



Vodnik v stroške in donosnost promocije zdravja na delovnem mestu

dr. Klemen Podjed

© Inštitut za produktivnost d.o.o.

*Zdravi imajo tisoč želja, bolni pa le eno.
star slovenski pregovor*

September 2016

Vodnik v stroške in donosnost promocije zdravja na delovnem mestu

Avtor: *dr. Klemen Podjed*

Urejanje dokumenta: *Sabina Podjed*

Jezikovni pregled: *Nina Skube*

Oblikovanje in prelom: *Trajanus d.o.o.*

Izdajatelj: *Inštitut za produktivnost d.o.o.*

Zanj: *Klemen Podjed*

Kranj, september 2016

Spletna stran priročnika: www.produktivnost.si, www.opsa.si

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

331.47(497.4)(0.034.2)
613.6:33(0.034.2)

PODJED, Klemen, 1968-

Vodnik v stroške in donosnost promocije zdravja na delovnem mestu [Elektronski vir] / Klemen Podjed. - El. knjiga. - Kranj : Inštitut za produktivnost, 2016

ISBN 978-961-285-411-9 (pdf)

286280704

© Inštitut za produktivnost d.o.o.

Vse pravice pridržane. Noben del te izdaje ne sme biti reproduciran, shranjen ali prepisan v katerikoli obliki oz. na katerikoli način, bodisi elektronsko, mehansko, s fotokopiranjem ali kako drugače, brez predhodnega pisnega dovoljenja lastnika avtorskih pravic.

Priročnik je del projekta *Ocenjevanje izvorov psihosocialnih tveganj v zdravstvenih, socialnih in izbranih dejavnostih javnega sektorja: e-orodje za celovito podporo promociji zdravja zaposlenih*, ki ga je na podlagi Javnega razpisa za sofinanciranje projektov za promocijo zdravja na delovnem mestu v letu 2015 in 2016 finančno podprl Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.



Partnerji projekta:

Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU

Zveza svobodnih sindikatov Slovenije

Inštitut za produktivnost d.o.o.

KAZALO

POVZETEK ZA VODSTVO	5
1 UVOD	8
2 STANJE ZDRAVJA IN POČUTJA ZAPOSLENIH V SLOVENIJI	11
2.1 Zakonske osnove promocije zdravja na delovnem mestu	12
2.2 Kazalniki zdravja in počutja slovenskih zaposlenih	12
2.3 Psihosocialne obremenitve in stres	15
2.4 Primerjava stanja z drugimi državami v EU	15
3 STROŠKI BOLEZNI, POŠKODB IN SLABEGA POČUTJA ZAPOSLENIH	17
3.1 Stroški bolniške odsotnosti	20
3.1.1 Pristop človeškega kapitala – HCA	22
3.1.2 Pristop prehodnega stroška – FCA	22
3.1.3 Drugi pristopi	23
3.2 Stroški prezentizma	23
3.2.1 Odnos med prezentizmom in bolniško odsotnostjo	24
3.2.2 Izračunavanje stroškov prezentizma	26
3.3 Stroški fluktuacije	26
3.4 Stroški psihosocialnih obremenitev oziroma stresa	27
3.5 Drugi stroški	28
4 KORISTI IN EKONOMSKA UPRAVIČENOST PROMOCIJE ZDRAVJA	29
4.1 Ekonomska upravičenost ukrepov promocije zdravja na delovnem mestu	32
4.2 Metodologija izračunavanja ekonomske upravičenosti promocije zdravja	34
4.3 Davčni vidiki promocije zdravja na delovnem mestu	37
5 KALKULATOR STROŠKOV IN PROMOCIJE ZDRAVJA KALDOZ	39
5.1 Predstavitev kalkulatorja KALDOZ	40
5.2 Primer uporabe kalkulatorja KALDOZ	41
6 KAKO DO DONOSNE IN KORISTNE PROMOCIJE ZDRAVJA	45
6.1 Koraki dobre prakse promocije zdravja	46
6.2 Uvodne aktivnosti in analiza zdravja in počutja	47
6.3 Načrt promocije zdravja	48
6.4 Pasti in priporočila za izvajanje	49
7 VIRI	51
8 PRILOGE	56

VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

SEZNAM SLIK

Slika 1:	Ste v zadnjih 12 mesecih doživeli katero od navedenih zdravstvenih težav, ki jo je povzročilo ali poslabšalo vaše delo?	15
Slika 2:	Delovne razmere v EU-državah v obdobju 2009–2014.....	16
Slika 3:	Stopnja neizpolnjenih potreb po zdravniškem pregledu zaradi finančnih in drugih razlogov glede na dohodek v EU, podatki EU-SILC za leto 2012.....	16
Slika 4:	Podatkovni portal NIJZ – izbira vrste kazalnikov	20
Slika 5:	Podatkovni portal NIJZ – kazalniki po skupinah bolezni in dejavnostih	21
Slika 6:	Koristi promocije zdravja pri delu	30
Slika 7:	Vnosno okno kalkulatorja Kaldoz	40
Slika 8:	Šest korakov promocije zdravja na delovnem mestu	46
Slika 9:	Štirje stebri promocije zdravja na delovnem mestu	47
Slika 10:	Enostavna formula za uspešno promocijo zdravja.....	49

SEZNAM GRAFOV

Graf 1:	Gibanje odstotka bolniškega staleža v letih 2000 – 2015, Slovenija.....	12
Graf 2:	Gibanje odstotka bolniškega staleža po izbranih dejavnostih in po letih.....	13
Graf 3:	Delež izgubljenih dni v Sloveniji v letu 2015, po diagnozah MKB-10	14
Graf 4:	Stroški poškodb in novih primerov bolezni, povezanih z delom, glede na nosilca stroškov in stroškovno komponento za obdobje 2012/13 (cene za leto 2012/v funtih).....	20
Graf 5:	Konservativna ocena razmerja med stroški bolniške odsotnosti in prezentizma.....	24
Graf 6:	Omejitve zaposlenih zaradi različnih vrst zdravstvenih težav	25
Graf 7:	Ključni razlogi za prezentizem, povezani s stresom	25
Graf 8:	Razmerje med zmogljivostjo in zahtevnostjo dela	28
Graf 9:	Pregled rezultatov metaštudije glede zmanjšanja bolniške odsotnosti zaradi ukrepov promocije zdravja na delovnem mestu (Chapman)	31
Graf 10:	Ekonomičnost ukrepov promocije zdravja na delovnem mestu	33
Graf 11:	Povprečni letni prihranki naložb v promocijo zdravja pri delu, v slovenski organizaciji s 100 zaposlenimi, vidik delodajalca.....	42
Graf 12:	Povprečne vrednosti ekonomskih kazalnikov naložb v promocijo zdravja pri delu v petih letih, v slovenski organizaciji s 100 zaposlenimi, vidik delodajalca	43

SEZNAM TABEL

Tabela 1:	Vrste in perspektive ekonomskih stroškov zaradi poškodb in bolezni, povezanih z delom	18
Tabela 2:	Stroškovne kategorije in načini ocenjevanja denarnih vrednosti	18
Tabela 3:	Finančni učinki investiranja finančnih sredstev v promocijo zdravja	33
Tabela 4:	Ocena skupnih stroškov delodajalca glede zdravja in počutja zaposlenih	42
Tabela 5:	Ocena prihrankov delodajalca zaradi ukrepov promocije zdravja na delovnem mestu.....	42
Tabela 6:	Kazalniki ekonomske upravičenosti ukrepov promocije zdravja.....	43
Tabela 7:	Primerjava donosnosti naložbe v promocijo zdravja z drugimi naložbami	44

POVZETEK ZA VODSTVO

VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Po podatkih ZZZS v Sloveniji dnevno izostane od dela zaradi bolezni ali poškodb skoraj 40.000 ljudi, na domstila plač med začasno zadržanostjo od dela pa znašajo okoli 450 milijonov EUR na leto. Ob upoštevanju, da stroški nezgod in bolezni na delovnem mestu v državah EU okvirno znašajo 3 % bruto družbenega proizvoda, to v Sloveniji zneso okoli 1.650 EUR na zaposlenega na leto oziroma eno povprečno slovensko plačo. Ker so stroški bolezni in slabega počutja zaposlenih visoki, jih je smiselno ocenjevati in obvladovati, kar pa je za večino delodajalcev izziv. Namen *Vodnika v stroške in donosnost promocije zdravja na delovnem mestu* je delodajalcem zagotoviti nekatere strokovne podlage glede ocenjevanja:

- vrste in višine stroškov bolezni, poškodb in slabega počutja zaposlenih ter
- prihrankov in kazalnikov ekonomske upravičenosti ukrepov promocije zdravja na delovnem mestu.

OCENJEVANJE STROŠKOV ZDRAVSTENEGA IN DUŠEVNEGA STANJA ZAPOSLENIH

Tri glavne vrste stroškov, povezanih z zdravjem in počutjem zaposlenih, so **stroški bolniške odsotnosti, prezentizma in fluktuacije**.

Za ocenjevanje stroškov bolniške odsotnosti se najpogosteje (tudi v Sloveniji) uporablja pristop človeškega kapitala HCA, ki izhaja iz stroška dela. Ima več pomanjkljivosti, je pa lažje izračunljiv kot strošek prezentizma. Strošek prezentizma izhaja iz zmanjšane učinkovitosti prisotnih zaposlenih zaradi zdravstvenih oziroma duševnih razlogov zaposlenih. Na prvi pogled je za delodajalca prezentizem ugoden, vendar večina raziskav ugotavlja, da prezentizem organizacijo stane več kot bolniške odsotnosti, in sicer po konservativni oceni dvakrat več. Tudi strošek fluktuacije, povezane z zdravjem in počutjem zaposlenih, je znaten, saj duševne težave povzročajo 5–20 % fluktuacije (celoten odstotek zaradi zdravstvenih razlogov je še nekoliko višji).

OCENJEVANJE PRIHRANKOV IN DONOSNOSTI PROMOCIJE ZDRAVJA

Izkušnje dobre prakse promocije zdravja kažejo, da programi promocije zdravja na delovnem mestu izboljšajo dolgoročno uspešnost podjetja, produktivnost in prispevajo k ugledu blagovne znamke, izboljšajo zavzetost zaposlenih in njihovo odpornost proti stresu, zmanjšajo prezentizem, fluktuacijo, bolniške odsotnosti in število delovnih nesreč ter prispevajo k pozitivnemu delovnemu okolju.

Pričakovane koristi promocije zdravja in dobrega počutja:

1. zmanjšanje stroškov bolniških odsotnosti (povprečno 12–36 % v 3–5 letih) (KIMDPŠ, 2012),
2. zmanjšanje stroškov prezentizma,
3. visoka donosnost oziroma ekonomičnost naložb (2,5–4,8 EUR v 3–5 letih) (EU-OSHA, 2010),
4. večja produktivnost do 20 % (EUROFOUND, 2011),
5. boljše zdravje in počutje delavcev ter vodstva.

Delodajalci, ki promocijo zdravja izvajajo skladno z dobro prakso, lahko v povprečju pričakujejo od 12–do 36-odstotno zmanjšanje bolniškega staleža v 3–5 letih (KIMDPŠ, 2012, Uhle in Treier, 2013). Programi promocije zdravja pozitivno vplivajo tudi na življenjski slog zaposlenih. Evropska agencija o varnosti in zdravju pri delu navaja, da ekonomičnost naložb v promocijo zdravja znaša 2,5–4,8 EUR na vložen EUR

VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

(EU-OSHA, 2010). Čeprav vse pregledane raziskave ne kažejo vedno na donosnost promocije zdravja, pretežna večina študij, ki obravnavajo to področje, ugotavlja podobno visoko ali celo višjo donosnost. Med njimi študija podjetja PricewaterhouseCoopers (PWC), ki je sistematično pregledalo 55 študij o donosnosti promocije zdravja (PWC, 2008a). Konservativna švicarska raziskava SWiNG pa ugotavlja tudi, da se izplača vlagati v upravljanje psihosocialnih obremenitev oziroma stresa (25 % udeležencev projekta SWiNG je zmanjšalo stopnjo stresa in povečalo produktivnost) (Shulte-Abel, Weber, 2011). Primerjava teh rezultatov z dolgoročno donosnostjo delnic pokaže, da naložbe v promocijo zdravja dosegajo deset- in večkratnik dolgoročne donosnosti delnic.

KALKULATOR STROŠKOV IN DONOSNOSTI PROMOCIJE ZDRAVJA KALDOZ

Ker je ekonomska upravičenost naložb ključno merilo za poslovne odločitve, je bil izdelan **Kalkulator stroškov in donosnosti promocije zdravja KALDOZ**. KALDOZ je orodje, namenjeno delodajalcem za izračun stroškov bolniških odsotnosti, prezentizma in fluktuacije, pričakovanih prihrankov in donosnosti promocije zdravja na delovnem mestu. Orodje najdete na spletni strani www.produktivnost.si in www.opsa.si.

Kalkulator izhaja namena, da je bolj kot natančna višina stroškov ali kazalnikov ekonomske upravičenosti pomemben velikostni razred podatkov ter enostavnost izračuna.

Rezultati uporabe kalkulatorja KALDOZ kažejo, da delodajalec v povprečni slovenski organizaciji s 100 zaposlenimi lahko, ob tipičnih izhodiščih ter naložbi v ukrepe promocije zdravja v višini 75 EUR na zaposlenega na leto, v petih letih ustvari neto prihranke v višini okoli 61.000 EUR oziroma v povprečju 12.200 EUR na leto. Tako ustvarjena donosnost ukrepov znaša 160 % oziroma 2,6 EUR na vloženi EUR.

PROMOCIJA ZDRAVJA SE IZPLAČA

Promocija zdravja je koristna in zelo donosna – a le, če se izvaja pravilno. To je v Sloveniji žal še redko, saj je pogost površen in nestrokoven pristop. Vsekakor se delodajalcem izplača ocenjevati stroške in donosnost promocije zdravja ter aktivno podpirati ukrepe promocije zdravja, saj bodo s tem ne le pripevali k večji poslovni uspešnosti, ampak tudi boljšemu počutju zaposlenih in ne nazadnje tudi k uspešnosti ključnih zaposlenih v vodstvih organizacij.

1. UVOD

VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Bolniška odsotnost in prezentizem v Sloveniji predstavljata resen družbeni, socialni in ekonomski problem, ki ima številne finančne in druge posledice za delodajalce. Promocija zdravja je kontinuiran proces, ki vodi do vedno bolj zdravih in zadovoljnih zaposlenih, ter pripomore k zmanjševanju z zdravjem povezanih stroškov, zato je ukrepanje na področju promocije zdravja hkrati koristno za zaposlene ter donosno za podjetja in organizacije.

Ta vodnik obravnava:

- **vrste in višino stroškov** bolezni, poškodb in slabega počutja ter
- **koristi in ekonomsko upravičenost** ukrepov promocije zdravja na delovnem mestu.

V dokumentu je predstavljen kalkulator za izračun stroškov in donosnosti programov promocije zdravja (KALDOZ), ki je na voljo tudi v elektronski verziji na spletnih straneh www.produktivnost.si ter www.opsa.si.

Vodnik je namenjen delodajalcem pa tudi nekaterim drugim zaposlenim (finančnim in računovodskim delavcem, varnostnim inženirjem, kadrovskim delavcem, predstavnikom delavcev, promotorjem zdravja na delovnem mestu) kot podpora pri vodenju ukrepov promocije zdravja pri delu.

OPREDELITVE POJMOV

Bolniška odsotnost

Pojmi »bolniška odsotnost«, »zdravstveni absentizem«, »začasna zadržanost od dela iz zdravstvenih razlogov«, »bolniški stalež« in »bolniška« so sinonimi, ki označujejo čas, ko zaposleni ne dela zaradi bolezni, poškodbe ali nege družinskega člana, pri čemer naj bi njegova nezmožnost za delo (ali zmanjšana delovna sposobnost) trajala omejen čas (ZZZS, 2010).

Prezentizem

Prezentizem je opredeljen kot zmanjšanje produktivnosti zaradi težav z zdravjem ali drugih dogodkov, ki zaposlenega odvrta od optimalne učinkovitosti (D'Abate in Eddy, 2007, Lerner in Amick, 1998).

Psihosocialna tveganja na delovnem mestu

Psihosocialna tveganja so tisti psihološki in socialni vidiki (nevarnosti, obremenitve oziroma dejavniki) dela, delovnih mest, zaposlenih, delovne organizacije in širšega okolja, ki povečujejo verjetnost za zdravstvene zaplete pri zaposlenih, doživljanje čezmernega stresa, preobremenjenost, izgorevanje, odsotnost z dela; prav tako pa vplivajo na zmanjšano učinkovitost in storilnost na delovnem mestu ter otežujejo usklajevanje dela z družinskimi obveznostmi (Šprah in Dolenc, 2014).

Promocija zdravja na delovnem mestu

Luksemburška deklaracija promocijo zdravja na delovnem mestu opredeljuje kot skupna prizadevanja delodajalcev, zaposlenih in družbe za izboljšanje zdravja in dobrega počutja ljudi pri delu (ENWHP, 1997).

Dobro počutje na delovnem mestu

Evropski observatorij delovnih razmer (European Working Conditions Observatory, EWCO) opredeljuje: »Dobro počutje na delovnem mestu pomeni varno, zdravo in produktivno delo v dobro vodeni organizaciji s strani kompetentnih delavcev in delovnih skupnosti, ki dojemajo svoje delo kot smiselno in koristno ter dojemajo delo kot dejavnik, ki podpira njihovo upravljanje življenja.« (FIOH, 2008)

OMEJITVE DOKUMENTA

Obstaja vrsta razlogov za težavnost ocenjevanja stroškov bolezni in ekonomske upravičenosti ukrepov promocije zdravja na delovnem mestu. Bolezni, poškodbe in slabo počutje zaposlenih imajo številne učinke, ki jih je težko identificirati in kvantificirati z njimi povezane stroške (Brun in Lamarche, 2007; Chandola, 2010; Giga et al., 2008). Hkrati uporaba različnih pristopov in metodologij vodi do različnih rezultatov (EU-OSHA, 2014a; Chandola, 2010). Zaradi terenske narave raziskav je zahtevno zagotavljati metodološko rigoroznost izvedbe, pri čemer so številni uporabljeni metodološki pristopi slabo razviti (Dewe et al., 2010; Rezagholi in Bantekas, 2015; Cox et al., 2007). Pomembni težavi sta tudi podcenjevanje višine dejanskih stroškov (EU-OSHA, 2014a; HSE, 2012/13), saj delodajalci ne razpolagajo s podatki o vseh, z zdravjem zaposlenih povezanih stroških, ter kratek čas opazovanja. Dodatno, relevantni podatki za Slovenijo so redki, kar ugotavlja tudi EU-OSHA, ki omenja očitno primanjkljaj podatkov o stroških stresa pri delu iz vzhodno- in južnoevropskih držav (EU-OSHA, 2014a).¹ Vodnik izhaja z vidika, da je bolj kot natančna višina stroškov ali kazalnikov donosnosti pomemben velikostni razred podatkov. Vodnik problematiko obravnava **zgolj z vidika delodajalca**, ne pa tudi z makroekonomskega vidika države oz. zdravstvenega sistema, niti z vidika stroškovno opredeljenih posledic zmanjšanja kakovosti življenja posameznikov, ki trpijo zaradi bolezni oziroma izgubijo življenje zaradi razlogov, povezanih z delom.

SEZNAM KRATIC

- % BS – odstotek bolniškega staleža
- ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
- NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje
- MKB-10 – Mednarodna statistična klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov (International Classification of Diseases, ICD-10)
- ZVZD-1 – Zakon o varnosti in zdravju pri delu
- ZPIZ-2 – Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju
- ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

¹ Zato obstaja potreba po nadaljnjem raziskovanju, z namenom pridobitve relevantnih podatkov in razvoja v praksi uporabnih orodij, tudi za potrebe poslovnega odločanja vodstev.

2.

STANJE ZDRAVJA IN POČUTJA ZAPOSLENIH V SLOVENIJI

2.1 ZAKONSKE OSNOVE PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Zakonsko promocijo zdravja ureja **Zakon o varnosti in zdravju pri delu** (ZVZD-1, 2011).

Zakonske obveznosti po zakonu o varnosti in zdravju pri delu ZVZD-1, 12/20116. člen: Delodajalec mora načrtovati in izvajati promocijo zdravja na delovnem mestu. 24. člen: Delodajalec mora sprejeti ukrepe za preprečevanje, odpravljanje in obvladovanje primerov nasilja, trpinčenja, nadlegovanja in drugih oblik psihosocialnega tveganja na delovnih mestih, ki lahko ogrozijo zdravje delavcev. 32. člen: Delodajalec mora promocijo zdravja na delovnem mestu načrtovati ter zanjo zagotoviti potrebna sredstva, pa tudi način spremljanja njenega izvajanja.

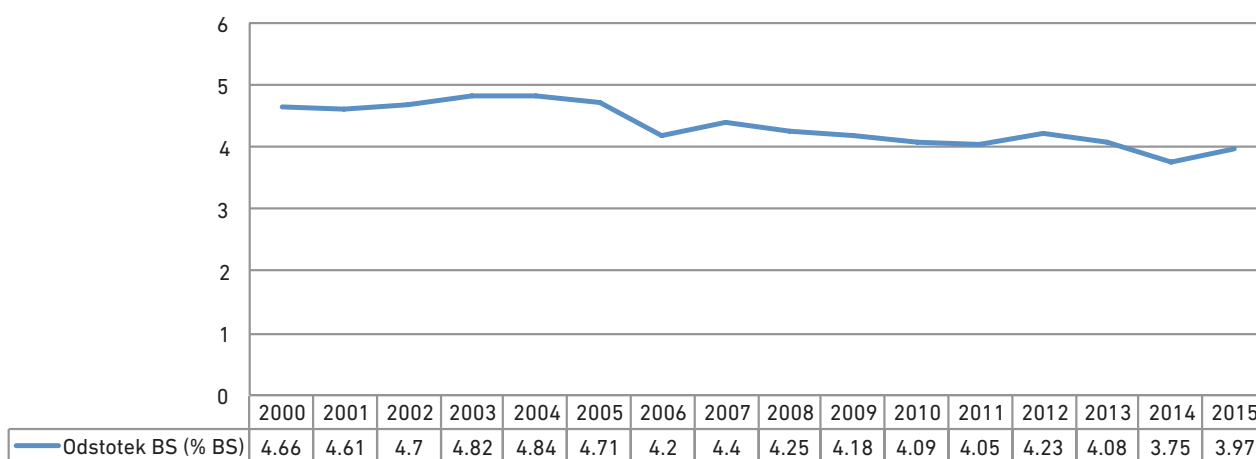
S področjem varnosti in zdravja zaposlenih so povezani tudi ZPIZ-2 – Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in ZSDU – Zakon o sodelovanju delavcev pri upravljanju.

Ministrstvo za zdravje je izdalo tudi smernice za promocijo zdravja na delovnem mestu (verzija 1.0, marec 2015) (Ministrstvo za zdravje, 2015).

2.2 KAZALNIKI ZDRAVJA IN POČUTJA SLOVENSКИH ZAPOSLENIH

Odstotek bolniškega staleža je ključen kazalnik zdravja zaposlenih in odraža odstotek izgubljenih delovnih dni na enega zaposlenega delavca. Spodbuden trend padanja odstotka bolniškega staleža je v 2015 spet zanihal navzgor. Hkrati opažamo trend selitve bolniške odsotnosti iz proizvodnih sektorjev v storitvene dejavnosti in iz gospodarskega v javni sektor oziroma v tiste gospodarske dejavnosti, kjer, tudi zaradi narave poklica, prevladujejo ženske.

Graf 1: Gibanje odstotka bolniškega staleža v letih 2000 – 2015, Slovenija

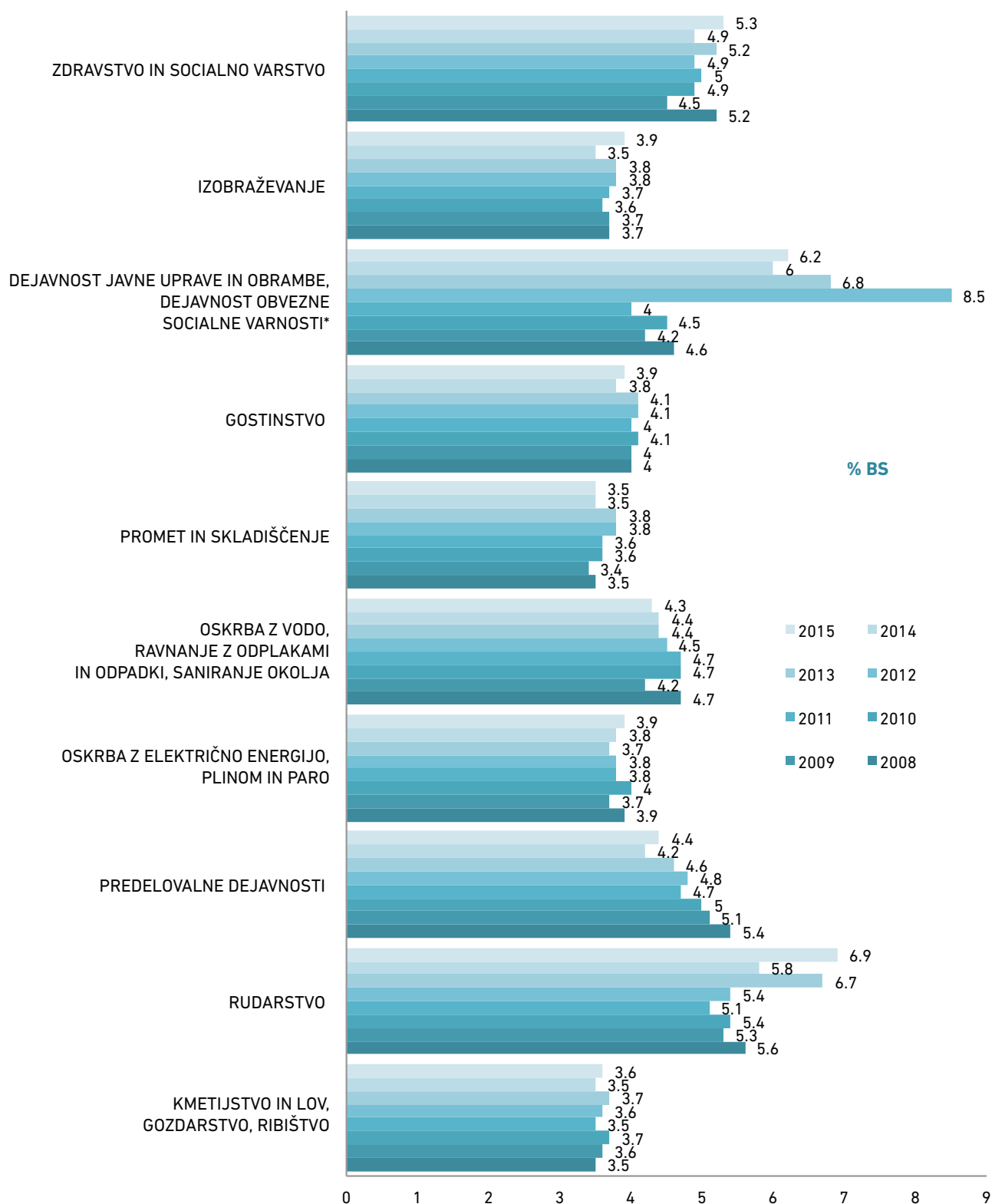


Vir: Podatkovni portal Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ, 2016)

- Nadomestila plač med začasno zadržanostjo z dela: okoli 450 milijonov EUR na leto.
- Slovenski zaposleni pri vrhu EU glede občutenja stresa na delovnem mestu, kot tudi dojemanja, da delajo pod visokimi pritiski.
- Slovenska produktivnost dela je krepko pod povprečjem EU28 in le 74 % evrskega območja.

VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Graf 2: Gibanje odstotka bolniškega staleža po izbranih dejavnostih in po letih



Vir: Podatkovni portal Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ, 2016)

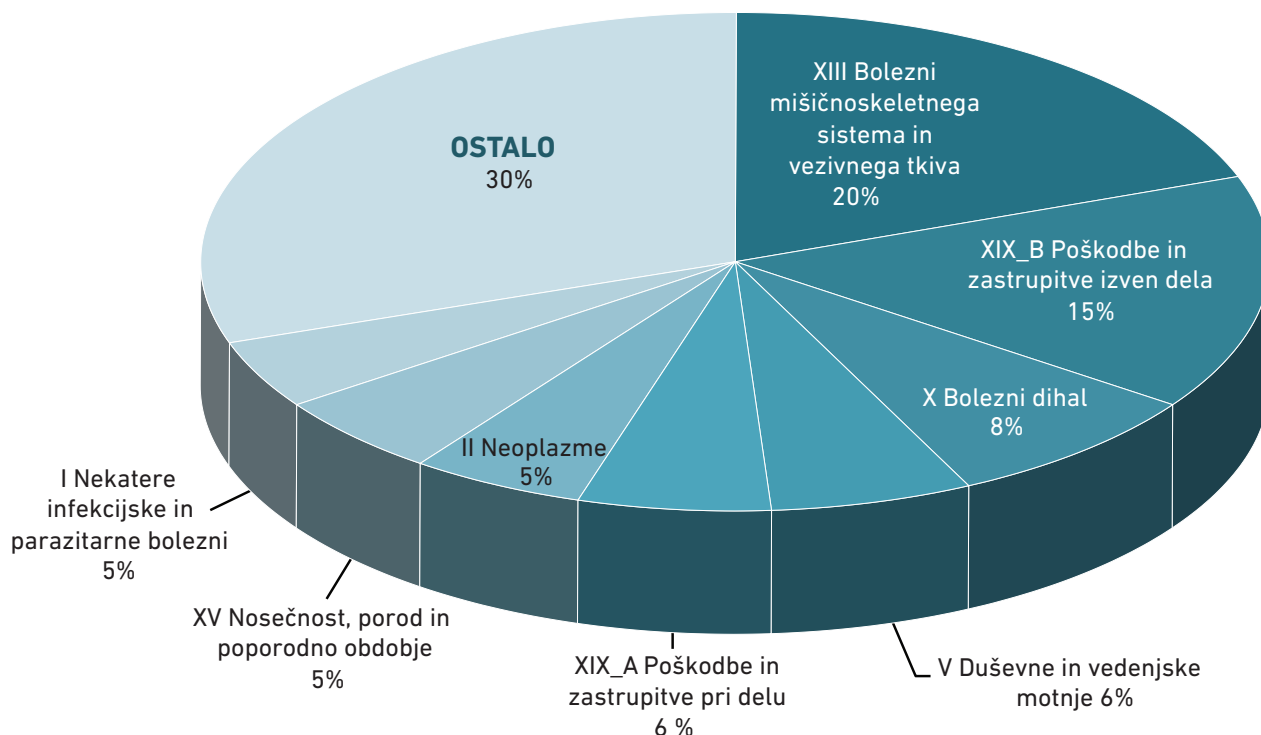
Kot kaže Graf 2: Gibanje odstotka bolniškega staleža po izbranih dejavnostih in po letih, je najvišja stopnja bolniškega staleža v dejavnosti javne uprave in obrambe ter dejavnosti obvezne socialne varnosti,

VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

medtem ko predelovalne dejavnosti, ki zaposlujejo visok odstotek slovenskih zaposlenih, od leta 2008 beležijo padec odstotka bolniškega staleža. Izjema je dejavnost rudarstva. Zaželeno bi bilo boljše razumevanje razlogov za padec odstotka bolniškega staleža, zlasti v odnosu do pojava prezentizma.

Po podatkih ZZZS v Sloveniji dnevno izostane od dela zaradi bolezni ali poškodb skoraj 40.000 ljudi. Povprečna dolžina trajanja bolniškega staleža v breme delodajalcev znaša okoli 9 dni, povprečna dolžina trajanja bolniškega staleža v breme ZZZS pa 19 dni. Število in delež izgubljenih dni za osem najpogostejših diagnoz kaže Graf 3: Delež izgubljenih dni v Sloveniji v letu 2015, po diagnozah MKB-10.

Graf 3: Delež izgubljenih dni v Sloveniji v letu 2015, po diagnozah MKB-10



Vir: Podatkovni portal Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ, 2016)

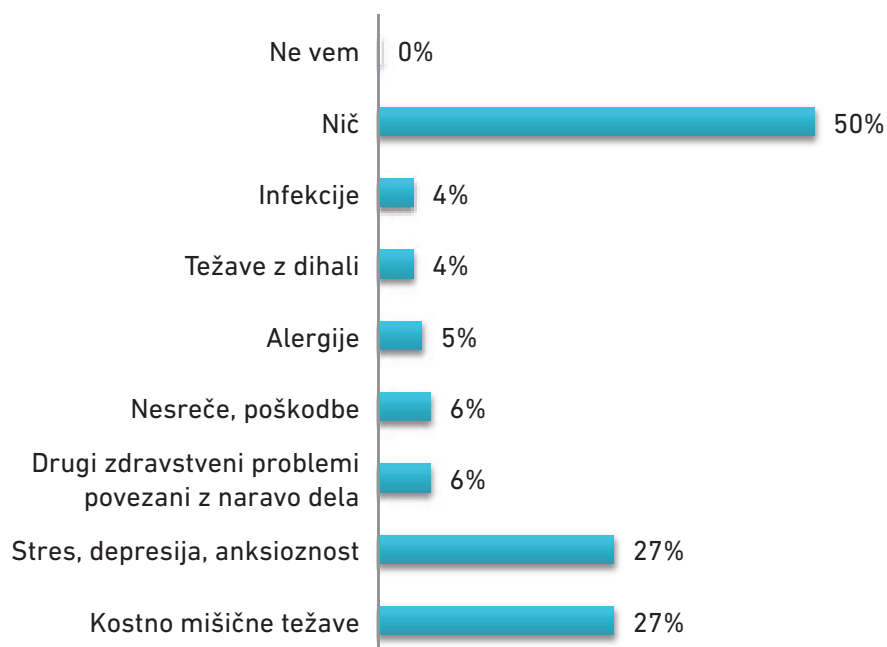
Bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva ter poškodbe (pri delu in zunaj njega) predstavljajo razloge za okoli 40 % bolniški odsotnosti. Po podatkih NIJZ se duševne in vedenjske težave po deležu izgubljenih dni v letu 2015 sicer uvrščajo na četrto mesto med različnimi diagnozami za bolniško odsotnost (po sistemu (MKB-10)). A čeprav so duševne in vedenjske motnje šele na četrtem mestu, pogosto prispevajo k razvoju drugih bolezni oziroma poškodb. Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu (EU-OSHA) navaja, da je 50–60 % vseh izgubljenih delovnih dni mogoče pripisati stresu in psihosocialnim obremenitvam, povezanim z delom (EU-OSHA, 2014b). Kljub temu je bila dolžnost upravljati psihosocialna tveganja zakonsko predpisana šele z zakonom ZVZD-1 iz decembra 2011. Zato je zelo smiselno, da delodajalci psihosocialnim obremenitvam (odgovornost v organizaciji, hitrost dela, medosebni odnosi, nadzor nad delovnimi obveznostmi in podobno) posvečajo posebno pozornost. Podrobneje so ključni izvori psihosocialnih tveganj oziroma obremenitev, po metodologiji Družbenomedicinskega inštituta ZRC SAZU, prikazani v prilogi 1.

2.3 PSIHOSOCIALNE OBREMENITVE IN STRES

- 50–60 % vseh izgubljenih delovnih dni je mogoče pripisati stresu in psihosocialnim obremenitvam.

Vseevropska raziskava Evropske komisije o delovnih razmerah, Eurobarometer iz aprila 2014, kaže **hiter vzpon duševnih težav na lestvici zdravstvenih težav, povezanih z delom**. Slika 1: Ste v zadnjih 12 mesecih doživeli katero od navedenih zdravstvenih težav, ki jo je povzročilo ali poslabšalo vaše delo? kaže, da si stres, depresija in anksioznost v povezavi z doživljanjem zdravstvenih težav delijo prvo mesto z boleznimi mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva. V primerjavi z obdobjem pred petimi ali desetimi leti beležimo trend hitre rasti povečevanja problematike stresa in izgorelosti. Stres na delovnem mestu pa je, glede na odgovore respondentov te evropske raziskave, tudi na prvem mestu tveganj za varnost in zdravje pri delu.

Slika 1: Ste v zadnjih 12 mesecih doživeli katero od navedenih zdravstvenih težav, ki jo je povzročilo ali poslabšalo vaše delo?



Vir: Evropska komisija, 2014

2.4 PRIMERJAVA STANJA Z DRUGIMI DRŽAVAMI V EU

V primerjavi z EU so slovenski zaposleni na tretjem mestu po občutku dela v hitrem tempu (Ignjatović, Kanjuo Mrčela, 2014) ter krepko pod povprečjem EU-28 glede produktivnosti dela (74,0 % povprečja evrskega območja (Umar, 2012)). K temu prispevajo tudi slabo učinkoviti slovenski menedžerji, katerih konkurenčnost je švicarski Mednarodni inštitut za razvoj menedžmenta (IMD) v svojem poročilu uvrstil na 57. mesto med 59 državami sveta (Markič, Verle, 2012).

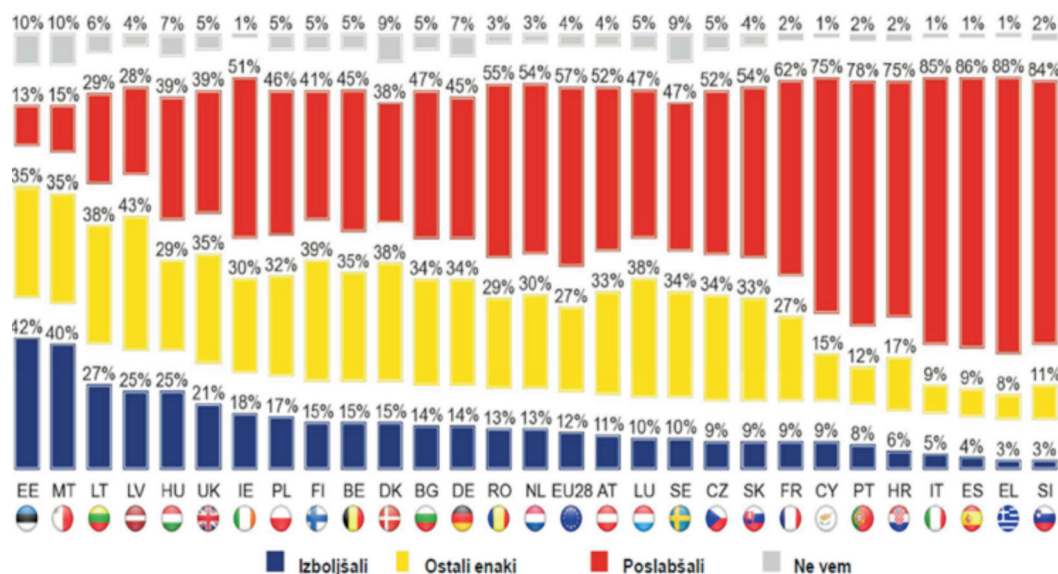
V Sloveniji tretjina žensk in kar 40,6 % moških meni, da sta njihovo zdravje in varnost pri delu ogrožena, in ta odstotek je med najvišjimi v EU-27 (Eurofound, 2012).

VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Hkrati je Slovenija na vrhu evropskih držav, kjer se po oceni zaposlenih delovne razmere poslabšujejo (Slika 2: Delovne razmere v EU-državah v obdobju 2009–2014). Za delodajalce je to lahko skrb vzbuja-joče, saj neugodni trend delovnih razmer vodi v še večjo bolniško odsotnost in prezentizem zaposlenih.

Slika 2: Delovne razmere v EU-državah v obdobju 2009–2014

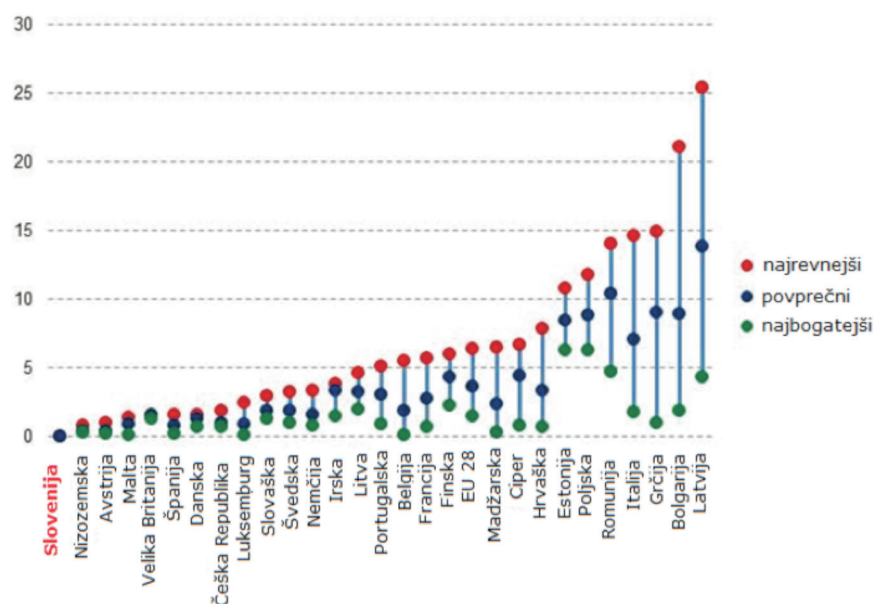
Vprašanje: Ali iz svojih izkušenj in/ali tega, kar vam povedo prijatelji ali sorodniki, ki so zaposleni, lahko rečete, da so se delovne razmere v vaši državi v zadnjih petih letih ...



Vir: Evropska komisija, 2014

Zanimiv je podatek, da imamo v Sloveniji zelo visoko univerzalno dostopnost zdravstvenih storitev. Po-vedano drugače, dostopnost zdravstvenih storitev je podobna ne glede na to, kako bogat ali reven je tisti, ki potrebuje pomoč.

Slika 3: Stopnja neizpolnjenih potreb po zdravniškem pregledu zaradi finančnih in drugih razlogov glede na dohodek v EU, podatki EU-SILC za leto 2012



Vir: Zsuzsanna Jakab, 2015

3.

STROŠKI BOLEZNI, POŠKODB IN SLABEGA POČUTJA ZAPOSLENIH

VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Povprečni stroški nezgod in bolezni na delovnem mestu v državah EU znašajo 2,6–3,8 % bruto domačega proizvoda (BDP) (Evropska komisija, 2008); Mednarodna organizacija dela (ILO) ocenjuje ta strošek na globalni ravni na 4 % bruto domačega proizvoda (ILO, 2009).

Če za izhodišče vzamemo vrednost 3 % BDP, to znese okoli 580 EUR na prebivalca Slovenije oziroma 1.650 EUR na zaposlenega na leto. Povedano drugače, ob povprečni mesečni bruto plači 1.571,12 EUR za april 2016 **stroški bolezni in poškodb zaposlenih letno na zaposlenega znašajo eno povprečno slovensko plačo**.

Večina raziskav pristopa k določanju višine stroškov po **induktivni metodi**, tako da najprej opredelijo kategorije relevantnih stroškov ter nato seštevajo njihove denarne vrednosti. Obstajajo različne razvrstitve in pristopi k izračunavanju stroškov. EU-OSHA navaja seznam osmih tipičnih ekonomskih stroškov, povezanih s slabim zdravjem in poškodbami, ki jih nosijo delodajalci (Tabela 1: Vrste in perspektive ekonomskih stroškov zaradi poškodb in bolezni, povezanih z delom). Ni nujno, da je posamezna metoda opredeljevanja stroškov boljša ali slabša, saj jo je treba upoštevati z vidika namena, okolja oziroma konteksta raziskave.

Tabela 1: Vrste in perspektive ekonomskih stroškov zaradi poškodb in bolezni, povezanih z delom

Stroški produktivnosti	Administrativni stroški	Stroški zavarovanja
Stroški bolniške	Administrativni in pravni stroški	Vpliv na zavarovalne premije
Izguba produktivnosti		
Motnje produktivnosti	Stroški ponovnega uvajanja in prešolanja	
Poškodbe opreme		
Zmanjšanje ugleda podjetja		

Vir: povzeto po EU-OSHA, 2013

Stroški delodajalca so lahko neposredni ali posredni, spremenljivi ali stalni stroški. Stroški bolezni in poškodb so lahko denarni ali nematerialni, a pri poslovnem odločanju je zlasti pomembno poznavanje denarnih vrednosti zdravstvenih težav zaposlenih (v EUR). To je zaradi narave zdravja pogosto zahtevno, a glede na velikostni razred teh stroškov jih je smiselno oceniti vsaj okvirno. Pri izbiri načina ocenjevanja si lahko pomagamo s priporočili, ki jih prikazuje Tabela 2: Stroškovne kategorije in načini ocenjevanja denarnih vrednosti.

Tabela 2: Stroškovne kategorije in načini ocenjevanja denarnih vrednosti

Kategorija	Opis	Kako oceniti strošek?
Učinki dogodkov, ki jih ni možno neposredno izraziti v denarni vrednosti		
Poškodbe s smrtnim izidom, smrtni primeri	Število primerov	Seštevek stroškov naknadnih aktivnosti, kazni in izplačil
Bolniška odsotnost	Obseg izgubljenih delovnih ur zaradi bolniške odsotnosti	Vsota stroškov za aktivnosti, s katerimi nadoknadimo izgubljeno delo, kot je menjava zaposlenega, zmanjšanje proizvodnje, posredni učinek je, da bolniške odsotnosti zmanjšujejo fleksibilnost oziroma sposobnost za reševanje nepredvidenih situacij

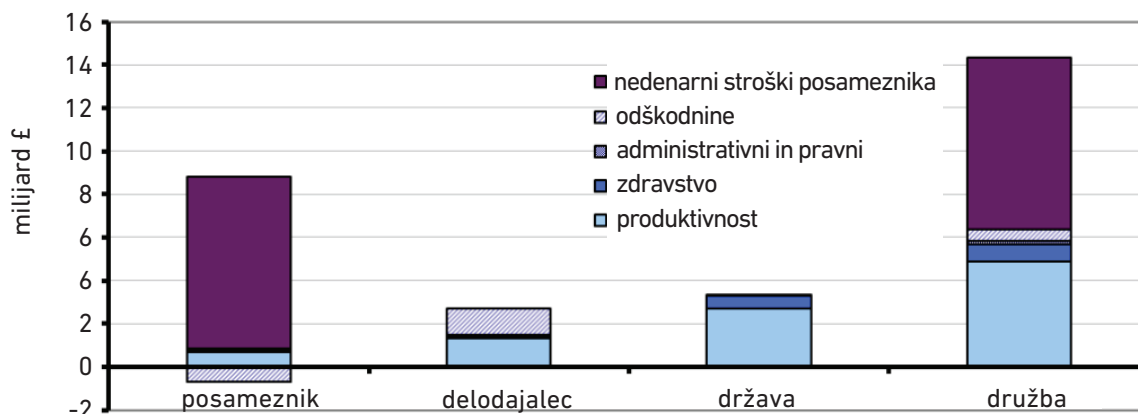
VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Fluktuacija zaradi slabega delovnega okolja ali zgodnja upokojitvev in invalidnost	Odstotek ali število oseb, ki (neželena) zapustijo podjetje v določenem času	Vsota stroškov aktivnosti, ki izhajajo iz neželene spremembe, kot so stroški menjave, dodatnega izobraževanja, zmanjšane produktivnosti, oglaševanja, postopkov iskanja novih kadrov
Zgodnja upokojitvev in invalidnost	Odstotek ali število oseb v določenem obdobju	Vsota stroškov aktivnosti, ki izhajajo iz invalidnosti ali zgodnje upokojitve, kazni, izplačil žrtvam
Učinki dogodkov, poškodb ali bolezni, ki jih lahko izrazimo v denarni vrednosti		
Nezdravstvena rehabilitacija	Stroški, ki jih ima delodajalec za vračanje na delovno mesto (svetovanje, trening, prilagoditev delovnega mesta)	Računi
Administracija v zvezi bolniškimi odsotnostmi, poškodbami itd.	Aktivnosti, ki jih je podjetje dolžno izvajati v zvezi z bolniškimi odsotnostmi	Bruto plače za porabljen čas
Okvare opreme	Okvare oziroma stroški popravil strojev, infrastrukture, materiala ali izdelkov	Stroški zamenjave
Drugi stroški, ki niso povezani z zdravjem (na primer preiskave, čas, zunanji stroški)	Čas in denar, porabljen za preiskovanje poškodb, ocene delovnega mesta	Bruto plače za porabljen čas
Posledice na različne elemente zavarovalnih premij, premij zavarovanja za visoko tveganje	Spremembe premij zaradi nesreče ali poškodbe in poklicne bolezni	Računi
Poroštva, pravni stroški, kazni		Računi, terjatve, stroški poravnave, globe, kazni
Dodatki na plače, dodatki za nevarno delo (če ima podjetje možnost)	Dodatki na plače za nevarno in težje delo	Dodatki na plače
Izgubljena proizvodnja, nedobavljene storitve	Izgubljena proizvodnja kot posledica poškodbe (npr. ker je potreben čas, da se zamenjajo stroji, ustavitev za čas preiskave)	Celotna vrednost proizvodnje
Stroški izgubljenih priložnosti	Izgubljena ali pridobljena naročila, konkurenčnost na določenih trgih	Ocenjena vrednost proizvodnje, ki predstavlja izgubljen dohodek za podjetje
Zmanjšanje donosnosti	Neustvarjen dobiček zaradi stroškov nesreče	Obresti od zneska stroškov, porabljenih v x letih, s stopnjo obresti y %

Vir: Mossink, De Greef, 2002

Sicer stroški delodajalca predstavljajo le manjši del dejanskih stroškov. Graf institucije HSE kaže, da so že sicer visoki stroški delodajalcev le vrh ledene gore, saj le-ti resnične stroške poškodb in bolezni v precejšnji meri prelagajo na prizadetega posameznika in njegovo družino ter zdravstveni sistem, družbo oziroma državo. Delodajalci po podatkih te vodilne britanske organizacije za varnost in zdravje nosijo le okoli 10 % dejanskega stroška (HSE, 2012/2013). To pomeni, da so širše ekonomske koristi ukrepov promocije zdravja še toliko bolj impresivne.

Graf 4: Stroški poškodb in novih primerov bolezni, povezanih z delom, glede na nosilca stroškov in stroškovno komponento za obdobje 2012/13 (cene za leto 2012/v funtih)



Vir: HSE, 2012/2013

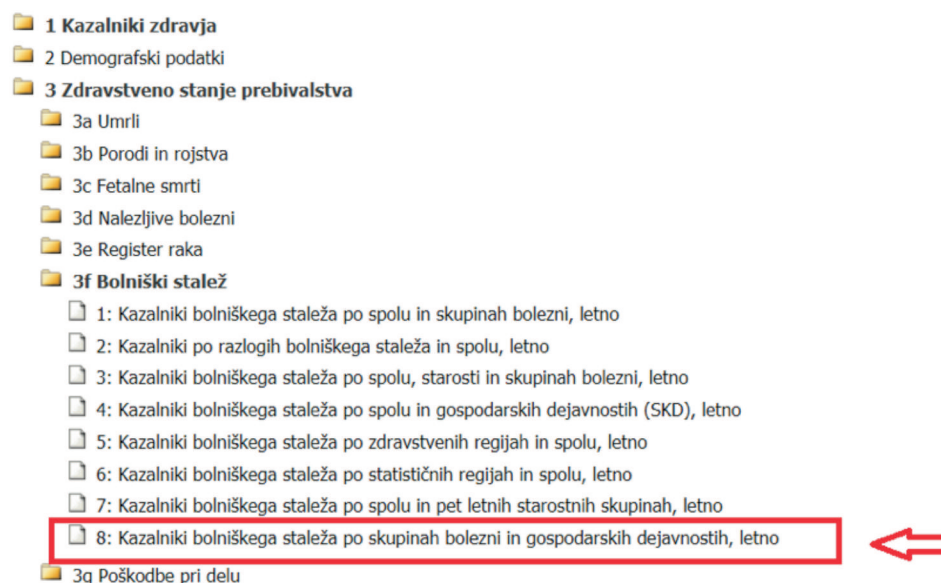
Tri glavne vrste stroškov, ki se jih delodajalcem izplača oceniti, so stroški **bolniške odsotnosti, prezentizma in fluktuacije** in so v nadaljevanju podrobneje predstavljeni.

3.1 STROŠKI BOLNIŠKE ODSOTNOSTI

Na podatkovnem portalu NIJZ² so brezplačno dostopni podatki o kazalnikih bolniškega staleža za Slovenijo, po boleznih, spolu, letih in dejavnostih. Ker je Podatkovni portal NIJZ precej obsežen, si lahko do hitrejšega dostopa do pravih podatkov pomagata s slikami spodaj.

Slika 4: Podatkovni portal NIJZ – izbira vrste kazalnikov

NIJZ podatkovni portal



Vir: slika, zajeta na spletni strani NIJZ, 1. 7. 2016

² <https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal>

Slika 5: Podatkovni portal NIJZ – kazalniki po skupinah bolezni in dejavnostih

The screenshot shows the NIJZ (National Institute for Public Health) data portal. The header includes the NIJZ logo, the text 'Nacionalni inštitut za javno zdravje', and 'Podatkovni portal'. A language dropdown menu is set to 'slovenski'. Below the header, there are three steps: 1. Izberi tabelo, 2. Izberi dimenzijo, and 3. Prikaži tabelo. The main content area is titled '8: Kazalniki bolniškega staleža po skupinah bolezni in gospodarskih dejavnostih, letno'. It contains a form with several sections: 'Leto' (Year) with a dropdown and navigation buttons; 'Gospodarska dejavnost' (Economic activity) with a dropdown and navigation buttons; 'Skupine MKB-10' (MKB-10 groups) with a dropdown and navigation buttons; and 'Kazalnik' (Indicator) with a dropdown and navigation buttons. Each section has a 'Skupaj' (Total) count and a 'Začetek besede' (Start of word) checkbox. At the bottom, there is a note about the number of selected data points and a 'Tabela - možnost 2' dropdown.

Vir: slika, zajeta na spletni strani NIJZ, 1. 7. 2016

Organizacije z okvirno več kot 50 zaposlenimi lahko na NIJZ pridobijo tudi kazalnike bolniškega staleža za svojo organizacijo. NIJZ sprejema **naročila podatkov** prek Statistične pisarne (**statistica.pisarna@nijz.si**). Naročite lahko tako podrobne in izbrane podatke, kot to omogoča in dopušča metodologija posamezne zbirke. Statistična pisarna zagotavlja strokovno pomoč pri naročanju in interpretaciji podatkov.

Tudi če je odstotek izgubljenih dni v neki organizaciji, ki posluje mednarodno, nižji od povprečja dejavnosti v Sloveniji, to še ne pomeni nujno dobrega rezultata, saj je morda pomembnejši podatek bolniški stalež konkurenčnih podjetij zunaj Slovenije.

Obstaja več metod izračuna stroškov bolniške odsotnosti, med znane metode pa spadajo:

1. pristop človeškega kapitala (HCA, Human Capital Approach),
2. pristop prehodnega stroška (FCA, Friction Cost Approach),
3. regionalna izguba produktivnosti (RPL, Regional Productivity Loss),
4. pristop multiplikatorja (MA, Multiplier Approach).

3.1.1 Pristop človeškega kapitala – HCA

Najbolj razširjen, tudi v Sloveniji, je pristop človeškega kapitala HCA, ki izhaja iz **stroška dela**. Je relativno preprosta metoda in izhaja iz ekonomske teorije, da na popolno konkurenčnem trgu dela plače odražajo delavčev mejni prispevek k proizvedenim količinam (Rezagholi in Bantekas, 2015), pri izračunavanju izgubljene produktivnosti pa se upoštevajo vse prihodnje izgube (IPF, 2006).

Poenostavljeni postopek izračuna stroška bolniških odsotnosti prikazuje Formula 1: Izračun stroška bolniških odsotnosti.

Formula 1: Izračun stroška bolniških odsotnosti delodajalca

$$SA = bs \cdot u \cdot p \cdot o$$

SA = strošek nadomestil plač za čas bolniške odsotnosti

bs = odstotek bolniškega staleža v organizaciji v breme delodajalca

u = skupno število delovnih ur vseh zaposlenih v izbranem obdobju

p = povprečni strošek bruto plače in prispevkov na bruto na uro

o = odmerni odstotek za izračun nadomestila plače

Pri izračunu smiselno upoštevamo naslednja izhodišča:

- 1) Upoštevamo ekvivalent polne zaposlitve (npr. dva zaposlena za polovični delovni čas predstavljata ekvivalent enemu polno zaposlenemu).
- 2) Odmerni odstotek za izračun nadomestila plače se giblje med 70 in 100 %, odvisno od razloga odsotnosti; za bolezni znaša 80 %, za poškodbe pri delu 100 % in tako naprej.
- 3) Za natančnejši izračun potrebujemo podatke o trajanju in plačah za vsak posamezni primer bolniške odsotnosti posebej.

Pristop HCA je uporabljen tudi v kalkulatorju stroškov in donosnosti promocije zdravja KALDOZ (www.produktivnost.si ter www.opsa.si), kjer so razvidne podrobnejše informacije o načinu izračuna. Dobljena vrednost po tej metodi je višja od rezultata pristopa FCA, a nižja od RPL ter MA. Ocene stroška bolniških odsotnosti po tej metodi so po mnenju nekaterih raziskovalcev nizke (Berger, Murray, Xu, & Pauly, 2001), saj ne upoštevajo vrste posrednih stroškov (izgubljena produktivnost, stroški zamenjave zaposlenega ipd.). HCA izhaja iz sedanje vrednosti prihodnjih zaslužkov odsotnega zaposlenega, s predpostavko, da ti odražajo njegovo prihodnjo produktivnost. Med kritikami te metode so še, da prihodnji prihodki ne odražajo najboljše koristnosti posameznega zaposlenega (ta je lahko višja ali nižja), saj vsak zaposleni ustvarja določeno dodano vrednost v procesu dela. Hkrati je vprašljiva predpostavka nezamenljivosti zaposlenega v času bolniške odsotnosti. Kljub temu ta pristop uporablja večina raziskovalcev in podjetij, ne nazadnje zaradi dostopnosti podatkov za izračun.

3.1.2 Pristop prehodnega stroška – FCA

Pristop prehodnega stroška (FCA, Friction Cost Approach) upošteva stroške izgubljene produktivnosti zaradi bolniške odsotnosti, le dokler prazno delovno mesto ni ponovno zapolnjeno. Uporaba metode FCA prikazuje nižje stroške bolniške odsotnosti delodajalca, zlasti pri daljših časih bolniške odsotnosti, saj meri dejansko vrednost izgubljene proizvodnje zaradi posameznega primera bolezni. Predpostavka, da je odsotne zaposlene vedno možno zamenjati, je sicer le delno točna. Bolj zahtevna je glede podatkov – zahteva podatke o stopnjah zaposlenosti in trajanju do zapolnitve delovnega mesta. Ker stroške bol-

niške odsotnosti nad 30 delovnih dni v Sloveniji krije ZZZS, so, z vidika delodajalca, razlike med pristopoma HCA in FCA manjše.

3.1.3 Drugi pristopi

Pristop multiplikatorja (MA, Multiplier Approach) izhaja iz predpostavke, da je produktivnost zaposlenega večja od njegove plače zaradi naslednjih razlogov: odsotnost ali zmanjšana produktivnost zaposlenega negativno vpliva na produktivnost ostalih zaposlenih, včasih ni mogoče najti ustreznega novega zaposlenega ter zaradi časovne občutljivosti (zamude v proizvodnji, ki povzročijo finančno škodo.)

Novejši pristop, ki poskuša odpraviti pomanjkljivosti pristopov HCA in FCA, je metoda **regionalna izguba produktivnosti** (RPL, Regional Productivity Loss). RPL meri izgubljeno produktivnost, in ne le izgubljene plače, upošteva zamenjavo odsotnih zaposlenih in razširja vpliv izgubljene produktivnosti na regionalno raven. Metoda RPL izkazuje višjo oceno stroškov, kot bi jo ugotovili z metodo HCA (Bankert et al., 2015).

Največkrat uporabljen pristop izračuna stroška bolniške odsotnosti je pristop človeškega kapitala (HCA). Vrednost stroška po pristopu HCA je višja od pristopa FCA, a nižja od RPL ter MA. Izbira najustreznejše metode je odvisna od vrste dejavnikov.

Pri izbiri metode je pomembno upoštevati vpliv odsotnosti zaposlenega na stroške in prihodke organizacije, na kateri ravni želimo stroške izračunati, kdo je njihov nosilec, razmere na trgu delovne sile, razpoložljivost podatkov.

V slovenskem podjetju IMPOL ocenjujejo, da podjetje bolniška odsotnost zaposlenega, krajša od enega meseca, stane v povprečju vsaj eno plačo in pol zaposlenega, ki je odsoten. Največkrat se v podjetju odločijo za izplačila potrebnega števila nadur, zunanje pomoči (npr. outsourcinga), pogodbenega dela, najema delavcev ali študentskega dela (ZZZS, 2010).

3.2 STROŠKI PREZENTIZMA

Prezentizem je opredeljen kot **zmanjšanje produktivnosti** zaradi težav z zdravjem ali drugih dogodkov, ki zaposlenega odvrta od optimalne učinkovitosti (npr. D'Abate in Eddy, 2007, Lerner in Amick, 1998). Povedano drugače, pojav prisotnosti na delovnem mestu tistih zaposlenih, katerim je ali bi jim osebni zdravnik, glede na zdravstveno stanje, predpisal bolniški stalež, oziroma zaposlenih, katerih rezultati dela so pomembno slabši zaradi slabega zdravja ali počutja. Po podatkih Eurofounda odstotek zaposlenih, ki so poročali o lastnem prezentizmu, znaša med 50 in 70 % (Eurofound, 2010).

- Storilnost zaposlenih pri prezentizmu je do 25 % nižja.
- Prezentizem praviloma organizacijo stane precej več kot bolniška odsotnost.
- K prezentizmu pomembno prispevajo duševne težave zaposlenih.

Poročilo nemške zveze BKK (Betrieblichen Krankenversicherungen) iz leta 2011 o zdravstvenem stanju ugotavlja, da je storilnost zaposlenih pri prezentizmu za 15 % nižja, medtem ko je Hemp v članku v Harvard Business Review navajal, da lahko prezentizem zmanjša produktivnost zaposlenih za 25 in več odstotkov (Hemp, 2004).

3.2.1 Odnos med prezentizmom in bolniško odsotnostjo

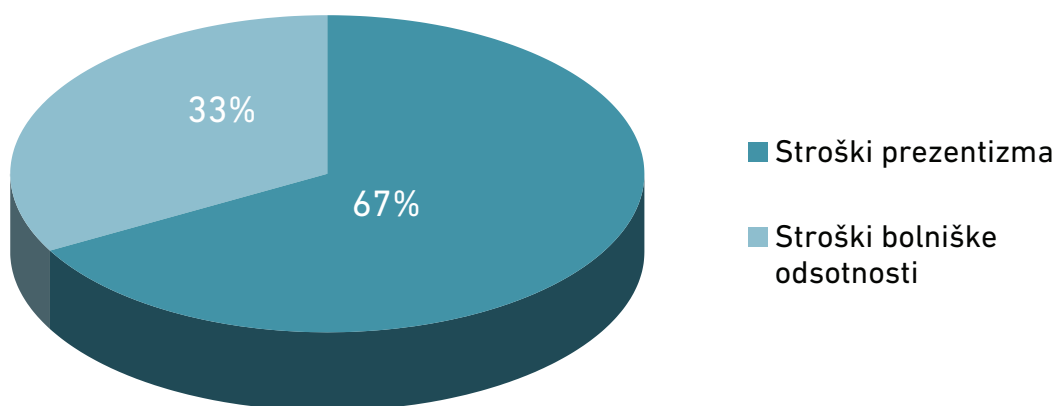
Na prvi pogled je za delodajalca prezentizem ugoden. A večina raziskav ugotavlja, da je **strošek prezentizma precej višji od stroškov bolniške odsotnosti**. Tako National Institute for Health and Care Excellence ocenjuje, da je strošek prezentizma na letni ravni, povezan zgolj s problemi duševnega zdravja, skoraj 1,5-krat višji od ocenjenih stroškov bolniške odsotnosti (NICE, 2009b). Weinberg et al. navajajo, da prezentizem predstavlja od 4- do 5-krat višji strošek od stroška bolniške odsotnosti (Weinberg et al., 2010).

Anketa zaposlenih nekega mednarodnega koncerna v Nemčiji je pokazala, da delodajalec letno izgubi 27,2 delovnega dneva na zaposlenega zaradi prezentizma in bolniške odsotnosti. Od tega je:

1. 22,4 dneva je izgubljenega zaradi prezentizma,
2. 4,8 dneva je izgubljenega zaradi bolniške odsotnosti (BKK, 2011).

V tem primeru je razmerje med delovnimi dnevi, izgubljenimi zaradi prezentizma, in bolniške odsotnosti 4,7 : 1. Mednarodno podjetje Dow Chemicals pa ocenjuje, da bolniška odsotnost zaposlenega letno podjetje stane 593 EUR, prezentizem pa kar 6.031 EUR (Berry et al., 2010). To predstavlja faktor 10,1. Kljub temu se večina podjetij še vedno predvsem posveča zmanjšanju bolniške odsotnosti oziroma manjšini zaposlenih. Tudi zato, ker je stroške prezentizma težko ocenjevati, kar pa seveda ne pomeni, da ne obstajajo. Ob upoštevanju tako različnih rezultatov vrste mednarodnih študij lahko okvirno sklepamo, da **prezentizem organizacijo stane vsaj dvakratnik stroška nadomestil plač za čas bolniške odsotnosti**.

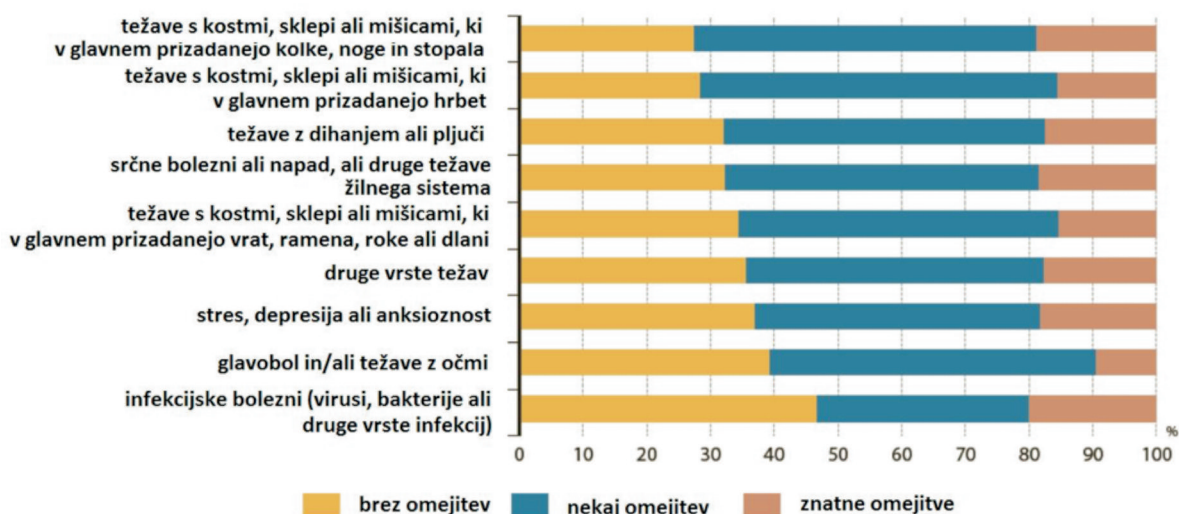
Graf 5: Konservativna ocena razmerja med stroški bolniške odsotnosti in prezentizma



Pri določanju ukrepov za zmanjšanje bolniške odsotnosti je smiselno upoštevati učinke teh ukrepov na prezentizem. Nekateri ukrepi (npr. glede ozaveščanja, samopomoči, glede medosebnih odnosov ipd.) zmanjšujejo tako bolniško odsotnost kot prezentizem. Z ukrepi, kot je denarna stimulacija za prisotnost na delovnem mestu, pa lahko **zmanjšamo bolniško odsotnost, vendar povečamo prezentizem**. Ker prezentizem zaposlenih delodajalca običajno stane več kot bolniška odsotnost, poleg tega pa lahko prebolevanje bolezni na delovnem mestu posamezniku povzroči tudi hujše zdravstvene posledice, je takšna praksa vprašljiva ne samo z ekonomskega, ampak tudi moralnega vidika.

Obseg zmanjšane produktivnosti zaradi prezentizma je odvisen od vrste zdravstvenih težav oziroma bolezni. Visok odstotek izgubljene produktivnosti izhaja iz duševnih težav in slabega počutja zaposlenih. Še zlasti negativno na produktivnost vpliva depresija. Skrb vzbujajoče je, da se je poraba antidepressivov po podatkih NIJZ v obdobju 2003–2014 podvojila. Pomemben je tudi dolgoročni učinek prezentizma, saj delavec, ki hodi bolan v službo, povečuje verjetnost za nesreče in napake pri delu.

Graf 6: Omejitve zaposlenih zaradi različnih vrst zdravstvenih težav

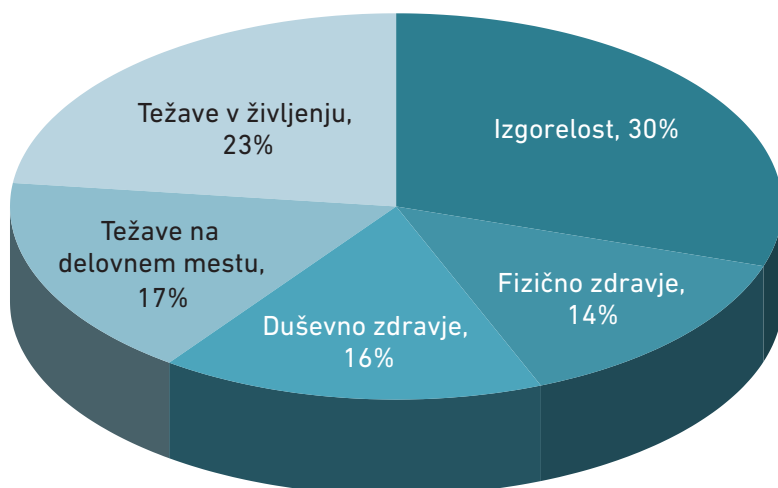


Vir: Evropska komisija, 2008

Raziskave sicer kažejo, da je sposobnost za delo v času bolezni odvisna od zahtevnosti dela, obsega dela in dojemanja stresa pri delu (Dhaini, Zúñiga, 2015).

Duševne težave pogosto bolj vplivajo na produktivnost zaposlenega kot fizične. Graf 7: Ključni razlogi za prezentizem, povezani s stresom.

Graf 7: Ključni razlogi za prezentizem, povezani s stresom



Vir: Cigna Behavioral Health in Stress Directions, 2004

Razlogi, da prezentizem organizacijo lahko stane več kot bolniška odsotnost, so na primer:

- oboleli zaposleni okuži še ostale (npr. epidemija gripe),
- visoki stroški delovnih nesreč, poškodb, okvar strojev in opreme, zastoji proizvodnje,
- napačne odločitve oziroma odlašanje zaposlenih, zlasti vodilnih, poslabšani odnosi s strankami, manjša ustvarjalnost,
- ljudi, ki v službo hodijo tudi, ko so bolni, imajo višjo verjetnost za nastanek resnejših zdravstvenih težav, kar lahko dolgoročno prizadane njihovo produktivnost.

3.2.2 Izračunavanje stroškov prezentizma

Skupna lastnost instrumentov za merjenje prezentizma je, da merijo velikost in stroške prezentizma z ocenjevanjem zmanjšanja produktivnosti zaradi bolezni ali zdravstvenih težav. Ocenjevanje je zahtevno, saj je treba upoštevati posebnosti organizacije s proizvodnega, tržnega, razvojnoraziskovalnega in drugih vidikov.

Stroški prezentizma najpogosteje vključujejo zmanjšanje produktivnosti, povečanje napak pri delu in nedoseganje standardov dela. Če organizacija želi natančneje izračunati stroške prezentizma, je na voljo nekaj **metod oziroma vprašalnikov za merjenje prezentizma**, kot so Quantity and Quality Questionnaire (**QQ**), IMTA Productivity Cost Questionnaire (**iPCQ**), Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire General Health (**WPAI-GH**), The WHO Health and Work Performance Questionnaire (**WHO HPQ Short Form**) ali Health and Labor Questionnaire (**HLQ**).

Tako npr. Quantity and Quality Questionnaire meri količino (Q1) in kvaliteto dela (Q2), ki so ga opravili respondenti zadnji delovni dan, v času delovnih ur. Odgovori se beležijo na vrednostni lestvici 1–10, pri čemer 1 predstavlja nič ali zelo majhno kvaliteto oz. količino in 10 predstavlja normalno kvaliteto oz. normalno količino.

Odstotek zmanjšanja produktivnosti pri delu prikazuje formula spodaj.

Formula 2: Izračun odstotka zmanjšanja produktivnosti po metodi QQ

$$QQ = 100 \% - (Q1 \times Q2)$$

QQ = v odstotkih izraženo zmanjšanje produktivnosti

Q1 = količina dela

Q2 = kakovost dela (Braakman-Jansen, 2011)

Najbolj enostavno za delodajalce, ki ne izračunavajo stroška prezentizma sami, je, da upoštevajo rezultate relevantnih raziskav na večjem vzorcu organizacij. Ocene se sicer razlikujejo, v povprečju pa kažejo, da strošek prezentizma predstavlja večkratnik stroška bolniške odsotnosti.

Pri ocenjevanju stroška prezentizma v javnem sektorju je treba upoštevati značilnosti financiranja in delovanja organizacij v javnem sektorju. Ne obstaja ena, za vse primerna metodologija izračuna. Razvidna je potreba po razvoju do delodajalcev prijaznih orodij za izračun stroškov prezentizma, tudi za potrebe ekonomskih evalvacij različnih ukrepov promocije zdravja.

3.3 STROŠKI FLUKTUACIJE

Fluktuacija predstavlja odhajanje delavcev, zaposlenih v organizaciji, ki imajo namen skleniti delovno razmerje v kakšni drugi organizaciji, pri tem pa se ta odhod izkaže kot nadomestna potreba (Florjančič, Ferjan, Bernik, 1999). Stroške, povezane s fluktuacijo, je zahtevno ovrednotiti in lahko precej variirajo od organizacije do organizacije. Boushey in Glynn stroške fluktuacije za manj oziroma srednje usposobljene zaposlene ocenjujeta na 16,1–20,4 % letne plače, za vse zaposlene različnih poklicev in na različnih delovnih mestih pa so v razponu 5,8–213 % (Boushey, Glynn, 2012). AHRI ocenjuje stroške na 75–150 % letne plače (AHRI, 2008), ti odstotki so za najvišje vodstvo in strokovnjake s posebnimi znanji lahko tudi višji. PWC navaja, da v strokovni literaturi glede dobrega počutja zaposlenih prevladuje ocena, da ta strošek znaša 50 % bruto letne plače zaposlenega (PWC, 2008b). V denarnih vrednostih izražene

VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

ocene za Veliko Britanijo kažejo, da ta strošek povprečno znaša 9.100 EUR (Dewe et. al., 2010) oziroma 7.200 EUR (NICE, 2009a) na osebo. Podobnih rezultatov za Slovenijo primanjkuje. A stroški zamenjave so lahko visoki in lojalnost zaposlenih se izplača.

- Strošek zamenjave zaposlenega okvirno znaša 50 % letne plače, odvisno od posameznika.
- Duševne težave povzročajo 5–20 % fluktuacije, celoten odstotek zaradi zdravstvenih razlogov je še višji.

Seveda vseh primerov fluktuacije ni možno pripisati slabemu počutju ali zdravju zaposlenih. SCMH ocenjuje, da »duševne težave, vključno s stresom, povzročajo največ 5 % celotne fluktuacije« (SCMH, 2007), študija CIPD je pokazala, da je v Veliki Britaniji med razlogi za fluktuacijo približno 20 % anketiranih navedlo stres na delovnem mestu (CIPD, 2008). Če k tem okvirnim ocenam dodamo še zdravstvene razloge za fluktuacijo, ki niso duševnega izvora, je odstotek fluktuacije zaradi zdravstvenih razlogov še višji.

Metod izračuna stroškov fluktuacije je veliko, prav tako pristopi in dobljeni rezultati.

Formula 3: Formula za izračun fluktuacije

$$EF = (D \times (\check{c} \pm i\check{c} \pm \check{c}a)) / (z \pm r) \times O$$

EF – ekonomski učinek fluktuacije

D – dohodek

č – izgubljeni čas zaradi fluktuacije, ki ga dobimo, če primerjamo učinek dela delavca, ki je zapustil organizacijo, in čas, ki je potreben, da novi delavec doseže isti učinek

ča – izgubljeni čas čakanja do dopolnitve delovnega mesta

ič – izgubljeni čas, ki je potreben za sprejem in izobraževanje delavca

z – povprečno število zaposlenih med letom

r – letni neto fond ur enega delavca

O – število delavcev, ki fluktuirajo med letom (Florjančič et. al., 1999)

3.4 STROŠKI PSIHOSOCIALNIH OBREMENITEV OZIROMA STRESA

Številne raziskave kažejo, da so finančno-ekonomske posledice bolezni in poškodb, ki izhajajo iz duševnih težav in motenj, znatne (EU-OSHA, 2014a; HSE 2014/15; EAHC, 2013, Dewe et al., 2010). Psihosocialne obremenitve imajo različne učinke, ki jih je težko identificirati in denarno ovrednotiti z njimi povezane stroške (Brun, Lamarche, 2009; Chandola, 2010; Giga et al., 2008).

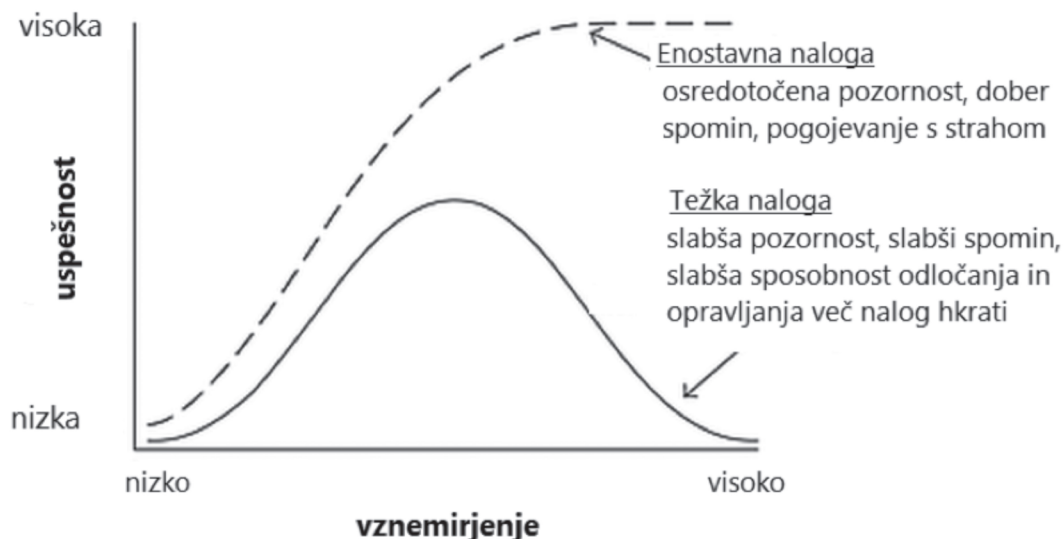
Vsekakor je prispevek duševnih težav zaposlenih k bolniškim odsotnostim zelo visok. EU-OSHA navaja, da je **50–60 % vseh izgubljenih delovnih dni mogoče pripisati stresu in psihosocialnim obremenitvam**, povezanim z delom (EU-OSHA, 2014b). The Sainsbury Centre for Mental Health navaja, da je okoli 40 % izgubljenih dni zaradi bolniške odsotnosti v Veliki Britaniji posledica duševnih težav (SCMH, 2007). Spurgeon et al. pa navajajo, da so psihološke zdravstvene težave v 47 % vzrok za dolgoročne bolniške odsotnosti (Spurgeon et al., 2007).

Že leta 1908 sta psihologa Robert M. Yerkes in John Dillingham Dodson ugotovila, da obstaja značilna zvonasta krivulja razmerja med zmogljivostjo zaposlenih in zahtevnostjo dela. **Vznemirjenost povečuje produktivnost oziroma učinkovitost, a le do določene mere** (Yerkes in Dodson, 1908). Mnogo vodij še danes razume ta odnos na način, da imajo »večji pritisk in stres zaposlenih za posledico boljše rezul-

VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

tate«, kar pa drži le omejeno. Porast primerov izgorelosti kaže, da je mnogo slovenskih zaposlenih dolgočasno zunaj optimalnega razmerja med stresom in zmogljivostjo. Seveda pretiran stres zaposlenih ni edini razlog za relativno nizko slovensko produktivnost, je pa morda eden pomembnejših.

Graf 8: Razmerje med zmogljivostjo in zahtevnostjo dela



Vir: Yerkes, Dodson, 1908

3.5 DRUGI STROŠKI

Stroški bolniških odsotnosti, prezentizma in fluktuacije so ključni, z zdravjem in počutjem zaposlenih povezani stroški. Niso pa edini.

Obstajajo različne klasifikacije in pristopi k izračunavanju stroškov. Brun in Lamarche sta oblikovala obsežen seznam 39 indikatorjev stroškov (Brun, Lamarche, 2006). EU-OSHA navaja seznam osmih tipičnih ekonomskih stroškov, povezanih s slabim zdravjem in poškodbami, ki jih nosijo delodajalci (Tabela 2: Stroškovne kategorije in načini ocenjevanja denarnih vrednosti) (EU-OSHA, 2013). Tangri vključuje tudi razvito metodologijo izračunavanja stroškov fluktuacije, povezanih s stresom, vendar med stroške stresa ne vključuje stroškov prezentizma (Tangri, 2003), kar bistveno zniža celoten strošek.

Ni nujno, da je posamezna metoda opredeljevanja stroškov boljša ali slabša, saj jo je treba upoštevati z vidika namena, okolja oziroma konteksta raziskave. Zato so dragoceni tudi poenostavljeni pristopi k ocenjevanju ključnih stroškov duševnega zdravja, bolj uporabni v praksi kot npr. vodič CIPD (CIPD, 2008b) za oceno stroškov, ki so povezani s stresom na delovnem mestu.

4.

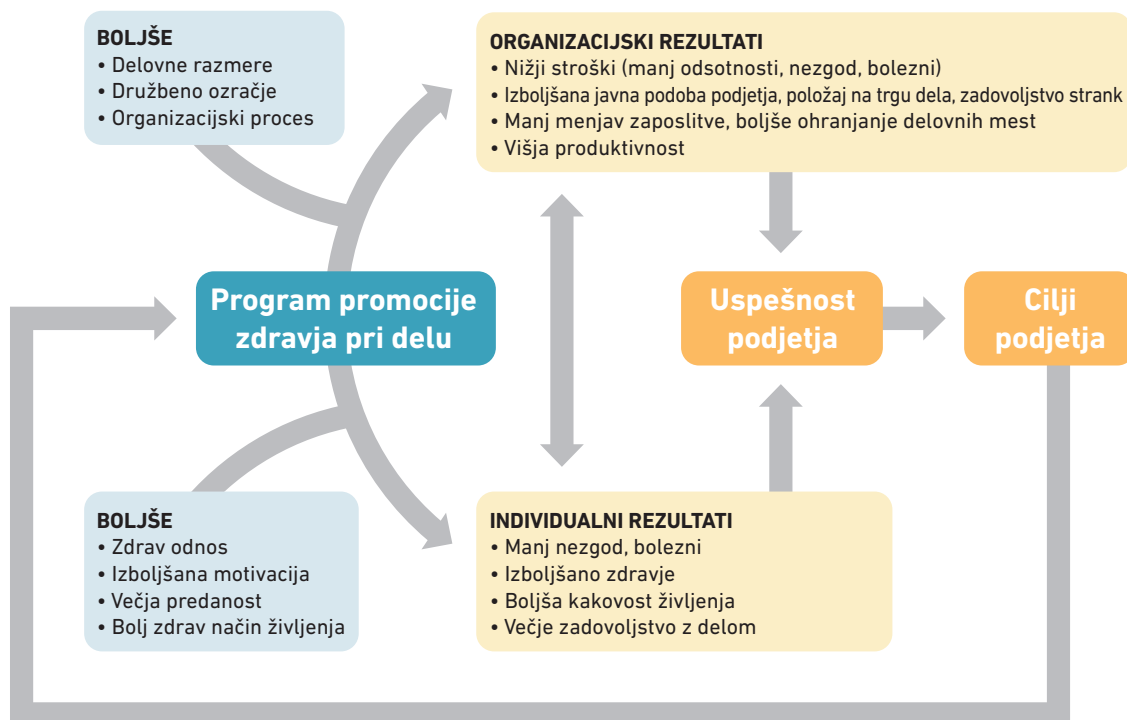
**KORISTI
IN EKONOMSKA
UPRAVIČENOST
PROMOCIJE
ZDRAVJA**

VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Raziskave kažejo, da programi zdravja in dobrega počutja pri delu lahko izboljšajo dolgoročno uspešnost podjetja, produktivnost in prispevajo k ugledu blagovne znamke, izboljšajo zavzetost zaposlenih in njihovo odpornost proti stresu, zmanjšajo fluktuacijo, bolniške odsotnosti in število delovnih nesreč ter prispevajo k pozitivnemu delovnemu okolju.

Koristi promocije zdravja na delovnem mestu imajo tako zaposleni kot tudi organizacija, pri čemer gre za stalen interaktiven proces izboljšav zdravja in počutja ter ekonomskih rezultatov promocije zdravja po spirali navzgor.

Slika 6: Koristi promocije zdravja pri delu



Vir: KIMDPŠ, 2012

Prednosti za podjetja/organizacije/ustanove so zlasti:

1. znižanje stroškov, povezanih z boleznimi in slabim počutjem zaposlenih (dolgoročno znižanje kazalnikov negativnega zdravja, kot so kazalniki bolniškega staleža, poškodb pri delu, poklicnih bolezni, invalidnosti),
2. promocija zdravja pri delu poveča motivacijo zaposlenih in izboljšuje delovno vzdušje (izboljšan odnos zaposlenih do dela, delovnega okolja, managementa, podjetja). Posledice so večja fleksibilnost, bolj odprta komunikacija in večja pripravljenost sodelovati in prispevati v organizaciji,
3. promocija zdravja pri delu vodi do višje dodane vrednosti na način, da prispeva k večji kakovosti izdelkov in storitev, inovativnosti in ustvarjalnosti ter večji delovni storilnosti,
4. promocija zdravja pri delu je tudi dejavnik prestiža, saj prispeva k izboljšanju javne podobe podjetja (humanizacija dela in delovnega okolja, večja skrb za zaposlene in okolje).

Koristi promocije zdravja in dobrega počutja:

1. zmanjšanje stroškov bolniških odsotnosti (povprečno 12–36 % v 3–5 letih),
2. zmanjšanje stroškov prezentizma,
3. večja produktivnost – do 20 %,
4. visoka donosnost oziroma ekonomičnost naložb (2,5–4,8 EUR na vložen EUR v 3–5 letih),
5. izboljšanje zdravja in počutja zaposlenih.

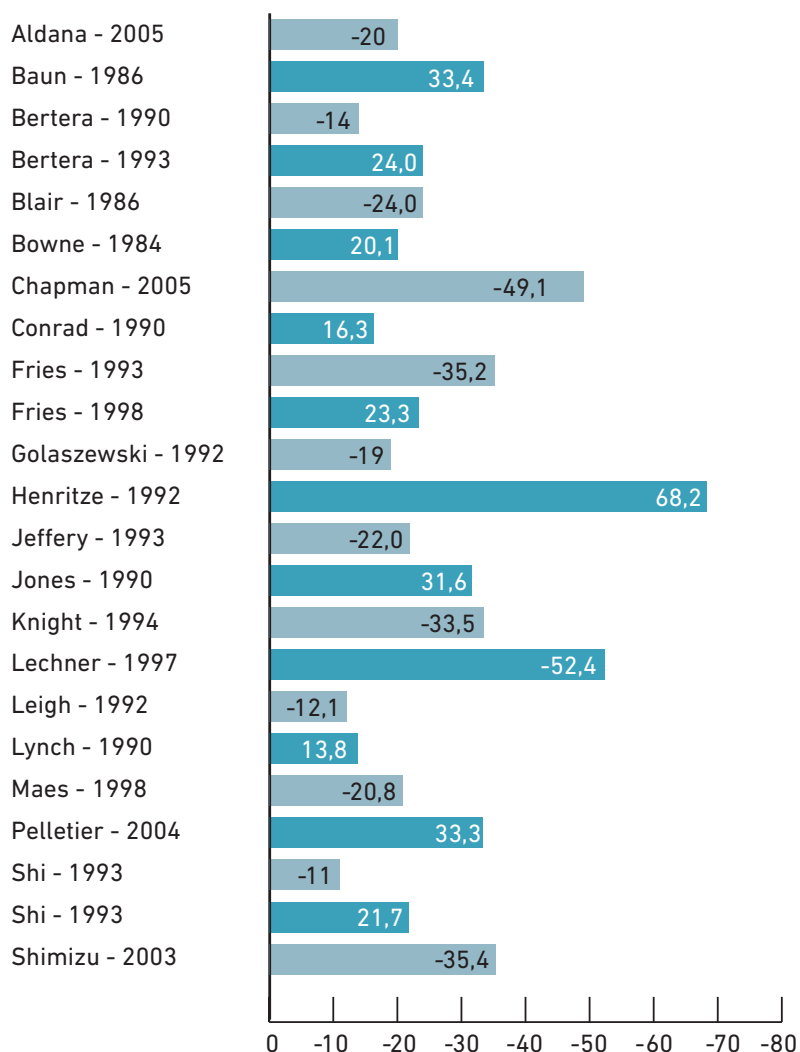
VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Načrtno ukrepanje glede promocije zdravja pogosto prispeva k bistvenemu zmanjšanju bolniške odsotnosti. Aldana v svoji metaštudiji pregleda relevantne literature glede zmanjšanja stroškov bolniških odsotnosti kot rezultata ukrepov promocije zdravja **navaja od 12 do 36 odstotno zmanjšanje bolniškega staleža v 3–5 letih** (Uhle in Treier, 2013). Podatek v isti višini v svoji publikaciji navaja tudi Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa na UKC Ljubljana (KIMDPŠ, 2012).

- Promocija zdravja dosega povprečno od 12 do 36 odstotno zmanjšanje bolniškega staleža v 3–5 letih.
- Programi promocije zdravja pozitivno vplivajo na življenjski slog zaposlenih.

Chapman je izvedel obsežno primerjavo rezultatov 56 relevantnih raziskav o ekonomskih učinkih programov promocije zdravja na delovnem mestu, objavljenih med letoma 1982 in 2005 (IGA, 2006). Chapmanova metaštudija potrjuje, da naložba v programe promocije zdravja vpliva na zmanjšanje bolniških odsotnosti in znižanje zdravstvenih stroškov. Študije, ki jih je analiziral Chapman, kažejo zmanjšanje bolniškega staleža od 11 do 68,2 %.

Graf 9: Pregled rezultatov metaštudije glede zmanjšanja bolniške odsotnosti zaradi ukrepov promocije zdravja na delovnem mestu (Chapman)



Vir: IGA, 2006

VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Programi promocije zdravja pozitivno vplivajo tudi na življenjski slog zaposlenih. ENWHP na primer navaja rezultate dveh uspešnih programov: 10–15 % udeležencev programov za prenehanje kajenja je uspelo opustiti kajenje, 26 % udeležencev programov za zmanjšanje telesne teže je uspelo ohraniti težo 12 mesecev po prenehanju programa (ENWHP, 1997). Zato ne preseneča, da bi si skoraj dve tretjini zaposlenih bolj prizadevali pri delu v podjetjih, ki bi vlagala v programe zdravja, tri četrtine pa izpostavlja neposredno povezavo med njihovo produktivnostjo in zdravjem (Tappura et al., 2014).

Promocija zdravja na delovnem mestu je torej lahko zelo koristna in donosna – a le, če se izvaja pravilno, redno in dovolj zavzeto. To je v Sloveniji žal redko, saj prevladuje površen in nesistematičen pristop. Za doseg koristi in optimalnih prihrankov je priporočljiv zunanji strokovnjak, ker gre za strokovno zahteven in občutljiv proces.

Promocija zdravja je koristna in zelo donosna – a le, če se izvaja pravilno.

4.1 EKONOMSKA UPRAVIČENOST UKREPOV PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Večina znanstvene in relevantne strokovne literature kaže na visoko donosnost programov promocije zdravja in počutja zaposlenih (EAHC, 2013, PWC, 2008a, Aldana, 2001).

Podatek Evropske agencije o varnosti in zdravju pri delu EU-OSHA o **ekonomski upravičenosti naložb v promocijo zdravja** (ekonomičnost naložbe **2,5–4,8 EUR na vložen EUR**) (EU-OSHA, 2010) potrjuje tudi vodilno svetovalno podjetje PricewaterhouseCoopers (PWC), ki je sistematično pregledalo 55 študij o donosnosti promocije zdravja (PWC, 2008a). Ekonomičnost naložbe 2,5–4,8 EUR na vložen EUR predstavlja **250 - 480 % donosnost**, za kar je potrebno tri do pet let. PWC ugotavlja, da je ekonomičnost med 2,3 in 10,1 EUR na vložen EUR, pri čemer nekatere posamezne študije kažejo celo donosnosti do 84,9 (PWC, 2008a). Gieringer ugotavlja, da je promocija zdravja ekonomična tudi v javni upravi ter na občinah (3 EUR na vložen EUR) ter v zdravstvu (4 EUR na vložen EUR) (Gieringer, 2005). Podobno Izvršna agencija za potrošnike, zdravje, poljedelstvo in hrano CHAFEA, ki jo je ustanovila Evropska komisija, ugotavlja, da od 15 programov za duševno zdravje zaposlenih samo trije niso prinesli koristi glede na vložek. Pri ostalih 12 programih je ekonomičnost znašala 1,75–83,73 EUR na vložen EUR (EAHC, 2013). Ocene ekonomske upravičenosti, kot prikazuje tudi tabela spodaj, precej nihajo, kar je verjetno odvisno od načina merjenja, vrste organizacije, izvedbe programa promocije zdravja in podobno.

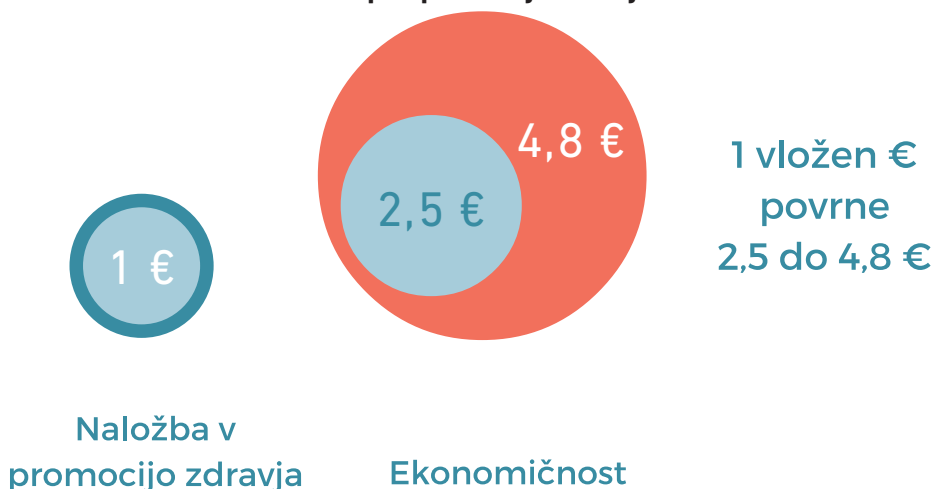
Tabela 3: Finančni učinki investiranja finančnih sredstev v promocijo zdravja

Organizacija in število zaposlenih	Vložena finančna sredstva	Vložena sredstva v program na zaposlenega	Pozitivne posledice vloženi sredstev	Finančni učinki vloženi sredstev	Finančni učinki na vloženi 1 €
Fleischerei Berufsgenossenschaft (FBG), Nemčija, 255.000 zaposlenih	8,32 mio € v 6 letih (2002–2007)	5,5 €/leto na zaposlenega	6000 manj nesreč v 6 letih – preprečitev nesreč	40,02 mio € v 6 letih na račun preprečenih nesreč	4,81 €
MATA Insurance, Farmers' Workers' Compensation Insurance, Finska, 110.000 zaposlenih	35,6 mio € v 6 letih (1998–2003)	53,94 €/leto na zaposlenega	5014 manj nesreč v 6 letih	36,08 mio € v 6 letih zgolj zaradi preprečitve nesreč	1,01 €
Ministry of Social Affairs and Employment, Ministry of Finance, Nizozemska, 4.370.000 zaposlenih	303 mio € v 8 letih (1999–2007)	14,44 €/leto na zaposlenega 3,61 €/leto na zaposlenega v štirih letih	Statistično značilna nižja stopnja zdravstvenega absentizma	2,007 € mio prihrankov zaradi zmanjšane zdravstvenega absentizma v primerjavi z referenčnimi panogami	3,00 €
Washoe County School District Nevada, ZDA, 6246 zaposlenih	Finančna sredstva, ki so bila vložena v program, niso predstavljena. (2001–2002)	Finančna sredstva, ki so bila vložena v program niso predstavljena.	Zmanjšanje stroškov zdravstvenega absentizma v obdobju 2001–2002	2,297 mio € prihrankov zaradi zmanjšane zdravstvenega absentizma	11,70 €
Zavarovalnica Triglav (Slovenija), več kot 2.000 zaposlenih	Finančna sredstva, ki so bila vložena v program, niso predstavljena. (leta 2008 so se pokazali prvi rezultati)	Finančna sredstva, ki so bila vložena v program niso predstavljena.	Zmanjšanje stroškov zdravstvenega absentizma v obdobju 20011–2013	Znižanje stroškov zaradi zmanjšane zdravstvenega absentizma za 8,6 % (140.000 €) v obdobju 2011–2013	/

Vir: Buzeti, 2016

Vse raziskave sicer ne potrjujejo učinkovitosti programov promocije zdravja. EAHC predstavlja tudi več študij, katerih rezultati niso bili ekonomsko upravičeni. Karlsson pa navaja, da obstajajo zgolj omejeni indici, da so – neodvisno od opazovane populacije – psihosocialna tveganja pri delu in zdravje povezani z izgubo produktivnosti (Karlsson, 2010). Vendar pregled večjega števila znanstvenih in drugih relevantnih študij pokaže prevladujočo oceno o visoki donosnosti promocije zdravja.

Graf 10: Ekonomičnost ukrepov promocije zdravja na delovnem mestu



Vir: pripravljeno po podatkih EU-OSHA, 2010

VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Upoštevati je treba, da gre za tek na dolge proge in da traja 3–5 let, da se pokažejo celovitejši rezultati.

- Promocija zdravja ni le strošek, temveč predvsem ekonomsko upravičena naložba (2,5–4,8 EUR na vložen EUR).
- Povprečna donosnost promocije zdravja okvirno znaša 10-kratnik povprečne dolgoročne donosnosti delnic.
- Zmanjševanje stresa se izplača.
- Za celovitejši učinek je potrebno 3–5 let.

Primerjava rezultatov metaštudij z dolgoročno donosnostjo delnic pokaže, da **naložbe v promocijo zdravja dosegajo večkratnik dolgoročne donosnosti delnic**. Če vzamemo srednjo vrednost donosnosti programov promocije zdravja, kot jo navaja EU-OSHA, to je 260 % (EU-OSHA, 2010), ter izračunamo povprečno letno donosnost, ob predpostavki štiriletnega opazovanega obdobja, znaša letno povprečje donosnosti tovrstnih programov 65 %. Ob upoštevanju 7-odstotne povprečne dolgoročne donosnosti delnic so naložbe v promocijo zdravja približno 10-krat bolj donosne, kot je povprečna dolgoročna donosnost delnic!

Konservativna švicarska raziskava SWiNG ugotavlja, da se podjetjem izplača vlagati tudi v preprečevanje stresa (POH, 2011). Shulte-Abel in Weber navajata rezultate projekta SWiNG, da so zaposleni, ki doživljajo močan stres, do 10 % manj produktivni od sodelavcev z enako obremenitvijo, kar je pilotne organizacije v povprečju stalo do 6.400 EUR na leto na zaposlenega. V povprečju je 25 % udeležencev projekta SWiNG zmanjšalo stopnjo stresa in povečalo produktivnost. Z ustreznimi ukrepi se je pri zaposlenih, najbolj obremenjenih s stresom, odsotnost z dela zmanjšala za 1,7 dneva na leto. Povprečno so tako v osmih podjetjih na zaposlenega samo zaradi manjše odsotnosti z dela privarčevali 480 EUR na leto. Naložba v ukrepe obvladovanja stresa je v 2,5 leta trajajočem projektu znašala 604 EUR na zaposlenega, povprečni letni donos na zaposlenega pa dosegel 156 EUR na leto. To pomeni, da se naložba povrne najpozneje v petih letih, pri čemer avtorji raziskave navajajo, da gre za konservativno oceno (Shulte-Abel, Weber, 2011).

4.2 METODOLOGIJA IZRAČUNAVANJA EKONOMSKE UPRAVIČENOSTI PROMOCIJE ZDRAVJA

Za delodajalce so najbolj zanimivi denarno oziroma količinsko izraženi rezultati ukrepov promocije zdravja. Ekonomija zdravja je veja v ekonomiji, ki se ukvarja z učinkovitostjo, uspešnostjo, vrednostjo in obnašanjem na področju zdravja in zdravstvenega varstva. Zaradi narave zdravja kot inherentno nedelarne kategorije se v ekonomiji zdravja uporablja vrsta specifičnih ekonomskih metod in pristopov (Culyer, 2014; Drummond et al., 2016; Bhattacharya et al., 2014; Glied in Smith, 2013; Gray, 2011). Ekonomska upravičenost je eden ključnih kriterijev poslovnega odločanja in jo upoštevajo tako profitne kot neprofitne organizacije. Drummond jo opredeljuje kot primerjavo dveh ali več alternativnih smeri delovanja z vidika stroškov in posledic (Drummond et al., 1987).

V ekonomiji zdravja se za merjenje koristi zdravstvenih ukrepov sicer uporablja širok nabor metod, med katerimi številne za izražanje posledic oziroma koristi ne uporabljajo denarnih vrednosti. Metode, ki v denarnih enotah izražajo zgolj stroške, ne pa tudi koristi, so analiza stroškov in rezultatov, analiza koristnosti, analiza stroškov in posledic, analiza minimizacije stroškov ter analiza stroškovne učinkovitosti. Najbolj razširjena metoda v ekonomiji zdravja, ki v denarnih enotah izraža tako stroške kot koristi, je **analiza stroškov in koristi (Cost Benefit Analysis, CBA)**. Z vidika delodajalcev je koristna tudi metoda analiza stroškovne učinkovitosti.

VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Večina evalvacijskih metod ekonomije zdravja koristi ne izraža v denarnih vrednostih, kar onemogoča klasične izračune ekonomske upravičenosti programov, kot so neto sedanja vrednost (NSV), interna stopnja donosnosti (ISD), (diskontirana) doba vračanja naložbe (DVN) in donosnost naložbe (ROI). Vsak od kazalnikov ima svoje prednosti in slabosti, ki jih je treba razumeti pri določanju ekonomske upravičenosti. Nekatere kritike navedenih metod kritizirajo predvsem to, da metode niso primerne za določanje denarnih vrednosti učinkov na zdravje ali kakovost življenja oziroma človekovega življenja.

Analiza stroškovne učinkovitosti (Cost Effectiveness Analysis) se izvaja z izračunavanjem stroškov na enoto koristi, pri čemer ni nujno, da se te koristi izrazijo v denarnih enotah ali z drugo ekonomsko vrednostjo (ESRR et al., 2004). Enote koristi so lahko zmanjšanje števila primerov ali povprečnega trajanja odsotnosti, mmHg, zmanjšanje telesne teže in podobno.

Analiza stroškov in koristi (Cost Benefit Analysis) predpostavlja, da je možno določiti denarno vrednost tako stroškom kot koristim, ter upošteva diskontirane pričakovane tokove mejnih koristi in mejnih stroškov (Johnson et al., 2005, Andargie, 2008). Tak pristop omogoči izračun klasičnih kazalnikov ekonomske upravičenosti, kar lahko predstavlja eno od izhodišč pri odločanju. Pri projekcijah stroškov in koristi, izraženih v denarni vrednosti, so prihodnje vrednosti diskontirane na sedanjo vrednost, skladno s konceptom časovne vrednosti denarja.

Analiza stroškov in koristi lahko celo vodi k temu, da se podjetje odloči za ukrepe z nižjimi stroški, in ne toliko za najbolj optimalne naložbe. **Neto sedanjo vrednost** (NSV) izračunamo kot razliko med sedanjo vrednostjo donosov in sedanjo vrednostjo naložb. Vrednost NSV mora biti večja od nič, da je projekt ekonomsko upravičen, oziroma med alternativami izberemo alternativo z najvišjo neto sedanjo vrednostjo.

Formula 4: Neto sedanja vrednost

$$NSV = \sum_{i=0}^n \frac{(D_i - V_i)}{(1+r)^i}$$

D_i = donos ukrepov promocije zdravja v obdobju i

V_i = naložbe v promocijo zdravja v obdobju i

r = relevantna obrestna mera v obdobju i

$i = 0 \dots n$

Količnik koristnosti

Analiza stroškov in koristi omogoča tudi izračun razmerja med koristmi in stroški oziroma količnika koristnosti (Benefit Cost Ratio), ki je relativno razmerje diskontiranih koristi in stroškov.

Formula 5: Količnik koristnosti

$$KK = \frac{\sum_{i=0}^n \frac{K_i}{(1+r)^i}}{\sum_{i=0}^n \frac{S_i}{(1+r)^i}}$$

KK = količnik koristnosti

K_i = koristi v obdobju i

S_i = investicijska vlaganja v obdobju i

r = relevantna obrestna mera v obdobju i

Če je $KK > 1$, je projekt primeren. (ESRR et al., 2004)

VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Donosnost naložbe (ROI) odraža razmerje med pričakovanim dobičkom oziroma prihranki in vrednostjo naložbe. Ne odraža denarne vrednosti vračila, niti časa, ki je potreben, da se naložba povrne (PWC, 2008a), vendar omogoča neposredno primerljivost donosnosti naložb. Izrazimo ga v odstotkih.

Formula 6: Donosnost naložbe

$$ROI = (P - N) / N$$

ROI = donosnost naložbe v promocijo zdravja

P = prihranki promocije zdravja

N = naložba v promocijo zdravja

Interna stopnja donosnosti in razmerje med koristmi in stroški oziroma količnik koristnosti prikazujeta zanimive informacije, saj nista odvisna od velikosti projekta. Vendar se pri njunem izračunu lahko pojavijo metodološke težave, zato je neto sedanja vrednost bolj zanesljiv kazalnik (Evropska komisija, 08/2006). Metode ekonomskih evalvacij so z vidika uvedbe na ravni organizacij in podjetij lahko bolj ali manj zahtevne³.

EAHC študija, ki je raziskovala donosnost različnih ukrepov, je pokazala, da večina ukrepov ustvari zadovoljive koristi, da odtehtajo stroške, **analiza občutljivosti pa kaže na ekonomsko upravičenosti tudi, če se učinki programov zmanjšajo za 50–75 %** (EAHC, 2013).

Na splošno so ključna **metodološka priporočila** naslednja:

1. vključite vse kategorije stroškov in vse vidike stroškov tako, da zagotovite ustrezno temeljitost in rigoroznost pridobivanja in obdelave podatkov,
2. izberite metodo, ki najbolje odraža cilj raziskave, ter bolj kot natančno višino upoštevajte velikostni razred rezultata,
3. upoštevajte spremembe stroškov v prihodnosti,
4. kolikor mogoče, upoštevajte podcenjenost stroškov bolezni, poškodb oziroma slabega počutja (EU-OSHA, 2013).

Ključne metode za ugotavljanje ekonomske upravičenosti naložb v promocijo zdravja:

- analiza stroškov in koristi,
- analiza stroškovne učinkovitosti,
- donosnost naložbe (ROI),
- doba vračanja naložbe.

Doba vračanja naložbe

Pri ocenjevanju rezultatov ukrepov se je treba zavedati, da je za celovitejše učinke potrebno 3–5 let. Tako organizacija kot zaposleni potrebujejo dovolj časa za izvajanje ukrepov, rast ozaveščenosti in motivacije za bolj zdrav način življenja oziroma dela. Okvirna doba vračila naložb znaša nekaj let, pogosto manj, kar je odvisno od potencialov organizacije, vrste ukrepov ter vloška finančnih in drugih sredstev. V projektu SWING so ugotovili, da se bodo naložbe v upravljanje stresa v pilotnih organizacijah povrnila najpozneje v petih letih, pri čemer avtorji raziskave navajajo, da gre za konservativno oceno (Shulte-Abel, Weber, 2011).

³ Podrobnejša navodila za izvajanje analize stroškov in koristi izvajanja programov zdravja in varnosti pri delu lahko najdemo v dokumentih, kot so Mossink in De Greef (2002), Mossink (2002), Messonier and Meltzer (2003), Tompa et al. (2008b) ter Meunier in Marsden (2009).

Za celovitejše učinke je potrebno 3–5 let.

Ker se izračuni donosnosti programov promocije zdravja na delovnem mestu večinoma nanašajo na krajše dobe merjenja (2–5 let), so podatki o donosnosti še toliko bolj impresivni. Tudi zato, ker se zmanjšanje nekaterih zdravstvenih tveganj šele po nekaj letih pokaže v zmanjšanju bolniških stroškov. Tak primer so bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva, ki predstavljajo najpogostejšo diagnozo bolniške odsotnosti.⁴

4.3 DAVČNI VIDIKI PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Pri načrtovanju in izvajanju promocije zdravja na delovnem mestu se pojavljajo davčna vprašanja, na primer glede bonitet, pravice do odbitka DDV in davčnega priznavanja oziroma nepriznavanja odhodkov. V nadaljevanju navajamo nekaj pojasnil DURS-a oziroma FURS-a, podrobnejše opredelitve pa so na voljo v *Pojasnilu DURS številka: 4230-548528/2013-3 z dne 8. 10. 2013*, ki je prosto dostopno na spletu.

1. Davčna obravnava plačil delodajalca za zagotavljanje promocije zdravja na delovnem mestu z vidika dohodnine

Plačil, ki jih delodajalec nameni za zagotavljanje promocije zdravja delavcev na delovnem mestu, ni mogoče na splošno izvzeti iz bonitet. Pri opredelitvi, ali se ta plačila štejejo za boniteto ali ne, je treba upoštevati dejstva in okoliščine posameznega primera v skladu z veljavno opredelitvijo bonitet po Zakonu o dohodnini – ZDoh-2. Iz bonitete so tako izvzeta nekatera plačila:

- delodajalca za zdravstvene preglede delojemalcev,
- plačila delodajalca za cepljenje delojemalcev,
- plačila delodajalca za zavarovanje delojemalcev za nesreče pri delu.

DURS v pojasnilu navaja, da »bonitete, ki jih delodajalec delojemalcu ne zagotavlja redno ali pogosto, če vrednost vseh bonitet v mesecu ne presega 13 evrov (peti odstavek 39. člena ZDoh-2) in ugodnosti manjših vrednosti, ki jih delodajalec zagotavlja vsem delojemalcem pod enakimi pogoji, kot je zlasti regresirana prehrana med delom, uporaba prostorov za oddih in rekreacijo in v drugih podobnih primerih zagotavljanja običajnih ugodnosti (1. točka tretjega odstavka 39. člena ZDoh-2), se po določbah ZDoh-2 ne štejejo kot boniteta in se ne vključujejo v davčno osnovo dohodka iz delovnega razmerja«.

2. Ali ukrepi izvajanja promocije zdravja na delovnem mestu predstavljajo davčno priznan odhodek po ZDDPO-2?

Davčna obravnava odhodkov za promocijo zdravja je odvisna od presoje vsebine odhodkov v vsakem posameznem primeru. Pod pogojem, da so ukrepi promocije zdravja vključeni v izjavo o varnosti z oceno tveganja, se odhodki, nastali na tej osnovi, lahko obravnavajo kot davčno priznani odhodki, ob upoštevanju omejitev iz 29. člena v povezavi z 12. členom ZDDPO-2. Odhodki delodajalca iz naslova izvajanja promocije zdravja, ki ne upoštevajo zgoraj navedenih omejitev, se ne štejejo za davčno priznane odhodke, razen v primeru stroškov za zagotavljanje bonitet in drugih izplačil v zvezi z zaposlitvijo, če so obdavčeni z dohodnino.

⁴ Po navedbah nemške organizacije IGA so bili udeleženci študij v povprečju stari 39 let, medtem ko se na primer kardiovaskularna obolenja pokažejo šele po 40. oziroma 50. letu, zato se zmanjšanje zdravstvenih tveganj verjetno pokaže šele leta kasneje kot zmanjšanje dejanskih obolenj in s tem povezanih stroškov (IGA, 2003).

VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Odhodki delodajalca, nastali z ukrepi izvajanja promocije zdravja na delovnem mestu, ki se ne izvajajo na delovnem mestu med delovnim časom in ne izhajajo iz zdravstvenih tveganj, neposredno povezanih z opravljanjem dela, praviloma ne izpolnjujejo pogojev za priznanje po 29. členu ZDDPO-2, razen če je tak konkretni ukrep neposredno predpisan z zakonom.

3. Ali lahko delodajalec od stroškov izvajanja promocije zdravja odbije DDV?

Izpolnjevanje pogojev za odbitek DDV je odvisno od presoje vsebine stroškov v vsakem konkretnem primeru. Davčni zavezanec nima pravice do odbitka DDV na podlagi računov za stroške, kot so:

- pomoč pri kritju stroškov telesne vadbe zunaj delovnega časa, kot so članarine za športne klube ali središča za preživljanje prostega časa,
- organizacija športnih dogodkov v podjetju,
- tečaji sprostitve in zaupno psihološko svetovanje.

Ob izpolnjevanju pogojev za odbitek DDV po določbah ZDDV-1 pa ima davčni zavezanec pravico do odbitka DDV za stroške, kot so:

- zagotavljanje koles za vožnjo na krajših razdaljah znotraj velikega delovnega območja,
- tečaji za pridobitev kompetenc za obvladovanje z delom povezanega stresa.

Na ministrstvo za finance naj bi bile sicer že poslane pobude za ugodnejšo davčno zakonodajo glede izvajanja promocije zdravja na delovnem mestu.

5.

KALKULATOR STROŠKOV IN PROMOCIJE ZDRAVJA KALDOZ

5.1 PREDSTAVITEV KALKULATORJA KALDOZ

Ker so stroški bolezni in slabega počutja zaposlenih visoki, jih je smiselno ocenjevati in obvladovati, kar predstavlja izziv. Ker je ključno merilo za poslovne odločitve ekonomska upravičenost, je bil izdelan **kalkulator KALDOZ**, orodje za izračun stroškov bolniških odsotnosti, prezentizma in fluktuacije, pričakovanih prihrankov in donosnosti promocije zdravja na delovnem mestu.

Kalkulator KALDOZ uporabnika vodi skozi posamezne korake, temelji na ugotovitvah iz prakse in je do uporabnika prijazen. Pripravljen je za potrebe delodajalcev, saj upošteva le stroške in prihranke na ravni delodajalca.

Slika 7: Vnosno okno kalkulatorja Kaldoz

BOLNIŠKA ODSOTNOST

Korak 1: Ocena stroškov delodajalca glede nadomestil plač za čas bolniških odsotnosti

		v enem letu
Povprečno število zaposlenih **	?	100
Skupno število dni bolniške odsotnosti v breme delodajalca	?	522
Število delovnih dni v letu *		261
Odstotek bolniškega staleža v breme delodajalca *	% ?	2,0
Povprečna bruto plača na uro *	EUR	9,20
Odmerni odstotek za izračun nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela **	% ?	85
Prispevki na bruto plačo *	% ?	16,1
Strošek delodajalca glede nadomestil plač za čas bolniških odsotnosti	EUR	37.914

Korak 2: Ocena prihranka delodajalca glede zmanjšanja bolniških odsotnosti

Ocena zmanjšanja bolniških odsotnosti zaradi ukrepov promocije zdravja *	% ?	24
	povprečno na leto	v petih letih
Ocena prihranka	?	5.096
	EUR	25.478

Povprečen prihranek v enem letu, izračunan iz skupnega prihranka v petih letih.

Nazaj
 Naprej

Pojasnila za uporabo kalkulatorja KALDOZ:

Do kalkulatorja KALDOZ lahko dostopite prek spletnih strani www.produktivnost.si ter www.opsa.si. Po vnosu vhodnih podatkov kalkulator sam izračuna stroške ter pričakovane prihranke in kazalnike ekonomske upravičenosti ukrepov promocije zdravja. Vnesite podatke v vnosna polja v štirih razdelkih:

1. bolniška odsotnost,
2. prezentizem,
3. fluktuacija, ter
4. stroški naložbe v ukrepe promocije zdravja.

Po vnosu vhodnih podatkov se prihranki in kazalniki ekonomske upravičenosti izračunajo avtomatsko.

V izračunu stroškov bolniške odsotnosti je upoštevan pristop človeškega kapitala (Human Capital Approach) kot najpogosteje uporabljena metoda. Strošek prezentizma se izračunava s pomočjo dejavnika prezentizma. Prednastavljeni faktorj dejavnika prezentizma znaša 2,5, lahko pa ga, kot tudi vrsto drugih podatkov, poljubno spremenite. Med zahtevanimi vnosnimi podatki je tudi strošek zamenjave zaposlenega, ki lahko znaša 10–200 % letne plače, odvisno od posameznika, ter delež fluktuacije, povezan z zdravjem in počutjem zaposlenih. Ta in druge ključne vhodne podatke za izračun lahko poljubno prilagodite svoji organizaciji. Pri izračunih prihrankov je upoštevana linearna rast prihrankov v petih letih oziroma njihovo letno povprečje.

Kalkulator je bil izdelan z namenom enostavne in hitre okvirne ocene višine stroškov, pričakovanih prihrankov in kazalnikov donosnosti, zato so bolj kot natančne vrednosti pomembni velikostni razredi rezultatov. Pri določanju nekaterih vhodnih podatkov si lahko pomagata s prednastavljenimi vrednostmi oziroma s pojasnili k posameznim vnosnim celicam. Za dostop do pojasnil se z miško postavite na posamezno polje oziroma celico v kalkulatorju. Predlagane vrednosti glede pričakovanega odstotka zmanjšanja bolniških odsotnosti zaradi ukrepov promocije zdravja, faktorja prezentizma ali stroška menjave zaposlenega izhajajo iz ugotovitev strokovne in znanstvene literature ter temeljijo na povprečju večjega vzorca organizacij. Te vrednosti so okvirne ter upoštevajo predpostavko, da promocijo zdravja na delovnem mestu izvajate v skladu z dobro prakso na tem področju.

5.2 PRIMER UPORABE KALKULATORJA KALDOZ

V nadaljevanju so prikazani **rezultati vnosa podatkov v orodje KALDOZ za povprečno slovensko organizacijo s 100 zaposlenimi**. Upoštevane so bile naslednje **predpostavke**:

- v izračunu nadomestil za čas bolniške odsotnosti so upoštevani povprečna bruto plača marca 2016 v višini 1.593,27 EUR, povprečen odstotek bolniškega staleža v breme delodajalcev v Sloveniji v letu 2015, ki je znašal okoli 2,1 %, 261 delovnih dni na leto, prispevki na bruto v višini 16,1 % ter odmerni odstotek za izračun nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela v višini 85 %,
- za izračun stroška prezentizma smo uporabili dejavnika prezentizma v višini 2,5-kratnika stroška bolniške odsotnosti,
- prihranki nadomestil plač za čas bolniških odsotnosti so ocenjeni na 24 % v petih letih, temu sorazmerni so tudi prihranki stroškov prezentizma,
- povprečni strošek menjav zaposlenih je ocenjen na 25 % letne plače, upoštevano je zmanjšanje fluktuacije zaposlenih za 20 % v petih letih. Število novozaposlenih, ki so nadomestili zaposlene, ki so zapustili organizacijo, je 6. Upoštevano je, da delež menjav zaposlenih, povezanih s počutjem in zdravjem zaposlenih, znaša 33 %.
- stroški ukrepov so ocenjeni na 75 EUR na zaposlenega/leto.

VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Vhodni podatki v kalkulator KALDOZ so bili izbrani glede na tipične vrednosti stroškov in prihrankov programov promocije zdravja, kot so razvidni iz podatkov o plačah in stroških v Sloveniji, ter izsledkov mednarodnih raziskav o velikostnih razredih z zdravjem povezanih stroškov in prihrankov.

Tabela 4: Ocena skupnih stroškov delodajalca glede zdravja in počutja zaposlenih

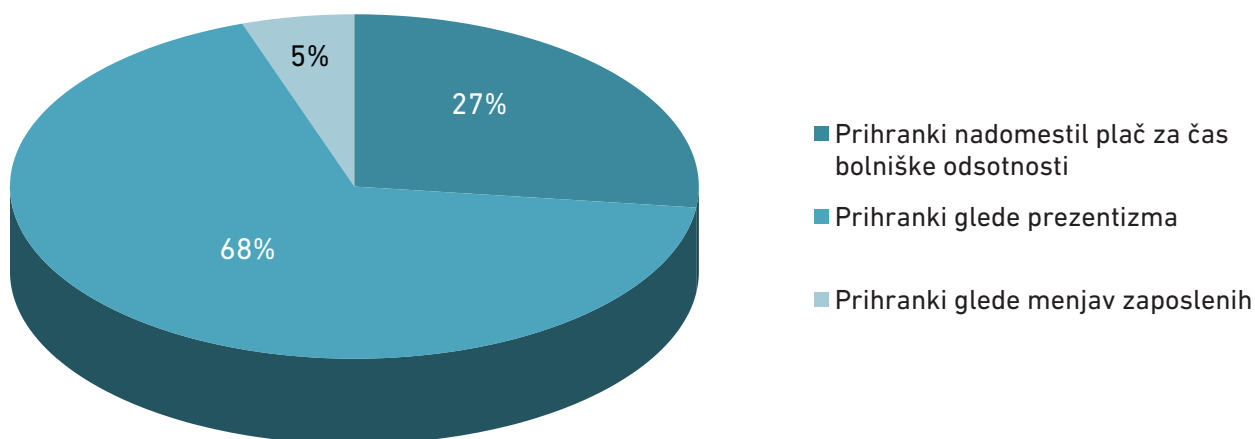
Stroški	Povprečno na leto	V petih letih	Delež (%)
Stroški nadomestil plač za čas bolniške odsotnosti	39.637 €	198.183 €	27%
Stroški prezentizma	99.092 €	495.458 €	67%
Stroški menjave zaposlenih	9.379 €	46.896 €	6%
Skupna ocena stroškov na ravni organizacije	148.107 €	740.537 €	100%
Skupna ocena stroškov na zaposlenega	1.481 €	7.405 €	

Tabela 5: Ocena prihrankov delodajalca zaradi ukrepov promocije zdravja na delovnem mestu

Prihranki	Povprečno na leto	V petih letih	Delež (%)
Prihranki nadomestil plač za čas bolniške odsotnosti	5.327 €	26.636 €	27%
Prihranki glede prezentizma	13.318 €	66.589 €	68%
Prihranki glede menjav zaposlenih	1.050 €	5.252 €	5%
Skupna ocena prihrankov na ravni organizacije	19.696 €	98.478 €	100%
Skupna ocena prihrankov na zaposlenega	197 €	985 €	

Skupni prihranki odražajo ustvarjene prihranke v organizaciji, donosnost promocije zdravja pa se izračuna na podlagi razlike med skupnimi prihranki in naložbo v promocijo zdravja na delovnem mestu.

Graf 11: Povprečni letni prihranki naložb v promocijo zdravja pri delu, v slovenski organizaciji s 100 zaposlenimi, vidik delodajalca (v %)



VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Graf 12: Povprečne vrednosti ekonomskih kazalnikov naložb v promocijo zdravja pri delu v petih letih, v slovenski organizaciji s 100 zaposlenimi, vidik delodajalca

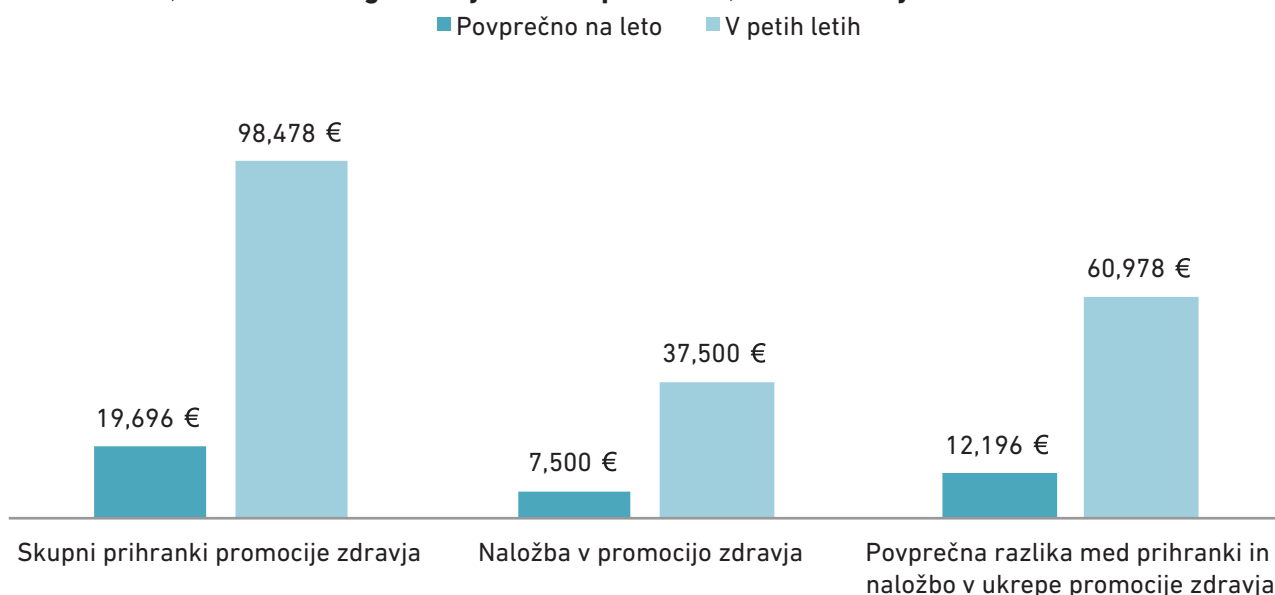


Tabela 6: Kazalniki ekonomske upravičenosti ukrepov promocije zdravja

	Povprečno na leto	V petih letih
Povprečna razlika med prihranki in naložbo v ukrepe promocije zdravja	12.169 €	60.978 €
Povprečna razlika med prihranki in naložbo v promocijo zdravja na zaposlenega	122 €	610 €
Donosnost naložbe (ROI)	162%	162%
Ekonomičnost naložbe v vidika DELODAJALCA (v EUR na vloženi EUR)	2,6 €	2,6 €
Ekonomičnost naložbe upošteva vse DELEŽNIKE (v EUR na vloženi EUR)	25,7 €	25,7 €

Dobljen rezultat na tem primeru prikazuje visoko ekonomičnost oziroma donosnost ukrepov promocije zdravja, čeprav je ta sicer nižja, kot kažejo primerjalni rezultati relevantnih raziskav. Donosnost ukrepov je sicer odvisna od vrste dejavnikov. V tem primeru dve tretjini prihrankov prispeva zmanjšanje prezentizma, slabo tretjino zmanjšanje bolniške odsotnosti, ostalo odpade na zmanjšanje fluktuacije. Delodajalec v povprečni slovenski organizaciji s 100 zaposlenimi lahko, ob navedenih izhodiščih, v petih letih ustvari neto prihranke v višini okoli 61.000 EUR oziroma v povprečju 12.200 EUR na leto. Tako ustvarjena **donosnost ukrepov znaša 162 %, ekonomičnost pa 2,6 EUR na vloženi EUR**, v petih letih, kar je na spodnji meji primerljivih podatkov organizacij v EU (2,5–4,8 EUR na vloženi EUR). Pri vloženi 75 EUR na zaposlenega na leto organizacija ustvari prihranke v višini 197 EUR na leto na zaposlenega, kar ustvari neto prihranke v višini 122 EUR na leto na zaposlenega. Optimalna višina naložbe v promocijo zdravja na zaposlenega je odvisna od vrste dejavnikov, kot so stanje v organizaciji, vrsta dejavnosti oziroma zaposlenih in podobno.

VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Tabela 7: Primerjava donosnosti naložbe v promocijo zdravja z drugimi naložbami

	%	Večkratnik donosnosti naložbe v promocijo zdravja
Obresti v banki (obrestna mera)	1 %	162,6
Povprečna dolgoročna donosnost delnic	7 %	23,2
Povprečna donosnost kapitala organizacije v zadnjih petih letih (ROE)	4 %	40,7

Analiza ekonomske upravičenosti še pokaže, da **je donosnost promocije zdravja bistveno višja od zgodovinskega povprečja dolgoročne donosnosti delnic**, ki znaša okoli 7 % letno, in sicer kar za 23-krat. Če pa upoštevamo, da so koristi promocije zdravja na delovnem mestu, ki jih prejme delodajalec, samo del celotnih koristi, ter da delodajalec okvirno nosi le 10 % dejanskih stroškov bolezni in poškodb zaposlenih, povezanih z delom, dobimo bistveno drugačno sliko. **Širše gledano, vložen EUR v promocijo zdravja prinese skoraj 41 EUR koristi**, ki jih imajo od promocije zdravja posameznik⁵, država in družba kot celota.

⁵ Za oceno v denarju izraženih stroškov posameznika se uporablja pristop Willingness to Pay.

6.

KAKO DO DONOSNE IN KORISTNE PROMOCIJE ZDRAVJA

VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

V Sloveniji je razširjen »lahkotni« pristop do resnega in finančno obremenjujočega problema bolezni in slabega počutja zaposlenih, ki žal ne prinaša želenih učinkov. Med najpogostejšimi neustreznimi praksami so nepremišljenost ukrepov, odsotnosti kakovostne analize stanja, površna priprava načrta promocije zdravja, ki včasih celo konča v arhivu, načrt ni skupno delo skupine za zdravje, pomanjkanje aktivnosti ozaveščanja in motiviranja zaposlenih, odsotnost usposobljene in motivirane skupine za zdravje in tako naprej. Posledica tega so težave zaposlenih in vodij ter nepotrebno visoki stroški.

Promocijo zdravja izvajamo zaradi donosnosti in drugih koristi, ne zaradi inšpektorja.

Goetzel in Ozminkowski navajata metapregled 119 študij, ki je pokazal, da so za uspešne programe promocije zdravja na delovnem mestu značilni:

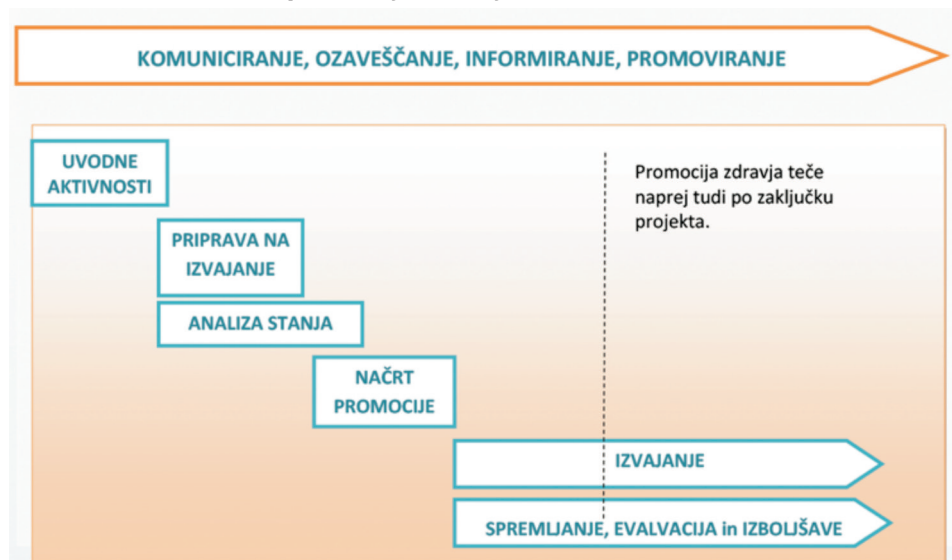
- ocena potreb zaposlenih in prilagoditev programov analiziranim potrebam,
- doseganje visoke stopnje sodelovanja,
- promocija skrbi za lastno zdravje,
- reševanje več zdravstvenih problemov naenkrat in
- ponudba različnih tipov aktivnosti (Goetzel, Ozminkowski, 2008).

Visoko donosnost naložb v ukrepe promocije duševnega zdravja dosežemo na osnovi kvalitetne analize stanja, določitve ključnih prioritet ukrepanja ter s kontinuiranim izvajanjem ukrepov v daljšem obdobju. Vendar se pri izdelavi načrta promocije zdravja srečamo z opredelitvijo optimalnega portfelja ukrepov, saj imajo različni ukrepi različno donosnost in ekonomsko upravičenost. Priporočljivo je, da delodajalci znajo oceniti vsaj stroške in ekonomsko upravičenost naložb v promocijo zdravja kot celote, na letni ravni. Cenejši ukrepi so sicer za odločevalce bolj privlačni, vendar je lahko vprašljiva učinkovitost teh ukrepov, kot tudi donosnost.

6.1 KORAKI DOBRE PRAKSE PROMOCIJE ZDRAVJA

V desetletjih razvoja se je oblikovala dobra praksa procesa izvajanja programov promocije zdravja na delovnem mestu, ki splošno zajema šest korakov. Ti predstavljajo logično sosledje aktivnosti, ki omogočajo, da promocija zdravja izhaja iz zdravih temeljev in da so pokrita vsa ključna področja.

Slika 8: Šest korakov promocije zdravja na delovnem mestu



VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Podrobnejše informacije o izvajanju korakov lahko pridobite v *Smernicah za promocijo zdravja na delovnem mestu*, ki jih je izdalo Ministrstvo za zdravje marca 2015, ali v *Priročniku promocije zdravja*, ki sta ga pripravila dr. Klemen Podjed in prim. prof. dr. Marjan Bilban, oziroma drugih virih. Ker sta zmanjševanje stroškov in upravljanje zdravja strokovno zahtevni dejavnosti, je za dobre rezultate priporočljivo uporabiti pomoč zunanjih strokovnjakov.

6.2 UVODNE AKTIVNOSTI IN ANALIZA ZDRAVJA IN POČUTJA

Za uspeh aktivnosti promocije zdravja sta ključna sodelovanje in podpora tako vodstva kot predstavnikov delavcev in seveda zaposlenih. Treba je ustanoviti **skupino za zdravje, ki je motor promocije zdravja**. Člani skupine za zdravja lahko dolgoročno uspešno delujejo, če so ustrezno usposobljeni in motivirani, zato je priporočljivo njihovo usposabljanje. Ker promocija zdravja ni le projekt, ampak stalna aktivnost, je koristno, da se člani skupine za zdravje izberejo skrbno. V manjših organizacijah je skupina lahko sestavljena zgolj iz nekaj zaposlenih.

Slika 9: Štirje stebri promocije zdravja na delovnem mestu



Od štirih stebrov promocije zdravja na delovnem mestu se dva nanašata na posameznika (ozaveščanje in izobraževanje, razvoj sposobnosti za samopomoč), dva pa na organizacijsko okolje, ki spodbuja oziroma omogoča zdravo delo in življenje (zdrava delovna mesta, širok nabor ukrepov, ki nagovarjajo različne skupine zaposlenih, obstoj načrta promocije zdravja, organizacijskih aktov in podobno).

Neustrezna analiza stanja zdravja spada med najpogostejše razloge za slabši uspeh ukrepov promocije zdravja pri delu. Kvalitetna analiza namreč pomaga odkriti tista področja, na katerih lahko ciljne aktivnosti promocije zdravja zaposlenim in organizaciji prinesejo največ koristi. Povedano slikovito, kako lahko zadenemo tarčo, če je sploh ne vidimo?

Promocija mora biti vedno usmerjena k tistim težavam, ki jih imajo delavci v podjetju, in k tistim obremenitvam in škodljivostim, ki jih delavci občutijo kot težavo in jih kot take tudi ocenimo v analizi tveganja. Najprej je treba pripraviti nabor podatkov ter pridobiti vire podatkov za ugotavljanje stanja zdravja in

počutja. Katere podatke že imamo in katere bi najbolj potrebovali za reševanje zdravstvenih težav zaposlenih? Katere sploh lahko pridobimo? Vire podatkov predstavljajo obstoječi interni podatki o bolniškem staležu in poškodbah pri delu, rezultati vprašalnikov o psihosocialnih obremenitvah (npr. instrument e-OPSA), o organizacijski klimi in zadovoljstvu zaposlenih, podatki Nacionalnega inštituta za javno zdravje (za organizacijo, dejavnost in celotno Slovenijo), poročila izvajalca medicine dela in podobno.

6.3 NAČRT PROMOCIJE ZDRAVJA

Načrt promocije zdravja je temeljni dokument promocije zdravja na delovnem mestu in podlaga za izvajanje, spremljanje in ocenjevanje. Zato naj bo pregleden, jasen, ciljno usmerjen in z jasnimi prioritetami. Dober načrt vsebuje vse ključne elemente ter vključuje tako kratkoročne cilje kot tudi dolgoročni vidik v smeri stalnega izboljševanja.

Dober načrt:

- a) vsebuje vse ključne elemente,
- b) je realističen, pregleden, z dosegljivimi cilji ter
- c) spodbuja k sodelovanju in izboljšavam.

Izdelava načrta promocije zdravja se v praksi pogosto izkaže za zahteven proces, saj želimo v okviru omejenih sredstev zagotoviti kar največje koristi promocije zdravja za zaposlene in za organizacijo. Med številnimi težavami in priložnostmi glede zdravja v organizaciji – in različnimi pogledi, kako ukrepati – je treba določiti prioritete in izdelati akcijski načrt. Večkrat med odgovornimi za izdelavo načrta nastopi »analiza-paraliza«, ko je zaradi preveč podatkov težko izluščiti bistvo in pripraviti smiselne ukrepe. Vsak dober načrt promocije zdravja je unikat, optimalno prilagojen organizaciji in zaposlenim.

Priporočila pri izdelavi načrta promocije zdravja

- Načrt naj pokriva vsa ključna področja promocije zdravja v organizaciji,
- bolje, da je načrt realen in dosegljiv kot obsežen, a nerealen,
- izplača se pridobiti pomoč zunanjih strokovnjakov za promocijo zdravja, saj so rezultati praviloma znatno boljši,
- pozornost naj bo namenjena tudi ozaveščanju in ustvarjanju zanimanja ter zaupanja, kar zahteva potrpežljivost,
- za uspeh sta ključna tako podpora vodstva kot sodelovanje zaposlenih ter predstavnikov delavcev,
- načrt zdravja naj bo pregleden ter akcijsko naravnan,
- česar ne merimo, ne moremo spremljati in upravljati!

6.4 PASTI IN PRIPOROČILA ZA IZVAJANJE

Preprost recept za uspešno promocijo zdravja predstavlja enostavna formula na spodnji sliki.

Slika 10: Enostavna formula za uspešno promocijo zdravja



Organizacija ima dobre možnosti za uspešen program promocije zdravja že, če se izogne ključnim pastem ter upošteva nekaj glavnih dejavnikov uspeha promocije zdravja. Glavne **pasti izvajanja programov promocije zdravja** v organizacijah so zlasti:

- osredotočanje na ukrepe brez skrbne analize,
- organizacija oz. vodstvo ni predano programu,
- nekritična uporaba standardiziranih rešitev,
- slaba komunikacija in pomanjkanje zaupanja,
- premalo sredstev in denarja,
- premalo vključevanja in sodelovanja zaposlenih,
- nefleksibilnost in neprilagojenost ukrepov zaposlenim.

Poenostavljen recept za uspeh je stalna: podpora – analiza – načrt – izvedba – evalvacija.
Zelo priporočljiva je pomoč zunanjih sodelavcev.
Izplača se izogniti tipičnim pastem promocije zdravja.

Med kritične izzive spadajo, kako zagotoviti prave podatke za ukrepanje, kako oblikovati optimalen portfelj ukrepov glede na potrebe in razpoložljiva sredstva, kako zagotavljati stalnost ukrepanja, kako doseči udeležbo in sodelovanje zaposlenih, kako meriti uspešnost in tako naprej. Izvedba kakovostne promocije zdravja se izkaže kot zahteven projekt, zato je **priporočljivo sodelovanje zunanjih strokovnjakov**. Tako je promocija zdravja izvedena bolj kakovostno, hitreje ter predvsem da boljše rezultate, tudi ekonomske. Zlasti pomembne funkcije zunanjega strokovnjaka so:

- usposabljanje članov skupine za zdravje in drugih relevantnih zaposlenih za strokovno in motivirano opravljanje aktivnosti promocije zdravja,
- glede na potrebe izvedba raziskave stanja, povzetek ugotovitev in priporočila,

VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

3. pomoč pri pripravi kakovostnega načrta promocije zdravja, kar hkrati izboljša donosnost predlaganih ukrepov in prinese koristi za zaposlene,
4. opredelitev kazalnikov merjenja uspešnosti in podpora glede dolgoročne uspešnosti promocije zdravja v organizaciji,
5. izboljšanje sodelovanja in vključevanja zaposlenih.

6. **VIRI**

1. AHRI (2008), Australian Human Resources Institute: 'Love'em don't lose 'em' - identifying retention strategies, HR Pulse
2. Aldana, S.G. (2001), Financial Impact of Health Promotion Programs: A Comprehensive Review of the Literature; American Journal of Health Promotion, V 15 (5), S. 296–320; plačljiv dostop: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743504002786>
3. Andargie, G. (2008), Introduction to Health Economics, University of Gondar, Dostopno na spletnem naslovu: http://www.cartercenter.org/resources/pdfs/health/ephti/library/lecture_notes/health_science_students/LN_Intro_to_Health_Economics_final.pdf
4. Bankert, B., Coberley, C., Pope, J.E., Wells, A. (2015), Regional economic activity and absenteeism: a new approach to estimating the indirect costs of employee productivity loss, Population Health Management, Feb;18(1):47-53
5. Berger, Murray, Xu, & Pauly (2001), Alternative valuations of work loss and productivity, Journal of Occupational and Environmental Medicine, Jan; 43(1):18-24.
6. Berry, L. L., Mirabito, M. A., Baun, B. W. (2010), What's the Hard Return on Employee Wellness Programs?, Harvard Business Review, december, 2010 Dostopno na spletnem naslovu: https://hbr.org/2010/12/whats-the-hard-return-on-employee-wellness-programs&cm_sp=Article-_-Links-_-End%20of%20Page%20Recirculation
7. Bhattacharya J., Hyde T., Tu P., (2014), Health Economics, Palgrave Macmillan
8. BKK (2011), BKK Gesundheitsreport 2011: Zukunft der Arbeit, BKK Bundesverband, Essen, Nemčija Dostopno na spletnem naslovu: http://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport/fruehere_gesundheitsreporte/BKK-Gesundheitsreport_2011.pdf
9. Booz & Company (2011), Vorteil Vorsorge – Die Rolle der betrieblichen Prävention für die Zukunftsfähigkeit des Wirtschaftsstandortes Deutschland, Booz & Company für die Felix Burda Stiftung
10. Boushey, H., Glynn, S. J. (2012), There Are Significant Business Costs to Replacing Employees, 16. november 2012 Dostopno na spletnem naslovu: <https://www.americanprogress.org/wp-content/uploads/2012/11/CostofTurnover.pdf> in <https://www.americanprogress.org/issues/labor/report/2012/11/16/44464/there-are-significant-business-costs-to-replacing-employees/>
11. Braakman-Jansen, M. A. L., Taal, E., Kuper, H. I., van de Laar, A. F. J. M. (2011), Productivity loss due to absenteeism and presenteeism by different instruments in patients with RA and subjects without RA, Oxford Journals, Medicine & Health, Rheumatology, Volume 51, Issue 2Pp. 354–361 Dostopno na spletnem naslovu: <http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/51/2/354.full>
12. Brun, J.P. in Lamarche, C. (2006), Assessing the costs of work stress, Université Laval, Quebec, Canada Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.cgsst.com/stock/eng/doc272-806.pdf>
13. Buzeti J. (2016), Ekonomski učinki finančnih investicij v promocijo zdravja in dobrega počutja zaposlenih v delovnem okolju, Mednarodna revija za javno upravo, letnik 14, št. 2–3
14. Chandola, T. (2010), Stress at work, The British Academy, London, Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.britac.ac.uk/policy/Stress-at-Work.cfm>
15. Cigna Behavioral Health in Stress Directions Inc. (2004). Presenteeism report. 12. avgust 2004, pridobljeno 30.8.2016, s: Dostopno na spletnem naslovu: <http://apps.cignabehavioral.com/web/basicsite/stress/docs/PresenteeismReport.pdf>
16. CIPD (2008b), Building the business case for managing stress in the workplace, Chartered Institute of Personnel and Development, London Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.cipd.co.uk/NR/rdonlyres/F5B27EA2-1A75-4C26-9140-1C9242F7A9C6/0/4654StressmanagementWEB.pdf>
17. Cox, T., Karanika, M., Griffiths, A., Houdmont, J. (2007), Evaluating organizational-level work stress interventions: Beyond Traditional methods, Work & Stress, volumen 21, številka 4, 2007: 348–362
18. Culyer, J.A. (2014) The dictionary of health economics, 3. izdaja, Edward Elgar Publishing, Inc. Northampton, ZDA
19. D'Abate, C. P., in Eddy, E. R. (2007), Engaging in personal business on the job: Extending the presenteeism construct, Human Resource Development Quarterly 18, 3; 361–383
20. Dewe, J.P., O'Driscoll, P.M., Cooper, L.C. (2010), Coping with Work Stress, Wiley-Blackwell, VB
21. Dhaini, S. R., Zúñiga, F. (2015) Absenteeism and Presenteeism among Care Workers in Swiss Nursing Homes and Their Association with Psychosocial Work Environment: A Multi-Site Cross-Sectional Study, International Journal of Experimental, Clinical, Behavioural and Technological Gerontology Dostopno na spletnem naslovu: <https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/527967/3/Post-Print+Article.pdf>
22. Dolenc, B., Šprah, L. (2014). Priročnik za obvladovanje psihosocialnih tveganj in absenzizma s pomočjo orodja OPSA [Elektronski vir] – Ljubljana : Založba ZRC, ZRC SAZU, 2014 Dostopno na spletnem naslovu: <http://dmi.zrc-sazu.si/sl/publikacije/prirocnik-za-obvladovanje-psihosocialnih-tveganj-in-absenzizma-s-pomocjo-orodja-opa#v>
23. Drummond, M. F., O'Brien, B., Stoddart, G. L., & Torrance, G. (1987), Methods for the economic evaluation of health care Programmes, Oxford University Press, Oxford
24. Drummond, F.M., Sculpher, J.M., Claxton, K., Stoddart, L.G., Torrance, W.G. (2015), Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes, Oxford University Press, 4. izdaja
25. DURS (2013), PROMOCIJA ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU, Pojasnilo DURS številka: 4230-548528/2013-3 z dne 8. 10. 2013 Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.sops.si/wp-content/uploads/2013/05/DURS-o-promociji-zdravja-na-delu.pdf>

26. EAHC (2013), Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and of their potential contribution to EU health, social and economic policy objectives, Executive Agency for Health and Consumers. maj 2013
27. ENWHP (1997), Declaration on European Network Work Health Promotion at Workplace, European Network for Workplace Health Promotion, Luksemburg
28. ENWHP (2004), Healthy Employees in Healthy Organisations: Making the Case for Workplace Health Promotion, Analysis of the effects of WHP, European Network for Workplace Health Promotion
Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.enwhp.org/good-whp-practice/about-whp/topics/why-invest-in-better-health-in-european-companies-and-organisations.html>
29. ESRR et al. (2004), Priročnik za izdelavo analize stroškov in koristi investicijskih projektov, (Strukturni skladi-ESRR, Kohezijski sklad in ISPA
Dostopno na spletnem naslovu: http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/guides/cost/guide02_sl.pdf
30. EU-OSHA (2010), Facts 93. Workplace Health Promotion for Employers, Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu, Bilbao
Dostopno na spletnem naslovu: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/factsheets/93>
31. EU-OSHA (2013), Estimating the cost of accidents and ill-health at work: A review of methodologies, Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu, Luksemburg
32. EU-OSHA (2014a), Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks, Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu, Luksemburg
33. EU-OSHA (2014b), Vodnik po kampanji: Obvladovanje stresa in psihosocialnih tveganj pri delu, Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu, Luksemburg
34. Eurofound (1997), Preventing absenteeism at the workplace, Research summary, Office for Official Publications of the European Communities, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luksemburg
Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/1997/15/en/1/ef9715en.pdf>
35. Eurofound (2010), Absence from work - Germany, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/comparative-information/national-contributions/germany/absence-from-work-germany>
36. Eurofound (2011), Links between quality of work and performance
37. Eurofound (2012), Poročilo o psihosocialnih tveganjih v Sloveniji
Dostopno na spletnem naslovu: http://www.stat.si/StatWeb/doc/sosvet/Sosvet_03/Sos03_s1844-2013.pdf
38. Evropska komisija, Generalni direktorat Evropske komisije za zaposlovanje, socialne zadeve in vključevanje (2008), Socio-economic costs of accidents at work and work-related ill health, [Socialno-ekonomski stroški nesreč pri delu in z delom povezano slabo zdravstveno stanje]
Dostopno na spletnem naslovu: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7416&langId=en>
39. Evropska komisija, Generalni direktorat Evropske komisije za zaposlovanje, socialne zadeve in vključevanje (2014), Flash Eurobarometer 398: Working conditions, TNS Political & Social, april 2014
Dostopno na spletnem naslovu: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_398_en.pdf
40. FIOH (2009), Well-being at Work – New Innovations and Good Practices, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki
Dostopno na spletnem naslovu: https://www.uml.edu/docs/EUProgress_Booklet_tcm18-42662.pdf
41. Florjančič, J., Ferjan, M., Bernik, M. (1999). Planiranje in razvoj kadrov. Kranj: Moderna organizacija
42. Gieringer S. (2015), Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention, Teil 1, IHK Stuttgart
Dostopno na spletnem naslovu: http://erfolgreiches-bgm.de/download/2015-03-24%20IHK_Vortrag_Gieringer_Teil%20I_handout.pdf
43. Giga, S., Hoel, H. in Lewis, D. (2008), The costs of workplace bullying: A report and review for the dignity at work partnership, Unite the Union/Department for Business, Enterprise and Regulatory Reform
44. Glied, S., Smith C.P. (2013), The Oxford Handbook of Health Economics, Oxford University Press, 2. izdaja
45. Goetzel, R.Z., Ozminkowski, J.R. (2008), The Health and Cost Benefits of Work Site Health-Promotion Programs, Annual Review of Public Health, Vol. 29: 303-323,
Plačljiv članek dostopen na: <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090930>
46. Gray, M.A. (2011), Applied Methods of Cost-effectiveness Analysis in Health Care, Oxford University Press, Handbooks in Health Economic Evaluation Series
47. Hemp P. (2004), Presenteeism: At Work—But Out of It, Harvard Business Review, October 2004
Dostopno na spletnem naslovu: <https://hbr.org/2004/10/presenteeism-at-work-but-out-of-it>
48. HSE (2012/13), Costs to Britain of workplace fatalities and self-reported injuries and ill health, Health and Safety Executive
Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.hse.gov.uk/statistics/pdf/cost-to-britain.pdf>
49. HSE (2014/2015), Health and Safety Statistics, Annual Report for Great Britain, Health and Safety Executive
Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.hse.gov.uk/statistics/overall/hssh1415.pdf>
50. IGA (2003), IGA-Report 3: Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz: Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention, Kreis, J., Bödeker, W., Initiative Gesundheit und Arbeit
51. IGA (2009), IGA-Report 13e: Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention, Summary of the scientific evidence 2000 to 2006, Sockoll, I., Kramer, I., Bödeker, W., Initiative Gesundheit und Arbeit

52. ILO (2009), World Day for Safety and Health at Work 2009: Facts on safety and health at work, International Labour Organisation, april 2009
53. IPF (2006), Guidelines on Health Economic Evaluation, Institut für Pharmaökonomische Forschung, Dunaj
Dostopno na spletnem naslovu: http://www.ispor.org/peguidelines/source/Guidelines_Austria.pdf
54. Jakab, Z. (2015), Zdravje 2020 in krepitev zdravstvenega sistema
Dostopno na spletnem naslovu:
http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/NOVICE/who_30_10_2015/Health_2020_HSS_Slovenia_2015-10-30_-_slo.pdf
55. Johnson, G., Sholes, K., Whittington, R. (2005), Exploring Corporate Strategy, Prentice Hall, 7. izdaja
56. Kanjoo Mrčela, A. in Ignjatović, M. (2012). Poročilo o psihosocialnih tveganjih na delovnem mestu v Sloveniji. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede Univerze v Ljubljani.
Dostopno na spletnem naslovu: http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1245_sl.htm.
57. Karlsson, M.L. (2010), Factors of importance for employee health and organizational production, Karolinska Institutet, Stockholm
Dostopno na spletnem naslovu:
<https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/37868/thesis.pdf?sequence=1>
58. KIMDPŠ (2012), Zdravi delavci v zdravih organizacijah. Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Univerzitetni klinični center Ljubljana.
Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.cilizadelo.si/prirocniki-zdravi-delavci-v-zdravih-organizacijah--08-04-2014.html>.
59. Lerner, D.J., Amick, B. III (1998), Work Limitations Questionnaire, Wellcome Glaxo. Boston, MA: The Health Institute, Tufts-New England Medical Center
60. NICE (2009a), Promoting mental well-being through productive and healthy working conditions: Guidance for employers, National Institute for Health and Clinical Excellence, London
Dostopno na spletnem naslovu: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph22>
61. NICE (2009b), Mental well-being at work, Tools and resources, National Institute for Health and Clinical Excellence, London
Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.nice.org.uk/guidance/ph22/resources>
62. NIJZ, Podatkovni portal Nacionalnega inštituta za javno zdravje, Dostopno na spletnem naslovu:
<https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal>
63. NIJZ (2013), Zdravstveni statistični letopis 2013: Zdravstveno stanje prebivalstva
Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2013> in
http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/lp2013_2_6_bolniski_stalez_v2015-03-11.pdf
64. Markič M., Verle K. (2012), Kompetence vršnih managerjev in organiziranost kot osnova uspešnosti organizacije, Univerza na Primorskem, Fakulteta za management,
65. Ministrstvo za zdravje (2015), Smernice promocije zdravja na delovnem mestu (ver. 1.0) Dostopno na spletnem naslovu:
http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_2015/promocija_zdravja_na_del_mestu/Smernice_promocija_zdravja_na_delovnem_mestu-marec_2015.pdf
66. Mossink, J., De Greef, M. (2002), Inventory of socio-economic costs of work accidents, report, European Agency for safety and health at work, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities
67. POH (2011), SWING Project– Final Report of the Evaluation, Public and Organizational Health, Zürich University et al., Zürich
68. PWC (2008a), Building the case for wellness, PricewaterhouseCoopers LLP, VB
Dostopno na spletnem naslovu:
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/209547/hwwb-dwp-wellness-report-public.pdf
69. PWC (2008b), The Business Health Check Tool, V 1.01 2008
70. Rezagholi, M., Bantekas, A. (2015), Making Economic Social Decisions for Improving Occupational Health - A Predictive Cost-Benefit Analysis, Occupational Medicine & Health Affairs, volumen 3, številka 6, 1000225, december 2015
Dostopno na spletnem naslovu:
<http://www.esciencecentral.org/journals/making-economic-social-decisions-for-improving-occupational-health--a-predictive-costbenefit-analysis-2329-6879-1000225.pdf>
71. SCMH (2007), Mental Health at Work: Developing the business case, Policy Paper 8, The Sainsbury Centre for Mental Health, London [Duševno zdravje pri delu: Oblikovanje poslovnega primera, Center za duševno zdravje Sainsbury, London].
Dostopno na spletnem naslovu:
http://www.incorporasaludmental.org/images/doc/D_ENG_EMP_DOCU_GUIA_0036_Developing_the_business_case.pdf.
72. Shulte-Abel, B., Weber, L., (2011), Aktiv und wirksam gegen Stress. Organisator 12/11-9; 46-47.
73. Spurgeon, P., Mazelan, P., Barwell, F., Flangan, H. (2007) New Directions in Managing Employee Absence: An Evidence-Based Approach, Institute of Personnel & Development Date
74. Šprah, L. in Dolenc, B. (2014). Priročnik za obvladovanje psihosocialnih tveganj in absentizma s pomočjo orodja OPSA, Ljubljana: Družbenomedicinski inštitut, Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti
75. Tangri, R. P. (2003), What Stress Costs. Halifax: Chrysalis Performance Strategies Inc.

76. Tappura, S., Sievänen, M., Heikkilä, J., Jussila, A., Nenonen, N. (2014), A management accounting perspective on safety, Safety Science
Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.mihantarjomeh.com/wp-content/uploads/2014/03/A-management-accounting.pdf>
77. Uhle, T., Treier M. (2013), Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen, 2. überarbeitete Auflage
78. Umar, Poročilo o razvoju, Ljubljana, 2012
79. Weinberg, A., Southerland, J.V., Cooper, C. (2010), Organizational Stress Management, A Strategic Approach, Palgrave Macmilan, London
80. Workplace Health Savings Calculator, 3.5.2016, Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.healthyworkers.gov.au/internet/hwi/publishing.nsf/Content/roi-introduction>
81. Yerkes, R.M., Dodson, J.D. (1908), The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation, Journal of Comparative Neurology and Psychology. 18: 459–482. https://en.wikipedia.org/wiki/Yerkes%E2%80%93Dodson_law
82. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1) (2011) Dostopno na spletnem naslovu: <https://www.uradni-list.si/1/content?id=103969>
83. ZZZS (2010), Zdravstveni absentizem v Sloveniji: Zbornik primerov iz prakse 14 slovenskih podjetij, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije Ljubljana

6. PRILOGE

PRILOGA 1: Psihosocialne obremenitve in dejavniki

PSIHOSOCIALNA OBREMENITEV	DEJAVNIKI
Delovna obremenitev/hitrost poteka dela	Premajhen ali prevelik obseg dela, več nalog hkrati, zelo zahtevno delo, veliko časovnih rokov, odvisnost od dela drugih, nerealna pričakovanja o opravljenem delu, nalaganje dodatnega dela.
Delovno okolje in delovna oprema, fizične obremenitve	Škodljivi okoljski vplivi, prisiljena telesna drža, zgodovina delovnih nesreč in velika verjetnost za ponoven nastanek nesreče ali poškodbe pri delu, slabo vzdrževana oprema, veliko ljudi v delovnem prostoru, dvigovanje težkih bremen, ponavljajoči se gibi pri delu, delo na terenu, nevarni postopki dela.
Družinske razmere zaposlenega	Čustvene ali vedenjske težave otrok, težave v partnerskem odnosu, resna bolezen v družini, večje spremembe v družini, nasilje doma.
Medosebni odnosi pri delu	Malo komunikacije in zaupanja med vodstvom in zaposlenimi, napet in konflikten odnos s sodelavci in nadrejenimi, veliko tekmovalnosti med sodelavci, malo stikov z drugimi ljudmi na delovnem mestu, zloraba moči nadrejenih v delovni organizaciji, nasilje, nadlegovanje na delovnem mestu.
Nadzor	Pretiran nadzor nadrejenega, majhen vpliv na odločitve, omejene možnosti reševanja problemov, slab nadzor nad vsebino, razporejanjem in hitrostjo izvajanja nalog.
Obremenitve kot posledica sociodemografskih okoliščin	Prenizek osebni dohodek, slabo premoženjsko stanje, slabe bivalne razmere, slabe prometne povezave, oddaljenost zdravstvene službe, zadolženost, splošna negotovost v družbi, oddaljenost vrtca, obremenjenost regije.
Odnos do dela	Pomembnost rezultatov, ciljev dela, težnja po dokazovanju pri delu, nasprotovanje med osebnimi vrednotami in naravo dela, delo kot najpomembnejša vrednota v življenju, pesimizem v zvezi z rezultati dela, pomanjkanje jasne karijerne usmeritve, pomanjkanje veselja do dela, rušenje idealne predstave o delu.
Organizacijska kultura	Slabo obveščanje o delu, nizka raven podpore pri reševanju težav in osebnem razvoju, premalo ukrepov glede zdravja zaposlenih in zmanjševanja poklicnega stresa, kršitve pravil vedenja, odsotnost nagrade za dobro opravljeno delo, zloraba moči nadrejenih, neučinkovito reševanje delovnih sporov, neenaka obravnava zaposlenih, pomanjkljivo izvajanje zakonodaje.
Organizacijska struktura	Pomanjkljiva usposobljenost vodstvenih delavcev za vodenje organizacije, spremembe v delovni organizaciji, zadolženost delovne organizacije, nejasno določene pristojnosti in odgovornosti zaposlenih, nepoštena konkurenca drugih organizacij, začasno odpuščanje in ponovno zaposlovanje, pomanjkanje kadrov.
Osebnostne značilnosti	Izogibanje reševanju problemov, problemi kot grožnje, neorganiziranost doma, slaba prilagodljivost spremembam glede delovnih nalog (vsebine, postopkov, obsega dela), precenjevanje sposobnosti, popustljivost, slabe delovne navade, strah pred napako pri delu, perfekcionizem, težave z organizacijo časa na delovnem mestu.

VODNIK V STROŠKE IN DONOSNOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Psihofizično zdravstveno stanje	Tesnobnost, zaskrbljenost, razdražljivost, kronične bolečine, telesna bolezen, težave z duševnim zdravjem, slaba imunska odpornost.
Razmejitev zasebnega življenja in dela	Malo možnosti otroškega varstva na delovnem mestu, dodatna dela zunaj delovnega mesta, majhna podpora družine v zvezi z delom, malo možnosti koriščenja očetovskega dopusta, majhna podpora na delu glede družinskih obveznosti, malo možnosti skrajšanega delovnega časa zaradi starševstva, dodatno izobraževanje ob delu, pogosto načrtovanje in opravljanje zasebnih zadev med delom.
Razvoj poklicne kariere	Malo spodbud za napredovanje in hitrejše napredovanje drugje, prenizek osebni dohodek glede na vložen trud, nejasno ocenjevanje delovne uspešnosti, nepravilen sistem nagrajevanja, napredovanja ter ovirano napredovanje, pomanjkanje podpore za osebni razvoj, grožnja pred odpustitvijo, nezadostna usposobljenost, pomanjkanje delovnih izkušenj za delovno mesto, lažje delovno mesto drugje.
Skrb zase	Nekoriščenje rednega dopusta, premalo časa zase, za prostočasne dejavnosti in za druženje s prijatelji in sorodniki, neurejen življenjski slog, nekoriščenje bolniškega staleža ob bolezni, koriščenje bolniškega staleža za spoprijemanje s stresom, slabo poznavanje tehnik za spoprijemanje s stresom, čezmerno kajenje in uživanje alkohola
Urnik dela	Izmensko delo, nepredvidljiv delovni čas, delovni čas daljši od 8 ur, nočno delo, premalo odmorov med delom, malo dovoljenih izhodov z dela.
Vloga in odgovornost v organizaciji	Velika odgovornost za ljudi pri delu, čustveno obremenjujoči pogovori s strankami kot del delovnih nalog, hude posledice napak na delovnem mestu, veliko opravka z ljudmi pri delu, pretresljivi, neprijetni prizori v delovnem okolju, občutek osebne odgovornosti za uspeh podjetja, izogibanje prevzemanju odgovornosti pri delu, od rezultatov dela odvisen uspeh organizacije.
Vsebina dela	Nezahtevno delo, spreminjanje postopkov dela, monotono delo, nepredvideni problemi, hitro menjavanje nalog, pridobivanje finančnih sredstev.

Vir: Dolenc, Šprah, 2014



www.produktivnost.si
info@produktivnost.si
040 662 003

