


Volume 15, 17 Nov 2015

Publisher: Uopen Journals

URL: <http://www.ijic.org>

Cite this as: Int J Integr Care 2015; WCIC Conf Suppl; [URN:NBN:NL:UI:10-1-117318](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:nl:ui:10-1-117318)

Copyright: 

---

## Conference Abstract

### **Integrating Health and Mental Health Services in the US / Integración de la Salud y Servicios de Salud Mental en los EE.UU**

*William Douglas Tynan, American Psychological Association, United States of America*

Correspondence to: **William Douglas Tynan**, American Psychological Association, United States of America, E-mail: [dtynan@apa.org](mailto:dtynan@apa.org)

---

#### **Abstract**

A review of factors that impact on health indicate that access to clinical health care services accounts for less than 15% of health outcome, while social and environmental factors such as housing and food supply determine 40% of health, and health behaviors account for 35% of health, with the remaining variance is accounted for by genetics. If progress is to be made, behavioral health needs, including addressing the domains of health behaviors, such as smoking, sedentary behavior and poor diet; treatment of diagnosable mental health conditions, and substance abuse must be effectively integrated into primary care. Data from the US indicate that providing treatment during years lived with chronic health conditions now accounts for the majority of health care costs. Further, it has also been well documented that people who have chronic health conditions are much more likely to also have co-morbid depression and anxiety. Patients who have dual health and mental health or substance abuse diagnoses tend to have higher (50% or more) health care costs, particularly when their behavioral conditions are not treated. Effective treatment for those patients must include well coordinated health and mental health services. Prospective studies have shown that treatment of co-morbid conditions results in improved health and satisfaction with treatment. Thus, to address the three major domains of behavioral health (health behaviors, mental health conditions, substance abuse) requires a multi faceted approach that recognizes the contribution of behavioral factors to health. These includes public health and community campaigns to reduce smoking, improve diet and increase physical activity in a healthy population at risk due to behavior. The second tier for intervention for integrated primary care to address the needs of patients who have the highest need, those with co-morbid health and mental health conditions. Full integration of health, mental health and substance abuse services will include team based coordinated practice, and sharing of information through electronic health records. For the patients who have the highest level of complexity, development of coordinated care plans is an essential step.

Currently there are a number of policy obstacles to the provision of integrated care in the US, and they are slowly being addressed. These include separate public and private insurance funding systems for health, mental health and substance abuse in many states, referred to as 'carve out' programs. In some states there is an additional barrier of prohibiting same day billing by health and mental health providers, requiring patients to come back a second time to be seen. Last, mental health providers have difficulty submitting for services for patients without a mental health diagnosis, even if health related behaviors are the topic of the intervention. There are however now several model programs that have effectively integrated care and have demonstrated improved outcome for patients and reduced costs.

There is also a recent shift by both federal insurances and private payers from a fee for service reimbursement to a system that provides additional payment for quality and outcome, to an eventual system that simply pays a monthly fee for providing care to a patient population. This funding change provides incentives to develop effective, efficient integrated care practices. To meet the goals of quality and outcome, provider groups will have to address behavioral issues, and current integrated practice models will become that standard of care. Both federal policy in Medicare and state policies for Medicaid and private insurers have endorsed experimentation and development of model integrated care programs. Bringing those programs to scale by advising the public, developing training programs to foster integrated teams and assisting in practice transformation are all required. Models from two state approaches (Colorado & Delaware) will be presented.

## **Conference abstract Spanish**

Una revisión de los factores que inciden en la salud indican que el acceso a los servicios de salud clínicos representa al menos del 15% de los resultados de salud, mientras que los factores sociales y ambientales, como la vivienda y el suministro de alimentos determinan que el 40% de la salud y los comportamientos de salud representan el 35% de la salud, con la varianza restante se explica por medio de la genética. Si el progreso ha de hacerse, necesidades de salud mental, incluyendo abordar los dominios de las conductas de salud, como el tabaquismo, el sedentarismo y la mala alimentación; tratamiento de las enfermedades mentales diagnosticables y el abuso de sustancias debe integrarse de manera efectiva en la atención primaria. Los datos de los EE.UU. indican que la provisión de tratamiento durante los años vividos con condiciones crónicas de salud representa en la actualidad la mayoría de los costos de atención de salud. Además, también ha sido bien documentado que las personas que tienen problemas de salud crónicos son mucho más propensos a tener también co-morbidad, depresión y ansiedad. Los pacientes que tienen diagnósticos de abuso de sustancias o de salud mentales dual de salud, tienden a tener más altos (50% o más) de los costos de atención de salud, sobre todo cuando sus condiciones de comportamiento no son tratados. El tratamiento eficaz para los pacientes debe incluir la salud bien coordinada y servicios de salud mental. Los estudios prospectivos han demostrado que el tratamiento de condiciones comórbidas resultaban en la mejora de la salud y la satisfacción con el tratamiento. Por lo tanto, para hacer frente a los tres grandes dominios de la salud de la conducta (conductas de salud, condiciones de salud mental, abuso de sustancias) requiere un enfoque de múltiples facetas que reconoce la contribución de los factores de comportamiento para la salud. Estos incluyen las campañas de salud pública y de la comunidad para reducir el tabaquismo, mejorar la dieta y aumentar la actividad física en una población sana en riesgo debido a la conducta. El segundo nivel de intervención para la atención primaria integrada para hacer frente a las necesidades de los pacientes que tienen mayores necesidades, aquellos con condiciones de co-mórbida de salud y de salud mental. La plena integración de los servicios de abuso de la salud, salud mental y sustancias incluirá práctica del equipo en base coordinada, y el intercambio de información a través de los registros electrónicos de salud. Para los pacientes que tienen el más alto nivel de complejidad, desarrollo de planes de atención coordinada es un paso esencial.

En la actualidad hay una serie de obstáculos políticos a la prestación de atención integral en los EE.UU., ya que poco a poco se están abordando. La Tesis incluye sistemas separados públicos y privados de financiación del seguro de salud, salud mental y abuso de sustancias en muchos estados, denominados programas "labrarse". En algunos estados hay una barrera adicional de prohibir el mismo día de facturación por la salud y los proveedores de salud mental, que requieren los pacientes para volver una segunda vez para ser visto. Por último, los proveedores de salud mental tienen dificultades para la presentación de los servicios de los pacientes sin un diagnóstico de salud mental, incluso si los comportamientos relacionados con la salud son el tema de la intervención. Sin embargo, existen ahora varios programas modelo que han integrado eficazmente la atención y han demostrado un mejor resultado para los pacientes y la reducción de costos.

También hay un cambio reciente de ambos seguros federales y pagadores privados de una cuota para el reembolso de servicios a un sistema que ofrece un pago adicional por la calidad y el resultado, a un sistema eventual que sólo paga una cuota mensual para brindar atención a una población de pacientes. Este cambio de financiación proporciona incentivos para desarrollar prácticas de atención integral eficaces y eficientes. Para cumplir con los objetivos de calidad y el

resultado, grupos de proveedores tendrán que abordar los problemas de comportamiento y modelos de prácticas integradas actuales se convertirán en este nivel de atención. Tanto la política federal en Medicare y políticas de Estado para Medicaid y seguros privados han apoyado la experimentación y el desarrollo de programas modelo de atención integrada. Traer esos programas a escala aconsejando al público, el desarrollo de programas de capacitación para fomentar equipos integrados y ayudar en la transformación práctica son todos necesarios. Se presentarán los modelos de dos enfoques estatales (Colorado y Delaware).

## **Keywords**

**behavioral; integration; primary; patient-centered / comportamiento; integración; primario; centrado en el paciente**

---

## **PowerPoint presentation**

<http://integratedcarefoundation.org/resource/wcic3-presentations>