

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.

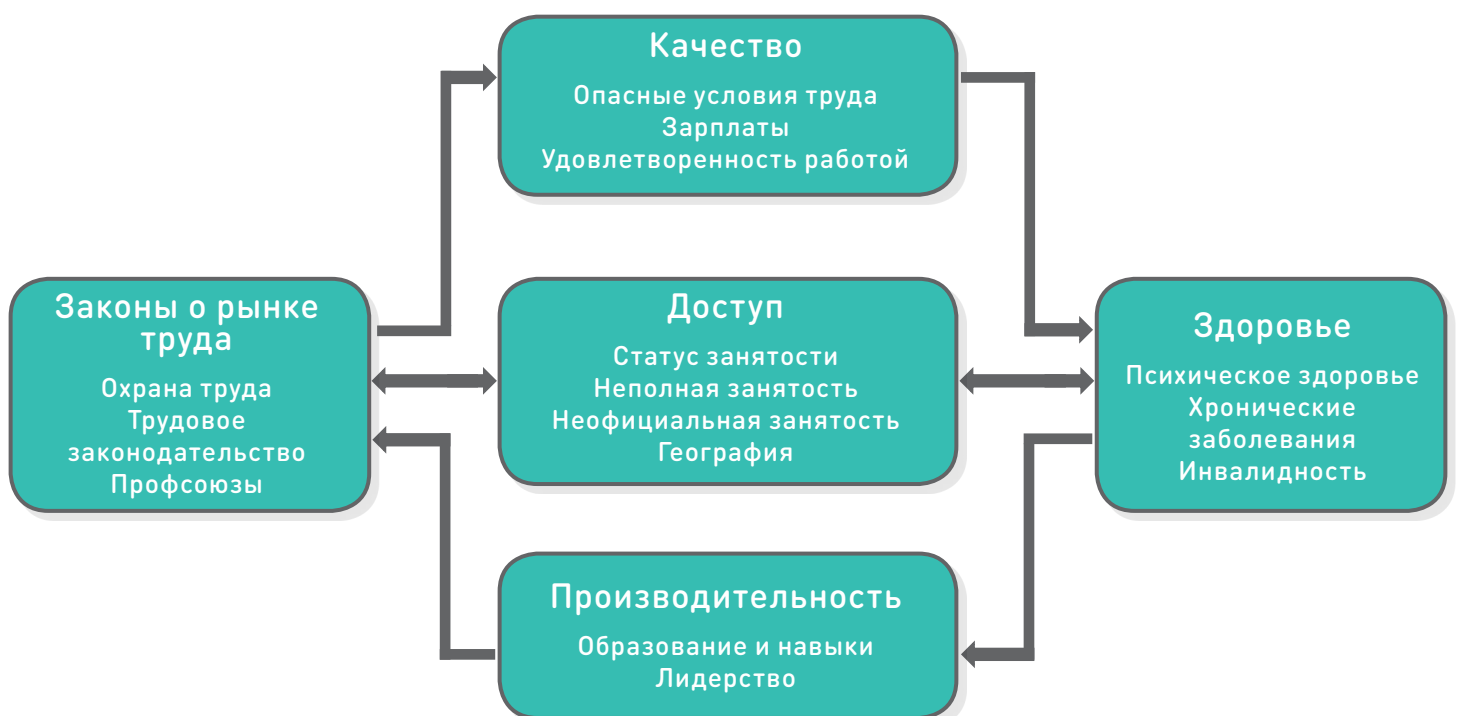
МЕТОДЫ ОБЗОРА

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, Kivimäki 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. 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.