

Обзор

НА ПУТИ К СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ В ИНТЕРЕСАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ: ПОВЕСТКА ДНЯ ИССЛЕДОВАНИЙ И ПОЛИТИКИ В ВОСТОЧНОЙ И ЗАПАДНОЙ ЕВРОПЕ

Amanda Shriwise¹, David Stuckler²

¹ Отделение социальной политики и вмешательств, Оксфордский университет, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии

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

Автор, отвечающий за переписку: Amanda Shriwise (адрес электронной почты: amanda.shriwise@spi.ox.ac.uk)

АННОТАЦИЯ

Социальная защита в интересах здоровья предполагает не только понимание социальных детерминант здоровья для выработки политики и программ, направленных на решение этой проблемы. Хотя социальная защита имеет большое значение для здоровья, большинство дискуссий на эту тему происходит вне сектора здравоохранения. Таким образом, с целью определения сфер для стратегического партнерства, мы провели полуструктурированный обзор, чтобы понять, каким образом Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Международная организация труда (МОТ), Все-

мирный банк, Международный валютный фонд (МВФ), Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Европейский союз (ЕС) определяют социальную защиту и как это соотносится со здоровьем населения в Европейском регионе ВОЗ. Мы обнаружили несколько областей возможного взаимодействия: (i) между ЕС, МОТ и ОЭСР по вопросам социальной помощи и (ii) между Всемирным банком и МВФ в сфере обеспечения жизнестойкости и управления социальными рисками. Используя результаты данного анализа, мы разработали концептуальные рамки двунаправленных

связей между здравоохранением и социальной защитой. Мы призываем сектор здравоохранения показать пример и проводить работу в отношении многих социальных детерминант, на которые он может воздействовать, особенно в сфере занятости, условий работы и обеспечения заработка. Мы пришли к выводу о том, что разработку исследований и политической повестки дня можно усилить за счет создания сотрудничающих центров ВОЗ, открытия лабораторий политических инноваций и создания Комиссии по вопросам социальной защиты в интересах здоровья.

Ключевые слова: СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА, СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ, СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА, ЕВРОПА

ВВЕДЕНИЕ

На европейских конференциях по вопросам общественного здравоохранения чаще всего повторяют два заклинания «здоровье – это больше, чем просто здравоохранение» и «каждый министр – это министр здравоохранения». В основе этих фраз лежат глубокие наблюдения за работой по укреплению здоровья в Европе. Первое наблюдение заключает-

ся в том, что, несмотря на наличие одной из самых сильных систем здравоохранения в мире, в Европе до сих пор наблюдается устойчивое и масштабное неравенство в отношении здоровья как между странами, так и внутри стран. Среди детей, родившихся в 2010 году, продолжительность жизни у мужчин варьируется от 63 лет в Российской Федерации до 80 лет в Швейцарии; у женщин – от 74 лет в Республике Молдова до 85 лет в Испании (1). В 2008 году Комиссия по социальным детерминантам здоровья при-

звала ликвидировать этот разрыв в течение жизни одного поколения (2).

Второе наблюдение – и это было продемонстрировано работой Комиссии: властные полномочия для преодоления неравенства в отношении здоровья в большой степени находятся за пределами сектора здравоохранения. Необходимо сосредоточить работу на коренных причинах неравенства в отношении здоровья, то есть на условиях, в которых люди стареют, живут, работают и отдыхают (2, 3). На практике это означает вовлечение сектора здравоохранения в работу с партнерами, которые иногда слабо разбираются в вопросах здравоохранения и могут рассматривать их как конкурирующие или не имеющие большого политического значения приоритеты (4). И все же, сотрудничая с министерствами жилищного строительства, образования, сельского хозяйства, социальных дел и даже обороны, сектор здравоохранения может принести гораздо больше пользы, чем работая в одиночку (5).

Такое видение совместных действий между секторами является одной из ведущих тем Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в рамках основ европейской политики и стратегии Здоровье-2020 (6). Основными целями политики Здоровье-2020 являются сокращение предотвратимого неравенства в отношении здоровья и усиление руководства здравоохранением (7). В прошлом такие межсекторальные действия было сложно организовать. Даже при наличии четких доказательств того, что население Европы рассматривает улучшение здоровья как одну из самых важных целей для лиц, вырабатывающих политику (8), зачастую считается, что эти вопросы имеют гораздо более низкий политический приоритет.

Для того чтобы стимулировать совместные правительственные действия, мы предлагаем создать узкую специализацию в сфере эпидемиологии и политики здравоохранения под названием «социальная защита в интересах здоровья». В широком смысле социальная защита предполагает объединение социальной помощи и программ страхования, предназначенных для «...защиты от рисков и удовлетворения потребностей, связанных с безработицей, родительскими обязанностями и обязанностями по уходу, болезнями и медицинской помощью, инвалидностью, пожилым возрастом, обеспечением

жильем и социальной изоляцией» (9). Эта тема своевременна – например, глобальный финансовый кризис привел к глубокой рецессии во многих странах, включая Грецию, Португалию и Испанию. Поскольку Европа переживает глубочайшие социальные и экономические перемены, важно разработать системы управления, направленные на защиту и укрепление здоровья и благополучия людей (10).

Немало дискуссий о социальной защите происходит вне сектора здравоохранения. Именно поэтому мы рассматриваем, каким образом межправительственные институты в Европе определяют «социальную защиту» и как это относится к охране здоровья. Основная цель данного документа – очертить повестку дня для исследований и выделить пробелы в понимании взаимосвязей между социальной защитой и здоровьем с целью усиления реализации политики Здоровье-2020 во всех странах Европейского региона ВОЗ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Социальная защита по-разному реализуется в странах с высоким и низким уровнем доходов и по-разному понимается межправительственными организациями (11). В основном социальная защита определяется в привязке к рынку труда с использованием рыночной терминологии. Если речь идет о странах с высоким уровнем доходов или об их определениях этого термина, то «социальная защита», как правило, означает наличие социальной помощи и программ страхования, а также более широкие средства защиты рынка труда (12) и включает (или не включает) упоминание программ здравоохранения. В странах с высоким уровнем доходов большинство работоспособного населения занято в официальном секторе, и уровень безработицы значительно ниже, чем в странах с низким и средним уровнем доходов (13). Наполнение социальной защиты также различается и определяется политикой, но в последние годы наметилась тенденция отдавать предпочтение активной политике на рынке труда, которая предусматривает профессиональное обучение и трудоустройство, а также инвестиции в создание рабочих мест (14). Такая социальная политика называется «активной», поскольку предоставляет населению доступ к возможностям, в то время как «пассивная»

политика просто способствует замене или росту доходов за счет страхования на случай безработицы, оказания помощи в получении заработка, использования инструментов регулирования заработной платы (например, установления минимальной заработной платы) и применения законов о занятости, которые усложняют работодателям возможность уволить работников или сократить их рабочие места (15). Более того, политики социальной защиты и страхования, ориентированные на официальную занятость, например политика охраны здоровья на рабочем месте, политика по инвалидности, оплата отпуска по болезни или семейного отпуска, играют более серьезную роль в оказании социальной защиты, чем в странах с низким и средним уровнем доходов (12).

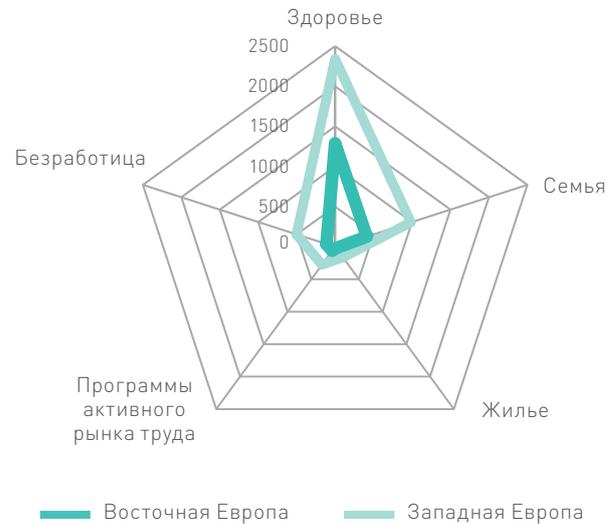
И наоборот, в странах с низким и средним уровнем доходов, где большинство населения не имеет официальной занятости, социальная защита стала синонимом снижения масштабов нищеты, создания рабочих мест и, вероятно, экономического роста (12). В странах с низким уровнем доходов социальная защита обычно включает ссылки на важность сохранения здоровья. Термин «социальная защита» часто упоминают в дискурсе развития, поскольку он соотносится практически со всеми направлениями Целей развития тысячелетия (ЦРТ) (16).

В Европе отмечают существенные различия в масштабах и охвате программ социальной защиты. На рисунке 1 проиллюстрировано, что расходы на компоненты социальной защиты значительно ниже в странах Восточной Европы по сравнению со странами Западной Европы в показателях общих расходов на душу населения. Эти различия также очевидны, если оценивать расходы в процентах от валового внутреннего продукта, что указывает на наличие потенциала для их увеличения.

КАК МЕЖПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫЕ ИНСТИТУТЫ ЕВРОПЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПОНЯТИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Мы провели полуструктурированный обзор, чтобы определить основные представления о социальной защите и ее понимание в крупнейших межправительственных организациях Европы. Деятельность

РИСУНОК 1. РАСХОДЫ НА СОЦИАЛЬНУЮ ЗАЩИТУ В СТРАНАХ ВОСТОЧНОЙ И ЗАПАДНОЙ ЕВРОПЫ



Примечание: Расходы на душу населения по постоянному курсу 2005 г. в долларах США в 2011 году. К странам Восточной Европы относятся Венгрия, Польша, Словакия, Словения, Турция Чехия и Эстония. К странам Западной Европы относятся члены ЕС, страны ОЭСР, которые находятся не в Восточной Европе (14 стран), а также Исландия, Норвегия и Швейцария. Источник данных: Socialexpenditure – aggregateddata[onlinedatabase]. Париж: Организация экономического сотрудничества и развития (<http://stats.oecd.org/>, по состоянию на 25 июля 2015 г.).

этих организаций была направлена, в основном на: (i) активную социальную защиту в Европейском регионе ВОЗ; (ii) мероприятия, связанные со сферой здравоохранения. Таким образом, мы исключили из обзора, например, Программу развития Организации Объединенных Наций и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), поскольку, хотя эти организации активно занимаются вопросами социальной защиты, они, насколько нам известно, не проводят каких-либо широкомасштабных мероприятий в странах Западной Европы. В обзор были включены следующие организации: ВОЗ, Международная организация труда (МОТ), Всемирный банк, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Международный валютный фонд. В обзор был также включен Европейский союз (ЕС) из-за его политического значения, роли в определении повестки дня и его взаимодействия с Европейским регионом ВОЗ. Мы изучили веб-сайты каждой организации в поисках информации о социальной защите, а также использовали поисковую систему Google, вводя фразу «[организация] И [социальная защита]». Результаты наших наблюдений в обобщенной форме представлены ниже.

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Несколько подразделений ВОЗ применяют термин «социальная защита» в своих политиках и программах. В недавно опубликованной аналитической записке о политике Здоровье-2020 по вопросам социальной защиты и здравоохранения, в подготовке которой принимали участие авторы данной статьи, Европейское региональное бюро ВОЗ определяет понятие социальной защиты как «...политику, направленную на защиту от рисков и удовлетворение потребностей, связанных с безработицей, родительскими обязанностями и обязанностями по уходу, болезнями и медицинской помощью» (9). Социальная защита является неотъемлемым компонентом как минимум одной из четырех приоритетных областей политики Здоровье-2020 – повышение прочности местных сообществ и создание поддерживающей среды (7). Комиссия по социальным детерминантам здоровья определяет, что социальная защита «...может охватывать широкий диапазон услуг и выгод, включая защиту основного дохода, права на нефинансовую социальную помощь, например, продукты питания и предметы других базовых потребностей, такие услуги, как здравоохранение и образование, а также охрану труда и такие блага, как отпуск по беременности, оплачиваемый отпуск и услуги по уходу за детьми» (2). Некоторые региональные программы направлены на обеспечение социальной защиты. Например, Региональное бюро ВОЗ для стран Африки осуществляет программу «финансирование здравоохранения для социальной защиты», в рамках которой государствам-членам предлагается техническая поддержка для увеличения финансирования в секторах социальной защиты и здравоохранения (17). Однако, хотя во многих программах ВОЗ говорится о важности социальных детерминант здоровья, имеется крайне мало данных о реализации или мониторинге программ социальной защиты, которые могли бы решить проблемы, связанные с этими детерминантами.

МЕЖДУНАРОДНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА

МОТ является одним из наиболее активных сторонников социальной защиты. С момента развертывания в 2003 году Глобальная кампания МОТ по социальному обеспечению и его распространению на всех привлекла внимание к серьезным разрывам в социальной защите между странами с высоким

и низким уровнем доходов. МОТ напрямую предусматривает охват медицинскими услугами, определяя социальную защиту как «...доступ к медицинскому обслуживанию, гарантии доходов, особенно для пожилых людей, а также в случае безработицы, болезни, инвалидности, производственной травмы, материнства или потери основного кормильца» (18). МОТ также поддерживает мероприятия по обеспечению всеобщего охвата медицинскими услугами в рамках своей социальной стратегии охраны здоровья (19, 20). Более того, МОТ признает социальную защиту как один из дополнительных компонентов социального обеспечения или основного дохода. В 2009 году в разгар глобального финансового кризиса МОТ и ВОЗ совместно возглавили инициативу «Минимальные нормы социальной защиты» (СПФ-I), которая привела в 2012 году к принятию рекомендаций в поддержку формирования национальных минимальных норм социальной защиты (21). Минимальные нормы социальной защиты представляют собой определенные на национальном уровне минимальные гарантии социального обеспечения, которые включают гарантии основного дохода в течение всей жизни и доступ к жизненно необходимым видам медицинских услуг, включая охрану материнства.

ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Подход Всемирного банка к социальной защите отличается от подхода МОТ, но этот вопрос также рассматривается как высокоприоритетный. Всемирный банк подчеркивает важность управления рисками скорее за счет социального страхования, чем оказания социальной помощи, а также содействует рыночным подходам к получению доступа к товарам, необходимым для снижения уровня бедности, в том числе, к медицинским услугам. Таким образом, Всемирный банк определяет социальную защиту как «...системы, политики и программы, направленные на усиление жизнестойкости, справедливости и создание возможностей для всех» (22). На страновом уровне Всемирный банк признает важность социальной защиты для снижения масштабов бедности и включает меры социальной защиты в качестве ключевых компонентов в свои стратегические документы о сокращении масштабов бедности (23).

Всемирный банк рассматривает здоровье и как один из результатов социальной защиты, и как неотъемлемую характеристику социальной защиты

в зависимости от структуры системы здравоохранения. В странах, где медицинская помощь в высокой степени основана на товарно-денежных отношениях (то есть предоставляется за наличный расчет или оплачивается за счет индивидуального медицинского страхования), здоровье рассматривается как результат социальной защиты, которая защищает людей от катастрофических финансовых расходов на медицинскую помощь, которые могут привести к обнищанию. Однако в странах, где медицинскую помощь получают при соответствии тем же критериям, по которым назначаются социальные выплаты, Всемирный банк рассматривает здоровье в качестве дополнения к своим стратегиям социальной защиты, направленным на сокращение бедности. В обзоре отмечено, что почти половина программ социальной поддержки в портфолио Всемирного банка «...способствуют увеличению и улучшению инвестиций домохозяйств в образование и здоровье», исходя из того, что инвестиции в человеческий капитал играют ключевую роль для выхода из замкнутого круга бедности (22). Программы социальной поддержки Всемирного банка критикуют за «лечение симптомов» вместо решения структурных детерминант социальной незащищенности и бедности (24).

В 2012 году Всемирный банк и МОТ выступили сопредседателями на первом заседании Совета по межучрежденческому сотрудничеству в области социальной защиты – сейчас это основной форум высокого уровня для обсуждения проблем социальной защиты – в ответ на просьбу «Большой двадцатки» (G20) (25). В отличие от своего предшественника СПФ-I этот совет занимается как вопросами социальной помощи, так и программами страхования, а не только обеспечением минимальных норм социальной защиты (26). Подводя итоги: то внимание, которое Всемирный банк уделяет управлению рисками и обеспечению жизнестойкости, согласуется с его предпочтениями в области социального страхования, хотя он и признает, что для снижения масштабов бедности требуется вклад набора базовых ресурсов, в том числе в охрану здоровья.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОТРУДНИЧЕСТВА И РАЗВИТИЯ

В зависимости от контекста, ОЭСР дает разные определения понятию социальной защиты. В одном из них особое внимание уделяется борьбе с бедностью

и обеспечению жизнестойкости или «...политикам и действиям, усиливающим потенциал малоимущих и уязвимых групп населения, позволяющий им вырваться из нищеты и более эффективно управлять рисками и справляться с потрясениями» (13). Так же, как и во Всемирном банке, основной акцент скорее делается на управлении социальными рисками и снижении масштабов нищеты, а не на защите и гарантировании только основного дохода. Когда речь заходит о более широких задачах в области развития, таких как ЦРТ, ОЭСР включает в определение социальной защиты вопросы улучшения питания, здоровья и образования (13). В этом смысле концептуальное понимание социальной защиты ОЭСР лучше всего выявляет взаимосвязь между социальной защитой и здоровьем. И наконец, в самом широком понимании Комитет содействия развитию ОЭСР определяет политику социальной защиты как государственные действия, «...расширяющие возможности малоимущего населения для участия в социальной и политической жизни своих сообществ и общества в целом, внесения своего вклада и получения выгоды от этого» (13). ОЭСР считает, что такая экономическая политика с привлечением к участию содействует «росту в интересах малоимущего населения», что многими рассматривается как компромисс между прорыночной политикой и обязательствами по созданию универсальной системы социального обеспечения (27–29).

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ВАЛЮТНЫЙ ФОНД

Насколько нам известно, в МВФ отсутствует конкретная политика социальной защиты. Однако это не означает, что его программы никак не связаны с системами социальной защиты. МВФ косвенно влияет на вопросы социальной защиты в условиях предоставления кредитов. Эти условия зачастую включают ограничение предельной суммы заработной платы, сокращение государственного финансирования и приоритизацию выплаты задолженности по кредиту. В результате этого кредитную политику МВФ критикуют за то, что она мешает развитию программ социальной защиты, в том числе программ, одновременно реализуемых ОЭСР и Всемирным банком – в странах, испытывающих потрясения и подвергающихся рискам (30).

Хотя нам не удалось найти какие-либо официальные политические отчеты МВФ на тему социальной политики, на веб-сайте организации мы нашли ин-

формационный бюллетень о защите наиболее уязвимых групп населения в рамках программ, финансируемых МВФ (31), и несколько экономистов МВФ упоминали вопросы социальной защиты в своих презентациях о государственной политике. Так, например, экономист МВФ из страновой группы в Уганде недавно определил социальную защиту как «...государственные и частные мероприятия для преодоления рисков и уязвимостей, которые приводят к потере источников дохода и социальным лишениям» (32). До этого МВФ вместе с Всемирным банком и ЮНИСЕФ объединили усилия для поддержки пилотной программы по внедрению СПФ-1 в Мозамбике, где основная роль МВФ заключалась в анализе имеющихся бюджетно-финансовых возможностей для осуществления этой программы (33). В ходе этого проекта представитель МВФ в стране признал значение систем социальной защиты, поскольку они: (i) действуют как «автоматические стабилизаторы», смягчающие воздействие внешних потрясений; (ii) содействуют повышению производительности труда, приводя к всеобъемлющему экономическому росту; и (iii) способствуют консолидации социальной стабильности и мира, необходимых для привлечения частных инвестиций и достижения устойчивого роста (33). Исходя из этих определений, МВФ уделяет основное внимание бюджетно-финансовым возможностям и устойчивости политик и программ социальной защиты, а вопросы здравоохранения в этой связи, скорее всего, будут рассматриваться так же, как и в других секторах, таких как образование и сельское хозяйство.

ЕВРОПЕЙСКИЙ СОЮЗ

Европейская комиссия тесно связывает социальную защиту с рынком труда, считая, что это обеспечивает «...защиту против рисков и удовлетворение потребностей в связи с безработицей, родительскими обязанностями, болезнями и медицинской помощью, инвалидностью, потерей супруга или родителя, престарелым возрастом, обеспечением жильем и социальной изоляцией» (34). Эта точка зрения созвучна мнениям, которые в настоящее время представлены в кратких документах по вопросам политики Европейского регионального бюро ВОЗ.

«Европа-2020» – это стратегия развития ЕС на десять лет; две из семи основных инициатив непосредственно связаны с социальной защитой:

платформа для снижения уровня бедности и преодоления социальной изоляции и план по развитию новых навыков и увеличению числа новых рабочих мест. В платформе по борьбе с бедностью и социальной изоляцией определены пять направлений деятельности и целевые показатели в рамках стратегии Европа-2020: осуществлять деятельность по всему политическому спектру; более эффективно использовать средства ЕС для поддержки социальной инклюзии; содействовать получению надежных фактических данных об эффективности или неэффективности социальных инноваций в сфере политики; работать в партнерстве с гражданским обществом с целью более эффективной реализации реформ; расширять координацию политики между странами-членами ЕС путем открытой координации действий, направленных на социальную защиту и социальную инклюзию (35). На основе целевых показателей стратегии Европа-2020 страны-члены ЕС адаптируют свои национальные целевые показатели и политики, а Европейская комиссия публикует регулярные доклады с целью отслеживания прогресса, достигнутого в странах. План развития новых навыков и создания новых рабочих мест направлен на достижение 75% оплачиваемой занятости трудоспособного населения в дополнение к сокращению числа людей, подвергающих риску обнищания до менее чем 20 миллионов человек во всем регионе (36). Кроме того, за счет пакета социальных инвестиций странам-членам ЕС рекомендуется модернизировать свою социальную политику и системы социального обеспечения, для того чтобы справиться с проблемами демографических изменений и экономических кризисов (37).

Открытый метод координации (ОМК) ЕС в отношении политик социальной защиты и социальной инклюзии был разработан в 2000 году, поскольку эти сферы политики не кодифицированы в законодательстве ЕС. ОКМ позволяет странам разрабатывать определение, реализацию и оценку социальных политик с учетом их особых потребностей, содействуя взаимовыгодному сотрудничеству между ЕС и странами-членами. И хотя это, вероятно, является наиболее практическим подходом, учитывая разнообразие условий в странах-членах ЕС, это также привело к появлению множества стратегий, которые сложно отследить и сравнить. В результате этого в 2005 году ЕС внедрил единый социальный ОКМ в отношении социальной защиты и социаль-

ной инклюзии, направленный на искоренение нищеты и социальной изоляции; гарантии создания адекватных и устойчивых пенсионных систем; и предоставление доступной, высококачественной и устойчивой медицинской помощи и долгосрочного ухода (38). ЕС возобновил свою приверженность такому типу вовлечения в 2008 году, в рамках которого, так же, как и в МОТ, признается, что медицинская помощь и борьба с нищетой играют критически важное значение для социальной защиты (38).

И в заключение: эти межправительственные организации четко признают ключевое значение социальной защиты. Однако их определения социальной защиты зачастую различаются. Некоторые организации, например, МОТ, рассматривают охрану здоровья как неотъемлемый компонент социальной защиты, в то время как Всемирный банк зачастую рассматривает здоровье как результат социальной защиты. Другие, например МВФ, вообще уделяют этой теме гораздо меньше внимания. Однако ни одна из этих организаций четко не определяет области стратегического пересечения и взаимодействия, при помощи чего меры по охране здоровья и социальной защите могут взаимно усиливать друг друга и реализовываться совместно. Например, хотя ЕС поставил цели по обеспечению социальной защиты и преодолению социальной изоляции в своей стратегии Европа-2020, мероприятия по охране здоровья, в рамках которой могут содействовать достижению этих целей и получению выгоды в связи с этим, они практически не реализованы напрямую в целях ЕС по социальной защите и инклюзии.

Ниже мы представляем фактические данные, подтверждающие двунаправленную связь между программами социальной защиты и охраны здоровья, которая затем используется для поиска потенциальных точек входа для дальнейших исследований и межсекторального сотрудничества.

ОТ СОЦИАЛЬНЫХ ДЕТЕРМИНАНТ К СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ

В данный момент существует обширный массив литературы, в котором подчеркиваются важные роли индивидуальных социальных детерминант здоро-

вья. Самые значимые из них – образование, трудоустройство, доход, жилье и транспорт. Кроме того, результаты исследований указывают на важную роль различных форм социального капитала, например связующего и вспомогательного капитала (39), а также на значимость социального окружения и застроенной окружающей среды (40). Однако серьезным пробелом в этих фактических данных является непонимание того, каким образом сектор здравоохранения должен сотрудничать с другими секторами, которые влияют на социальные детерминанты здоровья (41). Другие исследования, которые содержат документальную информацию о важности социальных детерминант здоровья, хоть и являются значимыми с эпидемиологической точки зрения, вряд ли будут способствовать улучшению здравоохранения в Европе, если они не смогут повлиять на разработку социальной политики, которая формирует эти детерминанты (41, 42). Одним из примеров являются текущие дебаты о том, как справиться с проблемами стареющего населения в Европе. С этими дебатами связаны дискуссии о соответствующей структуре пенсий, которые обеспечат поддержку лицам пожилого возраста (43). Многие страны переходят от схем с установленными размерами выплат к схемам с установленными размерами взноса на основе различных инвестиционных структур (44, 45). Но какая из этих пенсионных систем будет лучше всего содействовать сохранению здоровья в пожилом возрасте? В настоящее время в литературе практически нет данных на эту тему; в результате этого у лиц, ответственных за формирование политики в сфере здравоохранения, очень мало данных и рекомендаций по пенсионной политике – основной социальной детерминанте здоровья населения старшего возраста, – которые они могли бы предложить ОЭСР, МОТ, ЕС и другим организациям. Это упущенная возможность, поскольку существуют явные доказательства наличия двунаправленных связей между сектором социальной защиты и сектором здравоохранения. Например, существует возможность связать политику Здоровье-2020 напрямую с целями стратегии Европа-2020 и совместно работать с помощью схем социальной защиты. На рисунке 2 кратко сформулированы концептуальные рамки этих двунаправленных отношений с точки зрения применимости к вопросам трудоустройства и снижения уровня бедности.

Как показано на рисунке, где в качестве примера используется трудоустройство, существует широко

известный «эффект здорового работника», в соответствии с которым здоровье трудоустроенных лиц лучше, чем у безработных (46, 47). Более здоровые люди, как правило, работают в течение большего количества часов и являются более продуктивными в рабочее время (48). Таким образом, хорошее трудоустройство и хорошее здоровье идут рука об руку, создавая благоприятный цикл. Во вставке 1 отмечены примеры того, каким образом социальная защита может способствовать укреплению здоровья и наоборот.

РИСУНОК 2. ВЗАИМООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ПРОГРАММАМИ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Хотя эта рамочная концепция не претендует на всеобъемлющую полноту, в ней подчеркнуты некоторые исходные области деятельности, которые частично пересекаются в программах ЕС по социальной защите, сосредоточенных на двух темах, для которых определены целевые показатели стратегии Европа-2020: бедность и социальная изоляция, а также безработица и бедность среди лиц, имеющих работу. Благодаря мощной программе исследований политические инициативы в этой области будут связаны с результатами здравоохранительных мер, и, с другой стороны, будет документально зафиксирован вклад сектора здравоохранения в социальную защиту.

ВСТАВКА 1. ПРИМЕРЫ ДВУНАПРАВЛЕННОЙ СВЯЗИ МЕЖДУ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТОЙ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Каким образом социальная защита содействует укреплению здоровья

Как указано в политике Здоровье-2020, существует нерезализованная возможность для более эффективного использования программ социальной политики с целью предотвращения болезни или инвалидности, улучшения состояния здоровья и снижения уровня неравенства в сфере здравоохранения. Классическим примером можно назвать оплачиваемый отпуск по болезни (61). Более того, благодаря оплачиваемым отпускам по болезни уменьшается число людей, проявляющих признаки нездоровья, растет уровень выздоровления, снижаются расходы на медицинское обслуживание, повышается продуктивность сотрудников, снижается число выходов на работу во время болезни и прогулов (61). У таких программ – если они тщательно разработаны – есть потенциал для снижения уровня неравенства в сфере здравоохранения, по гендерному признаку, в связи с уровнем образования, принадлежностью к этнической группе и сексуальной ориентацией. Тем не менее, хотя программы социальной защиты четко предназначены для того, чтобы помочь наиболее уязвимым группам населения, они также являются формами стратификации сами по себе (62). Оплачиваемый отпуск по болезни распространяется только на работников, занятых на официальном рынке труда, и потенциально не позволяет тем, кто работает на неоплачиваемой работе, пользоваться такой защитой.

Каким образом здравоохранение улучшает социальную защиту

Существует также нерезализованная возможность использовать политику Здоровье-2020 для достижения целей социальной защиты. Плохое здоровье снижает перспективы трудоустройства и количество рабочих часов, повышает вероятность преждевременного выхода на пенсию, а также повышает риск бедности в старости (9). Например, психические заболевания являются основной причиной нетрудоспособности и ключевым фактором пропуска работы в Европейском регионе ВОЗ. При отсутствии лечения повышается риск безработицы, невозможности продолжать работу и преждевременного выхода на пенсию (63). Однако экономически эффективные профилактические вмешательства улучшают психическое здоровье, повышают мотивацию для поиска работы и способствуют скорейшему трудоустройству на более качественную работу для безработных (64). Таким образом, здоровье является важным катализатором, который помогает людям вернуться на рынок труда и тем самым предупредить циклы бедности и безработицы до того, как они начались.

КАК СЕКТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОЖЕТ СТАТЬ ПРИМЕРОМ

Хотя, возможно, министры здравоохранения недостаточно активно работают с социальными детерминантами здоровья путем межсекторального формирования политики, их сектор может стать устойчивой платформой для работы с этими детерминантами. Принимая меры изнутри, сектор здравоохранения может использовать свое влияние для оказания поло-

жительного воздействия на условия жизни и работы своих сотрудников, а также на районы, в которых работают клиники и больницы, а также транспортные системы, которые их соединяют. Мы утверждаем, что сектор здравоохранения может подавать пример путем оказания содействия социальной защите и политике в области обеспечения гигиены труда для медицинских работников и членов их семей (9).

Сектор здравоохранения может подавать пример как в клинической среде, так и для более широкой публики. Во всем мире в медицинских учреждениях работает более 59 миллионов человек, и, таким образом, сектор здравоохранения является влиятельным работодателем (49). Политика сектора здравоохранения может помочь стимулировать развитие законодательства по защите трудоустройства, как предусмотрено в ОЭСР и ЕС. Такое законодательство и защитные меры могут оказать огромное влияние на национальную систему здравоохранения, такую, как Национальная служба здравоохранения – самого крупного работодателя в Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии и одного из самых крупных работодателей в мире (50). Кроме того, менеджеры и руководители медицинских организаций могут использовать научный подход для укрепления здоровья сотрудников, например путем тестирования инновационных программ в области гигиены труда, таких как программы, разработанные для повышения уровня физической активности и безопасности на рабочих местах (51).

На районном уровне, работодатели в сфере здравоохранения также влияют на уровень пенсий и заинтересованы в том, чтобы понимать, какие системы пенсионного обеспечения наилучшим образом содействуют укреплению здоровья. Крупные пенсионные фонды в секторе здравоохранения могут быть эффективно использованы для того, чтобы стимулировать поступление инвестиций в сфере здравоохранения и создания новых рабочих мест, и отозвать инвестиции из тех отраслей, которые представляют угрозу для общественного здоровья, таких как табачные компании, которые до сих пор получают инвестиции из нескольких крупных пенсионных фондов системы здравоохранения в Европе (52). Кроме того, больницы зачастую расположены в неблагополучных городских районах (53). Благодаря масштабным закупкам калорийных продуктов питания, больницы могут содействовать изменениям

местного рынка за счет снижения цен и повышения доступности продуктов в этих районах.

Эти примеры иллюстрируют, каким образом сектор здравоохранения может содействовать политике, влияющей на социальные детерминанты. Пока что рано говорить, какой именно способ принятия таких мер будет наиболее подходящим, поскольку в странах-членах, скорее всего, будут различные руководители сектора здравоохранения и политика, которую они проводят. Причиной таких различий являются важные структурные факторы, в том числе разделение предоставления медицинских услуг между государственными и частными организациями, что определяет относительное влияние министров здравоохранения (54). Например, Национальная служба здравоохранения (NHS) Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии имеет больше рычагов влияния при согласовании трудовых договоров, чем мог бы иметь министр здравоохранения в федерализованной системе с большим количеством частных поставщиков услуг, например, в Германии. Проект ВОЗ «Больницы, содействующие укреплению здоровья», который главным образом был разработан с целью укрепления здоровья сотрудников больниц и связей между больницами и районами, в которых они работают (55), является отправной точкой для лучшего понимания того, каким образом можно способствовать укреплению здоровья в секторе. Несмотря на то что разработка и реализация стратегий социальной защиты в секторе здравоохранения может различаться, необходимо проводить мониторинг и оценку этих политик, чтобы в случае их успешной реализации, их можно было применять в других соответствующих секторах и странах (56).

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА В ИНТЕРЕСАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ: НА ПУТИ К РАЗРАБОТКЕ ПОВЕСТКИ ДНЯ ИССЛЕДОВАНИЙ И ПОЛИТИКИ

В нашей статье описаны несколько важных сфер взаимодействия социальной защиты в интересах охраны здоровья между Европейским региональным

бюро ВОЗ и партнерскими организациями в Европе. Как отмечает Европейское региональное бюро ВОЗ, межсекторальные действия в связи с социальными детерминантами здоровья путем укрепления социальной защиты в области здравоохранения могут быть усилены с помощью: разработки совместных ответных мер для поддержки целевых групп; разработки совместных нормативных рамок, являющихся достаточно гибкими и позволяющих учитывать специфику, проводить социальные инновации и изменения на местном уровне; принятия общих систем для мониторинга реализации политики и результатов по секторам, включая показатели; лучшего использования существующих ресурсов для обеспечения соответствующих ухода и поддержки для населения (9).

Для понимания этих межсекторальных возможностей необходимо провести более глубокий анализ двунаправленных отношений между этими двумя областями политики. Для эпидемиологии это будет означать, что необходимо выйти за рамки исследований индивидуальных социальных детерминант здоровья, и рассматривать политики, которые влияют на эти детерминанты (57). Мы предлагаем три шага для выполнения этой повестки дня.

СОЗДАНИЕ СОТРУДНИЧАЮЩИХ ЦЕНТРОВ ВОЗ

Для того чтобы стимулировать социальную защиту для исследований в сфере здравоохранения и политической повестки дня, необходимо работать не только с такими специалистами, как медсестры, врачи, медицинские работники и эпидемиологи, но также с социологами, антропологами, экономистами и политологами. Создание сотрудничающих центров ВОЗ, проводящих целенаправленную работу по расширению базы научных данных для социальной защиты, повысит уровень информированности о важности социальных детерминант здоровья и создаст точки доступа для специалистов в области общественных наук. Новое поколение социальных эпидемиологов может пройти обучение на факультетах социальных наук и получить более тесную связь с лицами, ответственными за формирование политики, через такие центры.

ЗАПУСК ЛАБОРАТОРИЙ ПОЛИТИЧЕСКИХ ИННОВАЦИЙ

Фактические данные высокого качества чрезвычайно важны для адвокации, но проведение широкомас-

штабных рандомизированных исследований социальных детерминант здоровья представляется сложным. Хотя есть примеры таких программ денежных трансфертов и страховых схем, как Seguro Popular в Мексике (58), их относительно немного, и их осуществление крайне затратно. Есть примеры и в Европе, включая рандомизированные оценки влияния активных политик на рынке труда (59, 60), но оценка влияния на здоровье обычно не включена в дизайн исследования. Благодаря лабораториям политических инноваций, которые связывают исследователей и лиц, ответственных за формирование политики, существует потенциальная возможность для проведения недорогих экспериментов в естественных условиях путем модификации области охвата, места проведения или критериев включения текущих политических мероприятий. Использование предпринимательской лексики, например, «платформы инноваций и решений», также может помочь политикам преодолеть страх перед тем, что результаты не будут соответствовать политической идеологии – основного препятствия для проведения рандомизированных исследований. Лаборатории инноваций позволили бы испытать политические идеи в реальном времени, с использованием существующей политической поддержки в Европе. Такие лаборатории будут способствовать развитию новых идей и усиливать прогностические возможности, доступные лицам, ответственным за формирование политики.

СОЗДАНИЕ КОМИССИИ ПО СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ В ИНТЕРЕСАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Следующим логическим шагом в работе Комиссии по социальным детерминантам здоровья будет создание Комиссии по социальной защите в интересах охраны здоровья. Эта инициатива поможет отреагировать на два критических замечания к работе Комиссии – что она не определила особые политики, которые воздействуют на социальные детерминанты здоровья, и что она не сотрудничала с лицами, определяющими социальные детерминанты здоровья. Одной из отправных точек может стать определение минимального объема ресурсов для достижения и поддержания крепкого здоровья и социальной защиты.

В своей совокупности эти действия станут началом долгого пути к социальной защите в интересах охраны здоровья в Европе.

Благодарности: нет.

Источники финансирования: при подготовке этой статьи не было получено специального финансирования. David Stuckler финансируется за счет «Wellcome Trust Investigator Award».

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. Европейская база данных «Здоровье для всех» (БД-ЗДВ) [база данных онлайн]. Копенгаген: Региональное бюро ВОЗ в Европе; 2014 г. (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>, по состоянию на 29 июня 2015 г.).
2. Комиссия по социальным детерминантам – заключительный доклад. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 г. (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/ru/, по состоянию на 3 августа 2015 г.).
3. Marmot M, Wilkinson R, editors. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press; 2006.
4. Mossialos E, Permanand G, Baeten R, Hervey TK, editors. Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
5. Kickbusch I, Behrendt T. Осуществление концептуального видения политики Здоровье-2020: стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке. Реализация задуманного. Копенгаген: Региональное бюро ВОЗ в Европе; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/249497/Implementing-a-Health-2020-Vision-Governance-for-Health-in-the-21st-Century-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 6 августа 2015 г.).
6. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Региональное бюро ВОЗ в Европе; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, по состоянию на 3 августа 2015 г.).
7. Здоровье-2020: основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Региональное бюро ВОЗ в Европе; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf, по состоянию на 4 августа 2015 г.).
8. Bonoli G. Public attitudes to social protection and political economy traditions in western Europe. Eur Soc. 2000;2(4):431–52. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/713767005>.
9. Health 2020: social protection for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; (in press).
10. Reeves A, McKee M, Stuckler D. The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. Eur J Public Health. 2015;25(3):364–65. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv040>.
11. Conway T, Norton A. Nets, ropes, ladders and trampolines: the place of social protection within current debates on poverty reduction. Dev Policy Rev. 2002;20(5):533–40. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/1467-7679.00188>.
12. Barrientos A. Social protection and poverty. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development; 2010 ([http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpPublications\)/973B0F57CA78D834C12576DB003BE255?OpenDocument](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpPublications)/973B0F57CA78D834C12576DB003BE255?OpenDocument), accessed 6 August 2015).
13. Promoting pro-poor growth: social protection. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2009 (<http://www.oecd.org/dac/povertyreduction/promotingpro-poorgrowthsocialprotection.htm>, accessed 6 August 2015).
14. Rueda D. Social democracy and active labour-market policies: insiders, outsiders and the politics of employment promotion. Br J Polit Sci. 2006;36(03):385–406. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0007123406000214>.
15. Martin JP, Grubb D. What works and for whom: a review of OECD countries' experiences with active labour market policies. Swedish Econ Pol Rev. 2001;8(2):9–56. doi:<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.348621>.
16. Social protection: a development priority in the post-2015 UN development agenda. New York: United Nations; 2012 (http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/Think%20Pieces/16_social_protection.pdf, accessed 4 August 2015).
17. Health financing and social protection [website]. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2015

- (<http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/hss/health-financing-a-social-protection.html>, accessed 6 August 2015).
18. Social protection [website]. Geneva: International Labour Organization; 2008 (<http://www.ilo.org/global/topics/social-security/lang--en/index.htm>., accessed 6 August 2015)
 19. Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care. Geneva: International Labour Organization; 2008 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_secsec_5956.pdf, accessed 6 August 2015).
 20. World social protection report 2014–15: building economic recovery, inclusive development and social justice. Geneva: International Labour Organization; 2014 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_245201.pdf, accessed 6 August 2015).
 21. Social protection floors recommendation, 2012 (No. 202). Geneva: International Labour Organization; 2012 (http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:3065524, accessed 6 August 2015).
 22. Andrews C, Kryeziu A, Seo D. World Bank support for social safety nets 2007–2013: a review of financing, knowledge services and results. Washington (DC): World Bank; 2014 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/2014/06/20151900/world-bank-support-social-safety-nets-2007-2013-review-financing-knowledge-services-results>, accessed 6 August 2015).
 23. Craig D, Porter D. Poverty reduction strategy papers: a new convergence. *World Dev.* 2003;31(1):53–69. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0305-750X\(02\)00147-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0305-750X(02)00147-X).
 24. Guenther B, Karishma H, Macauslan I. Broadening social risk management: risks, rights and the chronic poor. *IDS Bull.* 2007;38(3):17–19. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2007.tb00366.x>.
 25. Cichon M. The making or breaking of a UN social protection strategy: the post 2015 development agenda. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development; 2014 <http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/search/0B72752AA09DF391C1257D080039DC56?OpenDocument>, accessed 6 August 2015).
 26. Presentation of the first meeting of the Social Protection Inter-agency Cooperation Board (SPIAC-B). Geneva: International Labour Organization; 2012 (http://www.ilo.org/global/docs/WCMS_226914/lang--en/index.htm, accessed 6 August 2015).
 27. Kabeer N. A 'vision' thing? Debate and difference within the OECD DAC poverty network approaches to social protection. *IDS Bull.* 2007;38(3):51–53. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2007.tb00375.x>.
 28. Voipio T. Social protection for poverty reduction: the OECD/DAC POVNET view. *IDS Bull.* 2007;38(3):45–50. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2007.tb00374.x>.
 29. Voipio T. Social protection for poverty reduction: a reply to Kabeer. *IDS Bull.* 2007;38(3):54–55. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2007.tb00376.x>.
 30. Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ.* 2010;340:c3311. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c3311>.
 31. Protecting the most vulnerable under IMF-supported programs [website]. Washington (DC): International Monetary Fund; 2015 (<https://www.imf.org/external/np/exr/facts/protect.htm>, accessed 6 August 2015).
 32. Mira C. The case for establishing a comprehensive social protection system in Uganda. Kampala: International Monetary Fund; 2014 (<http://www.imf.org/external/country/UGA/rr/2014/103014.pdf>, accessed 3 August 2015).
 33. Lledó V. IMF and the social protection system in Mozambique. Naamacha: International Monetary Fund; 2011 (<http://www.imf.org/external/country/MOZ/rr/2011/051111.pdf>, accessed 3 August 2015).
 34. Social protection [website]. Brussels: European Commission; 2015 (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1063&langId=en2015>, accessed 3 August 2015).
 35. European platform against poverty and social exclusion [website]. Brussels: European Commission; 2015 (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=961>, accessed 3 August 2015).
 36. Agenda for new skills and jobs [website]. Brussels: European Commission; 2015 (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=958>, accessed 3 August 2015).
 37. Social investment [website]. Brussels: European Commission; 2015 (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1044>, accessed 3 August 2015).
 38. A renewed commitment to social Europe: reinforcing the open method of coordination for social protection and social inclusion [website]. Brussels: European Commission; 2008 (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1438039638030&uri=URISERV:em0011>, accessed 3 August 2015).
 39. Putnam R. *Bowling alone: the collapse and revival of American community.* New York: Simon & Schuster; 2000.
 40. Stuckler D, Siegel K. *Sick societies: responding to the global challenge of chronic disease.* Oxford: Oxford University Press; 2011.

41. van Herten LM, Reijneveld SA, Gunning-Schepers LJ. Rationalising chances of success in intersectoral health policy making. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(5):342–47. doi:http://dx.doi.org/10.1136/jech.55.5.342.
42. McKee M, Zwi A, Koupilova I, Sethi D, Leon D. Health policy-making in central and eastern Europe: lessons from the inaction on injuries? *Health Policy Plan*. 2000;15(3):263–69. doi:http://dx.doi.org/10.1093/heapol/15.3.263.
43. Ageing, health and pensions in Europe: an economic perspective. Strasbourg: European Science Foundation; 2010 (http://www.esf.org/fileadmin/Public_documents/Publications/AgeingHealthPensions.pdf; accessed 3 August 2015).
44. Bonoli G. Two worlds of pension reform in western Europe. *Comp Polit*. 2003;35(4):399–416. doi:http://dx.doi.org/10.2307/4150187.
45. Reversals of systemic pension reforms in central and eastern Europe: implications for pension benefits. In: *OECD pensions outlook 2012*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2012 (http://www.oecd-ilibrary.org/finance-and-investment/oecd-pensions-outlook_23137649, accessed 3 August 2015).
46. Shah D. Healthy worker effect phenomenon. *Indian J Occup Environ Med*. 2009;13(2):77–79. doi:http://dx.doi.org/10.4103/0019-5278.55123.
47. Li CY, Sung FC. A review of the healthy worker effect in occupational epidemiology. *Occup Med*. 1999;49(4):225–29. doi:http://dx.doi.org/10.1093/occmed/49.4.225.
48. Arora S. Health, human productivity, and long-term economic growth. *J Econ Hist*. 2001;61(3):699–749 (http://www.jstor.org/stable/2698133?origin=JSTOR-pdf&seq=1#page_scan_tab_contents, accessed 6 August 2015).
49. Health workers: health worker occupational health [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/occupational_health/topics/hcworkers/en, accessed 4 August 2015).
50. About the National Health Service (NHS) [website]. London: Department of Health; 2015 (<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>, accessed 4 August 2015).
51. Robson LS, Clarke JA, Cullen K, Bielecky A, Severin C, Bigelow PL et al. The effectiveness of occupational health and safety management system interventions: a systematic review. *Saf Sci*. 2007;45(3):329–53. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ssci.2006.07.003.
52. Sievanen R, Rita H, Scholtens B. The drivers of responsible investment: the case of European pension funds. *J Bus Ethics*. 2013;117(1):137–51. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10551-012-1514-0.
53. Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee M. Investing in hospitals of the future. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98406/E92354.pdf, accessed 6 August 2015).
54. Blank RH, Burau V. Comparative health policy. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2010.
55. Health promoting hospitals [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthy_settings/types/hospitals/en/, accessed 6 August 2015).
56. Whitehead D. The European health promoting hospitals (HPH) project: how far on? *Health Promot Int*. 2004;19(2):259–67. doi:http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dah213.
57. Mackenbach JP. Political determinants of health. *Eur J Public Health*. 2014;24(1):2. doi:http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckt183.
58. Bonilla-Chacín ME, Aguilera N. The Mexican social protection system in health. Washington (DC): World Bank; 2013 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/01/17286333/mexican-social-protection-system-health>, accessed August 4 2015).
59. J-PAL policy briefcase. Job placement and displacement. Cambridge (MA): Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab; 2013 (<http://www.povertyactionlab.org/publication/job-placement-and-displacement>, accessed 6 August 2015).
60. Crépon B, Duflo E, Gurgand M, Rathelot R, Zamora P. Do labor market policies have displacement effects? Evidence from a clustered randomized experiment. *Q J Econ*. 2013;128(2):531–80. doi:http://dx.doi.org/10.1093/qje/qjt001.
61. Scheil-Adlung X, Sandner L. Paid sick leave: incidence, patterns and expenditure in times of crises. Geneva: International Labour Organization; 2012 (http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/Workingpapers/WCMS_207675/lang--en/index.htm, accessed August 4 2015).
62. Esping-Andersen G. Three worlds of welfare capitalism. Cambridge: Polity Press; 1990.
63. Mental health and wellbeing in Europe: a person-centred community approach. Brighton: European Social Network; 2011.
64. Caplan RD, Vinokur A, Price RH, van Ryn M. Job seeking, reemployment and mental health: a randomized field experiment in coping with job loss. *J Appl Psychol*. 1989;74(5):759–69. doi:http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.74.5.759.