

# МАССОВЫЕ ОПРОСЫ, ЭКСПЕРИМЕНТЫ, МОНОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Н.Л. РУСИНОВА, В.В. САФРОНОВ*

## **ВЛИЯНИЕ БЕЗРАБОТИЦЫ НА ЗДОРОВЬЕ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ: ЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВА<sup>1</sup>**

*Аннотация.* Статья посвящена проблеме социальных неравенств в здоровье и влиянию на них социетального контекста. Рассматриваются различия в самочувствии людей, имеющих работу, и безработных, принадлежащих к разным демографическим и социальным стратам, а также влияние государства социальных гарантий на эти различия. Данные Европейского социального исследования (ESS 2006–2012, 33 страны), Всемирного банка и Международной организации труда анализировались статистическими методами двухуровневого моделирования. Показано, что различия здоровья в странах Европы обусловлены социальной демографией, статусом занятости и совместным влиянием этих переменных. Безработица сильнее затрагивает пожилых людей и ведет к большему ухудшению их здоровья, поскольку им труднее найти новое место работы. Рост экономического благосостояния стран и увеличение общественных расходов на социальные нужды влечет сокращение гендерных и возрастных различий в здоровье. Социальная поддержка со стороны общества благоприятно сказывается и на здоровье респондентов с низким образованием. Повышение общественных расходов на безработицу

---

**Русинова Нина Львовна** — кандидат экономических наук, заведующий сектором социологии здоровья, Социологический институт РАН.

**Адрес:** 190005, Санкт-Петербург, 7-я Красноармейская ул., д. 25/14.

**Телефон:** (812) 316-75-68. **E-mail:** nrusinova@gmail.com

**Сафронов Вячеслав Владимирович** — старший научный сотрудник, Социологический институт РАН.

**Адрес:** 190005, Санкт-Петербург, 7-я Красноармейская ул., д. 25/14.

**Телефон:** (812) 316-34-36. **E-mail:** vsafronov@list.ru

<sup>1</sup> Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ, проект № 14-03-00697, «Социальные различия здоровья в Европе и России: анализ индивидуальных и контекстуальных факторов с использованием методов многоуровневого моделирования» (руководитель Н.Л. Русинова).

помогает преодолеть негативные кумулятивные эффекты для здоровья низкого образования и статуса безработного, однако при этом различия между работающими и безработными не только не сокращаются, но, напротив, становятся даже большими, чем в менее щедрых странах. Причина этого — обостренное чувство относительной депривации у безработных в развитых обществах.

*Ключевые слова:* здоровье; социальные неравенства; безработные; общественные социальные расходы; Европейское социальное исследование; двухуровневое моделирование.

*Для цитирования:* Русинова Н.Л., Сафронов В.В. Влияние безработицы на здоровье в странах Европы: значение социального государства // Социологический журнал. 2017. Том. 23. № 2. С. 28–50. DOI: 10.19181/socjour.2017.23.2.5158

### **Неравенства в здоровье, безработные, социальное государство: обзор состояния дел**

В современных подходах к исследованию проблемы социальных неравенств в здоровье рассматриваются, с одной стороны, индивидуальные различия, связанные с положением человека в демографической и социальной структурах общества, а с другой — влияние на выраженность таких различий общественных условий [7; 11]. Одно из важнейших направлений в изучении этой проблемы на индивидуальном уровне — негативные для здоровья последствия безработицы [4; 5; 35]. Отмечалось, что эти последствия необходимо анализировать с учетом особенностей общественных условий или макроконтекста [26], однако это требование так и не было реализовано в полной мере.

*Безработица и здоровье: индивидуальные отличия.* Безработица, воздействуя на здоровье посредством разнообразных механизмов, является источником заболеваемости и может способствовать преждевременной смертности [4; 22; 30]. Согласно «материалистическим» теоретическим представлениям, эти механизмы связаны прежде всего с экономической депривацией. В связи с потерей доходов при безработице ухудшается социально-экономическое положение безработных, в результате ограничиваются материальные ресурсы, необходимые для поддержания здоровья [18; 23; 37; 40]. В другом теоретическом объяснении важнейшими признаются психосоциальные механизмы. Ухудшение здоровья людей, лишившихся работы, обусловлено психологическими последствиями безработицы, которые связаны с утратой индивидом престижа и снижением его воспринимаемого статуса [16; 21; 44; 46]. Эти детерминации могут действовать совместно, так что безработица способна нанести как материальный, так и психосоциальный урон [32].

Современные эмпирические исследования подтверждают, что безработица действительно способствует ухудшению здоровья, особенно

психического самочувствия [24; 25; 27; 31; 35; 36], а также хронической заболеваемости [6] и смертности [29; 41]. Было показано, что основное направление причинно-следственной связи — от безработицы к нездоровью [42]. Утрата работы провоцирует и поведение, несущее риски для здоровья, в том числе повышенное потребление алкоголя и табака [28].

Высказывались предположения, что влияние безработицы на самочувствие людей опосредовано демографическими и социальными модераторами, в частности, зависит от того, какое место они занимают в демографической и социальной стратификациях, от запасов социального капитала, психологических ресурсов личности и вовлеченности в работу. Не все из этих предположений получили эмпирическое подтверждение, выводы отдельных работ не всегда согласуются друг с другом (см. обзор [33]). Так, в некоторых исследованиях отмечается, что безработица сильнее сказывается на здоровье мужчин, чем женщин, при этом большие негативные последствия для здоровья мужчины объясняются тем, что во многих странах именно он несет ответственность за доходы семьи, поэтому более уязвим в ситуации безработицы [2; 3; 9; 19; 38]. Соображения о дифференцированных для здоровья эффектах безработицы в разных возрастных группах также не получили однозначного подтверждения — они могут зависеть от причин безработицы и контекста (страна, исторический период) [10; 33; 35; 42]. Анализ социально-структурных факторов тоже не приводит к однозначным выводам. Остается неясным, как безработица сказывается на здоровье людей с разным уровнем образования. В то же время было показано, что работники, занятые физическим трудом, определенно страдают от безработицы в большей мере, чем люди других профессий [1; 2; 38; 45].

*Здоровье, безработица и общественный контекст.* В последние годы влияние безработицы на состояние здоровья индивидов с разными социальными характеристиками связывается с особенностями общественного контекста. Так, согласно метаанализу, который охватывал практически все исследования на данную тему, последствия безработицы для здоровья людей сильнее проявляются в государствах с невысоким уровнем благосостояния, чем в экономически развитых странах, а также в обществах с высокими показателями доходного неравенства, при этом с самим уровнем безработицы в стране такие последствия были не связаны [25; 35].

Одно из важнейших направлений в изучении роли макроконтекста в смягчении неравенств в здоровье, обусловленных безработицей, было посвящено анализу социального государства. В частности, рассматривались особенности социальной политики в разных странах, направленной на предотвращение бедности и поддержание доходов уязвимых слоев в ситуации безработицы. При сравнении Великобритании, Германии и Соединенных Штатов, например, было

продемонстрировано, что сохранению здоровья безработных способствуют системы социального страхования, тогда как пособия, предполагающие оценку нуждаемости, оказываются недостаточными для достижения этой цели [40]. Этот вывод подтверждает и недавний обзор релевантных исследований [34]. В нем отмечается, что, хотя пособия по безработице не предполагают полную компенсацию потерянного дохода, щедрые государственные программы способны в определенной мере смягчить негативные последствия безработицы. Но даже при самых больших вложениях в программы социального страхования не удастся предотвратить ухудшения здоровья безработных, поскольку, помимо материальных потерь, не менее важными являются негативные психосоциальные воздействия [25; 47].

Следует отметить, что до недавнего времени такое изучение контекстуальных факторов ограничивалось либо анализом региональных особенностей внутри отдельных государств, либо сопоставлением ограниченного числа стран. Можно привести лишь отдельные примеры работ в интересующей нас области, которые бы в полной мере опирались на современные теоретические подходы к сравнительному анализу социальных неравенств в здоровье и их контекстуальных вариаций с использованием методологических средств, позволяющих рассматривать социальные различия индивидуального уровня с учетом их взаимодействия с контекстуальными факторами. В одной из таких работ изучалось, как основные европейские «режимы государства социальных гарантий» (welfare state regimes) различаются по степени выраженности связанных с безработицей неравенств в здоровье [3]. Вопреки предположениям о благоприятном воздействии социально-демократического режима, отличающегося сильной социальной политикой, характерной для Скандинавских стран, оказалось, что различия в здоровье между работающими и безработными были менее заметными не в этой части Европы, а в менее продвинутых социальных системах «южных» или «постсоветских» режимов.

Это противоречие заставило искать более чувствительные индикаторы щедрости государства благосостояния, характеризующие институциональный дизайн социальной политики и конкретные направления государственных расходов на нужды определенных социальных групп [8]. Было установлено, что с увеличением полноты охвата безработных государственной поддержкой и размера компенсации ею потерянных доходов наблюдается сокращение образовательных неравенств, так что политика в отношении безработных сказывается и на состоянии здоровья всего населения, создавая у людей чувство защищенности от угроз экзистенциальной безопасности [17]. Многоуровневое моделирование (данные для 23 европейских стран) позволило установить, что большая щедрость государства в социальном страховании безработных (а также распространение в обществе

убежденности в том, что государство должно бороться с бедностью и неравенством доходов) ведет к сокращению различий в самочувствии между работающими и безработными [43].

Таким образом, представленный обзор показывает, что исследование негативных эффектов безработицы для здоровья остаются противоречивыми и только начинают затрагивать некоторые важнейшие проблемы, сформулированные при изучении общих социальных неравенств в здоровье. Одна из таких проблем связана с недостаточной изученностью дифференцированных последствий безработицы для представителей различных социальных страт. Другая — более общая — проблема, остающаяся практически неисследованной, предполагает углубленный анализ того, как государственная социальная политика в области безработицы влияет на сокращение неравенств между работающими и безработными. При этом следует учитывать, что такое влияние может сказываться в большей мере на здоровье представителей определенных демографических и социальных слоев. При решении данных проблем трудно обойтись без сравнения индивидуальных и контекстуальных данных для многих стран с применением методов многоуровневого моделирования, которые широко используются при анализе неравенств в здоровье, однако крайне редко, когда речь идет о таких неравенствах и безработице. В представленном исследовании предпринята попытка внести вклад в решение указанных проблем при помощи современных методологических средств.

#### **Задачи и методы исследования**

Настоящее исследование посвящено проблеме социальных неравенств в здоровье и влиянию на них общественного контекста. При рассмотрении социальных неравенств предполагается проанализировать не только различия самочувствия людей, обусловленные демографическими особенностями индивидов и их социальным положением, но и состояние здоровья одной из общественно значимых уязвимых групп — безработных — при сопоставлении их с работающими. Выявленные в предшествующих работах факты говорят о том, что материальные проблемы и стрессовое напряжение, обусловленные потерей работы, могут привести к серьезному ухудшению здоровья. Согласно нашему предположению, влияние безработицы на самочувствие людей может быть неодинаковым и зависеть от позиции человека в демографической и социальной структурах. Уязвимые группы, к которым относятся, например, люди в старших возрастах или с невысоким социальным статусом, могут, вероятно, особенно остро реагировать на потерю работы.

В теоретических подходах к сравнительному изучению проблемы неравенств в здоровье отмечалось, что степень выраженности социальных различий, в том числе между работающими и безработными, зависит от социального контекста (экономическое богатство стран,

особенности режимов обеспечения социальных гарантий или щедрость государственных расходов на социальные нужды). Однако эмпирический анализ приводит к неоднозначным результатам, которые не позволяют с уверенностью утверждать, что сильная государственная социальная политика способствует сокращению неравенств в здоровье. Целью данного исследования является продолжение изучения этого вопроса. При этом особое внимание уделяется сравнению социальных различий в здоровье, связанных со статусом занятости, в странах, различающихся по показателям общественных расходов на решение социальных проблем (финансирование системы здравоохранения, расходы на социальную помощь и безработицу). Согласно нашей гипотезе, указанные социальные неравенства должны сглаживаться при росте благосостояния общества и развитии социального государства, обеспечивающего защиту уязвимых слоев от угроз экзистенциальной безопасности.

Решение этих задач и проверка предположений осуществлялись с помощью эмпирических данных Европейского социального исследования<sup>2</sup>, полученных в результате репрезентативных опросов, которые были проведены в 33 странах Европы (Австрия, Бельгия, Болгария, Хорватия, Кипр, Чехия, Дания, Эстония, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Венгрия, Исландия, Ирландия, Израиль, Италия, Латвия, Литва, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Румыния, Россия, Словакия, Словения, Испания, Швеция, Швейцария, Турция, Украина и Великобритания) в 2006, 2008, 2010 и 2012 гг. (раунды 3, 4, 5 и 6, содержащие сведения о России) [12–15]. В объединенный массив четырех раундов опросов были включены те респонденты, которые, отвечая на вопрос об основном занятии, указали, что заняты на оплачиваемой работе или являются безработными. Общее число респондентов составило около 110 тыс. человек.

В материалах ESS о состоянии здоровья участников исследования можно судить по показателю *общего самочувствия*. Для фиксации общего самочувствия применялся стандартный широко используемый в социологических исследованиях вопрос о самооценке здоровья: «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья в целом? По Вашему мнению, оно: 1) очень хорошее, 2) хорошее, 3) среднее, 4) плохое, 5) очень плохое».

Демографические и социально-структурные переменные, с помощью которых оценивались неравенства в здоровье, включали: *пол*, *возраст* (количество лет) и *образование* (измеряется по суммарному числу лет, посвященных участниками опросов обучению в формальных учреждениях — в школе, училище, колледже, институте или университете), а также *статус занятости* (дихотомическая переменная, отделяющая работающих от безработных).

<sup>2</sup> European Social Survey, ESS; URL: <<http://www.europeansocialsurvey.org>>.

Влияние этих переменных на самочувствие, согласно нашему предположению, зависит от общественного контекста. В число контекстуальных факторов были включены такие показатели, как *уровень развития экономики* страны (ВВП на душу населения, валовой внутренний продукт, среднее значение для 2006, 2008, 2010, 2012 гг.<sup>3</sup>), а также *общественные социальные расходы* (доля ВВП, идущая на здравоохранение, на социальную помощь и решение проблем безработицы<sup>4</sup>).

Описанные данные, характеризующие переменные индивидуального (1-го) уровня и факторы контекстуального (2-го) уровня, образуют иерархические структуры — индивиды со своими показателями здоровья, демографическими и социальными особенностями соотнесены со странами, которые описываются в терминах ВВП и общественных затрат на социальные нужды. Статистический аппарат, который применяется в современных сравнительных исследованиях таких структур, относится к методам многоуровневого моделирования. В настоящей работе двухуровневое моделирование осуществлялось с помощью специализированного пакета программ — HLM (Hierarchical Linear and Nonlinear Modeling, см. [39]). Рассматриваются иерархические линейные модели со случайными коэффициентами для переменных 1-го уровня (индивидуальные различия) и взаимодействиями между этими переменными и факторами 2-го уровня (контекстуальные отличия между странами). При этом переменные социальных различий между индивидами и факторы отличий между странами были преобразованы в шкалы от 0 до 1, что позволило напрямую сопоставлять в первом приближении силу их влияния на состояние здоровья. Кроме того, как и рекомендуется при многоуровневом моделировании, переменные 1-го уровня центрировались относительно средних значений в каждой из стран, а переменные 2-го уровня — относительно общего среднего значения. Для устранения искажений в национальных выборках, возникающих вследствие неодинаковых вероятностей включения индивидов в выборочную совокупность, отображения в ней только части населения и ошибок из-за систематической склонности определенных индивидов к уклонению от ответов, в ходе анализа опросные данные взвешивались с помощью переменной пост-стратификационных весов<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> World Bank, World Development Indicators, GDP per capita, PPP, constant 2011 international \$, URL: <<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>>.

<sup>4</sup> International Labor Organization, ILO, Public health care expenditure, % GDP; Public social protection expenditure for persons of active age, %GDP: general social assistance, unemployment; 2009–2011; см. [48, Table B.13]

<sup>5</sup> Post-stratification weights, см. URL: <[http://www.europeansocialsurvey.org/docs/methodology/ESS\\_weighting\\_data\\_1.pdf](http://www.europeansocialsurvey.org/docs/methodology/ESS_weighting_data_1.pdf)>.

### Статус занятости и общее самочувствие

Первое впечатление о состоянии здоровья безработных в разных частях Европы позволяет получить рисунок 1. На нем приведены доли респондентов среди работающего населения и безработных в каждой из изученных стран, указавших, что они обладают в лучшем случае удовлетворительным здоровьем (по шкале нездоровья ими были поставлены оценки выше значения «хорошее», т. е. от градации «среднее» до «плохое» и «очень плохое»). Страны сильно различаются по этому показателю. Чаще всего о слабом здоровье говорили участники исследований в таких странах, как Россия и Украина, а также в ряде других посткоммунистических государств. Какими бы ни были общие оценки самочувствия, почти во всех странах, исключая только две названные, отчетливо проявляются неравенства в здоровье, обусловленные статусом занятости. У безработных оно, как правило, заметно хуже, чем у их сограждан, имеющих работу. Вопреки ожиданиям, особенно сильными отличия оказались в таких развитых и богатых странах, как Нидерланды, Норвегия, Швейцария, Швеция или Германия, известных и сильной политикой по обеспечению социальных гарантий. В средиземноморских странах, таких как Греция или Кипр, и в посткоммунистических обществах, в том числе в России, которые уступают отмеченным государствам по уровню развития экономики и социальной защищенности населения, различия самочувствия по признаку занятости были выражены менее отчетливо, чем в первой группе.

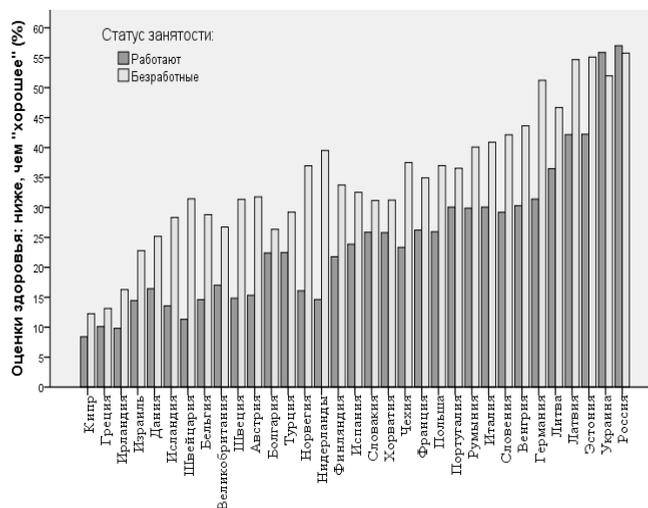


Рис. 1. Здоровье работающих и безработных в странах ESS (объединенные данные 2006, 2008, 2010 и 2012 гг.)

Описанная парадоксальная ситуация требует углубленного изучения. Она могла возникнуть вследствие рассмотрения нами лишь простых распределений показателя здоровья в соотношении со статусом занятости без учета влияния других переменных, определяющих самочувствие человека. Необходимо, во-первых, убедиться в том, что признак наличия работы является независимой переменной, сохраняющей свое влияние на здоровье, когда сопоставляются работающие и безработные индивиды из одних и тех же демографических и социальных страт. Во-вторых, следует проверить, не оказывает ли эта дихотомия воздействие на самочувствие в сочетании с определенными особенностями социальной демографии. И только после этих проверок можно вернуться к вопросу о контекстуальных проявлениях различий в здоровье занятых и безработных.

### **Здоровье и статус занятости: роль социальной демографии**

Состояние социальных неравенств в здоровье, обусловленных полом, возрастом, образованием и статусом занятости, а также совместное влияние на самочувствие социальной демографии и занятости оценивались с помощью двухуровневой модели, представленной в таблице 1. Эта модель позволяет охарактеризовать различия в общем самочувствии (по шкале от «очень хорошее» до «очень плохое») в зависимости от основных переменных 1-го уровня (выявленных на поисковой аналитической стадии), а также выяснить (при случайной вариации коэффициентов, фиксирующих их влияние), различаются ли эти зависимости в изученных странах.

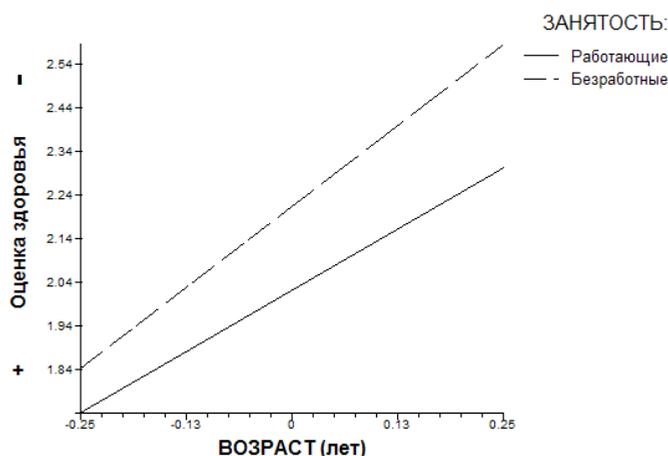
Таблица 1

### **Социальные различия здоровья в странах Европы** (двухуровневые линейные модели со случайными коэффициентами)

Переменные, уровень 1	Модель 1.1				
	$\gamma$	T-ratio	Sig.	Дисперсии $\gamma$	Sig.
Intercept	2,04	42,0	0,000	0,07652	0,000
Пол (М)	-0,08	-6,9	0,000	0,00356	0,000
Возраст (лет)	1,15	12,7	0,000	0,25960	0,000
Образование (лет)	-0,64	-15,2	0,000	0,04459	0,000
Занятость (безработный)	0,19	10,7	0,000	0,00820	0,000
Возраст x занятость	0,38	7,8	0,000	0,02104	0,059
Образование x занятость	-0,31	-2,8	0,009	0,29596	0,000

*Примечание.* Объединенные данные ESS 2006, 2008, 2010, 2012 гг. Метод оценивания FML (Full Maximum Likelihood) с робастными стандартными ошибками. Зависимая переменная — оценки состояния здоровья (от «очень хорошее» к «очень плохое»). N1 (индивиды) = 109309, N2 (страны) = 33.

В подтверждение наших предшествующих результатов и хорошо известных фактов приведенные в таблице 1 результаты (модель 1.1) показывают, что существуют отчетливые неравенства в здоровье, обусловленные полом (у женщин здоровье хуже), возрастом (с его повышением здоровье, разумеется, ухудшается) и образованием (высокое образование — благоприятный для здоровья фактор). Оказалось также, что признак занятости, даже при контроле социальной демографии, дифференцирует здоровье индивидов: согласно статистически значимому на высоком уровне гамма-коэффициенту, у безработных самочувствие было заметно хуже, чем у работающих.



**Рис. 2. Ухудшение здоровья в зависимости от возраста и статуса занятости (по уравнению модели 1.1)**

*Примечание.* Возраст, представленный шкалой от 0 до 1 и центрированный относительно средних значений, разбит на пятипроцентные интервалы.

Кроме того, было обнаружено совместное влияние переменных занятости с возрастом и занятости с образованием. Об этом свидетельствуют обоснованные статистически коэффициенты, фиксирующие интеракции «возраст  $\times$  занятость» и «образование  $\times$  занятость» (но не пола и занятости, так как безработица оказывает сходное негативное воздействие на здоровье мужчин и женщин, в связи с этим данная интеракция была исключена из уравнения модели 1.1). Согласно этим интеракциям с возрастом расхождение самочувствия между работающими и безработными становится все более выраженным, тогда как повышение образовательного уровня влечет, напротив, сокращение этого расхождения.

С целью прояснения характера зависимостей между здоровьем и интеракцией возраста на статус занятости, которая сходным образом проявляется в любой из европейских стран (дисперсия, характеризую-

щая это влияние, оказалась за рамками принятых критериев статистической значимости, см. табл. 1), был построен рисунок 2, отражающий описанные результаты моделирования для этих переменных. Как видно на рисунке, с возрастом здоровье людей заметно ухудшается, однако степень такого ухудшения социально стратифицирована: у безработных оно выражено в большей мере, чем у работающих. Хотя безработица негативно сказывается на самочувствии даже в младших возрастных когортах, у людей старшего возраста такое влияние проявляется отчетливее. Это, скорее всего, связано с тем, что для пожилых людей трудности поиска работы на рынке труда создают дополнительные материальные и стрессовые нагрузки, сказывающиеся на их самочувствии.

Как показано в таблице 1, содержащей характеристики «случайной» части модели 1.1, все описанные зависимости (кроме интеракции «возраст  $\times$  занятость») заметно варьируют по своей силе в странах ESS: дисперсии для соответствующих коэффициентов достаточно заметны и статистически значимы.

### **Влияние социального государства на неравенства в здоровье**

Социальные различия самочувствия больше в одних странах и меньше в других, и теперь нам предстоит выяснить, с чем это связано. Согласно предположениям, вытекающим из обзора состояния дел, одним из важнейших факторов, способствующих сглаживанию таких различий, является развитие социального государства, которое обеспечивает защиту уязвимых слоев общества и поддержку людей, оказавшихся в трудных жизненных обстоятельствах. Не исключено также, что высокий уровень благосостояния граждан в странах со значительным душевым ВВП создает предпосылки для самостоятельного преодоления ими жизненных трудностей, так как люди обеспечены капиталом материальных, социальных и психологических ресурсов, необходимых для поддержания здоровья. Эти соображения позволяют проверить двухуровневые линейные модели, учитывающие интеракции между переменными социальных различий индивидуального уровня и контекстуальными факторами, упорядочивающими страны по уровню развития экономики и расходов на социальные нужды. Основные для нашего анализа характеристики таких моделей, фиксирующие статистики для межуровневых интеракций (гаммы и объясненные за счет факторов контекста дисперсии), сведены в таблице 2.

С помощью модели 2.1 было проверено предположение о влиянии на неравенства экономического развития страны, измеренного показателем ВВП. Этот фактор, подтвержденный в других исследованиях, действительно играет важную роль, способствуя сокращению гендерных различий в самочувствии. В наиболее развитых странах женщины существенно меньше отличаются в своих оценках здоровья от мужчин,

чем в относительно менее благополучных европейских государствах. Под воздействием ВВП сокращается и возрастная дифференциация. В небогатых обществах здоровье пожилых намного хуже, чем у молодых людей, тогда как с ростом экономического благосостояния этот разрыв уменьшается за счет улучшения самочувствия в старших возрастах. Однако, как показывает гамма-коэффициент для интеракции «ВВП  $\times$  работающие/безработные», неравенства по признаку занятости не только не становятся меньше при высоком экономическом развитии, но, напротив, заметно усиливаются. На различия здоровья по образованию и статусу занятости во взаимодействии с образованием ВВП влияния не оказывает (гаммы статистически незначимы).

Остальные модели в таблице 2 проверяют гипотезы о благоприятных условиях для снижения неравенств, складывающихся в обществе благодаря социальной защищенности граждан при увеличении общественных расходов на социальные цели. Поскольку эти расходы, как отмечалось при описании факторов 2-го уровня, представлены показателями процентных долей от ВВП, их воздействие будет оцениваться при контроле уровня развития экономики страны (все эти показатели очень слабо связаны между собой, что исключает возникновение проблем коллинеарности).

В модели 2.2 дополнительным к ВВП фактором выступает показатель расходов на здравоохранение. С их ростом еще немного снижаются гендерные и возрастные различия, но остальные дифференциации с этим показателем оказались практически не связанными (по образованию и статусу занятости) или связанными очень слабо (с интеракцией переменных 1-го уровня «образование  $\times$  статус занятости»).

Модель 2.3 дополняет список контекстуальных факторов еще одним индикатором общественных затрат — расходов на социальную помощь, которая оказывается людям, имеющим критически низкие доходы. При увеличении таких расходов выигрывают люди старших возрастов, здоровье которых улучшается еще больше (гамма для соответствующей межуровневой интеракции статистически значима, растет доля объясненной дисперсии). Кроме того, этот фактор способствует уменьшению образовательных неравенств, оказывая позитивное влияние на самочувствие респондентов с низким уровнем образования. В этой модели расходы на здравоохранение и на социальную помощь позволяют отчасти объяснить, как именно меняется самочувствие безработных с разным уровнем образования (см. гаммы для интеракций «расходы  $\times$  (образование  $\times$  работают/безработные)»). С ростом таких расходов дифференциация по образованию между занятыми людьми и безработными становится менее отчетливой. Она особенно четко проявляется в странах с невысокими расходами, где низкое образование и безработица оказывают кумулятивный отрицательный эффект на здоровье, тогда как в обществах

с сильным социальным государством такого эффекта не наблюдается, хотя неравенства по признаку занятости могут быть даже больше, чем в первых.

Таблица 2

**Социальные различия здоровья в странах Европы:  
влияние социетальных факторов (двухуровневые линейные модели  
с интеракциями между переменными 1-го и 2-го уровней)**

Модели, включающие социетальные факторы	Межуровневые интеракции					
	Характеристики	Пол (М)	Возраст	Образование	Безработные	Образование х безработные
2.1. ВВП на душу населения	$\gamma$	0,21***	-1,62***	0,11	0,33***	0,07
	% Exp.	62	49	1	61	6
2.2. ВВП + Расходы: здравоохранение	$\gamma$	0,16***	-1,24**	0,13	0,35***	-0,61
	% Exp.	69	54	1	62	21
2.3. ВВП + Расходы: здравоохранение + Расходы: социальная помощь	$\gamma$	0,16***	-1,05**	-0,05	0,34***	-0,91
	% Exp.	70	60	36	64	32
2.4. ВВП + Расходы: здравоохранение + Расходы: социальная помощь + Расходы: безработица	$\gamma$	0,17***	-1,06***	-0,07	0,34***	-1,12**
		0,08**	-0,66**	0,08	-0,01	0,93**
		0,00	-0,46**	0,51**	0,03	0,71**
	% Exp.	79	64	33	78	54

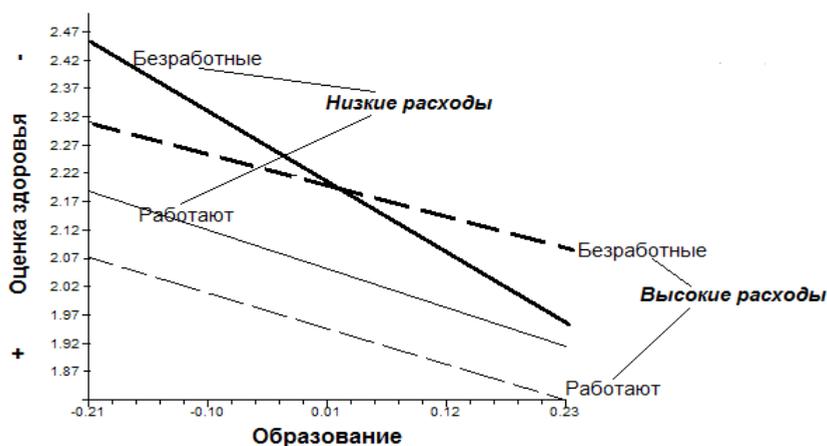
*Примечание.* Метод оценивания: FML (Full Maximum Likelihood) с робастными стандартными ошибками. N1 (индивиды) = 109 309, N2 (страны) = 33. Основные фиксированные эффекты для переменных 1-го уровня и факторов 2-го уровня не приводятся. Расходы — общественные расходы % ВВП. % Exp[lained] — доля объясненной дисперсии (по отношению к значению в модели со «случайными» коэффициентами, см. табл. 1) для  $\gamma$ -коэффициентов переменных 1-го уровня под влиянием факторов 2-го уровня.

\*  $p < 0,1$ ; \*\*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Наконец, еще один специфический для безработицы показатель расходов вводится в модели 2.4. Общественные затраты на решение проблем, связанных с безработицей, также объясняют охарактеризованные выше зависимости совместного влияния на здоровье образования и статуса занятости. Доля объясненной дисперсии, свидетельствующая о воздействии контекстуального фактора на выраженность такого влияния, возрастает по сравнению с предыдущей моделью с 32 до 54%. Большая щедрость в расходах на безработицу, как и на

социальную помощь и здравоохранение, способствует сглаживанию кумулятивных негативных воздействий низкого образования и статуса безработного на самочувствие.

Изученные нами зависимости иллюстрирует рисунок 3. Он построен с использованием уравнения, сходного с моделями из таблицы 2, однако включающего на втором уровне — для дополнительной проверки результатов — сконструированный нами индекс расходов на безработицу (в сопоставимых долларах по паритету покупательной способности, фиксированных во времени), приходящихся на одного безработного. Тем самым наш показатель учитывает не только размеры расходов, но и потребность в них общества<sup>6</sup>.



**Рис. 3. Здоровье, статус занятости и образование: влияние расходов на безработицу (по результатам двухуровневого моделирования)**

*Примечание.* Переменная образования, представленная шкалой от 0 до 1 и центрированная относительно средних значений, разбита на пятипроцентные интервалы.

Если исходить из данных рисунка 3, образование является важной переменной, опосредующей влияние статуса занятости на здоровье. Однако такую роль оно играет только в тех странах, где общественные

<sup>6</sup> В четырех раундах опросов участвовала большая часть изучаемых стран, но есть среди них и такие, которые включены в три, два или только в один из раундов, так что размеры объединенных национальных выборок сильно различались между собой. Это могло привести к искажению зависимостей, вызывая сдвиги, обусловленные отличиями, характерными для стран с большими выборками. Для контроля этого обстоятельства проводилось взвешивание национальных данных, которое позволяло выровнять численность респондентов, анализируемых в каждой из стран. Основные закономерности, описанные в разделе, остаются при этом в силе.

вложения в решение проблем безработных сравнительно (по европейским меркам) невелики. В этих странах различия самочувствия между работающими и безработными особенно заметны в том случае, когда они принадлежат к нижним социальным стратам — с невысоким образовательным уровнем. С ростом образования эти различия начинают сокращаться. Сильное социальное государство (высокие общественные расходы, связанные с безработицей) способствует сглаживанию образовательных неравенств, препятствуя развитию кумулятивного эффекта низкого общественного положения и статуса безработного. Однако сами по себе неравенства по признаку занятости оказываются в этом случае выраженными даже с большей определенностью, чем в странах с низкими затратами на борьбу с безработицей.

### **Основные результаты**

Проведенное исследование неравенств в здоровье и воздействия на них государства социальных гарантий показало, что в странах Европы отчетливо проявляются различия общего самочувствия, обусловленные социальной демографией, статусом занятости и совместным влиянием этих переменных. В подтверждение известных фактов было обнаружено, что здоровье хуже у женщин, пожилых людей и у представителей малообразованных слоев, а также у безработных. Кроме того, выявлено совместное влияние на самочувствие статуса занятости с возрастом и этого статуса с образованием. Люди старших возрастов, оказавшись без работы, с особой остротой переживают ситуацию, связанную с ограниченными возможностями получить новое место, что в конечном счете негативно сказывается на их самочувствии. Это общая для изученных стран закономерность.

Остальные социальные различия проявляются в разных регионах Европы с неодинаковой силой и зависят от экономического благосостояния стран и развития социального государства. С ростом этих контекстуальных факторов происходит сокращение гендерных и возрастных различий в здоровье. Высокий уровень жизни, обеспечение государством доступа к качественным медицинским услугам, оказание материальной помощи нуждающимся особенно заметно способствуют улучшению самочувствия женщин и старших возрастных когорт. Социальная поддержка со стороны общества благоприятно сказывается и на здоровье представителей малообразованных слоев. Повышение общественных расходов на решение проблем безработных помогает преодолеть негативные кумулятивные эффекты для здоровья низкого статуса и безработицы, однако при этом расхождение между оценками самочувствия работающими людьми и теми, кто оказался без работы, не только не сокращается, но, напротив, становится даже большим, чем в менее щедрых странах. Экономическое благоденствие и социальная защищенность, характерные для наиболее развитых стран

Европы, не компенсируют безработным уверенности в собственных силах и завтрашнем дне, в то время как наличие работы не только гарантирует работающему высокий уровень жизни, но и поддерживает чувство социальной сопричастности, вовлеченности в общее дело, осмысленности собственной жизни, необходимое для душевного равновесия и хорошего самочувствия.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Artazcoz L., Benach J., Borrell C., Cortes I.* Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class // *American Journal of Public Health.* 2004. Vol. 94 (1). P. 82–88.
2. *Backhans M.C., Hemmingsson T.* Unemployment and mental health – who is (not) affected? // *European Journal of Public Health.* 2012. Vol. 22 (3). P. 429–433. DOI: 10.1093/eurpub/ckr059
3. *Bambra C., Eikemo T.A.* Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries // *Journal of Epidemiology and Community Health.* 2009. Vol. 63 (2). P. 92–98. DOI: 10.1136/jech.2008.077354
4. *Bartley M.* Unemployment and ill-health: understanding the relationship // *Journal of Epidemiology and Community Health.* 1994. Vol. 48 (4). P. 333–337. DOI: 10.1136/jech.48.4.333
5. *Bartley M., Ferrie J., Montgomery S.M.* Health and labour market disadvantage: unemployment, non-employment and job insecurity // *Social Determinants of Health / Ed. by M. Marmot, R.G. Wilkinson.* Oxford: Oxford University Press, 2006. P. 78–96.
6. *Bartley M., Plewis I.* Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness: data from the 1971–1991 ONS longitudinal study // *International Journal of Epidemiology.* 2002. Vol. 31(2). P. 336–341. DOI: 10.1093/ije/31.2.336
7. *Beckfield J., Bambra C., Eikemo T.A., Huijts T., McNamara C., Wendt C.* An institutional theory of welfare state effects on the distribution of population health // *Social Theory & Health.* 2015. Vol. 13 (3). P. 227–244. DOI: 10.1057/sth.2015.19
8. *Bergqvist K., Yngwe M.Å., Lundberg O.* Understanding the role of welfare state characteristics for health and inequalities — An analytical review // *BMC Public Health.* 2013. Vol. 13. P. 1234. DOI: 10.1186/1471-2458-13-1234.
9. *Cooper D., McCausland W.D., Theodossiou I.* Unemployed, uneducated and sick: the effects of socio-economic status on health duration in the European Union // *Journal of Royal Statistical Society (A).* 2008. Vol. 171 (4). P. 939–952. DOI: 10.1111/j.1467-985X.2008.00541.x
10. *Ehs A., Westerling R.* Self-rated health in relation to employment status during periods of high and of low levels of unemployment // *European Journal of Public Health.* 2006. Vol. 16 (3). P. 294–304. DOI: 10.1093/eurpub/cki165
11. *Eikemo T.A., Bambra C., Huijts T., Fitzgerald R.* The First Pan-European Sociological Health Inequalities Survey of the General Population: The European

- Social Survey Rotating Module on the Social Determinants of Health // European Sociological Review. 2016. Vol. 0 (0). P. 1–17. DOI: 10.1093/esr/jcw019
12. ESS Round 3: European Social Survey Round 3 Data (2006). Data file edition 3.6. NSD — Norwegian Centre for Research Data, Norway — Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC, 2006.
  13. ESS Round 4: European Social Survey Round 4 Data (2008). Data file edition 4.4. NSD — Norwegian Centre for Research Data, Norway — Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC, 2008.
  14. ESS Round 5: European Social Survey Round 5 Data (2010). Data file edition 3.3. NSD — Norwegian Centre for Research Data, Norway — Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC, 2010.
  15. ESS Round 6: European Social Survey Round 6 Data (2012). Data file edition 2.3. NSD — Norwegian Centre for Research Data, Norway — Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC, 2012.
  16. *Fergusson D.M., Horwood L.J., Woodward L.J.* Unemployment and psychosocial adjustment in young adults: causation or selection? // Social Science and Medicine. 2001. Vol. 53 (3). P. 305–320. DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00344-0
  17. *Ferrarini T., Nelson K., Sjöberg O.* Unemployment insurance and deteriorating self-rated health in 23 European countries // Journal of Epidemiology and Community Health. 2014. Vol. 0. P. 1–6. DOI: 10.1136/jech-2013-203721
  18. *Grossman M.* The Human Capital Model // Handbook of Health economics / Culyer A.J., Newhouse J.P. (eds.) Oxford: Elsevier, 2000. Vol. 1. P. 347–408.
  19. *Hammarström A., Gustafsson P.E., Strandh M., Virtanen P., Janlert U.* It's no surprise! Men are not hit more than women by the health consequences of unemployment in the Northern Swedish Cohort // Scandinavian Journal of Public Health. 2011. Vol. 39 (2). P. 187–193. DOI: 10.1177/1403494810394906
  20. *Hollederer A.* Unemployment, health and moderating factors: The need for targeted health promotion // Journal of Public Health. 2015. Vol. 23 (6). P. 319–325. DOI: 10.1007/s10389-015-0685-4
  21. *Jahoda M.* Work, employment, and unemployment: values, theories, and approaches in social research // American Psychologist. 1981. Vol. 36 (2). P. 184–191. DOI: 10.1037/0003-066X.36.2.184
  22. *Janlert U., Hammarstrom A.* Which theory is best? Explanatory models of the association between unemployment and health // BMC Public Health. 2009. Vol. 9. P. 235. DOI: 10.1186/1471-2458-9-235
  23. *Kawachi I., Beckman L.* Social Epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000. — 391 p.
  24. *Korpi T.* Accumulating disadvantage. Longitudinal analyses of unemployment and physical health in representative samples of the Swedish population // European Sociological Review. 2001. Vol. 17 (3). P. 255–273. DOI: 10.1093/esr/17.3.255
  25. *McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C.R., Kinicki A.J.* Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study // Journal of Applied Psychology. 2005. Vol. 90 (1). P. 53–76. DOI: 10.1037/0021-9010.90.1.53
  26. *McLeod C.B., Hall P.A., Siddiqi A., Hertzman C.* How society shapes the health gradient: Work-related health inequalities in a comparative perspective //

- Annual Review of Public Health. 2012. Vol. 33. P. 59–73. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-031811-124603
27. *Montgomery S.M., Cook D.G., Bartley M.J., Wadsworth M.E.* Unemployment pre-dates symptoms of depression and anxiety resulting in medical consultation in young men // *International Journal of Epidemiology*. 1999a. Vol. 28 (1). P. 95–100. DOI: 10.1093/ije/28.1.95
  28. *Montgomery S.M., Cook D.G., Bartley M.J., Wadsworth M.E.J.* Unemployment, cigarette smoking, alcohol consumption and body weight in young British men // *European Journal of Public Health*. 1999b. Vol. 8 (1). P. 21–27. DOI: 10.1093/eurpub/8.1.21
  29. *Morris J.K., Cook D.G., Shaper A.G.* Loss of employment and mortality // *British Medical Journal*. 1994. Vol. 308 (6937). P. 1135–1139. DOI: 10.1136/bmj.308.6937.1135
  30. *Muntaner C., Solar O., Vanroelen C., Martinez J.M., Vergara M., Santana V., Castedo A., Kim I.-H., Benach J.*, and the EMCONET Network. Unemployment, informal work, precarious employment, child labour, slavery, and health inequalities: pathways and mechanisms // *International Journal of Health Services*. 2010. Vol. 40 (2). P. 281–295. DOI: 10.2190/HS.40.2.h
  31. *Murphy G., Athanasou J.* The effect of unemployment on mental health // *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 1999. Vol. 72 (1). P. 83–99. DOI: 10.1348/096317999166518
  32. *Nordenmark M., Strandh M.* Towards a sociological understanding of mental wellbeing among the unemployed: the role of economic and psychosocial factors // *Sociology*. 1999. Vol. 33 (3). P. 577–597. DOI: 10.1177/S003803859900036X
  33. *Norström E., Virtanen P., Hammarström A., Gustafsson P.E., Janlert U.* How does unemployment affect self-assessed health? A systematic review focusing on subgroup effects // *BMC Public Health*. 2014. Vol. 14. P. 1310. DOI: 10.1186/1471-2458-14-1310
  34. *O'Campo P., Molnar A., Ng E., Renahy E., Mitchell C., Shankardass K., St. John A., Bamba C., Muntaner C.* Social welfare matters: A realist review of when, how, and why unemployment insurance impacts poverty and health // *Social Science & Medicine*. 2015. Vol. 132. P. 88–94. DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.03.025
  35. *Paul K.I., Moser K.* Unemployment impairs mental health: Meta-analyses // *Journal of Vocational Behaviour*. 2009. Vol. 74 (3). P. 264–282. DOI: 10.1016/j.jvb.2009.01.001.
  36. *Popham F., Gray L., Bamba C.* Employment status and the prevalence of poor self rated health. Findings from UK individual-level repeated cross-sectional data from 1978 to 2004 // *BMJ Open*. 2012. Vol. 2 (6). P. e001342. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001342
  37. *Price R.H., Choi J.N., Vinokur A.D.* Links in the chain of adversity following job loss: how financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning, and poor health // *Journal of Occupational Health and Psychology*. 2002. Vol. 7 (4). P. 302–312. DOI: 10.1037//1076-8998.7.4.302
  38. *Puig-Barrachina V., Malmusi D., Martinez J.M., Benach J.* Monitoring social determinants of health inequalities: The impact of unemployment among

- vulnerable groups // *International Journal of Health Services*. 2011. Vol. 41 (3). P. 459–482. DOI: 10.2190/HS.41.3.d
39. *Raudenbush S.W., Bryk A.S.* Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods. Thousand Oaks, CA: Sage, 2002. — 510 p.
  40. *Rodriguez E.* Keeping the unemployed healthy: the effect of means-tested and entitlement benefits in Britain, Germany, and the United States // *American Journal of Public Health*. 2001. Vol. 91 (9). P. 1403–1411. DOI: 10.2105/AJPH.91.9.1403
  41. *Roelfs D.J., Shor E., Davidson K.W., Schwartz J.E.* Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality // *Social Science and Medicine*. 2011. Vol. 72 (6). P. 840–854. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.01.005
  42. *Schmitz H.* Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health // *Labour Economics*. 2011. Vol. 18 (1). P. 71–78. DOI: 10.1016/j.labeco.2010.08.005
  43. *Shahidi V., Siddiqi A., Muntaner C.* Does social policy moderate the impact of unemployment on health? A multilevel analysis of 23 welfare states // *European Journal of Public Health*. 2016. Vol. 26 (6). P. 1017–1022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckw050>
  44. *Starrin B., Aslund C., Nilsson K.W.* Financial stress, shaming experiences and psychosocial ill-health: studies into the finances-shame model // *Social Indicators Research*. 2009. Vol. 91 (2). P. 283–298. DOI: 10.1007/s11205-008-9286-8
  45. *Strully K.W.* Job loss and health in the US labor market // *Demography*. 2009. Vol. 46 (2). P. 221–246. DOI: 10.1353/dem.0.0050
  46. *Warr P.B.* Work, happiness, and unhappiness. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2007. — 548 p.
  47. *Young C.* Losing a job: The nonpecuniary cost of unemployment in the United States // *Social Forces*. 2012. Vol. 91 (2). P. 609–634. DOI: 10.1093/sf/sos071
  48. World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice. International Labour Office — Geneva: ILO, 2014.

Дата поступления: 23.12.2016.

---

**SOTSILOGICHESKIY ZHURNAL = SOCIOLOGICAL JOURNAL**

**2017. VOL. 23. NO. 2. P. 28–50.** DOI: 10.19181/socjour.2017.23.2.5158

*N.L. RUSINOVA, V.V. SAFRONOV*

Sociological Institute of the Russian Academy of Sciences,  
St Petersburg, Russian Federation.

**Nina L. Rusinova** — Candidate of Economic Sciences, Head of the Sociology of health department, Sociological Institute of the Russian Academy of Sciences.

**Address:** 25/14, 7th Krasnoarmeyskaya str., 190005, St Petersburg, Russian Federation.

**Phone:** 8 (812) 316-75-68. **Email:** nrusinova@gmail.com

**Viacheslav V. Safronov** — Senior Fellow, Sociological Institute of the Russian Academy of Sciences. Address: 25/14, 7th Krasnoarmeyskaya str., 190005, St Petersburg, Russian Federation. Phone: 8 (812) 316-34-36. Email: vsafronov@list.ru

#### THE EFFECTS OF UNEMPLOYMENT ON HEALTH IN EUROPEAN COUNTRIES: THE ROLE OF WELFARE STATE

*Abstract.* This article deals with the issue of social inequalities in health and the impact of societal context on these inequalities. It discusses the health differences between people with jobs and those who are unemployed, belonging to different demographic and social strata, as well as the influence of welfare state on these differences. Data from the European Social Survey (ESS 2006–2012, 33 countries), the World Bank and the International Labour Organization was analyzed utilizing statistical methods of two-level modeling. It has been established that health differences in European countries are due to social demographics, employment status and the combined influence of these variables. Unemployment has a greater effect on elderly people and leads to a greater deterioration of their health, as it is harder to them to find a new job. The growth of countries' economic well-being and an increase in public social expenditures entails a reduction in the gender and age differences in health. Public social support positively affects the health status of respondents with low education. Increased public spending on unemployment helps overcome the negative cumulative effects on the health of those with a low level of education and without a job, however, the differences between the employed and the unemployed are not reduced — on the contrary, they grow even larger compared to less generous countries. The reason for this is a heightened sense of relative deprivation among the unemployed in developed societies.

*Keywords:* health; social inequalities; unemployed; public social expenditures; European Social Survey; two-level modeling.

**For citation:** Rusinova N.L., Safronov V.V. The effects of unemployment on health in European countries: The role of welfare state. *Sotsiologicheskii Zhurnal = Sociological Journal*. 2017. Vol. 23. No. 2. P. 28–50. DOI: 10.19181/socjour.2017.23.2.5158

#### REFERENCES

1. Artazcoz L., Benach J., Borrell C., Cortes I. Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of Public Health*. 2004. Vol. 94 (1). P. 82–88.
2. Backhans M.C., Hemmingsson T. Unemployment and mental health—who is (not) affected? *European Journal of Public Health*. 2012. Vol. 22 (3). P. 429–433. DOI: 10.1093/eurpub/ckr059
3. Bambra C., Eikemo T.A. Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2009. Vol. 63 (2). P. 92–98. DOI: 10.1136/jech.2008.077354
4. Bartley M. Unemployment and ill-health: understanding the relationship. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1994. Vol. 48 (4). P. 333–337. DOI: 10.1136/jech.48.4.333
5. Bartley M., Ferrie J., Montgomery S.M. *Health and labour market disadvantage: unemployment, non-employment and job insecurity*. Social Determinants of Health. Ed. by M. Marmot, R.G. Wilkinson. Oxford: Oxford University Press, 2006. P. 78–96.
6. Bartley M., Plewis I. Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness: data from the 1971–1991 ONS longitudinal study. *International Journal of Epidemiology*. 2002. Vol. 31 (2). P. 336–341. DOI: 10.1093/ije/31.2.336

7. Beckfield J., Bambra C., Eikemo T.A., Huijts T., McNamara C., Wendt C. An institutional theory of welfare state effects on the distribution of population health. *Social Theory & Health*. 2015. Vol. 13 (3). P. 227–244. DOI: 10.1057/sth.2015.19
8. Bergqvist K., Yngwe M.Å., Lundberg O. Understanding the role of welfare state characteristics for health and inequalities — An analytical review. *BMC Public Health*. 2013. Vol. 13. P. 1234. DOI: 10.1186/1471-2458-13-1234.
9. Cooper D., McCausland W.D., Theodossiou I. Unemployed, uneducated and sick: the effects of socio-economic status on health duration in the European Union. *Journal of Royal Statistical Society (A)*. 2008. Vol. 171 (4). P. 939–952. DOI: 10.1111/j.1467-985X.2008.00541.x
10. Ehs A., Westerling R. Self-rated health in relation to employment status during periods of high and of low levels of unemployment. *European Journal of Public Health*. 2006. Vol. 16 (3). P. 294–304. DOI: 10.1093/eurpub/cki165
11. Eikemo T.A., Bambra C., Huijts T., Fitzgerald R. The First Pan-European Sociological Health Inequalities Survey of the General Population: The European Social Survey Rotating Module on the Social Determinants of Health. *European Sociological Review*. 2016. Vol. 0 (0). P. 1–17. DOI: 10.1093/esr/jcw019
12. *ESS Round 3: European Social Survey Round 3 Data (2006)*. Data file edition 3.6. NSD — Norwegian Centre for Research Data, Norway — Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC, 2006.
13. *ESS Round 4: European Social Survey Round 4 Data (2008)*. Data file edition 4.4. NSD — Norwegian Centre for Research Data, Norway — Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC, 2008.
14. *ESS Round 5: European Social Survey Round 5 Data (2010)*. Data file edition 3.3. NSD — Norwegian Centre for Research Data, Norway — Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC, 2010.
15. *ESS Round 6: European Social Survey Round 6 Data (2012)*. Data file edition 2.3. NSD — Norwegian Centre for Research Data, Norway — Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC, 2012.
16. Fergusson D.M., Horwood L.J., Woodward L.J. Unemployment and psychosocial adjustment in young adults: causation or selection? *Social Science and Medicine*. 2001. Vol. 53 (3). P. 305–320. DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00344-0
17. Ferrarini T., Nelson K., Sjöberg O. Unemployment insurance and deteriorating self-rated health in 23 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2014. Vol. 0. P. 1–6. DOI: 10.1136/jech-2013-203721
18. Grossman M. *The human capital model*. *Handbook of health economics*. Ed by A.J. Culyer, J.P. Newhouse. Oxford: Elsevier, 2000. Vol. 1. P. 347–408.
19. Hammarström A., Gustafsson P.E., Strandh M., Virtanen P., Janlert U. It's no surprise! Men are not hit more than women by the health consequences of unemployment in the Northern Swedish Cohort. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011. Vol. 39 (2). P. 187–193. DOI: 10.1177/1403494810394906
20. Holleederer A. Unemployment, health and moderating factors: The need for targeted health promotion. *Journal of Public Health*. 2015. Vol. 23 (6). P. 319–325. DOI: 10.1007/s10389-015-0685-4
21. Jahoda M. Work, employment, and unemployment: values, theories, and approaches in social research. *American Psychologist*. 1981. Vol. 36 (2). P. 184–191. DOI: 10.1037/0003-066X.36.2.184
22. Janlert U., Hammarstrom A. Which theory is best? Explanatory models of the association between unemployment and health. *BMC Public Health*. 2009. Vol. 9. P. 235. DOI: 10.1186/1471-2458-9-235
23. Kawachi I., Beckman L. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000. 391 p.

24. Korpi T. Accumulating disadvantage. Longitudinal analyses of unemployment and physical health in representative samples of the Swedish population. *European Sociological Review*. 2001. Vol. 17 (3). P. 255–273. DOI: 10.1093/esr/17.3.255
25. McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C.R., Kinicki A.J. Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*. 2005. Vol. 90 (1). P. 53–76. DOI: 10.1037/0021-9010.90.1.53
26. McLeod C.B., Hall P.A., Siddiqi A., Hertzman C. How society shapes the health gradient: Work-related health inequalities in a comparative perspective. *Annual Review of Public Health*. 2012. Vol. 33. P. 59–73. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-031811-124603
27. Montgomery S.M., Cook D.G., Bartley M.J., Wadsworth M.E. Unemployment pre-dates symptoms of depression and anxiety resulting in medical consultation in young men. *International Journal of Epidemiology*. 1999a. Vol. 28 (1). P. 95–100. DOI: 10.1093/ije/28.1.95
28. Montgomery S.M., Cook D.G., Bartley M.J., Wadsworth M.E.J. Unemployment, cigarette smoking, alcohol consumption and body weight in young British men. *European Journal of Public Health*. 1999b. Vol. 8 (1). P. 21–27. DOI: 10.1093/eurpub/8.1.21
29. Morris J.K., Cook D.G., Shaper A.G. Loss of employment and mortality. *British Medical Journal*. 1994. Vol. 308 (6937). P. 1135–1139. DOI: 10.1136/bmj.308.6937.1135
30. Muntaner C., Solar O., Vanroelen C., Martinez J.M., Vergara M., Santana V., Castedo A., Kim I.-H., Benach J., and the EMCONET Network. Unemployment, informal work, precarious employment, child labour, slavery, and health inequalities: Pathways and mechanisms. *International Journal of Health Services*. 2010. Vol. 40 (2). P. 281–295. DOI: 10.2190/HS.40.2.h
31. Murphy G., Athanasou J. The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 1999. Vol. 72 (1). P. 83–99. DOI: 10.1348/096317999166518
32. Nordenmark M., Strandh M. Towards a sociological understanding of mental wellbeing among the unemployed: the role of economic and psychosocial factors. *Sociology*. 1999. Vol. 33 (3). P. 577–597. DOI: 10.1177/S003803859900036X
33. Norström F., Virtanen P., Hammarström A., Gustafsson P.E., Janlert U. How does unemployment affect self-assessed health? A systematic review focusing on subgroup effects. *BMC Public Health*. 2014. Vol. 14. P. 1310. DOI: 10.1186/1471-2458-14-1310
34. O'Campo P., Molnar A., Ng E., Renahy E., Mitchell C., Shankardass K., St. John A., Bamba C., Muntaner C. Social welfare matters: A realist review of when, how, and why unemployment insurance impacts poverty and health. *Social Science & Medicine*. 2015. Vol. 132. P. 88–94. DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.03.025
35. Paul K.I., Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behaviour*. 2009. Vol. 74 (3). P. 264–282. DOI: 10.1016/j.jvb.2009.01.001.
36. Popham F., Gray L., Bamba C. Employment status and the prevalence of poor self rated health. Findings from UK individual-level repeated cross-sectional data from 1978 to 2004. *BMJ Open*. 2012. Vol. 2 (6). P. e001342. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001342
37. Price R.H., Choi J.N., Vinokur A.D. Links in the chain of adversity following job loss: how financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning, and poor health. *Journal of Occupational Health and Psychology*. 2002. Vol. 7 (4). P. 302–312. DOI: 10.1037//1076-8998.7.4.302
38. Puig-Barrachina V., Malmusi D., Martinez J.M., Benach J. Monitoring social determinants of health inequalities: The impact of unemployment among vulnerable groups. *International Journal of Health Services*. 2011. Vol. 41 (3). P. 459–482. DOI: 10.2190/HS.41.3.d
39. Raudenbush S.W., Bryk A.S. *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2002. 510 p.

40. Rodriguez E. Keeping the unemployed healthy: the effect of means-tested and entitlement benefits in Britain, Germany, and the United States. *American Journal of Public Health*. 2001. Vol. 91 (9). P. 1403–1411. DOI: 10.2105/AJPH.91.9.1403
41. Roelfs D.J., Shor E., Davidson K.W., Schwartz J.E. Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Social Science and Medicine*. 2011. Vol. 72 (6). P. 840–854. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.01.005
42. Schmitz H. Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health. *Labour Economics*. 2011. Vol. 18 (1). P. 71–78. DOI: 10.1016/j.labeco.2010.08.005
43. Shahidi V., Siddiqi A., Muntaner C. Does social policy moderate the impact of unemployment on health? A multilevel analysis of 23 welfare states. *European Journal of Public Health*. 2016. Vol. 26 (6). P. 1017–1022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckw050>
44. Starrin B., Aslund C., Nilsson K.W. Financial stress, shaming experiences and psychosocial ill-health: studies into the finances-shame model. *Social Indicators Research*. 2009. Vol. 91 (2). P. 283–298. DOI: 10.1007/s11205-008-9286-8
45. Strully K.W. Job loss and health in the US labor market. *Demography*. 2009. Vol. 46 (2). P. 221–246. DOI: 10.1353/dem.0.0050
46. Warr P.B. *Work, happiness, and unhappiness*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2007. 548 p.
47. Young C. Losing a job: The nonpecuniary cost of unemployment in the United States. *Social Forces*. 2012. Vol. 91 (2). P. 609–634. DOI: 10.1093/sf/sos071
48. *World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice*. International Labour Office — Geneva: ILO, 2014.

Received: 23.12.2016.

---