

Ekonomska upravičenost vlaganja v promocijo duševnega zdravja

Avtor:
dr. Klemen Podjed
Inštitut za produktivnost

Povzetek

Stroški delodajalcev, povezani z zdravjem in počutjem zaposlenih, so znatni. Zlasti visoki so stroški absentizma, prezentizma in fluktuacije. V članku je predstavljenih nekaj ključnih metodologij izračunavanja stroškov, povezanih z zdravjem in počutjem zaposlenih. Pregled relevantnih raziskav kaže, da so stroški prezentizma lahko višji od stroškov absentizma. Med metodami za ugotavljanje ekonomske upravičenosti je izpostavljena analiza stroškov in koristi, ki zaradi dodeljevanja monetarnih vrednosti tako stroškom kot tudi koristim ukrepov omogoča uporabo klasičnega nabora orodij in kazalnikov ekonomske upravičenosti vlaganj tudi na področju promocije zdravja in počutja zaposlenih. Rezultati pregleda študij in raziskav, ki zajemajo tudi meta študije, potrjujejo, da so naložbe v promocijo zdravja in počutja zaposlenih lahko zelo donosne oziroma ekonomsko upravičene. Vendar morajo biti programi, za doseg maksimalnega ROI, dobro načrtovani in izvedeni ter financirani na optimalnem nivoju. Članek poudarja potrebo po nadaljnjih raziskavah na tem področju in kreiranje delodajalcem prijaznih orodij za potrebe njihovega poslovnega odločanja.

Abstract

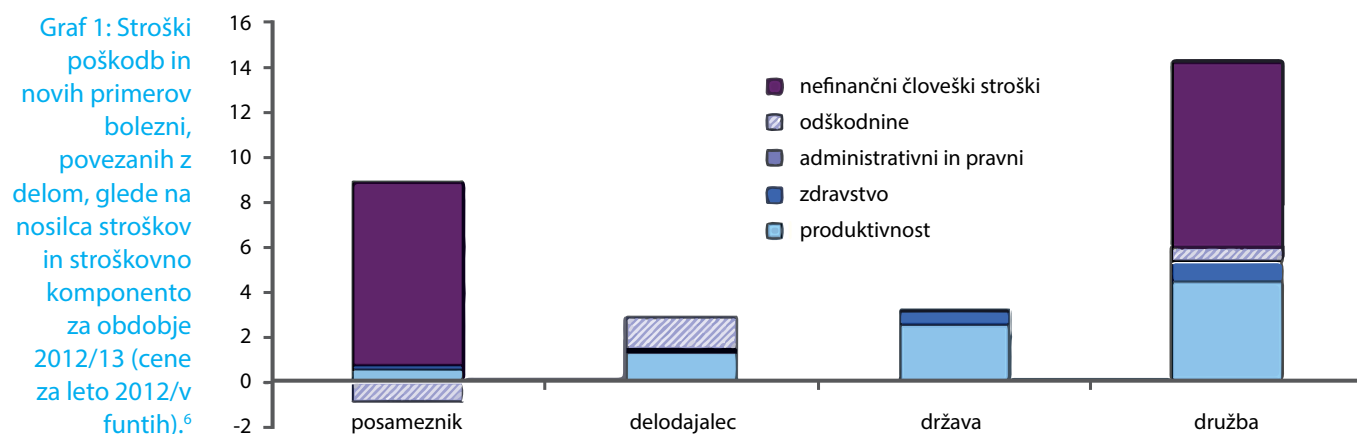
Employers' costs related to worker mental health, in addition to the cost of presenteeism, absenteeism, and turnover, are significant. The article presents some key methodologies for calculating the cost of mental health. Literature review shows that the cost of presenteeism may be higher than the cost of absenteeism. The Cost Benefit Analysis, an economic viability method, is emphasised as it allows assignment of monetary values to both cost and benefits of workplace mental health measures. Consequently, classic tools and indicators of economic viability can be used in the promotion of workplace health and wellbeing. The literature review, which includes a number of meta-studies, suggests that workplace mental health promotion may be economically viable and profitable. However, in order to achieve maximal ROI, mental health programs must be well-planned, executed, and financed at an optimal level. The need for further research and the creation of company-friendly tools required for informed management decisions regarding workplace mental health promotion are emphasised.



1. UVOD

Številne raziskave kažejo, da so finančno ekonomske posledice bolezni in poškodb, ki izhajajo iz duševnih težav in motenj, znatne^{1,2,3,4}.

Namen tega dela članka je predstaviti rezultate raziskav, ki obravnavajo ekonomske vidike duševnega zdravja pri delu, ter metode, ki lahko predstavljajo smernice delodajalcem, kako oceniti višino stroškov ter učinkovitost programov promocije duševnega zdravja v organizacijah. Ekonomska evalvacija je v relevantni literaturi prepoznana kot pomemben vhodni podatek za poslovno odločanje (5). Prispevek je zaradi vsebinske obsežnosti omejen na področje duševnega zdravja pri delu na mikroekonomskem nivoju. Zavedati pa se je potrebno, da podjetja nosijo le manjši del celotnih stroškov slabega duševnega zdravja zaposlenih, kar kaže **graf 1**.



Obstaja vrsta razlogov za težavnost ocenjevanja stroškov in ekonomske upravičenosti ukrepov za večje duševno zdravje pri delu. Psihosocialna tveganja imajo različne učinke, ki jih je težko identificirati, hkrati pa je tudi težko kvantificirati z njimi povezane stroške^{7,8,9}. Poleg tega uporaba različnih pristopov in metodologij vodi do različnih rezultatov^{8,3}.

Zaradi terenske narave raziskav je zelo zahtevno zagotavljati metodološko rigoroznost izvedbe, pri čemer so številni uporabljeni metodološki pristopi slabo razviti.^{10,1,5} Pomembno težavo predstavlja tudi podcenjevanje višine dejanskih stroškov^{3,6}. Hkrati so relevantni podatki za Slovenijo zelo redki, kar ugotavlja tudi EU-OSHA, ki omenja očiten primanjkljaj podatkov o stroških stresa pri delu iz vzhodno- in južnoevropskih držav³.

Bolj kot natančne kvantitativne vrednosti rezultatov raziskav so zato pomembni velikostni razredi podatkov. Tako Cox in soavtorji izpostavljajo pristop »fit for purpose«, ki izhaja iz podmene, da je bolj kot zagotavljanje metodološke rigoroznosti pomemben namen raziskave¹⁰. Zato obstaja potreba po nadaljnem raziskovanju z namenom pridobitve relevantnih podatkov in razvoja v praksi uporabnih orodij, tudi za potrebe poslovnega odločanja vodstev na področju upravljanja z duševnim zdravjem zaposlenih.

2. STROŠKI SLABEGA DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN POČUTJA ZAPOSLENIH

Znanstvena in relevantna strokovna literatura potrjuje povezanost med različnimi vidiki duševnih težav ter stroški delodajalcev. Ti stroški so lahko neposredni (npr. nadomestilo plače za čas bolniške odsotnosti), posredni (npr. stroški prezentizma) in nematerialni stroški (vrednost bolečin in trpljenja posameznika).

EU-OSHA navaja, da je 50–60 % vseh izgubljenih delovnih dni mogoče pripisati stresu in psihosocialnim tveganjem, povezanim z delom¹¹. The Sainsbury Centre for Mental Health navaja, da je okoli 40 % izgubljenih dni zaradi bolniške odsotnosti v Veliki Britaniji posledica duševnih težav¹². Spurgeon et al. pa navajajo, da so psihološke zdravstvene težave v 47 % vzrok za dolgoročne bolniške odsotnosti¹³. Vendar stroški absentizma niso edini stroški delodajalcev, povezani z duševnim zdravjem.

Poleg absentizma spadata med ključne stroške tudi prezentizem in strošek fluktuacije, v manjši meri pa tudi drugi stroški (administrativni stroški, stroški zavarovanj ipd).

Velika večina raziskav pristopa k določanju višine stroškov po induktivni metodi, tako da najprej opredelijo kategorije relevantnih stroškov ter nato seštevajo njihove monetarne vrednosti. Obstajajo različne klasifikacije in pristopi k izračunavanju stroškov. Brun in Lamarche sta oblikovala obsežen seznam 39 indikatorjev stroškov⁷. EU-OSHA navaja listo osmih tipičnih ekonomskih stroškov, povezanih s slabim zdravjem in poškodbami, ki jih nosijo delodajalci (**tabela 1**)¹⁴.

Tangri vključuje tudi razvito metodologijo izračunavanja stroškov fluktuacije, povezanih s stresom, vendar med stroške stresa ne vključuje stroškov prezentizma¹⁵. Ni nujno, da je posamezna metoda opredeljevanja stroškov boljša ali slabša, saj jo je potrebno upoštevati z vidika namena, okolja oziroma konteksta raziskave. Zato so dragoceni tudi poenostavljeni pristopi k ocenjevanju ključnih stroškov duševnega zdravja, bolj uporabni v praksi, kot npr. vodič CIPD¹⁶ za oceno stroškov, ki so povezani s stresom na delovnem mestu, ali pa orodje za izračun stroškov, ki ga je izdelal NICE¹⁷.

Tabela 1: Vrste in perspektive ekonomskih stroškov zaradi poškodb in bolezni, povezanih z delom (povzeto po EU-OSHA, 2013)

Stroški produktivnost	Administrativni stroški	Stroški zavarovanja
Stroški bolniške izguba produktivnosti Motnje produktivnosti Poškodbe opreme Zmanjšanje ugleda podjetja	Administrativni in pravni stroški Stroški reintegracije in prešolanja	Vpliv na zavarovalne premije

Tri glavne vrste stroškov, ki se jih delodajalcem splača oceniti, so stroški absentizma, prezentizma in fluktuacije, ki jih v nadaljevanju predstavljamo podrobneje.

2.1. STROŠKI ABSENTIZMA

Klasična metoda za izračun stroškov absentizma je HCA, pristop človeškega kapitala (human capital approach), ki izhaja iz ekonomske teorije, da na popolno konkurenčnem trgu dela plače odražajo delavčev mejni prispevek k proizvedenim količinam⁵. HCA pri izračunavanju izgubljene produktivnosti upošteva vse prihodnje izgube¹⁸. V praksi se uporablja tudi pristop prehodnega stroška, friction cost approach (FCA), ki upošteva stroške izgubljene produktivnost zaradi bolezni, le dokler prazno delovno mesto ni ponovno zapolnjeno¹⁹. Ker v tem prehodnem obdobju delo odsotnega delavca morda lahko opravijo drugi zaposleni ali pa ga opravi odsotni delavec po prihodu z bolniške odsotnosti, ima tudi ta metoda vrsto slabosti. Novejši pristop, ki poskuša odpraviti pomanjkljivosti HCA in FCA, je metoda RPL – regionalna izguba produktivnosti (Regional Productivity Loss). RPL meri izgubljeno produktivnost in ne le izgubljene plače, upošteva zamenjavo odsotnih zaposlenih in razširja vpliv izgubljene produktivnosti na regionalni nivo. RPL metoda izkazuje višjo oceno stroškov, kot bi jo ugotovili s HCA metodo²⁰. Pri izbiri metode je pomembno upoštevati, na katerem nivoju želimo stroške izračunati, kdo je njihov nosilec, pa tudi razmere na trgu delovne sile in vpliv odsotnosti zaposlenega na stroške in prihodke organizacije. Npr. v Sloveniji stroške nadomestila za čas odsotnosti z dela nad 30 dni nosi ZZZS.

2.2. STROŠKI PREZENTIZMA

Prezentizem je opredeljen kot zmanjšanje produktivnosti zaradi težav z zdravjem ali drugih dogodkov, ki zaposlenega odvrta od optimalne učinkovitosti^{npr. 21, 22}. Skupna lastnost instrumentov za merjenje prezentizma je, da merijo velikost in stroške prezentizma z ocenjevanjem zmanjšanja produktivnosti zaradi bolezni ali zdravstvenih težav. To je praviloma težavno, saj je potrebno ugotoviti zmanjšanje produktivnosti, povezano z boleznimi ali poškodbami, ter določiti monetarne vrednosti.

Različne študije ugotavljajo, da zdravstveni prezentizem povzroča stroške, ki so lahko višji od stroškov absentizma. Kljub temu se večina podjetij še vedno predvsem posveča zmanjšanju absentizma. NICE ocenjuje, da je strošek prezentizma na letni ravni, povezan s problemi duševnega zdravja, skoraj dvakrat višji od ocenjenih stroškov zaradi

absentizma²³. BKK Bundersverband navaja, da so podatki, pridobljeni v nekem mednarodnem koncernu, pokazali razmerje med delovnimi dnevi, izgubljenimi zaradi prezentizma in absentizma 4,7: 1.²⁴. Rezultati projekta WORC o depresiji na delovnem mestu kažejo, da so stroški prezentizma zaradi depresije v Avstraliji 1,9-krat višji kot ekvivalentni stroški absentizma¹². Weinberg et al. navajajo, da nekatere študije iz ZDA ugotavljajo, da prezentizem predstavlja 4- do 5-krat višji strošek od absentizma²⁵. Rezultati študij se očitno precej razlikujejo, zato se je smiselno osredotočiti zlasti na velikostne razrede rezultatov, ki pa robustno kažejo, da so stroški prezentizma lahko spodnji del ledene gore stroškov, ki jih imajo delodajalci zaradi slabega zdravja in počutja zaposlenih. Izkušnje iz ZDA kažejo, da bi si skoraj dve tretjini zaposlenih bolj prizadevalo pri delu v podjetjih, ki bi investirala v programe zdravja, tri četrtine pa izpostavlja neposredno povezavo med njihovo produktivnostjo in zdravjem²⁶.

Obstaja potreba po razvoju delodajalcem prijaznih orodij za izračun stroškov prezentizma, tudi za potrebe ekonomskih evalvacij različnih ukrepov promocije zdravja.

2.3. STROŠKI FLUKTUACIJE

Študija CIPD je pokazala, da je v Veliki Britaniji med razlogi za fluktuacijo približno petina anketiranih navedla stres na delovnem mestu¹⁶, medtem ko SCMH ocenjuje, da bi bila „razumna ocena, da duševne težave, vključno s stresom, povzročajo največ 5 % celotne fluktuacije“¹². Vendar so stroški fluktuacije znatni. Ocene za Veliko Britanijo kažejo, da povprečno znašajo 7750 £¹, oziroma 6125 £²³.

3. EKONOMSKA EVALVACIJA PROGRAMOV PROMOCIJE ZDRAVJA

Ekonomija zdravja je veja v ekonomiji, ki se ukvarja z učinkovitostjo, uspešnostjo, vrednostjo in obnašanjem v proizvodnji ter obnašanjem na področju zdravja in zdravstvenega varstva. Zaradi narave zdravja kot inherentno nedelarne kategorije se v ekonomiji zdravja uporablja vrsta specifičnih ekonomskih metod in pristopov^{27, 28, 29, 30, 31}. Ekonomska upravičenost je eden ključnih kriterijev poslovnega odločanja in jo upoštevajo tako profitne kot neprofitne organizacije. Drummond jo opredeljuje kot primerjavo dveh ali več alternativnih smeri delovanja z vidika stroškov in posledic³².

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

Večina evalvacijskih metod ekonomije zdravja koristi ne izraža v denarnih vrednostih, kar onemogoča klasične izračune ekonomske upravičenosti programov, kot so neto sedanja vrednost (NSV), interna stopnja donosnosti (ISD), (diskontirana) doba vračanja naložbe (DVN) in donosnost naložbe (ROI). Vsak od kazalnikov ima svoje prednosti in slabosti, ki jih je potrebno razumeti pri določanju ekonomske upravičenosti.

Analiza stroškovne učinkovitosti (Cost Effectiveness Analysis) se izvaja z izračunavanjem stroškov na enoto koristi, pri čemer ni nujno, da se te koristi izrazijo v denarnih enotah ali z drugo ekonomsko vrednostjo³³. Enote koristi so lahko zmanjšanje števila primerov ali povprečnega trajanja odsotnosti, mmHg, pridobljena leta življenja ipd.

Analiza stroškov in koristi (Cost Benefit Analysis) predpostavlja, da je možno določiti denarno vrednost tako stroškom kot koristim ter upošteva diferencialne vrednosti stroškov in koristi med alternativo s projektom in alternativo brez projekta^{34, 35}. Tak pristop omogoči izračun klasičnih kazalnikov ekonomske upravičenosti, kar lahko predstavlja eno od izhodišč pri odločanju. Pri projekcijah stroškov in koristi, izraženih v denarni vrednosti, so prihodnje vrednosti diskontirane na sedanjo vrednost, skladno s konceptom časovne vrednosti denarja.

Neto sedanjo vrednost (NSV) izračunamo kot razliko med sedanjo vrednostjo donosov in sedanjo vrednostjo vlaganj. Vrednost NSV mora biti večja od nič, da je projekt ekonomsko upravičen, oziroma med alternativami izberemo alternativo z najvišjo neto sedanjo vrednostjo.

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

NSV= neto sedanja vrednost

D_i = donos v obdobju i

V_i = investicijska vlaganja v obdobju i

r = relevantna obrestna mera v obdobju i

$i = 0 \dots n$

Količnik koristnosti

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

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

KK = količnik koristnosti

K_i = koristi v obdobju i

S_i = investicijska vlaganja v obdobju i

r = relevantna obrestna mera v obdobju i

Če je $KK > 1$, je projekt primeren.³³

Koeficient donosnosti naložbe (ROI) je razmerje med pričakovanim dobičkom in vrednostjo naložbe. Ne odraža denarne vrednosti vračila, niti časa, ki je potreben, da se naložba povrne³⁶, vendar omogoča neposredno primerljivost donosnosti naložb. Interna stopnja donosnosti in razmerje med koristmi in stroški oziroma količnik koristnosti prikazujeta zanimive informacije, saj nista odvisna od velikosti projekta. Vendar se pri njunem izračunu lahko pojavijo metodološke težave, zato je neto sedanja vrednost bolj zanesljiv kazalnik³⁷.

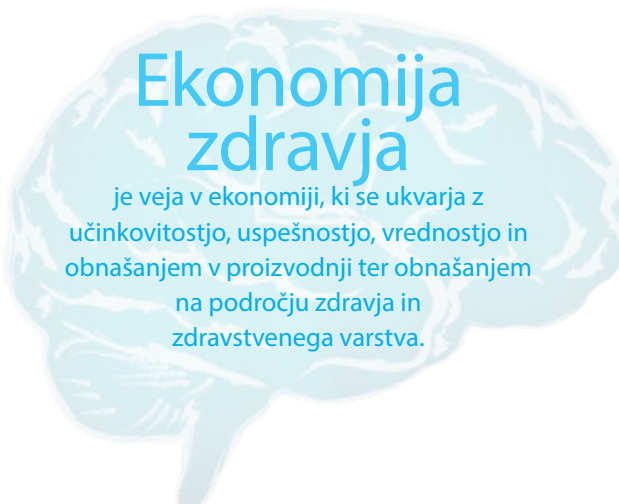
Med preprostejšimi orodji za merjenje ekonomske upravičenosti promocije zdravja pri delu je The Workplace Health Savings Calculator³⁸, ki ga najdete na strani www.healthyworkers.gov.au/internet/hwi/publishing.nsf/Content/roi-introduction.

4. EKONOMSKA UPRAVIČENOST PROGRAMOV PROMOCIJE ZDRAVJA

Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu navaja, da vsak vložen EUR v promocijo zdravja na delovnem mestu povrne 2,5–4,8 EUR preko zmanjšanja stroškov bolniške odsotnosti, manjše fluktuacije, višje produktivnosti in drugih posledic³⁹.

Sicer se rezultati raziskav s področja upravičenosti programov promocije duševnega zdravja precej razlikujejo, a večina znanstvene in relevantne strokovne literature kaže na visoko donosnost programov promocije duševnega zdravja in počutja zaposlenih^{2, 36, 40}, ne le v razvitih ekonomijah, pač pa tudi v tretjem svetu⁴¹. Vse raziskave ne potrjujejo učinkovitosti programov promocije zdravja.

EAHC predstavlja tudi več študij, katerih rezultati niso bili ekonomsko upravičeni², podobno Karlson navaja, da obstajajo zgolj omejeni indici, da so – neodvisno od opazovane populacije – psihosocialna tveganja pri delu in zdravje povezani z izgubo produktivnosti⁴².

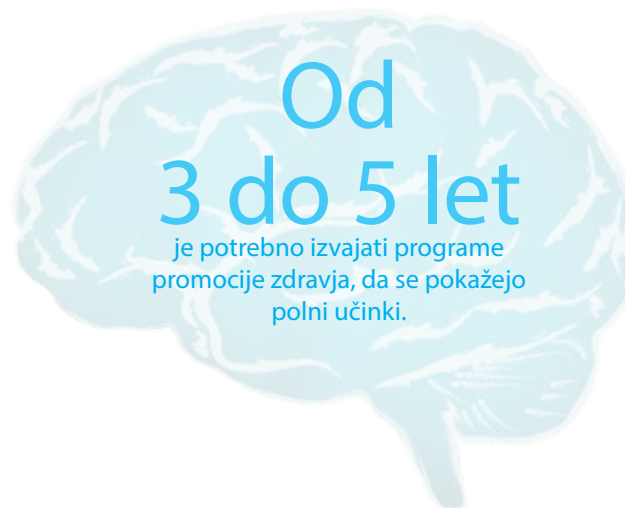


PWC je opravil sistematičen pregled relevantne literature, ki je pokazal, da se količniki razmerja med koristmi in stroški nahajajo med 2,3 do 10,1, pri čemer nekatere posamezne študije kažejo celo višje pozitivne rezultate donosnosti investicij v programe dobrega počutja, ki znašajo od 5,5 do 84,9³⁶. Podobno EAHC ugotavlja, da od 15 programov za duševno zdravje zaposlenih samo trije niso prinesli koristi glede na vložek. Ostalih 12 programov je ROI znašal od 1,75 do 83,73².

Primerjava rezultatov meta študij z dolgoročno donosnostjo delnic pokaže, da naložbe v promocijo zdravja lahko dosejajo večkratnik dolgoročne donosnosti delnic. Če vzamemo srednjo vrednost donosnosti programov promocije zdravja, kot jo navaja EU-OSHA, to je ROI 3,6¹⁴, ter izračunamo povprečno letno donosnost, ob predpostavki 4-letnega opazovanega obdobja, potem znaša letna donosnost tovrstnih programov okoli 90 %. Ob upoštevanju 7-odstotne povprečne dolgoročne donosnosti delnic so naložbe v promocijo zdravja kar 13-krat bolj donosne, kot je povprečna dolgoročna donosnost delnic. Treba je upoštevati, da je potrebno programe promocije zdravja izvajati od 3 do 5 let, da se pokažejo polni učinki.

Švicarska raziskava SWiNG ugotavlja, da se podjetjem splača vlagati v preprečevanje stresa (⁴³). Shulte-Abel in Weber navajata rezultate projekta SWiNG, da so zaposleni, ki doživljajo močan stres, do 10 % manj produktivni od sodelavcev z enako obremenitvijo, kar je pilotne organizacije v povprečju stalo do 6.400 € na leto na zaposlenega. V povprečju je 25 % udeležencev projekta SWiNG zmanjšalo stopnjo stresa in povečalo produktivnost. Z ustreznimi ukrepi se je pri zaposlenih, najbolj obremenjenih s stresom, odsotnost z dela zmanjšala za 1,7 dneva na leto. Povprečno so tako v osmih podjetjih na zaposlenega samo zaradi manjše odsotnosti z dela privarčevali 480 € na leto. Investicija v ukrepe obvladovanja stresa je v 2,5 leta trajajočem projektu znašala 604 € na zaposlenega, povprečni letni donos na zaposlenega pa dosegel 156 € na leto. To pomeni, da se investicija povrne najkasneje v petih letih, pri čemer avtorji raziskave navajajo, da gre za konzervativno oceno⁴⁴.

Visoko donosnost vlaganj v ukrepe za promocijo duševnega zdravja lahko dosežemo na osnovi kvalitetne analize stanja, določitve ključnih prioritet ukrepanja ter s kontinuiranim izvajanjem ukrepov v daljšem obdobju. Vendar smo pri izdelavi načrta promocije zdravja soočeni z opredelitvijo optimalnega portfelja ukrepov, saj imajo različni ukrepi različno donosnost in ni nujno, da so vsi ekonomsko upravičeni. Zato je priporočljivo, da delodajalci znajo oceniti tako stroške kot ekonomsko upravičenost vlaganj v promocijo zdravja. EAHC študija, ki je raziskovala donosnost različnih ukrepov, je pokazala, da večina ukrepov ustvari zadovoljive koristi, da odtehtajo stroške, analiza občutljivosti pa kaže na ekonomsko upravičenost tudi, če se učinke programov zmanjša za 50 %–75 %². To je impresivno, saj se izračuni donosnosti programov promocije zdravja na delovnem mestu praviloma nanašajo na krajše dobe merjenja (2–5 let).



5. UGOTOVITVE IN PRIPOROČILA

Glede na velikostne razrede stroškov in potencialno upravičenost programov, povezanih z duševnim zdravjem, je za delodajalce koristno, da stroške, povezane z duševnim zdravjem zaposlenih, vsaj okvirno spremljajo. Pri tem je priporočeno, da vključijo vse relevantne kategorije stroškov, vračunajo podcenjenost stroškov ter upoštevajo dolgoročna gibanja. To pomeni, da poleg stroškov absentizma upoštevajo tudi stroške prezentizma in fluktuacije, oziroma po možnosti še druge relevantne stroške. Večina raziskav ekonomske upravičenosti programov promocije duševnega zdravja in dobrega počutja pri delu sicer kaže, da so tovrstni programi ekonomsko upravičeni. Vendar morajo biti programi za doseg maksimalnega ROI dobro planirani in izvedeni, pa tudi financirani na optimalnem nivoju, ki pa ga večina delodajalcev ne pozna. V ekonomiji zdravja se za merjenje koristi z zdravjem in počutjem povezanih ukrepov uporablja širok nabor metod, za delodajalce pa sta z vidika ugotavljanja ekonomske upravičenosti naložb zlasti zanimivi analiza stroškovne učinkovitosti, še najbolj pa analiza stroškov in koristi. Slednja izraža tako koristi kot stroške v denarnih enotah ter tako omogoča uporabo klasičnih orodij in kazalnikov ekonomske upravičenosti.

Potrebno je podpirati nove raziskave, povezane z ekonomskimi vidiki promocije zdravja in počutja zaposlenih, tudi v smeri razvoja metodologij oziroma orodij, ki bodo dovolj enostavna, robustna in veljavna, da jih bodo lahko v praksi uporabljali tudi v podjetjih, kjer nimajo specializiranih strokovnjakov za področje ekonomije zdravja. [50](#)

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

VIRI IN LITERATURA:

1. Dewe J.P., O'Driscoll P.M., Cooper L.C., *Coping with Work Stress*, Wiley-Blackwell, VB, 2010
2. EAHC (Executive Agency for Health and Consumers), *Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and of their potential contribution to EU health, social and economic policy objectives*, maj, 2013
3. EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work), *Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks*, Luxemburg, 2014a
4. HSE (Health and Safety Executive), *Health and Safety Statistics, Annual Report for Great Britain, 2014/2015*, <http://www.hse.gov.uk/statistics/overall/hssh1415.pdf>
5. Rezagholi M., Bantekas A., *Making Economic Social Decisions for Improving Occupational Health-A Predictive Cost-Benefit Analysis*, *Occup Med Health Aff*, volumen 3, številka 6, 1000225, december 2015
6. HSE (Health and Safety Executive), *Costs to Britain of workplace fatalities and self-reported injuries and ill health, 2012/13*
7. Brun, J.P. and Lamarche, C., *Assessing the costs of work stress*. Université Laval, Quebec, Canada, 2006. <http://www.cgsst.com/stock/eng/doc272-806.pdf>
8. Chandola, T., *Stress at work*, The British Academy, London, 2010 <http://www.britac.ac.uk/policy/Stress-at-Work.cfm>
9. Giga, S., Hoel, H. and Lewis, D., *The costs of workplace bullying: a report and review for the dignity at work partnership*, 2008
10. Cox, T., Karanika, M., Griffiths, A. & Houdmont, J., *Evaluating organizational-level work stress interventions: Beyond Traditional methods*, *Work & Stress*, volumen 21, številka 4, 2007: 348-362. <http://www.e-elgar.com/shop/eep/preview/book/isbn/9781781001998/>, 29.2.2016
11. EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work): *Vodnik po kampanji: Obvladovanje stresa in psihosocialnih tveganj pri delu*, Luxemburg, 2014b
12. SCMH (The Sainsbury Centre for Mental Health), *Mental Health at Work: Developing the business case*, Policy Paper 8, december 2007. http://www.incorporasaludmental.org/images/doc/D_ENG_EMP_DOCU_GUIA_0036_Developing_the_business_case.pdf
13. Spurgeon, P., Mazelan, P., Barwell, F., Flangan, H., *New Directions in Managing Employee Absence: An Evidence-Based Approach*, Institute of Personnel & Development Date, 2007
14. EU-OSHA, *Estimating the cost of accidents and ill-health at work: A review of methodologies*, Luxemburg, 2013
15. Tangri, R. P., *What Stress Costs*. Halifax: Chrysalis Performance Strategies Inc., 2003
16. CIPD (Chartered Institute of Personnel and Development), *Building the business case for managing stress in the workplace*, London, 2008b. <http://www.cipd.co.uk/NR/rdonlyres/F5B27EA2-1A75-4C26-9140-1C9242F7A9C6/0/4654StressmanagementWEB.pdf>
17. NICE, *Mental wellbeing at work, Tools and resources*, 2009b, <http://www.nice.org.uk/guidance/ph22/resources>
18. IPF (Institut für Pharmaökonomische Forschung), *Guidelines on Health Economic Evaluation*, 2006
19. IQWIG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen), *Allgemeine Methoden*, 22.04.2015. <https://www.iqwig.de/de/methoden/methodenpapier.3020.html>
20. Bankert, B., Coberley, C., Pope, J.E., Wells, A., *Regional economic activity and absenteeism: a new approach to estimating the indirect costs of employee productivity loss*, *Population Health Management*, 2015, Feb;18(1):47-53
21. D'Abate, C. P., in Eddy, E. R. *Engaging in personal business on the job: Extending the presenteeism construct*. *Human Resource Development Quarterly* 18 (2007) 3; 361-383
22. Lerner, D.J., Amick, B. III, *Work Limitations Questionnaire*, Wellcome Glaxo. Boston, MA: The Health Institute, Tufts-New England Medical Center; 1998
23. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), *Promoting mental well-being through productive and healthy working conditions: guidance for employers*, London, november, 2009a, <https://www.nice.org.uk/guidance/ph22>
24. BKK Bundesverband, *Zukunft der Arbeit, BKK Gesundheitsreport, 2011*. https://www.bkk-hmr.de/download/BKK_Gesundheitsreport_2011.pdf
25. Weinberg, A., Southerland, J.V., Cooper, C., *Organizational Stress Management, A Strategic Approach*, Palgrave Macmillan, London, 2010
26. Tappura S., Sievänen M., Heikkilä J., Jussila A., Nenonen N., *A management accounting perspective on safety*, *Safety Sci.* (2014). <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssci.2014.01.011>
27. Culyer J.A., *The dictionary of health economics*, 3. izdaja, Edward Elgar Publishing, Inc. Northampton, ZDA, 2014
28. Drummond F.M., Sculpher J.M., Claxton K., Stoddart L.G., Torrance W.G., *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, 4. izdaja, Oxford University Press, 2015
29. Bhattacharya J., Hyde T., Tu P., *Health Economics*, Palgrave Macmillan, 2014
30. Glied S., Smith C.P., *The Oxford Handbook of Health Economics*, Oxford University Press, 2. izdaja, 2013
31. Gray M.A., *Applied Methods of Cost-effectiveness Analysis in Health Care*, Oxford University Press, *Handbooks in Health Economic Evaluation Series*, 2011
32. Drummond, M. F., O'Brien, B., Stoddart, G. L., & Torrance, G., *Methods for the economic evaluation of health care Programmes*, Oxford, Oxford University Press, 1987
33. ESRR et al. (*Strukturni skladi-ESRR, Kohezijski sklad in ISPA*), *Priročnik za izdelavo analize stroškov in koristi investicijskih projektov*, 2004. http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/guides/cost/guide02_sl.pdf
34. Johnson, G., Sholes, K., Whittington, R., *Exploring Corporate Strategy*, Prentice Hall, 7th edition, 2005
35. Andargie, G., *Introduction to Health Economics*, University of Gondar, 2008. http://www.cartercenter.org/resources/pdfs/health/ephti/library/lecture_notes/health_science_students/LN_Intro_to_Health_Economics_final.pdf
36. PWC (PricewaterhouseCoopers), *Building the case for wellness*, 2008
37. Evropska komisija, *Smernice glede metodologije za izvedbo analize stroškov in koristi*, 08/2006
38. Baxter S., Campbell S., Cazaly C., Owen C., Palmer J.A., Sanderson K., Venn A., *Development of the Workplace Health Savings Calculator: a practical tool to measure economic impact from reduced absenteeism and staff turnover in workplace health promotion*, 2015
39. EU-OSHA, *Fact 93, 2010* <https://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/93>
40. Aldana S.G., *Financial Impact of Health Promotion Programs: A Comprehensive Review of the Literature*, in: *American Journal of Health Promotion*, 2001, V 15 (5), S. 296-320
41. Thiede I., Thiede M., *Quantifying the costs and benefits of occupational health and safety interventions at a Bangladesh shipbuilding company*, *International Journal of Occupational and Environmental Health*, volumen 21, št. 2, 2015, 127-136
42. Karlsson, M.L., *Factors of importance for employee health and organizational production*, Karolinska Institutet, 2010
43. POH (Public and Organizational Health Department), Zürich University et al., *SWiNG Project- Final Report of the Evaluation*, Zürich, 2011
44. Shulte-Abel, B., Weber, L., *Aktiv und wirksam gegen Stress*. *Organisator* 12/11-9 (2011); 46-47.