

# Ekonomsko breme duševnih bolezni

Economic burden of mental diseases

Eva Turk, Tit Albreht

Inštitut za varovanje  
zdravja Republike  
Slovenije, Trubarjeva 2,  
1000 Ljubljana

## Korespondenca/ Correspondence:

Eva Turk, Inštitut za  
varovanje zdravja  
Republike Slovenije,  
Trubarjeva 2, 1000  
Ljubljana  
eva.turk@ivz-rs.si

## Ključne besede:

duševne bolezni,  
ekonomsko breme

## Key words:

mental health, economic  
burden of mental  
diseases

## Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2010;  
79: 531–536

Prispelo: 24. sept. 2009,  
Sprejeto: 24. dec. 2009

## Izvilleček

Duševno zdravje je pomemben sestavni del javnega zdravja. Pri tem velja poudariti, da se je potrebno ukvarjati z duševnim zdravjem celotnega prebivalstva in ne le z duševnim zdravjem posameznikov.

Po nekaterih ocenah se vsako leto kar eden od štirih Evropejcev sooča s težavami v duševnem zdravju. Stroški se kažejo na različnih področjih, daleč najpomembnejše breme pa je izgubljena produktivnost na delovnem mestu. Ta običajno presega neposredne stroške zdravstvenega in socialnega varstva duševnih bolezni in motenj. Zaradi tega se je duševno zdravje v zadnjih letih povzpelo visoko med zdravstvenopolitične prednostne naloge mnogih evropskih držav, tako v smislu spodbujanja splošnega duševnega zdravja prebivalstva, a tudi v obravnavanju potreb duševno bolnih ljudi.

Namen članka je prikaz ekonomskega bremena duševnih bolezni v EU in Sloveniji.

## Uvod

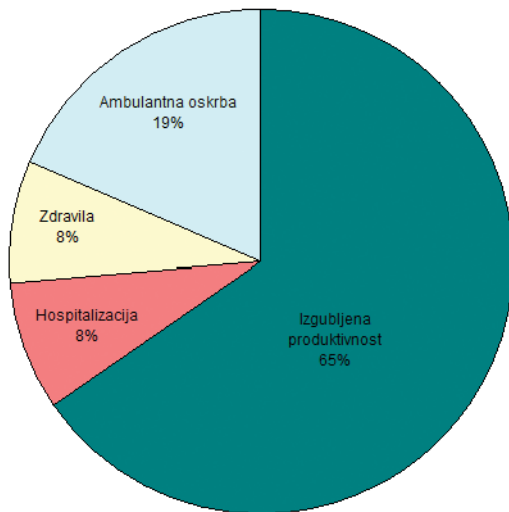
Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) duševno zdravje opredeljuje kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost«. Duševno zdravje je osrednjega pomena za človeški, družbeni in ekonomski kapital narodov in ga moramo zato obravnavati kot sestavni in bistveni del drugih področij javnih politik, kot so človekove pravice, socialno varstvo, izobraževanje in zaposlovanje.<sup>1</sup> Poleg tega je duševno zdravje sestavni del javnega zdravja. Pomembno je, da se ukvarjamo z dušev-

## Abstract

Mental health is an important integral part of public health. It is important to deal with the mental health of the total population and not just mental health of individuals. According to some estimates, each year one out of four Europeans will face mental health problems. Costs are reflected in various areas, by far the most important burden is the lost productivity at workplace. It usually exceeds the direct costs of health and social care due to mental illness. Therefore, mental health has risen high in the health policy agenda in many European countries, both in terms of promoting the general mental health of their populations as well as addressing the needs of mentally ill people. The purpose of the article is to show the economic burden of mental illness in the EU and Slovenia.

nim zdravjem celotnega prebivalstva in ne le z duševnim zdravjem posameznikov.

Po ocenah mreže Mental Health Economics European Network (MHEEN) se vsako leto kar eden od štirih (132 milijonov) Evropejcev sooča s težavami v duševnem zdravju. To stane vsako evropsko gospodinjstvo več kot 2.200 evrov na leto.<sup>2</sup> Stroški se kažejo na različnih področjih, vendar je daleč najpomembnejša izgubljena produktivnost na delovnem mestu. Ta običajno presega neposredne stroške zdravstvenega in socialnega varstva duševnih bolezni. Zaradi tega se je duševno zdravje v zadnjih letih povzpelo visoko med zdravstvenopolitične prednostne naloge mnogih evropskih držav, tako v smislu spodbujanja splošnega duševnega



**Slika 1:** Stroški depresije v EU.  
Vir: MHEEN II Policy Briefing, 2008; Sobocki P et al, 2006.

zdravja prebivalstva kot tudi v smislu obravnavanja potreb duševno bolnih ljudi.

Namen članka je prikazati ekonomsko breme duševnih bolezni v EU in Sloveniji.

### Mednarodni vidik ekonomskega bremena duševnih bolezni

Najpogostejše oblike duševnih bolezni v EU so anksiozne motnje in depresija. Depresija, za katero je SZO v 90. letih prejšnjega stoletja napovedovala, da bo do leta 2020 postala drugi najpogostejši vzrok bolezni v razvitem svetu,<sup>3,4</sup> se že danes v najresnejši obliki pojavlja pri 13 % odrasle populacije oziroma pri 9 % odraslih moških in 17 % odraslih žensk v EU. Vpliv depresije na kakovost življenja lahko enačimo s kakovostjo življenja posameznika s hudo telesno boleznijo, npr. z možgansko kapjo.<sup>5</sup> Depresija je

**Slika 2:** Stroški zdravljenja duševnih bolezni v Sloveniji po spolu in starosti, 2006.  
Vir: SURS, interni izračun IVZ.



že prehitela ishemično bolezen srca in sedaj prispeva 9,2 % DALY<sup>1</sup> v regiji.

Duševne bolezni niso breme le za prizadete državljane in njihove družine, ampak v prvi vrsti pomenijo veliko ekonomsko breme za celotno družbo. Prinašajo izgubo in obremenitev za gospodarski, socialni, izobraževalni ter kazenski in sodni sistem.<sup>6,7</sup> Vzrok za to je predvsem velika razširjenost bolezni in začetek bolezni v sorazmerno mladi starosti, pogosto v kombinaciji s kroničnim potekom duševnih motenj. Skupni stroški teh bolezni v EU ocenjujejo na 3–4 % BDP.<sup>7,8</sup> Ocenjujejo, da je 65 % teh stroškov posrednih (zunaj zdravstvenega sektorja) in so predvsem posledica invalidnosti ter manjše produktivnosti, dolgotrajne odsotnosti z dela, nezmožnosti za delo in prezgodnje upokojitve.<sup>2,6</sup> Duševne motnje so glavni razlog za dodelitev invalidske pokojnine v večini držav članic EU. Literatura kaže, da so duševne motnje povezane z velikim gospodarskim bremenom, predvsem zaradi visokega povpraševanja po psihiatričnih, drugih zdravstvenih in socialnih storitvah.<sup>2,8,9</sup>

V letu 2004 so bili ekonomski stroški, ki so nastali zgolj zaradi depresije, ocenjeni na 250 evrov na prebivalca oziroma na 118 milijard evrov v državah EU25 in EFTA, pri čemer so neposredni stroški oziroma stroški, ki so nastali zaradi zdravljenja, predstavljali zgolj manjši del celotnega ekonomskega bremena.<sup>10,11,3</sup> Sobocki P et. al (2006) so ocenili, da izgubi produktivnosti pripada 77 mio evrov (65 %), medtem ko so neposredni stroški zdravljenja 41 mio evrov (35 %) celotnih stroškov depresije (Slika 1).

Duševno zdravje igra pomembno vlogo zlasti na področju zaposlovanja. European Brain Council (Evropski svet za možgane) je s študijo o stroških duševnih motenj v EU dokazal, da na izgubljeno produktivnost v veliki meri vpliva odsotnost z dela.<sup>5,12</sup> Zanimivo je dodati, da primerjava duševnih bolezni, npr. depresije, s srčno-žilnimi boleznimi v EU pokaže več kot enkrat večjo izgubljeno produktivnost na račun depresije,

<sup>1</sup> Izgubljena »zdrava« leta življenja zaradi posledic bolezni (angl. *Disability adjusted life years, DALY*) združujejo izgubljena leta življenja (angl. *Years of life lost, YLL*) zaradi prezgodnje smrti in leta življenja, izgubljena zaradi življenja v manj kot v polnem zdravju (angl. *Years lost due to Disability, YLD*).

**Tabela 1:** Potencialne ekonomske posledice duševnih bolezni.

Perspektiva	Stroški oskrbe	Stroški produktivnosti	Drugi stroški
Posameznik z duševnimi motnjami	stroški zdravljenja	nezmožnost za delo; izgubljen prihodek	trpljenje; bolečina; zdravljenje stranskih učinkov; samomor; stigmatizacija
Družina in prijatelji	neformalna oskrba	odsotnost z dela; zmanjšana produktivnost	obremenitve; psihološka stiska negovalcev
Družba		zmanjšana produktivnost	izguba življenj
Zdravstveno varstvo	zagotavljanje storitev na področju duševnega zdravja; oskrba in splošna zdravstvena nega (obdavčitev in zavarovanje)		
Socialno varstvo	zagotavljanje storitev socialnega varstva in lokalnih oblasti; socialno delo; nastanitve		

Vir: modificirano po Dawson A in Tylee A, 2001 in Suhrcke et al, 2007.

in sicer 76 milijonov evrov proti 35 milijonov evrov.<sup>13,14,15</sup>

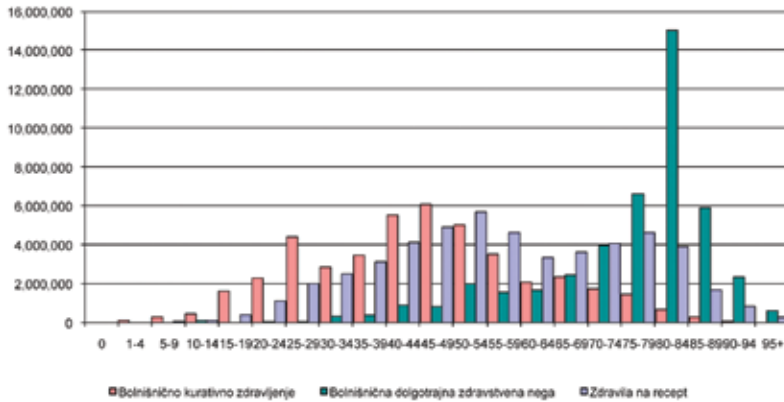
Ekonomske posledice zdravstvenih težav je treba izpostaviti zato, da bi pritegnili pozornost oblikovalcev politik zunaj zdravstvenega sektorja. Medsektorsko sodelovanje je nujno, če želimo problematiko duševnih bolezni v prihodnosti učinkoviteje reševati. Duševno zdravje ni le pomemben zdravstveni problem, ampak se zrcali tudi na številnih drugih področjih življenja. Poleg tega, da neposredno zadeva posameznika, njegovo družino in prijatelje, igra pomembno vlogo v celotni družbi. Tabela 1 prikazuje potencialne ekonomske posledice duševnih bolezni. Neposredni stroški nastajajo predvsem v zdravstvenem varstvu (bolnišnične obravnave, zdravila, nega itd.) in socialnem varstvu (neformalna oskrba, nega, nastanitve v socialnih zavodih itd.). Posredni stroški pa se kažejo z nezmožnostjo za delo, odsotnostjo z dela, zmanjšano produktivnostjo, izgubljenim prihodkom ipd. Pomembno je omeniti nematerialne stroške, ki jim pogosto ne moremo pripisati denarne vrednosti, vendar so pomemben dejavnik v življenju. Ti stroški so predvsem bolečina, trpljenje, duševna stiska negovalcev in podobno.

Pri ocenjevanju ekonomskega bremena bolezni ali zdravljenja je pomembno poudariti pomen pojma »stroški« z ekonomske-

ga vidika.<sup>16</sup> Cena pomeni običajno vse, kar se plača za blago ali storitev; opredmetena osnovna transakcija običajno potrди prejem. Ta koncept je včasih, vendar ne vedno, v skladu s konceptom stroškov, ki jih uporabljajo ekonomisti, ta pa izvira iz »oportunitetnih stroškov<sup>2</sup>«. V kontekstu duševnih bolezni je čas, ki ga sorodniki, prijatelji ali prostovoljci porabijo v skrbi za duševno moteno osebo, ekonomski strošek, čeprav ni neposredno zaračunan.

Poleg opredeljevanja posameznih stroškov je merjenje ekonomskih posledic tudi izziv. Iskanje načinov, da se npr. upošteva čas, dodeljen za neformalno oskrbo, je le ena od mnogih komponent, ki jo je potrebno ekonomsko izraziti. Težave obstajajo tudi pri merjenju stroškov različnih obravnav, ki jih prejema bolnik. Sposobnost za merjenje teh stroškov je odvisna predvsem od tega, kako je organiziran plačilni sistem v posameznih državah ali regijah.<sup>17</sup> V Združenih državah Amerike obstaja neke vrste evidenca »obračuna« zneskov, ki se prenašajo med plačnikom in ponudniki storitev, ki jih uporablja posamezni bolnik. Takšna rešitev je manj izvedljiva v večini evropskih zdravstvenih sistemov, v katerih obračunavanje storitev poteka na drugačen način, informacijski sistemi pa so premalo razviti, da bi

<sup>2</sup> Oportunitetne stroške opredelimo kot vrednost uporabe sredstev na najboljši način ali drugače: oportunitetni strošek je strošek izgubljene alternative.



**Slika 3:** Razporeditev stroškov zdravljenja duševnih bolezni glede na bolnišnično kurativno zdravljenje, dolgotrajno zdravljenje in zdravila po starosti, 2006. Vir: SURS, interni izračun IVZ.

lahko zagotovili dovolj podrobne podatke za izračun stroškov.

Ocena ekonomskega bremena postane bolj zapletena, ko želimo poleg ocene stroškov storitev vključiti npr. oceno možne izgubljene produktivnosti. Težave se še povečajo, ko poskusimo pripisati denarno vrednost širšim posledicam, kot so npr. socialna izključenost, stigmatizacija in slabša kakovost življenja. Zato so te vrste bremena pogosto izključene iz analize, pri čemer pa izpade delež stroškov, ki je še posebej velik v primeru duševnih bolezni.<sup>16,18</sup>

**Slika 4:** Povprečno trajanje bolnišničnih obravnav po poglavjih klasifikacije MKB-10 za leti 1997 in 2008.<sup>20</sup>

Vir: IVZ-RS, Zbirka bolnišničnih obravnav (hospitalizacij) zaradi bolezni, 2009.

### Ekonomsko breme duševnih bolezni v Sloveniji

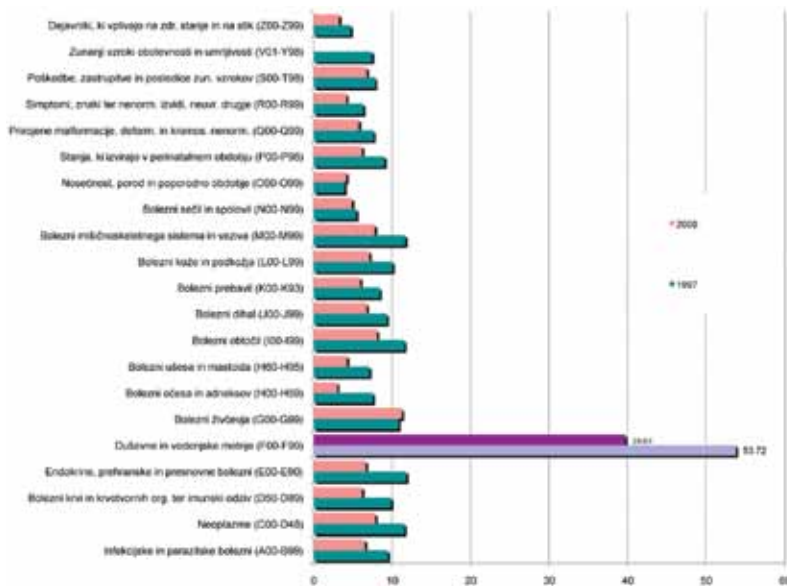
V Sloveniji ni izračunov ekonomskega bremena duševnih bolezni. Po podatkih Statističnega urada in internih izračunih IVZ znašajo stroški zdravljenja duševnih bolezni

v Sloveniji v letu 2006 177,8 milijonov evrov (Slika 2). Stroški so izračunani po metodi nacionalnih zdravstvenih računov in zajemajo poleg bolnišničnega kurativnega zdravljenja, bolnišnične dolgotrajne zdravstvene nege in zdravil, ki so največji stroški, tudi primere dnevne kurativne oskrbe, vse druge specialistične ambulantne dejavnosti, bolnišnično in specialistično ambulantno rehabilitacijo, dolgotrajno zdravstveno nego oziroma nego na domu. Manjši delež stroškov so diagnostične storitve, medicinsko-tehnični pripomočki in prevoz bolnikov ter reševanje v nujnih primerih.

Zdravniki na primarni ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji delujejo kot t.i. »vratarji« in se prvi srečajo z bolnikom z duševno motnjo. Po podatkih IVZ je bilo v letu 2006 prvih obiskov zaradi duševnih in vedenjskih motenj 91.450, kar je 1,8 % vseh prvih obiskov na primarni ravni.<sup>6</sup>

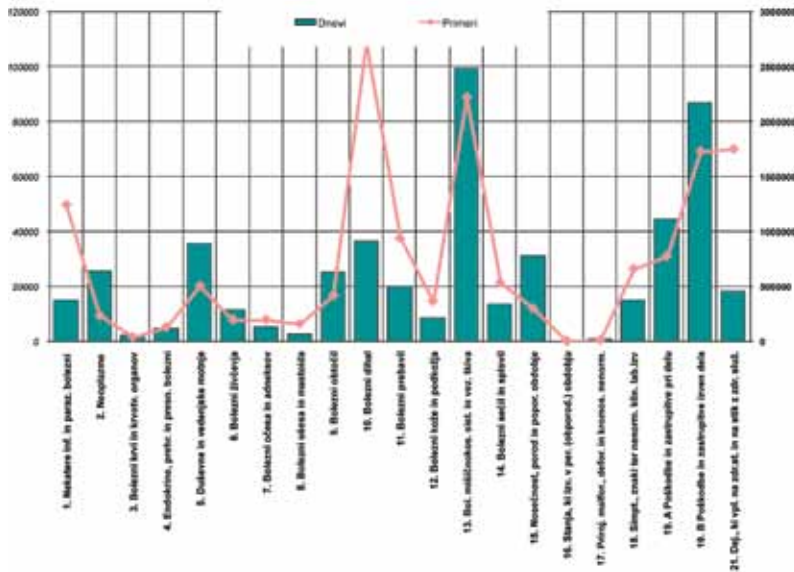
Psihiatrična dejavnost v Sloveniji trenutno poteka v 42 zdravstvenih domovih, 67 zasebnih ambulantah, 4 splošnih bolnišnicah in 2 klinikah (Šempeter, Novo mesto, Ptuj, Slovenj Gradec; KC Ljubljana, Onkološki inštitut), 6 psihiatričnih bolnišnicah (Begunje, Idrija, Vojnik, Ormož, PK Ljubljana, Oddelek za psihiatrijo v SB Maribor) in na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Poleg tega se s psihiatrično dejavnostjo ukvarjajo v Svetovalnem centru za otroke in mladostnike v Ljubljani, v 7 socialnih zavodih ter v okviru Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij RS.<sup>6</sup>

Specilistična psihiatrična dejavnost se v Sloveniji obračunava po primerih<sup>3</sup>. Specialistično psihiatrično dejavnost v Sloveniji izvaja 15 zdravstvenih domov, 45 zasebnih ambulant, 2 splošni bolnišnici (Novo mesto, Ptuj), 6 psihiatričnih bolnišnic in 6 socialnih zavodov ter Svetovalni center za otroke in mladostnike v Ljubljani. V letu 2006 je bilo v specialističnih ambulantah opravljenih 65.556 prvih pregledov z diagnozo duševnih in vedenjskih motenj ali namernih samopoškodb, kar je 2,7 % vseh prvih pregledov v specialističnih ambulantah.<sup>6</sup>



<sup>3</sup> Primer je zaključena stacionarna bolnišnična obravnava zavarovane osebe v eni dejavnosti, ki praviloma traja več kot 24 ur in vključuje vsa opravila za zavarovano osebo v času njenega bolnišničnega stacionarnega zdravljenja.





**Slika 5:** Odsotnost z dela v Sloveniji v dnevih in primerih, 2006.<sup>23</sup>  
Vir: IVZ – Baza zdravstveno opravičena odsotnost z dela, 2009.

Leta 2006 je bilo v Sloveniji 11.608 primerov hospitalizacij in 461.574 bolnišničnih dni zaradi duševnih motenj, kar je 3,9 % primerov hospitalizacij, hkrati pa kar 19,4 % bolnišničnih dni zaradi vseh bolezni, poškodb in zastрупitev. Slika 3 prikazuje razporeditev stroškov glede na bolnišnično kurativno zdravljenje, bolnišnično dolgotrajno zdravstveno nego in zdravila, pri čemer znaša kurativno zdravljenje duševni bolezni 44,3 milijonov evrov in bolnišnična dolgotrajna zdravstvena nega 45,8 milijonov evrov. Slika prikazuje, da je največji strošek bolnišničnih obravnav v populaciji 45–49 let starosti, medtem ko bolnišnična dolgotrajna zdravstvena nega strmo naraste v starosti nad 75 let. Stroški zdravil se gibljejo med 2 in 6 milijonov evrov za populacijo med 25. in 89. letom starosti.

Hospitalizacije zaradi duševnih motenj so najdaljše med vsemi bolnišničnimi obravnavami (Slika 4). To kaže na resnost in razsežnost bremena, ki ga duševne motnje, ki potrebujejo bolnišnično obravnavo, pomenijo za posameznika in družbo.

Povprečno trajanje bolnišnične obravnave zaradi duševnih motenj je bilo v letu 2008 39,64 dni, kar je najdaljše povprečno trajanje izmed vseh bolezni, razporejenih po poglavjih klasifikacije MKB-10. Kot prikazuje Slika 4, so se bolnišnične obravnave med letoma 1997 in 2008 pomembno skrajšale, predvsem na račun zdravil. Po podatkih nacionalnih zdravstvenih računov je Slovenija

za zdravila za zdravljenje duševnih motenj v letu 2006 namenila 50,9 milijonov evrov, kar je 11,8 % vrednosti vseh izdanih zdravil. Tretjino sredstev, porabljenih za zdravila, so zdravila, ki so bila izdana strejšim od 65 let. Kar 13 % sredstev je bilo porabljenih za zdravila, izdana strejšim od 80 let.<sup>6,19</sup>

Bolniška odsotnost zaposlenih ima velik vpliv na stroške delodajalca, na odhodke iz obveznega zavarovanja in tudi na nižjo produktivnost ter manjši obseg proizvodnje. Zaradi duševnih motenj je bilo leta 2006 v Sloveniji 20.102 primerov bolniškega staleža in 891.960 bolniških dni (Slika 5).

To predstavlja 2,9 % vseh primerov in 6,8 % bolniških dni zaradi vseh bolezni.<sup>6,21</sup> Povprečno trajanje bolniškega staleža zaradi duševnih motenj pa je znašalo 44,37 dni.<sup>6,21,23</sup> Pri zniževanju števila dni bolniške odsotnosti igra lahko pomembno vlogo npr. spremenjena doktrina (pri depresijah čim prejšnje vračanje delavca na delo) ali pritisk na javne finance.<sup>21,22</sup> Po podatkih Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (ZPIZ) je v letu 2006 pridobilo status invalida zaradi različnih duševnih motenj 1.728 oseb.<sup>24</sup> Število primerov bolniškega staleža se povečuje predvsem pri štirih diagnozah: odziv na hud stres in prilagoditvene motnje, depresivne epizode, druge anksiozne motnje in ponavljajoče se depresivne motnje.

## Zaključek

V Evropi je duševno zdravje pridobilo na pomenu v 90. letih prejšnjega stoletja in v EU<sup>15</sup> obstaja že veliko študij, ki prikazujejo ekonomsko breme bolezni. Ponavadi so te študije omejene na eno vrsto bolezni (depresija, shizofrenija itd.),<sup>10,13,18,25,26</sup> primanjkuje pa študij, ki bi zajele celotno poglavje duševnih in vedenjskih motenj po klasifikaciji MKB-10.

V Sloveniji tovrstnih študij primanjkuje. V prispevku sta avtorja želela prikazati, da imajo že samo neposredni stroški zdravljenja duševnih bolezni in uveljevanje pravice bolniške odsotnosti z dela velik vpliv na zdravstveno blagajno. V Sloveniji so hospitalizacije zaradi duševnih motenj najdaljše med vsemi bolnišničnimi obravnavami in poraba zdravil predstavlja kar 11,8 % pora-

be vseh zdravil. Zaradi tega in zaradi izredno dolgih bolniških odsotnosti z dela, kar posledično prispeva k nižji produktivnosti, se bo v prihodnosti potrebno intenzivneje ukvarjati s problemom duševnih bolezni.

V Sloveniji bi potrebovali podrobnejšo študijo, ki bi prikazala breme duševnih bolezni za celotno družbo. Poleg tega bo za pripravo Nacionalnega programa za duševno zdravje potrebno upoštevati ekonomske podatke, saj je nenazadnje od njih odvisna vzdržnost zdravstvenega sistema.

## Literatura

1. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Facing the Challenges, Building Solutions; 12–15 Jan 2005; Helsinki, Finland.
2. McDaid D, Knapp M, Medeiros H, the MHEEN Group. Employment and Mental Health: assessing the economic impact and the case for intervention. London: Personal Social Services Research Unit; 2008. (MHEEN II policy briefing; 5)
3. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349: 1498–504.
4. The global burden of disease: 2004 update WHO, 2008. Dosegljivo na [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_part1.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_part1.pdf).
5. European Brain Policy Forum 2009. Depression and the European society. Dosegljivo na: <http://www.europeanbraincouncil.org/pdfs/EBPF/2009/EBPF%202009%20Report%20of%20the%20forum.pdf>.
6. Jeriček Klanšček H, Zorko M, Bajt M, Roškar S. Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2009.
7. House of Lords. Improving the mental health of the population: can the European Union help? : 14 report of Session 2007. Volume I: Report. London : Stationary Office Limited, 2007.
8. Mental Health in the EU: the burden of mental ill health. Dosegljivo na: [http://www.euphix.org/object\\_document/04796n27784.html](http://www.euphix.org/object_document/04796n27784.html).
9. Gabriel P, Liimatainen MR. Mental health workplace: introduction. Geneva: International Labour Office; 2000.
10. Soeteman, DJ, Hakkaart-van Roijen, L, Verheul R, Busschbach JJ van. The Economic burden of personality disorders in mental health care. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 259–265.
11. European Commission. Prevention of depression and suicide – consensus paper. Brussels: EC, 2008.
12. Knapp M, McDaid D, Medeiros H, Becker T, Johnson S, Kilian R et al. Economics, mental health and policy: an overview. London: Personal Social Services Research Unit, 2008. (MHEEN policy briefing; 1).
13. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ* 2006; 9: 87–98.
14. Leal J et al. Economic burden of cardiovascular diseases in the European Union. *Eur Heart J*. 2006; 27: 13, 1610–19.
15. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15: 357–76.
16. Suhrcke M, Pillas D, Selai C. Economic aspects of mental health in children and adolescents. 2007. Dosegljivo na: [http://www.euro.who.int/document/sed/hbsc\\_forum\\_2007\\_economic\\_aspects.pdf](http://www.euro.who.int/document/sed/hbsc_forum_2007_economic_aspects.pdf).
17. Knapp M. Economic outcomes and levers: impacts for individuals and society. *Int Psychogeriatr*, 2007; 19: 483–495; Dosegljivo na: [http://eprints.lse.ac.uk/3287/1/Economic\\_outcomes\\_and\\_levers\\_\(LSERO\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/3287/1/Economic_outcomes_and_levers_(LSERO).pdf).
18. Dawson A, Tylee A, ur. Depression: social and economic timebomb. Geneva: World Health Organization; 2001.
19. Ambulantno predpisovanje zdravil v Sloveniji v letu 2006. Dosegljivo na: [http://www.ivz.si/javne\\_datoteke/datoteke/826AMBULANTNOcPREDPISOVANJEcZDRAVILc2006.pdf](http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/826AMBULANTNOcPREDPISOVANJEcZDRAVILc2006.pdf)
20. Zbirka bolnišničnih obravnav (hospitalizacij) zaradi bolezni. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2009
21. Nacionalni program duševnega zdravja: (delovno gradivo za koalicijsko usklajevanje): julij 2009. Dosegljivo na: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna\\_razprava\\_2009/NPDZ\\_javna\\_razprava\\_070909.doc](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2009/NPDZ_javna_razprava_070909.doc).
22. Odsotnost z dela zaradi zdravstveno opravičenih razlogov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2007.
23. Baza zdravstveno opravičena odsotnost z dela. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2009.
24. Statistični podatki o invalidizaciji. Ljubljana: ZPIZ; 2006.
25. Oliva-Moreno J, López-Bastida J, Osuna-Guerrero R, Montejo-González AL, Duque-González B. The costs of schizophrenia in Spain. *Eur J Health Econ* 2006; 7: 182–88.
26. Mangalore R, Knapp M. The cost of schizophrenia in England. *J Ment Health Policy Econ* 2007; 10: 23–41.