрении каждого из ряда результатов – когнитивного, функционального (деятельность повседневной жизни) и QALYs, – а также того, измеряются ли затраты только на использование медицинских и социальных услуг или на дополнительный неоплачиваемый уход<sup>62</sup>. Это также снизило риск помещения в дом престарелых через 1 год (но не через 4 года)<sup>63</sup>.

Существует очень мало доказательств экономической эффективности комбинаций лекарственных средств при лечении БА. Нет никаких экономических оснований для использования антидепрессантов при лечении людей с БА, страдающих коморбидной депрессией. Самое тщательное изучение антидепрессивного действия препарата для людей с вероятной или возможной БА и коморбидной депрессией было исследованием оценки медицинских технологий использования антидепрессантов для лечения депрессии при деменции (HTA-SADD)<sup>64</sup>. Экономическая оценка, включенная в исследование, не выявила существенных различий в затратах на любое медицинское или социальное обслуживание в больницах или общинах по уходу между группами в течение 39 недель<sup>65</sup>. За этот период также не было никаких различий в QALYs.

Точно так же не обнаружено экономических оснований для использования антипсихотических препаратов для лечения психологических и поведенческих симптомов деменции. Наиболее убедительные доказательства получены в результате клинического антипсихотического исследования эффективности вмешательства – исследования болезни Альцгеймера (CATIE-AD), проведенного на 42 американских сайтах. В этом исследовании рассматривались клинические и экономические обоснования трех широко используемых антипсихотиков (Оланзапин, Кветиапин и Рисперидон) по сравнению с плацебо с использованием двойного слепого РКИ, включавшего людей с БА, которые испытывали галлюцинации, бред или возбуждение. Затраты в тече-

ние девятимесячного периода были ниже для группы плацебо, чем для любой из групп, получавших антипсихотики<sup>66</sup>. Единственная разница в результатах исследования заключалась в том, что плацебо было лучше оланзапина в отношении повседневной жизни. Другими словами, антипсихотическое лечение не было экономически эффективным.

В NICE Guidelines 2018 года по вмешательствам для содействия познанию, независимости и благополучию рекомендуется предложить «целый ряд мероприятий по содействию благополучию, которые адаптированы к предпочтениям человека» и «групповую когнитивную стимуляционную терапию для людей, живущих с легкой и умеренной деменцией». Релевантные экономические доказательства этих двух рекомендаций можно получить из исследований по терапии когнитивной стимуляции (CST) и индивидуальной программе активности (TAP).

Экономические оценки группы CST<sup>68</sup> и технического обслуживания CST<sup>69</sup> показали, что это вмешательство является хорошим соотношением цены и качества, поскольку улучшения в познании и качестве жизни были достаточно большими, в то время как дополнительные расходы на обеспечение CST являются относительно скромными. Последнее, по-видимому, наиболее эффективно с точки зрения затрат для тех, кто живет один и/или имеет более высокий уровень когнитивных способностей. Ингибиторы холинэстеразы усиливают эффект затрат на техническое обслуживание и повышают его экономическую эффективность<sup>69</sup>.

Используя имитационное моделирование, NICE провела экономический анализ CST, результаты которого показали, что ICER составляет менее 20 000 фунтов стерлингов за QALY<sup>71</sup>. Для TAP ранее проведенный анализ экономической эффективности предложил ICER в размере 2,37 доллара США в день для опекуна, чтобы сэкономить один час на выполнении дел для человека с деменцией, и 1,10 доллара США в день для того, чтобы сэкономить один час на том, чтобы быть «на дежурстве».

Достаточные данные имеются также в отношении многокомпонентных программ поддержки опекунов, таких как стратегии для родственников (START) в Великобритании и ресурсы для улучшения здоровья лиц, осуществляющих уход за больными с болезнью Альцгеймера (REACH и новый REACH II) в США.

Опекуны в рамках программы START пользовались меньшим количеством услуг в течение первых 8 месяцев, что компенсировало стоимость программы. Если рассматривать его вместе с другими положительными результатами, то старт является экономически эффективным в краткосрочной перспективе<sup>72</sup>. Только что стали известны долгосрочные результаты последующих мероприятий. При 6-летнем наблюдении результаты психического здоровья опекунов были лучше в группе вмешательства, но ни связанные с пациентом, ни связанные с опекуном расходы не отличались между группами<sup>73</sup>. Таким образом, START клинически эффективен в течение как минимум 6 лет без увеличения затрат.

Выводы программы REACH II также свидетельствуют об эффективности и затратоэффективности, а анализ ICER показывает, что 5 долл. США в день в течение одного часа экономятся на уходе<sup>74</sup>. Несмотря на эти выводы о затратоэффективности, некоторые авторы высказывают озабоченность по поводу отсутствия финансирования для поддержки более широкого внедрения этой системы<sup>75</sup>.

Экономическая эффективность управления лечением деменции (DCM) остается неубедительной из-за различий в протоколах и методологических исследованиях (например, короткий период наблюдения, различное определение DCM). В недавнем РКИ, исследующем модель DCM с участием врачей первичной медицинской помощи (Dementia: Life – and Person-Centered Help, DelpHi)<sup>76</sup>, результаты по-

казали, что DCM является экономически эффективным (доминирующим) по сравнению с обычным лечением, особенно среди людей с деменцией, живущих в одиночестве. Сокращение госпитализации и отсроченная госпитализация, скорее всего, будут способствовать этому поиску экономической эффективности. Авторы, однако, отметили, что их положительные результаты отличались от некоторых предыдущих исследований, которые можно было бы отнести к более мягким когнитивным нарушениям в их выборке<sup>76</sup>, что наводит на мысль о лучшей экономической эффективности при более раннем вмешательстве.

Несколько исследований дают доказательства экономической эффективности программ помощи на дому, включая два крупных исследования из Великобритании: управление агитацией и повышение качества жизни (MARQUE)<sup>77</sup> и благополучие и здоровье людей с деменцией (WHELD)<sup>78</sup>. Исследование MARQUE продемонстрировало экономическую эффективность с точки зрения полученного QALY, но оно не было эффективным в управлении агитацией<sup>77</sup>. Вмешательство WHELD, ориентированное на человека лечение, включавшее антипсихотический обзор, показало преимущества как в контроле возбуждения, так и в улучшении качества жизни, что наводит на мысль о модели экономии затрат даже при относительно небольшом размере эффекта. Стоимость программы компенсируется более высокими затратами на медицинское и социальное обслуживание в рамках лечения, как правило, в групповом формате<sup>78</sup>.

Очень немногие исследования рассматривали экономическую эффективность мероприятий, направленных на борьбу с депрессией в более позднем возрасте. В недавнем обзоре было отмечено, что данные об эффективности затрат были получены в результате двух исследований по поэтапной профилактике ухода. Причем одно исследование показало, что поэтапная профилактика ухода не является экономически эффективной по сравнению с обычным уходом, в то время как другое показало, что уровень заболеваемости депрессией и тревогой у пожилых людей был сокращен наполовину с помощью программы профилактики, увеличив продолжительность жизни без депрессии/тревоги по доступной цене.

Авторы отметили, что в более старшем возрасте экономические оценки не учитывают потери производительности труда, полагая, что они неуместны<sup>43</sup>. Учитывая старение населения и связанное с этим увеличение распространенности проблем психического здоровья в пожилом возрасте, это поднимает вопрос о доступности даже в тех случаях, когда меры вмешательства являются экономически эффективными и потенциально стоящими инвестиций, а также более важных вопросах, такие как равенство и паритет между психическим здоровьем и физическим здоровьем<sup>80</sup>.

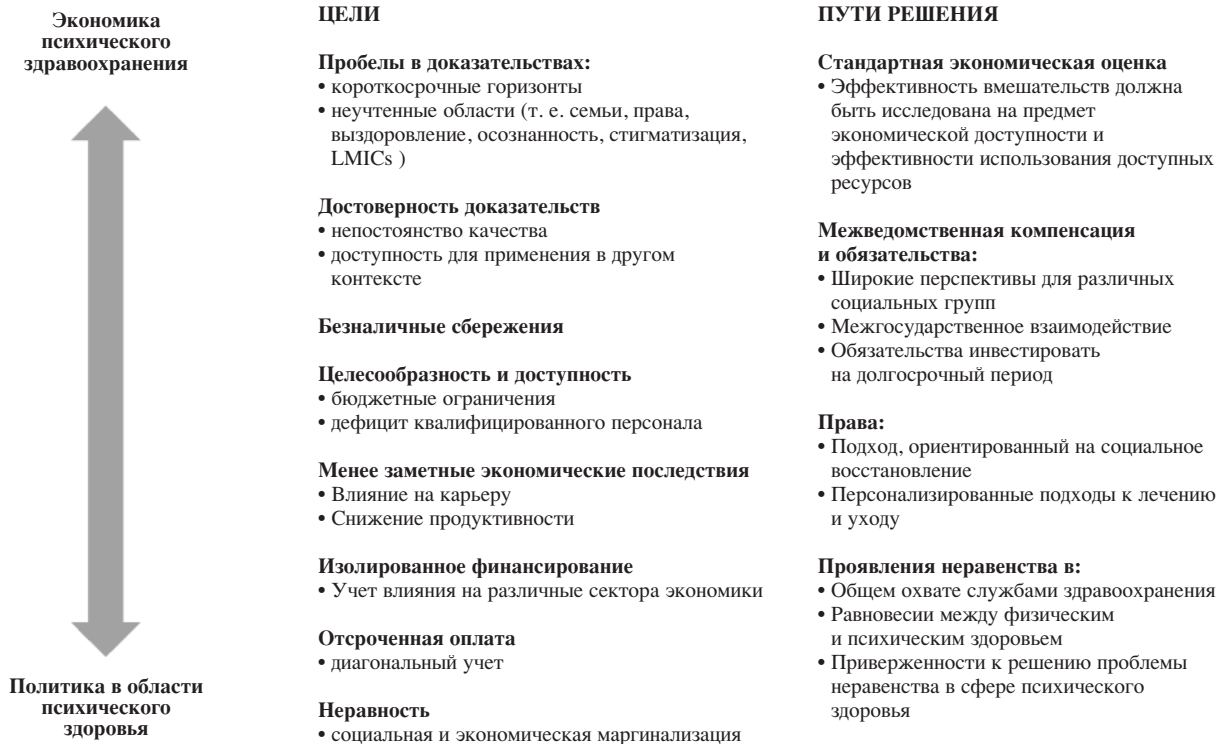
## ПРОБЛЕМЫ И ОТВЕТНЫЕ МЕРЫ

### Проблемы

Экономические доказательства не могут принимать решения, но они могут помочь сделать решения более обоснованными. Однако при попытке перейти от фактических данных к рекомендациям, от действий к воздействию возникают проблемы (Рисунок 1).

Первая из них – это просто пробелы в доказательной базе. Несмотря на быстрый рост экономической эффективности и связанных с ней исследований в последние годы, некоторые области остаются неизученными. Например, у нас есть ограниченное понимание за пределами краткосрочной перспективы экономических последствий психического заболевания или методов его лечения. Существует





**Рисунок 1.** Цели и пути решения экономических проблем в сфере психического здравоохранения. LMICs – страны с низким и средним уровнем дохода

несколько экономических оценок для оценки мероприятий, направленных на защиту индивидуальных прав пациентов или поддержку социального восстановления. Профилактика и раннее вмешательство также остаются относительно забытыми<sup>81</sup>.

Экономические исследования семей встречаются редко, несмотря на ту роль, которую они играют в этиологии, поддержке и восстановлении пациентов. Кроме того, мало внимания уделяется усилиям по решению более широких социальных аспектов психических заболеваний, таких как плохая осведомленность, дискриминация и стигма психических расстройств<sup>82</sup>. Наиболее вопиющим из всех, конечно, является дефицит экономических доказательств в LMICs, как мы указывали выше во многих разделах, посвященных конкретным условиям.

Даже при наличии фактических данных они могут оказаться недостаточно надежными для выработки верных рекомендаций в отношении политики или практики. В связи с этим имеющиеся доказательства могут быть непереводаемы из контекста, в котором они были собраны, в другие контексты (особенно в другие страны): доказательства экономической эффективности «путешествуют хуже», чем большинство клинических доказательств.

Вторая проблема заключается в том, что вмешательство является экономически эффективным (т. е. генерирующим результаты, которые считаются достаточными для оправдания более высоких затрат на их достижение), но недоступным. Поскольку в бюджете не осталось денег или нет подходящего квалифицированного персонала для его осуществления. Вот почему лица, принимающие стратегические решения, всегда стремятся услышать о новых вмешательствах, которые достигают эквивалентных или лучших результатов по сравнению со стандартным лечением, но с меньшими затратами. Отсюда мы видим интерес к ВА, а не к КБТ для депрессии<sup>42</sup>, и недавний вывод об экономии затрат с помощью DCM, особенно среди людей с деменцией, живущих в одиночестве<sup>76</sup>. Терапевтические прорывы (на-

пример, лекарства с новыми способами действия) могут обещать модификацию болезни, уменьшение симптомов или улучшение качества жизни, но если они не будут одновременно снижать затраты, то они окажут дополнительное давление на и без того чрезмерно растянутые бюджеты здравоохранения.

Связанная с этим проблема заключается в том, что заметные сбережения, обнаруженные в ходе исследования, могут оказаться не «обналичиваемыми» в реальном мире. Бригадный метод работы по раннему вмешательству для психозов может сократить сроки пребывания в стационаре<sup>47</sup>, но не даст реальной экономии, если стационарные койки не будут закрыты или персонал не будет уволен. Эффективная поддержка лиц, осуществляющих уход, может привести к сокращению их временных затрат (оценку которых можно отнести к затратам) или снижению уровня стресса<sup>73</sup>, но не высвобождению ресурсов, которые могут быть переданы для других целей.

Эффективное лечение психических заболеваний может иметь существенные последствия за пределами непосредственных лечебных учреждений. Например, если лечение психического заболевания помогает пациентам лучше справляться со своими сопутствующими состояниями, то в других клинических областях может быть достигнуто снижение затрат. Если же различные специальности будут иметь отдельные бюджеты, то будет трудно согласовать затраты и выгоды, чтобы сделать лечение экономически привлекательным.

Еще сложнее обстоит дело, когда успешное лечение психических проблем оказывает свое наибольшее воздействие (экономическое или иное) за пределами сектора здравоохранения. Самые высокие затраты государственного сектора на лечение детских психических расстройств приходятся на школы<sup>84</sup>, однако лечение в основном входит в сферу ответственности сектора здравоохранения. Самые большие финансовые последствия психического заболевания матери во время беременности связаны с риском долго-

срочного эмоционального, поведенческого и когнитивного ущерба для ребенка<sup>20</sup>. Эффективное лечение депрессии оказывает большее влияние на расходы, связанные с занятостью, чем расходы на здравоохранение<sup>85</sup>. Безусловно, самые большие долгосрочные финансовые последствия нарушения поведения детей связаны с преступностью<sup>86</sup>. Ни один из этих примеров не вызывает удивления. Однако каждый из них порождает потенциальное «мелко раздробленное бюджетирование», не позволяющее выбрать наиболее эффективный общий курс действий.

Некоторые экономические последствия психических расстройств и лечения могут быть упущены. Психическое заболевание может мешать человеку завершить свое образование, участвовать в семейной жизни или быть полностью продуктивным на рабочем месте. Как только что отмечалось, это может отразиться на здоровье и благосостоянии членов семьи и неоплачиваемых опекунов. Хотя в некотором смысле эти эффекты менее «заметны», они, тем не менее, могут играть ключевую роль в формировании жизни и создании благополучия. Задача состоит в обеспечении экономических оценок, которые бы могли измерить эти более широкие последствия (т. е. учитывали социальную перспективу), и, особенно, чтобы пользователи результатов оценки учитывали эти последствия при принятии решений. Например, игнорирование зачастую значительного экономического и иного бремени, с которым сталкиваются лица, осуществляющие уход, может подорвать общинные модели ухода, в то время как игнорирование потерь производительности в исследованиях и политике может ужесточить отношение работодателей к психическим расстройствам.

Хроническое течение многих психических расстройств означает, что их экономические последствия могут быть долгосрочными, и, соответственно, полная отдача от лучшего лечения может быть не видна в течение нескольких лет. Это затрудняет не только демонстрацию экономических оснований для предотвращения этих последствий, но и возможности убеждения лиц, принимающих решения, работающих в более коротких временных масштабах (связанных, возможно, с циклами выборов), инвестировать сейчас, даже если в конечном итоге выгоды могут быть существенны<sup>87,88</sup>. Вместе взятые проблемы нашего времени и «мелкораздробленное бюджетирование» создают опасное осложнение «диагонального учета»: двойное препятствие тому, что расходы на вмешательство одного сектора в настоящее время генерируют сбережения (или другие выгоды) главным образом в других секторах и главным образом в будущем.

Последний комплекс проблем, возникающий в связи с растущим объемом экономических данных, связан с взаимосвязанными проблемами разнородности данных, затруднительного положения пациентов и их дискриминации. В опубликованных результатах исследований преобладает то, что происходит в среднем: среднее улучшение первичного результата, средняя разница в затратах, общий коэффициент эффективности затрат, например. Эти опубликованные исследования, конечно же, также будут сообщать о вариациях вокруг этих средних значений, но редко будет много обсуждаться запас прочности исследуемой выборки, и еще реже будут воспроизводиться или сообщаться анализы для субпопуляций.

То, что может быть эффективным или рентабельным в среднем, может быть неэффективным (возможно, даже вредным) или недоступным для определенных культурных или социальных групп. Экономически обездоленные люди, как правило, не имеют такого же доступа к услугам, как более богатые люди, особенно если требуется оплата. Это особенно важно, учитывая, что психические заболевания тесно связаны с социальной и экономической маргинализа-

цией<sup>89,90</sup>. Однако неравенство между социально-экономическими, религиозными, культурными, этническими и другими группами, между полами и возрастом просто не получает того внимания, которого оно заслуживает в экономической литературе, так же как оно обычно игнорируется в больших объемах клинической литературы.

## Ответы

Какими же, по их мнению, должны быть ответы? Одной из очевидных рекомендаций для научного сообщества является создание доказательной базы. Действительно, уместно спросить: при каких обстоятельствах имело бы смысл проводить клиническое исследование или другое исследование эффективности лечения и исключать экономический компонент оценки? Где-то на этом пути лицо, принимающее решение, несомненно, захочет получить заверения в том, что эффективное вмешательство является доступным и позволяет эффективно использовать имеющиеся ресурсы. Учитывая крошечную стоимость добавления экономического элемента в клиническое исследование, это должно быть вариантом по умолчанию для включения анализа экономической эффективности или аналогичного анализа, а не исключением.

Психическое расстройство – это в значительной степени индивидуальный опыт и, безусловно, ответственность сектора здравоохранения, однако эта проблема требует внимания всего общества и межведомственных взаимодействий. Многочисленные последствия психических расстройств могут ощущаться во многих аспектах жизни человека, так как жизнь индивидуума – это путь к многочисленным испытаниям. Различные медицинские специальности должны лучше координировать свои возможности лечения, учитывая, что многие психически больные люди имеют другие хронические заболевания<sup>91</sup>. Различные органы государственной власти должны не просто знать о психических расстройствах, но и активно заниматься их профилактикой и соответствующим образом реагировать на их возникновение. Это касается политики в таких областях, как образование, трудоустройство, социальное обеспечение, жилье, криминальная юстиция, борьба с нищетой, обеспечение социального благополучия, развитие общин, иммиграция и другие.

Кроме того, в различных областях политики необходимо прилагать усилия для обеспечения того, чтобы личность не «проваливалась в расщелины»<sup>92</sup>. Это особенно актуально в отношении групп населения, которые уже являются социально или экономически маргинализированными. Политика в области психического здоровья должна включать стратегии борьбы с неприемлемым неравенством в области ухудшения здоровья, образования и трудоустройства, доступа к лечению и качества жизни<sup>93</sup>. В более широком контексте это, несомненно, свидетельствует о всеобщем охвате услугами здравоохранения и (в его рамках) паритете между физическим и психическим здоровьем. Кроме того, гетерогенность обстоятельств, опыта, исходов и затрат свидетельствует о необходимости разработки политических рамок и программ лечения, которые учитывали бы и надлежащим образом реагировали на сильные стороны индивида, его потребности и стремления<sup>93</sup>. В частности, это оказывает поддержку подходам, ориентированным на психическое и социальное восстановление, особенно имеющим экономические доказательства, подтверждающие эти подходы<sup>50</sup>, а также другим формам принятия решений о передаче полномочий, таким как личные бюджеты<sup>94</sup>.

Координация действий между различными субъектами (отдельными лицами, семьями, общинами и организациями), а также между секторами (как государственными, так и частными) никогда не бывает простой. Это может потребовать определенной формы межведомственной компенса-

ции: «получатели» (те, кто пользуется краткосрочными или долгосрочными сбережениями или выгодами) компенсируют «проигравшим» (тем, чьи бюджеты используются для оплаты эффективного лечения или ухода). Что еще более важно, «победители» и «проигравшие» должны найти пути преодоления проблемы «диагонального учета»: поощрение инвестиций не только в рамках бюджетов, но и в долгосрочной перспективе. Это именно та ситуация, в которой правительство должно вмешаться и играть сильную руководящую роль в объединении различных областей государственной политики, подчеркивая (возможно, даже финансируя) те инвестиции, которые окупаются главным образом в будущем.

## ЛИТЕРАТУРА

- Knapp M. Economic evaluation and mental health: sparse past... fertile future? *J Ment Health Policy Econ* 1999;2:163-7.
- Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K et al. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, 4th ed. Oxford: Oxford Medical Publications, 2015.
- Cookson R, Mirelman AJ, Griffin S et al. Using cost-effectiveness analysis to address health equity concerns. *Value Health* 2017;20:206-12.
- Knapp M, Iemmi V. Mental health. In: Scheffler RM (ed). *World scientific handbook of global health economics and public policy*, Vol. 2. Singapore: World Scientific, 2016:1-41.
- Bloom DE, Cafiero ET, Janji-Llopis E et al. *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Geneva: World Economic Forum, 2011.
- Knapp M, Iemmi V. Noncommunicable disease: the case of mental health, macroeconomic effect of. In: Culyer AJ (ed). *Encyclopedia of health economics*, 2014:366-9.
- Knapp M, Iemmi V. The role of economics in mental health policy. In: Davidson L (ed). *The Routledge handbook of international development, mental health and wellbeing*. Abingdon-on-Thames: Routledge, 2019.
- Martin-Carrasco M, Evans-Lacko S, Dom G et al. EPA guidance on mental health and economic crises in Europe. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2016;266:89-124.
- National Institute for Health and Care Excellence. *Guide to the methods of technology appraisal 2013*. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2013.
- Neumann PJ, Cohen JT, Weinstein MC. Updating cost-effectiveness – the curious resilience of the \$50,000-per-QALY threshold. *N Engl J Med* 2014;371:796-7.
- World Health Organization. *Making the investment case for mental health: a WHO/UNDP methodological guidance note*. Geneva: World Health Organization, 2019.
- World Health Organization. *Mental health atlas 2017*. Geneva: World Health Organization, 2018.
- Vigo DV, Kestel D, Pendakur K et al. Disease burden and government spending on mental, neurological, and substance use disorders, and self-harm: cross-sectional, ecological study of health system response in the Americas. *Lancet Public Health* 2019;4:e89-96.
- Wimo A, Winblad B, Jonsson L. The worldwide societal costs of dementia: estimates for 2009. *Alzheimers Dement* 2010;6:98-103.
- World Health Organization. *Dementia: a public health priority*. Geneva: World Health Organization, 2012.
- Alzheimer's Disease International. *Policy brief for heads of government: the global impact of dementia 2013-2050*. London: Alzheimer's Disease International, 2013.
- Camacho EM, Shields GE. Cost-effectiveness of interventions for perinatal anxiety and/or depression: a systematic review. *BMJ Open* 2018;8: e022022.
- Wilkinson A, Anderson S, Wheeler SB. Screening for and treating postpartum depression and psychosis: a cost-effectiveness analysis. *Matern Child Health J* 2017;21:903-14.
- Morrell CJ, Warner R, Slade P et al. Psychological interventions for postnatal depression: cluster randomised trial and economic evaluation. *The PoNDER trial*. *Health Technol Assess* 2009;13:iii-iv, xi-xiii, 1-153.
- Bauer A, Pawlby S, Plant DT et al. Perinatal depression and child development: exploring the economic consequences from a South London cohort. *Psychol Med* 2015;45:51-61.
- Bauer A, Parsonage M, Knapp M et al. *The costs of perinatal mental health problems*. London: Centre for Mental Health and London School of Economics, 2014.
- Bauer A, Knapp M, Adelaja B. *Best practice for perinatal mental health care: the economic case*. London: London School of Economics and Political Science, 2016.
- Morrell CJ, Sutcliffe P, Booth A et al. A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression. *Health Technol Assess* 2016;20:1-414.
- Henderson C, Dixon S, Bauer A et al. Cost-effectiveness of PoNDER health visitor training for mothers at lower risk of depression: findings on prevention of postnatal depression from a cluster-randomised controlled trial. *Psychol Med* 2019;49:1324-34.
- Paulden M, Palmer S, Hewitt C et al. Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis. *BMJ* 2009;339:b5203.
- Clarke K, King M, Prost A. Psychosocial interventions for perinatal common mental disorders delivered by providers who are not mental health specialists in low- and middle-income countries: a systematic review and metaanalysis. *PLoS Med* 2013;10:e1001541.
- Hamilton MP, Hetrick SE, Mihalopoulos C et al. Identifying attributes of care that may improve cost-effectiveness in the youth mental health service system. *Med J Aust* 2017;207:S27-37.
- Beecham J. Annual research review: Child and adolescent mental health interventions: a review of progress in economic studies across different disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 2014;55:714-32.
- Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 2016;387:2423-78.
- Knapp M, Ardino V, Brimblecombe N et al. *Youth mental health: new economic evidence*. London: London School of Economics and Political Science 2016.
- Byford S, Barrett B, Roberts C et al. Cost-effectiveness of selective serotonin reuptake inhibitors and routine specialist care with and without cognitive behavioural therapy in adolescents with major depression. *Br J Psychiatry* 2007;191:521-7.
- Domino ME, Foster EM, Vitiello B et al. Relative cost-effectiveness of treatments for adolescent depression: 36-week results from the TADS randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:711-20.
- Brettschneider C, Djadran H, Harter M et al. Cost-utility analyses of cognitive-behavioural therapy of depression: a systematic review. *Psychother Psychosom* 2015;84:6-21.
- Dickerson JF, Lynch FL, Leo MC et al. Cost-effectiveness of cognitive behavioral therapy for depressed youth declining antidepressants. *Pediatrics* 2018;141:e20171969.
- Domino ME, Burns BJ, Silva SG et al. Cost-effectiveness of treatments for adolescent depression: results from TADS. *Am J Psychiatry* 2008;165:588-96.
- Evans-Lacko S, Takizawa R, Brimblecombe N et al. Childhood bullying victimization is associated with use of mental health services over five decades: a longitudinal nationally representative cohort study. *Psychol Med* 2017;47:127-35.
- Brimblecombe N, Evans-Lacko S, Knapp M et al. Long term economic impact associated with childhood bullying victimisation. *Soc Sci Med* 2018;208:134-41.
- Lamsal R, Zwicker JD. Economic evaluation of interventions for children with neurodevelopmental disorders: opportunities and challenges. *Appl Health Econ Health Policy* 2017;15:763-72.
- Skokauskas N, Lavelle TA, Munir K et al. The cost of child and adolescent mental health services. *Lancet Psychiatry* 2018;5:299-300.
- Hilferty F, Cassells R, Muir K et al. *Is headspace making a difference to young people's lives? Final report of the independent evaluation of the headspace program*. Sydney: Social Policy Research Centre, UNSW Australia, 2015.
- Singh SP, Tuomainen H, de Girolamo G et al. Protocol for a cohort study of adolescent mental health service users with a nested cluster randomized controlled trial to assess the clinical and cost-effectiveness of managed transition in improving transitions from child to adult mental health services (the MILESTONE study). *BMJ Open* 2017;7:e016055.
- Richards DA, Ekers D, McMillan D et al. Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet* 2016;388:871-80.
- Ho FY, Yeung WF, Ng TH et al. The efficacy and cost-effectiveness of stepped care prevention and treatment for depressive and/or anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 2016;6:29281.
- Grochtdreis T, Brettschneider C, Wegener A et al. Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of depressive disorders in primary care: a systematic review. *PLoS One* 2015;10:e0123078.
- Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry* 2016;3:415-24.
- Layard R, Clark DM. Why more psychological therapy would cost nothing. *Front Psychol* 2015;6:1713.
- Randall JR, Vokey S, Loewen H et al. A systematic review of the effect of early interventions for psychosis on the usage of inpatient services. *Schizophr Bull* 2015;41:1379-86.
- Bird V, Premkumar P, Kendall T et al. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 2010;197:350-6.

49. Correll CU, Galling B, Pawar A et al. Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA Psychiatry* 2018;75:555-65.
50. Knapp M, Andrew A, McDaid D et al. Making the business case for effective interventions for people with schizophrenia and psychosis. London: London School of Economics and Political Science, 2014.
51. Park AL, McCrone P, Knapp M. Early intervention for first-episode psychosis: broadening the scope of economic estimates. *Early Interv Psychiatry* 2016;10:144-51.
52. Aceituno D, Vera N, Prina AM et al. Cost-effectiveness of early intervention in psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 2019;215:388-94.
53. Behan C, Masterson S, Clarke M. Systematic review of the evidence for service models delivering early intervention in psychosis outside the standalone centre. *Early Interv Psychiatry* 2017;11:3-13.
54. Health Quality Ontario. Cognitive behavioural therapy for psychosis: a health technology assessment. *Ont Health Technol Assess Ser* 2018;18:1-141.
55. Henderson C, Knapp M, Yeeles K et al. Cost-effectiveness of financial incentives to promote adherence to depot antipsychotic medication: economic evaluation of a cluster-randomised controlled trial. *PLoS One* 2015; 10:e0138816.
56. Knapp M, Patel A, Curran C et al. Supported employment: cost-effectiveness across six European sites. *World Psychiatry* 2013;12:60-8.
57. Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generalizability of the individual placement and support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry* 2012;11:32-9.
58. Knapp M, McDaid D, Park AL. Recovery and economics. *Die Psychiatrie* 2015;12:162-6.
59. Nemeth B, Fasseeh A, Molnar A et al. A systematic review of health economic models and utility estimation methods in schizophrenia. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2018;18:267-75.
60. Wimo A, Ballard C, Brayne C et al. Health economic evaluation of treatments for Alzheimer's disease: impact of new diagnostic criteria. *J Intern Med* 2014;275:304-16.
61. Peters JL, Anderson R, Hoyle M et al. Evolution of a cost-utility model of donepezil for Alzheimer's disease. *Int J Technol Assess Health Care* 2013;29:147- 54.
62. Knapp M, King D, Romeo R et al. Cost-effectiveness of donepezil and memantine in moderate to severe Alzheimer's disease (the DOMINO-AD trial). *Int J Geriatr Psychiatry* 2017;32:1205-16.
63. Howard R, McShane R, Lindesay J et al. Nursing home placement in the Donepezil and Memantine in Moderate to Severe Alzheimer's Disease (DOMINO- AD) trial: secondary and post-hoc analyses. *Lancet Neurol* 2015;14: 1171-81.
64. Banerjee S, Hellier J, Dewey M et al. Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomised, multicentre, double-blind, placebo- controlled trial. *Lancet* 2011;378:403-11.
65. Romeo R, Knapp M, Hellier J et al. Cost-effectiveness analyses for mirtazapine and sertraline in dementia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2013;202:121-8.
66. Rosenheck RA, Leslie DL, Sindelar JL et al. Cost-benefit analysis of second-generation antipsychotics and placebo in a randomized trial of the treatment of psychosis and aggression in Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1259-68.
67. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2018.
68. Knapp M, Thorgrimsen L, Patel A et al. Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis. *Br J Psychiatry* 2006;188:574- 80.
69. D'Amico F, Rehill A, Knapp M et al. Maintenance cognitive stimulation therapy: an economic evaluation within a randomized controlled trial. *J Am Med Dir Assoc* 2015;16:63-70.
70. Brown H, D'Amico F, Knapp M et al. A cost effectiveness analysis of maintenance cognitive stimulation therapy (MCST) for people with dementia: examining the influence of cognitive ability and living arrangements. *Aging Ment Health* 2019;23:602-7.
71. Department of Health and Social Care. Prime Minister's challenge on dementia 2020. London: Department of Health and Social Care, 2015.
72. Knapp M, King D, Romeo R et al. Cost effectiveness of a manual based coping strategy programme in promoting the mental health of family carers of people with dementia (the START (STrAtegies for RelaTives) study): a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ* 2013;347:f6342.
73. Livingston G, Manela M, O'Keeffe A et al. Clinical effectiveness of the START (STrAtegies for RelaTives) psychological intervention for family carers and the effects on the cost of care for people with dementia: 6-year follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* (in press).
74. Nichols LO, Chang C, Lumms A et al. The cost-effectiveness of a behavior intervention with caregivers of patients with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:413-20.
75. Lykens K, Moayad N, Biswas S et al. Impact of a community based implementation of REACH II program for caregivers of Alzheimer's patients. *PLoS One* 2014;9:e89290.
76. Michalowsky B, Xie F, Eichler T et al. Cost-effectiveness of a collaborative dementia care management – Results of a cluster-randomized controlled trial. *Alzheimers Dement* 2019;15:1296-308.
77. Livingston G, Barber J, Marston L et al. Clinical and cost-effectiveness of the Managing Agitation and Raising Quality of Life (MARQUE) intervention for agitation in people with dementia in care homes: a single-blind, cluster-randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2019;6:293-304.
78. Romeo R, Zala D, Knapp M et al. Improving the quality of life of care home residents with dementia: cost-effectiveness of an optimized intervention for residents with clinically significant agitation in dementia. *Alzheimers Dement* 2019;15:282-91.
79. Ballard C, Corbett A, Orrell M et al. Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: a cluster-randomised controlled trial. *PLoS Med* 2018;15:e1002500.
80. Patel V, Chisholm D, Parikh R et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd ed. *Lancet* 2016;387:1672-85.
81. Arango C, Diaz-Caneja CM, McGorry PD et al. Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry* 2018;5:591-604.
82. Thornicroft G, Mehta N, Clement S et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet* 2016;387:1123-32.
83. Simon G, Katon W, Lin E et al. Diabetes complications and depression as predictors of health service costs. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27:344-51.
84. Snell T, Knapp M, Healey A et al. Economic impact of childhood psychiatric disorder on public sector services in Britain: estimates from national survey data. *J Child Psychol Psychiatry* 2013;54:977-85.
85. Woo JM, Kim W, Hwang TY et al. Impact of depression on work productivity and its improvement after outpatient treatment with antidepressants. *Value Health* 2011;14:475-82.
86. Scott S, Knapp M, Henderson J et al. Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ* 2001;323:191.
87. Knapp M, McDaid D, Parsonage M. Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case. London: London School of Economics and Political Science, 2011.
88. McDaid D, Park AL, Knapp M. Commissioning cost-effective services for promotion of mental health and wellbeing and prevention of mental illhealth. London: London School of Economics and Political Science, 2017.
89. Funk M, Drew N, Knapp M. Mental health, poverty and development. *J Public Ment Health* 2012;11:166-85.
90. Lund C, De Silva M, Plagerson S et al. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2011;378: 1502-14.
91. Naylor C, Parsonage M, McDaid D et al. Long-term conditions and mental health: the cost of co-morbidities. London: The King's Fund, 2012.
92. Patel V, Saxena S, Lund C et al. The Lancet commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* 2018;392:1553-98.
93. Kilbourne AM, Beck K, Spaeth-Ruble B et al. Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World Psychiatry* 2018; 17:30-8.
94. Webber M, Treacy S, Carr S et al. The effectiveness of personal budgets for people with mental health problems: a systematic review. *J Ment Health* 2014;23:146-55.

DOI:10.1002/wps.20692