

Review

LABOUR MARKET POLICY AND HEALTH: STRUCTURED REVIEW OF THE BIDIRECTIONAL RELATIONSHIP

Aaron Reeves,^{1,2} David Stuckler²

¹ International Inequalities Institute, London School of Economics and Political Science, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

² Department of Sociology, Oxford University, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

Corresponding author: Aaron Reeves (email: a.reeves@lse.ac.uk)

ABSTRACT

Where and how people work impacts their health and well-being. Labour market policies, by influencing working conditions, have substantial but often unaccounted-for consequences for both health and employment. We performed a narrative and thematic review of 726 papers to identify not only labour market factors, such as employment status, but also some of the gaps in policy-relevant literature regarding how labour market policies can promote health. To facilitate cross-sectoral action, we further discuss the literature describing how the health sector can contribute to improved

labour market outcomes. This review shows that several features of the labour market pose threats to health, particularly when there is insufficient access to work (including unemployment, underemployment and informal employment) and inadequate quality of work (including hazardous conditions, low wages and poor job satisfaction). We found clear evidence that health policies can affect labour market outcomes by increasing or decreasing access to work (particularly for those with limiting long-standing illness) and modifying productivity. Overall, there is relatively little and generally weak

evidence about how specific labour market policies could mutually improve both work and health outcomes. There is evidence of a bidirectional relationship between work and health; however, the current state of knowledge does not provide sufficient guidance for developing optimal policies to achieve desired labour market and health outcomes. We conclude with proposals for developing natural policy experiment research and a social observatory to facilitate linking of data on labour market and health policies across the WHO European Region.

Keywords: HEALTH, HUMAN CAPITAL, LABOUR MARKETS, UNDEREMPLOYMENT, UNEMPLOYMENT

INTRODUCTION

The WHO 2005–2008 Commission on Social Determinants of Health clearly established that health is determined by “the conditions in which people are born, grow, live, work and age” (1). Many of these social determinants of health relate to the labour market: where and how people work and under what conditions.

Across the WHO European Region, there are persistent problems of youth unemployment – affecting more

than 1 in 3 in Spain, Greece and several eastern European nations – the scale of which is a pandemic. The problem is not just unemployment but also underemployment, i.e. desiring to work more but being unable to do so. Meanwhile, there are ongoing debates, often led by international institutions such as the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) and International Monetary Fund (IMF), about how best to help people return to work and the appropriate role of the state in protecting people in the labour market from the hazards of redundancy and job insecurity.

These labour market challenges matter critically for health and health inequalities. This is why the WHO European Region's health policy framework, Health 2020, aims to strengthen intersectoral collaboration between labour ministries and health ministries. For this to happen, it is first necessary to identify areas for cross-sectoral collaboration, highlighting where there are co-benefits of joined-up labour and health policy-making. While there is a large body of evidence on how, for example, unemployment correlates with ill health, much less is known about specific policies that can improve both health and labour market outcomes.

To plug this gap, we performed a narrative and thematic review of the evidence on how and through which mechanisms labour market policies can promote health. This incorporates evidence from systematic reviews of the relationship between employment status and health. It also highlights the gaps in our knowledge regarding how specific labour market policies may shape or modify the relationship between, for example, employment and health. This review finds some evidence of key mechanisms through which labour market policies may affect health. However, we found very little evidence on whether and how specific policies affect health. To facilitate joined-up action, we also discuss the literature on the reverse relationship, i.e. on how the health sector can be leveraged to improve labour market outcomes.

DEFINING LABOUR MARKETS AND LABOUR MARKET POLICIES

Before turning to the review itself, we first set out to define what we mean by labour markets. Labour markets are so called because they involve commercial exchange between employers and free wage labour. Employers seek to hire the best workers, often the most productive or skilled, for the lowest price; conversely, workers seek the best jobs, by considering factors such as wages, commuting and job satisfaction.

Without intervention, labour markets can have harmful social consequences, such as child labour (2, 3), in-work poverty or hazardous working conditions (4). Labour market policies involve institutions and regulations that aim to minimize these harms (5, 6). They can fundamentally alter the balance of power between employer and employees. The most common policies involve wage setting (e.g. minimum wages),

labour legislation (including employment protection) and social protection policies that provide income replacement and integration for those unemployed or threatened by unemployment. In short, these policies can increase or decrease people's risk of job loss, workplace injury, in-work poverty or other occupational hazards while seeking to improve work quality, with potentially profound health consequences (5).

European nations have adopted varied approaches to managing labour markets and created opportunities to learn from successes and failures. Some countries set minimum wages through statutes, while others aim to achieve this through collective bargaining. Some countries have strict employment protections, while others pursue greater flexibility. A few countries mandate equal pay between men and women, while others allow employers to determine wages. Member States also choose to regulate some of these areas and not others. For example, Germany sets minimum wages through collective bargaining and has strict employment protection, but does not mandate equal pay between the sexes.

REVIEW METHODS

To explore the relationship between labour markets and health – and by implication, how labour market policies may affect health – we conducted a narrative review of the literature. First, we retrieved from Scopus 1949 articles published on labour markets and health (by searching for the terms “labour market” and “health”), restricting the search to book chapters, reviews and journal articles published in English in the areas of the social sciences and medicine. We did not restrict the search by geography. The scope of this review is the bidirectional relationship between labour markets and health. After extracting these papers, we reviewed the abstracts to identify those papers that addressed at least one of these two issues, yielding a total of 726 papers published between 1963 and 2016. We also tried to identify papers that examined specific labour market policies but our search captured only a handful of papers examining policies rather than mechanisms linking those policies to health outcomes.

Fig. 1 summarizes the bidirectional relationship between labour markets and health (7, 8). How labour

markets are organized will affect health, but health can also affect labour market activity. We review each direction in turn, starting with the effect of labour markets on health.

RESULTS

HOW LABOUR MARKETS AFFECT HEALTH

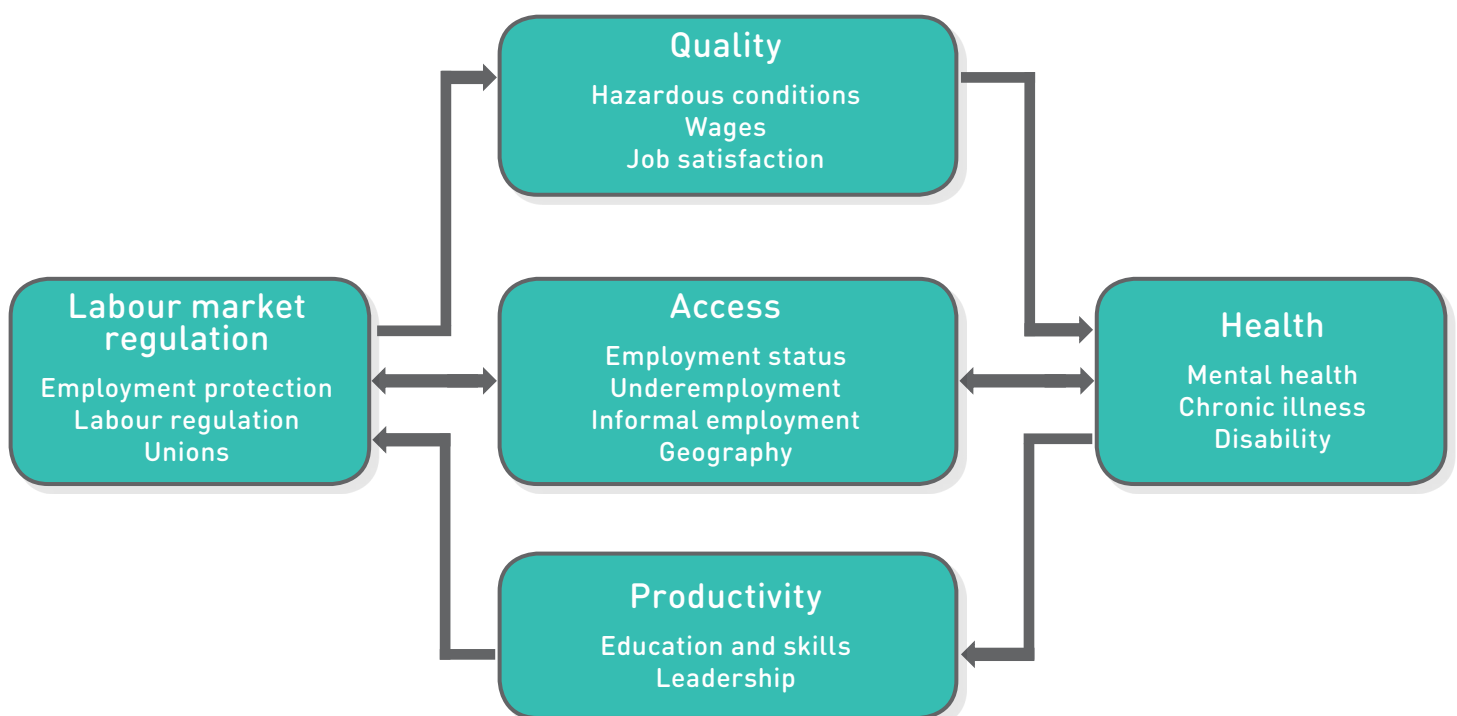
Labour market policy can promote better health by improving access to jobs and the quality of those jobs (see Fig. 1) (9).

Access to work is good for health (10–12). People who lack work and wish to find it are considerably more likely to become sick, have worse mental health and to die prematurely (through suicide or other causes) compared with their employed counterparts (13–16); this association changes as people age (17). Across the European Region, there is a high prevalence of people who are unable to find work. Youth unemployment is a particular concern. Since 2008, youth unemployment (age 15–24 years) has risen by ~5 percentage points, reaching 21.4% in 2013. Unemployment, particularly for young people, has a scarring effect by increasing the risk of future unemployment, lower wages, and poorer mental and physical health (18–20).

Job loss also affects health (12). People who lose work are more likely to experience mental ill health after becoming unemployed, and these effects can persist into later life (10). Sudden and involuntary job loss (among men) due to plant closures increased the risk of overall mortality (and cause-specific mortality related to circulatory disease and suicide), and was linked with hospitalization due to traffic accidents, alcohol-related disease and mental ill health (21). Job loss during recessions is even worse for health, and increases the risk of cardiovascular diseases (22).

Underemployment and informal employment (particularly common in eastern Europe) are also manifestations of inadequate access to work, and can also affect health (10, 23). Underemployment occurs when people experience insufficient pay or hours of work (24). This often leads to in-work poverty, i.e. where work does not provide sufficient income to sustain an adequate standard of living, which, in turn, can impact health (1). So-called informal employment is work in areas not controlled by government oversight. Informal employment can carry occupational hazards and may (but does not always) involve illegal activities. For example, sex workers face a much higher risk of HIV, other sexually transmitted infections and violence compared with employees

FIG. 1. RELATIONSHIP BETWEEN LABOUR MARKETS AND HEALTH



in formal employment (25). Inadequate access to work (including unemployment, underemployment and informal employment) harms not just the workers but the health of their families as well (26–28).

There is considerable debate about how to increase access to work, broadly hinging on whether to pursue so-called active or passive labour market programmes. Passive labour market policies tend to replace incomes, such as through unemployment insurance, while active programmes include job placement services and other schemes, such as training and job creation, to increase access to work. Currently, the OECD and IMF favour the latter. However, there is considerable variation in how they are operationalized, and evidence of their effectiveness is mixed (29). Active labour market programmes may help people find work but the success of the programmes can depend on who runs the service (public or private sector), the types of services offered (job search assistance or job placement) and whether it is targeted to specific groups (29). Participating in these programmes may improve health, but such health gains may only accrue to job seekers with a high socioeconomic status because they are most likely to participate, thus potentially increasing inequalities (30, 31).

For health benefits, quality of work is as important as access to work. Having a low-skilled job, with little autonomy at work and low pay, may be as detrimental to health as having no job at all (32, 33). Low work quality, particularly occupational conditions in which people do not use their skills and lack autonomy, has been found to lead to prolonged periods of elevated stress. As a result, low work quality also increases the risk of poor mental health, high blood pressure and coronary heart disease (34, 35).

There is evidence, however, that some features of work associated with low job quality may promote productivity. For example, a Norwegian study observed that reduced job security also reduced the number of sick days (36). Similarly, other studies suggest that precarious employment can reduce sick days without harming health (37, 38). Yet, these analyses often ignore the long-term health effects of job insecurity – which may, in fact, increase costs for employers – and overlook evidence suggesting that insecure workers are also the group most likely to show up at work even if they are sick (39).

Labour market policies can create conditions leading to poverty, such as wages that leave workers below the poverty line. This can weaken labour market activity because it can cause people to exit the labour market early (40, 41). Higher wages may encourage productivity, reduce sick days and foster human capital development, particularly for low-wage workers (42–44). Some studies found that poor working conditions, high levels of stress and low autonomy are all associated with worse employee health, leading to poorer productivity and less adaptability among labour market participants. This, in turn, reduces working hours and productivity while increasing the number of sick days and the risk of early retirement (45, 46). These issues are especially important for women and ethnic minorities, who are more likely to experience lower wages, greater job insecurity and poorer working conditions (47).

Job insecurity – often described as risky, uncertain or unpredictable work – also increases the risk of mental ill health and poor self-rated health, and is associated with a greater risk of premature mortality (48–50). Re-employment, for example, does not lead to health improvements if the job is insecure (51). Importantly, there is a social gradient in work quality: poor working conditions are more common among those on temporary or fixed-term contracts. Therefore, addressing inequalities in work quality may contribute towards reducing avoidable health inequalities, a key goal of Health 2020 (1, 52).

HOW BETTER HEALTH IMPROVES LABOUR MARKET OUTCOMES

Health does not only respond to labour markets; it can also influence productivity and change access to work (see Fig. 1).

A healthy workforce is a national asset and a powerful engine of economic growth, which in turn can lead to important health gains (53). Health is a form of human capital and so is linked to productivity and the creation of economic value, which fosters growth and economic development (54–57). Better health enables people to obtain and retain employment (58–60), which promotes social inclusion, community participation, the development of new skills and poverty alleviation through financial security for both individuals and families.

Health can contribute to labour market activation, especially among young people, by ensuring that people can acquire education and employment, developing and maintaining skills, and encouraging inclusive growth (61).

Investing in health is vital for ensuring a skilled and productive workforce. Starting in childhood, poor health reduces educational attainment and increases the risk of leaving school altogether (62–66). This tracks into adult life by reducing productivity and employment prospects, while increasing the risk of labour market exit (67, 68). Improving young people's education and employability first requires that they are healthy. However, investing in health during childhood is insufficient. Health investments in working-age adults – both employed and unemployed – may also expand the existing labour supply by increasing labour market attachment, particularly among older workers (69, 70). Schemes that strengthen the health of working-age people will allow them to maintain and develop new skills, thus increasing their productivity and adaptability to changing labour markets. Such flexibility is crucial in the context of social dislocation, which often follows periods of increased trade and economic integration (71).

The European Commission defines labour markets as accessible when all people of working age have the opportunity to participate in paid work (72). Very few, if any, labour markets meet this criterion. People living with disability, for example, often face exclusion from paid work. In 2011, across European Union (EU) countries, less than 50% of people with physical impairment were employed, some 20 percentage points lower compared with people who do not have such difficulties (73). This constitutes a major loss of an economy's labour supply and productivity. Physical impairment can reduce the likelihood of being in paid work. To address this problem, many Member States have encouraged firms to make reasonable adjustments that remove these barriers, thereby increasing the ability of the physically impaired to participate in the labour market. Where these policies have been implemented, there is some evidence that they have increased the accessibility of paid work for those with physical limitations (74). Such physical impairments reduce labour market activity most among those in less privileged social positions, and so these adjustments may increase

access to paid work for these highly excluded groups (75, 76).

Physical barriers to accessing employment are not the only obstacles to entering paid work. Other barriers also exist (77). People with disabilities often face a lack of training, which can reduce access to paid work. When rehabilitation and training schemes are made available, they increase job-readiness and raise the employment rate among people with limiting, long-standing conditions (78). Another barrier to access is the higher risk of job loss faced by people with chronic illnesses. Here, policy can make a difference. Employment protection regulations, which increase the costs of redundancy, reduce the risk of job loss for people with disabilities, and can increase employment rates (79, 80).

Limiting, long-standing conditions can make paid work difficult, even when reasonable adjustments have been made and when labour laws are favourable to people with disabilities. In these cases, investing in improving health (a so-called health-first approach) can help people become ready to join or rejoin the workforce (31, 81–83). While removing other barriers is important, health status is the main factor explaining most of the employability gap between the short-term and long-term unemployed (84). Therefore, regulations, rehabilitation and training will only go so far if health remains poor.

LABOUR MARKETS AND HEALTH: A VIRTUOUS CYCLE

Promoting health creates a virtuous cycle for achieving labour market goals. When someone loses their job, they are at greater risk of suffering mental ill health, such as depression, which in turn is a barrier to rejoining the labour market (85, 86). Programmes that provide support with job searches and other training schemes for those who have lost their jobs increase the likelihood of re-entry into the labour market and may even increase earnings upon re-entry (29). In fact, one of the reasons for the success of these schemes is that they appear to protect mental health during periods of unemployment (87–89).

The bidirectional relationship between labour market policy and health creates several win-win opportunities. Health and employment ministers can work together to ensure that the workforce is healthy

and productive, thus breaking the cycle of poor health and poverty that creates health inequalities and reduces labour market activity.

HOW THE HEALTH SECTOR CAN TAKE A LEAD

The health sector can lead by example, but this possibility is often overlooked. It is one of the largest employers across Europe, and has the opportunity to implement policies and regulations that improve the health of its workers (90). Such policies might include changing maternity leave, implementing equal pay, reducing in-work poverty by offering a living wage, strengthening employment protections in some countries and providing generous redundancy packages (91, 92). By capitalizing on these synergies, the health sector is better placed to address some of the most pressing challenges facing European societies, including social exclusion, sustainable development and inequalities in income and health.

Conversely, the health sector can also take steps to worsen work quality and access to work. At times, this is driven by external forces. Across Europe, many governments have made deep reductions in health budgets, corresponding to reduced pay for health workers, redundancies, and increasing pressure and work demands on fewer available staff (93, 94).

TOWARDS CROSS-SECTORAL COLLABORATION IN LABOUR MARKET AND HEALTH POLICY

The Health 2020 policy framework has a political mandate. It was adopted by all 53 European Member States in 2012, and can be adapted to the different settings and realities that make up the European Region. It describes how health and well-being can be advanced, sustained and measured through action that creates social cohesion, security, work–life balance, health and a good education. It calls upon the health sector to reach out to the many different actors within and outside government, and provides inspiration and direction to address the complex health challenges of the twenty-first century. The framework confirms values, is based on evidence, and identifies strategic directions and essential actions. It builds on the experiences gained through previous health-for-all policies, and guides the actions of both Member States and the WHO Regional Office.

The framework addresses Europe's big social and health challenges, including inequalities, noncommunicable diseases and infectious disease threats. Health 2020 provides a platform for joint working on the numerous synergies between the health and employment sectors, including in-work poverty, early years development, and labour market protections, where objectives overlap and where win–win areas can be identified. However, fostering an intersectoral conversation between the health and employment sectors will also require deepening of the evidence base.

DISCUSSION

The evidence linking labour markets and health is vast, but our review indicates that there is a lack of policy-relevant work evaluating how labour market policies may affect health. For example, although job insecurity, work quality and the wider working environment are all important determinants of health, there is little evidence documenting how policies or regulations that address these issues affect health. Similarly, employees who experience high levels of job insecurity, high levels of stress and little autonomy, and are exposed to dangerous or toxic work environments without proper protection, are more likely to suffer poor health and die sooner. Finally, there is strong evidence that job loss increases the risk of ill health, thereby reducing the number of disability-free life years and increasing the risk of mortality.

Our research highlights two potential areas for future research and policy:

1. Natural policy experiment research designs
2. Social observatory on health and labour markets.

NATURAL POLICY EXPERIMENT RESEARCH DESIGNS

Much of the literature evaluated relies upon observational designs that address the bidirectional work and health relationship but cannot fully disentangle its links. This can obscure the potential for joined-up policy across sectors. Recent advances in epidemiology and econometrics take advantage of naturally occurring variations in policy implementation such as eligibility, roll-out or geographical reach. Using these designs can enable better studies to ascertain causality as well as influence

a research agenda. Furthermore, there may be potential to partner with countries in the WHO European Region to set up, at low cost, monitoring and surveillance to understand the joint health and labour market impact of policies relevant to both sectors.

This would help those working in health to address key debates relevant to labour market policy. For example, is active or passive labour market policy more beneficial to health and, if so, under what circumstances? Is it better to increase wages through acting on firms, such as setting minimum wages, or to redistribute funds through taxation, such as through tax credits? At present, there is low-quality evidence addressing such questions from a health perspective. There is evidence that passive labour market policies protect health following job loss and may reduce the number of suicides, but so do active labour market policies (95–98). Natural policy experiment studies, referred to above, are a good place to start building such an evidence base for action.

As a result, several labour market policies are being implemented that may have unaccounted-for impacts on health. For example, in 2010 the United Kingdom Government initiated a programme to reassess the work-readiness of people receiving disability insurance. The reassessment procedure was intended to reduce costs and encourage people to (re-)enter the labour market. While these policies may have reduced the number of people receiving disability insurance, they have not increased employment rates and have been associated with increased rates of depression and even suicide (99, 100). It is important, in evaluating the impacts of these policies, to assess effects on both health and labour market outcomes to ascertain the full societal cost–benefit ratio and make informed decisions.

SOCIAL OBSERVATORY ON HEALTH AND LABOUR MARKETS

In many cases, the data needed to evaluate these policies are not always available (101). Across Europe, there are few data sources that combine both health and labour market information to address questions and outcomes relevant to both sectors. This makes it difficult, if not impossible, to propose a cross-sectoral agenda. While the EU Statistics on Living Conditions include such data, the health questionnaires mainly involve self-reported health and chronic conditions,

rather than verified health data. It also leaves some parts of the Europe region uncovered. The WHO European Region, in partnership with Member States and potential collaborating centres, could take the lead in forging such improved surveillance systems. Establishing social observatories could also enable early identification of health risks borne by labour markets, such as mental health, depression and suicide linked to recessions and job loss.

CONCLUSION

It is clear that where and how people work matters for health (41). Labour market policy can improve health by reducing the health risks associated with dangerous working environments, and by addressing the financial strain of unemployment and underemployment. Improving health among workers will also increase productivity and labour market activity. Yet, there are still important gaps in the evidence base. Strengthening the research agenda in this area will foster intersectoral dialogue and collaboration that will allow governments to address avoidable health inequalities across the WHO European Region.

Acknowledgements: We are grateful to the editors and the two anonymous reviewers for their helpful comments and suggestions.

Source of funding: World Health Organization.

Conflict of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decision or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health*. 2012;126 (Suppl 1):S4–S10.
2. The end of child labour: within reach. Geneva: International Labour Office; 2006.
3. Basu K. Child labor: cause, consequence, and cure, with remarks on international labor standards. *J Econ Lit*. 1999;37(3):1083–119.
4. Margolis BL, Kroes WH, Quinn RP. Job stress: an unlisted occupational hazard. *J Occup Med*. 1974;16(10):659–61.
5. Blau FD, Kahn LM. Institutions and laws in the labor market. In: Ashenfelter OC, Card D, editors. *Handbook*

- of labor economics. Amsterdam: Elsevier; 1999:1399–461.
6. MacLeod WB. Great expectations: law, employment contracts, and labor market performance. In: Card D, Ashenfelter O, editors. *Handbook of labor economics*. Amsterdam: Elsevier; 2011.
 7. Bartley M. Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Commun Health*. 1994;48(4):333–7.
 8. Chandola T, Bartley M, Sacker A, Jenkinson C, Marmot M. Health selection in the Whitehall II study, UK. *Soc Sci Med*. 2003;56(10):2059–72.
 9. Virtanen P, Vahtera J, Kivimaki M, Pentti J, Ferrie J. Employment security and health. *J Epidemiol Commun Health*. 2002;56(8):569–74.
 10. Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and unemployment. *Annu Rev Public Health*. 1996;17:449–65.
 11. Jin RL, Shab CP, Svoboda TJ. The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *CMAJ*. 1995;153(5):529–40.
 12. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *J Vocat Behav*. 2009;74(3):264–82.
 13. Garcy AM, Vagero D. The length of unemployment predicts mortality, differently in men and women, and by cause of death: a six year mortality follow-up of the Swedish 1992–1996 recession. *Soc Sci Med*. 2012;74(12):1911–20.
 14. Moser KA, Fox AJ, Jones DR, Goldblatt PO. Unemployment and mortality: further evidence from the OPCS Longitudinal Study 1971–81. *Lancet*. 1986;1(8477):365–7.
 15. Iversen L, Andersen O, Andersen PK, Christoffersen K, Keiding N. Unemployment and mortality in Denmark, 1970–80. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987;295(6603):879–84.
 16. Reeves A, Stuckler D. Suicidality, economic shocks, and egalitarian gender norms. *Eur Sociol Rev*. 2016;32(1):39–53.
 17. Montgomery S, Udumyan R, Magnuson A, Osika W, Sundin P-O, Blane D. Mortality following unemployment during an economic downturn: Swedish register-based cohort study. *BMJ Open*. 2013;3(7).
 18. Knabew A, Ratzel S. Scarring or scaring? The psychological impact of past unemployment and future unemployment risk. *Economica*. 2011;78(310):283–93.
 19. Arulampalam W. Is unemployment really scarring? Effects of unemployment experiences on wages. *Econ J*. 2001;111(475):F585–F606.
 20. Gregory M, Jukes R. Unemployment and subsequent earnings: estimating scarring among British men 1984–94. *Econ J*. 2001;111(475):F607–F25.
 21. Browning M, Heinesen E. Effect of job loss due to plant closure on mortality and hospitalization. *J Health Econ*. 2012;31(4):599–616.
 22. Noelke C, Avendano M. Who suffers during recessions? Economic downturns, job loss, and cardiovascular disease in older Americans. *Am J Epidemiol*. 2015;182(10):873–82.
 23. Ludermir AB, Lewis G. Informal work and common mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(9):485–9.
 24. Friedland DS, Price RH. Underemployment: consequences for the health and well-being of workers. *Am J Commun Psychol*. 2003;32(1–2):33–45.
 25. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet*. 2015;385(9962):55–71.
 26. Hoynes H, Miller D, Simon D. Income, the earned income tax credit, and infant health. *Am Econ J Econ Policy*. 2015;7(1):172–211.
 27. Catalano R, Hansen HT, Hartig T. The ecological effect of unemployment on the incidence of very low birthweight in Norway and Sweden. *J Health Soc Behav*. 1999;40(4):422–8.
 28. Muntaner C, Chung H, Benach J, Ng E. Hierarchical cluster analysis of labour market regulations and population health: a taxonomy of low- and middle-income countries. *BMC Public Health*. 2012;12:286.
 29. Card D, Kluve J, Weber A. Active labour market policy evaluations: a meta-analysis. *Econ J*. 2010;120(548):F452–F477.
 30. Huppert FA, Cooper CL, editors. *Interventions and policies to enhance wellbeing* (sixth volume of a six-volume set). In: Cooper CL, editor. *Wellbeing: a complete reference guide*. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
 31. Saloniemi A, Romppainen K, Strandh M, Virtanen P. Training for the unemployed: differential effects in white- and blue-collar workers with respect to mental well-being. *Work Employ Soc*. 2014;28(4):533–50.
 32. Rueda S, Smith P, Bekele T, O'Brien K, Husbands W, Li A et al. Is any job better than no job? Labor market experiences and depressive symptoms in people living with HIV. *AIDS Care*. 2015;27(7):907–15.
 33. Grun C, Hauser W, Rhein T. Is any job better than no job? Life satisfaction and re-employment. *J Labor Res*. 2010;31(3):285–306.
 34. Kuper H, Marmot M. Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *J Epidemiol Commun Health*. 2003;57(2):147–53.
 35. Marmot MG, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*. 1991;337(8754):1387–93.
 36. Bratberg E, Monstad K. Worried sick? Worker responses to a financial shock. *Labour Econ*. 2015;33:111–20.

37. Lechmann DSJ, Schnabel C. Absence from work of the self-employed: a comparison with paid employees. *Kyklos*. 2014;67(3):368–90.
38. Ziebarth NR, Karlsson M. The effects of expanding the generosity of the statutory sickness insurance system. *J Appl Economet*. 2014;29(2):208–30.
39. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *J Epidemiol Commun Health*. 2000;54(7):502–9.
40. Lallukka T, Mauramo E, Lahelma E, Rahkonen O. Economic difficulties and subsequent disability retirement. *Scand J Public Health*. 2015;43(2):169–75.
41. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):1661–9.
42. Agell J, Lommerud KE. Minimum wages and the incentives for skill formation. *J Public Econ*. 1997;64(1):25–40.
43. Gunasekara FI, Carter K, Blakely T. Change in income and change in self-rated health: systematic review of studies using repeated measures to control for confounding bias. *Soc Sci Med*. 2011;72(2):193–201.
44. Gunasekara FI, Carter KN, Liu I, Richardson K, Blakely T. The relationship between income and health using longitudinal data from New Zealand. *J Epidemiol Commun Health*. 2012;66(6):e12.
45. Mitchell RJ, Bates P. Measuring health-related productivity loss. *Popul Health Manag*. 2011;14(2):93–8.
46. Goetzel RZ, Hawkins K, Ozminkowski RJ, Wang S. The health and productivity cost burden of the “top 10” physical and mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999. *J Occup Environ Med*. 2003;45(1):5–14.
47. Platt J, Prins S, Bates L, Keyes K. Unequal depression for equal work? How the wage gap explains gendered disparities in mood disorders. *Soc Sci Med*. 2016;149:1–8.
48. Ferrie JE, Shipley MJ, Newman K, Stansfeld SA, Marmot M. Self-reported job insecurity and health in the Whitehall II study: potential explanations of the relationship. *Soc Sci Med*. 2005;60(7):1593–602.
49. Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfeld SA, Marmot MG. Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *J Epidemiol Commun Health*. 2002;56(6):450–4.
50. Kalleberg AL. Precarious work, insecure workers: employment relations in transition. *Am Sociol Rev*. 2009;74(1):1–22.
51. Halvorsen K. Impact of re-employment on psychological distress among long-term unemployed. *Acta Sociol*. 1998;41(3):227–42.
52. Lay AM, Saunders R, Lifshen M, Breslin C, LaMontagne A, Tompa E et al. Individual, occupational, and workplace correlates of occupational health and safety vulnerability in a sample of Canadian workers. *Am J Ind Med*. 2016;59(2):119–28.
53. Deaton A. *The great escape: health, wealth, and the origins of inequality*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press; 2013.
54. Strauss J, Thomas D. Health, nutrition, and economic development. *J Econ Lit*. 1998;36(2):766–817.
55. Bloom DE, Canning D, Sevilla J. The effect of health on economic growth: a production function approach. *World Dev*. 2004;32(1):1–13.
56. Bhargava A, Jamison DT, Lau LJ, Murray CJ. Modeling the effects of health on economic growth. *J Health Econ*. 2001;20(3):423–40.
57. Benzoni L, Chyruk O. The value and risk of human capital. *Annu Rev Financ Econ*. 2015;7:179–200.
58. Warr P, Jackson P. Factors influencing the psychological impact of prolonged unemployment and of re-employment. *Psychol Med*. 1985;15(4):795–807.
59. Burkhauser RV, Butler JS, Kim YW. The importance of employer accommodation on the job duration of workers with disabilities: a hazard model approach. *Labour Econ*. 1995;2(2):109–30.
60. Nwaru CA, Nygard CH, Virtanen L. Muscular fitness and re-employment among unemployed job seekers in Finland: a three-year follow-up study. *Work*. 2014;49(4):559–65.
61. Hope S, Pearce A, Whitehead M, Law C. Family employment and child socioemotional behaviour: longitudinal findings from the UK Millennium Cohort Study. *J Epidemiol Commun Health*. 2014;68(10):950–7.
62. Heckman JJ, Masterov DV. The productivity argument for investing in young children. *Rev Agr Econ*. 2007;29(3):446–93.
63. Heckman JJ. Policies to foster human capital. *Research in Economics*. 2000;54:3–56.
64. Anderson LM, Shinn C, Fullilove MT, Scrimshaw SC, Fielding JE, Normand J et al. The effectiveness of early childhood development programs. A systematic review. *Am J Prev Med*. 2003;24(3 Suppl):32–46.
65. Haas SA. Health selection and the process of social stratification: The effect of childhood health on socioeconomic attainment. *J Health Soc Behav*. 2006;47(4):339–54.
66. Cornaglia F, Crivellaro E, McNally S. Mental health and education decisions. *Labour Econ*. 2015;33:1–12.
67. Nexø MA, Borg V, Sejbaek CS, Carneiro IG, Hjarsbech PU, Rugulies R. Depressive symptoms and early retirement intentions among Danish eldercare workers: cross-sectional and longitudinal analyses. *BMC Public Health*. 2015;15:677.

68. Vinnerljung B, Brannstrom L, Hjern A. Disability pension among adult former child welfare clients: a Swedish national cohort study. *Child Youth Serv Rev*. 2015;56:169–76.
69. Dawson C, Veliziotis M, Pacheco G, Webber DJ. Is temporary employment a cause or consequence of poor mental health? A panel data analysis. *Soc Sci Med*. 2015;134:50–8.
70. Huber M, Lechner M, Wunsch C. Workplace health promotion and labour market performance of employees. *J Health Econ*. 2015;43:170–89.
71. Rodrik D. *The globalization paradox: why global markets, states, and democracy can't coexist*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
72. European Commission. Inclusive labour markets. In: *Employment, social affairs and inclusion* [website]. 2016 (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1134&langId=en>, accessed 27 May 2016).
73. Eurostat: statistics explained [web page]. Disability statistics – labour market access. 2014 (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_-_labour_market_access, accessed 27 May 2016).
74. Maroto M, Pettinicchio D. The limitations of disability antidiscrimination legislation: policymaking and the economic well-being of people with disabilities. *Law Policy*. 2014;36(4):370–407.
75. Polidano C, Vu H. Differential labour market impacts from disability onset. *Health Econ*. 2015;24(3):302–17.
76. Lundborg P, Nilsson M, Vikstrom J. Heterogeneity in the impact of health shocks on labour outcomes: evidence from Swedish workers. *Oxford Econ Pap*. 2015;67(3):715–39.
77. Preston G. *A route out of poverty?: disabled people, work and welfare reform*. London: Child Poverty Action Group; 2006.
78. Weathers RR, Jr, Bailey MS. The impact of rehabilitation and counseling services on the labor market activity of Social Security Disability Insurance (SSDI) beneficiaries. *J Policy Anal Manage*. 2014;33(3):623–48.
79. Reeves A, Karanikolos M, Mackenbach J, McKee M, Stuckler D. Do employment protection policies reduce the relative disadvantage in the labour market experienced by unhealthy people? A natural experiment created by the Great Recession in Europe. *Soc Sci Med*. 2014;121:98–108.
80. McAllister A, Nylen L, Backhans M, Boye K, Thielen K, Whitehead M et al. Do “flexicurity” policies work for people with low education and health problems? A comparison of labour market policies and employment rates in Denmark, The Netherlands, Sweden, and the United Kingdom 1990–2010. *Int J Health Serv*. 2015;45(4):679–705.
81. Lindley J, McIntosh S, Roberts J, Murray CC, Edlin R. Policy evaluation via a statistical control: a non-parametric evaluation of the ‘Want2Work’ active labour market policy. *Econ Model*. 2015;51:635–45.
82. Clayton S, Barr B, Nylen L, Burstrom B, Thielen K, Diderichsen F et al. Effectiveness of return-to-work interventions for disabled people: a systematic review of government initiatives focused on changing the behaviour of employers. *Eur J Public Health* 2012;22(3):434–9.
83. Warren J, Bambra C, Kasim A, Garthwaite K, Mason J, Booth M. Prospective pilot evaluation of the effectiveness and cost-utility of a “health first” case management service for long-term Incapacity Benefit recipients. *J Public Health (Oxf)*. 2014;36(1):117–25.
84. Thomsen SL. Explaining the employability gap of short-term and long-term unemployed persons. *Kyklos*. 2009;62(3):448–78.
85. Wadsworth MEJ, Montgomery SM, Bartley MJ. The persisting effect of unemployment on health and social well-being in men early in working life. *Soc Sci Med*. 1999;48(10):1491–9.
86. Shaw R, Sacker A, Bartley M. Resilience to unemployment’s effects on health. *J Epidemiol Commun Health*. 2008;62:A33.
87. Vuori J, Silvonon J, Vinokur AD, Price RH. The Tyohon Job Search Program in Finland: benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *J Occup Health Psychol*. 2002;7(1):5–19.
88. Vinokur AD, Price RH, Schul Y. Impact of the JOBS intervention on unemployed workers varying in risk for depression. *Am J Commun Psychol*. 1995;23(1):39–74.
89. Vinokur AD, Schul Y, Vuori J, Price RH. Two years after a job loss: long-term impact of the JOBS program on reemployment and mental health. *J Occup Health Psychol*. 2000;5(1):32–47.
90. Suhrcke M, McKee M, Stuckler D, Arce RS, Tsoolova S, Mortensen J. The contribution of health to the economy in the European Union. *Public Health*. 2006;120(11):994–1001.
91. Reeves A, McKee M, Mackenbach J, Whitehead M, Stuckler D. Introduction of a national minimum wage reduced depressive symptoms in low-wage workers: a quasi-natural experiment in the UK. *Health Econ*. 2016 April 4 [epub ahead of print]. doi: 10.1002/hec.3336.
92. Avendano M, Berkman LF, Brugiavini A, Pasini G. The long-run effect of maternity leave benefits on mental health: evidence from European countries. *Soc Sci Med*. 2015;132:45–53.
93. Reeves A, McKee M, Basu S, Stuckler D. The political economy of austerity and healthcare: cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011. *Health Policy*. 2014;115(1):1–8.

94. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *Lancet*. 2014;383(9918):748–53.
95. Cylus J, Glymour MM, Avendano M. Do generous unemployment benefit programs reduce suicide rates? A state fixed-effect analysis covering 1968–2008. *Am J Epidemiol*. 2014;180(1):45–52.
96. Reeves A, McKee M, Stuckler D. Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. *Brit J Psychiatry*. 2014;204(6):1–2.
97. Reeves A, McKee M, Gunnell D, Chang SS, Basu S, Barr B et al. Economic shocks, resilience, and male suicides in the Great Recession: cross-national analysis of 20 EU countries. *Eur J Public Health*. 2015;25(3):404–9.
98. Ferrarini T, Nelson K, Sjoberg O. Unemployment insurance and deteriorating self-rated health in 23 European countries. *J Epidemiol Commun Health*. 2014;68(7):657–62.
99. Barr B, Taylor-Robinson D, Stuckler D, Loopstra R, Reeves A, Wickham S et al. Fit-for-work or fit-for-unemployment? Does the reassessment of disability benefit claimants using a tougher work capability assessment help people into work? *J Epidemiol Commun Health*. 2016;70(5):542–8.
100. Barr B, Taylor-Robinson D, Stuckler D, Loopstra R, Reeves A, Whitehead M. "First, do no harm": are disability assessments associated with adverse trends in mental health? A longitudinal ecological study. *J Epidemiol Commun Health*. 2016;70(4):339–45.
101. McKee M, Karanikolos M, Belcher P, Stuckler D. Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clin Med*. 2012;12(4):346–50.

Обзор

ПОЛИТИКА НА РЫНКЕ ТРУДА И ЗДОРОВЬЕ: СТРУКТУРИРОВАННЫЙ ОБЗОР ДВУНАПРАВЛЕННЫХ СВЯЗЕЙ

Aaron Reeves^{1,2}, David Stuckler²

¹ Институт по исследованиям международного неравенства, Лондонская школа экономики и политических наук, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии

² Факультет социологии, Оксфордский университет, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии

Автор, отвечающий за переписку: Aaron Reeves (адрес электронной почты: a.reeves@lse.ac.uk)

АННОТАЦИЯ

От того, где и как люди работают, зависит их здоровье и благополучие. Политика на рынке труда влияет на условия работы и приводит к значительным и зачастую неучтенным последствиям как для здоровья, так и для занятости. Мы провели анализ описательных разделов и тематический обзор 726 статей в поиске не только факторов рынка труда, таких как статус занятости, но и некоторых пробелов в литературе, имеющих отношение к этой политике, в отношении того, каким образом политика на рынке труда может способствовать укреплению здоровья. С целью обеспечения межсекторальных действий мы также рассмотрели литературу, в которой описывается, каким образом сектор здравоохранения может содействовать улучшению результатов на рынке труда. В настоящем обзоре под-

тверждается, что некоторые характеристики рынка труда представляют угрозу здоровью, особенно в случае ограниченного доступа к трудоустройству (включая безработицу, неполную и неофициальную занятость) и неадекватного качества работы (включая вредное производство, низкие зарплаты и неудовлетворенность работой). Мы обнаружили четкое доказательство того, что политика здравоохранения может повлиять на результаты рынка труда, способствуя расширению или сокращению доступа к трудоустройству (особенно для лиц, страдающих хроническими заболеваниями, ограничивающими их трудоспособность) или изменениям в производительности труда. В целом, существует относительно немного фактических и, как правило, неубедительных данных о том,

как конкретные стратегии на рынке труда могут одновременно улучшить результаты работы и состояние здоровья. Существуют факты, указывающие на двунаправленные отношения между занятостью и здоровьем; однако современный уровень знаний не содержит достаточной информации для разработки оптимальных стратегий, направленных на достижение желаемых результатов на рынке труда и в деле укрепления здоровья. В заключительной части данной статьи приводятся некоторые предложения о разработке практического экспериментального исследования политики и создании социальной обсерватории с целью обеспечения взаимодействия данных о политике на рынке труда и стратегиях здравоохранения во всем Европейском регионе ВОЗ.

Ключевые слова: ЗДОРОВЬЕ, ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ КАПИТАЛ, РЫНКИ ТРУДА, НЕПОЛНАЯ ЗАНЯТОСТЬ, БЕЗРАБОТИЦА

ВВЕДЕНИЕ

В 2005–2008 гг. Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья четко определила, что состояние здоровья человека определяют «условия, в которых он рождается, растет, живет, работает и стареет» (1). Многие из этих социальных детерми-

нант здоровья имеют отношение к рынку труда: где и как люди работают, и в каких условиях это происходит.

В странах Европейского региона ВОЗ существует постоянная проблема с безработицей среди молодежи, затрагивающей более трети молодых людей

в Испании, Греции и нескольких странах Восточной Европы, и масштабы этой проблемы приобрели характер пандемии. Проблема заключается не только в безработице, но и в неполной занятости – т.е., люди хотели бы работать больше, но не имеют этой возможности. Тем временем продолжаются дебаты, зачастую возглавляемые такими международными учреждениями, как Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Международный валютный фонд (МВФ), о том, как лучше помочь людям снова получить работу и о надлежащей роли государства в защите людей на рынке труда от опасности сокращения и отсутствия гарантий занятости.

Эти проблемы рынка труда имеют критически важное значение для здоровья и преодоления неравенств в отношении здоровья. Вот почему основы политики для Европейского региона ВОЗ Здоровье-2020 направлены на усиление межсекторального сотрудничества между министерствами труда и здравоохранения. Для обеспечения этого, во-первых, необходимо определить области межсекторального сотрудничества, подчеркнув общие выгоды выработки совместной политики в сферах труда и охраны здоровья. В то время как существует значительная база фактических данных о том, каким образом, например, безработица соотносится с плохим здоровьем, гораздо меньше известно о конкретных стратегиях, которые могли бы содействовать улучшению результатов на рынке труда и в сфере здравоохранения.

С целью устранения этого пробела мы провели анализ описательных разделов и тематический обзор фактических данных о том, каким образом политика на рынке труда может способствовать укреплению здоровья. Это включает данные систематических обзоров о взаимосвязи между статусом занятости и здоровьем. Данный обзор позволил также выявить пробелы в наших знаниях о том, каким образом конкретные стратегии рынка труда могут сформировать или изменить взаимосвязь, например, между занятостью и здоровьем. В процессе этого обзора были обнаружены данные о ключевых механизмах возможного воздействия политики рынка труда на состояние здоровья населения. Тем не менее, мы нашли крайне мало данных о том, влияют ли конкретные стратегии на здоровье, и если да, то каким образом. Для обеспечения совместных действий мы также рассмотрели научную литературу в поисках

обратной взаимосвязи, т.е., исследовали, каким образом можно использовать сектор здравоохранения для улучшения результатов на рынке труда.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЫНКОВ ТРУДА И СТРАТЕГИЙ РЫНКА ТРУДА

Прежде чем перейти к результатам обзора, важно дать четкое определение того, что мы имеем в виду под «рынками труда». Рынки труда называются так, поскольку предусматривают коммерческий обмен между работодателями и свободными наемными работниками. Работодатели стремятся нанять лучших работников, зачастую имеющих самую высокую производительность труда и квалификацию, за максимально низкую цену; и наоборот, работники ищут самую лучшую работу, рассматривая такие факторы, как зарплата, транспортное сообщение и чувство удовлетворенности своим трудом.

При отсутствии вмешательств рынки труда могут привести к вредным социальным последствиям, таким как детский труд (2, 3), нищета работающего населения или опасные условия труда (4). Стратегии на рынке труда предусматривают наличие учреждений и нормативно-правовых актов, предназначенных для минимизации этих вредных последствий (5, 6). Они могут кардинально изменить баланс сил между работодателями и работниками. Наиболее распространенные стратегии включают установление размеров заработной платы (напр., минимальной заработной платы), трудовое законодательство (включающее закон об обеспечении занятости) и меры социальной защиты, обеспечивающие замещение доходов и интеграцию безработных или лиц, которым грозит безработица. Иными словами, такие стратегии могут повысить или снизить риск потери работы, травм на производстве, нищеты среди работающих или других производственных опасностей, при одновременном стремлении к повышению качества работы, что потенциально может быть связано с серьезными последствиями для здоровья (5).

Европейские страны приняли разнообразные подходы к урегулированию рынков труда и создали возможности для изучения успехов и неудач. В некоторых странах размер минимальной заработной платы закреплен законодательно, в то время как другие пытаются добиться этой цели путем коллективного договора. В некоторых странах действуют

жесткие меры обеспечения занятости, а в других применяются более гибкие подходы. Несколько стран установили равную оплату труда для мужчин и женщин, а другие позволяют работодателям самостоятельно определять размер заработной платы. Государства-члены также сами решают, какие из этих областей регулировать. Например, в Германии по итогам коллективного договора устанавливается минимальная заработная плата и действуют жесткие гарантии занятости, но не предусмотрена обязательная равная оплата труда для женщин и мужчин.

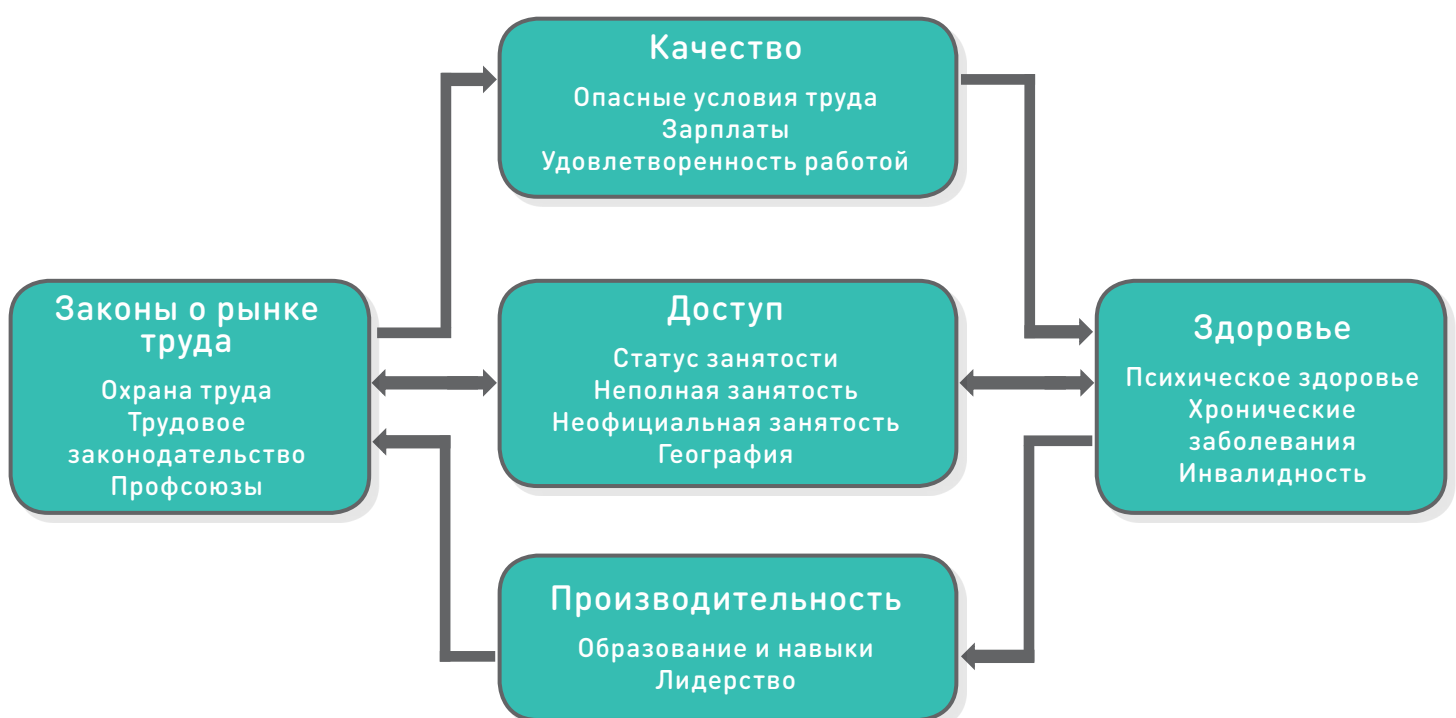
МЕТОДЫ ОБЗОРА

Для изучения взаимосвязи между рынками труда и здоровьем – и, как следствие, чтобы понять, каким образом стратегии на рынке труда могут повлиять на здоровье, – мы провели обзор описательных разделов литературы. Во-первых, мы извлекли из реферативной базы данных Scopus 1949 статей на тему рынков труда и здоровья (введя в строку поиска слова «трудовые рынки» и «здоровье»), ограничив поиск только главами из книг, обзорами и журнальными

статьями, опубликованными на английском языке в областях социологии и медицины. Мы не устанавливали географических ограничений поиска. Задача этого обзора заключается в поиске двунаправленных связей между рынками труда и состоянием здоровья. После извлечения этих документов мы провели обзор их рефератов, чтобы отобрать только те статьи, в которых рассматривался хотя бы один из этих двух вопросов; в результате были выбраны 726 статей, опубликованных с 1963 по 2016 гг. Мы также попытались найти статьи, в которых рассматривались конкретные стратегии на рынке труда, однако в процессе поиска нам удалось найти лишь несколько статей, в которых рассматривались стратегии, а не механизмы, увязывающие эти стратегии с результатами в области охраны здоровья.

На рисунке 1 в обобщенном виде представлены двунаправленные связи между рынками труда и состоянием здоровья (7, 8). От организации рынков труда зависит их воздействие на здоровье, но и состояние здоровья населения также может воздействовать на функционирование рынка труда. Мы изучили каждое направление по очереди, начав с воздействия рынков труда на состояние здоровья населения.

РИСУНОК 1. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ РЫНКАМИ ТРУДА И ЗДОРОВЬЕМ



РЕЗУЛЬТАТЫ

КАК РЫНКИ ТРУДА ВЛИЯЮТ НА ЗДОРОВЬЕ

Стратегия рынка труда может содействовать укреплению здоровья за счет улучшения доступа к работе и повышения качества этой работы (см. рис. 1) (9).

Доступ к работе способствует хорошему здоровью (10–12). Люди, у которых нет работы, но хотят найти ее, значительно чаще болеют, имеют более тяжелые проблемы с психическим здоровьем и чаще преждевременно умирают (в результате самоубийств и по другим причинам) по сравнению с трудоустроенными людьми (13–16); эта взаимосвязь меняется по мере старения людей (17). В странах Европейского региона проживает много людей, неспособных найти работу. Особую обеспокоенность вызывает безработица среди молодежи. Начиная с 2008 г. уровень безработицы среди молодежи (в возрасте 15–24 лет) вырос примерно на 5% и в 2013 г. достиг 21,4%. Безработица, особенно среди молодых людей, может иметь пугающие последствия, поскольку повышает риск безработицы в будущем, низкой заработной платы и плохого психического и физического здоровья (18–20).

Потеря работы также негативно влияет на здоровье (12). Люди, потерявшие работу, чаще страдают от психических заболеваний после этого, и их последствия могут проявляться и в дальнейшей жизни (10). Внезапная и недобровольная потеря работы (среди мужчин) из-за закрытия заводов повышала риск общей смертности (и смертности от конкретных причин, таких как заболевания системы кровообращения и самоубийства), и приводила к госпитализации из-за дорожно-транспортных происшествий, болезней, обусловленных алкоголем, и психических заболеваний (21). Потеря работы во время экономического спада наносит здоровью еще более сильный вред и повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний (22).

Неполная занятость и неофициальная занятость (особенно распространенные в Восточной Европе) также является проявлением неадекватного доступа к работе и может негативно повлиять на здоровье (10, 23). Неполная занятость означает, что люди получают недостаточную оплату за свой труд или ра-

ботают неполный день (24). Это зачастую приводит к нищете среди работающего населения, т.е., работа не приносит достаточного дохода, чтобы обеспечить адекватные жизненные стандарты, что в свою очередь, может повлиять на состояние здоровья (1). Так называемая неофициальная занятость означает, что люди работают сферах, не контролируемых правительством. Неофициальная занятость может быть сопряжена с производственными опасностями и может (хотя и не всегда) быть связана с противозаконной деятельностью. Например, работники секс-бизнеса подвергаются гораздо более высокому риску заражения ВИЧ, другими инфекциями, передающимися половым путем, и насилия по сравнению с лицами, работающими в официальном секторе (25). Недостаточный доступ к работе (включая безработицу, неполную или неофициальную занятость) приносит вред не только самим работникам, но и здоровью членов их семей (26–28).

Ведутся серьезные дискуссии о том, как расширить доступ к работе, и в основном они разворачиваются вокруг одного вопроса: стоит ли проводить так называемую активную или пассивную политику на рынке труда. Пассивная политика на рынке труда обычно направлена на замещение доходов, например за счет страхования от безработицы, в то время как активные программы предусматривают услуги по поиску другой работы и другие мероприятия, такие как переобучение и создание рабочих мест, чтобы расширить доступ к работе. В настоящее время ОЭСР и МВФ отдают предпочтение второму варианту. Однако существует значительное разнообразие методов практической реализации таких программ, и фактические данные об их эффективности довольно разнородны (29). Активные программы на рынке труда могут помочь людям найти работу, но успех этих программ зависит от того, кто осуществляет эти услуги (государственный или частный сектор), от типов предлагаемых услуг (помощь в поиске работы или устройство на работу) и от направленности этих услуг на конкретные целевые группы (29). Участие в этих программах может содействовать улучшению здоровья, но такое улучшение может произойти только среди соискателей работы, имеющих высокий социально-экономический статус, поскольку они с большей вероятностью примут участие в программе, что, таким образом, может привести к усилению неравенства (30, 31).

Если говорить о пользе для здоровья, то качество работы так же важно, как и доступ к работе. Неквалифицированный труд, отсутствие самостоятельности при выполнении работы и низкая оплата труда могут оказать такое же разрушительное воздействие на здоровье, как и безработица (32, 33). Обнаружено, что низкое качество работы, в частности условия работы, при которых люди не применяют свои навыки и не имеют самостоятельности, приводит к продолжительным периодам повышенного стресса. В результате этого низкое качество работы лишь повышает риск ухудшения психического здоровья, повышения кровяного давления и ишемической болезни сердца (34, 35).

Однако существуют данные о том, что некоторые характеристики ситуации, которая ассоциируется с низкой гарантией занятости, могут способствовать повышению производительности труда. Например, в ходе исследования в Норвегии было отмечено, что сокращение гарантий занятости также привело к снижению числа дней пропуска работы по болезни (36). Результаты других аналогичных исследований показывают, что негарантированная занятость способствует сокращению числа дней пропуска работы по болезни без ущерба для здоровья (37, 38). И все же, в этих аналитических исследованиях зачастую игнорируются долгосрочные последствия отсутствия гарантий занятости для здоровья, – которые на самом деле могут привести к росту расходов для работодателей, – и не учитываются факты, указывающие на то, что работники, не имеющие таких гарантий, зачастую могут выходить на работу даже будучи больными (39).

Стратегии рынка труда могут создать условия, приводящие к нищете, например в случае низкой оплаты труда работников. Это может ослабить функционирование рынка труда, поскольку вынуждает людей уходить с рынка труда раньше положенного времени (40, 41). Более высокая заработная плата может содействовать повышению производительности, снижению числа пропуска рабочих дней по болезни и развитию человеческого капитала, особенно среди низкооплачиваемых работников (42–44). В ходе некоторых исследований было обнаружено, что плохие условия труда, высокий уровень стресса и низкий уровень самостоятельности связаны с ухудшением здоровья работников, что приводит к снижению производительности и адаптируемости

среди участников рынка труда. Это, в свою очередь, приводит к сокращению рабочего времени и производительности, увеличению числа рабочих дней, пропущенных по болезни, и риску досрочного выхода на пенсию (45, 46). Эти проблемы особенно серьезны среди женщин и представителей этнических меньшинств, которые чаще получают низкую заработную плату, реже имеют гарантии трудоустройства и зачастую работают в плохих условиях (47).

Негарантированная занятость, которую зачастую описывают, как опасную, нестабильную или непредсказуемую работу, также повышает риск ухудшения психического здоровья и низкой субъективной оценке состояния собственного здоровья, и связана с повышенной опасностью преждевременной смертности (48–50). Повторное устройство на работу, например, не приводит к улучшению здоровья, если эта работа нестабильна (51). Следует отметить, что существует социальная градация качества работы: на работе с плохими условиями чаще всего заняты люди, работающие по временным или срочным трудовым договорам. Таким образом, решение проблемы неравенства в качестве работы может содействовать сокращению неоправданного неравенства в отношении здоровья, – а это одна из ключевых целей политики Здоровье-2020 (1, 52).

КАКИМ ОБРАЗОМ УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ УЛУЧШАЕТ РЕЗУЛЬТАТЫ НА РЫНКЕ ТРУДА

Здоровье не только подвергается воздействию рынков труда, но и может повлиять на производительность труда и способствовать изменению доступа к работе (см. рис. 1).

Здоровая рабочая сила является национальным достоянием и мощным двигателем экономического роста, который, в свою очередь, приводит к существенному укреплению здоровья (53). Здоровье представляет собой одну из форм человеческого капитала и связано с производительностью труда и созданием экономической стоимости, которая способствует росту и экономическому развитию (54–57). Хорошее здоровье дает людям возможность получать и сохранять работу (58–60), а это содействует социальной интеграции, участию в общественной жизни, развитию новых навыков и снижению уровня бедности за счет обеспечения финансовой безопасности отдельных лиц и их семей.

Здоровье может стимулировать активность на рынке труда, особенно среди молодежи, обеспечивая людям возможность получения образования и работы, повышения и поддержания квалификации, а также содействуя всестороннему росту (61).

Инвестиции в здоровье жизненно важны для формирования квалифицированной и продуктивной рабочей силы. Начиная с детского возраста, плохое здоровье может привести к снижению образовательного уровня и повышает риск преждевременного ухода из школы (62–66). Это прослеживается и во взрослой жизни, приводя к снижению производительности и уменьшению перспектив трудоустройства, одновременно повышая риск ухода с рынка труда (67, 68). Для повышения уровня образования и расширения возможностей трудоустройства молодых людей в первую очередь требуется, чтобы они были здоровы. Однако одних только инвестиций в здоровье в детском возрасте недостаточно. Инвестиции в здоровье взрослых трудоспособного возраста – как занятых, так и безработных – также может расширить существующее предложение на рынке труда, содействуя закреплению на рынке труда, особенно среди работников старшего возраста. (69, 70). Планы по укреплению здоровья людей трудоспособного возраста позволят им сохранять и повышать квалификацию, таким образом повышая производительность труда и усиливая способность к адаптации к меняющимся условиям рынка. Такая гибкость очень важна в условиях социальной разобщенности, которая зачастую становится следствием периодов роста торговой и экономической интеграции (71).

Европейская комиссия определяет рынки труда, как «доступные», когда все люди трудоспособного возраста имеют возможность участвовать в оплачиваемом труде (72). Очень немногие рынки труда соответствуют (или совсем не соответствуют) этому критерию. Например, люди с инвалидностью зачастую не имеют возможности устроиться на оплачиваемую работу. В 2011 г. во всех странах Европейского союза (ЕС) менее 50% людей с физическими недостатками были трудоустроены, что на 20% ниже по сравнению с людьми, не имевшими таких проблем со здоровьем (73). Это представляет собой серьезную потерю в сфере трудовых ресурсов и производительности труда. Наличие физических недостатков снижает шансы на получение оплачи-

ваемой работы. Для решения этой проблемы многие государства-члены поощряют компании к внесению необходимых изменений в свои правила, чтобы расширить возможности инвалидов для участия на рынке труда. Там, где эти стратегии были реализованы, уже появились данные о том, что это расширило доступность оплачиваемой работы для лиц с физическими ограничениями (74). Такие физические ограничения снижают активность на рынке труда больше всего среди социально незащищенных лиц, поэтому такие изменения могут содействовать расширению доступа к оплачиваемой работе для этих в высшей степени изолированных групп (75, 76).

Физические барьеры на пути к трудоустройству являются не единственными препятствиями для получения оплачиваемой работы. Существуют и другие сложности (77). Людям с инвалидностью зачастую не хватает образования, что сокращает их доступ к оплачиваемой работе. Наличие планов реабилитации и обучения инвалидов повышает готовность к работе и уровень занятости среди лиц с хроническими заболеваниями, ограничивающими профессиональные возможности (78). Еще одним препятствием является повышенный риск потери работы для людей с хроническими заболеваниями. Изменений здесь можно добиться за счет принятия соответствующих стратегий. Положения о защите занятости, которые повышают стоимость сокращения штатов, снижают риск потери работы для инвалидов и могут повысить уровни занятости (79, 80).

Ограничивающие, хронические заболевания могут усложнить возможность оплачиваемой работы даже в случае принятия разумных изменений и действия законов о труде, поощряющих трудоустройство инвалидов. В таких случаях инвестиции в укрепление здоровья (так называемый подход «здоровье в первую очередь») могут помочь людям подготовиться к вступлению или повторному вступлению в ряды рабочей силы (31, 81–83). Хотя устранение других барьеров имеет большое значение, состояние здоровья является главным фактором, объясняющим большинство случаев различия в возможностях трудоустройства между длительно и временно безработными лицами (84). Таким образом, нормативно-правовые акты, программы реабилитации и профессионального обучения не достигнут многого, если состояние здоровья не будет улучшаться.

РЫНКИ ТРУДА И ЗДОРОВЬЕ: БЛАГОТВОРНЫЙ ЦИКЛ

Меры по укреплению здоровья создают благотворный цикл в деле достижения целей рынков труда. Когда человек теряет работу, он подвергается повышенному риску ухудшения психического здоровья, например развития депрессии, что, в свою очередь, создает препятствия для возвращения на рынок труда (85, 86). Программы по оказанию поддержки в поисках работы и планы профессиональной подготовки для лиц, потерявших работу, повышают вероятность возвращения на рынок труда и даже повышения заработной платы после этого (29). На самом деле, одной из причин успеха таких программ является то, что они помогают сохранить психическое здоровье в периоды безработицы (87–89).

Двунаправленные связи между стратегиями на рынке труда и здоровьем создают несколько взаимовыгодных возможностей. Министерства здравоохранения и труда могут проводить совместную работу, обеспечивая здоровье и производительность рабочей силы, таким образом, разрывая порочный круг плохого здоровья и нищеты, приводящий к неравенству в отношении здоровья и снижению активности на рынке труда.

КАКИМ ОБРАЗОМ СЕКТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОЖЕТ ВОЗГЛАВИТЬ ЭТО ДВИЖЕНИЕ

Сектор здравоохранения может играть ведущую роль, показывая пример другим секторам, но эту возможность часто упускают. Данный сектор является одним из крупнейших работодателей в Европе и имеет возможности для реализации стратегий и законов, направленных на улучшение здоровья своих работников (90). Такие стратегии могут включать изменение продолжительности отпуска по беременности и родам, введение равной оплаты труда, снижение уровня бедности среди работающих за счет введения прожиточного минимума, усиление защиты занятости в некоторых странах и выплату щедрой компенсации при сокращении штатов (91, 92). Максимально используя эти взаимодополняющие компоненты, сектор здравоохранения имеет лучшие возможности для решения некоторых наиболее острых проблем, с которыми сталкиваются европейские страны, включая социальную изоляцию, устойчивое развитие и неравенство в доходах и состоянии здоровья.

И наоборот, сектор здравоохранения может также предпринять шаги, которые ухудшат качество работы и доступ к работе. Иногда на это влияют внешние силы. По всей Европе многие правительства резко сократили бюджеты здравоохранения, что привело к снижению оплаты труда медицинских работников, сокращениям штатов и усилению рабочих требований и давления на сократившийся персонал (93, 94).

НА ПУТИ К МЕЖСЕКТОРАЛЬНОМУ СОТРУДНИЧЕСТВУ В ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИЙ РЫНКА ТРУДА И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Основы политики Здоровье-2020 содержат политический мандат. Документ был принят всеми 53 государствами-членами Европейского региона в 2012 г. и может быть адаптирован к разным условиям и реалиям стран Европейского региона. В этом документе описано, как можно повышать, поддерживать и оценивать уровень здоровья и благополучия с помощью таких мер, благодаря которым создаются условия для социальной сплоченности, безопасности, разумного сочетания работы и жизни, хорошего здоровья и хорошего образования. Документ обращен ко многим различным заинтересованным субъектам, действующим как в системе государственного управления, так и вне ее, побуждая их к преодолению комплексных проблем охраны здоровья в XXI веке и направляя эту деятельность. В нем вновь подтверждаются ценности и определяются стратегические направления и необходимые действия, основанные на фактических данных. Основы политики, опирающиеся на опыт предыдущей стратегии «Здоровье для всех», служат руководством к действию для государств-членов и Европейского регионального бюро ВОЗ.

В документе рассматриваются крупнейшие проблемы Европы в социальном секторе и сфере здравоохранения, включая неравенства, угрозы неинфекционных и инфекционных заболеваний. Основы политики Здоровье-2020 предлагают платформу для совместных действий в секторах здравоохранения и труда по многим взаимодополняющим направлениям, включая преодоление нищеты среди работающего населения, развитие в раннем возрасте и защиту на рынке труда там, где задачи пересекаются и где можно определить области взаимовыгодной деятельности. Однако для формирования межсекторального обсуждения этих вопросов между секто-

рами здравоохранения и труда также потребуется углубление доказательной базы.

ОБСУЖДЕНИЕ

Имеется огромное количество данных о взаимосвязи между рынком труда и здоровьем, однако результаты нашего обзора указывают на отсутствие политически актуальных мер по оценке того, каким образом стратегии рынка труда могут повлиять на здоровье. Например, несмотря на то, что отсутствие гарантий занятости, качество работы и более широкие условия труда являются важными детерминантами здоровья, существует совсем немного фактов, документально подтверждающих, каким образом стратегии или нормативно-правовые акты, регулирующие эти вопросы, влияют на здоровье. Аналогичным образом, работники, страдающие от почти полного отсутствия гарантий занятости, сильного стресса и ограниченной самостоятельности на работе, работающие в опасных или вредных для здоровья условиях без надлежащей защиты, чаще испытывают проблемы со здоровьем и умирают раньше. И, наконец, существует множество фактических данных о том, что потеря работы повышает риск ухудшения здоровья, таким образом, способствуя снижению числа лет без инвалидности и повышая риск смертности.

В нашем исследовании определены две потенциальных области для будущих исследований и формирования политики:

1. Дизайн практического экспериментального исследования политики.
2. Создание социальной обсерватории для наблюдения за здоровьем и рынками труда.

ДИЗАЙН ПРАКТИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЛИТИКИ

Большая часть проанализированной литературы основывалась на результатах наблюдательных исследований, в которых рассматривалась двунаправленная деятельность и связь со здоровьем, но которым так и не удалось полностью установить эту связь. Из-за этого можно не заметить потенциальные возможности для выработки совместной межсекторальной политики. Недавние достижения в сфере эпидемиологии и эконометрики были основаны на

естественных вариациях при реализации политики, таких как критерии соответствия, развертывание или географический охват. Использование таких дизайнов исследований позволит провести более эффективные исследования для установления причинно-следственных связей, а также повлияет на планы исследований. Более того, может возникнуть возможность установления партнерских отношений со странами Европейского региона ВОЗ для создания недорогих систем мониторинга и надзора, чтобы понять взаимное воздействие стратегий здравоохранения и рынка труда, актуальных для обоих секторов.

Это поможет специалистам, работающим в здравоохранении, найти ответ в ходе основных дискуссий в отношении стратегии на рынках труда. Например, являются ли активные или пассивные стратегии рынка труда более выгодными для здоровья, и если это так, то при каких обстоятельствах? Каким образом лучше повысить заработную плату: за счет воздействия на компании, например установив минимальную заработную плату, или за счет перераспределения средств от налогообложения, например с помощью налогового кредитования? В настоящее время существуют не очень надежные данные, в которых эти вопросы рассматриваются с точки зрения здравоохранения. Существуют данные о том, что пассивные стратегии рынка труда направлены на защиту здоровья в случае потери работы и могут содействовать снижению числа самоубийств, но этим же характеризуются и активные стратегии рынка труда (95–98). Практические экспериментальные исследования политики, упоминавшиеся выше, могут стать хорошей отправной точкой для сбора доказательной базы с целью организации ответных действий.

В результате этого сейчас реализуются несколько стратегий рынка труда, которые могут оказывать незамеченное воздействие на здоровье. Например, в 2010 г. правительство Соединенного Королевства инициировало программу для переоценки готовности к работе людей, получающих пособие по инвалидности. Процедура переоценки была призвана снизить расходы и побудить людей обратиться или вернуться на рынок труда. И хотя эти стратегии, вероятно, способствовали сокращению числа людей, получавших пособие по инвалидности, они не привели к росту уровня занятости и ассоциировались с повышением уровня депрессии и даже числа само-

убийств (99, 100). Поэтому при оценке воздействия подобных стратегий важно оценивать их эффект для здоровья и результатов на рынке труда, чтобы в полной мере установить соотношение выгоды и затрат для общества и принимать решения на основе полученной информации.

СОЗДАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ОБСЕРВАТОРИИ ДЛЯ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЗДОРОВЬЕМ И РЫНКАМИ ТРУДА

Во многих случаях данные, необходимые для оценки этих стратегий, не всегда имеются в наличии (101). В странах Европы не так много источников данных, которые бы объединяли информацию о здоровье и рынках труда с целью реагирования на вопросы и результаты, касающиеся обоих секторов. Это усложняет, если вообще не делает невозможным, разработку межсекторальной повестки дня. Хотя статистика ЕС об условиях жизни включает такие данные, анкеты на темы здоровья, как правило, содержат только субъективные ответы о состоянии здоровья и хронических заболеваниях самих респондентов, а не проверенные данные по показателям здоровья. Кроме того, некоторые европейские страны не охвачены этой статистикой. Европейский регион ВОЗ в партнерстве с государствами-членами и потенциальными сотрудничающими центрами может возглавить создание таких усовершенствованных систем надзора. Создание социальных обсерваторий также позволит на ранних стадиях выявлять риски для здоровья, обусловленные политикой рынков труда, такие как ухудшение психического здоровья, депрессия и самоубийства, связанные с экономическим спадом и потерей работы.

ВЫВОД

Совершенно очевидно, что здоровье и благополучие людей зависят от того, где и как люди работают (41). Политика на рынке труда может способствовать улучшению здоровья путем снижения рисков, связанных с опасными условиями труда, и решения проблем, вызванных безработицей или неполной занятостью. Укрепление здоровья работающего населения также позволит повысить производительность и активность на рынке труда. И все же, в доказательной базе до сих пор существуют значительные пробелы. Усиление исследовательской повестки дня в этой области будет способствовать

межсекторальному диалогу и сотрудничеству, которые помогут правительствам в деле преодоления неоправданных неравенств в отношении здоровья во всем Европейском регионе ВОЗ.

Выражение признательности: мы благодарны редакторам и двум анонимным рецензентам за их полезные комментарии и предложения.

Источник финансирования: Всемирная организация здравоохранения.

Конфликт интересов: не указан.

Отказ от ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health*. 2012;126 (Suppl 1):S4–S10.
2. Прекращение детского труда. Цель близка. Женева: Международная организация труда; 2006.
3. Basu K. Child labor: cause, consequence, and cure, with remarks on international labor standards. *J Econ Lit*. 1999;37(3):1083–119.
4. Margolis BL, Kroes WH, Quinn RP. Job stress: an unlisted occupational hazard. *J Occup Med*. 1974;16(10):659–61.
5. Blau FD, Kahn LM. Institutions and laws in the labor market. In: Ashenfelter OC, Card D, editors. *Handbook of labor economics*. Amsterdam: Elsevier; 1999:1399–461.
6. MacLeod WB. Great expectations: law, employment contracts, and labor market performance. In: Card D, Ashenfelter O, editors. *Handbook of labor economics*. Amsterdam: Elsevier; 2011.
7. Bartley M. Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Commun Health*. 1994;48(4):333–7.
8. Chandola T, Bartley M, Sacker A, Jenkinson C, Marmot M. Health selection in the Whitehall II study, UK. *Soc Sci Med*. 2003;56(10):2059–72.
9. Virtanen P, Vahtera J, Kivimaki M, Pentti J, Ferrie J. Employment security and health. *J Epidemiol Commun Health*. 2002;56(8):569–74.
10. Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and unemployment. *Annu Rev Public Health*. 1996;17:449–65.
11. Jin RL, Shab CP, Svoboda TJ. The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *CMAJ*. 1995;153(5):529–40.

12. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *J Vocat Behav.* 2009;74(3):264–82.
13. Garcy AM, Vagero D. The length of unemployment predicts mortality, differently in men and women, and by cause of death: a six year mortality follow-up of the Swedish 1992–1996 recession. *Soc Sci Med.* 2012;74(12):1911–20.
14. Moser KA, Fox AJ, Jones DR, Goldblatt PO. Unemployment and mortality: further evidence from the OPCS Longitudinal Study 1971–81. *Lancet.* 1986;1(8477):365–7.
15. Iversen L, Andersen O, Andersen PK, Christoffersen K, Keiding N. Unemployment and mortality in Denmark, 1970–80. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1987;295(6603):879–84.
16. Reeves A, Stuckler D. Suicidality, economic shocks, and egalitarian gender norms. *Eur Sociol Rev.* 2016;32(1):39–53.
17. Montgomery S, Udumyan R, Magnuson A, Osika W, Sundin P-O, Blane D. Mortality following unemployment during an economic downturn: Swedish register-based cohort study. *BMJ Open.* 2013;3(7).
18. Knabew A, Ratzel S. Scarring or scaring? The psychological impact of past unemployment and future unemployment risk. *Economica.* 2011;78(310):283–93.
19. Arulampalam W. Is unemployment really scarring? Effects of unemployment experiences on wages. *Econ J.* 2001;111(475):F585–F606.
20. Gregory M, Jukes R. Unemployment and subsequent earnings: estimating scarring among British men 1984–94. *Econ J.* 2001;111(475):F607–F25.
21. Browning M, Heinesen E. Effect of job loss due to plant closure on mortality and hospitalization. *J Health Econ.* 2012;31(4):599–616.
22. Noelke C, Avendano M. Who suffers during recessions? Economic downturns, job loss, and cardiovascular disease in older Americans. *Am J Epidemiol.* 2015;182(10):873–82.
23. Ludermir AB, Lewis G. Informal work and common mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003;38(9):485–9.
24. Friedland DS, Price RH. Underemployment: consequences for the health and well-being of workers. *Am J Commun Psychol.* 2003;32(1–2):33–45.
25. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet.* 2015;385(9962):55–71.
26. Hoynes H, Miller D, Simon D. Income, the earned income tax credit, and infant health. *Am Econ J Econ Policy.* 2015;7(1):172–211.
27. Catalano R, Hansen HT, Hartig T. The ecological effect of unemployment on the incidence of very low birthweight in Norway and Sweden. *J Health Soc Behav.* 1999;40(4):422–8.
28. Muntaner C, Chung H, Benach J, Ng E. Hierarchical cluster analysis of labour market regulations and population health: a taxonomy of low- and middle-income countries. *BMC Public Health.* 2012;12:286.
29. Card D, Kluve J, Weber A. Active labour market policy evaluations: a meta-analysis. *Econ J.* 2010;120(548):F452–F477.
30. Huppert FA, Cooper CL, editors. Interventions and policies to enhance wellbeing (sixth volume of a six-volume set). In: Cooper CL, editor. *Wellbeing: a complete reference guide.* Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
31. Saloniemi A, Romppainen K, Strandh M, Virtanen P. Training for the unemployed: differential effects in white- and blue-collar workers with respect to mental well-being. *Work Employ Soc.* 2014;28(4):533–50.
32. Rueda S, Smith P, Bekele T, O'Brien K, Husbands W, Li A et al. Is any job better than no job? Labor market experiences and depressive symptoms in people living with HIV. *AIDS Care.* 2015;27(7):907–15.
33. Grun C, Hauser W, Rhein T. Is any job better than no job? Life satisfaction and re-employment. *J Labor Res.* 2010;31(3):285–306.
34. Kuper H, Marmot M. Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *J Epidemiol Commun Health.* 2003;57(2):147–53.
35. Marmot MG, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet.* 1991;337(8754):1387–93.
36. Bratberg E, Monstad K. Worried sick? Worker responses to a financial shock. *Labour Econ.* 2015;33:111–20.
37. Lechmann DSJ, Schnabel C. Absence from work of the self-employed: a comparison with paid employees. *Kyklos.* 2014;67(3):368–90.
38. Ziebarth NR, Karlsson M. The effects of expanding the generosity of the statutory sickness insurance system. *J Appl Economet.* 2014;29(2):208–30.
39. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *J Epidemiol Commun Health.* 2000;54(7):502–9.
40. Lallukka T, Mauramo E, Lahelma E, Rahkonen O. Economic difficulties and subsequent disability retirement. *Scand J Public Health.* 2015;43(2):169–75.
41. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet.* 2008;372(9650):1661–9.

42. Agell J, Lommerud KE. Minimum wages and the incentives for skill formation. *J Public Econ*. 1997;64(1):25–40.
43. Gunasekara FI, Carter K, Blakely T. Change in income and change in self-rated health: systematic review of studies using repeated measures to control for confounding bias. *Soc Sci Med*. 2011;72(2):193–201.
44. Gunasekara FI, Carter KN, Liu I, Richardson K, Blakely T. The relationship between income and health using longitudinal data from New Zealand. *J Epidemiol Commun Health*. 2012;66(6):e12.
45. Mitchell RJ, Bates P. Measuring health-related productivity loss. *Popul Health Manag*. 2011;14(2):93–8.
46. Goetzl RZ, Hawkins K, Ozminkowski RJ, Wang S. The health and productivity cost burden of the “top 10” physical and mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999. *J Occup Environ Med*. 2003;45(1):5–14.
47. Platt J, Prins S, Bates L, Keyes K. Unequal depression for equal work? How the wage gap explains gendered disparities in mood disorders. *Soc Sci Med*. 2016;149:1–8.
48. Ferrie JE, Shipley MJ, Newman K, Stansfeld SA, Marmot M. Self-reported job insecurity and health in the Whitehall II study: potential explanations of the relationship. *Soc Sci Med*. 2005;60(7):1593–602.
49. Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfeld SA, Marmot MG. Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *J Epidemiol Commun Health*. 2002;56(6):450–4.
50. Kalleberg AL. Precarious work, insecure workers: employment relations in transition. *Am Sociol Rev*. 2009;74(1):1–22.
51. Halvorsen K. Impact of re-employment on psychological distress among long-term unemployed. *Acta Sociol*. 1998;41(3):227–42.
52. Lay AM, Saunders R, Lifshen M, Breslin C, LaMontagne A, Tompa E et al. Individual, occupational, and workplace correlates of occupational health and safety vulnerability in a sample of Canadian workers. *Am J Ind Med*. 2016;59(2):119–28.
53. Deaton A. *The great escape: health, wealth, and the origins of inequality*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press; 2013.
54. Strauss J, Thomas D. Health, nutrition, and economic development. *J Econ Lit*. 1998;36(2):766–817.
55. Bloom DE, Canning D, Sevilla J. The effect of health on economic growth: a production function approach. *World Dev*. 2004;32(1):1–13.
56. Bhargava A, Jamison DT, Lau LJ, Murray CJ. Modeling the effects of health on economic growth. *J Health Econ*. 2001;20(3):423–40.
57. Benzoni L, Chyruk O. The value and risk of human capital. *Annu Rev Financ Econ*. 2015;7:179–200.
58. Warr P, Jackson P. Factors influencing the psychological impact of prolonged unemployment and of re-employment. *Psychol Med*. 1985;15(4):795–807.
59. Burkhauser RV, Butler JS, Kim YW. The importance of employer accommodation on the job duration of workers with disabilities: a hazard model approach. *Labour Econ*. 1995;2(2):109–30.
60. Nwaru CA, Nygard CH, Virtanen L. Muscular fitness and re-employment among unemployed job seekers in Finland: a three-year follow-up study. *Work*. 2014;49(4):559–65.
61. Hope S, Pearce A, Whitehead M, Law C. Family employment and child socioemotional behaviour: longitudinal findings from the UK Millennium Cohort Study. *J Epidemiol Commun Health*. 2014;68(10):950–7.
62. Heckman JJ, Masterov DV. The productivity argument for investing in young children. *Rev Agr Econ*. 2007;29(3):446–93.
63. Heckman JJ. Policies to foster human capital. *Research in Economics*. 2000;54:3–56.
64. Anderson LM, Shinn C, Fullilove MT, Scrimshaw SC, Fielding JE, Normand J et al. The effectiveness of early childhood development programs. A systematic review. *Am J Prev Med*. 2003;24(3 Suppl):32–46.
65. Haas SA. Health selection and the process of social stratification: The effect of childhood health on socioeconomic attainment. *J Health Soc Behav*. 2006;47(4):339–54.
66. Cornaglia F, Crivellaro E, McNally S. Mental health and education decisions. *Labour Econ*. 2015;33:1–12.
67. Nexo MA, Borg V, Sejbaek CS, Carneiro IG, Hjarsbech PU, Rugulies R. Depressive symptoms and early retirement intentions among Danish eldercare workers: cross-sectional and longitudinal analyses. *BMC Public Health*. 2015;15:677.
68. Vinnerljung B, Brannstrom L, Hjern A. Disability pension among adult former child welfare clients: a Swedish national cohort study. *Child Youth Serv Rev*. 2015;56:169–76.
69. Dawson C, Veliziotis M, Pacheco G, Webber DJ. Is temporary employment a cause or consequence of poor mental health? A panel data analysis. *Soc Sci Med*. 2015;134:50–8.
70. Huber M, Lechner M, Wunsch C. Workplace health promotion and labour market performance of employees. *J Health Econ*. 2015;43:170–89.
71. Rodrik D. *The globalization paradox: why global markets, states, and democracy can't coexist*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
72. European Commission. *Inclusive labour markets*. In: *Employment, social affairs and inclusion*

- [website]. 2016 (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1134&langId=en>, accessed 27 May 2016).
73. Eurostat: statistics explained [web page]. Disability statistics – labour market access. 2014 (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_-_labour_market_access, accessed 27 May 2016).
 74. Maroto M, Pettinicchio D. The limitations of disability antidiscrimination legislation: policymaking and the economic well-being of people with disabilities. *Law Policy*. 2014;36(4):370–407.
 75. Polidano C, Vu H. Differential labour market impacts from disability onset. *Health Econ*. 2015;24(3):302–17.
 76. Lundborg P, Nilsson M, Vikstrom J. Heterogeneity in the impact of health shocks on labour outcomes: evidence from Swedish workers. *Oxford Econ Pap*. 2015;67(3):715–39.
 77. Preston G. *A route out of poverty?: disabled people, work and welfare reform*. London: Child Poverty Action Group; 2006.
 78. Weathers RR, Jr, Bailey MS. The impact of rehabilitation and counseling services on the labor market activity of Social Security Disability Insurance (SSDI) beneficiaries. *J Policy Anal Manage*. 2014;33(3):623–48.
 79. Reeves A, Karanikolos M, Mackenbach J, McKee M, Stuckler D. Do employment protection policies reduce the relative disadvantage in the labour market experienced by unhealthy people? A natural experiment created by the Great Recession in Europe. *Soc Sci Med*. 2014;121:98–108.
 80. McAllister A, Nylén L, Backhans M, Boye K, Thielen K, Whitehead M et al. Do “flexicurity” policies work for people with low education and health problems? A comparison of labour market policies and employment rates in Denmark, The Netherlands, Sweden, and the United Kingdom 1990–2010. *Int J Health Serv*. 2015;45(4):679–705.
 81. Lindley J, McIntosh S, Roberts J, Murray CC, Edlin R. Policy evaluation via a statistical control: a non-parametric evaluation of the ‘Want2Work’ active labour market policy. *Econ Model*. 2015;51:635–45.
 82. Clayton S, Barr B, Nylén L, Burstrom B, Thielen K, Diderichsen F et al. Effectiveness of return-to-work interventions for disabled people: a systematic review of government initiatives focused on changing the behaviour of employers. *Eur J Public Health* 2012;22(3):434–9.
 83. Warren J, Bambra C, Kasim A, Garthwaite K, Mason J, Booth M. Prospective pilot evaluation of the effectiveness and cost-utility of a “health first” case management service for long-term Incapacity Benefit recipients. *J Public Health (Oxf)*. 2014;36(1):117–25.
 84. Thomsen SL. Explaining the employability gap of short-term and long-term unemployed persons. *Kyklos*. 2009;62(3):448–78.
 85. Wadsworth MEJ, Montgomery SM, Bartley MJ. The persisting effect of unemployment on health and social well-being in men early in working life. *Soc Sci Med*. 1999;48(10):1491–9.
 86. Shaw R, Sacker A, Bartley M. Resilience to unemployment’s effects on health. *J Epidemiol Commun Health*. 2008;62:A33.
 87. Vuori J, Silvonén J, Vinokur AD, Price RH. The Työho Job Search Program in Finland: benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *J Occup Health Psychol*. 2002;7(1):5–19.
 88. Vinokur AD, Price RH, Schul Y. Impact of the JOBS intervention on unemployed workers varying in risk for depression. *Am J Commun Psychol*. 1995;23(1):39–74.
 89. Vinokur AD, Schul Y, Vuori J, Price RH. Two years after a job loss: long-term impact of the JOBS program on reemployment and mental health. *J Occup Health Psychol*. 2000;5(1):32–47.
 90. Suhrcke M, McKee M, Stuckler D, Arce RS, Tsovolos S, Mortensen J. The contribution of health to the economy in the European Union. *Public Health*. 2006;120(11):994–1001.
 91. Reeves A, McKee M, Mackenbach J, Whitehead M, Stuckler D. Introduction of a national minimum wage reduced depressive symptoms in low-wage workers: a quasi-natural experiment in the UK. *Health Econ*. 2016 April 4 [epub ahead of print]. doi: 10.1002/hec.3336.
 92. Avendano M, Berkman LF, Brugiavini A, Pasini G. The long-run effect of maternity leave benefits on mental health: evidence from European countries. *Soc Sci Med*. 2015;132:45–53.
 93. Reeves A, McKee M, Basu S, Stuckler D. The political economy of austerity and healthcare: cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011. *Health Policy*. 2014;115(1):1–8.
 94. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece’s health crisis: from austerity to denialism. *Lancet*. 2014;383(9918):748–53.
 95. Cylus J, Glymour MM, Avendano M. Do generous unemployment benefit programs reduce suicide rates? A state fixed-effect analysis covering 1968–2008. *Am J Epidemiol*. 2014;180(1):45–52.
 96. Reeves A, McKee M, Stuckler D. Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. *Brit J Psychiatry*. 2014;204(6):1–2.
 97. Reeves A, McKee M, Gunnell D, Chang SS, Basu S, Barr B et al. Economic shocks, resilience, and male suicides in the Great Recession: cross-national analysis of 20 EU countries. *Eur J Public Health*. 2015;25(3):404–9.

-
98. Ferrarini T, Nelson K, Sjoberg O. Unemployment insurance and deteriorating self-rated health in 23 European countries. *J Epidemiol Commun Health*. 2014;68(7):657–62.
99. Barr B, Taylor-Robinson D, Stuckler D, Loopstra R, Reeves A, Wickham S et al. Fit-for-work or fit-for-unemployment? Does the reassessment of disability benefit claimants using a tougher work capability assessment help people into work? *J Epidemiol Commun Health*. 2016;70(5):542–8.
100. Barr B, Taylor-Robinson D, Stuckler D, Loopstra R, Reeves A, Whitehead M. “First, do no harm”: are disability assessments associated with adverse trends in mental health? A longitudinal ecological study. *J Epidemiol Commun Health*. 2016;70(4):339–45.
101. McKee M, Karanikolos M, Belcher P, Stuckler D. Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clin Med*. 2012;12(4):346–50.