



Krzysztof Puchalski  
Elżbieta Korzeniowska

## PROMOCJA ZDROWIA W ZAKŁADACH PRACY W POLSCE W 2015 R. – DIAGNOZA NA PODSTAWIE REPREZENTATYWNEGO BADANIA FIRM ZATRUDNIAJĄCYCH POWYŻEJ 50 PRACOWNIKÓW

WORKPLACE HEALTH PROMOTION IN POLAND IN 2015 – DIAGNOSIS BASED ON A REPRESENTATIVE SURVEY  
OF COMPANIES EMPLOYING MORE THAN 50 EMPLOYEES

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera / Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź, Poland  
Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy / National Center for Workplace Health Promotion

### STRESZCZENIE

**Wstęp:** Zbadano aktywność przedsiębiorstw w Polsce w zakresie promocji zdrowia pracowników. Ustalono, jak dużo firm i jakie nieobligatoryjne działania prozdrowotne podejmowało, jakie były powody i jakie przeszkody w ich realizacji, czy firmy monitorowały swoją aktywność i co oceniały, jak motywowały personel do dbania o zdrowie, czy wielkość i kondycja ekonomiczna firm różnicowała ich aktywność. **Materiał i metody:** Reprezentatywne badanie 1000 firm zatrudniających > 50 pracowników. Wywiady telefoniczne ze wspomaganiami komputerowym (computer assisted telephone interviewing – CATI) z reprezentantami zarządów (listopad–grudzień 2015 r.). **Wyniki:** Co drugie przedsiębiorstwo podejmowało nienakazane prawem działania na rzecz zdrowia pracowników. Najczęściej oferowały opiekę medyczną, wspierały aktywność fizyczną, dbały o środowisko pracy bardziej, niż wymagają przepisy. Robiły to, żeby budować swój dobry wizerunek, poprawiać produktywność i ograniczać koszty. Znaczenie miały też: tradycja takich działań w firmie, osobiste nastawienie pracodawcy i chęć wzmocnienia vitalności pracowników. Mimo dobrej kondycji ekonomicznej firm podstawową przeszkodą w działaniach był niedobór środków finansowych. Do utrudnień należały też: niedostatek zachęt ze strony państwa, zaabsorbowanie kadry zarządzającej, brak wiedzy o korzyściach z promocji zdrowia i dobrej oferty usług prozdrowotnych. Niewiele firm motywowało pracowników do promocji zdrowia i prowadziło jej ewaluację. **Wnioski:** Rozwój promocji zdrowia w firmach wymaga popularyzowania korzyści z nią związanych wśród pracodawców, szkolenia pracowników działu kadr i zasobów ludzkich (human resources – HR) oraz bezpieczeństwa i higieny pracy (bhp) w zarządzaniu projektami prozdrowotnymi, wdrożenia systemowych ulg i prestiżowych wyróżnień dla firm promujących zdrowie, wzmocnienia naukowych badań uwarunkowań i skuteczności działań prozdrowotnych w przedsiębiorstwach. Istotna jest tu rola państwa we współpracy z podmiotami zaangażowanymi w te obszary aktywności. Med. Pr. 2017;68(2):229–246

**Słowa kluczowe:** promocja zdrowia w zakładzie pracy, program wellness, kapitał ludzki, ewaluacja, społeczna odpowiedzialność przedsiębiorstw, aktywność fizyczna

### ABSTRACT

**Background:** The workplace health promotion (WHP) activity of enterprises in Poland was examined. The findings referred to how many companies implemented non-obligatory actions for health and what actions were taken, what were the reasons and obstacles in the implementation, whether companies evaluated their activity, how they motivated staff to WHP, and whether the size and economic standing differentiated their activity. **Material and Methods:** Representative survey, consisted of computer assisted telephone interviews with delegates of the boards of 1000 companies employing > 50 employees, held in November–December 2015. **Results:** Every second company undertook voluntary actions for workers health. Most often they offered medical care, supported physical activity and took care about the work environment in a higher range than required by binding regulations. They promoted health to build company's good image, improve productivity and reduce costs. The tradition of WHP in the company, attitudes of employers and intention to boost the vitality of employees also played a role. Despite good financial standing of companies, the shortage of funds was the main barrier in the implementation of WHP activities. Other impediments, such as lack of sufficient state incentives, workload of the management staff, lack of knowledge about WHP benefits and lack of good pro-health services were observed as well. Few companies motivated employees to WHP and carried out its evaluation. **Conclusions:** The development of WHP requires dissemination of its benefits among employers, human resources and safety personnel trainings in WHP management, implementation of the system of relief and prestigious awards for active companies, increase in the number and scope of research works on WHP conditions and effectiveness. Crucial herein is the role of the state in cooperation with other major WHP actors. Med Pr 2017;68(2):229–246

**Key words:** workplace health promotion, wellness program, human resources, evaluation, corporate social responsibility, physical activity

Autor do korespondencji / Corresponding author: Krzysztof Puchalski, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź, e-mail: krzysztof.puchalski@imp.lodz.pl  
Nadesłano: 12 lipca 2016, zatwierdzono: 30 sierpnia 2016

## WSTĘP

Działania podejmowane w imieniu pracodawcy na rzecz zdrowia pracowników można podzielić na obligatoryjne oraz nieobligatoryjne. Pierwsze z wymienionych, określone w aktach prawnych, dotyczą głównie ochrony zdrowia przed ryzykiem płynącym ze środowiska pracy lub sposobu jej wykonywania [1]. Obejmują także profilaktykę innych czynników ryzyka, istotnych dla zdrowia publicznego (np. palenia tytoniu i używania alkoholu), w której ustawodawca powierzył określoną rolę zakładom pracy [2]. Drugi typ aktywności wynika nie tyle z woli ustawodawcy, ile decyzji pracodawcy. Może on obejmować następujące działania:

- w obszarze obligacji prawnych, ale idące dalej niż nakazują przepisy (np. doskonalenie warunków socjalnych i ergonomicznych ponad obowiązujące normy);
- próby zarządzania tymi czynnikami ryzyka związanego z pracą (np. stresem), których charakterystyki lub wartości nie zostały wyznaczone w aktach normatywnych;
- ułatwianie (np. sponsorowanie, organizowanie) pracownikom dostępu do usług medycznych spoza powszechnego systemu ubezpieczeń (np. porad lekarzy specjalistów, zabiegów fizjoterapii);
- wsparcie zdrowego stylu życia (np. edukacja zdrowotna, dofinansowanie aktywności sportowej, warsztaty kulinarne);
- różne doraźne akcje prozdrowotne (np. szczepienia przeciwko grypie, pomiary ciśnienia tętniczego, pomoc w zaprzestaniu palenia tytoniu).

Wraz z przemianami w społecznym pojmowaniu zdrowia (w kierunku dobrostanu, jakości życia, vitalności, produktywności) rozszerza się możliwy zakres związanych z nim nieobligatoryjnych działań. Obejmuje on m.in. ułatwienia w godzeniu życia zawodowego i prywatnego, rozwój osobisty pracowników, szeroko ujętą rekreację psychofizyczną czy nawet duchową. Ponadto zmierza nie tylko w kierunku ochrony zdrowia, ale także jego poprawy i umacniania.

Przy wysokiej podaży siły roboczej i w liberalistycznych warunkach gospodarczych pracodawcy mogli traktować zdrowie personelu jako zasób, z którego firma swobodnie czerpie, nie troszcząc się zana-

to o jego zabezpieczenie. Działania prozdrowotne w zakładzie pracy mogły sprowadzać się do tego, co wymusza prawo, i mogły być uznane wyłącznie za obligatoryjne koszty przedsiębiorstwa. Wiele nowych lub nasilających się zjawisk społecznych (m.in. deficyt zasobów ludzkich związany ze starzeniem się społeczeństwa, zmiany profilu gospodarki i form zatrudnienia, nacisk rynku na konkurencyjność, rozwój koncepcji zarządzania akcentujących podmiotowość pracownika i społeczną odpowiedzialność firmy, rosące oczekiwania personelu co do przyjaznych warunków pracy, dostępność ustaleń naukowych na temat ekonomicznej opłacalności programów prozdrowotnych) może jednak podważać zasadność takiej strategii.

W tym kontekście część pracodawców zauważa, że wydatki firmy racjonalnie ukierunkowane na zdrowie mogą nie tylko mieć walor altruistyczny (troska o dobro pracownika, odciążenie niewydolnego systemu medycznego), ale także prowadzić do redukcji kosztów przedsiębiorstwa związanych z absencją, obniżoną produktywnością czy fluktuacją powodowaną złym stanem zdrowia i samopoczucia. Ponadto mogą generować korzyści szersze niż zdrowie i wspomniane oszczędności – m.in. powodować wzrost produktywności personelu i jego identyfikacji z firmą – co wynika nie tylko z poprawy stanu zdrowia, ale też mechanizmów psychospołecznych uruchamianych w związku z dobrze prowadzonym wdrożeniem działań prozdrowotnych. W dodatku mogą być traktowane jako aspekt komunikacji przedsiębiorstwa z otoczeniem, strategii społecznej odpowiedzialności lub tworzenia wizerunku firmy (zewnętrznego, wewnętrznego), konkurencja o pracowników. Korzyści te pozwalają uznać działania prozdrowotne nie tyle za koszt, ile za inwestycję w zasoby firmy, przynoszącą jej zwrot nakładów i inne profity [3,4].

Mimo coraz większej liczby badań, na ogół potwierdzających opłacalność inwestowania w zdrowie pracowników, toczą się spory naukowe na temat wielkości osiągniętych korzyści. Niejednoznaczność szczegółowych ustaleń powoduje, że badacze kierują uwagę na liczne problemy związane z taką oceną. Niektórzy kwestionują jakość danych, na których podstawie szacuje się zwrot z inwestycji, a także adekwatność stosowa-

nych metod pomiaru. Inni w ogóle negują możliwość wypracowania jednoznacznych ustaleń w tym zakresie.

Obecny stan tych dyskusji podsumował O'Donnell (redaktor naczelny *American Journal of Health Promotion*). Zaproponował, żeby pytać nie tyle o to, czy i jak duże korzyści biznesowe mogą przynieść inwestycje w zdrowie w zakładzie pracy, ile o to, jakie działania warto podejmować w firmach i jak je prowadzić, żeby za ich pomocą osiągać największe profity. Przychylił się przy tym do tezy, że ujawniana w niektórych badaniach ewaluacyjnych negatywna ocena korzyści z prozdrowotnych inwestycji wynika albo z analizy powszechnych w praktyce działań o niskiej jakości (m.in. mało wartościowych metod interwencji, nieskutecznych sposobów motywowania do uczestnictwa, niewłaściwych sposobów ich wdrażania), albo z wykorzystania do naukowych pomiarów nie w pełni adekwatnych lub mało rzetelnych danych i metod oceny [5,6].

Istnieje wiele pojęć i koncepcji użytecznych do opisu działań na rzecz zdrowia, które akcentują dobrowolną aktywność pracodawcy oraz inwestycyjne podejście. Wśród szeroko ujmujących temat można wskazać m.in. promocję zdrowia w pracy [4] wywodzącą się z sektora ochrony zdrowia, ale próbującą przełamywać sektorowe granice, a także dobrostan w pracy (*well-being at work*) [7,8], *corporate wellness* [9,10], zarządzanie kulturą bezpieczeństwa [11], psychospołecznymi determinantami zdrowia (wężziej m.in. ryzykiem psychospołecznym [12], stresem [13]) czy równowagę między pracą a życiem prywatnym (*work-life balance*) [14], które bliższe są sektorom bezpieczeństwa pracy oraz zarządzania zasobami ludzkimi. Mają one wiele elementów wspólnych i często różnią się jedynie rozłożeniem akcentów.

W niniejszym artykule przyjęto perspektywę promocji zdrowia w pracy w ujęciu mającym zastosowanie do dużych przedsiębiorstw. W koncepcji tej odróżnia się i traktuje jako swoiste małe oraz duże zakłady pracy [3], zwracając uwagę głównie na odmiennosć sposobów zorganizowania działań i zarządzania nimi w zakładach o różnej wielkości, a także różnice uzasadnień, dlaczego polityka zdrowotna państwa interesuje się jednymi i drugimi podmiotami. Odróżnia się także instytucje realizujące cele publiczne i organizacje biznesowe (firmy, przedsiębiorstwa) [15], akcentując ich odmiennie misje, uwarunkowania i motywacje pracodawców, także potencjalny konflikt biznes–zdrowie.

Koncepcja promocji zdrowia w pracy została szczegółowo przedstawiona w innych miejscach [16,17]. Na potrzeby referowanych dalej badań empirycznych przy-

jęto jej uproszczone, operacyjne rozumienie. Oznacza tu ona wszelkie działania podejmowane w imieniu pracodawcy, które mają służyć ochronie lub wzmocnieniu szeroko rozumianego zdrowia pracowników (w aspekcie fizycznym i psychospołecznym), a jednocześnie wykraczają ponad to, do czego pracodawca jest w tym zakresie zobligowany na mocy prawa (zarówno prawa pracy, jak i aktów dotyczących innych sfer, m.in. regulujących używanie substancji psychoaktywnych). W idealnym ujęciu jest to natomiast zorganizowana i systematyczna interwencja skierowana zarówno na cele zdrowotne, jak i – za ich pośrednictwem – statutowe organizacji. Bazuje na rozpoznaniu potrzeb zdrowotnych, oczekiwaniach pracowników oraz uwarunkowaniach implementacji, angażuje personel do aktywnego uczestnictwa, jest wpisana w normalne struktury i mechanizmy funkcjonowania firmy oraz podlega bieżącej ewaluacji i doskonaleniu.

Nieobligatoryjna promocja zdrowia w zakładach pracy jest przedmiotem uwagi nie tylko części pracodawców, badaczy i dostawców usług prozdrowotnych, ale także polityki zdrowotnej państwa [18]. Pierwotnie była tam traktowana głównie jako narzędzie pozwalające ograniczać występowanie i skutki chorób przewlekłych oraz problemów zdrowotnych związanych z pracą, w tym obciążenia dla budżetu państwa z tytułu obniżonej zdolności do pracy chorych pracowników. Współcześnie jest postrzegana bardziej jako sposób na poprawę jakości życia społeczeństwa, a zwłaszcza – w obliczu starzenia się populacji – podtrzymywanie produktywności i wydłużanie zdolności do pracy. Działania pracodawców są przy tym traktowane jako ich wkład w system ochrony zdrowia. Obecnie w Polsce toczą się dyskusje nad usytuowaniem promocji zdrowia pracujących w szerszym systemie zdrowia publicznego [19].

Niewiele jest aktualnych badań diagnozujących aktywność zakładów pracy w Polsce w obszarze promocji zdrowia, pozwalających na formułowanie naukowo uzasadnionych uogólnień dotyczących terytorium (kraju, regionu), branży lub typu organizacji. Zagadnienia te nie są ujmowane w statystykach publicznych. Dostępne ustalenia ilościowe, oparte na metodach sondażowych, są nieliczne (po 2010 r. zidentyfikowano ich zaledwie kilka) i na ogół dotyczą niejasno określonych, niewielkich, przypadkowo uzyskanych prób. Często też gromadzone są i udostępniane głównie w celach marketingowych, co niestety wpływa na ich rzetelność. Podobna uwaga dotyczy opisów działań prozdrowotnych pojedynczych firm, które na ogół przedstawiane są powierzchownie i w sposób podporządkowany potrzebom reklamowym.

Ostatnie publikowane badanie reprezentatywne (firmy z całej Polski, zatrudniające min. 50 pracowników, odzwierciedlona struktura branży, lokalizacji i liczebności załogi) na temat promocji zdrowia w pracy pochodzi z 2010 r. Zostało przygotowane w Krajowym Centrum Promocji Zdrowia Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera (Łódź) i przeprowadzone w próbie 1002 przedsiębiorstw. Do jego głównych celów należały diagnoza rozpowszechnienia działań z zakresu promocji zdrowia, w tym profilaktyki palenia tytoniu, w średnich i dużych firmach oraz rozpoznanie niektórych uwarunkowań takiej działalności [20].

Z podobnego okresu pochodzą 2 kolejne badania, jednak pozbawione waloru reprezentatywności. Pierwsze z nich, wykorzystujące dane z 200 ankiet zebranych w latach 2009–2011 od reprezentantów różnej wielkości firm (głównie średnich i dużych) z większości województw, dotyczyło problematyki zarządzania stresem. Diagnozowano w nim m.in., czy firmy znają tę ideę, ile z nich wdraża tego typu programy, jakie konkretne działania podejmują w tym celu, czy są one oceniane i co jest przedmiotem oceny [21]. Drugie badanie z 2011 r. miało na celu sprawdzenie, czy zakłady pracy fundujące swoim pracownikom abonamentową opiekę medyczną oferują im jeszcze jakieś formy wsparcia zdrowego stylu życia (w sferze aktywności fizycznej, niepalenia tytoniu, zdrowego odżywiania i radzenia sobie ze stresem) oraz jak to wsparcie jest zorganizowane, czy jest powiązane z polityką i kulturą organizacyjną. Dane uzyskano z ankiet nadesłanych przez 411 zakładów pracy różnej wielkości i branż, korzystających z abonamentów firmy medycznej Lux Med [22].

Nowsze badania podobnych zagadnień pochodzą z lat 2014–2015 (3 z nich prowadzone były równolegle w innych krajach). Pierwsze z tych międzynarodowych (Drugie europejskie badanie przedsiębiorstw na temat nowych i pojawiających się zagrożeń (Second European survey of enterprises on new and emerging risks – ESENER-2)) było poświęcone problematyce ryzyka w miejscu pracy i zarządzania bezpieczeństwem, stąd zagadnienia z obszaru nieobligatoryjnej promocji zdrowia zostały podjęte w bardzo wąskim zakresie. W Polsce uczestniczyło w nim 2257 zakładów pracy ze wszystkich działów gospodarki, zatrudniających min. 5 osób (w każdym zakładzie przeprowadzono wywiad telefoniczny z „osobą najlepiej poinformowaną w kwestiach bezpieczeństwa i higieny pracy”) [23]. Drugie badanie (Zdrowie w miejscu pracy) dotyczyło m.in. rozpoznania skali zaangażowania firm w działania prozdrowotne oraz postrzegania przez pracodaw-

ców barier i możliwości rozwoju takiego postępowania. W Polsce uczestniczyło w nim 200 menadżerów (zarejestrowanych w panelu badań online) reprezentujących firmy różnej wielkości (od 1-osobowych po największe) i różnych branż z całego kraju [24]. Trzecie międzynarodowe badanie (Międzynarodowe badanie dotyczące promocji zdrowia i jakości środowiska pracy – Working Well) miało na celu rozpoznanie nowych trendów w działaniach na rzecz promocji zdrowia i well-ness w zakładach pracy. Kwestionariusz dostępny w Internecie wypełniło w Polsce 60 menadżerów reprezentujących różnorodne firmy [25]. Kolejne badanie (Work-life balance. Niewykorzystany potencjał [26]), przeprowadzone tylko w naszym kraju, miało nieco inny charakter. Służyło nie tyle diagnozie rozpowszechnienia działań prozdrowotnych w populacji zakładów pracy, ile opisowi sposobu, w jaki firmy chcące zapewnić pracownikom równowagę między życiem zawodowym a prywatnym realizują oraz komunikują swoją aktywność. Objęło ono 100 celowo dobranych organizacji, które powołują się na takie działania jako element wyróżniający je na rynku pracy [26].

Przywołane badania nie dają podstaw do reprezentatywnego opisu aktualnego zaangażowania zakładów pracy w promocję zdrowia (jego zakresu, jakości, uwarunkowań), ani – z uwagi na różnice szczegółowej problematyki, zbadanych populacji (prób), metod i narzędzi (pytań w kwestionariuszach) – do porównań i uogólnień wyników. A wiedza taka jest istotna zarówno w aspekcie współczesnych wyzwań zdrowia publicznego (m.in. rozpoznanie potencjału dla wdrażania polityki przedłużania zdolności do pracy, budowania platformy współpracy kluczowych podmiotów systemu zdrowia pracujących), jak i oceny dotychczasowych strategii na rzecz promocji zdrowia w pracy oraz dyskusji nad ich doskonaleniem. Może być też ważna dla samowiedzy pracodawców i menadżerów firm oraz partnerów współdziałających z nimi w promocji zdrowia (m.in. jednostek służby medycyny pracy, specjalistów bhp oraz zasobów ludzkich (human resources – HR), innych oferentów usług w dziedzinie zdrowia pracujących).

Celem badania przedstawionego w tym artykule było rozpoznanie aktualnej (do 2 lat wstecz) aktywności średnich i dużych przedsiębiorstw w Polsce w zakresie promocji zdrowia pracowników (w tym przeciwdziałania używaniu substancji psychoaktywnych), a także niektórych uwarunkowań stanu tej aktywności. Szukano głównie odpowiedzi na pytanie, jaka część firm podejmuje dobrowolne (niewymagane przez pra-

wo) działania na rzecz zdrowia swojego personelu oraz jaka ich część w ostatnich latach zwiększyła, a jaka zmniejszyła swoje zaangażowanie na tym polu. Kolejna kwestia to ustalenie, jakiego typu działania cieszą się największą popularnością w przedsiębiorstwach promujących zdrowie. Czy jest to oferta usług medycznych dla personelu, wsparcie zdrowego stylu życia (których jego elementów), udoskonalenia środowiska pracy, czy może aktywność w innych obszarach? Ile firm wykorzystuje przy tej okazji usługi abonamentowe oferowane przez zewnętrzne podmioty? Następnym problemem to powody skłaniające zakłady pracy do nieobligatoryjnej aktywności prozdrowotnej. Czy są to głównie motywy zdrowotne, czy związane z prowadzeniem biznesu (ekonomiczne, wizerunkowe), a może inne? Kolejne pytanie dotyczy głównych przeszkód zniechęcających firmy do promowania zdrowia lub utrudniających im działania w tym obszarze. Podjęto też kwestię gotowości pracodawców do stymulowania aktywności pracowników na rzecz zdrowia i próbowano ustalić, jakie metody cieszą się tu największą popularnością. Ostatnim problemem to jakość prowadzonych działań, którą tutaj próbuje się rozpoznać głównie poprzez ustalenie, czy i w jakim zakresie firmy prowadzą ewaluację swojej aktywności prozdrowotnej (jak wiele z nich to robi i co one oceniają). Sprawdzono też, na ile wielkość zatrudnienia i samoocena kondycji ekonomicznej różnicuje aktywność w dziedzinie promocji zdrowia, co sugerowały wcześniejsze badania [20]. Wnioski z ustaleń zmierzają do wskazania głównych kierunków wsparcia, jakiego wymaga zdynamizowanie rozwoju promocji zdrowia w przedsiębiorstwach.

## MATERIAŁ I METODY

Badanie zrealizowano na przełomie listopada i grudnia 2015 r. Objęto nim 1000 zakładów pracy z terenu całej Polski, zatrudniających co najmniej 50 pracowników. Próbę dobrano w sposób warstwowo-losowy. Warstwy do losowania wydzielono według następujących kryteriów:

- lokalizacja (wszystkie województwa),
- liczba pracowników (w przedziałach przyjętych w opracowaniach Głównego Urzędu Statystycznego (GUS): 50–249 pracowników, 250–999 pracowników,  $\geq 1000$  pracowników),
- sekcja Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) 2007 (z wyłączeniem sekcji: administracja publiczna i obrona narodowa, obowiązkowe ubezpieczenia społeczne, edukacja, opieka zdrowotna i pomoc społeczna).

Szacowany rozkład próby sporządzono na podstawie danych publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny, a liczbę zakładów wylosowanych do badania wyznaczono proporcjonalnie do udziału danej grupy wśród ogółu zarejestrowanych podmiotów gospodarczych o przewidywanym zatrudnieniu 50 pracowników i więcej. Przyjmując wielkość populacji równą 34 091 (liczba podmiotów gospodarczych tej wielkości w Krajowym Rejestrze Urzędowym Podmiotów Gospodarki Narodowej (REGON) – stan na 30 czerwca 2014 r.), poziom ufności = 0,95, a założoną wielkość frakcji 50% – błąd próby badawczej można oszacować na 3,1%.

Zrealizowana próba miała następującą strukturę (ustaloną na podstawie deklaracji respondentów): wielkość zatrudnienia: 51–100 osób – 67,7%, 101–250 osób – 17,4%, 251–500 osób – 12,3%, 501–1000 osób – 0,3%,  $> 1000$  osób – 2,3%. Dominującą formą własności była prywatna krajowa (85%), następnie prywatna zagraniczna (4,7%), publiczna (4,3%), mieszana (4,6%) i inna lub trudna do oceny (1,4%). Swoją kondycję ekonomiczną w minionych 2 latach jako bardzo dobrą oceniło 10,3% zbadanych zakładów pracy, raczej dobrą – 82%, zmienną – 6,2%, raczej słabą lub bardzo słabą – 0,3%, natomiast 1,2% nie potrafiło jej ocenić.

Zastosowano metodę standaryzowanych wywiadów telefonicznych z systemowym wspomaganiami komputerowym (computer assisted telephone interviewing – CATI). Uzyskanie 1000 efektywnych rozmów wymagało wykonania 11 317 połączeń – w 6110 przypadkach spotkano się z odmową udzielenia wywiadu, a w 4207 przypadkach wybierany numer okazał się niedostępny lub nieaktualny.

W każdym z zakładów przeprowadzono 1 wywiad z osobą reprezentującą jego zarząd/kierownictwo, odpowiedzialną za szeroko pojęte zarządzanie kwestiami zdrowia personelu. Najliczniejszą grupę respondentów stanowili kierownicy działów HR lub kadr (63,3%), pozostali to samodzielni specjaliści bezpośrednio podlegli dyrekcji (17,1%), właściciele (5,7%), kierownicy działu bhp (5,6%), kierownicy o innym zakresie kompetencji (4,4%), prezisi/dyrektorzy zarządzający (3,4%), kierownicy działu ochrony zdrowia lub przychodni medycznej (0,5%).

Założenia i koncepcja badania oraz kwestionariusz wywiadu opracowano w Krajowym Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi. Dobór próby, wywiady oraz przygotowanie bazy danych zrealizowała Grupa Biostat.

## WYNIKI

### Zaangażowanie firm w promocję zdrowia personelu i profilaktykę używania substancji psychoaktywnych

Ponad 4/5 (83,2%) przedsiębiorstw zapytanych „Jak można określić aktualną sytuację w zakładzie, dotyczącą troski o zdrowie personelu?” uznało, że ogranicza się do realizacji prawnych wymagań związanych z jego ochroną. Nieco więcej niż co szóste przedsiębiorstwo (16%) wykracza poza obowiązki prawne, podejmując dodatkowe działania wspierające zdrowie pracowników (ponadto 0,8% przedsiębiorstw nie potrafiło ocenić swojej sytuacji).

Więcej niż co druga firma (54,2%) oceniła, że na przestrzeni kilku minionych lat jej ogólne zaangażowanie w troskę o zdrowie personelu nie zmieniło się. Co czwarta (24,3%) zadeklarowała jego wzrost, natomiast blisko co siódma (14,7%) – spadek. Niemal co piętnasta (6,8%) nie potrafiła tego ocenić.

Pytanie odnoszące się do szczegółowo opisanych dobrowolnych działań prozdrowotnych („Które z działań na rzecz zdrowia były w minionych 2 latach realizowane w firmie?” z listą 12 aktywności – do stwierdzenia przy każdej, czy była realizowana, czy nie) pokazało, że zaangażowanie w promocję zdrowia jest powszechniejsze, niż sugerują ogólne deklaracje. W analizowanym czasie co drugie badane przedsiębiorstwo podejmowało przynajmniej 1 aktywność wymienioną w pytaniu kwestionariusza. Realizację poszczególnych działań z przedstawionej listy potwierdziło natomiast od kilku do kilkunastu procent firm (tab. 1).

Najwięcej firm ułatwiało swoim pracownikom korzystanie z opieki medycznej, przy czym 3,6% ogółu przedsiębiorstw czyniło to poprzez finansowanie abonamentów na usługi medyczne – co nie zostało ujęte w tabeli 1. Nieco mniej popularne okazało się wspieranie aktywności fizycznej personelu w czasie wolnym (3,3% ogółu firm oferowało pracownikom abonamenty na zajęcia sportowe). Tylko nieliczne zakłady podejmowały się organizowania ćwiczeń fizycznych w czasie pracy.

Względnie popularna jest też profilaktyka medyczna (głównie szczepienia, rzadziej akcje badań profilaktycznych innych niż wynikające z Kodeksu pracy), a także dbałość o środowisko pracy (głównie wykraczająca ponad normy troska o pomieszczenia socjalne, również o warunki na stanowiskach pracy). Rzadsze okazały się działania związane ze stresem (zarówno zmiany w organizacji i zarządzaniu zmniejszające jego

ryzyko, jak i szkolenia dotyczące radzenia sobie z nim), podobnie promocja zdrowego odżywiania (w jej ramach 0,8% oferowało abonamenty żywieniowe). Zasadniczo nieobecne były inicjatywy ułatwiające pracownikom godzenie życia zawodowego i prywatnego.

Chociaż tylko nieliczne przedsiębiorstwa zadeklarowały szkolenie personelu na tematy odnoszące się do zdrowia (w aspekcie innym niż bhp), to pytania dotyczące profilaktyki używania substancji psychoaktywnych pokazały szerszą skalę tego typu działań.

Blisko co piąty zakład prowadził edukację w zakresie profilaktyki palenia tytoniu (lub w inny sposób promował niepalenie). W tym obszarze najczęstsze były jednak działania restrykcyjne – upomnienia i nagany za nieprzestrzeganie uregulowań palenia (22,8%) lub kary finansowe (11,8%). Blisko 3/5 podmiotów (57,2%) w minionych 2 latach nie prowadziło żadnych działań związanych z profilaktyką palenia, wykraczających poza obowiązki prawne.

Podobnie wygląda przeciwdziałanie negatywnym skutkom używania alkoholu. Ponad 2/5 firm (60,8%) nie podejmowało żadnej tego typu aktywności. Co dziesiąta firma informowała pracowników, gdzie osoby uzależnione od alkoholu mogą uzyskać pomoc (9,6%), co trzydziesta (3,3%) edukowała na temat problemów dotyczących picia. Nieliczne prowadziły rozmowy z pracownikami podejrzewanymi o uzależnienie w celu motywowania ich do podjęcia leczenia (1,5%) lub w zamian za udział w terapii zapewniały możliwość utrzymania pracy (0,9%). Z drugiej strony co czwarta firma (24,8%) bezwzględnie stosowała kary za picie alkoholu, wynikające z ogólnych przepisów prawa lub wewnętrznych regulaminów. Kary takie na ogół nie były powiązane z innymi wspierającymi działaniami, lecz stanowiły całokształt polityki wobec używania alkoholu, realizowanej w tych przedsiębiorstwach.

Profilaktyka używania narkotyków, dopalaczy lub innych substancji psychoaktywnych okazała się prawie nieobecna w firmach. Tylko 1,2% zauważyło jakies oznaki problemów związanych z takimi substancjami, natomiast 0,5% uznało je za istotne i podjęło jakiegokolwiek działania.

### Wewnętrzna ewaluacja działań w obszarze promocji zdrowia

Relatywnie niewiele (37,6%) firm aktywnych na polu promocji zdrowia dokonywało jakiegokolwiek oceny swoich działań (co pokazały odpowiedzi na pytanie „Czy firma analizuje i ocenia swoje działania służące

**Tabela 1.** Nieobligatoryjne działania na rzecz zdrowia personelu podejmowane w przedsiębiorstwach zatrudniających powyżej 50 pracowników, Polska, 2015

**Table 1.** The implementation of non-mandatory actions for personnel health undertaken in enterprises employing more than 50 employees, Poland, 2015

Działania Activities	Firmy Enterprises [%]	
	ogółem total (N = 1 000)	realizujące min. 1 wskazane działanie implementing at least 1 of the indicated action (N = 500)
Finansowanie pracownikom usług diagnozy medycznej, leczenia i rehabilitacji / Financing medical diagnosis, treatment, and rehabilitation services for employees	17,7	35,4
Organizowanie zajęć sportowych po pracy (finansowanie karnetów na siłownię, basen, organizacja turniejów itp.) / Organising after work sports activities for employees (financial support to cover entrance fees to gym, swimming pool, organization of tournaments, etc.)	14,7	29,4
Szczepienia profilaktyczne / Vaccinations	11,1	22,2
Dbłość o estetykę, wygodę i dostępność pomieszczeń socjalnych (jadalni, łazienek i innych) – znacząco wykraczająca ponad obowiązujące normy / Concern about visual appearance, comfort and access to social areas (canteens, toilets, etc.) – significantly above current standards	9,2	18,4
Akcje badań profilaktycznych (np. mammografia, badania prostaty, pomiar ciśnienia) innych niż badania wstępne i okresowe / Preventive checkups (e.g., mammography, prostate examinations, blood pressure measurement), other than initial and periodic ones required by the labor law	6,6	13,2
Poprawa warunków na stanowiskach pracy – ponad wymagania przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (bhp) (np. redukcja hałasu znacząco poniżej normy, poprawa ergonomii) / Health-oriented job modifications that go above health and safety regulations (e.g., reducing noise levels to that significantly below the norm, improving ergonomics)	5,0	10,0
Promocja zdrowego odżywiania / Promoting healthy food practices	4,4	8,8
Zmiany w organizacji i zarządzaniu, żeby praca była mniej stresująca / Changes in organisation and management to reduce work-related stress	4,3	8,6
Szkolenia/treningi uczące, jak radzić sobie ze stresem / Stress-coping trainings	3,7	7,4
Organizowanie ćwiczeń w czasie pracy (np. gimnastyki, ćwiczeń pleców, oczu) / Organizing exercises during work (e.g., gymnastics, back or eyes exercises)	3,0	6,0
Edukacja zdrowotna niezwiązana z bhp (dotycząca np. chorób cywilizacyjnych, stylu życia) / Health education not related to health and safety regulations (concerning e.g., chronic diseases, lifestyle)	1,3	2,6
Działania pomagające godzić życie zawodowe z prywatnym (np. pomoc psychologiczna, dostosowanie czasu pracy, zapewnienie opieki nad dziećmi) / Activities to maintain work-life balance (e.g., psychological support, flexible working hours, child care)	0,2	0,4

zdrowiu? Co było przedmiotem takiej oceny w minionych 2 latach? Przy każdym punkcie proszę powiedzieć, czy był lub jest on oceniany, czy nie” – ze wskazaniem 5 aspektów potencjalnej oceny).

Najczęściej oceniany okazał się wpływ realizowanych działań prozdrowotnych na ogólnie pojęte funkcjonowanie firmy. Nieco mniej przedsiębiorstw (co czwarta aktywna organizacja) zainteresowanych było ich wpływem na stan zdrowia załogi, a tylko co piąty zakład interesował się tym, jak pracownicy odbierają

takie działania. Inne kwestie, jak relacje między kosztami promocji zdrowia a korzyściami dla firmy oraz uwarunkowania jej realizacji, były analizowane tylko w nielicznych przedsiębiorstwach (tab. 2).

Inne pytanie, dotyczące wyłącznie profilaktyki palenia tytoniu („Czy kierownictwo ocenia efekty obowiązujących w firmie przepisów i działań podejmowanych w związku z paleniem tytoniu?”), pokazało podobną skalę zainteresowania ewaluacją. Tylko 23% ogółu zakładów pracy przyznało, że analizuje te efekty.

**Tabela 2.** Ewaluacja działań promujących zdrowie w firmach zatrudniających powyżej 50 pracowników i deklarujących nieobligatoryjne działania prozdrowotne, Polska, 2015

**Table 2.** Evaluation of health promotion activities in companies employing more than 50 employees, declaring non-mandatory health conducive actions, Poland, 2015

Przedmiot oceny Assessment subject	Firmy Enterprises (N = 500) [%]
Wpływ działań promujących zdrowie na funkcjonowanie firmy / The impact of health promotion activities on the company functioning	27,0
Wpływ działań promujących zdrowie na stan zdrowia personelu / The impact of health promotion activities on employees health	24,0
Stosunek personelu do realizowanych działań promujących zdrowie / Attitudes of the staff to health-promoting activities	19,4
Relacje między kosztami działań a korzyściami dla firmy / The relationship between the costs and the benefits from taking actions by the company	3,2
Przyczyny sukcesów i niepowodzeń działań promujących zdrowie / The reasons for the successes and failures of health promotion activities	0,8

### Powody zaangażowania w promocję zdrowia

Te przedsiębiorstwa, które zadeklarowały realizację przynajmniej 1 z omawianych nieobligatoryjnych działań prozdrowotnych (innych niż tylko profilaktyka używania substancji psychoaktywnych) zostały poproszone o wskazanie motywów swej aktywności („Jakie są główne przyczyny wskazanych wcześniej działań na rzecz zdrowia w firmie? Przy każdej z podanych proszę powiedzieć, czy jest to ważna przyczyna, czy nie”) (tab. 3).

Przeważającym powodem zaangażowania się w promocję zdrowia – bo wskazanym przez blisko 2/5 aktywnych firm – była chęć wykorzystania działań prozdrowotnych w tworzeniu dobrego publicznego wizerunku organizacji. Dwie kolejne przyczyny mają charakter biznesowy, ale są już znacznie mniej popularne – chęć podniesienia efektywności pracy była ważna prawie w co piątej firmie, natomiast dążenie do redukcji kosztów absencji lub wypadków – w co ósmej.

Relatywnie często (bo w co ósmej–dziewiątej firmie) występują też różne powody o charakterze społecznym. Najczęstsze z nich to: kontynuacja tradycji działań prozdrowotnych, osobiste postawy i przekonania dyrektorów przedsiębiorstw sprzyjające promocji zdrowia oraz chęć budowania dobrych relacji międzyludzkich. Zwraca uwagę wyraźnie rzadsze powoływanie się na inicjatywy wewnętrznych specjalistów, które miały znaczenie tylko w co dwudziestym aktywnym przedsiębiorstwie.

Interesująco wygląda popularność motywów bezpośrednio związanych ze zdrowiem – o ile co dziewiąta firma aktywna w obszarze promocji zdrowia realizuje ją, żeby wzmocnić witalność pracowników, o tyle jedynie

nieliczne próbują w ten sposób zapobiegać problemom zdrowotnym personelu lub skutkom starzenia się załogi.

### Analizy stanu zdrowia personelu

Nieco ponad 2/5 (41,5%) ogółu badanych przedsiębiorstw aktualnie prowadzi, a kolejne 6% planuje podjąć, analizy zdrowia personelu, które wykraczają poza oceny wskaźników absencji i wypadków (co pokazały odpowiedzi na pytanie „Czy Pani/Pana firma gromadzi i systematycznie analizuje dane dające ogólny obraz stanu zdrowia załogi – oprócz wskaźników absencji i wypadków – np. dotyczące dolegliwości, chorób przewlekłych, wyników badań profilaktycznych itp.”). Przeczącej odpowiedzi udzieliło blisko 2/5 (37,9%), natomiast 14,6% przedsiębiorstw nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie.

Tylko co szóste przedsiębiorstwo (18%) posiada przy tym raport o stanie zdrowia personelu, przygotowany w minionych 2 latach przez lekarza, z którym firma ma podpisaną umowę na opiekę profilaktyczną.

### Przeszkody w realizacji promocji zdrowia

Wszystkie przedsiębiorstwa – zarówno te aktywne na polu promocji zdrowia, jak i pozostałe, zapytano o przeszkody hamujące ich działalność w tym zakresie („Jakie przeszkody napotyka firma w podjęciu lub realizacji działań na rzecz zdrowia personelu? Przy każdej z możliwych przeszkód proszę powiedzieć, czy jest ona jedną z głównych w firmie, raczej drugorzędną, czy w ogóle nie jest przeszkodą”).

Ogólnie rzecz biorąc, zakłady pracy skarżą się na różnorodne utrudnienia – każda z przeszkód uwzględnionych w badaniu była jedną z głównych częściej niż dla co dziesiątego, a drugorzędną dla blisko co drugiego (tab. 4).



**Tabela 3.** Powody aktywności w obszarze promocji zdrowia w firmach zatrudniających powyżej 50 pracowników i deklarujących nieobligatoryjne działania prozdrowotne, Polska, 2015

**Table 3.** The reasons for health promotion in companies employing more than 50 employees, declaring non-mandatory health action, Poland, 2015

Powód Reason	Firmy Enterprises (N = 500) [%]
Chęć budowy dobrego wizerunku firmy / Intention to build a good public image of the company	38,6
Dążenie do wzrostu efektywności pracy / Aspiration to increase efficiency	19,0
Próba ograniczenia kosztów związanych z absencją i wypadkami / An attempt to reduce the costs associated with absenteeism and accidents	12,4
Chęć kontynuacji zwyczaju panującego w firmie – pracodawca od lat realizuje takie działania / Willingness to continue the custom in the company – the employer has conducted such activities for years	12,4
Efekt osobistej postawy dyrektora/prezesa / Effects of personal attitudes of the director/president	11,6
Dążenie do wzmocnienia witalności, sprawności i energii pracowników / Aspiration to enhance the vitality, efficiency and energy of employees	11,6
Chęć budowy dobrych relacji społecznych w firmie i morale pracowników / Willingness to build good social relations in the company and employees' morale	10,6
Inicjatywa wewnętrznych specjalistów, np. z działu bezpieczeństwa i higieny pracy / Initiative of internal specialists, e.g., from the safety department	4,6
Próba przeciwdziałania problemom ze zdrowiem, jakie zauważono u części pracowników / An attempt to prevent health problems that were seen in some employees	2,0
Chęć dostosowania się do trendów i działań konkurencji / Willingness to adapt to the trends and activities of the competition	1,8
Otrzymanie z zewnątrz dobrej oferty realizacji usług prozdrowotnych / Obtaining a good external offer on health promotion services	1,6
Chęć przeciwdziałania skutkom starzenia się załogi / Willingness to counteract the effects of employees' aging	1,4
Chęć zaoferowania bonusu dla pracowników, dodatku do zarobków / Willingness to offer employees a bonus, supplement earnings	1,2
Wymuszenie tych działań przez pracowników – ich grupy, organizacje związkowe / The actions were imposed by the employees – their groups, trade unions	1,0
Efekt szerszej polityki korporacyjnej, którą realizuje firma / Effect of a wider corporate policy being implemented by the whole company	0,4

**Tabela 4.** Przeszkody w realizacji nieobligatoryjnych działań prozdrowotnych w firmach zatrudniających powyżej 50 pracowników, Polska, 2015

**Table 4.** The obstacles in the implementation of non-mandatory actions promoting health in companies employing more than 50 employees, Poland, 2015

Przeszkoda Obstacle	Firmy Enterprises (N = 1 000) [%]		
	wskazujące daną przeszkodę jako jedną z głównych indicating a given obstacle as one of the most important	wskazujące daną przeszkodę jako drugorzędą indicating a given obstacle as insignificant	niewskazujące danej przeszkody not indicating a given obstacle
Brak w firmie środków finansowych na tego typu cele / Limited financial resources for this kind of actions	30,6	42,6	26,8
Niedostatek rozwiązań prawnych i fiskalnych, które zachęcałyby firmy do większej troski o zdrowie / Lack of legal and fiscal regulations that would encourage companies to increase their concern about health	16,8	48,0	35,2

**Tabela 4.** Przeszkody w realizacji nieobligatoryjnych działań prozdrowotnych w firmach zatrudniających powyżej 50 pracowników, Polska, 2015 – cd.

**Table 4.** The obstacles in the implementation of non-mandatory actions promoting health in companies employing more than 50 employees, Poland, 2015 – cont.

Przeszkoda Obstacle	Firmy Enterprises (N = 1 000) [%]		
	wskazujące daną przeszkodę jako jedną z głównych indicating a given obstacle as one of the most important	wskazujące daną przeszkodę jako drugorzędną indicating a given obstacle as insignificant	niewskazujące danej przeszkody not indicating a given obstacle
Zaabsorbowanie kadry zarządzającej realizacją innych celów / / Preoccupation of the management staff with the implementation of other objectives	16,3	49,8	33,9
Brak informacji i materiałów o tym, jakie znaczenie dla firmy mają takie działania / Lack of information and materials about the importance of these actions to the company	16,2	50,1	33,7
Brak korzystnej oferty z zewnątrz na przeprowadzenie takich usług / Lack of a good external offer to carry out this type of services	14,8	46,9	38,3
Małe zainteresowanie pracowników takimi działaniami / Little interest of employees in health issues	13,0	49,0	38,0
Trudności z wykazaniem, że takie działania przynoszą firmie korzyści / / The difficulty in proving that such actions bring benefits to the company	12,5	49,7	37,8
Brak w firmie osób, które dobrze zorganizują takie działania / Lack of employees who are capable of organising such actions well	10,1	55,9	34,0

Najczęściej przywoływanym utrudnieniem – wyraźnie odróżniającym się od pozostałych pod względem częstości wskazań – okazał się niedobór środków finansowych. Wśród głównych czynnik ten wskazało blisko dwukrotnie więcej firm niż kolejny pod względem popularności. Ponadto za przeszkodę nie uznała go tylko nieco więcej niż co czwarta firma, podczas gdy pozostałe czynniki nie były przeszkodą częściej niż w co trzeciej. Z kolei najmniej przedsiębiorstw narzeka na brak w swoich kadrach osób, które mogą dobrze zorganizować działania prozdrowotne – tylko co dziesiąta firma dostrzega w tym poważny problem.

Co siódma organizacja spośród ogółu badanych (13,6%) zadeklarowała, że nie napotyka żadnych znaczących przeszkód w podjęciu lub realizacji promocji zdrowia.

### Sposoby włączania pracowników do prozdrowotnej aktywności

Ze względu na teoretyczne postulaty promocji zdrowia, w których akcentuje się jej aktywizujący i wspierający charakter (m.in. dostosowanie działań do potrzeb pracowników, udział personelu w ich planowaniu, różno-

rodne zachęty do uczestnictwa), zapytano firmy o działania lub gotowość do działań związanych z tymi postulatami („Co firma byłaby skłonna robić lub już robi, żeby zachęcić pracowników do uczestnictwa i większego zaangażowania w działania prozdrowotne? Przy każdym stwierdzeniu proszę powiedzieć, czy jest skłonna to robić lub robi, czy nie”). Wyniki przedstawia tabela 5.

Mniej niż co trzecia firma jest skłonna mobilizować swoich pracowników do aktywności prozdrowotnej w jakikolwiek ze sposobów wyróżnionych w tabeli 5., ukazujących szeroki zakres możliwości. Z kolei 68,6% nie widzi potrzeby takich działań.

Zdecydowanie dominującym sposobem aktywizowania jest finansowanie pracownikom dostępu do określonych usług (co wydaje się zbieżne z wcześniejszymi ustaleniami dotyczącymi najczęściej podejmowanych działań). Kolejnym, choć rzadkim (tylko w co czternastym zakładzie), okazało się takie planowanie prozdrowotnej oferty, żeby odpowiadała regularnie badanym preferencjom personelu. Mniej niż 3 na 100 firm jest skłonnych umożliwić pracownikom udział w działaniach prozdrowotnych w godzinach pracy. Pozostałe metody stymulacji wybierane są już niezwykle rzadko.

**Tabela 5.** Działania zachęcające personel do uczestnictwa w promocji zdrowia w przedsiębiorstwach zatrudniających powyżej 50 pracowników, Polska, 2015**Table 5.** Actions to encourage staff to participate in health promotion in enterprises employing more than 50 employees, Poland, 2015

Działanie Action	Firmy* Enterprises* (N = 1 000) [%]
Dofinansowanie lub bezpłatne zaoferowanie pracownikom określonych usług / Subsidy or free offer to employees of certain services	16,5
Regularne badanie preferencji pracowników i oferowanie im tego, czego oczekują / Regular testing of employees preferences and offering them what they expect	7,0
Zapewnienie w godzinach pracy czasu na udział pracowników w takich działaniach / Providing employees with time during working hours to participate in such activities	2,8
Zapewnienie rodzinom pracowników możliwości uczestniczenia w takich działaniach / Ensuring the employees' families the opportunity to participate in such activities	1,8
Zapewnienie udziału kierownictwa w tych działaniach, żeby dać dobry przykład pracownikom / Ensuring the participation of management in these activities to give a good example to workers	1,6
Nagradzanie pracowników (jednorazowo lub w formie stałych premii) za udział w oferowanych działaniach / Rewarding employees (once or in the form of fixed bonuses) for their participation in the offered activities	1,6
Indywidualne ustalanie z pracownikami ich celów zdrowotnych i nagradzanie za ich osiągnięcie / Individual attempt to settle with the workers their health goals and reward for their achievement	1,6
Wymaganie od pracowników uczestniczenia w oferowanych działaniach pod groźbą kary / Requiring employees to participate in offered activities under penalty	1,5
Włączenie kryteriów zdrowotnych (np. osiągnięcie wymaganej wagi ciała, podjęcie leczenia) do indywidualnej oceny wyników pracownika / Inclusion of health criteria (e.g., to achieve the required body weight, introduction of treatment) into individual assessment of the employee work accomplishments	0,6

\* Realizujące lub skłonne realizować wskazane działanie / Implementing or willing to implement an indicated action.

### Stosunek do promocji zdrowia a wielkość firmy

Wielkość zakładu pracy nie różnicowała ogólnych deklaracji o aktualnym zaangażowaniu w promocję zdrowia personelu. Im większa była firma, tym na ogół rzadziej deklarowała, że w minionych kilku latach nie zmieniła się jej aktywność, a częściej wskazywała jej wzrost ( $\text{Chi}^2 = 65,277$ ,  $\text{df} = 9$ ,  $p = 0,000$ ). Wśród firm > 500 osób 3-krotnie więcej mówiło o wzroście zaangażowania (46,2%) niż o jego spadku (15,4%) w minionych latach. Podobnie w grupie 251–500 osób więcej deklarowało wzrost (26,8%) niż spadek (17,1%), a wśród najmniejszych, liczących 50–100 osób, odpowiednio: 26% i 10,5%. Wyjątkiem są firmy 101–250 pracowników, które częściej wskazały spadek (29,3%) niż wzrost (12,6%) swej aktywności prozdrowotnej.

Na ogół im większa firma, tym częściej była skłonna oferować pracownikom przynajmniej 1 z działań prozdrowotnych, choć najrzadziej czyniły to przedsiębiorstwa zatrudniające 101–250 osób ( $\text{Chi}^2 = 12,553$ ,  $\text{df} = 3$ ,  $p = 0,005$ ). Ujmując rzecz szczegółowo, wzrost wielkości sprzyjał finansowaniu pracownikom usług medycznych ( $\text{Chi}^2 = 33,514$ ,  $\text{df} = 3$ ,  $p = 0,000$ ). Sprzyjał też profi-

laktyce picia alkoholu ( $\text{Chi}^2 = 32,804$ ,  $\text{df} = 3$ ,  $p = 0,000$ ). Jakikolwiek działania w tym obszarze podejmowała co trzecia firma do 100 pracowników, natomiast w firmach > 500 pracowników – ponad 3/4 firm. Duże zakłady częściej też informowały, gdzie uzależnieni od alkoholu mogą uzyskać pomoc ( $\text{Chi}^2 = 61,901$ ,  $\text{df} = 3$ ,  $p = 0,000$ ). Wśród firm do 250 pracowników robiło to kilka procent, natomiast już w co drugiej największej. Większe zatrudnienie sprzyjało też prowadzeniu edukacji antytytoniowej ( $\text{Chi}^2 = 21,679$ ,  $\text{df} = 3$ ,  $p = 0,000$ ).

Wielkość zakładu pracy nie różnicuje powodów zaangażowania w promocję zdrowia, natomiast wiąże się z postrzeganiem przeszkód w jej podjęciu lub realizacji. Im większa jest firma, tym częściej deklaruje, że nie doświadcza żadnych trudności ( $\text{Chi}^2 = 13,116$ ,  $\text{df} = 3$ ,  $p = 0,004$ ) – wśród najmniejszych i tych do 250 osób problemów nie wskazuje około 12% firm, natomiast wśród największych odsetek ten wzrasta 2,5-krotnie. Wyraźny związek z wielkością firmy mają wskazania na brak środków finansowych na promocję zdrowia ( $\text{Chi}^2 = 26,246$ ,  $\text{df} = 6$ ,  $p = 0,000$ ) – jako jedną z głównych przeszkód problem ten wskazuje co trzecia naj-

mniejsza, co czwarta wśród średnich (251–500 osób) i żadna największa.

Większe przedsiębiorstwa na ogół częściej dostrzegają potrzebę stymulacji personelu do udziału w promocji zdrowia. Dotyczy to częstszych wskazań na którekolwiek z rozpatrywanych działań ( $\text{Chi}^2 = 14,903$ ,  $\text{df} = 3$ ,  $p = 0,001$ ), a głównie na skłonność do finansowania usług zdrowotnych ( $\text{Chi}^2 = 31,682$ ,  $\text{df} = 3$ ,  $p = 0,000$ ).

Nie odnotowano znaczących i czytelnych różnic między wielkością firmy a jej stosunkiem do ewaluacji promocji zdrowia, także do ocen stanu zdrowia załogi.

### **Stosunek do promocji zdrowia a kondycja ekonomiczna firmy**

Samoocena kondycji ekonomicznej nie różnicowała ogólnych deklaracji o aktualnym zaangażowaniu przedsiębiorstwa w sprawy zdrowia personelu, natomiast wiązała się z deklarowaną zmianą stosunku do zdrowia w minionych kilku latach. Im lepsza kondycja firm, tym rzadziej mówiono, że w minionych latach ich zainteresowanie promocją zdrowia nie zmieniło się, natomiast częściej wskazywano zarówno wzrost ich zaangażowania (wśród tych o najlepszej kondycji co trzecia, a o najslabszej co siódma), jak i jego zmniejszenie się (w grupie z najlepszą kondycją co piąta, z najslabszą co dziesiąta). Niemniej we wszystkich grupach samooceny więcej firm wskazywało na wzrost aktywności niż spadek ( $\text{Chi}^2 = 19,116$ ,  $\text{df} = 6$ ,  $p = 0,003$ ).

W im lepszej sytuacji ekonomicznej był zakład, tym częściej organizował lub wspierał aktywność sportową personelu po pracy ( $\text{Chi}^2 = 8,940$ ,  $\text{df} = 2$ ,  $p = 0,01$ ). Ponadto częściej zachęcał do akcji zaprzestania palenia ( $\text{Chi}^2 = 24,593$ ,  $\text{df} = 2$ ,  $p = 0,000$ ) i propagował materiały antytytoniowe, natomiast rzadziej upominał i stosował nagany za łamanie reguł związanych z paleniem ( $\text{Chi}^2 = 16,854$ ,  $\text{df} = 2$ ,  $p = 0,000$ ). Z kolei w profilaktykę picia alkoholu najbardziej zaangażowały się firmy o raczej dobrej kondycji – dotyczy to jakichkolwiek działań ( $\text{Chi}^2 = 30,853$ ,  $\text{df} = 2$ ,  $p = 0,000$ ), ale też stanowczego stosowania kar ( $\text{Chi}^2 = 21,631$ ,  $\text{df} = 2$ ,  $p = 0,000$ ) i informowania o dostępnych formach pomocy dla uzależnionych ( $\text{Chi}^2 = 15,940$ ,  $\text{df} = 2$ ,  $p = 0,000$ ).

Kondycja ekonomiczna nie różnicowała powodów promowania zdrowia, natomiast wiązała się z postrzeganiem przeszkód w tej sferze. Im lepiej firmy oceniały swoją kondycję, tym systematycznie częściej wśród głównych utrudnień wskazywały problem braku korzystnej oferty zewnętrznej na prowadzenie prozdrowotnych usług i rzadziej deklarowały, że nie jest to

w ogóle przeszkodą ( $\text{Chi}^2 = 26,274$ ,  $\text{df} = 4$ ,  $p = 0,000$ ). Podobna, choć mniej wyrazista, prawidłowość dotyczy braku w firmie osób, które dobrze zorganizują działania prozdrowotne ( $\text{Chi}^2 = 14,780$ ,  $\text{df} = 4$ ,  $p = 0,005$ ). Przy pozostałych przeszkodach to jednak nie najbogatsze firmy, a te oceniające swoją sytuację jako raczej dobrą najczęściej wskazywały je w roli barier i najrzadziej deklarowały, że zjawiska te nie są dla nich utrudnieniem w działalności prozdrowotnej.

W im lepszej sytuacji ekonomicznej są firmy, tym częściej skłonne są stymulować personel do aktywności prozdrowotnej ( $\text{Chi}^2 = 10,210$ ,  $\text{df} = 2$ ,  $p = 0,006$ ). Te w najlepszej kondycji 2-krotnie częściej niż te w najslabszej wskazują przynajmniej 1 formę stymulacji. Ponadto przedsiębiorstwa o lepszej samoocenie częściej są skłonne nagradzać personel za udział w działaniach prozdrowotnych ( $\text{Chi}^2 = 20,230$ ,  $\text{df} = 2$ ,  $p = 0,000$ ), organizować je w czasie pracy ( $\text{Chi}^2 = 14,946$ ,  $\text{df} = 2$ ,  $p = 0,000$ ) oraz dofinansować ( $\text{Chi}^2 = 10,938$ ,  $\text{df} = 2$ ,  $p = 0,004$ ).

Lepsza kondycja ekonomiczna sprzyja prowadzeniu i planowaniu analiz stanu zdrowia załogi ( $\text{Chi}^2 = 36,177$ ,  $\text{df} = 6$ ,  $p = 0,000$ ) oraz ocenianiu stosunku pracowników do działań prozdrowotnych ( $\text{Chi}^2 = 23,070$ ,  $\text{df} = 2$ ,  $p = 0,000$ ).

### **OMÓWIENIE**

Wszechobecna moda na zdrowie słabo ujawnia się w aktywności ogółu średnich i dużych firm w Polsce, niejako wbrew optymistycznym doniesieniom medialnym na ten temat. Więcej niż co drugie przedsiębiorstwo deklaruje, że w kilku minionych latach nie zmieniło swojego stosunku do zdrowia personelu. Optymistyczne może być jednak to, że liczba firm deklarujących obecnie większe zaangażowanie w tej kwestii (co czwarta) przewyższa o blisko 10 pkt procentowych liczbę oceniających je jako mniejsze.

Niezależnie od tych ogólnych ocen bardziej lub mniej rozbudowane działania prozdrowotne, które wykraczają poza obowiązki prawne, obecnie kieruje do swoich pracowników co drugie przedsiębiorstwo. Tyle wskazuje przynajmniej 1 taką aktywność na liście przedstawionej w pytaniu kwestionariusza (z uwagi na jej szeroki zakres jest mało prawdopodobne, żeby grupę tę powiększyły kolejne firmy). Mimo takiego rozpowszechnienia działań na rzecz zdrowia tylko co szósta firma jest wyraźnie świadoma (bo stwierdza to w pytaniu otwartym), że robi coś więcej, niż wymaga od niej prawo (w badaniu nie weryfikowano, czy firmy te w pełni realizują wymogi prawne). Inne badania [23]

pokazały, że głównym i najpowszechniejszym motywem szerzej rozumianej troski o zdrowie w zakładach pracy (włączającej obligatoryjne bhp) jest po prostu wypełnienie zobowiązań prawnych. W tym kontekście można mówić o swego rodzaju „indolencji zdrowotnej” większości przedsiębiorstw. Nawet jeżeli angażują się w promocję zdrowia, czynią to na ogół w sposób mało refleksyjny, co prawdopodobnie wpływa na jakość ich działań.

Trudno jednoznacznie ocenić, czy ukazana skala prozdrowotnej aktywności firm jest duża czy mała. Patrząc z perspektywy zdrowia publicznego i polityki społecznej można byłoby zapewne oczekiwać większej. Przy uwzględnieniu głównej funkcji przedsiębiorstw, jaką jest generowanie zysku, nie wydaje się ona mała. Tym bardziej, gdy uwzględni się małe jeszcze upowszechnienie i docenienie w polskich firmach takich idei, które mogą sprzyjać nieobligatoryjnym działaniom prozdrowotnym, jak społeczna odpowiedzialność przedsiębiorstw, zarządzanie poprzez wartości, inwestowanie w kapitał ludzki, a nawet zarządzanie zdrowiem (nie ograniczonym jedynie do bezpieczeństwa) w pracy. Zwłaszcza że idee te są w firmach często interpretowane w sposób wąski i przez to sprawiający, że myślenie o inwestowaniu w zdrowie staje się wątkiem pobocznym lub w ogóle jest nieobecne [27].

Inne badania przywołane we wstępie pokazują zarówno większą, jak i mniejszą skalę zaangażowania zakładów pracy w Polsce w promocję zdrowia personelu. Trudno byłoby jednak zestawić ich wyniki – głównie z uwagi na odmiennosc prób badawczych (m.in. duży udział podmiotów małych, które na ogół są mniej aktywne, a także zakładów spoza sektora przedsiębiorstw, które z kolei częściej dbają o zdrowie personelu [23]), jak też kryteriów ich doboru, sposobów pozyskania, metod i narzędzi gromadzenia danych (w tym treści i konstrukcji pytań), wreszcie samej problematyki. Warto jednak odnotować, że badania nadające się do porównań, ale pochodzące z 2006 i 2010 r. [20], ujawniły wyraźnie większą aktywność firm (analiza porównawcza tych danych będzie przedstawiona w innym miejscu).

Nieobligatoryjne działania prozdrowotne firm to głównie (co sugerują też inne wyniki [24]) ułatwianie pracownikom dostępu do różnych usług medycznych (w tym szczepień i badań profilaktycznych spoza medycyny pracy), nieco rzadziej wspieranie ich zdrowego stylu życia (tu zwłaszcza aktywności fizycznej po pracy) i jeszcze rzadziej troska o to, żeby środowisko pracy było bardziej przyjazne dla zdrowia i samopoczucia. Blisko co piąte przedsiębiorstwo, które sponsoruje pra-

cownikom opiekę medyczną, czyni to w formie coraz bardziej popularnych abonamentów oferowanych przez sieci centrów medycznych (z abonamentów takich korzysta coraz więcej pracowniczych gospodarstw domowych, obecnie blisko 12% – jednak wyraźnie częściej tych najbogatszych i w największych miastach [28]). Niewiele rzadziej niż abonamenty medyczne firmy oferują karnety na usługi sportowo-rekreacyjne (podobne zjawisko, choć w mniejszej skali, dotyczy też zdrowego odżywiania). Można więc mówić o popularności outsourcingu najczęściej realizowanych elementów promocji zdrowia, co sugerują też inne badania [25]. Niewątpliwie przyczynia się do tego dynamiczny rozwój rynku podmiotów świadczących tego typu usługi dla zakładów pracy. O takim stylu myślenia, wiążącym promocję zdrowia głównie z zakupem zewnętrznych usług, może też świadczyć to, że ponad 3/5 firm jako przeszkodę w swej prozdrowotnej aktywności wskazuje niedostatek korzystnych ofert w tym zakresie. Otwarte pozostaje tu pytanie, czy firmy czynią takie usługi elementem szerszych, wewnętrznie zarządzanych polityk lub projektów prozdrowotnych.

Kolejną istotną kwestią, wymagającą jednak odrębnych badań i analiz, jest jakość realizowanych działań. W oparciu o przedstawione ustalenia warto odnotować, że firmy są mało zainteresowane tym tematem. Niespełna 2/5 firm spośród promujących zdrowie prowadzi jakąkolwiek wewnętrzną ocenę swoich działań. Jeżeli coś oceniają, to głównie ich efekty (wpływ na zdrowie personelu i funkcjonowanie firmy), znacznie rzadziej ich odbiór przez pracowników, a prawie nieobecne są analizy ich uwarunkowań. Tak więc oceniana jest skuteczność działań, których inne aspekty (m.in. akceptacja, uczestnictwo) nie są weryfikowane, co nie daje bodźca do ich ewentualnej korekty. Jest to niepokojące zjawisko w kontekście budowania świadomości korzyści płynących z inwestowania w zdrowie. Oceny skutków (jeżeli w ogóle są podejmowane) często dotyczą działań wątpliwej jakości (co sugerują inne ustalenia [22,29]), a są uogólniane na całą promocję zdrowia w pracy. Jest to problem nie tylko lokalny, bo obecny w światowej promocji zdrowia – także amerykańskiej, zapewne najbardziej rozwiniętej w aspekcie ewaluacji [5,6].

Powszechny wśród firm brak zainteresowania stosunkiem, jaki do ich prozdrowotnej aktywności mają pracownicy (mniej niż co piąty aktywny zakład pracy ocenia tę kwestię), ma szerszy wymiar. Chociaż ponad 3/5 ogółu przedsiębiorstw wskazuje, że przeszkodą w ich prozdrowotnym zaangażowaniu jest małe zainteresowanie tym po stronie pracowników, to tylko

co 14. firma skłonna jest badać preferencje personelu dotyczące spraw zdrowia. Jednocześnie ponad 2/3 przedsiębiorstw w ogóle nie jest zainteresowanych tym, żeby motywować swoją załogę do uczestnictwa w promocji zdrowia. Jedynym szerzej akceptowanym sposobem budowania takiej motywacji (bo w co szóstym przedsiębiorstwie), jest oferowanie pracownikom (ale już nie ich rodzinom) możliwości bezpłatnego udziału. Inne zachęty, jak choćby realizacja działań prozdrowotnych w godzinach pracy, udział w nich kierownictwa, nagrody za uczestnictwo, ustalanie celów zdrowotnych czy nawet kontrowersyjne wymaganie udziału, są brane pod uwagę tylko w nielicznych firmach. Ignorowane są też formy zachęt preferowane przez pracowników [30].

Można ogólnie konkludować, że jakościowa strona wdrożeń promocji zdrowia w firmach jest na dość niskim poziomie. Jedną z przyczyn tego może być brak w ich strukturach osób, które potrafią dobrze organizować takie działania, co 2/3 przedsiębiorstw uznaje za przeszkodę w prozdrowotnej aktywności (powszechność tej przeszkody diagnozują też inne badania [24]). Nie najlepszą ocenę przygotowania wewnętrznych kadr pośrednio potwierdza zdiagnozowany repertuar działań – m.in. dominacja restrykcji w profilaktyce używania substancji psychoaktywnych oraz ograniczony repertuar metod stymulowania personelu do promocji zdrowia. W tej sytuacji otwarte pozostaje pytanie, czy z obiektywną potrzebą kształcenia firmowych specjalistów (m.in. HR, bhp) w omawianej dziedzinie zbiega się zainteresowanie przedsiębiorstw skorzystaniem z takiej oferty (m.in. realizowanej i doskonałej od blisko 20 lat przez Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy). Dotychczasowe doświadczenia i referowane wyniki nie skłaniają do pozytywnej odpowiedzi.

Kolejną kwestią, pozwalającą lepiej zrozumieć stan wdrożeń, jest motywacja zarządów przedsiębiorstw do promowania zdrowia. Teoria akcentuje tu potrzebę dostarczenia powiązań działań prozdrowotnych i korzyści biznesowych. Badanie pokazało, że motywy biznesowe, choć są mało rozpowszechnione, to na tle innych występują relatywnie często – co piąta organizacja promująca zdrowie robi to dla wzrostu efektywności pracy, a co ósma – dla ograniczenia kosztów absencji. Z drugiej strony zdecydowana większość nie wskazuje żadnych powodów biznesowych. Ponadto myślenie o wpływie działań prozdrowotnych na biznes jest dość powierzchowne, bo tylko co trzydziesta firma prowadząca takie działania ocenia relacje między ich kosztami a osiąganymi korzyściami. Jednocześnie ponad 3/5 ogółu nie jest w stanie wykazać, że takie dzia-

łania przynoszą firmie korzyści, co traktują jako przeszkodę w ich realizacji. Ponadto fakt (potwierdzony w innych badaniach [24,25]), że najczęściej występującą przeszkodą jest brak w firmach środków finansowych na promocję zdrowia, świadczy o niedocenianiu roli, jaką w osiąganiu efektów biznesowych mogą pełnić inwestycje w zdrowie. Z kolei powszechna dobra samoocena kondycji ekonomicznej przedsiębiorstw wskazuje chyba nie tyle na rzeczywisty niedobór środków, ile na priorytety inne niż zdrowie przy ich alokacji.

Decyzja o wdrożeniu promocji zdrowia, jej ukierunkowaniu, a później ocena skutków powinny (zgodnie z teorią) opierać się na rozpoznaniu różnych aspektów stanu zdrowia personelu. Wyniki badania wskazują, że zainteresowanie firm tym tematem nie jest duże. Po pierwsze niewiele ponad 2/5 ogółu zakładów ma ogląd stanu zdrowia załogi szerszy niż dane o absencji i wypadkach, ponadto rzadziej niż w co piątym opiera się on na informacjach od lekarza świadczącego opiekę profilaktyczną. Po drugie tylko co pięćdziesiąta firma promująca zdrowie robi to, żeby rozwiązywać problemy zdrowotne pracowników (a trudno byłoby uznać, że w pozostałych personelu nie ma takich problemów). Jeżeli wśród motywów działań w ogóle pojawia się zdrowie (w co dziewiętej aktywnej firmie), to pojęte nie tyle jako kategoria medyczna (choroba), ile potocznie definiowany zasób – ogólna witalność, sprawność i energia. Ale o tak rozumianym zdrowiu firmy nie myślą perspektywicznie, bo tylko nieliczne chcą przeciwdziałać silnie nagłaśnianym problemom starzenia się personelu (co potwierdzają też inne wyniki [25]). Po trzecie tylko co czwarte przedsiębiorstwo realizujące działania prozdrowotne ocenia ich wpływ na tak czy inaczej ujęte zdrowie załogi. Pozostałe, co można jedynie zakładać, albo traktują ten wpływ jako oczywisty i nie interesują się nim, albo deprecjonują znaczenie zdrowia pracowników wśród swoich priorytetów, a działania de facto podejmują z innych pobudek.

Najczęściej deklarowaną pobudką do wdrażania promocji zdrowia (w 2 na 5 firm w nią zaangażowanych) jest chęć uzyskania efektów wizerunkowych. Duże znaczenie takiej motywacji potwierdzają też inne badania [25]. Ale na wynik ten można spojrzeć z drugiej strony. Ponad 3/5 firm mimo realizacji promocji zdrowia nie traktuje tego jako ważnej sprawy w tworzeniu swojego wizerunku – czy to zewnętrznego, czy wewnętrznego (bo tylko nieliczne traktują działania prozdrowotne jako bonus dla pracowników). Sugerują to inne ustalenia [26], jak też obserwacje wielu konkursów dla biznesu – z oglądu dokonanych laureatów wynika, że troska o zdrowie per-

sonelu słabo jeszcze (choć chyba coraz bardziej) przebiega się do koncepcji społecznej odpowiedzialności przedsiębiorstw, także do inwestowania w kapitał ludzki czy do inaczej nazywanych idei firmy przyjaznej pracownikom. Pomimo tych zastrzeżeń wydaje się, że to właśnie w obszarze społecznej odpowiedzialności i tworzenia wizerunku organizacji tkwi obecnie największy potencjał do rozwoju zainteresowania przedsiębiorstw promocją zdrowia.

Jedną z przeszkód w promocji zdrowia w firmach (dla co szóstej – jedną z głównych) jest niedostatek informacji o związanych z nią korzyściach. To kieruje uwagę nie tylko na wspomniane już działania edukacyjne, adresowane do specjalistów zarządzania wizerunkiem, zasobami ludzkimi i zdrowiem w firmach, ale przede wszystkim na potrzebę marketingu tej idei, skierowanego do najwyższej kadry przedsiębiorstw. Wśród głównych powodów prozdrowotnej aktywności firm znaczącą rolę odgrywa osobista wola kogoś z kierownictwa. Zaabsorbowanie zarządzających celami innymi niż zdrowie, wskazywane jako przeszkoda w jego promowaniu przez 2/3 badanych podmiotów (licznie także w innych badaniach [24]), może jednak okazać się przeszkodą również w skutecznym marketingu tej idei.

Niewątpliwym wsparciem rozwoju promocji zdrowia w firmach byłyby stymulacje i ułatwienia pochodzące od państwa. Choć wyniki badania wskazują, że aktualny niedostatek rozwiązań systemowych w tym zakresie nie jest dla przedsiębiorstw bardziej dokuczliwym problemem niż inne analizowane przeszkody, to różne formy państwowego wsparcia mogłyby w jakimś stopniu rekompensować firmom ograniczenia środków, które mogą przeznaczyć na promocję zdrowia. Ulgi podatkowe i dofinansowanie aktywności prozdrowotnej przez państwo to rozwiązania, które zdaniem większości pracodawców mogłyby ich zachęcić do inwestowania w zdrowie [24].

Za potrzebą przywołanego wsparcia przemawia też to, że w działaniach prozdrowotnych na ogół lepiej radzą sobie firmy o lepszej kondycji finansowej. Ta lepsza kondycja sprzyja rosnącemu zaangażowaniu w promocję zdrowia, częstszemu podejmowaniu prozdrowotnych działań, zwłaszcza w sferze aktywności sportowej, a także lepszej jakości profilaktyki używania tytoniu i alkoholu. Sprzyja też zainteresowaniu stanem zdrowia załogi i stosunkiem pracowników do realizowanych działań oraz zwiększa szanse stosowania pozytywnych form stymulowania personelu do aktywności prozdrowotnej. Można zakładać, że wsparcie ze strony państwa może się stać, zwłaszcza dla firm w gorszej

sytuacji finansowej, częściową rekompensatą deficytów ograniczających prozdrowotne zaangażowanie.

Tylko co siódme przedsiębiorstwo nie skarży się na żadne przeszkody w promocji zdrowia, stąd wsparcie ze strony państwa i jego agend nie może ograniczać się do mechanizmów finansowych. Warto, żeby objęło m.in. wspomniane promowanie idei (poprzez zaangażowanie służb publicznych działających na styku sfer zdrowia i pracy, patronowanie prestiżowym konkursom dla biznesu, uwzględniającym troskę o zdrowie itd.), sprzyjało rozwojowi ról i karier zawodowych związanych z promocją zdrowia, ulg w ubezpieczeniach dla przedsiębiorstw i pracowników zaangażowanych w promocję zdrowia itp. Takie rodzaje wsparcia mogą być szczególnie pomocne dla mniejszych przedsiębiorstw, które na ogół rzadziej dysponują odpowiednim zapleczem kadrowym i organizacyjnym. Mniejsze firmy, co pokazują też inne ustalenia [23], rzadziej oferują pracownikom działania prozdrowotne, aktywność tych firm jest mniej rozbudowana, gorzej radzą sobie z trudnościami w tej sferze.

Konkluzje z przedstawionych wyników poparte są wieloletnią praktyką autorów w dziedzinie wdrażania i badania promocji zdrowia pracujących. Jest to ważne, ponieważ omówione badanie ma swoje ograniczenia, skłaniające do ostrożnej interpretacji ustaleń.

Po pierwsze odnotowano dużą liczbę odmów udzielenia wywiadu, co może mieć wpływ na reprezentatywność wyników, trudny jednak do ustalenia. Być może częściej odmawiały przedsiębiorstwa mniej zainteresowane tematem, co mogło uczynić przedstawiony obraz bardziej optymistycznym. Bardziej prawdopodobne wydaje się jednak, że odmowy wiązały się z innymi i zróżnicowanymi powodami, które nie wpłynęły na wyniki w sposób systematyczny. Ponadto należy zauważyć, że duża skala odmów jest nasilającym się problemem we wszystkich badaniach sondażowych i opartych na wywiadach. Jednocześnie rozpowszechniona jest praktyka ukrywania informacji o rzeczywistej skali odmów udzielenia wywiadu.

Po drugie osoby występujące w roli respondentów, choć spełniały założone kryteria doboru, nie zawsze mogły dysponować wszystkimi informacjami, o które były pytane, i w niektórych sytuacjach mogły odpowiadać w mało rzetelny sposób. Tym bardziej, że zarówno wyniki, jak i doświadczenia eksperckie sugerują małe zainteresowanie firm problematyką zdrowia i jej niewielką obecność w kulturach organizacyjnych. Z problemem tym muszą się jednak zmagać autorzy analogicznych badań.

Po trzecie z uwagi na szeroki zakres problematyki i metodę gromadzenia danych (CATI) wiele zagadnień musiało być badanych w sposób ogólny. Niektóre ustalenia nie dają więc podstaw do szczegółowej i jednoznacznej interpretacji. Badanie pokazało skalę analizowanych zagadnień, natomiast nie pozwala na opisanie ich złożoności i różnorodności, którą można byłoby rozpoznać w kolejnych, węższych tematycznie sondażach lub analizach jakościowych.

Po czwarte brakuje innych badań, których wyniki mogłyby posłużyć do weryfikacji zgromadzonych ustaleń. Nie można ich porównać nie tylko ze względu na inny zakres populacji i prób badawczych, ale też z uwagi na różnice w podejmowanych problemach. Nawet jeżeli część problematyki jest zbliżona, to odmienna treść i konstrukcja zastosowanych pytań (np. inny zakres odpowiedzi w kafeterii pytania) uniemożliwia bezpośrednio zestawienie ustaleń.

W przedstawionym badaniu trudno dostrzec ograniczenia, które czyniłyby je mniej wartościowym na tle innych diagnoz tego typu. Przeciwnie – podejmuje problematykę, która tylko w niewielkim zakresie obecna jest w innych diagnozach. Ponadto opiera się na reprezentatywnym doborze licznej próby, co czyni je aktualnie najbardziej miarodajnym.

## WNIOSKI

Trudno precyzyjnie określić, jak wiele średnich i dużych firm w Polsce troszczy się o zdrowie pracowników w większym zakresie, niż wymaga prawo. Ogólnie deklaruje to blisko co szósta firma, podczas gdy realizację szczegółowych działań potwierdza co druga. Wyniki innych badań są rozbieżne i trudne do porównań. Prawdopodobnie większość realizowanych inicjatyw prozdrowotnych ma charakter doraźny i niewiele firm konsekwentnie realizuje spójną politykę promocji zdrowia.

Promocja zdrowia najczęściej polega na sponsorowaniu pracownikom różnych usług opieki medycznej, wspieraniu aktywności fizycznej po pracy oraz troski o warunki pracy i infrastrukturę socjalną w większym stopniu, niż wymagają przepisy. Popularne staje się oferowanie pracownikom abonamentów na usługi prozdrowotne świadczone przez wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne.

Przedsiębiorstwa podejmują promocję zdrowia głównie po to, żeby budować swój dobry wizerunek, zwiększać produktywność i ograniczać koszty, wzmacniać morale pracowników i relacje społeczne. Jeżeli firma posiada tradycję troski o zdrowie personelu, to waż-

ne jest jej podtrzymanie. Istotne są też osobiste prozdrowotne postawy zarządzających/pracodawców. Zdrowie nie należy do najczęściej wskazywanych motywów – jeżeli firma podejmuje działania „dla zdrowia”, to głównie po to, żeby ogólnie wzmacniać energię i witalność pracowników, natomiast bardzo rzadko w celu rozwiązywania konkretnych problemów zdrowotnych załogi. Refleksja na temat zdrowia personelu i jego związków z funkcjonowaniem firmy w zdecydowanej większości przedsiębiorstw ma powierzchowny charakter.

Mało firm interesuje się oceną swoich działań prozdrowotnych i podnoszeniem ich jakości. Tylko nieliczne analizują przyczyny ich sukcesów lub niepowodzeń, także nieliczne oceniają relacje między ich kosztami a osiąganymi korzyściami.

Najczęściej w promocji zdrowia przeszkadza firmom niedostatek środków finansowych, które mogą przeznaczyć na ten cel – mimo że ogólnie dobrze oceniają swoją sytuację finansową. Jest to więc problem nie tyle niedostatku środków, ile priorytetów w ich alokacji. Może to wynikać ze stwierdzonego braku zainteresowania firm tematem korzyści z inwestowania w zdrowie. Ogólnie tylko co siódma firma nie skarży się na przeszkody, które utrudniają promocję zdrowia lub do niej zniechęcają. Wśród często eksponowanych barier, oprócz niedostatku środków, są również: zaabsorbowanie zarządu celami innymi niż zdrowie, niedostatek systemowej stymulacji ze strony państwa oraz brak wiedzy o korzyściach z promocji zdrowia płynących dla firmy.

Ponad 2/3 przedsiębiorstw nie dostrzega potrzeby motywowania personelu do troski o zdrowie, chociaż tylko niewiele mniej uważa, że pracownicy są mało zainteresowani jego promocją. Uznawane przez firmy sposoby motywacji zasadniczo ograniczają się do finansowania działań prozdrowotnych oraz restrykcji za łamanie obowiązujących uregulowań używania tytoniu i alkoholu. Inne, pozafinansowe metody motywacyjne są prawie nieobecne. Świadczy to o słabym przygotowaniu wewnętrznych kadr do wdrażania promocji zdrowia – zwłaszcza w sytuacji, gdy przeszkodą we wdrożeniach są ograniczenia finansowe.

Potencjał upowszechnienia wdrożeń promocji zdrowia w firmach (przy zapewnieniu ich wysokiej jakości) jest ulokowany w skutecznym, opartym na dialogu marketingu tej idei (i związanych z nią korzyści) wśród pracodawców i zarządzających firmami, także kadr odpowiedzialnych w firmach za wizerunek oraz komunikację z otoczeniem (zewnętrznym oraz wewnętrznym). Ważne jest też podnoszenie kompetencji tych kadr, do-



tyczących zarządzania politykami i programami prozdrowotnymi. Wydaje się, że warto włączyć tu także idee oznaczone innymi sztyldami niż promocja zdrowia (m.in. wellness w pracy, zarządzanie ryzykiem psychospołecznym itd.) i wpisywać je w trendy rozwoju społecznej odpowiedzialności przedsiębiorstw. Reprezentanci sektora ochrony zdrowia (w tym służba medycyny pracy) w komunikacji z firmami powinni w znacznie większym stopniu uwzględniać biznesowy kontekst zdrowia, żeby zwiększać zainteresowanie przedsiębiorstw problemami zdrowotnymi.

Ważną rolę we wspieraniu rozwoju promocji zdrowia w firmach ma do odegrania państwo (które dzięki takim programom prozdrowotnym może ograniczyć część wydatków budżetowych). Jego rola dotyczy zwłaszcza tworzenia oczekiwanych przez pracodawców mechanizmów prawno-ekonomiczno-fiskalnych sprzyjających przedsiębiorstwom promującym zdrowie personelu, ale także dowartościowania tej problematyki w szerszych społecznych i zdrowotnych politykach publicznych.

Istnieje duży niedostatek badań dotyczących stanu i dynamiki wdrażania promocji zdrowia w firmach, uwarunkowań tego procesu oraz efektów wdrożeń (zwłaszcza ekonomicznych). Zgodnie z postulatem „oparcia na dowodach” są one istotne dla osiągnięcia wysokiej jakości strategii i działań upowszechniających jej realizację (w tym dla wspomnianego marketingu i kształcenia kadr), także dla ewaluacji efektów. Państwo powinno aktywnie wspierać niezależne badania w tych obszarach oraz współpracę badawczą uczonych i przedsiębiorstw wdrażających programy promocji zdrowia.

## PIŚMIENNICTWO

- Wyka T.: Ochrona zdrowia i życia pracownika jako element treści stosunku pracy. Difin, Warszawa 2003
- Goszczyńska E.: Regulacje prawne dotyczące konsumpcji alkoholu i narkotyków w pracy. *Med. Pr.* 2013;64(4): 593–608, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.2013.0045>
- Burton J.: WHO healthy workplace framework and model: Background and supporting literature and practices. World Health Organization, Geneva 2010
- O'Donnell M.P. [red.]: Health promotion in the workplace – 3rd edition. Delmar Thomson Learning, Florence 2002
- O'Donnell M.P.: What is the ROI for workplace health promotion? It really does depend, and that's the point. *Am. J. Health Promot.* 2015;29(3):V–VIII, <https://doi.org/10.4278/ajhp.29.3.v>
- O'Donnell M.P.: Does workplace health promotion work or not? Are you sure you really want to know the truth? *Am. J. Health Promot.* 2013;28(1):IV–VII, <https://doi.org/10.4278/ajhp.28.1.iv>
- Schulte P., Vainio H.: Well-being at work – Overview and perspective. *Scand. J. Work Environ. Health* 2010;36(5):422–429, <https://doi.org/10.5271/sjweh.3076>
- Buffet M.-A., Gervais R.L., Liddle M., Eeckelaert L., European Agency for Safety and Health at Work: Well-being at work: Creating a positive work environment. Literature review. Publications Office of the European Union, Luxembourg 2013, <https://doi.org/10.2802/52064>
- Mujtaba B.G., Cavico F.J.: Corporate wellness programs: Implementation challenges in the modern American workplace. *Int. J. Health Policy Manag.* 2013;1(3): 193–199, <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2013.36>
- Kaspin L.C., Gorman K.M., Miller R.M.: Systematic review of employer-sponsored wellness strategies and their economic and health-related outcomes. *Popul. Health Manag.* 2013;16(1):14–21
- Ejdys J. [red.]: Kształtowanie kultury bezpieczeństwa i higieny pracy w organizacji. Oficyna Wydawnicza Politechniki Białostockiej, Białystok 2010
- Leka S., Cox T. [red.]: The European frame work for psychosocial risk management: PRIMA-EF. Institute of Work, Health and Organisation, Nottingham 2008
- Cieślak R., Łuszczynska-Cieślak A.: Zarządzanie stresem w pracy. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne Med.* 2001;21:122–140
- Borkowska S.: Równowaga między pracą a życiem zawodowym. *Acta Univ. Lodziensis Folia Oecon.* 2010; 240:5–44
- Sochert R.: Healthy workplaces towards quality and innovation report on the current status of workplace health promotion in the public administration sector working together for a social and competitive Europe. Report on the current status of workplace health promotion in the public administration sector. Federal Association of Company Health Insurance Fund, Essen 2002
- Korzeniowska E., Wojtaszczyk P., Puchalski K., Pyżalski J., Goszczyńska E., Haratau T.: Project management in workplace health promotion. W: Črnivec R., Dernovšček Hafner N., Lipičnik K., Molan M., Stergar E. [red.]. *Workplace health promotion: Definitions, methods and techniques.* University Medical Centre, Ljubljana 2013, ss. 129–183
- Puchalski K., Korzeniowska E.: Struktura, strategię i metodologia programu promocji zdrowia psychicznego nauczycieli. W: Pyżalski J., Merecz D. [red.]. *Psychospołeczne warunki pracy polskich nauczycieli. Pomiędzy wpa-*

- leniem zawodowym a zaangażowaniem. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010, ss. 133–155
18. Puchalski K., Korzeniowska E.: Promocja zdrowia w miejscu pracy w politykach zdrowia publicznego w Polsce. *Med. Pr.* 2008;59(1):55–64
  19. Rantanen J., Kim R.: Ocena i zalecenia dotyczące wzmocnienia stanowiska i roli zarządczej Ministerstwa Zdrowia w działaniach związanych z poprawą promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce. World Health Organization Regional Office for Europe, Genewa 2012
  20. Puchalski K., Korzeniowska E.: Health promotion – The rationale and the obstacles in workplaces with different employment and financial soundness. *Med. Pr.* 2013;64(6): 743–754, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.2013.0076>
  21. Molek-Winiarska D.: Stress management interventions in Polish companies: Research results. *Edukacja Ekonomistów Menedżerów: Probl. Innowacje Projekty* 2013;27(1):131–148
  22. Juszczak G., Pergoń M., Olejniczak D., Walewska-Zielecka B., Ślusarczyk J.: Badanie zaangażowania firm oferujących pracownikom opiekę medyczną w promowanie zdrowia w miejscu pracy w Polsce. *Przegl. Epidemiol.* 2012;66:547–554
  23. Irastorza X., Milczarek M., Cockburn W., European Agency for Safety and Health at Work: Second European survey of enterprises on new and emerging risks (ESENER-2). Overview report: Managing safety and health at work. Publications Office of the European Union, Luxembourg 2016
  24. Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Lux Med: Zdrowie w miejscu pracy – diagnoza i oczekiwane zmiany. Międzynarodowe badanie oczekiwań wobec programów zdrowotnych w miejscu pracy – Polska, Wielka Brytania, Hiszpania, Australia. Raport z badań. Bupa, Warszawa 2014
  25. Buck Consultants, Xerox: Working well. 6. międzynarodowe badanie dotyczące promocji zdrowia i jakości środowiska pracy. 1. raport polski. Xerox, Warszawa 2014
  26. Kotzian J., Otto J., HRK Employer Branding: Work-life balance. Niewykorzystany potencjał. Raport z badania. HRK, Warszawa 2016
  27. Kunasz M.: Wykształcenie jako czynnik determinujący długość życia. *Edukacja Ekonomistów Menedżerów: Probl. Innowacje Projekty* 2015;37(3):93–110
  28. Panek T., Czapiński J.: Warunki życia gospodarstw domowych. Opieka zdrowotna. *Diagnoza społeczna* 2015. Warunki i jakość życia Polaków – raport. *Contemp. Econ.* 2015;9(4):116–126
  29. Puchalski K., Korzeniowska E.: Próba oceny jakości wdrożeń promocji zdrowia w zakładach pracy na tle jej uwarunkowań. *Med. Pr.* 2003;54(1):1–7
  30. Korzeniowska E.: Preferencje w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia gorzej wykształconych pracowników. W: Korzeniowska E., Puchalski K. [red.]. *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej*. Stradins University, Riga 2010, ss. 68–86