ПОЛИТИКА ЗДОРОВЬЯ НА РОССИЙСКИХ ПРЕДПРИЯТИЯХ: ОПЫТ ЭМПИРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Значительную часть жизни взрослый человек проводит на рабочем месте, и его здоровье в существенной степени определяется условиями, созданными на предприятии. В статье на данных опроса руководителей организаций промышленности и сферы услуг об их отношении к охране здоровья работников проводится анализ программ поддержания здоровья на российских предприятиях. Авторы оценивают распространенность отдельных программ, выявляют связь со средним уровнем заработной платы на предприятиях.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: неденежные формы вознаграждения, программы охраны здоровья, инвестиции в здоровье работников, производительность труда, компенсирующие различия в заработной плате, сортировка работников

Колосницына Марина Григорьевна — к. э. н., доцент, заведующая кафедрой государственного управления и экономики общественного сектора НИУ ВШЭ (г. Москва)

Лесневский Константин Эдуардович — магистр экономики НИУ ВШЭ, менеджер ОАО «Вымпелком» (г. Москва)

Труд во все времена был и остается основным источником благосостояния людей, и заработки доминируют в составе совокупных доходов населения. Так, в начале 2000-х гг. доля зарплаты наемных работников в общих доходах домохозяйств составляла 42% в Германии, 53% во Франции, 64% в Норвегии, 65% в Великобритании, 81% в США, 65% в России [1, с. 99; 15]. На макроуровне заработная плата достигает половины и более валового внутреннего продукта страны: в Австрии — 49%, в Германии — 51%, в Дании — 57%, во Франции — 52%, в США — 56%, в России — 52% (по состоянию на 2007–2008 гг.) [2, с. 84–85]. Вместе с тем в последние десятилетия в современных экономиках все отчетливее проявляется тенденция роста так называемой незарплатной составляющей в общей сумме компенсации за труд, которую получает работник. Такие незарплатные или неденежные формы вознаграждения (non-pecuniary benefits, non-monetary benefits, fringe benefits) в практике менеджмента получили название социального пакета. Сюда могут входить, например: медицинская и/или дополнительная пенсионная страховка, путевки в дома отдыха, профилактории и санатории,

дотируемое работодателем питание в столовой предприятия или в других учреждениях общепита за его пределами, бесплатные занятия в спортивном зале предприятия или оплаченные фирмой абонементы на посещение фитнес-центров и многое другое. Отличительная черта подобных благ для работника в том, что они предлагаются работодателем либо бесплатно, либо по ценам ниже рыночных.

НЕДЕНЕЖНЫЕ ФОРМЫ ТРУДОВОГО ВОЗНАГРАЖДЕНИЯ: ТЕОРИЯ И ЭМПИРИЧЕСКИЕ ОЦЕНКИ

С точки зрения экономики труда, неденежная часть трудового вознаграждения выполняет двоякую функцию. С одной стороны, с позиции работника она может быть дооценена в денежном выражении и рассматриваться просто как часть заработной платы, предоставленная в натуральной форме. Так, льготное питание в столовой или занятия в спорткомплексе предприятия позволяют работнику экономить на покупке аналогичных товаров и услуг, и тем самым расширяют возможности приобретения других благ — он становится богаче. Однако предоставление дохода в натуральной форме, как известно из микроэкономической теории, может изменять поведение потребителя. Поскольку определенные виды товаров или услуг предоставляются ему как бы «даром», часто возникает сверхпотребление, т.е. уровень потребления таких благ превышает индивидуальный оптимум, определяемый вкусами, доходом и рыночными ценами. Подобный эффект может быть конечной целью неденежного вознаграждения, если работодатель сознательно стремится к тому, чтобы его работники регулярно питались, занимались спортом, получали качественное медицинское обслуживание и т.п. С другой стороны, для самого работодателя неденежные льготы могут быть средством конкуренции за лучших работников на рынках труда и способом закрепления квалифицированного персонала на предприятии.

Так называемая *гедонистическая теория заработной платы* (или *теория компенсирующих различий*) говорит о том, что работник получает определенную пользу как от денежной части своего заработка, так и от любых неденежных составляющих. Поэтому при прочих равных условиях зарплата будет выше там, где работодатель не предоставляет никаких дополнительных льгот, и наоборот, ниже на тех предприятиях, где работнику обеспечивают значительный социальный пакет. Таким образом, согласно гедонистической теории, зарплата и неденежные льготы выступают в определенной мере субститутами (разумеется, для разных работников в различной степени в зависимости от индивидуальных предпочтений) и находятся в отрицательной зависимости [18].

Многочисленные зарубежные исследования подтверждают такое предположение. Например, в недавней статье датских ученых Эриксона и Кристенсена показано наличие четкой отрицательной корреляции между уровнем заработной платы сотрудников и объемом получаемых по месту работы неденежных льгот [8]. Однако в этом же исследовании тестируется и подтверждается другая гипотеза: в определенных случаях неденежные льготы могут служить работодателю средством так называемой сортировки работников. С помощью привлекательного социального пакета фирма может отбирать лучших, наиболее продуктивных сотрудников. Тогда их совокупное трудовое вознаграждение будет выше, чем в других компаниях, однако для работодателя рост расходов на труд перекроется увеличением выручки. В таком случае денежная и натуральная компоненты совокупного заработка выступают как комплементы. Положительная зависимость между зарплатой и уровнем льгот может служить подтверждением другой известной теории рынка труда: *теории сортировки работников*. Дополнительные льготы становятся для фирмы средством получения более качественной рабочей силы.

В работе американских исследователей Фрезиса и Ловенштейна исследуется зависимость мобильности работников от того, в какой форме они

получают компенсацию за труд. Авторы находят сильную отрицательную корреляцию между мобильностью и долей неденежного вознаграждения в суммарной оплате труда. Работники, получающие значительную долю заработка в неденежной форме, менее склонны к увольнениям, а фирмы, практикующие подобную политику компенсации, характеризуются замедленным оборотом рабочей силы [9]. Работодатель экономит на процедурах найма и увольнения работников, на обучении новичков и может смело инвестировать средства в повышение квалификации персонала, не боясь увольнений. Кроме того, в зависимости от особенностей национального законодательства неденежные компоненты оплаты труда могут не облагаться обязательными социальными отчислениями или облагаться по более низкой ставке, чем собственно заработная плата. Поэтому для работодателя оказывается в целом выгоднее часть зарплаты переводить в натуральную форму.

Для работников подобные виды компенсации также оказываются привлекательными. Прежде всего, они обычно не облагаются подоходным налогом. Поэтому любая денежная сумма в форме, например, талонов на льготное питание или абонемента в спортивный клуб оказывается в реальном выражении больше, чем если бы работник получил ее в качестве непосредственной прибавки к заработной плате. Важно и то, что работодатель закупает все услуги или товары для своих работников оптом, по более низкой цене. Например, корпоративный тариф страхования в рамках программ добровольного медицинского страхования (ДМС) всегда намного ниже, чем индивидуальный. Даже если работник получит от работодателя прибавку к заработной плате, он не сможет сам приобрести индивидуальный полис по такой же цене, ему придется платить намного больше [7].

На макроуровне распространение льгот для работников в натуральной форме оказывает в целом положительное воздействие на экономику. Так, теоретическая симуляционная модель, предложенная Тонином и Кольм, позволяет сделать вывод, что широкое распространение подобных льгот увеличивает занятость, экономическую активность населения и интенсивность поиска новой работы, а также сокращает безработицу [20].

ИНВЕСТИЦИИ ПРЕДПРИЯТИЯ В ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ: ВОПРОСЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Натуральные формы трудового вознаграждения на современных предприятиях весьма разнообразны. Однако большая их часть так или иначе связана со здоровьем, отдыхом и в целом с благополучием работника и его семьи. Работодатели давно осознали взаимосвязь здоровья сотрудников с их физическим и моральным состоянием, а значит, с производительностью и безопасностью труда. Плохое здоровье работников влечет за собой существенные издержки фирмы: высокие расходы на медицинское страхование или непосредственную оплату медицинской помощи; прямые потери производительности, связанные с пропусками рабочего времени по болезни; косвенные потери продуктивности, обусловленные выходом на работу нездоровых сотрудников (снижение выпуска, брак, травматизм); рост текучести кадров [10]. Кроме того, сотрудник со слабым здоровьем, подверженный частым инфекционным заболеваниям, может негативно влиять на здоровье и производительность других людей, работающих рядом с ним [11]. Таким образом, расходы работодателя на программы охраны здоровья можно рассматривать как инвестиции, которые в перспективе позволят сократить другие издержки, а значит, способны принести позитивную отдачу.

Эффективность программ укрепления здоровья на предприятиях оценивают с помощью традиционного показателя нормы отдачи от инвестиций (ROI, Return On Investment). Большинство зарубежных исследований, посвященных оценке масштабных внутрифирменных программ охраны

здоровья в крупных фирмах, банках, университетах, показали положительную отдачу от инвестиций. Позитивный опыт продемонстрировали, в частности, компании Johnson & Johnson [5, 6], DuPont [4], Proctor & Gamble [13], Chevron [14], «Ситибанк» [17], Университет Дюка [16] и многие другие.

Специальный обзор исследований программ укрепления здоровья на рабочем месте, проводившихся в США в 1980-х гг. и начале 1990-х гг., был опубликован Готцелом и соавторами [12]. Он показал, что оценка отдачи от инвестиций варьируется в диапазоне от $1,4 до $3,14 на каждый потраченный доллар с медианой ROI ~ $3. В 2001 г. Олдана [3] провел полный обзор источников, в которых с использованием экспериментальных или квазиэкспериментальных методов оценивалось финансовое влияние программ укрепления здоровья на медицинские расходы компаний. Средний показатель ROI для семи работ, в которых были представлены строгие оценки затрат и выгод, составил $3,48 на каждый потраченный доллар. В том же обзоре Олдана выделил влияние программ укрепления здоровья на частоту и продолжительность пропусков работы по болезни. Все публикации, в которых изучались случаи невыхода на работу, показали сокращение этого показателя. Показатель ROI оценивался в этих исследованиях в диапазоне от $2,5 до $10 на каждый потраченный доллар.

Кроме прямой финансовой выгоды от инвестиций за счет сокращения пропусков по болезни, на предприятиях также наблюдается эффект распространения здорового поведения и сопутствующего роста производительности труда. Систематический обзор 50 публикаций, в которых оценивалось влияние программ укрепления здоровья на благополучие работников и производительность труда, был проведен в феврале 2007 г. Обществом профилактики заболеваний США [19]. В результате были выявлены показатели здорового поведения, физические характеристики работников и индикаторы производительности труда, определяемые состоянием здоровья. Обзор в частности показал, что среди участников программ сократилась распространенность курения (в среднем на 1,5% на предприятии), уменьшилось потребление насыщенных жиров (на 5,4%), сократилась доля работников с повышенным давлением (на 4,5%), повышенным содержанием холестерина (на 6,6%).

В целом зарубежный опыт показывает, что если работодатель инвестирует средства в программы охраны здоровья работников и такие программы выстроены грамотно, то они приносят весьма существенную выгоду как работнику, так и фирме. Помимо уменьшения расходов компании на здравоохранение, сокращения пропусков работы по болезни и текучести кадров, они позволяют увеличить производительность труда (а значит, и выручку фирмы, и заработки персонала), улучшить состояние здоровья сотрудников и в целом качество жизни.

ИНВЕСТИЦИИ В ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ НА РОССИЙСКИХ ПРЕДПРИЯТИЯХ

Сегодня многие российские работодатели, как и их зарубежные коллеги, предоставляют работникам такие формы неденежного вознаграждения, как полис добровольного медицинского страхования или обслуживание в поликлинике (медсанчасти) предприятия, возможность посещать бесплатные спортивные занятия, частично или полностью оплаченные компанией путевки на отдых и лечение, льготное питание в собственной столовой и т.п. Фактически речь идет об инвестициях в здоровье работника. Однако, в отличие от зарубежной практики, российский опыт в этой сфере пока еще очень мало изучен. Отсутствуют регулярные статистические данные, которые позволили бы проанализировать активность работодателей, понять, каков охват работников программами охраны здоровья, насколько эти программы дифференцированы по предприятиям и видам деятельности, какие формы льгот представлены в большей или меньшей степени,

какова их связь с другими показателями деятельности предприятия.

Чтобы провести подобную оценку, мы воспользовались базой данных специального опроса руководителей организаций промышленности и сферы услуг об их отношении к охране здоровья работников и условиям предоставления им медицинской помощи. Опрос проводился в сентябре-октябре 2011 г. АНО «Информационно-издательский центр «Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ. Опрашивались руководители предприятий и организаций промышленности, финансового сектора, торговли, образования и транспорта в 40 субъектах Российской Федерации. Исследование проводилось среди руководителей крупных (более 251 работающих), средних (101–250 работающих) и малых (до 100 работающих) предприятий и организаций. Всего было опрошено 2503 руководителя предприятий. В числе прочих руководителям задавались вопросы о том, какие возможности для укрепления здоровья предлагаются работникам предприятия, каковы основные направления инвестиций в здоровье, каково отношение самого работодателя к такого рода программам. Анкета содержала также вопросы о стандартных характеристиках предприятия — вид экономической деятельности, регион, год основания, форма собственности, численность занятых, средняя годовая выручка и пр. Кроме того, руководителей просили оценить фонд оплаты труда за год, а также долю работников с высшим образованием.

Отношение работодателей к поддержанию и укреплению здоровья сотрудников в целом оказалось позитивным, лишь 34% опрошенных выразили мнение, что «здоровье сотрудника — его личное дело», тогда как вдвое большее число респондентов (66%) уверены, что «за поддержание здоровья работника должен нести ответственность и работодатель». Наиболее популярными среди работодателей направлениями деятельности по поддержанию здоровья работников оказались: проведение профилактических мероприятий (60,7% опрошенных), оплата медицинской и лекарственной помощи (37,1%), а также проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни (31,6%). Нужно подчеркнуть, однако, что значительная часть опрошенных работодателей (24,4%) в принципе не вкладывает никаких средств в охрану и поддержание здоровья работников.

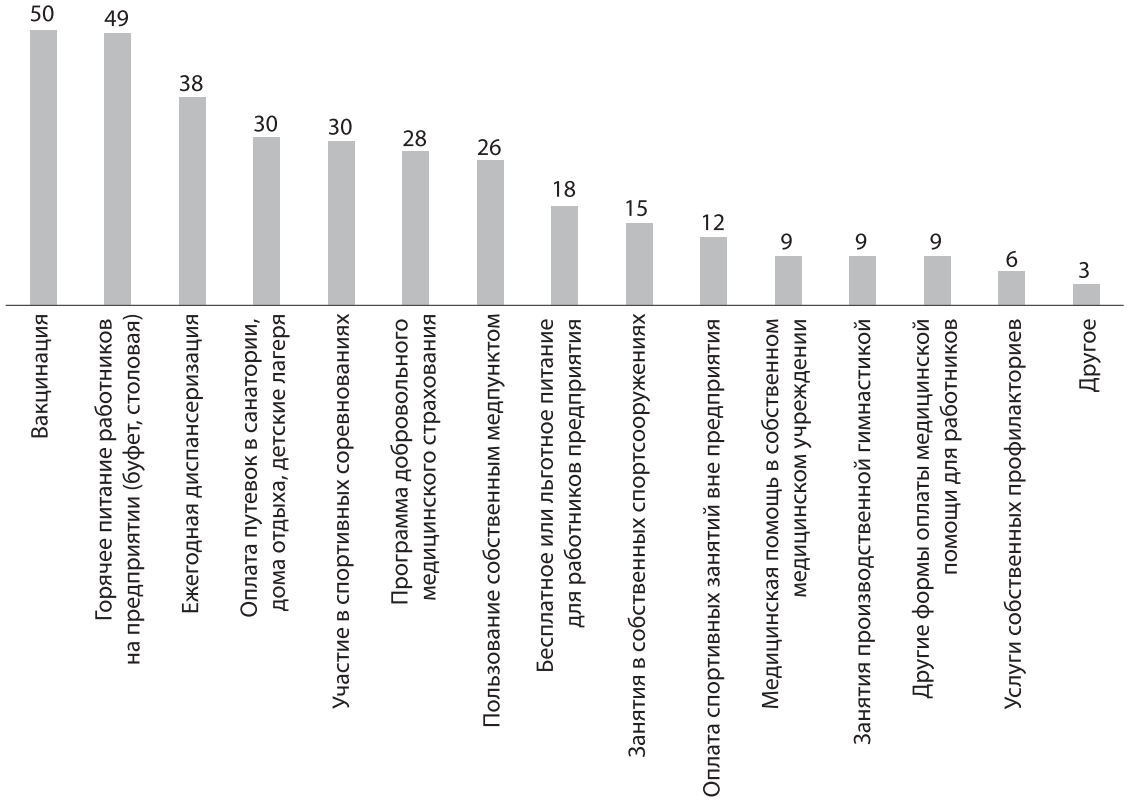
Интересно отметить, что 82,5% респондентов, отмечающих необходимость заботы работодателя о здоровье работников, на самом деле осуществляют такие инвестиции (1357 человек, или 54% выборки). Следовательно, личное отношение работодателя к вопросам охраны здоровья и ответственности перед работниками в существенной мере совпадает с фактическим поведением. В то же время есть и такие руководители, которые убеждены, что здоровье работников — их личное дело, но в действительности осуществляют инвестиции в этом направлении (533 руководителя, или 21% выборки). Можно предположить, что к этому их принуждает конкуренция на рынке труда — сегодня социальный пакет становится все более популярным в составе общей компенсации за труд. Кроме того, субъективное отношение работодателя вряд ли мешает ему осознать, что вложения в здоровье работника в долгосрочной перспективе прибыльны для фирмы.

Среди услуг, предоставляемых работникам предприятий, наиболее популярны ежегодная диспансеризация, вакцинация и горячее питание. Эти же виды услуг, по оценке респондентов, оказываются наиболее перспективными с точки зрения их дальнейшего развития в 2012–2013 гг. (см. рисунок).

Важно отметить, что, несмотря на кризисное состояние экономики, в 2010 г. четверть попавших в выборку предприятий и организаций увеличили свои расходы на охрану здоровья работников по сравнению с 2009 г.

Средние показатели по группам предприятий подтверждают интуитивное предположение, что более активно инвестируют в здоровье сотрудников крупные фирмы. Все без исключения формы заботы о здоровье сотрудников намного чаще

Рисунок. Доля работодателей, предоставляющих возможности для здорового образа жизни и лечения работников на предприятии, %



встречаются на предприятиях, средняя численность персонала которых составляет от 250 до 749 человек, и особенно на крупных предприятиях, численность сотрудников которых более 750 человек. Это можно объяснить и большими финансовыми возможностями, и наличием инфраструктуры, и эффектом экономии на масштабе. Понятно, что у малых предприятий практически нет возможностей для содержания собственных спортсооружений, медпунктов, не говоря уже о санаториях и профилакториях. Даже такая наиболее распространенная услуга, как предоставление горячего питания, встречается в малых компаниях реже всего (табл. 1).

Существенным образом сказывается на инвестициях в здоровье сотрудников и возраст предприятия. Как оказалось, старые советские (т.е. созданные до 1991 г.) предприятия и организации предоставляют своим работникам значительно больше возможностей для сохранения и улучшения здоровья, чем новые российские (созданные после 1991 г.) компании (табл. 2). Причем эти различия, как и в случае с размером предприятия, прослеживаются по всем без исключения формам услуг. Очевидно, здесь также неявно играет роль размер, поскольку среди старых советских предприятий больше доля крупных компаний, тогда как среди новых, наоборот,

Таблица 1. Распространенность форм заботы о здоровье сотрудников в зависимости от размера предприятия (численности занятых)

Формы заботы о здоровье сотрудников	Численность сотрудников, человек					
	Всего по выборке	1–49	50–99	100–249	250–749	Свыше 750
Число предприятий	2503	926	668	391	291	227
Среднее число форм заботы о здоровье	3,3	1,8	2,9	3,8	5,4	7,4
Доля предприятий (%), предоставляющих:						
ежегодную диспансеризацию	38	22	40	44	52	64
вакцинацию	50	29	48	63	75	88
занятия производственной гимнастикой	9	7	9	10	12	15
возможность принять участие в спортивных соревнованиях	30	13	25	36	54	75
возможность пользования собственными спортсооружениями	15	4	10	22	26	44
оплату спортивных занятий вне предприятия	12	5	9	12	25	39
возможность горячего питания (буфет, столовая)	49	33	46	54	72	86
бесплатное или льготное питание для работников предприятия	18	13	17	16	31	32
возможность пользования собственным медпунктом	26	8	19	33	53	69
медицинскую помощь в собственном медицинском учреждении	9	3	7	10	18	29
услуги собственных профилакториев / учреждений отдыха, в том числе для детей	6	1	3	3	13	33
оплату (частичную оплату) путевок в санатории, дома отдыха, детские лагеря	30	14	25	37	47	79
программу добровольного медицинского страхования	28	15	24	32	46	60

преобладает мелкий и средний бизнес. В результате старые предприятия обгоняют новые не только по возможностям пользования сохранившимися у них с советских времен собственными спортсооружениями или санаториями, но и по предоставлению путевок на отдых и полисов ДМС.

Определенные различия наблюдаются в программах охраны здоровья в зависимости от вида

Таблица 2. Распространенность форм заботы о здоровье сотрудников в зависимости от возраста предприятия

Год основания	Число предприятий / организаций	Среднее число предлагаемых форм заботы о здоровье
До 1991 г.	624	5,6
После 1991 г.	1878	2,5
Всего	2503	3,3

экономической деятельности предприятия. Из тех видов деятельности, что вошли в выборку, лидером по распространенности услуг охраны здоровья работников оказалась, как ни странно, сфера образования, где среднее число предлагаемых услуг составило 5,59. Следом за ней идет добыча полезных ископаемых (4,95), затем производство и распределение электроэнергии, газа и воды (3,73), транспорт (3,67), обрабатывающее производство (3,25), финансовая деятельность (3,01), торговля (1,97). По-видимому, такая дифференциация определяется разными факторами. С одной стороны, в сфере образования наличие возможности горячего питания — обязательное лицензионное требование к любой организации, диспансеризация работников также обязательна в соответствии с законодательством. Таким образом, школы и вузы автоматически получают здесь преимущество по сравнению с предприятиями других отраслей. Кроме того, как упоминалось выше, определенные формы неденежного вознаграждения могут играть компенсирующую роль там, где заработная плата невысока. Что касается предприятий по добыче полезных ископаемых или по производству электроэнергии и газа, здесь, скорее, действуют другие факторы — большой размер предприятий и наличие финансовых возможностей, позволяющих предложить работникам лучшие условия труда. На предприятиях торговли, рентабельность которых в целом ниже и средний размер невелик, программы охраны здоровья значительно меньше распространены.

Большие различия в предоставлении услуг охраны здоровья на предприятиях можно отметить и в территориальном разрезе. Лидируют предприятия Дальневосточного ФО (среднее число форм охраны здоровья 4,79), а отстающим оказался Санкт-Петербург (1,62). Причем интересно заметить, что Дальневосточный округ оказывается первым не только по охвату работников предприятий вакцинацией (что объясняется спецификой природно-климатических условий), но и по большинству других программ. Отставание Санкт-Петербурга можно было бы объяснить некоторым перевесом доли малых предприятий, попавших в выборку в этом городе. Однако, сравнивая отдельно активность малых предприятий в данном городе и в среднем по выборке, мы пришли к тому же выводу: программы здоровья работников на санкт-петербургских предприятиях менее популярны, чем в целом по России.

Средние показатели распространенности программ и услуг по охране здоровья, полученные в разрезе регионов и видов деятельности предприятий, а также с учетом их размера и возраста, не дают, однако, возможности однозначно ответить на вопрос: является ли такая форма неденежного вознаграждения компенсирующей относительно невысокую зарплату или, наоборот, дополняет заработки на тех предприятиях, где они и без того высоки? Иными словами, можем ли мы подтвердить теорию компенсирующих различий в заработной плате на примере программ охраны здоровья для российских предприятий, или же более подходящей оказывается теория сортировки работников?

Чтобы ответить на этот вопрос, мы воспользовались регрессионными методами экономического анализа, построив уравнение заработной платы. В качестве зависимой переменной

использовался показатель средней заработной платы на предприятии, а в качестве объясняющих независимых переменных — размер предприятия, его возраст, средняя годовая выручка в расчете на одного работника, территориальная принадлежность, доля работников с высшим образованием. В качестве отдельных переменных в уравнение были включены все типы программ охраны здоровья (их наличие). Поскольку существуют значительные различия в заработной плате на предприятиях различных видов экономической деятельности, уравнения строились как для всей выборки, так и отдельно для каждого из них. Таким образом, мы получили ряд уравнений, позволивших оценить зависимость между уровнем заработной платы на предприятии и наличием отдельных программ охраны здоровья, при прочих равных условиях.

Как оказалось, ряд программ и услуг не связаны с уровнем заработной платы на предприятии. Среди них достаточно редко встречающиеся — занятия в собственных спорткомплексах, оплата спортивных занятий вне предприятия, бесплатное или льготное питание. Все остальные формы услуг связаны с заработной платой преимущественно положительно, как в разрезе отдельных видов деятельности, так и в целом по выборке. Обнаружилась значимая положительная зависимость между заработной платой и программами вакцинации, ДМС и другими формами оплаты медицинской помощи, горячим питанием на предприятии, оплатой путевок для сотрудников. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что для российской экономики подтверждается теория сортировки работников. Работодатель использует программы и услуги охраны здоровья для привлечения и закрепления наиболее продуктивных работников, так что наличие подобных программ на предприятии положительно коррелирует с уровнем заработной платы. Иначе говоря, там, где зарплата выше, возможностей для сохранения и укрепления здоровья у работников также больше.

Проведенное исследование показало, что российские работодатели сегодня достаточно широко используют программы охраны здоровья работников, осознавая их необходимость и эффективность. Три четверти изученных предприятий предлагают те или иные услуги или программы в этой области. Вместе с тем, их распространенность крайне неравномерна, если сравнивать предприятия и организации в разрезе отдельных видов деятельности, регионов, и особенно если рассматривать компании с разной численностью персонала и разного возраста. Наличие большинства программ охраны здоровья положительно коррелирует со средним уровнем заработной платы на предприятии. Таким образом, дифференциация заработков в российской экономике, и без того весьма высокая, углубляется, если принимать во внимание неденежные формы компенсации за труд.

ЛИТЕРАТУРА

1. Россия и страны мира 2010: Статистический сборник. — Росстат, 2010.
2. Социальное положение и уровень жизни населения России 2011: Статистический сборник. — Росстат, 2011.
3. Aldana S.G. (2001). «Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature». *American Journal of Health Promotion,* Vol. 15, pp. 296–320.
4. Bertera R.L. (1990). «The effects of workplace health promotion on absenteeism and employment costs in a large industrial population». *American Journal of Public Health,* Vol. 80, pp. 1101–1105.
5. Bly J.L., Jones R.C., Richardson J.E. (1986). «Impact of worksite health promotion on health care costs and utilization. Evaluation of Johnson & Johnson's Live for Life program». *Journal of the American Medical Association,* Vol. 256, pp. 3235–3240.
6. Breslow L., Fielding J., Herrman A.A., Wilbur C.S. (1990). «Worksite health promotion: its evolution and the Johnson & Johnson experience». *Preventive Medicine*, Vol. 19, pp. 13–21.

7. Currie J., Madrian B.C. (1999). «Health, health insurance and the labor market». In: Ashenfelter O., Card D.E. (Eds.). *Handbook of Labor Economics*, Vol. 3, pp. 3309–3416.
8. Eriksson T., Kristensen N. (2010). «Wages or fringes? Some evidence on trade-offs and sorting». *IZA Discussion Paper,* No. 5309, November.
9. Frazis H., Loewenstein M. (2009). «How responsive are quits to benefits?» *U.S. Bureau of Labor Statistics,* Working Paper, 426, August.
10. Goetzel R.Z., Long S.R., Ozminkowski R.J., Hawkins K., Wang S., Lynch W. (2004). «Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers». *Journal of Occupational and Environmental Medicine,* Vol. 46, pp. 398–412.
11. Goetzel R.Z., Hawkins K., Ozminkowski R.J., Wang S. (2003). «The health and productivity cost burden of the «top 10» physical and mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999». *Journal of Occupational and Environmental Medicine,* Vol. 45, pp. 5–14.
12. Goetzel R.Z., Juday T.R., Ozminkowski R.J. (1999). «What's the ROI? A systematic review of return on investment (ROI) studies of corporate health and productivity management initiatives». *AWHP's Worksite Health*, Vol. 6, pp. 12–21.
13. Goetzel R.Z., Jacobson B.H., Aldana S.G., Vardell K., Yee L. (1998). «Health care costs of worksite health promotion participants and nonparticipants». *Journal of Occupational and Environmental Medicine,* Vol. 40, pp. 341–346.
14. Goetzel R.Z., Dunn R.L., Ozminkowski R.J., Satin K., Whitehead D., Cahill K. (1998). «Differences between descriptive and multivariate estimates of the impact of Chevron Corporation's Health Quest Program on medical expenditures». *Journal of Occupational and Environmental Medicine,* Vol. 40, pp. 538–545.
15. ILO, LABORSTA Internet. — http://laborsta.ilo.org/.
16. Knight K.K., Goetzel R.Z., Fielding J.E., Eisen M., Jackson G.W. et al. (1994). «An evaluation of Duke University's live for life health promotion program on changes in worker absenteeism». *Journal of Occupational and Environmental Medicine,* Vol. 36, pp. 533–536.
17. Ozminkowski R.J., Dunn R.L., Goetzel R.Z., Cantor R.I., Murnane J., Harrison M. (1999). «A return on investment evaluation of the Citibank, N.A. health management program». *American Journal of Health Promotion,* Vol. 14, pp. 31–43.
18. Rosen S. (1986). «The theory of equalizing differences». In: Ashenfelter O., Layard R. (Eds.). *Handbook of Labor Economics*, Vol. 1, pp. 641–692.
19. Task Force for Community Preventive Services (2007). *Proceedings of the Task Force Meeting: Worksite Reviews*. Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA.
20. Tonin M., Kolm A.-S. (2011). «In-work benefits and unemployment». *International Tax and Public Finance*, Vol. 18 (1), pp. 74–92.