

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ СТАТЬЯ

<https://doi.org/10.17059/ekon.reg.2026-1-6>

JEL I10, I12, I18

УДК 331.5.024.5

М. А. Канева  ^{а)}, М. Р. К. Зафаржонова ^{б)}, А. М. Карунина ^{в)}^{а), б), в)} Институт экономики и организации промышленного производства Сибирского отделения Российской академии наук, г. Новосибирск, Российская Федерация^{в)} Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», г. Москва, Российская Федерация

Совершенствование региональной политики занятости населения на основе учёта фактора здоровья¹

Аннотация. Современные эмпирические исследования фиксируют наличие статистически значимых двусторонних связей между состоянием здоровья населения и участием в рынке труда. Здоровье и рынок труда находятся в динамической взаимосвязи: меры по укреплению здоровья повышают трудоспособность и вовлечённость населения в экономическую активность, тогда как неблагоприятные условия занятости и утрата работы негативно отражаются на состоянии здоровья, что усиливает риски социальной уязвимости и ограничивает устойчивость занятости. Актуализируется задача анализа того, в какой мере данные взаимосвязи отражены в политике содействия занятости и охраны здоровья в России. Цель исследования – систематизировать механизмы прямого влияния занятости на здоровье и обратного влияния состояния здоровья на занятость и оценить степень их институционального отражения на федеральном и региональном уровнях. Методологическую основу работы составляют системный анализ нормативных документов и государственных программ, а также сравнительный анализ международных практик (ЕС, Великобритания, Финляндия). Эмпирической базой служат ранее полученные авторами результаты квазиэкспериментального анализа на данных РМЭЗ за 2015–2022 гг., подтверждающие статистически значимый положительный эффект трудоустройства на самооценку здоровья и обратное влияние состояния здоровья на вероятность занятости. В результате анализа систематизированы два направления взаимосвязи между рынком труда и здоровьем: прямое влияние занятости на состояние здоровья и обратное влияние состояния здоровья на положение индивида на рынке труда. В рамках прямого эффекта выделены четыре ключевых канала: доступность и поддержка занятости, последствия потери работы, неформальная и неполная занятость, условия труда. Показано, что действующие меры политики в России отражают указанные механизмы фрагментарно и без системной координации с системой здравоохранения. Обоснована необходимость усиления межсекторального взаимодействия при разработке и реализации мер содействия занятости и охраны здоровья, а также выработки практических рекомендаций по их интеграции.

Ключевые слова: капитал здоровья, занятость, двусторонняя взаимосвязь, политика занятости, охрана здоровья на рабочем месте, интеграция политики

Благодарность: Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект № 24-28-00119).

Для цитирования: Канева, М. А., Зафаржонова, М., Карунина, А. М. (2026). Совершенствование региональной политики занятости населения на основе учёта фактора здоровья. *Экономика региона*, 22(1), 73–84. <https://doi.org/10.17059/ekon.reg.2026-1-6>

¹ © Канева М. А., Зафаржонова М., Карунина А. М. Текст. 2026.

RESEARCH ARTICLE

Maria A. Kaneva  ^{a)}, Mokhidilkhon Zafarjonova ^{b)}, Anastasia M. Karunina ^{c)}

^{a), b), c)} Institute of Economics and Industrial Engineering, Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences, Novosibirsk, Russian Federation

^{c)} Higher School of Economics, Moscow, Russian Federation

Modernization of Federal and Regional Policies to Promote Employment and Accumulation of Health Capital

Abstract. Contemporary empirical studies document statistically significant bilateral relationships between population health and labour market participation. Health and employment are dynamically interrelated: health promotion measures enhance productivity and economic participation, while adverse employment conditions and job loss negatively affect health, increasing social vulnerability and limiting employment stability. Understanding how these relationships are reflected in employment promotion and health protection policies in Russia is increasingly important. This study aims to clarify the ways in which employment influences health and, in turn, how health affects employment, and to assess the extent to which these relationships are incorporated into federal and regional policies. The methodological framework combines a systematic analysis of regulatory documents and government programs with a comparative review of international practices in the EU, the UK, and Finland. Empirical evidence is drawn from the authors' previously published quasi-experimental analysis using data from the Russian Longitudinal Monitoring Survey for 2015–2022, which demonstrated a statistically significant positive effect of employment on self-rated health and a negative effect of health on the likelihood of employment. The analysis identifies two pathways of interaction between the labour market and health: the direct effect of employment on health and the inverse effect of health on labour market outcomes. Within the direct effect, four key channels are highlighted: employment availability and support, consequences of job loss, informal and underemployment, and working conditions. Current policies in Russia address these mechanisms only partially and lack systematic coordination with the healthcare system. The findings underscore the need for stronger intersectoral collaboration in developing and implementing measures to promote employment and protect health, as well as practical recommendations for their integration.

Keywords: health capital, employment, bidirectional relationship, employment policy, workplace health, policy integration

Acknowledgements: *The research was supported by the Russian Science Foundation (project No. 24-28-00119).*

For citation: Kaneva, M. A., Zafarjonova, M., & Karunina, A. M. (2026). Modernization of Federal and Regional Policies to Promote Employment and Accumulation of Health Capital. *Ekonomika regiona / Economy of regions*, 22(1), 73–84. <https://doi.org/10.17059/ekon.reg.2026-1-6>

Введение

В современной экономике капитал здоровья является одним из возможных источников повышения производительности труда населения, тем самым способствуя экономическому развитию и росту страны (Аганбегян, 2016). Среди социально-экономических детерминант здоровья одним из наиболее важных по размеру эффекта является рынок труда (Marmont & Bell, 2012).

Существует теоретически обоснованная и эмпирически подтвержденная двусторонняя взаимосвязь между капиталом здоровья и рынком труда. Важным этапом в формировании экономического подхода стала теория капитала здоровья Гроссмана (Grossman, 1972), рассматривающая здоровье как форму человеческого капитала, влияющего на производительность и, следовательно, на занятость. Спустя десятилетие Яхода (Jahoda, 1982) в модели латентной депривации показала обратное влияние: занятость способствует сохранению здоровья, обеспечивая не только доход, но и нематериальные ресурсы — социальные связи, чувство значимости и упорядоченность жизни.

Позднее в разных странах появились эмпирические исследования, подтвердившие двустороннюю связь между рынком труда и здоровьем. Так, Schuring et al. (2011), анализируя когорту безработных в Роттердаме с использованием модели пропорциональных рисков Кокса, показали, что трудоустройство после безработицы связано с улучшением как общего, так и психического здоровья. Gebel & Voßemer (2014), применив метод разности разностей к данным Социально-экономической панели Германии (SOEP) (1995–2010), выявили положительный эффект занятости на психологическое здоровье при отсутствии влияния на физическое. Анализ Vaalavuo (2016) на базе лонгитюдных данных Европейского союза EU-SILC за 2008–2013 гг. с использованием логистической регрессии показал наличие причинной связи между безработицей, бедностью и последующим состоянием здоровья. Johansson et al. (2020), используя панельные данные по Финляндии, установили, что безработица ухудшает самооценку здоровья, но не оказывает значимого влияния на биомаркеры (глюкоза, артериальное давление, С-реактивный белок).

Другая линия исследований акцентирует внимание на эффекте самоотбора. Так, Vöckerman и Ilmakunnas (2009), применив методы разности разностей и мэтчинга на данных по Финляндии, продемонстрировали, что ухудшение здоровья предшествует безработице, т. е. имеет место эффект самоотбора, когда индивиды со слабым здоровьем добровольно покидают рынок труда или же выбирают занятость с менее напряженным графиком работы. Позднее Ronchetti & Terriau (2019), используя аналогичный подход на лонгитюдных данных Франции, также подтвердили значимость самоотбора в объяснении связи между безработицей и здоровьем.

Кроме того, эмпирически подтверждено влияние здоровья на занятость на рынке труда: вероятность занятости выше у работников с хорошим здоровьем. Так, использование уравнения Минсера для расчета вклада здоровья в заработную плату показывает, что хорошее здоровье увеличивает заработки относительно среднего здоровья, а плохое здоровье, наоборот, снижает заработную плату (Mincer, 1958; Alcan & Özsoy, 2020).

Настоящая статья завершает цикл работ авторов по эконометрической оценке двусторонней взаимосвязи между рынком труда и здоровьем. В частности, была проанализирована прямая связь занятости и здоровья в России (Канева, 2024). Авторы применили квазиэкспериментальный метод мэтчинга, который позволяет выявить причинно-следственный эффект занятости на здоровье, исключая эффект самоотбора при расчете эффекта. Мэтчинг на основе метода ближайшего соседа и ядерный мэтчинг (*kernel matching*) на данных РМЭЗ за 2015–2022 гг. показали, что при учете проблемы эндогенности трудоустройство оказывает статистически значимое положительное влияние на самооценку здоровья. По методу ближайшего соседа средний эффект воздействия на тех, кто подвергся воздействию (АТТ)¹, составил 0,248 (t -статистика = 6,39), а при ядерном мэтчинге — 0,237 (t -статистика = 6,15), что свидетельствует о статистически значимом росте самооценки здоровья у тех, кто нашёл работу, по сравнению с контрольной группой.

Дополнительно проведён регрессионный анализ обратного влияния здоровья на занятость (Канева, Моисеенко, 2024). Авторы построили панельную логистическую регрессию для дамми переменной «имеет работу», используя данные РМЭЗ за 2015–2022 гг. В качестве независимых переменных в модель включались возраст, образование, семейное положение, число детей

до 18 лет, материальное положение², здоровье, тип населенного пункта и регион проживания. Панельная логистическая регрессия показала, что индивиды с хорошим здоровьем имеют значительно более высокие шансы быть занятыми ($OR = 1,35$ для мужчин и женщин), тогда как плохое здоровье снижает вероятность занятости почти вдвое ($OR = 0,47$ для мужчин и 0,38 для женщин). Эффект оказался устойчивым для обоих полов и сопровождался выраженными региональными различиями.

Описанные выше исследования и результаты работ авторов указывают на важность как уже существующих, так и требующих разработки мер политики в области занятости и здоровья, поскольку здоровье и рынок труда находятся в динамической взаимосвязи. Меры по укреплению здоровья повышают трудоспособность и вовлечённость населения в экономическую активность, что, в свою очередь, создаёт условия для дальнейшего улучшения здоровья и устойчивого развития рынка труда (Reeves & Stuckler, 2016).

В этой связи на основе полученных эмпирических результатов о двусторонней взаимосвязи между рынком труда и здоровьем особую актуальность приобретает необходимость переосмысления и развития существующих политик занятости в тесной связи со стратегиями в области здравоохранения. С учетом вышесказанного, целью работы является анализ российских программ и стратегий занятости населения на федеральном и региональном уровнях, а также зарубежного опыта с учетом состояния здоровья населения для формулировки современных задач и новых направлений политики в области занятости и здоровья в России. Фокусом статьи являются практические рекомендации, которые остались за рамками исследовательских статей, но без которых анализ взаимосвязи между рынком труда и здоровьем был бы неполным.

Методы

Основным методом настоящего исследования является анализ российских и зарубежных практик и политик в области занятости с учетом здоровья населения, состоящий из трех последовательных этапов (шагов).

Анализ основывается на полученных авторами эмпирических результатах для России о статистически значимом негативном влиянии статуса «безработный» на самооценку здоровья, положительном влиянии трудоустройства на са-

¹ Англ. *Average treatment effect on the treated*.

² Переменная «Ступени 7–9 на лестнице богатства в прошлом периоде» была образована из ответов на вопрос РМЭЗ «Представьте себе, пожалуйста, лестницу из 9 ступеней, где на нижней, первой ступени, стоят нищие, а на высшей, девятой — богатые. На какой из девяти ступеней находитесь сегодня Вы лично?»

мооценку здоровья (Канева, 2024), а также о статистически значимом обратном влиянии уровня здоровья на шансы трудоустройства в России (Канева, Моисеенко, 2024).

Эмпирическая стратегия включает три шага. На первом шаге в соответствии с полученными результатами были отдельно рассмотрены два направления взаимодействия — прямой (от занятости к здоровью) и обратный (от здоровья к занятости). Используя систематизацию, предложенную (Reeves & Stuckler, 2016), в рамках первого направления выделены четыре канала взаимодействия: 1) влияние доступности и поддержки занятости на здоровье; 2) влияние потери занятости на здоровье; 3) влияние неформальной и неполной занятости на здоровье; 4) влияние условий труда на здоровье. В рамках второго (обратного) направления выделены два канала: 1) влияние состояния здоровья на производительность и устойчивость занятости; 2) влияние состояния здоровья на возможность трудоустройства.

На втором шаге после определения каналов были отобраны источники для анализа. Они включали для России нормативные документы, стратегии и программы в области занятости и здоровья, как на региональном, так и на федеральном уровнях. Для зарубежных стран помимо нормативной документации использовались стратегии, а также статьи в журналах, описывающие зарубежные инициативы интеграции политики занятости и здоровья.

Наконец, на заключительном шаге на основе анализа законодательных и нормативных документов, определяющих границы политики занятости и здоровья в российских условиях, а также изучения международного опыта в сфере политики занятости и здоровья, была обоснована необходимость усиления межсекторального взаимодействия при разработке и реализации мер содействия занятости и охраны здоровья. Предложены меры модернизации в области отечественной политики занятости с учетом уровня здоровья населения. Результаты представлены в следующем разделе.

Результаты и обсуждение

Влияние занятости на здоровье в России

В рамках первого направления авторами выделено четыре канала взаимодействия между сектором здравоохранения и рынком труда. Это:

- А. Влияние доступности и поддержки занятости на здоровье;
- В. Влияние потери занятости на здоровье;
- С. Влияние неформальной и неполной занятости на здоровье;
- Д. Влияние условий труда на здоровье.

Далее каждый из этих каналов будет проанализирован с точки зрения его отражения в действующих российских программах занятости.

Влияние доступности и поддержки занятости на здоровье. Среди приоритетных мер Государственной программы «Содействие занятости населения» (утв. Постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 № 298)¹, федерального проекта «Содействие занятости»², а также национального проекта «Кадры»³ — повышение эффективности работы служб занятости населения. В частности, осуществляется создание флагманских центров занятости на базе крупнейших региональных учреждений, их масштабная модернизация и цифровизация. Так, в рамках проекта «Кадры» предусмотрено обновление более 1,5 тыс. центров занятости.

Важным направлением остаётся поддержка трудовой мобильности: регионам предоставляются субсидии на программы стимулирования внутренней миграции. Программа «Мобильность 2.0»⁴ содействует переезду граждан в другие регионы, а «Земский доктор» (нацпроект «Здравоохранение») предлагает выплаты медикам, готовым работать в сельской местности и малых городах. Эти меры направлены на устранение территориальных дисбалансов в занятости.

Для отдельных категорий граждан (выпускники, лица без образования, предпенсионеры, женщины с детьми, инвалиды и др.) через портал «Работа в России» реализуется бесплатное переобучение. В рамках проекта «Кадры» ежегодно обучаются около 104 тыс. человек и стимулируется приём на работу 29,7 тыс. представителей уязвимых групп⁵.

Для женщин с детьми предусмотрены меры по расширению доступности дошкольного образования (1,5–3 года) в рамках проекта «Содействие занятости». Для молодёжи реализуется проект «Образование для рынка труда», на-

¹ Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 298 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Содействие занятости населения». <https://base.garant.ru/70643476/> (дата обращения: 18.02.2026).

² Паспорт федерального проекта «Содействие занятости» (утв. Министерством труда и социальной защиты РФ, 2021 г.). <https://base.garant.ru/400815485/> (дата обращения: 18.02.2026).

³ Паспорт национального проекта «Кадры» (Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации, 2025 г.). <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/412295680/> (дата обращения: 18.02.2026).

⁴ Приказ СФР от 29.12.2024 № 2713 (ред. от 30.12.2025) «Об утверждении Решения о порядке предоставления субсидии на государственную поддержку трудоустройства работников из другой местности или других территорий». https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_496757/ (дата обращения: 18.02.2026).

⁵ Основные показатели национального проекта «Кадры». <http://government.ru/info/54304/> (дата обращения: 15.05.2025).

целенный на сближение профобразования с потребностями экономики, включая развитие сети из 238 центров карьеры при вузах.

Важное место в политике занятости занимает поддержка людей с инвалидностью. Закон № 565-ФЗ «О занятости населения в Российской Федерации» устанавливает квоты на их трудоустройство (2–4 % при численности от 100 человек). Дополнительно, в рамках проекта «Кадры» субсидируется оборудование рабочих мест (33,5 тыс.) и предоставляется сопровождение при трудоустройстве¹.

Влияние потери занятости на здоровье. Утрата занятости негативно сказывается на состоянии здоровья, как физического (Drydakis, 2015; Johansson et al., 2020; Kaneva, 2024), так и психического (Kaneva, 2024). Учитывая это, программы занятости должны включать меры, направленные на минимизацию последствий потери работы, а также предусматривать восстановление доступа к социальной защите и медицинским услугам.

В современной российской практике ключевым инструментом остаются пособия по безработице, однако их уровень остаётся низким: в 2021 г. — 12130 р. в первые три месяца и 5000 р. далее (для предпенсионеров — до 95 % прожиточного минимума, а минимальное пособие — всего 12 %).

Наряду с этим, внедряются цифровые сервисы психологической поддержки на платформе «Работа в России», направленные на снижение тревожности, восстановление мотивации и подготовку к трудоустройству. Эти инструменты представляют собой важный шаг к учёту психоэмоционального аспекта безработицы, однако остаются скорее вспомогательными мерами и нуждаются в дальнейшем институциональном укреплении.

Влияние неформальной и неполной занятости на здоровье. Для российского рынка труда характерен устойчиво высокий уровень неформальной занятости: с 2011 г. доля занятых вне формального сектора превышает 20 % от общего числа работающих (Зудина, 2024). Неполная, нестабильная и неформальная занятость представляет собой значимый фактор риска для здоровья работающих. Исследования показывают, что у занятых без официального трудового договора риск травматизма на 20 % выше, чем у формально трудоустроенных (Benavides et al., 2006; Monteiro et al., 2008). Кроме того, отсутствие соцстрахования и гарантий приводит к более частому ухудшению самочувствия и психического здоровья у неофициально занятых. Таким образом, безработица и неформальная заня-

тость — два проявления ограниченного доступа к достойной работе — являются факторами риска для здоровья населения. В последние годы особую опасность представляет так называемая прекаризованная занятость без социальных гарантий, к которой относят занятость без официального оформления, а также по срочным договорам, сезонную, сверхурочную и неполную занятость (Standing, 2011).

Государственные программы декларируют задачи по снижению доли неформально занятых и расширению охвата формальными мерами защиты труда, однако на практике усилия сводятся преимущественно к информационным кампаниям и цифровизации процессов поиска работы.

Влияние условий труда на здоровье. Хотя наличие работы в целом положительно влияет на здоровье и благополучие человека, не менее важным является качество этой работы и условия. Работа может как укреплять, так и ухудшать здоровье — в зависимости от характера занятости, интенсивности труда и условий на рабочем месте. Согласно социологическим опросам, около 65 % россиян считают свою работу вредной для здоровья, причём наиболее негативные оценки дают жители крупных городов, занятые в сферах с высокой нагрузкой и стрессом, таких как строительство, юриспруденция и медицина². Вредные или опасные условия — тяжёлый физический труд, токсичные материалы, высокий уровень стресса — напрямую ведут к профессиональным заболеваниям и снижению качества жизни. По данным Роспотребнадзора, в России ежегодно фиксируются тысячи новых случаев профзаболеваний, особенно в промышленности и сельском хозяйстве, где меры по технике безопасности соблюдаются недостаточно³.

В существующих государственных программах основное внимание по-прежнему уделяется предотвращению производственного травматизма. Например, в Государственной программе «Содействие занятости населения», утверждённой постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 298, среди целевых показателей фигурирует снижение числа пострадавших при несчастных случаях на производстве, включая тяжёлые и смертельные исходы. Однако более широкий подход к обеспечению здоровых условий труда, включающий, например, профилактику эмоционального выгорания, снижение стресса, гибкий график работы

¹ Федеральный закон от 12.12.2023 № 565-ФЗ (ред. от 08.08.2024) «О занятости населения в Российской Федерации». https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_464093/ (дата обращения: 15.05.2025).

² Росгосстрах. (22.06.2023). 65 % россиян считают, что работа негативно влияет на их здоровье. PrimaMedia. <https://primamedia.ru/news/1529049/> (дата обращения 19.05.2025).

³ Роспотребнадзор. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации в 2022 г. Государственный доклад. https://rosпотребнадзор.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=25076 (дата обращения: 15.05.2025).

и достойную оплату, остаётся вне фокуса действующей политики. Это создаёт риски не только для здоровья работников, но и для устойчивости их занятости в долгосрочной перспективе.

Влияние здоровья на занятость в России: обзор российских практик

В экономике здравоохранения влияние здоровья на занятость трактуется в рамках концепции самоотбора, согласно которой ухудшение здоровья повышает вероятность потери работы, а также снижает шансы на повторное трудоустройство после периода безработицы. Первый эффект связан со снижением производительности труда, вызванным физическими или психоэмоциональными ограничениями. Второй — с тем, что проблемы со здоровьем могут изменять предпочтения индивида относительно режима занятости и досуга, поскольку человеку требуется больше времени на лечение и восстановление (Cai & Kalb, 2006).

Таким образом, можно выделить два ключевых направления: а) влияние состояния здоровья на производительность и устойчивость занятости; б) влияние состояния здоровья на возможность трудоустройства.

Влияние состояния здоровья на производительность и устойчивость занятости. Ухудшение состояния здоровья повышает издержки для работодателей (абсентеизм, презентеизм) и усиливает риск утраты работы, особенно в условиях отсутствия механизмов поддержки (Hemp, 2004).

В этой связи особую значимость приобретает включение в программы занятости компонентов, направленных на сохранение и укрепление здоровья работников. Речь идёт, в частности, о продвижении здоровья на рабочем месте: развитии инициатив, связанных с физической активностью, рациональным питанием (Schröer et al., 2014), доступом к медицинским услугам, а также о мерах по защите работников в условиях риска утраты трудоспособности вследствие заболевания.

В России данный вектор реализуется в рамках системы здравоохранения. Государственная программа «Развитие здравоохранения РФ»¹ на 2018–2025 гг. акцентирует внимание на профилактике и формировании здорового образа жизни. В рамках нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь»² планируется сократить вре-

менную нетрудоспособность на 85 %, а проект «Здоровье для каждого» включает диспансеризацию и профилактические осмотры, включая выездные обследования на рабочем месте.

Влияние состояния здоровья на возможность трудоустройства. Ухудшение состояния здоровья и наличие хронических заболеваний существенно снижают шансы на трудоустройство (Junna et al., 2022). Это связано с целым рядом барьеров, с которыми сталкиваются такие соискатели при выходе на рынок труда: от снижения физической и психоэмоциональной устойчивости до ограниченного доступа к подходящим вакансиям и возможностям профессионального обучения (Junna et al., 2022).

В этой связи важны меры активной политики занятости, основанные на принципе «здоровье в первую очередь», который предполагает, что до включения в трудовую деятельность необходимо устранить проблемы со здоровьем и жизненной нестабильностью. Ключевыми элементами таких мер являются медико-социальное сопровождение, мотивационная и психологическая поддержка, а также индивидуальная помощь в преодолении барьеров к занятости, включая медицинские, поведенческие и социально-бытовые факторы.

В российской практике представлены отдельные элементы подобного подхода. В частности, на платформе «Работа в России» функционируют сервисы психологической поддержки, направленные на снижение тревожности, восстановление мотивации и подготовку граждан к возвращению на рынок труда, о чём уже упоминалось выше.

Региональный уровень реализации программ занятости

Отдельно необходимо остановиться на программах занятости регионального уровня на примере Новосибирской области. Инструментом реализации государственной политики в сфере занятости на региональном уровне является Государственная программа Новосибирской области «Содействие занятости населения»³. Программа реализуется в два этапа: первый этап охватывает период 2014–2023 гг., второй — 2024–2030 гг. Цели программы соотносятся с целевыми ориентирами федеральной государственной программы и включают не превышение уровня регистрируемой безработицы в 1 % к 2030 г., а также создание условий для формирования культуры безопасного труда. Программа включает две подпрограммы. Первая — «Мероприятия в сфере занятости и социальная поддержка» — охватывает содействие трудоустройству, обучение,

¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». <http://base.garant.ru/70643470/> (дата обращения: 18.02.2026).

² Паспорт национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации, Советом при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, 2025 г.). <https://base.garant.ru/411738981/> (дата обращения: 18.02.2026).

³ Постановление Правительства Новосибирской области от 23 апреля 2013 г. № 177-п «Об утверждении государственной программы Новосибирской области «Содействие занятости населения» <https://docs.cntd.ru/document/465701225> (дата обращения: 18.02.2026).

временные и общественные работы, поддержку трудовой мобильности, социальные выплаты безработным, сопровождение инвалидов, включая лиц с ментальными нарушениями, а также содействие переселению соотечественников. Вторая — «Безопасный труд» — направлена на профилактику травматизма и профзаболеваний, улучшение условий труда, санаторно-курортное лечение работников вредных производств.

На региональном уровне предпринимаются шаги по институционализации борьбы с неформальной занятостью. Действует межведомственная комиссия по противодействию нелегальной занятости. В её задачи входит мониторинг нелегальной занятости, организация профилактических и контрольных мероприятий, взаимодействие с гражданами и работодателями, а также информационно-просветительская работа о рисках «теневой» занятости.

Международный опыт интеграции политики занятости и охраны здоровья

Рассмотрение международной практики позволяет выявить успешные модели интегра-

ции занятости и охраны здоровья, основанные на принципах межсекторального взаимодействия, профилактики и устойчивой занятости. Во многих странах, включая Северную Европу и Германию, активная политика занятости используется как ключевой инструмент снижения безработицы (карьерное консультирование, курсы, оплачиваемые стажировки).

В последние годы усиливается координация служб занятости и здравоохранения, особенно в работе с уязвимыми группами. Примеры интеграционных программ приведены в таблице 1. Активная политика занятости позволяет смягчать негативные последствия безработицы для здоровья, а система соцзащиты снижает риски бедности. Например, анализ кризиса 2008–2009 гг. в Европе показал, что увеличение расходов на активные программы занятости на 10 долл. на человека ослабляет рост смертности от самоубийств, связанный с безработицей (Stuckler et al., 2011).

В Дании действует модель «Flexicurity», сочетающая гибкость занятости, соцгарантии и доступ к переобучению, что способствует быстрой адап-

Таблица 1

Зарубежные инициативы интеграции политики занятости и здоровья

Table 1

Integration of Employment and Health Policy Initiatives in an International Context

Направление влияния	Программа	Страна	Содержание программы	Ответственные органы
<i>Занятость и здоровье</i>				
Влияние доступности и поддержки занятости	Flexicurity («Гибко-надежность»)	Дания	Гибкость рынка труда + социальная защита работников, легкость найма / увольнения при развитой системе переобучения	Государственные службы занятости, работодатели
Влияние потери занятости на здоровье	Work and Health Programme ¹ (Программа работы и здоровья)	Великобритания	Программа помощи безработным с проблемами здоровья, консультации по трудоустройству и лечению	Государственные службы занятости, медицинские учреждения
Влияние условий труда на здоровье	Vision Zero (Нулевой травматизм)	Швеция, Германия, США, Канада	Программа нулевого травматизма, направленная на предотвращение несчастных случаев на рабочем месте	Государственные органы труда, предприятия
Влияние условий труда на здоровье	Health in All Policies (Здоровье везде)	Финляндия	Интеграция политики занятости и здравоохранения, учет влияния условий труда на здоровье	Министерства здравоохранения и экономики
Влияние условий труда на здоровье	Цифровое здравоохранение	Израиль, США	Развитие приложений и технологий для мониторинга здоровья работников	Частные и государственные ИТ-компании, Минздрав
<i>Здоровье и занятость</i>				
Влияние состояния здоровья на возможность трудоустройства	Fit for work ² (Годен для работы)	Нидерланды	Разработка практических инструментов предотвращения утраты трудового статуса вследствие хронических заболеваний	Центр труда и здоровья (Center for Work Health)
Влияние состояние здоровья на возможность трудоустройства	Закон о трудоустройстве инвалидов	Германия, Франция	Законодательное требование для компаний нанимать определенный процент инвалидов	Министерства труда, соцслужбы

Примечания: ¹ GOV.UK. (n.d.). Disability benefits. <https://www.gov.uk/browse/benefits/disability> (дата обращения: 17.05.2025).

² Fit for Work. (n.d.). Fit for work. <https://fitforworknederland.nl/> (дата обращения: 17.05.2025).

Источник: составлено авторами на основе (Аксенова и др., 2021; Кутарова, 2017; Madsen, 2017; Kristianssen et al., 2018; Ståhl et al., 2006).

тации на рынке труда (Madsen, 2017). Германия, Франция, Скандинавия и Великобритания активно развивают инклюзивные подходы к трудоустройству людей с инвалидностью — от квотирования до сопровождаемого трудоустройства и комплексных программ, таких как «Work and Health Programme»¹.

В Финляндии применяется концепция «Health in All Policies», где службы занятости учитывают влияние рабочих условий на здоровье (Ståhl et al., 2006). В Нидерландах действует программа «Fit for Work», направленная на профилактику утраты трудоспособности у людей с хроническими заболеваниями, объединяющая усилия медицины и рынка труда².

Ряд стран также активно развивают социальные инновации на стыке занятости и здравоохранения, например, в Израиле — цифровой мониторинг здоровья работников, в Великобритании — мастерские для трудоустройства людей с ментальными расстройствами.

Международный опыт подчёркивает важность интеграции политики занятости и охраны здоровья через активные меры поддержки, профилактические инициативы и координацию с системой здравоохранения. Такой подход способствует укреплению здоровья населения и повышению его участия в рынке труда.

Межсекторальное сотрудничество в рамках реализации стратегий рынка труда и здравоохранения: авторские рекомендации

На основе проведённого анализа существующего опыта можно сделать вывод о том, что в зарубежных странах особое внимание уделяется активным мерам содействия занятости, инициативам профилактической направленности — таким как программы по укреплению здоровья, снижению стресса, раннему выявлению заболеваний, а также межведомственной координации с системой здравоохранения, что позволяет одновременно решать задачи укрепления здоровья трудоспособного населения и увеличения его уровня участия на рынке труда. Однако в Российской Федерации на данный момент низко развита данная межведомственная координация, что вызывает потребность в разработке комплексных мер интеграции политики занятости и охраны здоровья.

Несмотря на наличие в России отдельных программ, затрагивающих здоровье работников и содействие занятости уязвимых групп, интеграция этих направлений остаётся фраг-

ментарной и недостаточно институционализированной. С учётом международного опыта, предлагается реализация следующих мер, направленных на формирование устойчивой системы взаимодействия трудовой политики и политики здравоохранения.

Программа «Психологически здоровое рабочее место» предполагает внедрение на национальном уровне комплексной программы, направленной на создание и поддержание психологически безопасной среды на рабочих местах. В отличие от текущих нормативов охраны труда, данная программа будет сосредоточена на превентивной диагностике и управлении стрессом, профилактике профессионального выгорания, а также укреплении психоэмоционального здоровья сотрудников. В рамках инициативы предлагается разработка федеральных стандартов психологической безопасности труда, обязательных для исполнения организациями с численностью персонала свыше 50 человек. Стандарты должны включать оценку рисков, анонимные опросы работников, обязательные консультации с психологами, обучение руководителей методам стресс-менеджмента, а также наличие внутрикорпоративных программ поддержки (коучинг, менторство, обратная связь). Реализация данной меры может осуществляться на базе взаимодействия Министерства труда РФ, Министерства здравоохранения РФ, Роспотребнадзора и Фонда социального страхования. Практическая реализация предполагает создание специализированных центров психологической поддержки в составе модернизированных служб занятости в регионах, а также развитие аутсорсинговых сервисов для малого и среднего бизнеса. Эффектом от внедрения станет снижение уровня психосоциальных рисков, повышение производительности работников, уменьшение количества больничных листов и текучести кадров, особенно в сферах с высокой эмоциональной нагрузкой — здравоохранении, образовании, социальной работе и ИТ.

Цифровая система мониторинга и профилактики здоровья трудоспособного населения направлена на переход от реактивной к проактивной модели управления здоровьем работающих граждан. Предлагается создание национальной цифровой платформы — «Паспорт здоровья труда», интегрированной с системой электронных медицинских карт и платформой «Работа в России». Каждый работник получит доступ к личному кабинету, где будут агрегироваться данные о прохождении профосмотров, результатах диспансеризации, показателях физической активности и самочувствия (на основе данных с носимых устройств и опросов), а также предоставляться персонализированные рекомендации по питанию, режиму сна и управле-

¹ GOV.UK. (n.d.). Disability benefits. <https://www.gov.uk/browse/benefits/disability> (дата обращения: 17.05.2025).

² Fit for Work. (n.d.). Fit for work. <https://fitforworknederland.nl/> (дата обращения: 17.05.2025).

нию стрессом. Платформа позволит формировать обезличенные отчёты для работодателей, позволяя им адаптировать рабочие графики, перераспределять нагрузку, внедрять целевые программы укрепления здоровья, не нарушая при этом принципы конфиденциальности. Реализация возможна при участии Минцифры, Министерства здравоохранения РФ, Министерства труда РФ, а также областных администраций, с привлечением частных IT-компаний, операторов медицинского страхования и крупных корпораций в качестве пилотных площадок. Внедрение данной меры обеспечит раннюю диагностику профессиональных заболеваний, профилактику хронических состояний и улучшение общего уровня здоровья работающего населения. Дополнительным эффектом станет снижение числа длительных больничных и повышение личной ответственности граждан за собственное здоровье.

Медико-социальный контракт для длительно безработных, нацеленный на лиц, находящихся в состоянии постоянной безработицы и имеющих медицинские или психосоциальные ограничения. В отличие от стандартного социального контракта, предлагается ввести формат «медико-социального сопровождения», в котором трудоустройство становится заключительным этапом последовательной адаптации. Инициатива будет включать три фазы. Первая — оздоровительная, в рамках которой будет предоставляться доступ к лечению, диспансеризации, санаторному отдыху, психологической помощи и базовой социальной поддержке. Вторая — восстановительная, включающая мотивационную работу, помощь в документообороте, жилищно-бытовой стабилизации и подготовку к обучению. Третья — занятость: прохождение программ профобучения, стажировок, наставничества и последующее трудоустройство на вакансии с сопровождением. Дополнительно может рассматриваться создание Центров медико-трудовой адаптации (ЦМТА) в каждом субъекте Федерации. Такие центры будут функционировать как междисциплинарные структуры при участии региональных служб занятости, учреждений здравоохранения и образовательных организаций. Программа может быть реализована через координацию Министерства труда РФ, Министерства здравоохранения РФ, региональных центров занятости и некоммерческих организаций. Механизм следует реализовать в первую очередь в депрессивных регионах с высокой долей экономически неактивного населения. Предполагаемый эффект — восстановление трудовой мотивации и самостоятельности у граждан, длительное время не участвовавших в трудовой деятельности, снижение социальной изоляции, сокращение нагрузки на систему со-

циальной защиты и повышение регионального уровня занятости.

Выводы

В настоящей работе были проанализированы российские и зарубежные федеральные и региональные программы содействия занятости и накопления капитала здоровья. Анализ проводился отдельно для программ влияния занятости на здоровье и программ влияния здоровья на занятость. В рамках первого направления были рассмотрены такие отечественные инициативы как влияние доступности и поддержки занятости на здоровье, влияние потери занятости на здоровье, влияние неформальной и неполной занятости на здоровье, влияние условий труда на здоровье. В рамках второго направления были проанализированы меры влияния состояния здоровья на производительность и устойчивость занятости, а также влияние состояния здоровья на возможность трудоустройства.

Помимо отечественных мер, в статье также освещался зарубежный опыт реализации программ занятости и здоровья. Зарубежные программы нацелены на интеграцию политики занятости и охраны здоровья через активные меры поддержки, профилактические инициативы и координацию с системой здравоохранения. Важную роль также играет цифровизация взаимодействия между индивидами, министерствами здравоохранения и работодателями, в том числе в рамках онлайн мониторинга здоровья работников.

На основе анализа отечественных и зарубежных практик авторами предложено три инициативы для реализации политики в области занятости и здоровья: программа «Психологически здоровое рабочее место»; цифровая система мониторинга и профилактики здоровья трудоспособного населения; медико-социальный контракт для длительно безработных.

В совокупности перечисленные меры, как действующие на федеральном и региональном уровнях в России и за рубежом, так и предложенные авторами, формируют основу для системного перехода к интегративной модели занятости и охраны здоровья. Их реализация позволит не только повысить уровень занятости среди уязвимых категорий, но и сократить риски потери здоровья в результате труда, обеспечить раннее выявление факторов риска и восстановить продуктивность трудоспособного населения. Подобный подход соответствует современным концепциям устойчивого человеческого развития и способствует, во-первых, повышению производительности труда и обеспечению экономического роста, а во-вторых, формирует современную экономику, ориентированную на качество жизни.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- Аганбегян, А. Г. (2016). *Демография и здравоохранение на рубеже веков*. Москва: Дело, 192.
- Аксенова, Е. И., Камынина, Н. Н., Хараз, А. Д. (2021). Цифровизация здравоохранения: мировой опыт. *Московская медицина*, (2(42)), 6–25.
- Зудина, А. А. (2024). Неформальная занятость в периоды кризиса: анализ потоков рабочей силы на российском рынке труда. *Экономический журнал Высшей школы экономики*, 28(4), 565–586. <https://doi.org/10.17323/1813-8691-2024-28-4-565-586>
- Канева, М. А., Моисеенко, В. Д. (2024). Оценка влияния показателей здоровья на занятость в России (2015–2022 гг.). *ЭКО*, 5, 120–140.
- Кутарова, М. А. (2017). Сравнительный анализ правового регулирования квотирования рабочих мест для инвалидов в России и Германии. *Трудовое право в России и за рубежом*, (3), 57–60.
- Alcan, S., & Özsoy, O. (2020). Relation between wage and health in Turkey. *Panoeconomicus*, 67(1), 111–126. <https://doi.org/10.2298/PAN170120011A>
- Benavides, F. G., Benach, J., Muntaner, C., Delclos, G. L., Catot, N., & Amable, M. (2006). Associations between temporary employment and occupational injury: what are the mechanisms? *Occupational and environmental medicine*, 63(6), 416–421. <https://doi.org/10.1136/oem.2005.022301>
- Böckerman, P., & Ilmakunnas, P. (2009). Unemployment and self-assessed health: evidence from panel data. *Health Economics*, 18(2), 161–179. <https://doi.org/10.1002/HEC.1361>
- Cai, L., & Kalb, G. (2006). Health status and labour force participation: evidence from Australia. *Health Economics*, 15(3), 241–261. <https://doi.org/10.1002/hec.1053>
- Cunningham, S. (2021). *Causal inference: The mixtape*. New Heaven: Yale University Press, 657.
- Drydakis, N. (2015). The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: A longitudinal study before and during the financial crisis. *Social Science & Medicine*, 128, 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.025>
- Gebel, M., & Voßmer, J. (2014). The impact of employment transitions on health in Germany. A difference-in-differences propensity score matching approach. *Social Science & Medicine*, 108, 128–136. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.039>
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255. <https://doi.org/10.1086/259880>
- Hemp, P. (2004). Presenteeism: at work-but out of it. *Harvard Business Review*, 82(10), 49–58.
- Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment: a social-psychological analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 124.
- Johansson, E., Böckerman, P., & Lundqvist, A. (2020). Self-reported health versus biomarkers: Does unemployment lead to worse health? *Public Health*, 179, 127–134. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.10.005>
- Junna, L., Moustgaard, H., & Martikainen, P. (2022). Health-related selection into employment among the unemployed. *BMC Public Health*, 22(657), 657. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13023-0>
- Kaneva, M. (2024). The application of quasi-experimental approaches to the analysis of the relationship between employment and health. *Panoeconomicus*, 00(18). <https://doi.org/10.2298/PAN230130018K>
- Kristianssen, A. C., Andersson, R., Belin, M. A., & Nilssen, P. (2018). Swedish vision zero policies for safety — A comparative policy content analysis. *Safety Science*, 103, 260–269. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.11.005>
- Madsen, P. K. (2017). The Danish model of flexicurity: A paradise — with some snakes. In J. Lind (Ed.), *Labour market and social protection reforms in international perspective* (pp. 243–265). Routledge. <https://doi.org/10.1177/1024258904010002>
- Marmont, M., & Bell, R. (2012). Fair society, healthy lives. *Public Health*, 126(Suppl 1), S4–S10. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>
- Mincer, J. (1958). Investment in human capital and personal income distribution. *Journal of Political Economy*, 66(4), 281–302.
- Monteiro, W. M., Neitzke, H. C., Lonardoni, M. V. C., Silveira, T. G. V., Ferreira, M. E. M. C., & Teodoro, U. (2008). Distribuição geográfica e características epidemiológicas da leishmaniose tegumentar americana em áreas de colonização antiga do Estado do Paraná, Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(6), 1291–1303. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008000600010>
- Reeves, A., & Stuckler, D. (2016). Labour market policy and health: Structured review of the bidirectional relationship. *Public health panorama*, 2(2), 117–247.
- Ronchetti, J., & Terriau, A. (2019). Impact of unemployment on self-perceived health. *European Journal Health Economics*, 20, 879–889. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01050-5>
- Schröer, S., Haupt, J., & Pieper, C. (2014). Evidence-based lifestyle interventions in the workplace — an overview. *Occupational Medicine*, 64(1), 8–12. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt136>
- Schuring, M., Mackenbach, J., Voorham, T., & Burdorf, A. (2011). The effect of re-employment on perceived health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(7), 639–644. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.103838>

- Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (Eds.). (2006). *Health in all policies: Prospects and potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 279.
- Standing, G. (2011). *Precariat — the new dangerous class*. London: Bloomsbury, 198.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *The Lancet*, 378(9786), 124–125. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61079-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61079-9)
- Vaalavuo, M. (2016). Deterioration in health: What is the role of unemployment and poverty? *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(4), 347–353. <https://doi.org/10.1177/1403494815623654>

References

- Aganbegyan, A. G. (2016). *Demografiya i Zdravookhranenie na Rubezhe Vekov [Demography and Healthcare at the Turn of the Centuries]*. Moscow: Delo, 192. (In Russ.)
- Aksenova, E. I., Kamynina, N. N., & Kharaz, A. D. (2021). Healthcare Digitalization: Worldwide Insights. *Moskovskaya Meditsina [Moscow Medicine]*, 2(42), 6–25. (In Russ.)
- Alcan, S., & Özsoy, O. (2020). Relation between Wage and Health in Turkey. *Panoeconomicus*, 67(1), 111–126. <https://doi.org/10.2298/PAN170120011A>
- Benavides, F. G., Benach, J., Muntaner, C., Delclos, G. L., Catot, N., & Amable, M. (2006). Associations between Temporary Employment and Occupational Injury: What are the Mechanisms? *Occupational and environmental medicine*, 63(6), 416–421. <https://doi.org/10.1136/oem.2005.022301>
- Böckerman, P., & Ilmakunnas, P. (2009). Unemployment and Self-Assessed Health: Evidence from Panel Data. *Health Economics*, 18(2), 161–179. <https://doi.org/10.1002/HEC.1361>
- Cai, L., & Kalb, G. (2006). Health Status and Labour Force Participation: Evidence from Australia. *Health Economics*, 15(3), 241–261. <https://doi.org/10.1002/hec.1053>
- Cunningham, S. (2021). *Causal Inference: The Mixtape*. New Heaven: Yale University Press, 657.
- Drydakis, N. (2015). The Effect of Unemployment on Self-Reported Health and Mental Health in Greece from 2008 to 2013: A Longitudinal Study Before and During the Financial Crisis. *Social Science & Medicine*, 128, 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.025>
- Gebel, M., & Voßemer, J. (2014). The Impact of Employment Transitions on Health in Germany. A Difference-in-Differences Propensity Score Matching Approach. *Social Science & Medicine*, 108, 128–136. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.039>
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255. <https://doi.org/10.1086/259880>
- Hemp, P. (2004). Presenteeism: At Work-But out of it. *Harvard Business Review*, 82(10), 49–58.
- Jahoda, M. (1982). *Employment and Unemployment: A Social-Psychological Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 124.
- Johansson, E., Böckerman, P., & Lundqvist, A. (2020). Self-Reported Health versus Biomarkers: Does Unemployment Lead to Worse Health? *Public Health*, 179, 127–134. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.10.005>
- Junna, L., Moustgaard, H., & Martikainen, P. (2022). Health-Related Selection into Employment among the Unemployed. *BMC Public Health*, 22(657), 657. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13023-0>
- Kaneva, M. (2024). The Application of Quasi-Experimental Approaches to the Analysis of the Relationship between Employment and Health. *Panoeconomicus*, 00(18). <https://doi.org/10.2298/PAN230130018K>
- Kaneva, M., Moiseenko, V. (2024). Assessing the impact of health indicators on the employment in Russia. *EKO*, 5, 120–140 (In Russ.)
- Kristianssen, A. C., Andersson, R., Belin, M. A., & Nilsen, P. (2018). Swedish Vision Zero Policies for Safety — A Comparative Policy Content Analysis. *Safety Science*, 103, 260–269. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.11.005>
- Kutarova, M. A. (2017). Comparative Analysis of Legal Regulation of Disabled Job Quota Allocation in Russia and Germany. *Trudovoe Pravo v Rossii i za Rubezhom [Labour Law in Russia and Abroad]*, (3), 57–60. (In Russ.)
- Madsen, P. K. (2017). The Danish Model of Flexicurity: A Paradise — with some snakes. In J. Lind (Ed.), *Labour market and social protection reforms in international perspective* (pp. 243–265). Routledge. <https://doi.org/10.1177/1024258904010002>
- Marmont, M., & Bell, R. (2012). Fair Society, Healthy Lives. *Public Health*, 126(Suppl 1), S4–S10. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>
- Mincer, J. (1958). Investment in Human Capital and Personal Income Distribution. *Journal of Political Economy*, 66(4), 281–302.
- Monteiro, W. M., Neitzke, H. C., Lonardon, M. V. C., Silveira, T. G. V., Ferreira, M. E. M. C., & Teodoro, U. (2008). Distribuição Geográfica e Características Epidemiológicas da Leishmaniose Tegumentar Americana em Áreas de Colonização Antiga do Estado do Paraná, Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(6), 1291–1303. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008000600010> (In Portuguese)
- Reeves, A., & Stuckler, D. (2016). Labour Market Policy and Health: Structured Review of the Bidirectional Relationship. *Public health panorama*, 2(2), 117–247.
- Ronchetti, J., & Terriau, A. (2019). Impact of Unemployment on Self-Perceived Health. *European Journal Health Economics*, 20, 879–889. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01050-5>

Schröer, S., Haupt, J., & Pieper, C. (2014). Evidence-Based Lifestyle Interventions in the Workplace — An Overview. *Occupational Medicine*, 64(1), 8–12. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt136>

Schuring, M., Mackenbach, J., Voorham, T., & Burdorf, A. (2011). The Effect of Re-Employment on Perceived Health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(7), 639–644. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.103838>

Stähl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (Eds.) (2006). Health in All Policies: *Prospects and Potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 279.

Standing, G. (2011). *Precariat — the New Dangerous Class*. London: Bloomsbury, 198.

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2011). Effects of the 2008 Recession on Health: A First Look at European Data. *The Lancet*, 378(9786), 124–125. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61079-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61079-9)

Vaalavuo, M. (2016). Deterioration in health: What is the Role of Unemployment and Poverty? *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(4), 347–353. <https://doi.org/10.1177/1403494815623654>

Zudina, A. A. (2024). Informal Employment During Crises: Analysis of Labour Force Flows in the Russian Labour Market. *Ekonomicheskii Zhurnal Vysshei Shkoly Ekonomiki [HSE Economic Journal]*, 28(4), 565–586. <https://doi.org/10.17323/1813-8691-2024-28-4-565-586> (In Russ.)

Информация об авторах

Канева Мария Александровна — доктор экономических наук, ведущий научный сотрудник, Институт экономики и организации промышленного производства СО РАН; Scopus Author ID: 56500734100; <http://orcid.org/0000-0002-9540-2592> (Российская Федерация, 630090, г. Новосибирск, пр-т ак. Лаврентьева, 17; e-mail: mkaneva@gmail.com)

Зафаржонова Мохидилхон Равшанжон кизи — кандидат экономических наук, младший научный сотрудник, Институт экономики и организации промышленного производства СО РАН; Scopus Author ID: 58097208500; <http://orcid.org/0009-0007-7898-4125> (Российская Федерация, 630090, г. Новосибирск, пр-т ак. Лаврентьева, 17; e-mail: m.zafarjonova@gmail.com)

Карунина Анастасия Михайловна — инженер, Институт экономики и организации промышленного производства СО РАН; студент магистратуры, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»; <http://orcid.org/0009-0003-3822-0770> (Российская Федерация, 630090, г. Новосибирск, пр-т ак. Лаврентьева, 17; Российская Федерация, 109028, г. Москва, Покровский б-р., 11, стр. 10; e-mail: a.karunina@g.nsu.ru)

About the authors

Maria A. Kaneva — Dr. Sci. (Econ.), Lead Researcher, Institute of Economics and Industrial Engineering, Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences; Scopus Author ID: 56500734100; <http://orcid.org/0000-0002-9540-2592> (17, Lavrentyev Ave., Novosibirsk, 630090, Russian Federation, e-mail: mkaneva@gmail.com)

Mokhidilkhon Zafarjonova — Cand. Sci. (Econ.), Junior Researcher, Institute of Economics and Industrial Engineering, Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences; Scopus Author ID: 58097208500; <http://orcid.org/0009-0007-7898-4125> (17, Lavrentyev Ave., Novosibirsk, 630090, Russian Federation, e-mail: m.zafarjonova@gmail.com)

Anastasia M. Karunina — Engineer, Institute of Economics and Industrial Engineering, Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences; Postgraduate Student, Higher School of Economics; <http://orcid.org/0009-0003-3822-0770> (17, Lavrentyev Ave., Novosibirsk, 630090, Russian Federation; 11, Pokrovsky Bvd, build. 11, Moscow, 109028, Russian Federation; e-mail: a.karunina@g.nsu.ru)

Использование средств ИИ

Авторы заявляют о том, что при написании этой статьи не применялись средства генеративного искусственного интеллекта.

Use of AI tools declaration

All authors declare that they have not used Artificial Intelligence (AI) tools for the creation of this article.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests

The authors declare no conflicts of interest.

Дата поступления рукописи: 03.06.2025.

Прошла рецензирование: 28.08.2025.

Принято решение о публикации: 25.12.2025.

Received: 03 Jun 2025.

Reviewed: 28 Aug 2025.

Accepted: 25 Dec 2025.