

Научная статья

УДК 331.5, 338.46:614

DOI:10.17323/1999-5431-2025-0-4-182-210

ПРОГРАММЫ ЗАНЯТОСТИ С УЧЕТОМ ЗДОРОВЬЯ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ (НА МАТЕРИАЛЕ ПЯТИ СТРАН ЗАПАДНОЙ ЕВРОПЫ)

Канева Мария Александровна¹,
Зафаржонова Мохидилхон Равшанжон кизи²,
Михеев Сергей Сергеевич³

^{1, 2, 3} Институт экономики и организации промышленного производства СО РАН;
630090, Российская Федерация, г. Новосибирск, пр-т Академика Лаврентьева, д. 17.

³ Новосибирский национальный исследовательский государственный университет;
630090, Российская Федерация, г. Новосибирск, ул. Пирогова, д. 1.

¹ Доктор экономических наук; mkaneva@gmail.com; ORCID:0000-0002-9540-2592

² Кандидат экономических наук; m.zafarjonova@gmail.com; ORCID:0009-0007-7898-4125

³ Инженер; магистрант экономического факультета; s.mikheev@g.nsu.ru;
ORCID:0009-0004-5792-8974

Аннотация. Эмпирические исследования демонстрируют взаимосвязь между состоянием здоровья и трудовой занятостью населения, и этим объясняется важность интеграции этих направлений в социальной политике. Цель настоящей статьи – выявить успешные международные практики по интеграции вопросов здоровья в политику занятости, а также сформулировать рекомендации по их адаптации в российский контекст.

На базе материалов научных исследований, нормативных актов и отчетной документации были изучены европейские подходы к реализации программ занятости с учетом состояния здоровья населения – как универсальные программы, так и программы, ориентированные на пожилых граждан. Результаты анализа выявили устойчивый тренд на межсекторальную интеграцию: программы трудаоустройства реализуются в партнерстве с медицинскими учреждениями, страховыми фондами и бизнесом. Также отмечаются тенденции к децентрализации полномочий с передачей их на региональный уровень и индивидуализации поддержки. Программы, направленные на поддержку пожилого населения, сосредоточены на продлении трудовой активности пожилых граждан за счет адаптации рабочих мест, обучения и медико-социального сопровождения.

В качестве основного результата исследования были сформулированы прикладные меры по интеграции политики занятости и охраны здоровья. Предложенные меры могут лieчь в основу пилотных программ в российских регионах.

Ключевые слова: занятость, здоровье, стратегия занятости, зарубежный опыт, политика, Российская Федерация.

Для цитирования: Канева М.А., Зафаржонова М.Р., Михеев С.С. Программы занятости с учетом здоровья: зарубежный опыт на примере пяти стран Западной Европы // Вопросы государственного и муниципального управления. 2025. № 4. С. 182–210. DOI:10.17323/1999-5431-2025-0-4-182-210

*Статья подготовлена по плану НИР ИЭОПП СО РАН,
проект «Региональное и муниципальное стратегическое планирование
и управление в контексте модернизации государственной региональной
политики и развития цифровой экономики» № 121040100283-2.*

Original article

JEL: I10, I12, I18

DOI:10.17323/1999-5431-2025-0-4-182-210

HEALTH-ORIENTED EMPLOYMENT PROGRAMMES: INTERNATIONAL EXPERIENCE (BASED ON FIVE WESTERN EUROPEAN COUNTRIES)

**Maria A. Kaneva¹, Mokhidilkhon R. Zafarjonova²,
Sergey S. Mikheev³**

^{1,2,3} Institute of Economics and Industrial Engineering, Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences; 17 Lavrentiev Avenue, 630090 Novosibirsk, Russia.
³ Novosibirsk National Research State University; 2 Pirogova Street, 630090 Novosibirsk, Russia.
¹ Doctor of Sciences (in Economics); mkaneva@gmail.com; ORCID: 0000-0002-9540-2592
² PhD (in Economics); m.zafarjonova@gmail.com; ORCID: 0009-0007-7898-4125
³ Engineer, Master of Science (in Economics) student; s.mikheev@g.nsu.ru;
ORCID: 0009-0004-5792-8974

Abstract. Empirical studies demonstrate a bidirectional relationship between population health status and employment, highlighting the importance of integrating these areas within social policy. This article aims to identify successful international practices for integrating health considerations into employment policy and to develop recommendations for adapting them in the Russian context.

Based on the analysis of scientific literature, regulatory documents, and report data, the study examines European approaches to the implementation of employment programs that account for the health status of the population – both universal programs and those targeted at older adults. The findings reveal a steady trend toward cross-sectoral integration, whereby employment initiatives are implemented in partnership with healthcare institutions, insurance funds, and businesses. The analysis also highlights the decentralization of authority to the

regional level and the individualization of support, particularly for individuals with chronic illnesses or prolonged absences from the labor market. Programs aimed at older workers focus on extending labor participation through workplace adaptations, continuous learning, and medical-social support.

As a key result of the study, a set of measures was proposed to enhance the integration of employment and health policy. These include: the development of remote employment models accompanied by medical support; targeted assistance to economically inactive individuals with long-term employment gaps due to health issues; and the implementation of supported employment schemes with professional workplace assistance. These initiatives underscore the practical relevance of the study and may serve as the basis for pilot programs in Russian regions.

Keywords: employment, health, employment strategies, foreign experience, policy, Russian Federation.

For citation: Kaneva, M.A., Zafarjonova, M.R., and Mikheev, S.S. (2025) ‘Health-oriented employment programmes: International experience (based on five Western European countries)’, *Public Administration Issues*, (4), pp 182–210. (In Russian). DOI:10.17323/1999-5431-2025-0-4-182-210

The article was prepared within the research plan of the Institute of Economics and Industrial Engineering of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences, project “Regional and municipal strategic planning and management in the context of modernization of state regional policy and development of the digital economy” No. 121040100283-2.

Введение

Занятость и рабочее место служат важными факторами, определяющими здоровье человека. Работа с хорошими условиями труда позволяет накапливать так называемый капитал здоровья, т.е. осуществлять вложения в здоровье человека с целью формирования, поддержания и улучшения его физического, психического и социального благополучия и работоспособности (Grossman, 1972). Капитал здоровья является частью человеческого капитала, который можно определить как набор созидательных способностей человека, включающий биологически наследуемые способности, моральные ценности, психологические установки и знания, приобретенные в процессе воспитания и образования, в том числе профессиональные навыки и опыт.

В современной экономике капитал здоровья – это один из возможных источников повышения производительности труда населения, способствующий экономическому развитию и росту страны (Аганбегян, 2019).

Среди социально-экономических детерминант здоровья одним из наиболее важных по размеру эффекта является рынок труда (Marmont, Bell, 2012). Важность роли рынка труда в сохранении и накоплении капитала здоровья привела к большому числу исследований о взаимосвязи статуса человека на рынке труда и его здоровья. Существует теоретически обоснованная (модель латентной депривации (Jahoda, 1982); теория капитала здоровья (Grossman, 1972)) и эмпирически подтвержденная двусторонняя взаимосвязь между капиталом

здоровья и рынком труда. В то время как безработица приводит к ухудшению здоровья, трудоустройство его улучшает (Gebel, Voßemer 2014; Johansson et al., 2020; Kaneva, 2024; Schuring et al., 2011; Vaalavuo, 2016 и др.). При этом важную роль играет эффект самоотбора, когда индивиды со слабым здоровьем добровольно покидают рынок труда или же выбирают занятость с менее напряженным графиком работы (Böckerman, Ilmakunnas, 2009; Ronchetti, Terriaux, 2019). Кроме того, существует и такая зависимость между здоровьем и рынком труда: шансы иметь работу выше у работников с хорошим здоровьем. Расчет вклада здоровья в заработную плату (с использованием уравнения Минсерса) показывает, что хорошее здоровье увеличивает заработки относительно среднего здоровья, а плохое, напротив, их снижает (Mincer, 1958; Alcan, Özsoy, 2020).

Ряд эмпирических зарубежных исследований был посвящен оценкам результатов реализованных программ по повышению уровня занятости среди различных групп населения (van Rijn et al., 2016; Marshall et al., 2014; Carlier et al., 2013; Pinto et al., 2018). Для оценки общего эффекта программ занятости использовалась методика метаанализа. Исследование Ван Рижна показало, что программы занятости лиц со слабым психическим здоровьем не приводили к его улучшению, однако существенно повышали качество жизни участников программ (van Rijn et al., 2016). В то же время масштабное исследование рандомизируемых контролируемых испытаний и других реализованных программ с 1995 по 2017 гг. показало, что в 74% программ по трудоустройству длительных безработных, в том числе с проблемами в области психического здоровья, участники были трудоустроены и впоследствии у них наблюдалось улучшение здоровья (Pinto et al., 2018). Авторы обратили внимание на то, что в основе успешно реализованной программы лежал активный контакт между пациентом, медицинским специалистом, работодателем и специалистом по трудоустройству. Ряд программ по активному трудоустройству также улучшал физическое здоровье (самооценку здоровья) участников (например, в Нидерландах, см.: Carlier et al., (2013)).

Авторы настоящей статьи реализовали двухлетний проект по эконометрической оценке двухсторонних связей между рынком труда и здоровьем в России. Используя методы псевдорандомизации – мэтчинга и подхода «разницы в разницах» (difference-in-difference) – было показано, что трудоустройство повышало самооценку здоровья индивидов (Kaneva, 2024; Kaneva, Zafarjonova, 2025), тогда как потеря работы снижала самооценку здоровья и ухудшала психическое здоровье (Kaneva, 2024, Приложение 1). Полученные оценки совпали с оценками для других стран (см., например: Drydakis, 2015; Gebel, Voßemer, 2014; Johansson et al., 2020; Ronchetti, Terriaux, 2019; Schuring et al., 2011; Stauder, 2019; Vaalavuo, 2016).

В России реализуется ряд мер активной политики занятости, учитывающих вопросы охраны здоровья. В частности, национальный проект «Кадры» включает четыре взаимосвязанных федеральных проекта, среди которых предусмотрены инициативы по улучшению условий труда и поддержке трудоустройства граждан с ограниченными возможностями здоровья.

Однако меры по улучшению условий труда в государственных программах в основном сосредоточены на снижении производственного травматизма.

Например, в государственной программе «Содействие занятости населения»¹ приоритет отдан показателям по сокращению числа несчастных случаев, включая тяжелые и смертельные травмы. В то же время такие важные аспекты, как профилактика хронического стресса, эмоционального выгорания, регулярные профилактические осмотры (чек-апы), психоэмоциональная поддержка работников и создание благоприятной рабочей среды, как правило, не получают системного отражения в программных документах.

В части поддержки трудоустройства граждан с ограниченными возможностями здоровья в России реализуются более комплексные меры, включая квотирование рабочих мест, программы профессионального переобучения, профориентации и психологического консультирования. Однако, несмотря на наличие этих инструментов, разрыв в уровне занятости между людьми с инвалидностью и остальным населением остается значительным (Kolybashkina et al., 2021).

Анализ практик совершенствования политики занятости и здоровья в зарубежных странах позволяет выделить лучшие из них для последующего использования их опыта в нашей стране. Таким образом, целью настоящего исследования является всесторонний анализ зарубежных программ и стратегий занятости населения с учетом состояния здоровья населения и разработка на основе зарубежного опыта рекомендаций для России.

Актуальность исследования обусловлена глобальными вызовами: старением трудоспособного населения, ростом числа хронических заболеваний и необходимостью адаптации рынка труда к новым условиям. Зарубежные страны активно разрабатывают программы, направленные на снижение экономических потерь от ухудшения здоровья населения через повышение занятости уязвимых групп. При этом на фоне тренда на старение населения отдельно стоит рассматривать программы занятости и здоровья для пожилых.

В статье описаны современные европейские модели интеграции здоровья и занятости, проведен анализ зарубежных программ и стратегий занятости населения с учетом состояния здоровья населения и на их основе наилучшим образом себя зарекомендовавших практик. По его результату сделаны предложения по использованию, по мнению авторов, наиболее перспективных из них для российского рынка труда. Специальный раздел посвящен европейским программам.

Анализ зарубежных программ разделен на две части: общие программы и программы для пожилого населения. Отдельный фокус на программах для пожилого населения обусловлен трендом старения населения в европейских странах и в России.

Европейские программы занятости и здоровья

Европейские модели интеграции здоровья и занятости демонстрируют системный подход. Европейская стратегия занятости фокусируется на улучшении качества рабочих мест через профилактику профессиональных заболеваний и адаптацию условий труда для лиц с хроническими болезнями. Например,

¹ Государственная программа Российской Федерации «Содействие занятости населения» от 15 апреля 2014 г. URL: <http://government.ru/rugovclassifier/834/events/> (дата доступа 28.10.2025).

принцип «разумного приспособления» в Германии, обязывающий работодателей модифицировать рабочие места, снизил абсентеизм на 30%. Скандинавская модель (Швеция, Дания) инвестирует 3% ВВП в переобучение работников и программы мониторинга стресса, что сократило долгосрочную безработицу на 25% и предотвратило ухудшение психического здоровья. В ЕС квотирование рабочих мест для людей с инвалидностью (7% в госсекторе) совместно с субсидиями на спецоборудование повысило занятость этой группы (Кулагина, 2025).

Подробнее остановимся на программах Финляндии, Нидерландов и Великобритании. Именно эти страны последовательно активно реализовывали политики в области занятости и здоровья на протяжении последних десятилетий.

Финляндия

Предпосылки запуска программы. В Финляндии на государственном уровне реализуется программа «Health in All Policies» («Здоровье везде», далее HiAP)² – межсекторальный подход, основанный на понимании, что здоровье населения зависит не только от медицины, но и от решений в сфере экономики, образования, транспорта и экологии (Freiler et al., 2013). Идеи HiAP формировались с 1970-х гг. (проект «Северная Карелия»), а в 2006 г., в период председательства Финляндии в ЕС, программа приобрела национальный масштаб (Melkas, 2013). Ее цель – устранение неравенства в здоровье и формирование условий для долгосрочного благополучия общества.

Влияние на физическое здоровье. В рамках программы реализовались следующие направления улучшения физического здоровья граждан:

1. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний (далее – ССЗ). В рамках Северо-Карельского проекта (1972–1977 гг.), нацеленного на изменение привычек питания в сторону более здоровой диеты, в регионе было достигнуто снижение потребления насыщенных жиров (замена сливочного масла на растительное, обезжиренные молочные продукты), уменьшение соли в рационе. Результатами стали снижение уровня холестерина в крови на 20%, а также сокращение смертности от ССЗ на 80% среди трудоспособного населения (Puska, Ståhl, 2010).
2. Политика питания. Во всей стране было достигнуто переключение приоритета сельскохозяйственного производства с молочного жира на производство зерна, овощей, ягод, рапсового масла и рыбы с использованием инструментов экономической политики и снижение жирности производимого молока за счет развития животноводства и кормления, а также изменения условий выдачи субсидий в сельском хозяйстве.
3. Скрининг. Были внедрены ежегодные бесплатные скрининги в муниципальных центрах здоровья (Melkas, 2013). Обследование включало мониторинг артериального давления и уровня холестерина.
4. Физическая активность. Для повышения доли населения, занимающегося физкультурой и спортом, в сотрудничестве с Министерством транспорта была развита велоинфраструктура и выделены пешеходные зоны. В рам-

² Promoting Health in All Policies and intersectoral action capacities. URL: <https://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities> (дата обращения: 21.10.2025).

ках развития спортивной инфраструктуры на рабочих местах были предложены корпоративные абонементы в спортзалы.

Влияние на психическое здоровье. С целью сохранения и улучшения психического здоровья HiAP включает меры по снижению стресса, предотвращению суицидов и поддержке уязвимых групп.

1. Профилактика суицидов. С 1986 по 1996 гг. в рамках HiAP внедрялся межсекторальный проект по профилактике суицидов (в Финляндии на тот момент уровень суицидов был самым высоким среди остальных европейских стран, включая высокий уровень самоубийств индивидов в трудоспособном возрасте) (Melkas, 2013). Проект реализовывался при поддержке сектора здравоохранения, социальных служб и полиции.
2. Поддержка психического здоровья безработных. В центрах занятости проводилась оценка психического здоровья, также на предприятиях проходили антистрессовые тренинги.
3. Школьные инициативы. В школе были введены обязательные уроки психического здоровья и велось анкетирование учащихся для выявления групп риска. *Особенности реализации программы, управление и финансирование.* Не являясь напрямую программой по росту занятости населения, HiAP была интегрирована в различные сферы общества, включая образование, социальную сферу и занятость. В результате меры по профилактике здоровья привели к снижению количества больничных листов и повышению общего запаса здоровья населения, а также общего уровня трудоспособности и, через трудоспособность, к росту производительности. Кроме того, HiAP была нацелена на инклюзивность и поддержку уязвимых групп, среди которых было население с хроническими заболеваниями и инвалидностью. Улучшение здоровья граждан из этих групп, как результат HiAP, увеличило их шансы сохранять трудоспособность и возвращаться к работе. Наконец, обучающие программы по здоровому образу жизни, включая Северо-Карельский проект, помогли подготовить население к активной трудовой деятельности и снизить риски заболеваний, связанных с образом жизни.

Для финансирования программы HiAP Финляндия использует децентрализованную модель с акцентом на муниципальную автономию. Источниками финансирования являются федеральный бюджет и муниципальные бюджеты, 70% расходов которых тратится на здравоохранение и социальные услуги. Также правительством были созданы региональные «округа благополучия», которые получали бюджетные средства на основе демографических показателей и показателей здоровья населения. Это создавало стимулы для регионов, поскольку дополнительное финансирование шло на мероприятия по снижению неравенства и рост продолжительности жизни. В рамках этой инициативы общие расходы государства на здравоохранение возросли с 16 млрд до 21 млрд евро с 2013 по 2023 гг. Программа продолжает существовать как общая философия развития здравоохранения Финляндии.

Проблемы реализации. Несмотря на общий успех HiAP, критики отмечали ряд недостатков реализации, среди которых назывались сохраняющееся социально-экономическое неравенство в здоровье, особенно среди низкоходоных групп (Freiler et al., 2013), и активное лоббирование бизнеса (например, алкогольной индустрии), которое существенно тормозило реформы.



Нидерланды

Предпосылки запуска программы. Голландская программа «Fit for Work» («Годный для работы», далее – FFW) возникла как ответ на растущие экономические и социальные издержки, связанные с потерей трудоспособности населения. В 2000-е гг. в Нидерландах была высокой доля длительных больничных и ранних выходов граждан страны на пенсию по инвалидности, особенно из-за проблем с опорно-двигательным аппаратом и психическим здоровьем (McGee et al., 2009). Помимо этого, среди стран с низким общим уровнем безработицы уровень долгосрочной безработицы в Нидерландах был значительно выше по сравнению с другими странами ЕС.

Ежегодные расходы, связанные с низкой производительностью, и расходы на боли в пояснице и шее в Нидерландах по данным на 2009 г. составляли около 7,6 млрд евро в год (Там же), что в девять раз превышает расходы на лечение. В ряде случаев заболевания опорно-двигательного аппарата приводили к ухудшению психического здоровья, вызывая депрессию или тревогу. Ухудшение психологического состояния отрицательно влияло на тяжесть заболевания и способность человека продолжать работу.

Цель (или суть) программы и период запуска. В конце 2000-х гг. власти осознали, что традиционная система социального страхования не справляется – она реагировала на проблемы постфактум, вместо того чтобы предотвращать их. Так появилась идея проактивного подхода, объединяющего усилия государства, работодателей, страховых компаний и медиков. И решить эту задачу должна была программа FFW³.

FFW построена на следующих принципах:

- 1) Работа как терапия – раннее возвращение к труду в адаптированном формате.
- 2) Персонализация – индивидуальные планы с учетом диагноза и условий труда.
- 3) Цифровизация – онлайн-инструменты для самооценки здоровья и дистанционных консультаций.

Цель программы FFW – способствовать быстрому и безопасному возвращению сотрудников к полноценной трудовой деятельности, снижая длительность отсутствия и предотвращая возможные осложнения.

Основные компоненты программы включают:

1. Индивидуальный план реабилитации: совместная разработка с работодателем, медицинскими специалистами и работником, план учитывает особенности состояния здоровья и рабочие обязанности.
2. Медицинское сопровождение: регулярное взаимодействие с лечащими врачами и специалистами по реабилитации для оценки прогресса и корректировки плана лечения.
3. Адаптация рабочего места: при необходимости – внесение изменений в рабочие условия или график для облегчения возвращения к работе.
4. Обучение и консультации: предоставление информации работнику о его состоянии, возможных ограничениях и способах их преодоления.

Сейчас программа развивается в сторону углубления аналитической составляющей: с помощью ИИ анализируются данные о здоровье сотрудников, чтобы

³ Fit for work Netherlands. URL: <https://fitforworknederland.nl/> (дата обращения 28.10.2025).

предсказывать риски выгорания или травм до их возникновения. Это следующий шаг к тому, чтобы сделать профилактику по-настоящему упреждающей.

Влияние на физическое здоровье. В рамках программы FFW накопление физического здоровья осуществляется путем профилактики (рекомендации по эргономичному рабочему месту (например, настройка рабочего места для людей с болезнями опорно-двигательного аппарата); программы корпоративного здоровья и ухода: фитнес-челленджи, здоровое питание на работе) и реабилитации (специализированные клиники для работников с хроническими заболеваниями (например, диабетом); постепенное возвращение к работе через «гибкие часы»).

Влияние на психическое здоровье. Одновременно в рамках программы развиваются направления по его укреплению посредством снижения стресса (тренинги по устойчивости и жизнеспособности (resilience) для сотрудников; партнерство с психологами и психиатрами для конфиденциальных консультаций сотрудников) и борьбы с выгоранием (чек-листы для раннего выявления симптомов).

Особенности реализации программы, управление и финансирование.

Финансирование FFW построено на принципе взаимовыгодного партнерства между государством, бизнесом и страховыми компаниями. Основная идея страхования заключается в создании экономических стимулов для профилактики, а не компенсации убытков. Государство устанавливает обязательные требования к страхованию сотрудников, но при этом предоставляет налоговые льготы компаниям, инвестирующим в здоровье персонала.

Особенность программы – ее экономическая модель. Правительство Нидерландов сделало упор на финансовые стимулы для работодателей. Например, компании, внедряющие профилактические меры (эргономичная мебель, стресс-менеджмент), получают скидки на страховые взносы. Страховщики, в свою очередь, заинтересованы инвестировать в программы здоровья и ухода, так как это сокращает их расходы на выплаты. Государство играет роль регулятора, устанавливая стандарты и предоставляя субсидии малому бизнесу. Информация об общем финансировании программы в открытом доступе отсутствует.

Страховые компании играют ключевую роль в реализации FFW – они не просто выплачивают компенсации, а активно финансируют профилактические мероприятия, так как это напрямую влияет на их прибыль: меньшее число случаев потери трудоспособности сокращает число и суммы страховых выплат. Это привело к появлению интересной практики, когда страховщики предлагают работодателям скидки до 20% за внедрение wellness-программ.

Проблемы реализации. В ходе реализации были выявлены ограничения программы. Они связаны в основном с недостатком информации о программе для работодателей. Многие работодатели не обладают достаточными знаниями о возможностях программы, методах адаптации и поддержке работников с временными или хроническими проблемами здоровья. Кроме того, существуют сложности с соблюдением требований законодательства, связанных с безопасностью, конфиденциальностью и ответственностью, что тормозит внедрение программы.



Великобритания

Предпосылки запуска программ. В Великобритании вопросы интеграции политики занятости и здравоохранения начали системно разрабатываться уже в 2000-х гг. Важным первым шагом стало принятие в 2005 г. межведомственной стратегии «Здоровье, работа и благополучие» – «Health, Work and Wellbeing» (HWW), нацеленной на профилактику заболеваний, признание положительного влияния труда на благополучие, адаптацию системы здравоохранения к потребностям трудоспособного населения и развитие поддержки работников на рабочих местах (Memorandum, 2006). В рамках стратегии особое внимание уделялось научному обоснованию политики: были проведены аналитические исследования и сформулированы ключевые рекомендации (Waddell, Burton, 2006; Black, 2008; Lelliott et al., 2008; Waddell et al., 2008; Black, Frost, 2011), которые легли в основу практических мер в последующие годы.

В 2015 г. для координации усилий было создано отдельное подразделение – «Work and Health Unit» (WHU), объединяющее Департамент труда и пенсий (DWP) и Департамент здравоохранения и социального обеспечения (DHSC) (Corporate Report, 2022). Основная задача подразделения – содействие занятости среди людей с инвалидностью и проблемами здоровья в рамках единой государственной повестки.

Актуальность данной политики обусловливалась необходимостью сокращения устойчивого разрыва в уровне занятости между людьми с инвалидностью и остальным населением. В 2015 г. этот разрыв составлял 32,2 п.п., однако в результате реализации целенаправленных программ и инициатив к июлю 2022 г. он сократился до 23,2 п.п. (Newton, Gloster, 2023), что отражает положительную динамику и подтверждает значимость проводимых мероприятий.

В последующие годы в Великобритании последовательно внедрялись многочисленные программы, направленные на поддержку занятости с учетом состояния здоровья (Bramwell, 2023). Далее рассмотрены наиболее значимые из них.

Программа «Work & Health Programme» («Работа и здоровье») реализовывалась в Англии и Уэльсе в период с ноября 2017 г. по ноябрь 2022 г. и была продлена до 2024 г.⁴. Программа является одним из крупнейших проектов Великобритании последних лет, направленных на поддержку лиц с ограничениями здоровья и трудностями трудоустройства.

Цель программы заключалась в содействии трудоустройству и адаптации на рабочем месте для лиц с инвалидностью и длительными проблемами со здоровьем. Программа базировалась на традиционной модели профессиональной реабилитации, предполагающей предварительную подготовку участников перед трудоустройством. Основными участниками выступали лица с легкими и умеренными психическими расстройствами (например, тревожностью и депрессией), а также с хроническими физическими заболеваниями. Услуги предоставлялись провайдерами, в составе которых имелись специализированные команды,

⁴ Work and Health Programme statistics: background information and methodology. Guidance. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/work-and-health-programme-statistics-background-information-and-methodology/work-and-health-progammme-statistics-background-information-and-methodology> (дата обращения: 12.08.2025).

включающие специалистов по психическому здоровью, физиотерапевтов, эрго-терапевтов и других профессионалов. Эффективность программы оценивалась с использованием метода рандомизированного контролируемого исследования, что позволило сопоставить результаты участников программы и контрольной группы, получавшей стандартную поддержку служб занятости. При оценке учитывались показатели трудоустройства и улучшения здоровья участников, устойчивость занятости, а также такие критерии, как эффективность организационных процессов, качество поддержки и соотношение затрат и достигнутых эффектов (Work and Health Programme evaluation, 2024). По результатам оценки планируется запуск новой инициативы – программы «WorkWell», основанной на адаптированной версии «Work and Health Programme», ранее апробированной в Большом Манчестере.

Программа «Individual Placement and Support» («Индивидуальное размещение и поддержка») (далее – IPS) основана на модели поддерживаемого труда («place then train» – «сначала трудоустройство, затем обучение») и изначально была ориентирована на лиц с тяжелыми и продолжительными психическими расстройствами. В рамках IPS реализуются пилотные проекты при участии служб здравоохранения, направленные на интеграцию мер по занятости и медицинской поддержке. Пилотные проекты программы были реализованы в двух крупных регионах (Sheffield City Region и West Midlands Combined Authority) в период с мая 2018 г. по октябрь 2019 г.

Цель программы заключалась в содействии труду и удержанию оплачиваемой занятости среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами через сочетание профессиональной поддержки с медицинским сопровождением и реабилитацией. Специалисты по труду в рамках модели IPS физически размещаются в учреждениях здравоохранения – психиатрических службах или службах первичной медико-санитарной помощи. Это обеспечивает интеграцию с медицинскими командами и комплексную поддержку: содействие в труду сопровождается непрерывным мониторингом состояния здоровья и координацией с лечащими врачами и терапевтами. Эффективность программы подтверждена результатами рандомизированных и квази-экспериментальных исследований (DWP Research Report, 2023). Полученные данные легли в основу решения о масштабировании IPS на национальном уровне, а также о запуске в 2023 г. новой программы «Universal Support» («Универсальная поддержка»), сочетающей подход IPS с более широким охватом лиц с инвалидностью и хроническими заболеваниями.

Еще одним примером интеграции политики занятости и здравоохранения в Великобритании является программа «Fit for Work UK»⁵ («Пригоден для работы в Великобритании»), которая реализовывалась в 2014–2018 гг., а до запуска в полном масштабе проходила пилотирование в 2010–2013 гг.

Цель программы заключалась в предотвращении длительной утраты трудоспособности и в содействии сохранению рабочих мест. Программа была ориен-

⁵ Fit for Work: Final Report of a Process Evaluation. 2014. URL: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a74e24fed915d3c7d528b25/fit-for-work.pdf> (дата обращения: 26.09.2025). Для отличия этой инициативы от одноименной программы в Нидерландах в статье она обозначается как «Fit for Work UK».

тирована на работников, отсутствующих по болезни более четырех недель, которые могли быть направлены в «Fit for Work UK» работодателями или врачами общей практики при наличии риска затяжной нетрудоспособности. Такой подход соответствовал концепции раннего вмешательства для предотвращения ухудшения состояния здоровья и для ускорения возвращения к трудовой деятельности. Услуги предоставлялись зарегистрированными специалистами здравоохранения – врачами по медицине труда, физиотерапевтами и специалистами по психическому здоровью. Основные компоненты включали дистанционную или очную биопсихосоциальную оценку, на основе которой формировался индивидуальный план возвращения к работе с рекомендациями по восстановлению трудоспособности. Этот план направлялся врачу общей практики и работодателю для реализации соответствующих мер поддержки. Эффективность программы оценивалась с использованием смешанных методов, включавших количественный анализ и полуструктурированные интервью с участниками, работодателями и представителями медицинских служб. Оценка показала, что программа способствовала более быстрому возвращению работников к занятости и снижению повторных случаев временной нетрудоспособности (Gloster et al., 2018).

Логическим продолжением этой инициативы в Большом Манчестере стала программа «Working Well: Early Help» («Хорошая работа: ранняя помощь») (2019–2022 гг.) (Batty et al., 2022).

Влияние на физическое здоровье. В рамках рассмотренных программ реализовывались разнообразные направления по поддержке и улучшению физического здоровья участников:

1. Консультации по здоровому образу жизни. Во всех рассмотренных программах оказывалась поддержка по формированию здоровых привычек, включая рекомендации по рациональному питанию, контролю массы тела и профилактике обострений хронических заболеваний.
2. Физическая реабилитационная помощь. В рамках программ «Work and Health Programme» и «Working Well: Early Help» участники получали доступ к физиотерапии и консультациям по управлению хронической болью, восстановлению подвижности и адаптации к физическим ограничениям. Особое внимание уделялось разработке индивидуального плана физических упражнений, сопровождаемого регулярной поддержкой со стороны специалистов.
3. Адаптация рабочего места и графика труда. Участникам с физическими ограничениями оказывалась помощь в адаптации условий труда: установка эргономичной мебели, изменение объема или характера работы, сокращение рабочего времени и внедрение гибкого графика (например, для лечения или визитов к врачу). В рамках IPS специалисты по трудуоустройству, работающие в медицинских учреждениях, разрабатывали индивидуальные рекомендации по адаптации совместно с работодателями.
4. Индивидуальный план восстановления трудоспособности. В рамках «Fit for Work UK» для участников разрабатывались индивидуальные планы возвращения к работе, включавшие меры по восстановлению здоровья и адаптации условий труда. Работодатели могли компенсировать связанные с этим расходы через налоговые вычеты.

Влияние на психическое здоровье. В рамках указанных программ реализуются меры, направленные на сохранение и укрепление психического здоровья участников.

1. Индивидуальные консультации и развитие устойчивости. Во всех рассматриваемых программах предусматривалась поддержка в преодолении тревожности, депрессии и других распространенных психических расстройств. Участники получали индивидуальные консультации, коучинг и проходили обучение навыкам саморегуляции, направленным на укрепление эмоциональной устойчивости и восстановление мотивации к трудовой деятельности.
2. Групповые тренинги и психологическое обучение. В рамках «Work and Health Programme» проходили занятия по снижению уровня стресса, управлению эмоциями и развитию позитивного мышления. Обучение охватывало стратегии самопомощи, взаимодействия в коллективе и адаптации к трудовой среде.
3. Междисциплинарное сопровождение в сотрудничестве с психиатрическими службами. Интеграция специалистов IPS в состав психиатрических и первичных медицинских команд обеспечивала постоянную координацию с лечащими врачами и психологами. Это позволяло своевременно адаптировать план лечения, включая медикаментозную терапию, направлять участников на дополнительные психотерапевтические вмешательства и оказывать поддержку при обострениях.
4. Биopsихосоциальная оценка и поддержка психического здоровья. В программах «Fit for Work UK» и «Working Well: Early Help» применялась комплексная оценка состояния, учитывающая психологические и социальные факторы, влияющие на трудоспособность. На ее основе формировались индивидуальные планы возвращения к работе, включающие рекомендации по укреплению устойчивости и адаптации.

Особенности реализации программ, управление и финансирование.

Анализ вышеперечисленных программ позволил отметить несколько характерных особенностей, определяющих современную британскую модель программ занятости, реализуемых с учетом состояния здоровья участников. Во-первых, для системы Великобритании характерен запуск множества программ, изначально разрабатываемых с ограниченным сроком реализации. По завершении каждой программы проводится оценка ее эффективности, включающая такие показатели, как результаты трудоустройства, состояние здоровья участников и организационные процессы. Этот подход позволяет своевременно выявлять успешные практики и использовать их при разработке новых, более эффективных инициатив. Во-вторых, современные инициативы все чаще строятся на принципах индивидуализированного подхода, который учитывает как трудовые, так и медицинские потребности участников. В-третьих, в последние годы усиливается роль региональных органов власти в разработке и реализации подобных программ (OECD, 2023). Наконец, важной особенностью является активное участие частных и некоммерческих организаций, выполняющих функции по оценке состояния здоровья, сопровождению при возвращении к работе и оказанию других видов поддержки (Hitchcock et al., 2016).



Например, услуги в рамках программы «Work and Health Programme» предоставляются организациями-провайдерами, относящимися к государственному, частному или некоммерческому сектору. Отбор провайдеров осуществляется министерством труда и пенсий Великобритании по каждому региону отдельно. Финансирование строится на принципах стимулирования результативности: провайдеры получают фиксированный платеж за услуги, а также дополнительные выплаты за достижение результатов. Результатом считается достижение участником установленного уровня заработка после трудоустройства или шести месяцев в самозанятости⁶.

Программа «Fit for Work UK» финансировалась правительством Великобритании, но реализация осуществлялась через различные организации в зависимости от региона. В Англии и Уэльсе предоставление услуг было передано частному подрядчику – компании Health Management Limited. В Шотландии программа реализовывалась по агентскому соглашению с правительством Шотландии от имени правительства Великобритании. Исполнение программы в Шотландии было возложено на государственные структуры здравоохранения.

Проблемы реализации. Одной из главных проблем реализации британских программ занятости, ориентированных на поддержку здоровья, является высокая вариативность исполнения. Однаковые по названию программы нередко реализуются разными провайдерами в разных регионах, что приводит к различиям в содержании и качестве предоставляемых услуг. Децентрализация позволяет учитывать региональные особенности, однако снижает единообразие подходов и стандартов. В результате эффективность программы во многом зависит от конкретных исполнителей и условий региональной реализации.

Европейские программы сохранения и улучшения здоровья на рабочем месте для пожилых

Повышение доли пожилых людей в населении европейских стран и, соответственно, их возрастающая роль в создании национального продукта объясняет появление специальных программ занятости и здоровья, направленных на пожилых работников. Поскольку данный тренд старения характерен и для Российской Федерации, полагаем, что будет интересен опыт реализации политики в отношении данной целевой группы в ряде европейских стран (представлен далее).

Увеличение ожидаемой продолжительности жизни в Европе привело к росту доли пожилого населения и поставило под угрозу программы социальных выплат за счет снижения доли работающего населения. Старение населения сделало актуальными программы улучшения здоровья пожилого населения на рабочем месте (далее – программы здоровья). Работник был отнесен к категории пожилых, если его возраст превышал 50 лет.

⁶ Work and Health Programme statistics: background information and methodology. Guidance. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/work-and-health-programme-statistics-background-information-and-methodology/work-and-health-progammed-statistics-background-information-and-methodology> (дата обращения: 12.08.2025).

Нидерланды

В последние годы Нидерланды последовательно развивают концепцию «устойчивой занятости» (sustainable employability) (табл. 1) – комплексной политики, объединяющей меры в сфере охраны труда, занятости и общественного здравоохранения. Под заголовком «Устойчивая занятость» правительство создало различные кампании (более 100), инструменты, веб-сайты и стратегии для повышения осведомленности о важности инвестирования в здоровье и благополучие сотрудников, чтобы гарантировать им возможность работать и завтра, и до пенсионного возраста.

С 2004 по 2010 гг. правительство Нидерландов выделило 21 млн евро на программы по улучшению условий занятости пожилых работников. В первую очередь это было связано с тенденцией повышения занятости в группе 55–64 года (60% в Нидерландах по сравнению с 50% в среднем по ЕС в 2013 г.) (Skriabikova et al., 2016). Основные нагрузки пожилых групп на рабочих местах были связаны либо с психическим здоровьем, либо с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Среди множества инициатив, включающих как правительство, так и некоммерческий сектор, можно выделить несколько программ. Под руководством Министерства социальной политики и занятости в 2013–2014 гг. был разработан стратегический план, в котором устойчивая занятость пожилых работников декларировалась как одна из основных целей. Предполагалось сокращение больничных и инвалидности путем улучшения условий труда и устранения рисков для здоровья, в частности в строительном секторе, где высока физическая нагрузка. Программа фокусировалась на *своевременной профилактике, раннем вмешательстве и раннем сообщении о рисках* (Skriabikova et al., 2016).

В 2014–2018 гг. программа была расширена для включения психологических проблем: переработка, стресс, буллинг и дискриминация. Кампании были направлены на создание здоровой рабочей среды и снижение случаев увольнений по болезни.

Ко второму направлению в рамках программ устойчивой занятости относятся *программы по возвращению к работе и продлению занятости индивидов, страдающих от болезни или ставших жертвами несчастного случая*. Законодательство Нидерландов обязывает работодателя при длительной болезни совместно с офисом охраны труда разработать индивидуальный план возвращения к работе в течение восьми недель. План включает меры реабилитации и корректируется ежегодно. Если сотрудник не может вернуться к прежней должности, работодатель обязан предложить альтернативную занятость или помочь в трудоустройстве в другой организации.

Примером действующей программы является «Жизнь и работа после рака» (Leven en werken na kanker)⁷, направленная на возвращение к работе людей, переживших онкологические заболевания. Программа сочетает эмоциональную поддержку с оценкой физических и психологических возможностей, что помогает определить подходящие условия труда и сохранить занятость.

⁷ Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties. URL: <https://nfk.nl/themas/kanker-en-werk/werken-met-of-na-kanker> (дата обращения: 25.10.2025).

Таблица I

Программы для улучшения здоровья пожилых работников в странах Европы

Страна	Название	Год	Краткое описание
Нидерланды	Инструментарий для устойчивой занятости	с 2012 – настоящее время	Целью данного проекта является обеспечение мотивации, здоровья и производительности труда работников на протяжении всей их карьеры вплоть до выхода на пенсию
	На пути к коронному плану: карта маршрута для успешного третьего этапа карьеры	2013	Поощрение сотрудников относиться к своей «третьей» фазе жизни позитивно
	На пути к управлению персоналом с учетом возраста: руководство для местных советов	2009	Руководство
Германия	Руководство по мониторингу рабочего места «55 плюс» – обзор критических для возраста условий труда	2006–2009	Разработка должностных инструкций, соответствующих возрасту
	Руководство по обсуждению перспектив карьерного роста со старшими сотрудниками	2006–2009	Переговоры между работодателями и работниками, достигшими возраста 50 или 55 лет
Чехия	Управление возрастом на рабочем месте	2012	Руководство
	Возрастной менеджмент для работы с работниками в возрасте 50+, методическое руководство	2012	Руководство
	Трудоустройство лиц с ограниченными возможностями	2012	Руководство

Источники: общее описание программ (Magnavita et al., 2017); Нидерланды (Skriabikova et al., 2016), Германия (Hinrichs et al., 2016), Чехия (Hasmanova, Fries-Tersch, 2016).

Германия

Население Германии стареет быстрее, чем в среднем по ЕС. Так, медианный возраст в Германии вырос примерно на пять лет за последние 10 лет и теперь на три года выше, чем в среднем по ЕС (45,3 против 41,9) из-за увеличения доли людей в возрасте 65 лет и старше (21% в 2013 г. по сравнению со средним показателем по ЕС – 18%) (Hinrichs et al., 2016). Прогнозируется, что доля самого пожилого населения продолжит расти и достигнет 31% к 2040 г. (Там же).

В этих условиях стране необходимы демографические стратегии, *направленные на удержание пожилого населения на рынке труда за счет улучшения его здоровья, в том числе здоровья на рабочем месте*. Такая стратегия была опубликована Федеральным правительством в 2012 г. под названием «Каждый возраст имеет значение» («Every Age Counts»). В ее разработке также принимали участие регионы (земли), местные органы власти, ученые, представители бизнеса и гражданского общества.

В основе новой стратегии лежал принцип «реабилитация, а не пенсия». Поддержка этого принципа опирается на высокоуровневую систему социального обеспечения, в которой принимают активное участие страховые компании, участвуя в профилактике здоровья и реабилитации сотрудников предприятий. Федеральное правительство поощряет создание новых рабочих мест, соответствующих возрасту, совместно с ассоциациями работодателей и профсоюзами, землями, местными органами власти, учреждениями социального обеспечения и другими соответствующими заинтересованными сторонами (Magnavita et al., 2017). На уровне земель министерства проводят мониторинг и оценку действий федерального правительства.

Среди направлений программы есть трек «здоровая, мотивированная и квалифицированная работа», включающий меры по укреплению здоровья на рабочих местах, снижению профессиональных рисков, обучению на протяжении всей жизни и продлению трудовой активности (Every age counts, 2012). В рамках стратегии реализуется множество программ (Hinrichs et al., 2016).

Примером региональных инициатив выступает программа «Демографическая активность», реализуемая в земле Северный Рейн-Вестфалия совместно с ассоциациями работодателей и профсоюзами. Она включает консультации для компаний по адаптации условий труда к возрасту работников и использование цифровых инструментов для анализа возрастной структуры и состояния здоровья персонала.

Также существует «Совместная декларация о психическом здоровье на рабочем месте», подготовленная Федеральным министерством труда, объединениями работодателей и профсоюзов. Документ определяет понятие психического здоровья, описывает факторы, влияющие на него, и предлагает меры по снижению стресса и профилактике эмоционального выгорания, включая поддержку пожилых сотрудников.

Чехия

За последние несколько десятилетий в Чехии появился ряд программ, направленных на активную политику здорового старения и поддержку здоровья на рабочих местах. Среди них – «Программа поддержки позитивного старения» (2013–2017 гг.), нацеленная на преодоление возрастной дискrimинации и накопление здоровья пожилых сотрудников (Hasmanova, Fries-Tersch, 2016). Программа основывалась на принципе «обучение и развитие на протяжении всей жизни», подчеркивая важность участия пожилых людей в трудовой деятельности, непрерывного обучения и создания гибких условий труда. Особое внимание уделялось укреплению здоровья и качества жизни, хотя акцент преимущественно делался на личный образ жизни, а не на здоровье на рабочем месте. Для поощрения работодателей внедрялись премии компаниям, улучшающим условия труда пожилых работников.

Государство является активным участником движения поддержки активного старения пожилого населения. Примером служит программа «Социально значимые рабочие места», предусматривающая субсидии работодателям, нанимающим сотрудников старшего возраста на длительный срок. Финансирование осуществляется Министерством труда Чехии (Hasmanova, Fries-Tersch, 2016).

Другой государственной инициативой является «Долгосрочная программа улучшения здоровья населения Чешской Республики – Здоровье для всех в 21 веке». Эта программа внедряет принципы стратегии ВОЗ «Здоровье для



всех в 21 веке». Цели 5 и 13 непосредственно касаются здоровья пожилых. Цель 5 «Здоровое старение» фокусируется на программах здоровья населения старше 65 лет, а Цель 13 «Условия здоровья» требует, чтобы компании продвигали более здоровые и безопасные условия работы для всех сотрудников, включая пожилых. Одна из целей внедрения Долгосрочной программы – это *межсекторальное сотрудничество в области профилактики здоровья*.

Помимо государственных служб другие организации принимают активное участие в продвижении здоровья и безопасности на предприятиях. Так, Ассоциация институтов образования для взрослых работников разработала руководство «Управление возрастом для трудоустройства сотрудников старше 50 лет» (Magnavita et al., 2017) (см. табл. 1).

Трудовая реабилитация после болезни в Чехии регулируется законодательством и финансируется Министерством труда. На основе индивидуальной заявки разрабатывается персональный план восстановления сроком до двух лет, все расходы покрывает государство. Работодатели обязаны адаптировать условия труда в соответствии с состоянием здоровья работника либо предложить альтернативную должность при подтвержденной нетрудоспособности.

Предложения по использованию зарубежного опыта реализации программ в области занятости и здоровья населения

Научные исследования подтверждают наличие взаимосвязи между занятостью и здоровьем населения. В научном сообществе активно обсуждаются инициативы, направленные на ее учет (например, Reeves, Stuckler, 2016). Осознавая ее значимость, мы предлагаем ряд рекомендаций для российской практики, основанных на анализе зарубежных программ.

Развитие дистанционной занятости с медицинским сопровождением в России

В условиях тренда цифровизации и растущего сектора дистанционной работы авторы предлагают сервис дистанционной занятости с онлайн медицинским сопровождением. Такие платформы могут объединять инструменты для выполнения профессиональных задач и телемедицинские сервисы, обеспечивая регулярные консультации и мониторинг состояния здоровья работников.

Подобные платформы призваны решать несколько взаимосвязанных задач. Во-первых, они могут облегчать и ускорять оказание медицинской помощи для удаленных работников. Часть услуг (измерение давления, пульса, уровня стресса) может оказываться онлайн, а при необходимости работник направляется на очное лечение.

Во-вторых, онлайн-среда может использоваться для обучения безопасной удаленной работе: организации рабочего пространства, профилактики переутомления, управления стрессом и поддержания физической активности.

Наконец, подобный сервис позволит интегрировать в рабочий процесс индивидов с хроническими заболеваниями и ограниченными возможностями через гибкий график работы, а также обеспечить медицинское сопровождение. Отдельные элементы программ Великобритании и Нидерландов могут быть адаптированы в рамках предлагаемого сервиса дистанционной занятости – пре-

жде всего механизмы возвращения к работе после травмы или длительной болезни через персонализированные планы и их регулярный мониторинг. В случае России процедура реинтеграции может осуществляться на предлагаемой онлайн-платформе с регулярными онлайн-встречами работника, работодателя и психолога и/или представителя офиса по охране труда. В этом случае онлайн-сервис ускорит и облегчит координацию между заинтересованными сторонами.

Поддержка экономически неактивных граждан с длительным перерывом в трудовой деятельности по состоянию здоровья

Большинство российских программ занятости для людей с ограниченными возможностями здоровья ориентированы на безработных, активно ищущих работу. Однако значительная доля лиц с инвалидностью относится к категории экономически неактивных – тех, кто не работает и не ищет работу по причинам, связанным с хроническими заболеваниями, психоэмоциональной изоляцией, низкой мотивацией или отсутствием актуальных навыков, включая цифровые (Кучмаева, 2020). Согласно данным Росстата, в 2024 г. из всех лиц трудоспособного возраста с инвалидностью были заняты лишь 20,7%, безработные составляли 17,3%, а вне рынка труда и не охваченными действующими инструментами активной политики занятости оставались более 60%⁸.

Международный опыт, в частности практика Великобритании, демонстрирует эффективность адресных программ, ориентированных на возвращение к занятости экономически неактивных граждан (например, «Work and Health Programme» и «Working Well: Early Help»). В основе таких программ лежит понимание, что успешное возвращение к трудовой деятельности требует не только подбора подходящих вакансий, но и восстановления здоровья, мотивации, преодоления тревожности и развития базовых навыков.

Для адаптации вышеупомянутых программ в российской практике целесообразно расширить целевую аудиторию за счет включения экономически неактивных граждан с ограничениями по здоровью. Такое расширение может быть достигнуто с помощью перехода от пассивного ожидания обращений к активному выявлению потенциальных участников. Авторы считают необходимым обеспечить такой переход путем координации деятельности служб здравоохранения, социальной защиты и пенсионного фонда, которые располагают данными о целевой группе. Эффективность подобных подходов может быть повышена за счет создания специальных маршрутов возвращения к занятости, включающих укрепление здоровья, обучение и адаптацию к трудовой нагрузке. Важную роль могут играть специализированные координаторы, сопровождающие участников на всех этапах – от диагностики барьеров до адаптации на рабочем месте.

Используя опыт Великобритании, описанный выше, а также эмпирически подтвержденный факт того, что у экономически неактивного населения здоровье в среднем ниже, чем у работающего (см., например, Brown et al., 2012; Crawshaw et al., 2024), можно сделать вывод о том, что переориентация части политики занятости на экономически неактивных граждан с длительным пере-

⁸ Официальная статистика Росстата. Раздел «Труд и занятость инвалидов». URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13964#> (дата обращения: 26.09.2025).

рывом в трудовой деятельности не только позволит повысить уровень их занятости, но и будет способствовать улучшению их здоровья, снижению социальной изоляции и укреплению общего благополучия.

Внедрение модели поддерживаемого трудоустройства («place then train») с сопровождением и адаптацией на рабочем месте

Помимо развития программ подготовки к возвращению на рынок труда, целесообразно рассмотреть внедрение эффективных зарубежных моделей трудоустройства, ориентированных на уязвимые группы. В частности, в Великобритании и ряде других европейских стран успешно применяется подход, предполагающий не только трудоустройство, но и последующее сопровождение (Individual Placement and Support (IPS)), доказавший свою эффективность при поддержке людей с ментальными нарушениями.

Предлагается адаптировать данную модель к российским условиям. В отличие от традиционного подхода, при котором человек сначала проходит длительную подготовку и реабилитацию, а затем выходит на рынок труда, альтернативный подход предполагает немедленное начало трудовой деятельности с одновременным индивидуализированным сопровождением. Поддержка включает подбор и адаптацию рабочего места, гибкое планирование рабочего времени, взаимодействие с работодателем и координацию медицинской и социальной поддержки, что снижает тревожность и повышает устойчивость занятости.

Для внедрения модели предлагается создание в центрах занятости специализированных подразделений с координаторами трудоустройства, обеспечивающими персонализированное сопровождение участников и взаимодействие с работодателями и медицинскими специалистами. Их деятельность способствует успешной адаптации работников, особенно после длительной нетрудоспособности или социальной изоляции. Успешная реализация потребует вовлечения работодателей через налоговые льготы, компенсации расходов на адаптацию рабочих мест и признание социального вклада компаний.

Реализация модели позволит расширить охват людей с проблемами здоровья, повысить устойчивость занятости и перейти от отбора «готовых к работе» к созданию условий, где восстановление достигается через саму занятость.

Выводы

Обзор программ занятости и здоровья в Финляндии, Нидерландах и Великобритании показал, что современная европейская стратегия акцентирует внимание на качестве рабочих мест, профилактике профессиональных заболеваний и адаптации труда для лиц с хроническими болезнями. Эти инициативы – межсекторальные, ориентированы на уязвимые группы и основаны на партнерстве государства, бизнеса и страховых организаций.

Программы занятости и здоровья для пожилого населения Нидерландов, Германии и Чехии объединены общей целью – предотвратить досрочный выход на пенсию индивидов из группы старших возрастов. Они включают такие меры, как: безопасные условия работы, непрерывное обучение, адаптация мероприятий для пожилых сотрудников и возвращение на работу после длительной болезни.

Лучшие практики зарубежных программ занятости и здоровья могут послужить основой для разработки таких мер для отечественного рынка труда, как: 1) развитие дистанционной занятости с медицинским сопровождением, 2) поддержка экономически неактивных граждан с длительным перерывом в трудовой деятельности по состоянию здоровья и 3) внедрение модели поддерживаемого трудоустройства с сопровождением и адаптацией на рабочем месте. Для реализации предложенных инициатив в России целесообразно начать с разработки и реализации пилотных программ в отдельных субъектах Российской Федерации. Такой поэтапный подход позволит протестировать модель в различных социально-экономических и институциональных условиях, наладить координацию между службами занятости, здравоохранения и социальной защиты, а также сформировать кадровую и методическую базу, необходимую для масштабного распространения. Кроме того, реализация пилотных проектов создаст условия для сбора эмпирических данных, необходимых для оценки эффективности программ, с использованием экспериментальных и квазиэкспериментальных методов (таких как метод разницы в разницах и мэтчинг на основе меры склонности). Это, в свою очередь, позволит обосновать экономическую целесообразность их масштабного внедрения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Аганбегян А.Г. Демография и здравоохранение на рубеже веков. М.: Дело, 2016.
2. Здоровье во всех стратегиях: использование возможностей, реализация стратегий. Под ред. К. Леппо и др. Хельсинки: Министерство социального обеспечения и здравоохранения Финляндии, 2013.
3. Кисарева С.В. Япония: меры в сфере трудоустройства пожилых работников // Молодой ученый. 2023. Т. 32, № 479. С. 54–58. URL: <https://moluch.ru/archive/479/105385/> (дата обращения: 12.08.2025).
4. Кулагина Е.В. Занятость лиц с инвалидностью: возможности, приоритеты и результаты в государствах благосостояния. Часть вторая // Социологическая наука и социальная практика. 2025. Т. 13, № 1. С. 117–141.
5. Кучмаева О.В. Занятость инвалидов в регионах России: состояние, дифференциация, факторы // Статистика и экономика. 2020. Т. 17, № 5. С. 27–37.
6. Alcan S., Özsoy O. Relation between wage and health in Turkey // Panoeconomicus. 2020. Vol. 67, no. 1. P. 111–126. DOI:10.2298/PAN170120011A
7. Batty E., Crisp R., Gilbertson J., Martin P., Pardoe J., Parkes S., Sanderson E., Scullion L., Wilson I. Working well: early help. Final annual report 2022. Sheffield: Centre for Regional Economic and Social Research (CRESR), Sheffield Hallam University, 2022. DOI:10.7190/cresr.2022.6213791987

8. Black C.D., Frost D. Health at work – an independent review of sickness absence. London, TSO, 2011. URL: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7a1163e5274a319e7779eb/health-at-work.pdf> (дата обращения: 12.08.2025).
9. Black C.M. Working for a healthier tomorrow: Dame Carol Black's review of the health of Britain's working age population. London, TSO, 2008. URL: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7c55bee5274a1b0042313c/hwwb-working-for-a-healthier-tomorrow.pdf> (дата обращения: 12.08.2025).
10. Böckerman P., Ilmakunnas P. Unemployment and self-assessed health: evidence from panel data // *Health Economics*. 2009. Vol. 18, no 2. P. 161–179. DOI:10.1002/HEC.1361
11. Bramwell D., Coleman A., Gartland N., Clayson A., Van Tongeren M., Carder M. User research into referrals to expert work and health services: Final Report of Phase 2 research. Manchester: Policy Research Unit in Commissioning and the Healthcare System, Manchester Centre for Health Economics, 2023. URL: https://pure.manchester.ac.uk/ws/portalfiles/portal/279400245/GP_WH_User_Research_Final_Report_August_2023.pdf (дата обращения: 12.08.2025).
12. Brown J., Demou E., Tristram M.A., Gilmour H., Sanati K.A., Macdonald E.B. Employment status and health: understanding the health of the economically inactive population in Scotland // *BMC Public Health*. 2012. Vol. 12, art. no. 327. DOI:10.1186/1471-2458-12-327
13. Carlier B.E. Schuring M., Lötters F.J., Bakker B., Borgers N., Burdorf A. The influence of re-employment on quality of life and self-rated health, a longitudinal study among unemployed persons in the Netherlands // *BMC Public Health*. 2013. Vol. 13. P. 503. DOI:10.1186/1471-2458-13-503
14. Crawshaw P., Gray J., Haighon C., Lloyd S. Health inequalities and health-related economic inactivity: Why good work needs good health // *Public Health in Practice*. 2024. Vol. 8. P. 100555.
15. Drydakis N. 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*. 2015. Vol. 128. P. 43–51. DOI:10.1016/J.SOCSCIMED.2014.12.025
16. Freiler A. et al. Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP) // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2013. Vol. 67. P. 1068–1072.
17. Gebel M., Voßemer J. The impact of employment transitions on health in Germany. A difference-in-differences propensity score matching approach // *Social Science & Medicine*. 2014. Vol. 108. P. 128–136. DOI:10.1016/J.SOCSCIMED.2014.02.039
18. Gee R., Bevan S., Quadrello T. Fit for work? Musculoskeletal disorders and the Dutch labour market. London, The Work Foundation, 2009.
19. Gloster R., Marvell R., Huxley C. Fit for Work: Final Report of a Process Evaluation. Research Report 959. 2018. URL: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5b23ca4940f0b634b73dbf5b/fit-for-work-final-report-of-a-process-evaluation.pdf> (дата обращения: 12.08.2025).

20. Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health // Journal of Political Economy. 1972. Vol. 80, no. 2. P. 223–255.
21. Hasanova Marhankova J., Fries-Tersch E. Safer and healthier at work at any age: Country inventory Czech Republic. European Agency for Safety and Health at Work, 2016.
22. Hinrichs S., Bromberg T., Fries-Tersch E. Safer and healthier at work at any age: Country inventory Germany. European Agency for Safety and Health at Work, 2016.
23. Hitchcock A., Pickles C., Riggs A. The Work and Health Programme: Levelling the playing field. Reform, 2016. URL: https://bigsocietycapital.fra1.cdn.digitaloceanspaces.com/media/documents/The_Work_and_Health_Programme_-_levelling_the_playing_field_-_Reform_-_2016.pdf (дата обращения: 12.08.2025).
24. Jahoda M. Employment and unemployment: a social-psychological analysis. Cambridge, Cambridge University Press, 1982.
25. Johansson E., Böckerman P., Lundqvist A. Self-reported health versus biomarkers: does unemployment lead to worse health? // Public Health. 2020. Vol. 179. P. 127–134. DOI:10.1016/J.PUHE.2019.10.005
26. Kaneva M., Zafarjonova M. The Impact of Employment Transition on Self-reported Health in Russia (2015–2022) // Population and Economics. 2026. (in print).
27. Kaneva M. The Application of Quasi-Experimental Approaches to the Analysis of the Relationship Between Employment and Health // Panoeconomicus. 2024. P. 1–27. DOI:10.2298/PAN230130018K
28. Kolybashkina N., Sukhova A., Ustinova M., Demanova A., Shubina D. Barriers and Opportunities to Employment for Persons with Disabilities in the Russian Federation. Washington, DC, International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank, 2021. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/09932000512221061/pdf/P176669056fc9602008a55032965cb683b9.pdf> (дата обращения: 16.08.2025).
29. Lelliott P., Tulloch S., Boardman J., Harvey S., Henderson M., Knapp M. Health, work and wellbeing. London, The Royal College of Psychiatrists, 2008. URL: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7c194640f0b645ba3c6af5/hwwb-mental-health-and-work.pdf> (дата обращения: 12.08.2025).
30. Magnavita N. et al. Workplace health promotion programs in different areas of Europe // Epidemiology Biostatistics and Public Health. 2017. Vol. 14, no. 2. P. e12439-1–e12439-8.
31. Marmont M., Bell R. Fair society, healthy lives // Public Health. 2012. Vol. 126, Suppl. 1. P. S4–S10. DOI:10.1016/j.puhe.2012.05.014
32. Marshall T., Goldberg R.W., Braude L., Dougherty R.H., Daniels A.S., Ghose S.S., George P., Delphin-Rittmon M.E. Supported employment: assessing the evidence // Psychiatric Services (Washington, D.C.). 2014. Vol. 65, no. 1. P. 16–23. DOI:10.1176/appi.ps.201300262
33. Melkas T. Health in all policies as a priority in Finnish health policy // Scandinavian Journal of Public Health. 2013. Vol. 41, Suppl. 11. P. 3–28.

34. Mincer J. Investment in human capital and personal income distribution // Journal of Political Economy. 1958. Vol. 66, no. 4. P. 281–302.
35. Newton B., Gloster R. Summary: Evaluation of the Health-led Employment Trials. Research and analysis, 2023. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/health-led-employment-trials-evaluation/summary-evaluation-of-the-health-led-employment-trials> (дата обращения: 12.08.2025).
36. OECD. Organisation of public employment services at the local level in Sweden // OECD Local Economic and Employment Development (LEED) Papers. 2023. No. 2023/03. Paris, OECD Publishing. DOI:10.1787/24edca19-en
37. Pinto A.D., Hassen N., Craig-Niel A. Employment intervention in health settings: A systematic review and synthesis // Annals of Family Medicine. 2018. Vol. 16, no. 5. P. 447–460.
38. Puska P., Stahl T. Health in All Policies – The Finnish initiative: Background, principles and other issues // The Annual Review of Public Health. 2010. Vol. 31. P. 315–328.
39. Reeves A., Stuckler D. Labour market policy and health: structured review of the bidirectional relationship // Public health panorama. 2016. Vol. 2, no. 2. P. 117–247.
40. Ronchetti J., Terriaud A. Impact of unemployment on self-perceived health // European Journal Health Economics. 2019. No. 20. P. 879–889. DOI:10.1007/s10198-019-01050-5
41. Schultz I., Stowell A., Feuerstein M., Gatchell R. Models of return to work for musculoskeletal disorders // Journal of Occupational Rehabilitation. 2007. Vol. 17. P. 327–352.
42. Schuring M., Mackenbach J., Voorham T., Burdorf A. The Effect of Re-employment on Perceived Health // Journal of Epidemiology & Community Health. 2011. Vol. 65, no. 7. P. 639–644. DOI:10.1136/jech.2009.103838
43. Skriabikova O., Cavaco Y., Fries-Tersch E. Safer and healthier at work at any age: Country inventory the Netherlands. European Agency for Safety and Health at Work, 2016.
44. Stauder J. Unemployment, unemployment duration, and health: selection or causation? // The European Journal of Health Economics. 2019. Vol. 20. P. 59–73. DOI:10.1007/s10198-018-0982-2
45. Vaalavuo M. Deterioration in health: What is the role of unemployment and poverty? // Scandinavian Journal of Public Health. 2016. Vol. 44, no. 4. P. 347–353. DOI:10.1177/1403494815623654
46. Van Rijn R.M., Carlier B.E., Schuring M., Burdorf A. Work as treatment? The effectiveness of re-employment programs for unemployed persons with severe mental health problems on health and quality of life: a systematic review and meta-analysis // Occupational and Environmental Medicine. 2016. Vol. 1. P. 1–5. DOI:10.1136/oemed-2015-103121
47. Waddell G., Burton A.K. Is work good for your health and well-being? London, TSO, 2006.
48. Waddell G., Burton A.K., Kendall N. Vocational Rehabilitation: What works, for whom, and when? London, TSO, 2008. URL: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7cccd8bed915d6b29fa8c2b/hwwb-vocational-rehabilitation.pdf> (дата обращения: 12.08.2025).

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

1. Every age counts. The Federal government demographic strategy. Berlin, Federal Ministry of Interior, Germany, 2012.
2. Memorandum submitted by the Health and Safety Executive. 2006. URL: <https://publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmworpen/1143/6052402.htm> (дата обращения: 12.08.2025).
3. Corporate report. DWP annual report and accounts 2021 to 2022. London, Department for Work and Pensions, 2022. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/dwp-annual-report-and-accounts-2021-to-2022/dwp-annual-report-and-accounts-2021-to-2022> (дата обращения: 12.08.2025).
4. Health-led employment trials evaluation: Synthesis report. DWP Research Report No. 1025. Department for Work and Pensions. 2022. URL: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/643fb02822ef3b000f66f494/health-led-trials-evaluation-synthesis-report.pdf> (дата обращения: 26.09.2025).
5. Work and Health Programme Evaluation: Synthesis Report. Исследовательский отчет DWP Research Report No. 1044. Department for Work and Pensions. 2023. URL: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/65a6759b867cd800135ae927/work-and-health-programme-evaluation-synthesis-report.pdf> (дата обращения: 26.09.2025).

REFERENCES

1. Aganbegyan, A.G. (2016) *Demography and healthcare at the turn of the century*. Moscow: Delo. (In Russian).
2. Alcan, S., and Özsoy, O. (2020) ‘Relation between wage and health in Turkey’, *Panoeconomicus*, 67(1), pp. 111–126. DOI:10.2298/PAN170120011A
3. Batty, E., Crisp, R., Gilbertson, J., Martin, P., Pardoe, J., Parkes, S., Sanderson, E., Sculption, L., and Wilson, I. (2022) *Working Well: Early Help. Final Annual Report 2022*. Sheffield: Centre for Regional Economic and Social Research (CRESR), Sheffield Hallam University. DOI:10.7190/cresr.2022.6213791987
4. Black, C.D., and Frost, D. (2011) *Health at work – an independent review of sickness absence*. London: TSO. Available at: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7a1163e5274a319e7779eb/health-at-work.pdf> (accessed 12 August 2025).
5. Black, C.M. (2008) *Working for a healthier tomorrow: Dame Carol Black’s review of the health of Britain’s working age population*. London: TSO. Available at: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7c55bee5274a1b0042313c/hwwb-working-for-a-healthier-tomorrow.pdf> (accessed 12 August 2025).
6. Böckerman, P., and Ilmakunnas, P. (2009) ‘Unemployment and self-assessed health: evidence from panel data’, *Health Economics*, 18(2), pp. 161–179. DOI:10.1002/hec.1361

7. Bramwell, D., Coleman, A., Gartland, N., Clayson, A., Van Tongeren, M., and Carder, M. (2023) *User research into referrals to expert work and health services: Final Report of Phase 2 research*. Manchester: Policy Research Unit in Commissioning and the Health-care System, Manchester Centre for Health Economics. Available at: https://pure.manchester.ac.uk/ws/portalfiles/portal/279400245/GP_WH_User_Research_Final_Report_August_2023.pdf (accessed 12 August 2025).
8. Brown, J., Demou, E., Tristram, M.A., Gilmour, H., Sanati, K.A., and Macdonald, E.B. (2012) ‘Employment status and health: understanding the health of the economically inactive population in Scotland’, *BMC Public Health*, (12), p. 327. DOI:10.1186/1471-2458-12-327
9. Carlier, B.E., Schuring, M., Lötters, F.J., Bakker, B., Borgers, N., and Burdorf, A. (2013) ‘The influence of re-employment on quality of life and self-rated health: a longitudinal study among unemployed persons in the Netherlands’, *BMC Public Health*, (13), p. 503. DOI:10.1186/1471-2458-13-503
10. Crawshaw, P., Gray, J., Haighon, C., and Lloyd, S. (2024) ‘Health inequalities and health-related economic inactivity: Why good work needs good health’, *Public Health in Practice*, (8), p. 100555. DOI:10.1016/j.puhip.2023.100555
11. 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, pp. 43–51. DOI:10.1016/J.SOCSCIMED.2014.12.025
12. Freiler, A. et al. (2013) ‘Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP)’, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67, pp. 1068–1072.
13. Gebel, M., and Voßemer, J. (2014) ‘The impact of employment transitions on health in Germany: A difference-in-differences propensity score matching approach’, *Social Science & Medicine*, 108, pp. 128–136. DOI:10.1016/J.SOCSCIMED.2014.02.039
14. Gloster, R., Marvell, R., and Huxley, C. (2018) *Fit for Work: Final Report of a Process Evaluation*. Research Report 959. Available at: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5b23ca4940f0b634b73dbf5b/fit-for-work-final-report-of-a-process-evaluation.pdf> (accessed 12 August 2025).
15. Grossman, M. (1972) ‘On the concept of health capital and the demand for health’, *Journal of Political Economy*, 80(2), pp. 223–255.
16. Hasanova Marhankova, J., and Fries-Tersch, E. (2016) *Safer and healthier at work at any age: Country inventory Czech Republic*. European Agency for Safety and Health at Work.
17. Hinrichs, S., Bromberg, T., and Fries-Tersch, E. (2016) *Safer and healthier at work at any age: Country inventory Germany*. European Agency for Safety and Health at Work.
18. Hitchcock, A., Pickles, C., and Riggs, A. (2016) *The Work and Health Programme: Levelling the playing field. Reform*. Available at: https://bigsocietycapital.fra1.cdn.digitalocean spaces.com/media/documents/The_Work_and_Health_Programme_-_levelling_the_playing_field_-_Reform_-_2016.pdf (accessed 12 August 2025).
19. Jahoda, M. (1982) *Employment and unemployment: a social-psychological analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.

20. Johansson, E., Böckerman, P., and Lundqvist, A. (2020) ‘Self-reported health versus biomarkers: does unemployment lead to worse health?’, *Public Health*, 179, pp. 127–134. DOI:10.1016/J.PUHE.2019.10.005
21. Kaneva, M. (2024) ‘The application of quasi-experimental approaches to the analysis of the relationship between employment and health’, *Panoeconomicus*, pp. 1–27. DOI:10.2298/PAN230130018K
22. Kaneva, M. and Zafarjonova, M. (2026) ‘The impact of employment transition on self-reported health in Russia (2015–2022)’, *Population and Economics* (in print). (In Russian).
23. Kisareva, S.V. (2023) ‘Japan: measures in the field of employment of elderly workers’, *Young Scientist*, 32(479), pp. 54–58. Available at: <https://moluch.ru/archive/479/105385/> (accessed 12 August 2025). (In Russian).
24. Kolybashkina, N., Sukhova, A., Ustinova, M., Demanova, A. and Shubina, D. (2021) *Barriers and Opportunities to Employment for Persons with Disabilities in the Russian Federation*. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank. Available at: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/09932000512221061/pdf/P176669056fc9602008a55032965cb683b9.pdf> (accessed 16 August 2025).
25. Kuchmaeva, O.V. (2020) ‘Employment of persons with disabilities in Russian regions: state, differentiation, factors’, *Statistics and Economics*, 17(5), pp. 27–37. (In Russian).
26. Kulagina, E.V. (2025) ‘Employment of persons with disabilities: opportunities, priorities and results in welfare states. Part two’, *Sociological Science and Social Practice*, 13(1), pp. 117–141. (In Russian).
27. Lelliott, P., Tulloch, S., Boardman, J., Harvey, S., Henderson, M., and Knapp, M. (2008) *Health, work and wellbeing*. London: The Royal College of Psychiatrists. Available at: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7c194640f0b645ba3c6af5/hwwb-mental-health-and-work.pdf> (accessed 12 August 2025).
28. Leppo, K. et al. (eds) (2013) *Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing strategies*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health of Finland. (In Russian).
29. Magnavita, N. et al. (2017) ‘Workplace health promotion programs in different areas of Europe’, *Epidemiology Biostatistics and Public Health*, 14(2), pp. e12439-1 – e12439-8.
30. Marmont, M. and Bell, R. (2012) ‘Fair society, healthy lives’, *Public Health*, 126 (Suppl. 1), pp. S4–S10. DOI:10.1016/j.puhe.2012.05.014
31. Marshall, T., Goldberg, R.W., Braude, L., Dougherty, R.H., Daniels, A.S., Ghose, S.S., George, P., and Delphin-Rittmon, M.E. (2014) ‘Supported employment: assessing the evidence’, *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 65(1), pp. 16–23. DOI:10.1176/appi.ps.201300262
32. McGee, R., Bevan, S., and Quadrello, T. (2009) *Fit for work? Musculoskeletal disorders and the Dutch labour market*. London: The Work Foundation.
33. Melkas, T. (2013) ‘Health in all policies as a priority in Finnish health policy’, *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(Suppl. 11), pp. 3–28.

34. Mincer, J. (1958) ‘Investment in human capital and personal income distribution’, *Journal of Political Economy*, 66(4), pp. 281–302.
35. Newton, B., and Gloster, R. (2023) *Summary: Evaluation of the Health-led Employment Trials*. Research and analysis. Available at: <https://www.gov.uk/government/publications/health-led-employment-trials-evaluation/summary-evaluation-of-the-health-led-employment-trials> (accessed 12 August 2025).
36. OECD (2023) ‘Organisation of public employment services at the local level in Sweden’, *OECD Local Economic and Employment Development (LEED) Papers*, No. 2023/03. Paris.
37. Pinto, A.D., Hassen, N., and Craig-Neil, A. (2018) ‘Employment intervention in health settings: a systematic review and synthesis’, *Annals of Family Medicine*, 16(5), pp. 447–460.
38. Puska, P., and Stahl, T. (2010) ‘Health in All Policies – The Finnish initiative: Background, principles and other issues’, *The Annual Review of Public Health*, 31, pp. 315–328.
39. Reeves, A., and Stuckler, D. (2016) ‘Labour market policy and health: structured review of the bidirectional relationship’, *Public Health Panorama*, 2(2), pp. 117–247.
40. Ronchetti, J., and Terriaud, A. (2019) ‘Impact of unemployment on self-perceived health’, *European Journal Health Economics*, 20, pp. 879–89. DOI:10.1007/s10198-019-01050-5
41. Schultz, I., Stowell, A., Feuerstein, M., and Gatchell, R. (2007) ‘Models of return to work for musculoskeletal disorders’, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, pp. 327–352.
42. Schuring, M., Mackenbach, J., Voorham, T., and Burdorf, A. (2011). ‘The effect of re-employment on perceived health’, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(7), pp. 639–644. DOI:10.1136/jech.2009.103838
43. Skriabikova, O., Cavaco, Y., and Fries-Tersch, E. (2016) *Safer and healthier at work at any age: Country inventory the Netherlands*. European Agency for Safety and Health at Work.
44. Stauder, J. (2019) ‘Unemployment, unemployment duration, and health: selection or causation?’, *The European Journal of Health Economics*, 20, pp. 59–73. DOI:10.1007/s10198-018-0982-2
45. Vaalavuo, M. (2016) ‘Deterioration in health: What is the role of unemployment and poverty?’, *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(4), pp. 347–353. DOI:10.1177/1403494815623654
46. Van Rijn, R.M., Carlier, B.E., Schuring, M., and Burdorf, A. (2016) ‘Work as treatment? The effectiveness of re-employment programs for unemployed persons with severe mental health problems on health and quality of life: A systematic review and meta-analysis’, *Occupational and Environmental Medicine*, 73(1), pp. 1–5. DOI:10.1136/oemed-2015-103121
47. Waddell, G., and Burton, A.K. (2006) *Is work good for your health and well-being?* London: TSO.
48. Waddell, G., Burton, A.K., and Kendall, N. (2008) *Vocational Rehabilitation: What works, for whom, and when?* London: TSO. Available at: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7cccd8bed915d6b29fa8c2b/hwwb-vocational-rehabilitation.pdf> (accessed 12 August 2025).

OFFICIAL DOCUMENTS

1. Federal Ministry of Interior (2012) *Every age count. The Federal government demographic strategy*. Berlin: Federal Ministry of Interior, Germany.
2. Health and Safety Executive (2006) *Memorandum submitted by the Health and Safety Executive*. Available at: <https://publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmworpen/1143/6052402.htm> (accessed 12 August 2025).
3. Department for Work and Pensions (2022) *DWP annual report and accounts 2021 to 2022*. London: DWP. Available at: <https://www.gov.uk/government/publications/dwp-annual-report-and-accounts-2021-to-2022/dwp-annual-report-and-accounts-2021-to-2022> (accessed 12 August 2025).
4. Department for Work and Pensions (2022) *Health-led Employment Trials Evaluation: Synthesis Report*. DWP Research Report No. 1025. London: Department for Work and Pensions. Available at: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/643fb02822ef3b000f66f494/health-led-trials-evaluation-synthesis-report.pdf> (accessed 26 September 2025).
5. Department for Work and Pensions (2023) *Work and Health Programme evaluation: synthesis report*. DWP Research Report No. 1044. London: Department for Work and Pensions. Available at: <https://www.gov.uk/government/publications/work-and-health-programme-evaluation-synthesis-report> (accessed 26 September 2025).

Статья поступила в редакцию 26.08.2025;
одобрена после рецензирования 16.10.2025;
принята к публикации 19.11.2025.