

# EKONOMIE PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Martin Dlouhý, Vysoká škola ekonomická v Praze\*

---

## 1. Úvod

Podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, 2003) trpí duševním onemocněním ve světě až 450 miliónů lidí. Duševní onemocnění je spjata s významnými ekonomickými dopady pro jednotlivce i společnost. Jednak se duševně nemocní vysokou měrou podílejí na nezaměstnanosti a bezdomovectví a jednak dochází k čerpání prostředků ze zdravotního pojištění, sociálního zabezpečení, rozpočtů obcí a dalších veřejných zdrojů. Nezanedbatelná je také ztráta v podobě snížené produktivity práce a náklady, které nese rodina nemocného. Duševní nemoc má tedy svou medicínskou, ale i ekonomickou stránku. Starost evropských zemí o duševní zdraví obyvatelstva a s tím související transformace péče o duševně nemocné se stala prioritou evropské zdravotní politiky. Význam duševního zdraví zdůraznila zejména konference ministrů zdravotnictví v Helsinkách v roce 2005, kde byla přijata Deklarace o duševním zdraví (World Health Organization, 2005).

Ekonomie zdravotní péče je komplikovaným ekonomickým oborem díky zvláštní hodnotě a povaze zdraví. Změna zdravotního stavu jako produkt zdravotnických služeb je obtížně měřitelná, příčinný vztah mezi poskytnutím zdravotnické služby a zlepšením zdravotního stavu nemusí být ve všech případech jasný. Na trhu zdravotního pojištění a zdravotnických služeb se setkáme snad se všemi typy tržních selhání, například s morálním hazardem na straně pojištěnců, s asymetrií informace mezi lékařem a pacientem, s nepříznivým výběrem u soukromého pojištění, s lokálními nemocničními monopoly, s omezováním svobodného vstupu do odvětví (např. Barr, 1993; Feldstein, 1998). Ekonomie péče o duševní zdraví je pak extrémním příkladem ekonomie zdraví, ve kterém nejistota určení správné diagnózy a rozdíly v druhu, kvalitě a množství péče jsou větší, předpoklady o racionálním chování jedinců jsou ještě spornější, ekonomické a sociální dopady nemoci na život jedince jsou značné, duševní onemocnění je stigmatizující, morální hazard a nepříznivý výběr ještě významněji narušují předpoklady trhů (Frank, McGuire, 2000).

Plán transformace péče o duševní zdraví nelze uskutečnit bez základních informací o tom, jaké typy finančních toků v této oblasti existují a jaká je jejich hodnota. Cílem tohoto příspěvku je proto zjistit o jaké finanční prostředky v oblasti péče duševního zdraví jde v případě České republiky. Jsou k dispozici nějaké údaje o financování duševního zdraví? Co lze z toho vyvozovat? Jsou dostupné zdroje využity efektivně? Jak Česká republika obtočí v mezinárodním srovnání? Jde pouze o problém sektoru zdravotnictví?

---

\* Článek vznikl za podpory John E. Fogarty International Center/U.S. National Institutes of Health v rámci projektu č. 5D43 TW005810-07, „Finance and Delivery of Mental Health Services Training in the Czech Republic/Central Europe“.

Sektor zdravotní péče o duševně nemocné charakterizují následující provozní údaje. V roce 2006 vyhledalo ambulantní psychiatrickou péči 458 500 pacientů, kterým bylo lékaři v 903 ambulancích poskytnuto celkem 2 662 302 vyšetření (ÚZIS ČR, 2007). Ve 20 psychiatrických léčebnách (z toho 3 byly psychiatrické léčebny pro děti) bylo v roce 2006 na 9 732 lůžkách hospitalizováno 39 921 osob a na 31 psychiatrických odděleních ve všeobecných nemocnicích bylo na 1 420 lůžkách hospitalizováno 17 446 osob. Podle epidemiologické studie CIDI mělo 27 % obyvatel České republiky alespoň jeden výskyt duševního onemocnění během svého života (Dzúrová, Smolová, Dragomirecká, 2000). Pro srovnání v roce 2001 vyhledalo ambulantní psychiatrickou péči 375 428 pacientů, kterým bylo poskytnuto 2 149 302 vyšetření. V psychiatrických léčebnách bylo hospitalizováno 40 664 osob a v psychiatrických odděleních nemocnic bylo hospitalizováno 18 065 osob (ÚZIS ČR, 2003). To představuje více než 20 % nárůst ambulantních psychiatrických zdravotnických služeb za období pěti let, které je sotva kompenzováno snížením celkové počtu hospitalizací o 2 %. Dlouhodobě lze sledovat růst výskytu duševních onemocnění v populaci, který se projevuje vyšší spotřebou zdravotnických a sociálních služeb, a to znamená vyšší finanční nároky na veřejné i soukromé zdroje.

## 2. Financování péče o duševní zdraví

Struktura financování zdravotní péče v České republice se v posledních letech příliš neměnila. Rozhodující část výdajů na zdravotnictví je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, které nahradilo rozpočtové financování od roku 1993. Podíl veřejného zdravotního pojištění na celkových výdajích na zdravotnictví je tak velký (77,7 % v roce 2006), že v podstatě došlo k přechodu od jednozdrojového financování ze státního rozpočtu na „téměř“ jednozdrojové financování z veřejného zdravotního pojištění. Podíl přímých plateb občanů na celkových výdajích na zdravotnictví je poměrně nízký (11,5 % v roce 2006), což je jedna z nejnižších hodnot v zemích OECD (*OECD Health Data 2007*). Zavedení spoluúčasti v lednu 2008, které bylo prosazeno jako regulační opatření, by z tohoto pohledu nemělo vážně ohrozit dostupnost zdravotnických služeb. Podíl výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu byl v posledních letech na stabilní úrovni kolem 7 % a díky ekonomickému růstu tento podíl zajišťoval růst zdrojů i pro zdravotnictví. Ve srovnání s ostatními zeměmi OECD je tento podíl výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu relativně nízký (*OECD Health Data 2007*), což lze z pohledu politiky zadržování růstu výdajů na zdravotnictví považovat za určitou komparativní výhodu České republiky. Přes periodicky se opakující finanční propady na straně zdravotních pojišťoven nebo nemocnic v minulých letech, se domníváme, že financování zdravotnictví (a tím zajištění zdravotní péče pro občany) není v České republice vážně ohroženo. Rizika nestability ve zdravotnictví spočívají spíše v rostoucí politizaci zdravotnictví a konfliktech mezi zdravotnickými zájmovými skupinami, než v absolutním nedostatku finančních zdrojů.

Zdravotní péče o duševně nemocné je v České republice financována stejně jako ostatní typy zdravotní péče, tedy především z rozpočtů zdravotních pojišťoven. Podobný model financování ze zřejmých historických důvodů najdeme i na Slovensku (Dlouhý, Gonda, Nawka, Nemeč, 2008) a v dalších evropských zemích. V zahraničí však lze nalézt i alternativní způsoby financování péče o duševní zdraví. Například

v Bulharsku zařadili do zdravotního pojištění ambulantní psychiatrickou péči, avšak lůžková psychiatrická péče je nadále financována ze státního rozpočtu (Tomov, Mladenova a kol., 2004). Toto duální financování může mít vliv na pohyb bulharských pacientů ve zdravotnickém systému v důsledku odlišných ekonomických motivací poskytovatelů ambulantní a lůžkové péče. Velmi zajímavý je případ Kalifornie, kde je významná část péče o duševně nemocné financována z „milionářské daně“ ve výši 1 % z příjmů nad jeden milión amerických dolarů (Scheffler, Adams, 2005). Tyto příklady nejsou sice pro Českou republiku přímo relevantní, jsou však inspirující v tom, že ukazují na existenci nových alternativ, o kterých nebylo v České republice nikdy ani uvažováno.

Způsob úhrady poskytnutých zdravotnických služeb pro odbornosti psychiatrie a psychologie je stejná jako u ostatních lékařských odborností. U odborných ambulantních lékařů je péče hrazena platbou za výkon, která je však v praxi regulována zdravotními pojišťovnami tak, že jde v podstatě o historicky vzniklý cílový rozpočet. Také nemocnice a psychiatrické léčebny jsou financovány formou historicky vzniklých rozpočtů s určitým ročním procentním nárůstem, i když zdravotním pojišťovám je nutno každý rok tento rozpočet „vyúčtovat“ trochu jiným způsobem (ošetřovací dny, výkony, platby za případ). Je třeba rozlišovat mezi výší úhrady od zdravotních pojišťoven a skutečnými náklady zdravotnických zařízení, což se projeví jinak u všeobecné nemocnice s oddělením psychiatrie (možnost vzájemného přerozdělení mezi lépe či hůře hrazenými obory) a jinak u psychiatrické léčebny, ve které podobné finanční přesuny mezi obory nejsou možné a nedostatečná úhrada nákladů nutně vede ke snížení kvality a dostupnosti péče. Kromě zdravotnických služeb duševně nemocní využívají další sociální služby, chráněné ubytování, chráněné dílny, poradenství. Tyto služby na hranici zdravotnictví a sociální sféry se z hlediska finančních toků často ocitají v jakémsi vzduchoprázdnu mezi oběma sektory. Fragmentace zdravotnických a sociálních služeb a jim alokovaných finančních zdrojů může být zdrojem komplikací pro poskytovatele těchto služeb a zejména pro samotné duševně nemocné pacienty, kteří mají pochopitelné problémy se ve spleťtém sociálním systému orientovat. Financování sociálních služeb pro duševně nemocné není centrálně sledováno, takže máme jen omezené informace o tom, jaké služby se občanům poskytují, kdo tyto služby platí a kdo jsou příjemci těchto služeb.

### **3. Výdaje na duševní zdraví**

Zjištění výše výdajů na duševní zdraví a struktury těchto výdajů podle typu péče jsou informace důležité jak pro transformaci péče o duševní zdraví, tak také pro zvýšení pozornosti české společnosti na problematiku duševního zdraví a na ekonomické dopady duševních onemocnění na jednotlivce i společnost. Kvalitní informace o struktuře výdajů na duševní zdraví jsou důležité zejména při rozhodování o transformačních změnách ve struktuře péče o duševně nemocné, neboť strukturální změny v péči musí být přirozeně doprovázeny i novým přerozdělením existujících finančních zdrojů. Podle mezinárodních odhadů tvořily celkové společenské výdaje na duševní zdraví ve vyspělých zemích 3–4 % z hrubého národního produktu (World Health Organization, 2003). Tyto výdaje zahrnují výdaje ve zdravotnictví, výdaje v sociální oblasti, ale i ztrátu produktivity v národním hospodářství.

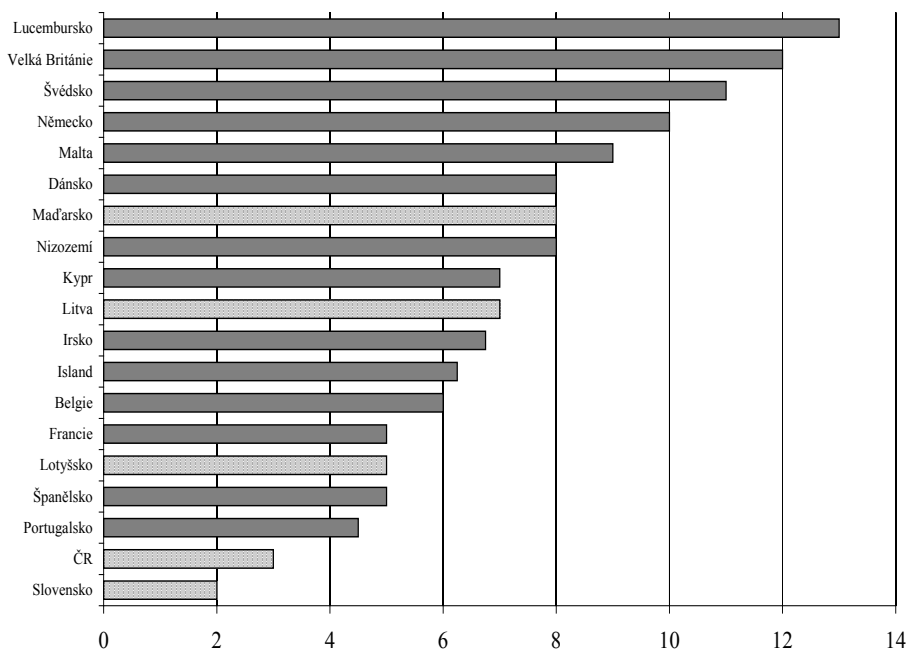
Výdaje na duševní zdraví tvoří sice menší, nikoliv však nevýznamnou část výdajů na zdravotnictví v České republice. Přesto nemáme k dispozici kvalitní informace o výši těchto výdajů a jejich struktuře podle zdroje financování a typu poskytované péče. To ostatně platí pro ostatní druhy onemocnění, neboť běžně máme informace o výdajích podle typu péče (ambulantní péče, lůžková péče, léky), podle zdroje financování (veřejné rozpočty, zdravotní pojištění, soukromé platby), ale jen výjimečně podle skupin onemocnění. Tento nedostatek informací je příležitostně vyplněn studii univerzitních pracovišť (Dlouhý, 2004), zdravotních pojišťoven (Horák, 2007) a nově i odhady statistických úřadů (ČSÚ, 2008). Například Dlouhý (2004) ve své studii odhadl, že výdaje na duševní zdraví činily 5,6 mld. Kč v roce 2001, což by představovalo 3,54% výdajů ve zdravotnictví a 0,26% hrubého domácího produktu. Odhadovaná struktura výdajů na duševní zdraví byla následující: psychiatrické léčebny 35,6%, léky na předpis 33,2%, ambulantní péče odborných lékařů 17,4%, ústavní péče v nemocnicích 9,6%, ostatní typy péče činily zbývajících 4,2%. Je důležité znát odhady podílů výdajů na duševní zdraví v jednotlivých segmentech zdravotní péče, jinou záležitostí je jak tyto poměry změnit, aby byla umožněna transformace péče o duševní zdraví. Silné role zájmových skupin a poměrně jasná segmentace typů zdravotní péče zřejmě konzervují současný stav a brání tak reformám, které vyžadují změny v alokaci finančních prostředků.

Výdaje na duševní zdraví za rok 2001 odhadoval rovněž Pěč (2003), který došel k hodnotě 3,6% z celkových výdajů na zdravotnictví. Horák (2007), ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, prezentoval za zdravotní pojišťovnu za období 2000–2005 informace o výdajích na psychiatrii, které podle odhadu oscilovaly mezi 2,7 až 3,0% z celkových výdajů Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR na zdravotní péči. Jelikož do péče o duševní zdraví byla zahrnuta pouze psychiatrie a psychologie, nikoliv péče praktických lékařů o duševně nemocné či lázeňská péče, bylo jeho pojetí péče o duševní zdraví poněkud užší. Podle zdravotnických účtů Českého statistického úřadu (ČSÚ, 2008), které jsou pokusem o rozdělení výdajů zdravotních pojišťoven podle diagnostických skupin, tvořily výdaje na duševní onemocnění 3,2% výdajů. Metoda vedoucí k tomuto odhadu v dokumentu není popsána a 36% celkových výdajů spadá do kategorie neznámá diagnóza. I když autoři čtyř zmíněných odhadů vycházeli z různých předpokladů a zdrojů, lze se na základě určité shody výsledků domnívat, že skutečné výdaje na péči o duševní zdraví se v ČR pohybují mezi 3–4% z celkových výdajů na zdravotnictví. Zda jsou 3 až 4% málo či hodně lze zodpovědět pouze na základě mezinárodního srovnání. Jakob, Sharan a kol. (2007) pro evropské země odhadují, že v průměru činí výdaje na duševní zdraví 6,3% z celkových výdajů na zdravotnictví. Jiné mezinárodní srovnání podílů výdajů na duševní zdraví na celkových výdajích na zdravotnictví je uvedeno v tzv. Zelené knize (European Commission, 2005), z níž pochází graf č. 1. Pochopitelně, výsledky mezinárodních srovnání nejsou nikdy zcela spolehlivé, neboť jednotlivé původní studie používaly různou metodologii. V některých případech jde o výdaje pouze na psychiatrii, nikoliv na duševní zdraví v širším pojetí; někdy byla použita mezinárodní klasifikace nemocí MKN-9, jindy MKN-10; země se lišily ve vymezení zdravotního a sociálního sektoru. Důležitým faktorem je též odlišná cenová struktura, zejména cena práce lékařů a ostatních pracovníků ve zdravotnictví. Přes tato omezení, obě mezinárodní srovnání výdajů na duševní zdraví ukazují na nedostatečné financování péče o duševní zdraví v České republice. Přitom není

možné tento rozdíl vysvětlit tradičním dělením Západ/Východ. Proti takové zjednodušené interpretaci hovoří vysoké procentní podíly výdajů na duševní zdraví v Maďarsku a Litvě (východoevropské země jsou označeny v grafu 1 světleji).

Graf 1

**Výdaje na duševní zdraví jako podíl celkových výdajů na zdraví**



Zdroj: European Commission (2005), upraveno.

Výdaje na duševní zdraví se netýkají jen zdravotnictví, ale i dalších sektorů. Zde se zaměříme na výdaje z nemocenského a důchodové pojištění, která jsou součástí sociálního zabezpečení. Při tvorbě odhadu jsme u nemocenského pojištění vycházeli z podílu dnů pracovní neschopnosti z důvodu duševního onemocnění (v mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10 jde o diagnózy F00 až F99), který v roce 2006 činil 3,3%. To znamená, že jsme předpokládali, že mzdy a tudíž i dávky se pro jednotlivé skupiny nemocí neliší. Bez dostupných informací lze pouze spekulovat o tom, že duševní onemocnění ze své povahy vede k nižším mzdám a nižším dávkám. V takovém případě by byly veřejné výdaje na duševní onemocnění nižší, o to horší by byly ekonomické dopady nemoci pro osoby s duševním onemocněním. U důchodového pojištění není z veřejných statistik dostupná informace o počtu invalidních důchodů podle typu diagnózy, je však k dispozici informace o nově přiznaných plných a částečných invalidních důchodech podle diagnóz. Při odhadu výdajů důchodového pojištění na duševní zdraví jsme vycházeli z podílů nově přiznaných plných a částečných invalidních důchodů s diagnózami F00 až F99 za poslední tři dostupné roky (2004–2006), které nabývaly hodnot 14,2% pro plné a 9,5% pro částečné invalidní důchody. Prakticky konstantní hodnota podílů duševních onemocnění v těchto třech letech je určitou podporou, že takový postup odhadu není chybný.

Tabulka 1

**Odhad výdajů na duševní zdraví v roce 2006 v sektoru zdravotnictví a ze sociálního zabezpečení**

Ukazatel	Hodnota
Počet pronesaných dnů	93 221 099
z toho F00-F99	3 098 638
Podíl F00-F99 v %	3,3%
Výdaje na nemocenskou a podporu při ošetřování člena rodiny v mil. Kč	27 788
z toho odhad výdajů na F00-F99 v mil. Kč	<b>924</b>
Nově přiznané plné invalidní důchody v letech 2004-2006	74 173
z toho F00-F99	10 519
Podíl F00-F99 v %	14,2%
Výdaje na plné invalidní důchody v mil. Kč	37 240
z toho odhad výdajů na F00-F99 v mil. Kč	<b>5 281</b>
Nově přiznané částečné invalidní důchody v letech 2004-2006	71 377
z toho F00-F99	6 808
Podíl F00-F99 v %	9,5%
Výdaje na částečné invalidní důchody v mil. Kč	11 802
z toho odhad výdajů na F00-F99 v mil. Kč	<b>1 126</b>
Výdaje na zdravotnictví (rozpočty, pojištění, soukromé výdaje) v mil. Kč	226 882
Odhad výdajů na duševní zdraví ve zdravotnictví (3,54 % z celkových výdajů na zdravotnictví podle odhadu v Dlouhý, 2004)	<b>8 032</b>
Odhad výdajů na duševní zdraví celkem	<b>15 362</b>
v tom	
nemocenská	6,0%
plné invalidní důchody	34,4%
částečné invalidní důchody	7,3%
zdravotnictví (veřejné i soukromé výdaje)	52,3%
Hrubý domácí produkt v mil. Kč	3 215 642
Podíl výdajů na duševní zdraví na HDP	<b>0,48%</b>

Zdroj: Ústav zdravotnické informatiky a statistiky ČR, Česká správa sociálního zabezpečení, Český statistický úřad, vlastní výpočty.

Při využití výše zmíněných předpokladů se rok 2006 dostáváme k celkovým výdajům na duševní zdraví ze zdravotnictví a sociálního zabezpečení ve výši 15,4 mld. Kč (tabulka 1), což představuje 0,48 % hrubého domácího produktu. Z výsledků vyplývá, že výdaje sociálního zabezpečení (nemocenské a důchodové pojištění), které činily 7,3 mld. Kč, jsou zhruba stejně velké jako výdaje v sektoru zdravotnictví, které činily 8,0 mld. Kč. Z hlediska sociálního zabezpečení stojí za pozornost výdaje na plné invalidní důchody, které tvoří téměř tři čtvrtiny výdajů na duševní zdraví ze sociálního zabezpečení. Jelikož nám chybí údaje o veřejných i soukromých výdajích na duševní

zdraví spojené se zajištěním bydlení, chráněných dílen a dalšími sociálními službami, kriminalitou a ztrátami ze snížení produktivity práce, nelze podat kompletní obraz společenských výdajů na duševní zdraví. I tak se lze domnívat, že hlavní finanční toky v oblasti komplexní péče o duševně nemocné nemusejí a zřejmě ani neproudí skrze sektor zdravotnictví. Při započtení všech druhů výdajů spojených s duševním zdravím by výdaje v sektoru zdravotnictví činily možná třetinu, možná dokonce jen čtvrtinu celkových společenských výdajů na duševní zdraví.

Kromě studií, které se zabývají výdaji na duševní zdraví na národní úrovni, je k dispozici i studie (Pěč, Wenigová, Dlouhý, Bašný a kol., 2008), která se zabývala výdaji na duševní zdraví i na úrovni regionální (konkrétně jde o hlavní město Prahu). Podle odhadu této studie stály zdravotní a sociální služby o duševně nemocné v Praze celkem 1,6 mld. Kč v roce 2005, přičemž 80 % z této částky bylo spotřebováno na tradiční psychiatrické služby (ambulantní psychiatrické péče, akutní lůžková péče, dlouhodobá lůžková péče a léky na předpis). Případové vedení, rezidenční komunitní služby, institucionální rezidenční služby, krizové služby, denní stacionáře, pracovní rehabilitace, podporované a tréninkové bydlení, svépomocné a aktivizační programy a poradenství se musely podělit o zbývajících 20 %. Ve studii navržená transformace péče o duševní zdraví by vedla ke snížení podílu tradičních psychiatrických služeb z 80 % zhruba na třetinu. Dominantním zdrojem financování péče v Praze je zdravotní pojištění (více než 80 %), ostatní veřejné rozpočty (státní rozpočet, magistrát, různé typy grantů) tvoří podle všeho jen desetinu zdrojů a finanční podíl občanů je ještě nižší. Tyto poměry mezi zdroji financování se jistě změnily zákonem o sociálních službách, podle kterého občané obdrží finanční příspěvek na nakupování služeb. Studie se však zabývala obdobím před tímto novým zákonem, takže jeho dopady nebylo možné hodnotit. Zajištění odpovídajících zdravotních a sociálních služeb pro duševně nemocné v Praze by v případě maximalistické varianty podle studie mohlo vyžadovat dvojnásobek současných zdrojů. Výdaje na péči o duševní zdraví v budoucnosti ovšem porostou i bez transformace péče o duševní zdraví.

#### 4. Závěr

Financování a způsoby úhrady zdravotnických služeb v případě duševních onemocnění se v České republice neliší od financování a úhrad zdravotnických služeb v případě ostatních onemocnění. V zahraničí je ovšem možné najít i modely, kde je péče o duševní zdraví oddělena od ostatní zdravotní péče. Provázání zdravotnických služeb se sociálními službami je nedostačující (Pěč, Wenigová, Dlouhý, Bašný a kol., 2008), což vede k neefektivnímu využití finančních prostředků a zejména k nižší kvalitě služeb jako celku pro pacienty. Je pravděpodobné, že existující pravidla financování, která oddělují zdravotnictví od ostatních sociálních služeb, konzervují současný nevyhovující stav a brání tak reformám, které vyžadují integraci služeb a flexibilnější změny v alokaci finančních prostředků. Tento problém zasahuje zvláště péči o duševně nemocné, při níž je koordinace zdravotnických a sociálních služeb zásadním předpokladem úspěšné péče.

Údaje o výdajích na duševní zdraví a jejich struktuře nejsou v České republice rutinně přístupné. Zatímco o výdajích v resortu zdravotnictví máme dostupné určité informace z Ústavu zdravotnické informatiky a statistiky ČR a zdravotních pojišťo-

ven, o výdajích na tzv. komunitní péči hrazenou z krajských, obecních, nadačních či soukromých prostředků nemáme žádnou ucelenou informaci. Prezentovaný odhad výdajů na duševní zdraví ve zdravotnictví a sociálním zabezpečení je významný zejména v tom, že poukazuje na skutečnost, že výdaje na duševní zdraví v oblasti sociálního zabezpečení dosahují výše výdajů ve zdravotnictví. To je další argument proto, aby transformace péče o duševní zdraví proběhla v úzké spolupráci všech sociálních systémů. O ostatních výdajích na duševní zdraví (bydlení, zaměstnání, kriminalita) máme bohužel minimální poznatky, což vůbec neznamená, že by tyto výdaje byly pro jedince i společnost zanedbatelné. Výši finančních prostředků určenou na duševní zdraví lze vykládat jako určitý ukazatel zájmu společnosti o duševně nemocné (Hu, 2003). V takovém případě na tom není Česká republika ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi nejlépe. Mezinárodní srovnání výdajů na duševní zdraví v sektoru zdravotnictví (zřejmě se týká i dalších sociálních služeb) ukazuje na nedostatečné financování zdravotní péče o duševní zdraví v České republice. Podle studie o péči o duševní zdraví v Praze (Pěč, Wenigová, Dlouhý, Bašný a kol., 2008) jsou omezené zdroje na duševní zdraví utraceny na financování nákladných ústavních zdravotnických a sociálních služeb, místo aby byly alokovány do domácí a komunitní péče.

Alokační neefektivnost v oblasti péče duševního zdraví ovšem není žádné specifikum České republiky, neboť s tímto problémem se potýká mnoho dalších evropských zemí (Knapp, McDavid, Mossialos, Thornicroft, 2007). Knapp (2002) rozlišuje mezi pěti druhy neefektivnosti v alokaci zdrojů v systémech péče o duševní zdraví: a) nedostatečné zajištění finančními a dalšími zdroji; b) špatné rozdělení zdrojů mezi různé činnosti, služby, regiony; c) využití zdrojů neodpovídající skutečným potřebám pacientů; d) nízká flexibilita zdrojů, pravidel jejich rozdělování a organizací; e) špatná koordinace zdravotnických a sociálních služeb. Také tato naše analýza ukazuje, že identifikace těchto alokačních neefektivností a přijetí opatření k jejich nápravě jsou relevantní pro zajištění dostupnosti efektivnější a kvalitnější péče pro duševně nemocné v ČR.

## Literatura

- BARR, N. 1993. *The Economics of the Welfare State*. Second Edition. Oxford : Oxford University Press, 1993.
- ČSÚ. 2008. *Výsledky zdravotnických účtů 2000-2006*. Praha : Český statistický úřad, 2008.
- DLOUHÝ, M. 2004. Mental Health Care System and Mental Health Expenditures in the Czech Republic. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2004, roč. 7, č. 4, s. 159–165.
- DLOUHÝ, M.; GONDA, P.; NAWKA, P.; NEMEC, J. 2008. Financing Mental Health Care. In SCHEFFLER R. M., POTŮČEK, M. (eds.). *Mental Health Care Reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the Present*. Prague : Karolinum Press, 2008.
- DZÚROVÁ, D.; SMOLOVÁ, E.; DRAGOMIRECKÁ, E. 2000. *Mental Health in Socio-demographic Context: Results of a Sample Survey in the Czech Republic*. Prague : Charles University, 2000.
- EUROPEAN COMMISSION. 2005. Green Paper – Improving mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Brusel : European Commission, 2005.
- FELDSTEIN, P. J. 1998. *Health Care Economics*. Fifth Edition. Clinton Park : Delmar Publishers, 1998.
- FRANK, R. G.; McGUIRE, T. G. 2000. Economics of Mental Health. In Culyer, A. J., Newhouse J. P. (eds.), *Handbook of Health Economics*, Svazek 1, Amsterdam : Elsevier Science, 2000.
- HU, T. W. 2003. Financing Global Mental Health Services and the Role of WHO. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2003, roč. 6, č. 3, s. 145–147.



- HORÁK, P. 2007. Přímé náklady VZP ČR na psychiatrickou péči. Prezentace na konferenci Česká psychiatrie v 21. století: potřeby a realita. Praha 8. 3. 2007.
- JACOB, K. S.; SHARAN, P. a kol. 2007. Mental health systems in countries: where are we now? *The Lancet*, sv. 370, č. 9592, s. 1061–1077.
- KNAPP, M. 2002. Mental health: familiar challenges, unprecedented opportunities? *Eurohealth*, 2002, roč. 8, č. 1, s. 21–22.
- KNAPP, M.; McDAID, D.; MOSSIALOS, E.; THORNICROFT, G. (eds.). 2007. *Mental health policy and practice across Europe: The future direction of mental health care*. Open University Press, 2007.
- PĚČ, O. 2003. Náklady na péči o duševně nemocné v roce 2001. In *Transformace oboru psychiatrie*. Praha : Amepra, 2003.
- PĚČ, O.; WENIGOVÁ, B.; DLOUHÝ, M.; BAŠNÝ, Z. a kol. 2008. *Vzdělávání odborníků, státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné (2006–2007) – Odborná zpráva z projektu*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2008.
- SCHEFFLER, R. M.; ADAMS, N. 2005. Millionaires and Mental Health: Proposition 63 in California. *Health Affairs*. web exclusive W5-224.
- TOMOV, T.; MLADENOVA, M. a kol. 2004. Bulgaria mental health country profile. *International Review of Psychiatry*, 2004, roč. 16, č. 1–2, s. 93–106.
- ÚZIS ČR. 2003. *Psychiatrická péče 2001*. Praha : ÚZIS ČR, 2003.
- ÚZIS ČR. 2007. *Psychiatrická péče 2006*. Praha : ÚZIS ČR, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2003. *Investing in Mental Health*. WHO : Geneva, 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2005. *Mental Health Declaration: Facing the Challenges, Building Solutions*. WHO: Helsinki, 2005.

## ECONOMICS OF MENTAL HEALTH CARE IN THE CZECH REPUBLIC

**Martin Dlouhý**, University of Economics Prague, 4, W. Churchill Sq., CZ – 130 67 Prague 3 (dlouhy@vse.cz).

---

### Abstract

Mental health has an economic impact on both individuals and societies. There is lack of information on total cost of mental illness in the Czech Republic, especially on social services financed by municipalities and private resources. In the health sector, the share of mental health expenditures is estimated to be 3–4 % of total health expenditures. In the social security system, mental illness is responsible for 3.3 % of total sick-days, 14.2 % of full disability pensions and 9.5 % of partial disability pensions. The estimated mental health expenditures amount 15 362 millions CZK in the health sector and from the social security in 2006, which makes 0.48 % of gross domestic product. If the level of expenditures on mental health is interpreted as an indicator of the society's commitment to mental health, then mental health has a relatively low priority in the Czech Republic.

### Keywords

economics of health care, mental health, health care, public finance

### JEL Classification

H51, I18