

ZDROWIE PSYCHICZNE PRACOWNIKÓW

Spis treści

1. WPROWADZENIE I CEL EKSPERTYZY	1
2. WARUNKI I SATYSFAKCJA Z PRACY	2
2.1 SATYSFAKCJA Z PRACY	2
2.2 W JAKICH WARUNKACH PRACUJĄ POLACY	4
3. PANDEMIA DOTKNĘŁA WSZYSTKICH	7
4. KONSEKWENCJE POGARSZAJĄCEGO SIĘ STANU ZDROWIA	10
4.1 ABSENTEIZM I PREZENTEIZM.....	10
5. PODSUMOWANIE	13
ŹRÓDŁA	15

Employees mental health and well-being - the case of Poland *technical report for the Polish Confederation Lewiatan (abstract)*

This technical report deals with employees mental health and well-being. We start from diagnosis of worker's satisfaction and work conditions as one of key indicators which refers to workers mental health. What we now observe, during COVID pandemic, is sharply decrease in terms of well-being in Poland. We tried to analyse consequences for families and labour market as well as possible future developments. Finally, we went through Social Insurance Company data and analyse scale of absenteeism and presenteeism in Poland. At the end we made three recommendations for policy makers which might improve Pole's mental health.

1. WPROWADZENIE I CEL EKSPERTYZY

Zdrowie psychiczne wpływa na sposób w jaki myślimy, czujemy, zachowujemy się i wchodzimy w interakcję z innymi w codziennym życiu. Zdrowie psychiczne to podstawa satysfakcjonującego i produktywnego życia. Z badań Instytutu Psychiatrii i Neurologii wynika, że co czwarty Polak potrzebuje pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej, to więcej niż średnio w krajach OECD, gdzie pomocy

potrzebuje około 1/5 wszystkich osób w wieku produkcyjnym. Około połowa polskiego społeczeństwa doświadcza epizodów pogorszonego stanu zdrowia.

Zdrowie psychiczne ma kluczowe znaczenie w całym cyklu naszego życia – od dzieciństwa do starości. W przypadku dzieci i młodzieży, problemy ze zdrowiem psychicznym mogą wpływać na edukację, a w konsekwencji na przyszłe szanse na rynku pracy. W przypadku osób dorosłych, w wieku produkcyjnym, zdrowie psychiczne wpływa na wydajność w pracy, a w niektórych przypadkach zły stan zdrowia psychicznego może skutkować długotrwałymi nieobecnościami, urlopami, bezrobociem i ostatecznie wycofaniem się z rynku pracy. Z kolei u osób starszych zły stan zdrowia psychicznego odgrywa niebagatelną rolę w integracji społecznej i wiąże się z potencjalnym wykluczeniem i samotnością.

Zdrowie psychiczne ogólnie, a w szczególności pracowników staje się co raz większym wyzwaniem dla społeczeństw oraz osób odpowiedzialnych za tworzenie polityk. Rok 2020 przyniósł nam eskalację problemu, ale jednocześnie pozwolił zrobić pierwszy krok w wyzbyciu się pewnego tabu, czy stygmatyzacji zjawiska choroby dotyczącej sfery duchowej. Okazało się bowiem, że nagle przeważająca część społeczeństwa poczuła na własnej skórze jak to jest przebywać w permanentnym stanie strachu. Doświadczaliśmy jako społeczeństwo dużej traumy. Dzięki temu co raz więcej mówi się o zdrowiu psychicznym Polaków, a co raz mniej przykleja się łatkę „wariata” osobom korzystającym ze specjalistycznej pomocy, choć dostęp do niej jest ciągle ograniczony. Większa społeczna świadomość oraz akceptacja i zmiana postrzegania problemów natury psychicznej muszą iść w parze z położeniem większego nacisku na procesy dostosowawcze w miejscu pracy, włączające aktywnie osoby dotknięte chorobą w codzienną, pracowniczą rzeczywistość.

Choroby umysłowe są powszechne i kosztowne. Sama choroba, jest poważnym schorzeniem mającym wpływ na możliwości funkcjonowania osoby w społeczeństwie. Z punktu widzenia gospodarki jest poważnym obciążeniem dla systemu, zarówno po stronie wydatkowej (budżetowej), jak i rozwojowej (rynek pracy). Międzynarodowa Organizacja Pracy szacuje, że gospodarka Unii Europejskiej na powszechnym występowaniu zjawiska chorób umysłowych traci rocznie około 3-4% PKB i nie jest to koszt wyłącznie bezpośredni (związany ze zwiększonymi wydatkami służby zdrowia), ale przede wszystkim koszty pośrednie – dotyczące rodziny, społeczeństwa i rynku pracy.

Celem niniejszej analizy jest zbadanie związku między zdrowiem psychicznym a szeroko rozumianym rynkiem pracy. Analiza tego zjawiska wymaga jednak przeprowadzenia diagnozy sytuacji dotyczącej warunków pracy i satysfakcji z wykonywanej pracy, jako czynników mających kluczowy wpływ na stan zdrowia psychicznego pracowników.

Jak dowodzimy poniżej nie bez znaczenia dla pogorszenia się stanu zdrowia psychicznego pracowników miała pandemia, która wzmocniła jedne z ważniejszych czynników stresogennych – lęk przed utratą pracy.

Analizując sytuację pracowników w Polsce nie sposób również nie odnieść się do dwóch kluczowych zagadnień – absenteizmu i prezenteizmu mających wpływ na produktywność pracowników, a będących jednocześnie najważniejszym kosztem pośrednim złego stanu zdrowia pracowników.

2. WARUNKI I SATYSFAKCJA Z PRACY

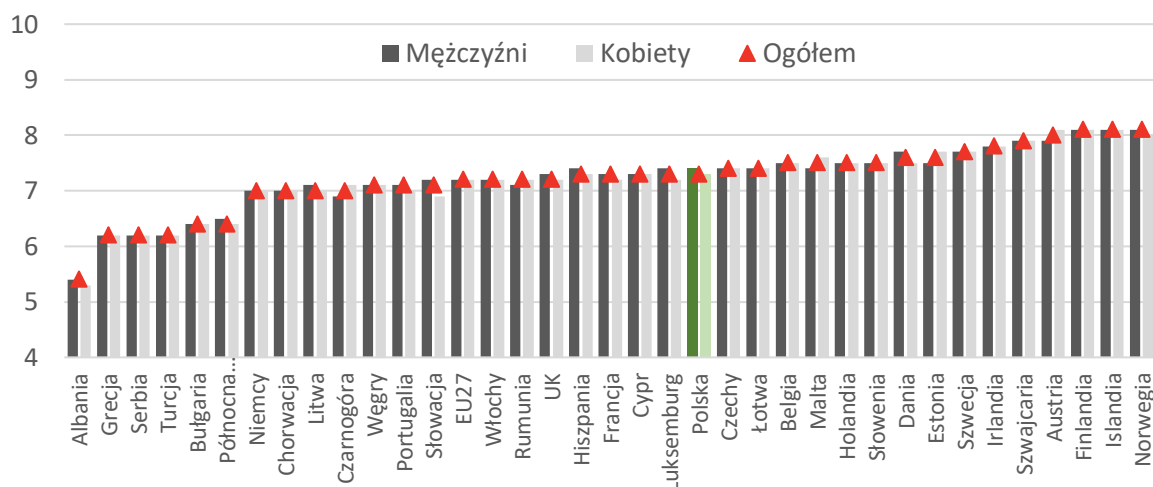
2.1 SATYSFAKCJA Z PRACY

Pracodawcy w swojej działalności skupiają się przede wszystkim na maksymalizacji zysków. Świadomość istnienia dodatkowych kosztów działalności obniżających te zyski działa w sposób motywujący do podjęcia dodatkowych działań. Świadomość istnienia takich czynników wpływu na koszty jak warunki pracy pracowników, występujące problemy zdrowia psychicznego i związana z nim absencja chorobowa pomagają pracodawcom podnosić produktywność pracowników, ale również ich zadowolenie z pracy. To właśnie zadowolenie z pracy może być pierwszym wskaźnikiem stanu w jakim znajdują się pracownicy w firmie.

Na poziomie europejskim źródłem informacji o satysfakcji z wykonywanej pracy może być badanie przeprowadzane przez Eurostat (EU-SICL). Jest to badanie cykliczne, w ramach którego przeprowadzane są dodatkowe moduły sprawozdawcze. W 2018 r. zostało przeprowadzone właśnie jedna z takich dodatkowych ankiet dotycząca samopoczucia obywateli poszczególnych państw.

W kwestii zadowolenia z wykonywanej pracy widzimy, że Polacy z poziomem 7,4 pkt. Klasyfikują się praktycznie w środku stawki państw europejskich. Prym w tym wskaźniku wiodą takie kraje jak Norwegia, Islandia, czy Finlandia. Przy czym znacznie częściej na Starym Kontynencie to kobiety czują większą satysfakcję z wykonywanej pracy. Co ciekawe wyniki te korespondują z badaniem Międzynarodowej Konfederacji Związków Zawodowych, gdzie państwa skandynawskie lub te znajdujące się w czołówce państw z wysoką oceną satysfakcji to państwa, w których w najmniejszym stopniu są łamane prawa pracownicze.

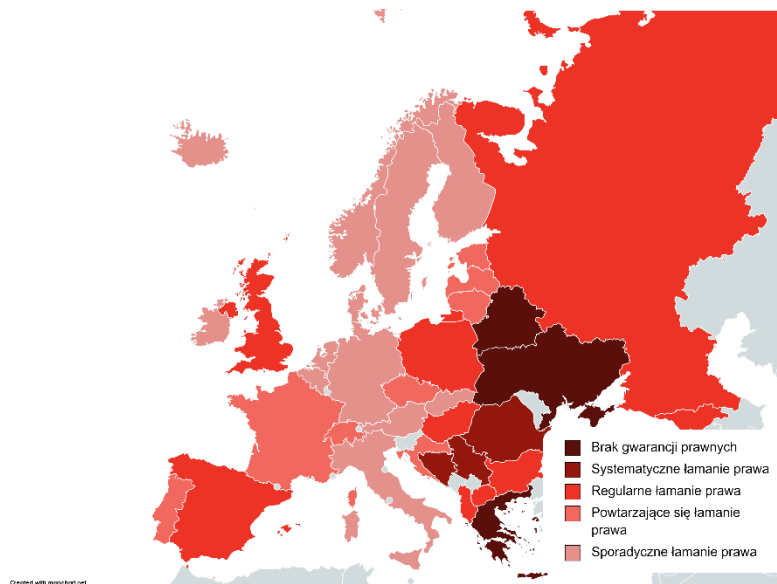
Wykres 1. Satysfakcja z pracy w wybranych państwach w 2018 r. (skala 0-10 pkt).



Źródło: opracowanie własne, EU-SILC 2018

W tym zestawieniu Polska jest sklasyfikowana w grupie państw regularnie łamiąca prawa pracownicze, co może mieć wpływ na sytuację polskich pracowników w tym stan ich zdrowia psychicznego. Jest to jednocześnie pewne wskazanie, że przede wszystkim istotne jest aby w gospodarce kłaść nacisk na kreację miejsc pracy o wysokiej jakości. Do tego potrzebne jest wsparcie rozsądnego ustawodawstwa, które potrafi znaleźć balans między sztywnością a elastycznością zatrudnienia.

Mapa 1. Indeks przestrzegania praw pracowniczych (w pkt 1 – 5), w 2018 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie <https://www.ituc-csi.org/>

Poprawa warunków pracy w Polsce może jednak okazać się bardzo trudna do wdrożenia. Dzieje się tak z uwagi na znaczne rozdrobnienie przedsiębiorczości w Polsce. W 2020 r. ponad 99% wszystkich działających przedsiębiorstw w Polsce to firmy zatrudniające do 10 pracowników. Ciężko zatem oczekiwać aby takie firmy z sukcesem wdrażały politykę poprawy warunków pracy. Koszt wdrożenia może okazać się bowiem krótkoterminowo dużo wyższy od kosztu zatrudnienia nowego pracownika, w momencie gdy pracownicy rezygnują z pracy.

2.2 W JAKICH WARUNKACH PRACUJĄ POLACY

Posiadanie pracy ma udowodniony pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne ludzi. Podnosi status społeczny, daje zabezpieczenie finansowe, wspiera poczucie przynależności i w końcu jest źródłem wyższej samooceny. Nie jest zatem zaskakujące, że wśród osób nieaktywnych zawodowo z problemami natury psychologicznej, zatrudnienie jest czymś pożądanym (OECD, 2012).

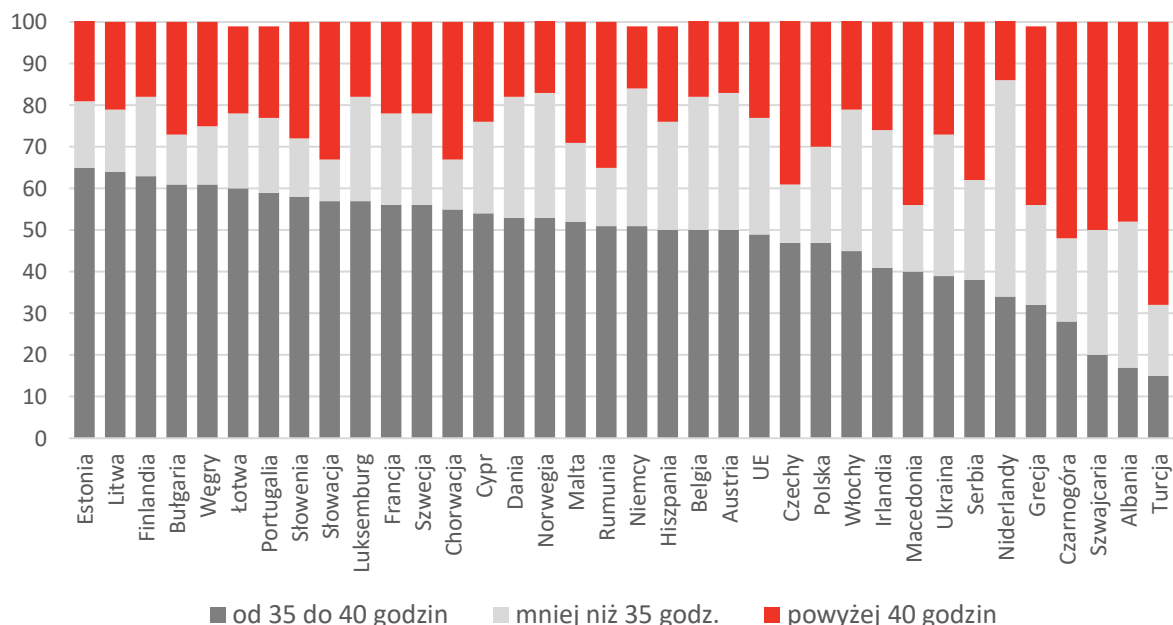
Dzisiejsze miejsca pracy stoją w obliczu coraz szybszych zmian technologicznych. Ekonomiczne i społeczne przemiany wpływają silnie na codzienne życie pracowników. Pomimo postępu osiągnięte, bezpieczeństwo, zdrowie i warunki pracy wielu pracowników pozostają na poziomie powodującym obniżenie produktywności pracowników.

Samoocena oraz poczucie, że nasza praca coś znaczą, przekładają się na potencjał do rozwoju, ale przede wszystkim wpływają na nasze zdrowie. Od pracy przestajemy wymagać jedynie wysokich zarobków, ale również możliwości rozwoju i poczucia satysfakcji.

Ponad 30% Polaków spędza w pracy więcej niż 40 godzin tygodniowo

W naszym codziennym życiu zawodowym sposób wykonywania pracy jest fundamentalny. Kiedy kwalifikacje i umiejętności pracownika nie pasują do pracy lub kiedy czas pracy nie pozostawia czasu na odpoczynek i rodzinę pojawiają się poważne problemy zarówno dla pracownika, jak i dla organizacji.

Wykres 2. Ilość godzin spędzanych w pracy w wybranych państwach, w %

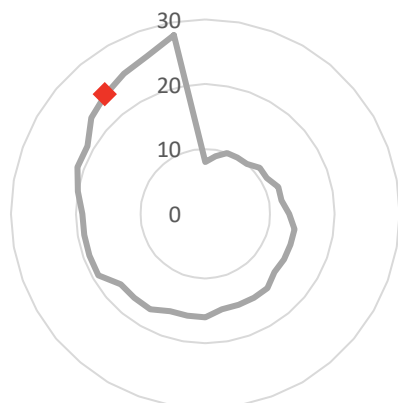


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurofound

Pracujemy w Polsce dużo. Na tle Europy 30% naszych rodaków spędza tygodniowo w pracy ponad 40 godzin, co jest 6 najgorszym wynikiem spośród krajów Unii. Wyprzedzają nas takie państwa jak Grecja, Rumunia, czy Czechy. Ilość spędzonych godzin w pracy koreluje również negatywnie z poziomem satysfakcji z pracy (por. [Wykres 1.](#)).

Długi czas pracy jest związany nie tylko z pogorszeniem satysfakcji z pracy, czy zdrowia fizycznego, ale także zdrowia psychicznego. Potwierdzenie tej tezy odnajdujemy w opracowaniu Sparksa et al. (1997). Głównym źródłem badań spędzania przeciętnie więcej czasu pracy jest Japonia. Ong, Fung, Chow i Kleeven (1982) stwierdzili, że zmęczenie przyczynia się do pojawiania się wypadków w takim samym stopniu, co brak przeszkolenia, a nawet niestosowanie środków bezpieczeństwa. Z kolei Ezoe i Morimoto (1994) wskazują w swoich badaniach na istotnej pogorszenie się oceny zdrowia psychicznego w grupie osób, które wykonywały swoją pracę dłużej niż 9 godzin dziennie.

Wykres 3. Odsetek osób obawiających się utraty pracy w ciągu najbliższych 6 miesięcy w państwach UE (w %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurofound. Kolorem czerwonym zaznaczono Polskę.

Poczucie stabilności to kolejny z czynników, który silnie wpływa na stan psychofizyczny pracowników. Wg. badania portalu rekrutacyjnego monsterpolska.pl, przeprowadzonego w 2017 r., aż 32% Polaków uważa, że szansa na awans w hierarchii firmy zapewnia poczucie pewności w pracy, które przekłada się na wiele innych dziedzin życia – np. skłonność do inwestycji, ogólne poczucie bezpieczeństwa i zadowolenia oraz kontakty z bliskimi. Tymczasem Eurofound stawia Polskę w czołówce państw, w którym pracownicy obawiają się o zwolnienie w ciągu najbliższych 6 miesięcy. Lęk przed utratą pracy to „oczekiwania dotyczące trwałości pracy, ogół obaw związanych z jej przyszłością, spostrzeganie potencjalnego zagrożenia dla stałości wykonywanej przez człowieka pracy” (Chirowska-Smolak, 2015). Ci

sami autorzy wskazują w swoich badaniach, że lęk przed utratą pracy ma silne korelacje nie tylko z rodzajem umowy oraz jej czasem trwania, ale także typem zatrudnienia, ogólną sytuacją na rynku pracy

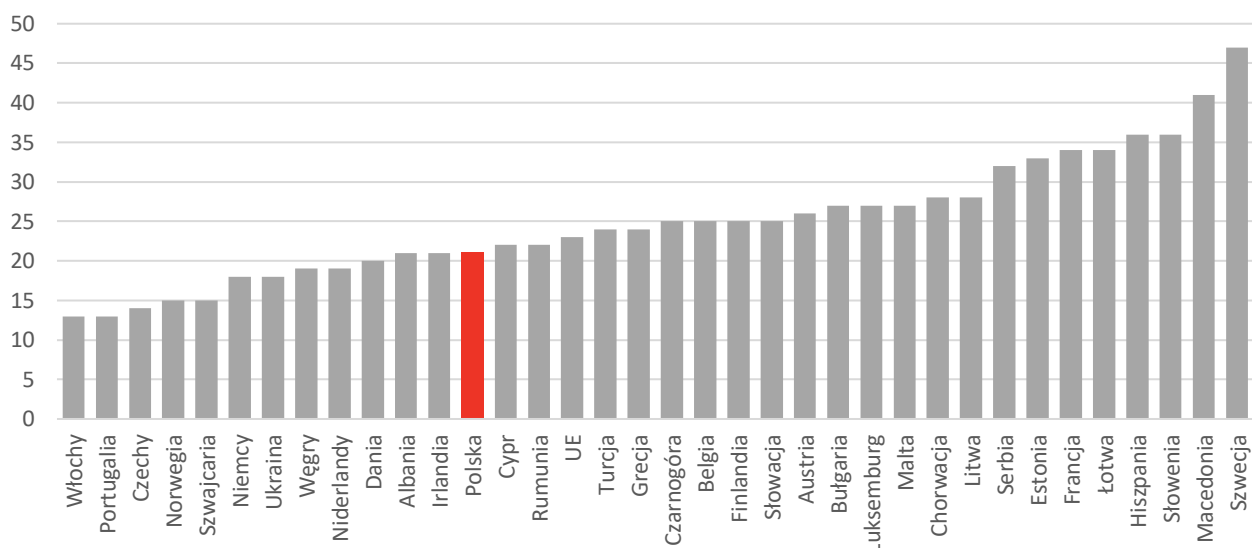
oraz kwestiami zdrowotnymi. Międzynarodowe badania (Kopasker D et al., 2018) jeszcze silniej wskazują, że lęk przed utratą pracy jest główną determinantą stanu zdrowia psychicznego.

Dodatkowo wytworzona jest na rynku pracy swego rodzaju spirala, gdzie lęk przed utratą pracy może być spowodowany złym stanem zdrowia, w tym stanem psychicznym (Sęczkowska, 2019), a jednocześnie ten sam lęk pogarsza nasz stan mentalny.

Lęk przed utratą pracy silnie wpływa na nasz stan zdrowia psychicznego

Bardzo ciekawych informacji na temat warunków pracy dostarcza z pozoru mało zróżnicowany Wykres 4. Mamy bowiem do czynienia z sytuacją, gdzie udział państw z pozytywną odpowiedzią na postawione pytanie: „Czy uważa Pan(i), że Pana(-i) zdrowie lub bezpieczeństwo jest narażone na szwank z uwagi na wykonywaną przez Pana(-ią) pracę?” wynosi średnio 25%. Polska znajduje się poniżej średniej dla wszystkich wyszczególnionych na wykresie państw, ale także poniżej średniej dla UE. Z uwagi na dość zaskakujący brak korelacji z poprzednimi danymi, można te dane interpretować nie tylko w kategoriach rzeczywistego zagrożenia dla bezpieczeństwa respondentów, ale również jako niski poziom świadomości pracowników na temat potencjalnego wpływu pracy na ich stan zdrowia. Być może pokutuje w Polkach i Polakach przekonanie, że zagrożeniem dla naszego zdrowia jest „namacalna” choroba, najczęściej powiązana z fizycznym aspektem wykonywania pracy (Hartvigsen, 2001). Potwierdzenia tej tezy możemy się doszukać także w tym, że ponad 60% Polaków uważa, że praca nie wpływa na stan ich zdrowia. Dla porównania ¼ z nas uważa z kolei, że ma wpływ i to negatywny.

Wykres 4. Odsetek osób twierdzących, że praca naraża ich na utratę zdrowia lub niebezpieczeństwo.



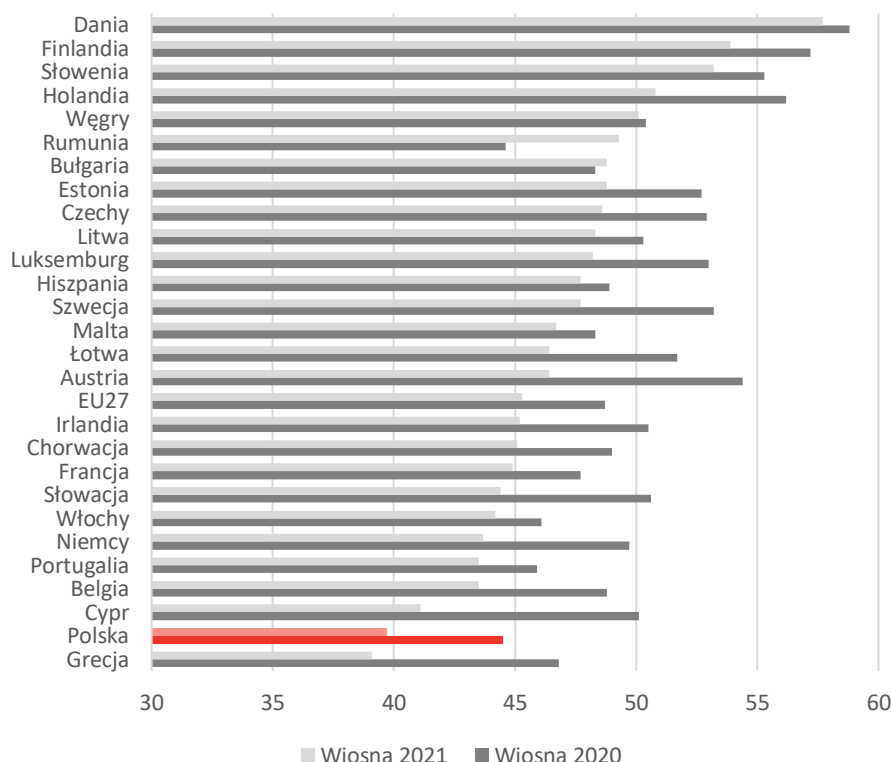
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurofound. Kolorem czerwonym zaznaczono Polskę.

3. PANDEMIA DOTKNĘŁA WSZYSTKICH

W poprzednim rozdziale wskazaliśmy silne powiązanie lęku przed utratą pracy ze zdrowiem psychicznym pracowników. Dodatkowo liczne badania w literaturze przedmiotu potwierdzają również, że konsekwencją, jaką jest utrata pracy, tj. brak środków finansowych prowadzą do silnych reakcji psychosomatycznych (Patel V et al. 2018). Silne zróżnicowanie dochodów z kolei wpływa ponownie na pogorszenie stanu zdrowia psychicznego.

Wszystkie te zjawiska nasiliły się w sposób niespotykany dotąd w historii w czasie pandemii koronawirusa. Od marca 2020 r. przez blisko ponad pół roku Polacy byli zamknięci w domach, a gospodarka praktycznie zamarła. Siła, z jaką uderzyła w Polskę, Europę i świat pandemia będzie odczuwalna przez wiele lat. Wszelkie prognozy gospodarcze, najważniejszych międzynarodowych instytucji gospodarczych wskazują, że potencjał gospodarek zostanie odbudowany już w 2021 r. Nie ma wątpliwości, że gospodarczo jesteśmy w stanie wyjść z kryzysu silniejsi, ale konsekwencje społeczne, w tym dla zdrowia psychicznego będą rozciągnięte na wiele lat. Jak wskazuje Tan et al. (2020) skutki psychologiczne samego przebywania na kwarantannie mogą być rozciągnięte do 3 lat po ustąpieniu epidemii. Badacze już w tej chwili szacują, że ilość samobójstw na świecie, z powodu utraty pracy przez Covid może być w skali roku wyższa o blisko 10 tys. (Kawohl W. et al., 2020).

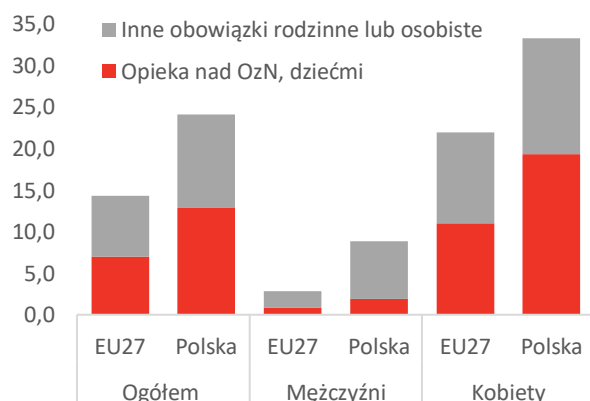
Wykres 5. Poziom indeksu WHO-5 w państwach UE (w pkt.), wiosną 2020 oraz 2021 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurofound. Kolorem czerwonym zaznaczono Polskę.

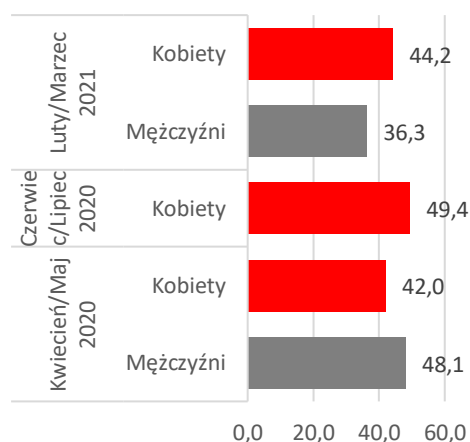
Negatywne skutki pandemii dla zdrowia psychicznego są widoczne w badaniach przeprowadzonych przez Eurofound. Na podstawie indeksu WHO-5 opisującego samopoczucie w skali od 0-5 stworzono wskaźnik przyjmujący wartości od 0 do 100. Wartości równe lub niższe 50 uznaje się za ryzyko popadnięcia w depresję. Przytoczone badania są o tyle istotne, ponieważ badają okresy obejmujące czas pierwszej fali pandemii oraz czasy gdy obostrzenia w Europie były znoszone i ponownie

Wykres 6. Udział osób nieaktywnych zawodowo z powodów rodzinnych lub opiekuńczych wśród wszystkich osób nieaktywnych w Polsce oraz EU27, w 2020 r. (w %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostat LFS

Wykres 7. Indeks WHO-5 w podziale na płeć w Polsce w 3 turach badania (w pkt.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurofound. W drugiej turze brak danych dla mężczyzn – zbyt mała próba

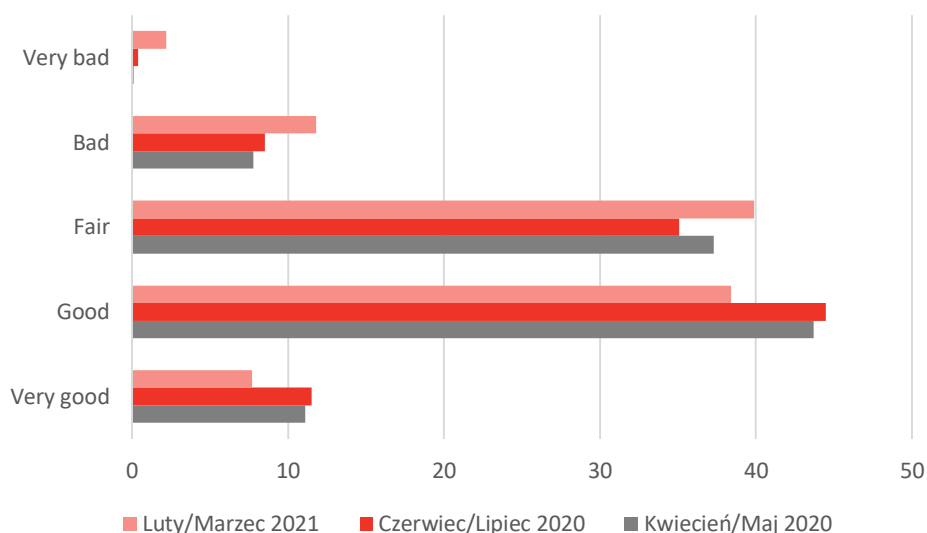
wprowadzane. Intuicyjnie należałoby zatem oczekiwać, że stan mentalny Polek i Polaków i innych nacji będzie w czasie ulegał poprawie. Ludzie adaptują się do rzeczywistości i nie wywołuje ona już takiego szoku. Okazuje się jednak, że tylko w przypadku Bułgarii i Rumunii wystąpiła poprawa wskaźnika między drugim kwartałem 2020 r. a wczesną wiosną 2021 r. Na 27 przebadanych państw jedynie 5 odnotowuje wskaźnik powyżej 50 pkt. Polska w tym zestawieniu jest w tyle ogona. Polki i Polacy swoje samopoczucie oceniają na poziomie 39,7 pkt., co jest drugim najniższym wynikiem zaraz za Grecją. Skala spadku w ciągu roku pokazuje również, że mimo zasadniczej poprawy sytuacji gospodarczej stan mentalny Polek i Polaków ulega pogorszeniu. Decydujący wpływ na bardzo niski wynik w przypadku Polski ma bardzo niska samoocena stanu zadowolenia z życia kobiet – 36,3 pkt. Ma to związek ze strukturą zatrudnienia kobiet – większa ekspozycja na skutki pandemii branż, gdzie kobiety są dominujące – usługi, edukacja i hotelarstwo. Dodatkowo to właśnie kobiety wykonują w przeważającej części nieodpłatnie pracę związaną z obowiązkami domowymi, a stan epidemii pogłębił ten problem (Power, 2020). Zgodnie z danymi Eurostat ponad 33% wszystkich nieaktywnych zawodowo Polek jest nieaktywna w związku z obowiązkami domowymi lub koniecznością opieki nad osobami zależnymi. To wynik ponad 11 pp. wyższy niż średnio w całej Unii Europejskiej.

Kobiety w Polsce są zdecydowanie bardziej narażone na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania

Skutki tego zróżnicowania będziemy odczuwać w Polsce jeszcze przez długie lata. Odpowiedzią na konsekwencje zmian społecznych powinna być przemyślana interwencja na rynku pracy, w szczególności nastawiona na aktywne włączenie społeczne.

Badanie Eurofound dostarcza również informacji o subiektywnej ocenie stanu zdrowia respondentów.

Wykres 8. Pięciostopniowa ocena stanu zdrowia Polaków między kwietniem 2020 r. a marcem 2021, w %



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurofound

Fakt, że Polacy wraz z upływem czasu od wybuchu pandemii oceniają co raz gorzej swój stan zdrowia nie jest zaskoczeniem. O ile pierwsza fala nie przyniosła negatywnych ocen stanu zdrowia, odsetek tych pozytywnych przekraczał łącznie 55%, a po doliczeniu odpowiedzi o umiarkowanej ocenie odsetek wzrasta do ponad 92%. Luzowanie obostrzeń (czerwiec/lipiec 2020) to z kolei wyraźne wskazanie, że ocena stanu zdrowia przeprowadzona przez Eurofound ma charakter subiektywnej oceny własnego

samopoczucia. Widoczny jest trend wzrostowy w kategoriach pozytywnych ocen. Trzecia fala to z kolei namacalny sygnał, że Polacy są już zmęczeni pandemią – wyraźnie wzrasta odsetek osób oceniających bardzo źle swoje zdrowie. Ta swoista sezonowość może mieć jeszcze inne podłoże. Na przytoczone w poprzednich rozdziałach argumenty dotyczące stresu oraz lęku przed utratą pracy nałożyło się również załamanie się służby zdrowia. Spowodowało to wyraźne odroczenie planowanych wizyt u specjalistów, zabiegów i operacji. Ponad 1/5 Europejczyków nie odbyła zaplanowanego leczenia lub wizyty u lekarza podczas pandemii, z czego 20% dotyczyło wizyt u psychologa i psychiatry (Eurofound, 2021). 2020 rok przyniósł ponad 90 tys. nadmiarowych zgonów w Polsce. Częściowo są to zgony spowodowane wirusem SARS-CoV2, ale też przypadki spowodowane niewydolnością służby zdrowia w czasie pandemii.

4. KONSEKWENCJE POGARSZAJĄCEGO SIĘ STANU ZDROWIA

Konsekwencje pogarszającego się stanu zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego mogą być rozpatrywane w wielu aspektach – obciążenia społecznego, kosztu dla gospodarki, obciążeń budżetowych, czy w końcu konsekwencji dla rynku pracy. O ile polityka danego państwa nakierowana jest przeważnie na niwelowanie kosztów bezpośrednich pogarszającego się stanu zdrowia obywateli, tj. zwiększonych wydatków na służbę zdrowia oraz system świadczeń społecznych (świadczenia dla osób z niepełnosprawnościami). To z punktu widzenia pracodawców możemy mówić o kosztach pośrednich chorób o podłożu psychologicznym. OECD (2012) wskazuje, że większość osób z chorobami i zaburzeniami psychologicznymi jest aktywna na rynku pracy. Tym samym pracodawcy zmagają się ze zmniejszoną produktywnością (utraconą korzyścią) przedsiębiorstwa w związku z dwoma zjawiskami występującymi co raz częściej na rynku pracy w Polsce, tj. absenteizmem oraz prezenteizmem.

Z koniecznością utrzymania odpowiedniego poziomu produktywności pracowników, przy jednoczesnych zmianach demograficznych, nierozzerwalnie wiąże się zapewnienie pracownikom odpowiedniej profilaktyki i opieki medycznej. Literatura przedmiotu wskazuje, że głównymi kanałami oddziaływania zwiększonych wydatków na opiekę zdrowotną jest zwiększenie produktywności pracowników oraz zmiana skali zatrudnienia (Andren, Palmer 2001; Bartel, Taubman 1979; Bloom et al. 2002). Zdrowie pracownika z punktu widzenia jednostkowego wpływa na poprawę efektywności pracy, poprzez zwiększenie możliwości fizycznych, tj. siła i wytrzymałość, jak również poprzez zwiększenie zdolności kognitywnych (Bloom 2005). Literatura przedmiotu wskazuje także na pozytywną zależność między stanem zdrowia, a produktywnością bez znaczenia na stopień wykształcenia pracownika. Ponadto szacunki przeprowadzone przez Bloom'a i Canning'a (2005) wskazują, że zwiększenie o jeden pkt. proc. wskaźnika przeżywalności wśród dorosłych zwiększa produktywność pracy o około 2,8%. Z kolei Weil (2001) w swoich badaniach dochodzi do podobnego wniosku, jednak oszacowana skala poprawy stanu zdrowia pracowników wpływa, wg jego estymacji, na zwiększenie wydajności pracy o około 1,7%.

4.1 ABSENTEIZM I PREZENTEIZM

Brak pracownika z powodu choroby w literaturze przedmiotu, w tym polskojęzycznej zwykło się nazywać absenteizmem (ang: absent). Przez długi czas w ekonomii absenteizm był uważany za bardzo ważny czynnik wpływający na produktywność (Johns, 2010). Z kolei koncepcja prezenteizmu jest relatywnie świeża, a jak wskazuje Lim et al. (2000), czy Hilton et al. (2008) utrata produktywności

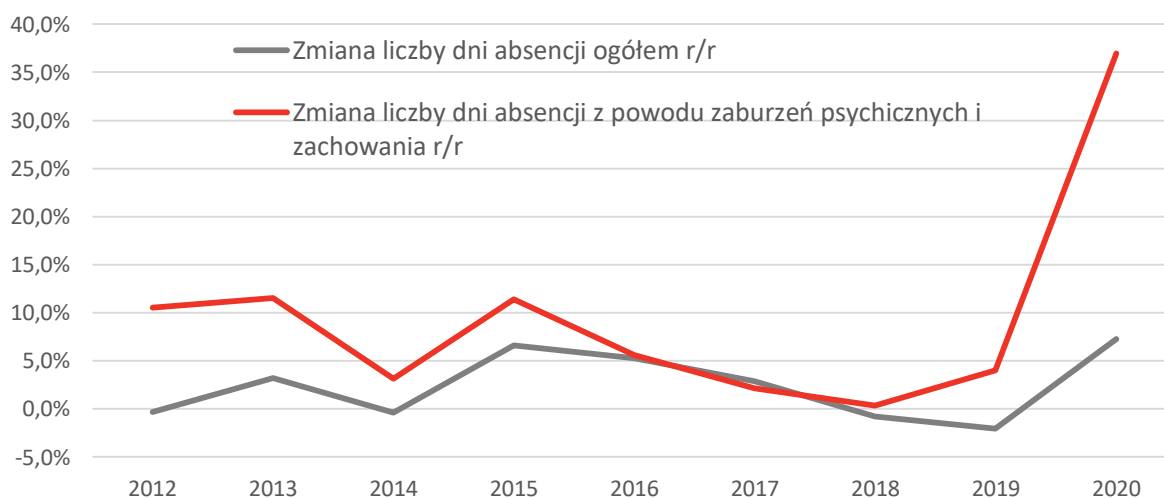
przedsiębiorstwa może być wyższa w przypadku prezenteizmu, z uwagi na wykonywanie pracy przez pracowników z zaburzeniami psychicznymi.

Część literatury sugeruje, że utrata produktywności w związku z ww. zjawiskami jest zróżnicowana pomiędzy różne branże (Darr and Johns, 2008), (Kessler and Frank 1997). Z kolei Bubonya et al. (2016) dowodzą, że poczucie bezpieczeństwa oraz złożoność pracy mają umiarkowany wpływ na nieobecność w pracy z powodu stanu psychicznego pracowników. Dużo większy wpływ na potencjalny brak pracownika mają warunki pracy, co potwierdza słuszność wniosków zawartych rozdziale 2.2.

19 dni – tyle wynosi średnia długość zwolnienia lekarskiego wystawionego z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania

Zjawisko absenteizmu w polskiej statystyce jest bardzo szczegółowo opisane. W 2020 r. statystyki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wskazują, że Polacy przebywali łącznie ponad 256 mln dni na zwolnieniu (~680 tys. lat), a średni czas trwania zwolnienia to 12,3 dnia. Same liczby niewiele mówią, istotna wydaje się tendencja, którą podąża liczba dni nieobecności w pracy. Od 2012 r. o 24% wzrosła liczba dni spędzonych na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby własnej. W tym samym czasie liczba dni spędzonych na zwolnieniu z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wzrosła o 97%.

Wykres 9. Dynamika zmian liczby dni absencji chorobowej ogółem oraz zaburzeń psychicznych i zachowania w latach 2012 – 2020.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS

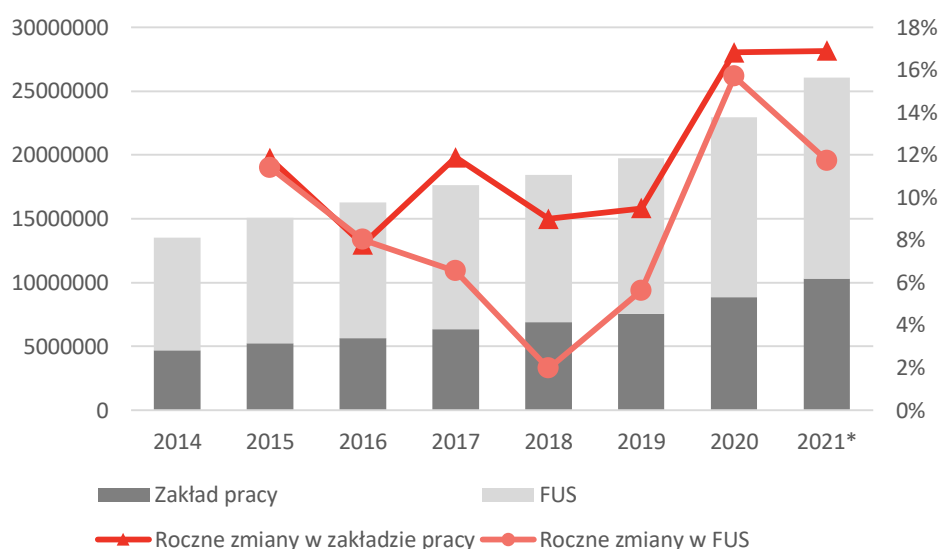
W omawianym okresie jedynie w 2017 r. dynamika zmian liczby dni absencji z powodu zaburzeń psychicznych była niższa niż absencji ogółem. Miniony rok to skokowy przyrost liczby dni spędzonych na zwolnieniu z powodu choroby. Wzrósł również skokowo średni okres trwania absencji z powodu zaburzeń psychicznych. O ile w latach poprzednich przeciętna długość trwania zwolnienia z tej przyczyny oscylowała przy poziomie 17 dni, tak w 2020 r. wynosiła już ponad 19. Jest to jednocześnie o blisko tydzień dłużej niż przeciętny czas trwania L4 ogółem. Zdecydowanie częściej ze świadczenia chorobowego z tytułu zaburzeń korzystają kobiety. Różnice do mężczyzn z upływem lat się zwiększają, i tak w 2020 r. blisko 64% wszystkich zwolnień z omawianego powodu dotyczyło właśnie kobiet. Stawia

10 mld zł – tyle rocznie tracą pracodawcy z powodu absencji chorobowej swoich pracowników

to kobiety w pozycji grup najbardziej zagrożonych i narażonych na choroby psychiczne w polskim społeczeństwie.

O tym, że Polki i Polacy mają problemy natury mentalnej, świadczą również dane o wydatkach na świadczenia chorobowe. A te rosną dwukrotnie szybciej niż wydatki ogółem. W 2020 r. na wszystkie świadczenia chorobowe wydano blisko 23 mld zł, co stanowi blisko 1% PKB Polski. Z tej kwoty 60% to wydatki samego Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Oznacza to, że tylko w minionym roku pracodawcy stracili z powodu absenteizmu pracowników blisko 9 mld zł. Szacunki na 2021 r. pokazują, że wydatki po stronie pracodawców mogą przekroczyć granicę 10 mld zł.

Wykres 9. Kwoty wypłat z FUS oraz z kasy pracodawcy z tytułu zasiłków chorobowych, w latach 2014-2021 (w tys. zł, lewa oś) oraz roczna dynamika zmian sumy wypłat (w %, prawa oś)

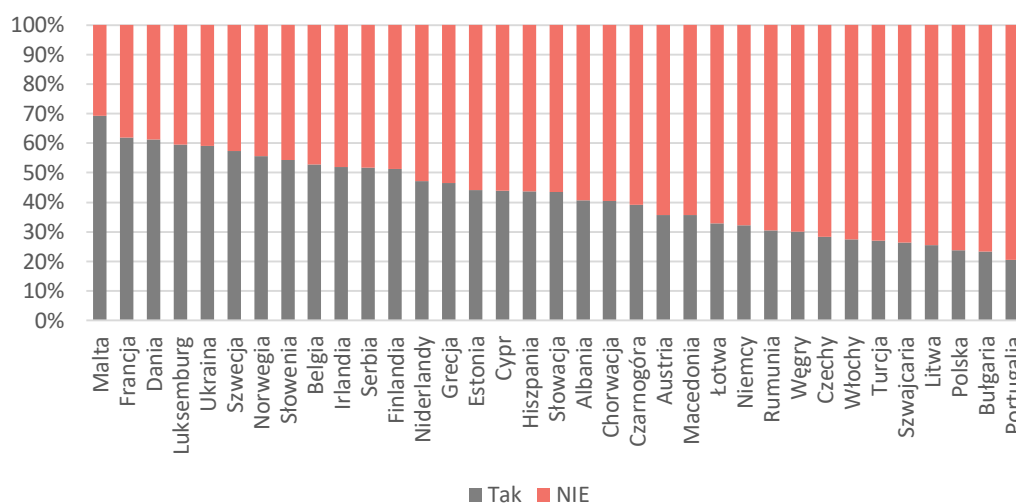


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS *szacunki własne na podstawie historycznych zmian.

Nie ulega wątpliwości, absenteizm jest powszechny wśród pracowników i wpływa negatywnie na przychody przedsiębiorstw. Niezależnie od tego należy wskazać, że zaświadczenie lekarskie o chorobie od lekarza psychiatry jest często wystawiane w sprzeczności z rzeczywistą kondycją pacjenta. Jest też jednocześnie najtrudniejsze do zakwestionowania przez lekarzy orzeczników ZUS. Nie zmienia to jednak faktu, że chęć „ucieczki” na zwolnienie czy to z powodu rzeczywistej choroby, czy też z innych mniej medycznych pobudek jest wynikiem złych warunków lub atmosfery pracy u pracodawcy. To czego nie widać dodatkowo w statystykach ZUS uwidacznia się w pracy Małgorzaty Pęciło (2015), która przeprowadziła badanie panelowe pracowników. Wynika z niego że skala absenteizmu ma swoją szarą strefę. 15% Polek i Polaków mimo tego, że są chorzy i powinni przebywać na zwolnieniu lekarskim wykorzystuje w to miejsce należytny urlop.

Być może dlatego zjawisko prezenteizmu w Polsce nie jest zbyt rozpowszechnione. Być może też grają rolę czynniki zewnętrzne, takie jak ciągła stygmatyzacja i bagatelizowanie problemów związanych ze stresem i niechęć pracowników do dzielenia się taką informacją z otoczeniem. OECD (2012) w swoich badaniach wyraźnie pokazuje, że o ile prezenteizm dotyczy średnio 36% pracowników, to wśród osób ze znacznymi zaburzeniami odsetek ten sięga już 86%, a wśród osób z umiarkowanymi zaburzeniami, w pracy mimo choroby pojawia się 63% pracowników.

Wykres 10. Rozkład odpowiedzi na pytanie o wykonywanie pracy podczas choroby (prezenteizm), w wybranych państwach Europy, w %.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurofound

Jak wskazują badania Eurobarometru¹ przeprowadzone w 2005 r. utrata produktywności dotyczy większości pracowników z zaburzeniami psychicznymi. 28% pracowników z poważnymi zaburzeniami opuściło przynajmniej jeden dzień pracy, 56% zrobiło w pracy mniej niż zwykle, a 67% pracowało mniej uważnie. Dla umiarkowanych zaburzeń wyniki są dwukrotnie niższe. Dla grupy respondentów bez zaburzeń wyniki oscylują w granicach 10%.

Pracujący chorzy pracują mniej dokładnie i mniej niż zwykle

Trzeba jednak dodać, że prezenteizm to bardzo trudnomierzalne zjawisko. Źródłem o skali przychodzenia do pracy podczas choroby jest przytaczane już w tej analizie europejskie badanie warunków pracy, wykonane przez Eurofound.

Na tle Europy, Polska z wynikiem 23,7% osób odpowiadających twierdząco na pytanie czy pracował Pan/Pani podczas choroby wypada bardzo dobrze na tle państw Unii. Pandemia jednak może wprowadzić w tym aspekcie dość duże przetasowania. Zmiana sposobu wykonywania pracy ze stacjonarnej na zdalną zatarła wyraźną granicę między życiem zawodowym i prywatnym. Europa dostrzega ten problem i jego negatywny wpływ na samopoczucie pracowników. Dlatego też Komisja Europejska zintensyfikowała pracę nad prawem pracowników do tzw. „wyłączenia się”, tj. nie wykonywania pracy w domu poza wyznaczonymi godzinami.

5. PODSUMOWANIE

Polscy pracownicy mają poważne problemy ze zdrowiem. Potwierdzają to zarówno dane międzynarodowe, jak również rodzima statystyka dotycząca absencji. Z roku na rok jest również co raz gorzej. Miejsce pracy jako jeden z głównych czynników stymulujący powstawanie problemów ze zdrowiem psychicznym jest poważnym wyzwaniem dla pracodawców oraz polityków. Na tych drugich, nie możemy jednak zapominać, spoczywa jeszcze jeden istotny element całej układanki – służba zdrowia. To właśnie przez brak dostępu do specjalistów problemy ze zdrowiem Polaków nawarstwiają

¹ Standard Eurobarometer 63 - Spring 2005

się przynosząc co raz to większe konsekwencje i obciążenia dla społeczeństwa i gospodarki. Wystarczy przytoczyć dane OECD, które stawiają Polskę na szarym końcu w kwestii ilości lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców. Na 1 lekarza w Polsce, w 2017 r. przypadało średnio 416 osób, podczas gdy w Austrii – liderze rankingu – takich osób jest 185.

Kolejnym problemem wyływającym z powyższego opracowania jest niska świadomość Polek i Polaków na temat zagrożeń zdrowia psychicznego. O ile choroby ciała nie są tak deprecjonowane, to nadal w Polsce występuje stygmatyzacja problemów psychologicznych i ogólne poczucie wstydu społecznego przed wizytą u psychologa, czy psychiatry.

Powiedzmy sobie szczerze, że pracodawcy nie zastąpią częściowo systemu opieki zdrowotnej w walce o lepsze i spokojniejsze życie pracowników, ale mogą być znaczną częścią systemu profilaktyki.

Z racji niewielkich szans na szeroką dostępność do darmowej porady psychologicznej w Polsce, należałoby rozważyć profilaktyczne badania w ramach medycyny pracy. Przede wszystkim wymusiłoby to na Polkach i Polakach przewalczenie wstydu rozmowy z psychologiem, a jednocześnie stanowiłoby element zapobiegania występowaniu poważniejszych schorzeń natury psychiatrycznej. Jako konsekwencja takiego działania pracodawcy doświadczaliby zmniejszenia skali tzw. utraconych korzyści. Zaproponowane rozwiązanie wpisuje się także w rekomendacje jakie daje OECD (2012) dla państw zrzeszonych a dotyczącą jak najwcześniejszej diagnozy osób z zaburzeniami.

Drugim rozwiązaniem, jakie można byłoby wprowadzić w przedsiębiorstwach małych, średnich i dużych² jest poszerzenie kwestionariusza kontroli zarządczej lub samooceny o pytania dotyczące samopoczucia czy zdrowia psychicznego. Pewnym wzorem dla pracodawców i gotowym rozwiązaniem mógłby być zestaw wystandaryzowanych pięciu pytań opracowany przez Międzynarodową Organizację Zdrowia. Pozwoliłoby to pracodawcy na ocenę skali prezenteizmu, a w konsekwencji absenteizmu w pracy. Przy dobrze i mądrze zarządzanych przedsiębiorstwach wydaje się, że mogłoby to spowodować podjęcie działań prewencyjnych.

Zgodnie z danymi WHO to kobiety są ponad dwukrotnie bardziej narażone na ryzyko zaburzeń natury psychologicznej. Przykład Polski nie odbiega od międzynarodowego trendu – Polek dosięgają w co raz większym stopniu problemy natury psychologicznej. Przy czym poważny problem stanowią osoby będące poza rynkiem pracy – nieaktywne zawodowo. W obecnej sytuacji demograficznej Polski, zasoby te należy uznać za utracony potencjał. Jak argumentujemy powyżej obciążenia związane z obowiązkami domowymi i opieką nad bliskim odciskają swoje piętno na zdrowiu psychicznym Polek, powodując stopniowe wycofywanie społeczne, a w konsekwencji niemożność powrotu na rynek pracy jako osoby pozbawione obciążeń przeszłości.

Wydaje się, że jedynym rozwiązaniem jest odpowiednia, kompleksowa interwencja decydentów na tym polu. Przede wszystkim nastawiona na dotarcie z interwencją do biernych zawodowo kobiet. Takim naturalnym miejscem, które mogłoby zapewnić szeroki dostęp do pomocy są powiatowe urzędy pracy³. W końcu mówimy o utraconym potencjale na rynku pracy. Przy czym w obecnym stanie prawnym powiatowe urzędy pracy zajmują się osobami, które nie chcą znaleźć pracy, a jedynie rejestrują się w celu uzyskania odpowiedniego tytułu do ubezpieczenia, co z kolei obciąża pracą same urzędy, ponieważ niezależnie od intencji bezrobotnego urząd musi przejść całą procedurę pomocy takiej osobie.

² Z uwagi na brak zapewnienia anonimowości wykluczono z grona firmy zatrudniające do 9 pracowników.

³ Drugim takim miejscem są domy pomocy społecznej, ale przez negatywny społecznie odbiór tych placówek mogłyby się nie cieszyć zainteresowaniem osób biernych zawodowo.

1. Andren D., Palmer E. (2001), The effect of sickness on earnings, Working Papers in Economics No 45, Gothenburg University, 2001.
2. Bartel A. Taubman P. (1979), Health and labour market success: the role of various diseases, *The Review of Economics and Statistics*, 61(1), 1979.
3. Bloom D., Canning D. (2005), Health and Economic Growth: Reconciling the Micro and Macro Evidence, Harvard School of Public Health, 2005
4. Bloom D., Canning D., Sevilla J. (2002), Health, worker productivity, and economic growth, CDRL Working papers no. 42, Stanford University, 2002
5. Brouwer W.B., Koopmanschap M.A., Rutten F.F. (1997), Productivity costs in cost-effectiveness analysis: numerator or denominator: a further discussion *Health Econ*, 6, pp. 511-514
6. Chirkowska-Smolak T., Grobelny J. (2015), *Przemiany współczesnego rynku pracy – w stronę niepewności, Człowiek na rynku pracy. Wyzwania i zagrożenia*, Wydawnictwo Libron, Kraków 2015.
7. Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 (Update April 2021): Mental health and trust decline across EU as pandemic enters another year*
8. Ezoe S., Morimoto K., (1994) Behavioral lifestyle and mental health status of Japanese factory workers. "Preventive Medicine" 23, 1994, 98-105
9. J. Hartvigsen, Bakketeig L., Leboeuf-Yde C., et al. (2001) The association between physical workload and low back pain clouded by the "healthy worker" effect. *Spine.*, 26(16):1788–1792.
10. Johns G.. (2010), Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior* 31(4): 519-42
11. Kate Power (2020) The COVID-19 pandemic has increased the care burden of women and families, *Sustainability: Science, Practice and Policy*, 16:1, 67-73
12. Kawohl W, Nordt C (2020) COVID-19, unemployment, and suicide. *Lancet Psychiatry* 7(5):389–390,
13. Kopasker D, Montagna C, Bender KA (2018) Economic insecurity: a socioeconomic determinant of mental health. *SSM Popul Health* 6:184–194,
14. OECD (2012), *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, Mental Health and Work, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>,
15. Ong S. G., Fung S. C., Chow S. P., Kleevers J. W. (1982) A study of major factors associated with severe occupational hand injury in Hong Kong Island. "Journal of Social and Occupational Medicine" 32, 1982, 82-88
16. Patel V, Burns JK, Dhingra M, Tarver L, Kohrt BA, Lund C (2018) Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry* 17(1):76–89
17. Pęciło M. (2015), Selected aspects of absence at work and workrelated health problems in Polish enterprises, *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 21:3, 268-275, DOI: 10.1080/10803548.2015.1081768
18. Sęczkowska K. (2019), *Lęk przed utratą pracy a problemy psychosomatyczne człowieka*, Uniwersytet Jagielloński, Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej, E-wydanie, ISSN 2657-7402 (online),
19. Sparks K., Cooper C., Fried Y., Shirom A. (1997) , The effects of hours of work on health: A meta-analytic review. "Journal of Occupational and Organizational Psychology" 70, 1997, 391-408

20. Tan BYQ, Chew NWS, Lee GKH, Jing M, Goh Y, Leo YYY, et al. Psychological impact of COVID-19 Pandemic on health care workers in Singapore, *Ann. Intern. Med.* 2020 Apr 6:M20-1083. doi: 10.7326/M20-1083.
21. Weil D. (2001) *Accounting for Effect of Health on Economic Growth* Brown Iniversity, Providence, RI Processed, 2001