

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ ЗАЙНЯТОГО НАСЕЛЕННЯ – ФУНДАМЕНТ ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ УКРАЇНИ

^{1,2,3}Вінницький національний технічний університет

Анотація. Актуалізовано проблему необхідності відновлення диспансеризації населення, зокрема зайнятого як фактору прискорення реформування системи охорони здоров'я України та розвитку людського капіталу. Розглянуті основні проблеми, зокрема правового забезпечення диспансеризації в Україні. Узагальнено механізм диспансеризації населення України. Наголошено, що вагомими факторами високого рівня смертності та захворюваності є недотримання громадянами, зокрема зайнятими здорового способу життя. Здійснено розподіл факторів ризику, які призводять до передчасної смерті від серцево-судинних захворювань. Проведено оцінку факторів ризику виникнення передчасної смерті від серцево-судинних захворювань. Розраховано втрати для економіки України через передчасну смертність економічно активного населення України. Запропоновано рекомендації щодо запровадження в Україні нового механізму диспансеризації населення, зокрема зайнятого на основі застосування перспективного вітчизняного і закордонного досвіду (на прикладі Куби).

Ключові слова: зайняте населення, диспансеризація, профілактика, здоров'я, людський капітал, втрати, передчасна смертність.

Annotation. The problem of necessity of proceeding in the health center system of population in particular busy as to the factor of acceleration of reformation of the system of health protection Ukraine and development of human capital purchased actuality. Considered basic problems, in particular legal providing of the health center system in Ukraine. The mechanism of the health center system of population of Ukraine is generalized. It is marked that the ponderable factors of high level of death rate and morbidity is a failure to observe citizens in particular busy healthy way of life. Distribution of risk factors that result in premature death from cardiovascular diseases is carried out. The estimation of risk of origin of premature death factors is conducted from cardiovascular diseases. Losses are expected for the economy of Ukraine through a premature death rate economically active population of Ukraine. Recommendations offer in relation to an input in Ukraine of new mechanism of the health center system of population in particular busy on the basis of application of perspective home and foreign experience (on the example of Cuba).

Keywords: the concerned population, health center system, prophylaxis, health, human capital, losses, premature death rate.

Вступ. Актуальність дослідження пов'язана з тим, що в ході реформування системи охорони здоров'я в 2018 році був скасований ефективний механізм профілактичного напрямку охорони здоров'я – «диспансеризація». Саме на неї покладено завдання вчасної діагностики захворювань, що має бути направлено на максимальне зменшення рівня захворюваності, інвалідності і смертності та забезпечення синергетичного ефекту в економіці, зокрема зменшення втрат ВВП, прискорення економічного зростання, підвищення рівня продуктивності праці та в цілому людського і збалансованого економічного розвитку. За даними багатьох вчених і фахівців [1] кожна гривня вкладена в профілактичні заходи по зміцненню здоров'я економить 7 грн.; світовий досвід доводить, що витрати на проведення профілактичних заходів щодо захисту працюючих складають 0,2% ВВП, а їх відсутність призводить до втрат 20% ВВП. Крім того, від зниження виплат забезпечення за страхуванням у зв'язку з нещасними випадками на виробництві і професійними захворюваннями на 50% дозволить економити 0,215% від ВВП, або 6629,33 млрд. грн. (базуючись на даних фінансування витрат Фондом соціального страхування України та реального ВВП за 2018 рік [2]).

Нині чисельність зайнятого населення працездатного віку України за даними [3] на 01.2019 року становила – 15718,6 тис. осіб, що на 8,6% менше порівняно за відповідний період 2015 року. Тобто протягом останніх п'яти років в Україні кожен дванадцятий зайнятий вибув з реального сектору економіки, або 1,5 млн. осіб. Однією із причин цього є високий рівень захворюваності і смертності населення працездатного віку. Так, за даними науковців рівень смертності у віковій групі 30–44 роки перевищує аналогічні показники по розвиненим країнам в 4 рази, а кожна третя смерть в Україні відбувається до досягнення віку в 65 років [4]. Тобто людський капітал кожної третьої людини повністю знецінюється до досягнення 65 років. Тому нині потрібно удосконалити механізм

диспансеризації зайнятого населення з максимальним врахуванням ефективного закордонного досвіду і запроваджувати його в Україні

Аналіз подальших досліджень і публікацій. Проблеми формування і розвитку такої складової людського капіталу як здоров'я та соціально-економічних аспектів впливу на нього присвячені праці багатьох закордонних і вітчизняних дослідників. Зазначену проблему досліджували закордонні вчені, зокрема Г. Беккер [5], А. Сміт, Д. Рікардо, Дж. Кендрік [6], К. Маркс, Дж. Мілль, Дж. Хекмен, Т. Шульц, інші. Важливі нароби із наведеної вище проблеми здійснили вітчизняні науковці: О. Амоша, А. Базилюк, Д. Богиня, І. Бондар, В. Геєць, О. Грішнова, Т. Заяць, С. Злупко, М. Карлін, А. Колот, Ю. Краснов, Е. Лібанова [7], С. Пирожков [7], Н. Рингач [7], О. Рудченко, А. Чухно, Г. Ярошенко та інші.

Проблемі погіршення здоров'я з позиції якісних характеристик населення, що є основою формування людського капіталу присвячені праці науковців Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України, зокрема С. Пирожкова, Е. Лібанової, В. Стешенко, Н. Рингач та багатьох інших, які вважають, що *«чинник здоров'я детермінує відтворення і розвиток людини і соціуму, впливаючи на формування і функціонування людського потенціалу»* [7, с. 5]. Це твердження дозволяє зробити висновок, що із погіршенням кількісних і якісних характеристик громадян України, зокрема здоров'я не відбудеться якісних зрушень в системі розвитку людського капіталу.

Невирішена частина проблеми. Попри вагомості здобутки закордонних і вітчизняних вчених пов'язаних із дослідженням людського капіталу, невирішеною проблемою в системі реалізації ефективного механізму збереження і зміцнення здоров'я залишається профілактична складова системи охорони здоров'я (диспансеризація).

Метою статті є дослідження проблеми профілактичної складової розвитку системи охорони здоров'я населення України, зокрема його зайнятої частини та удосконалення і запровадження механізму диспансеризації з урахуванням світового досвіду як фундаменту формування людського капіталу.

Основна частина. З 2017 року в Україні розпочалась медична реформа, головною метою якої має бути – збереження і зміцнення здоров'я кожного громадянина. Одним із її кроків стало скасування Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27.08.2010 року № 728 «Про диспансеризацію населення» (Наказ) [8], натомість Верховна Рада України своїм рішенням ухвалила «Порядок надання первинної медичної допомоги» (Порядок). Проаналізувавши Порядок [9] та порівнявши його із Наказом [8], можна зробити висновок, що нині не існує єдиного, комплексного механізму проведення профілактичних медичних оглядів населення України, зокрема зайнятого населення. Виключенням є проведення медичних оглядів передбачених умовами професійного добору, що регламентується окремими законами і нормативно-правовими актами.

Основною метою диспансеризації є попередження розвитку захворювань, зниження їх рівнів, запобігання виникненню інвалідності і смертності; проведення комплексних заходів, які спрямовані на формування, збереження та зміцнення здоров'я; підвищення тривалості життя, зокрема активного і трудового довголіття. Наведемо в статті механізм диспансеризації, який діяв до 19.03.2018 року (рис. 1). Отже, скасований механізм диспансеризації населення нині нічим не підкріплений. Передбачається лише проведення діагностичних досліджень із значно меншим їх обсягом порівняно з медичними дослідженнями, які передбачались при диспансеризації. Тому назріла необхідність запровадження нового удосконаленого механізму профілактики здоров'я в Україні (диспансеризації), зокрема зайнятого населення України.

Правовою основою диспансеризації зайнятого населення України є «Глобальні цілі сталого розвитку до 2030 року», «Глобальний план дій ВООЗ з медицини праці для усіх на 2006–2025 рр.», Угода про асоціацію між Україною та Європейським Союзом; Рамочна директива 89/391/ЕЕС, котра визначає принципи попередження професійних ризиків; Конституція України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закон України «Про забезпечення санітарного й епідемічного благополуччя населення», Закон України «Про охорону праці», Постанова Кабінету Міністрів України від 23 травня 2001 р. № 559 «Про затвердження переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, порядку проведення цих оглядів та видачі особистих медичних книжок», Постанова Кабінету Міністрів України від 8 листопада 2000 р. № 1662 «Про затвердження Списку професійних захворювань»; Постанова Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції відновлення системи медицини

праці в Україні та здійснення профілактичних заходів щодо запобігання професійним захворюванням і професійним отруєнням у працівників, зайнятих на виробництві із шкідливими умовами праці; Указ Президента України № 5 від 12 січня 2015 року «Про Стратегію сталого розвитку «Україна–2020»; Указ Президента України «Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року»; Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 10002-р «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» та інші.

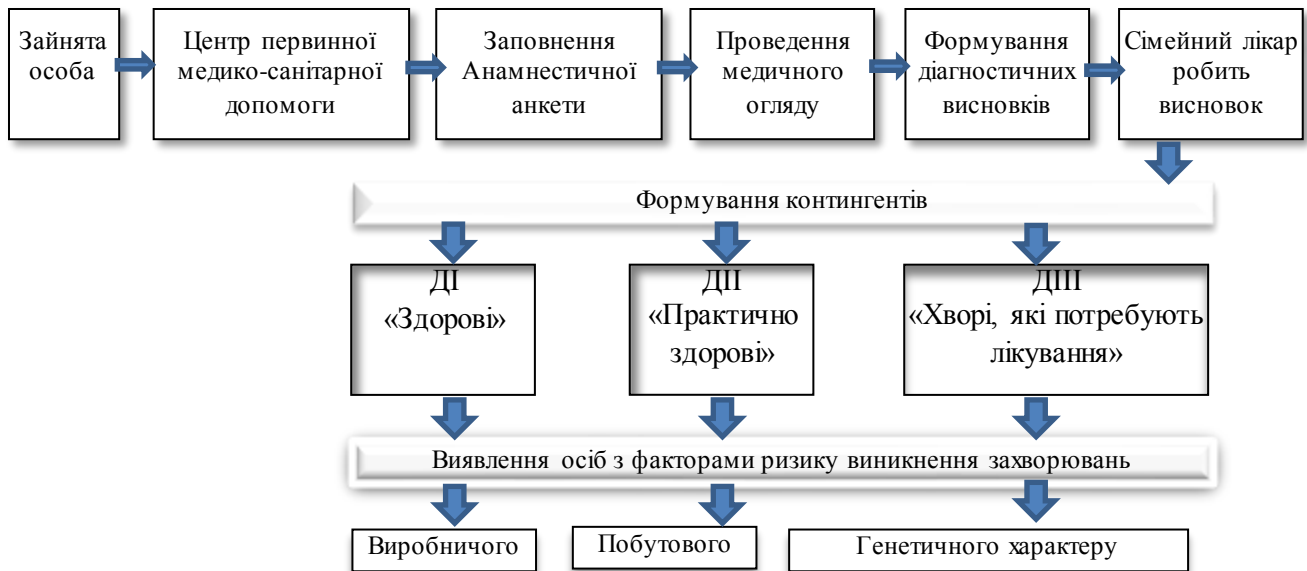


Рисунок 1. Механізм диспансеризації населення

Джерело: складено авторами за [8].

Саме реформа медицини в Україні направлена на побудову системи громадського здоров'я, основною детермінантною якої є профілактика захворювань, що не можливо зробити без диспансеризації. В розвинених країнах протягом останніх десятиріч була проведена реформа медицини, де головним напрямком якої було запровадження системи громадського здоров'я. Під ним в широкому сенсі розуміють галузь медицини, яка має займатися такими задачами, як: спостереження за станом здоров'я населення, виявлення потреб системи охорони здоров'я (ОЗ); проведення політики на зміцнення здоров'я населення та оцінка діяльності служб ОЗ.

Світовий досвід запровадження системи громадського здоров'я доводить, що успіх реформи медицини має пояснюватися якісними змінами, а не кількісними, зокрема, що стосується оптимізації фінансових ресурсів системи охорони здоров'я, що спостерігається в сучасній Україні. Так, *«реформи, в рамках яких економічна теорія неадекватно застосовується до виробництва такого важливого соціального блага, як система охорони здоров'я, можуть в фінансовому, а також в медичному і соціальному плані дати від'ємні результати»* [10]. Зазначений висновок можна застосувати і для оцінки результатів проведення реформ в Україні. Адже стає цілком зрозумілим, що якісних змін не відбулось, не створений ефективний організаційний, соціально-економічний і інші види механізмів її реалізації. Тому в цілому, на нашу думку, на сучасному етапі результат реформи носить від'ємний характер і посилює негативні медико-демографічні та соціально-економічні процеси в економіці України.

Проектом Стратегії сталого розвитку України до 2030 року та Національним планом дій до 2020 року [11] передбачений такий важливий керівний принцип стратегії – *«Принцип запобігання»*, в основі якого лежить розробка профілактичних заходів щодо зміцнення і покращення здоров'я населення на всіх стадіях планування діяльності. Це дозволить до 2030 року, зокрема збільшити середню тривалість життя українців на 10–12 років; знизити смертність від туберкульозу і СНІДу на 50%; знизити кількість нарко та алкозалежних людей на 20% та смертність від суїциду мінімум на 20%. Для цього має бути прикладені зусилля не тільки держави, а і самої людини щодо зміни власного способу життя (*раціональне харчування, фізична активність, відсутність шкідливих звичок тощо*).

Для України, як і в цілому більшості країн світу на першому місці серед причин передчасної смерті є серцево-судинні захворювання (ССЗ). Так, в розвинених країнах світу питома вага осіб, які передчасно помирають від ССЗ варіюється від 4% в країнах з високим рівнем доходу до 42%, в країнах з низьким рівнем доходу [12]. Основна причина цього – нерівність в доступі до медичної допомоги та нерівність до профілактики і оцінки ризику виникнення захворювань у населення.

Про важливість профілактичної складової свідчать такі дані, що ССЗ з високою часткою імовірності можна попередити; інвестування коштів в профілактичні заходи дозволяють отримати колосальний соціально-економічний і медико-демографічний ефект; аналіз досвіду розвинених країн свідчить, що протягом останніх двох десятиріч смертність від ССЗ зменшується швидкими темпами, ніж в країнах з низьким рівнем доходів – за рахунок поєднання профілактичної складової та контролю над ризиками їх виникнення. Так, спеціалістами були виділені основні фактори ризику, що призводять до передчасної смерті від ССЗ, які відображені на рис. 2.

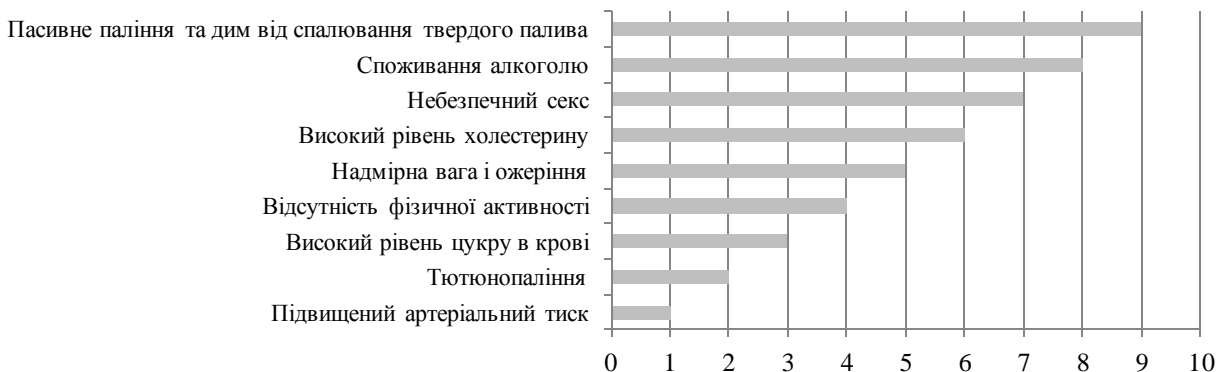


Рисунок 2. Розподіл факторів ризику, які призводять до передчасної смерті від ССЗ

Джерело: складено авторами за [12].

З рис. 2 видно, що найнебезпечнішими факторами ризику є підвищений артеріальний тиск, тютюнопаління, високий рівень цукру в крові, відсутність фізичної активності. З метою оцінки факторів ризику виникнення ССЗ в таблиці 1 наведемо їх вплив на виникнення передчасної смерті.

Таблиця 1 – Оцінка факторів ризику виникнення передчасної смерті від ССЗ

Фактор ризику	Характеристика впливу	Профілактика
Тютюнокуріння	Повністю можна знизити ризик шляхом відмови від вживання тютюну. В 10% випадках цей ризик є причиною ССЗ. Ті, хто кидає палити у віці від 35 до 44 років мають таку ж саму тривалість життя, як і ті, що не палили.	Скорочення попиту на тютюн за рахунок податкової політики; повна заборона тютюнокуріння на виробництві, в громадських місцях, транспорті тощо; заборона реклами в ЗМІ; інформування населення про його шкідливий вплив; ефективна боротьба держави з тютюновим лобі тощо.
Відсутність фізичної активності	Для осіб, які мають недостатню фізичну активність, ризик смерті від всіх причин на 20–30% вищий, ніж у тих, хто щодня активно рухається не менше 30 хвилин. Фізична активність є ключовою детермінантою регулювання енергії в організмі і контролю ваги тіла.	Проведення політики на рівні дитячих садків, шкіл, ЗВО; реалізація транспортної політики (мотивація людей, які ходять пішки та переміщуються на велосипедах); організація спортивних програм; політика в напрямку будівництва спортивної інфраструктури; політика в сфері розвитку активного туризму.
Надмірне споживання алкоголю	14% випадків смерті пов'язані із споживанням алкоголю. Зафіксований прямий зв'язок між споживанням алкоголю і виникненням ССЗ.	Підвищення податків; регулювання фізичної доступності (обмеження віку, часу продажу алкоголю, встановлення відстаней до освітніх закладів тощо); заборона вживання в громадських закладах і місцях; обмеження реклами тощо.

Фактор ризику	Характеристика впливу	Профілактика
Нездорове харчування	Харчова сіль веде до підвищення рівня артеріального тиску. Високий рівень споживання насичених жирів та транс жирів, холестерину, солі та низький рівень споживання фруктів, овочів, риби призводить до ризику ССЗ.	Формування стратегій щодо зменшення впливу на всі верстви населення маркетингу шкідливих харчових продуктів, зокрема споживання солі, трансжирів, цукру шляхом обмеження їх споживання, що має відобразитись в розробці спеціальних програм на макро-, мезо і макрорівнях.
Ожиріння	Головна причина – порушення балансу між підвищеним рівнем споживання енергії і меншим рівнем її витрачання (фізичною активністю). Існує кореляція між рівнем доходу і соціальним статусом і рівнем ожиріння. Чим дохід вищий, тим ризик ожиріння збільшується.	Реалізація стратегій в напрямку підвищення рівня рухової активності населення.
Підвищений артеріальний тиск	Існує прямий і високий рівень зв'язку між підвищеним рівнем артеріального тиску до ССЗ і їх наслідків, зокрема втрати зору.	Розробка стратегій до вчасного виявлення осіб з підвищеним артеріальним тиском, зниження споживання солі, дотримання дієти, рухова активність, забезпечення рівності доступу до медикаментів.
Підвищений рівень цукру в крові (цукровий діабет)	Ризик розвитку ССЗ в 2–3 рази вище у людей з цукровим діабетом. Існує взаємозв'язок, що чим вищий рівень доходів країн, тим вища імовірність виникнення діабету. У хворих на діабет вдвічі вищий ризик виникнення інсультів.	Реалізація доступу населення до профілактики діабету, забезпечення населення доступними лікарськими препаратами першої необхідності.
Підвищений рівень холестерину в крові	Підвищений рівень холестерину в крові збільшує ризик ССЗ. Зниження рівня холестерину в крові на 10% у 40-річних чоловіків знижує ризик ССЗ, зокрема ішемічної хвороби серця на 50% протягом 5-ти років. Чим вищий рівень доходу країни, тим рівень холестерину у населення зростає.	Формування стратегій щодо раціонального і здорового харчування, зокрема виключення з раціону трансжирів і продуктів з високим вмістом поганого холестерину, вживання більш овочів і фруктів.
Соціальні детермінанти	Бідність, низький соціальний статус, низький рівень освіти негативно впливають на здоров'я і ССЗ. Вибір людей стратегій поведінки (вживання тютюну, алкоголю, нерациональне харчування, низький рівень фізичної активності). Несправедливий розподіл влади, ресурсів веде до збільшення рівня ССЗ.	Формування політики рівномірного розподілу національного багатства країни. Впровадження сучасних активних стратегій соціального захисту населення та мотивація населення до самозбереження здоров'я.

Джерело: складено авторами за [12].

Отже, як видно з таблиці 1 на передчасну смертність громадян від ССЗ (передчасною вважається смертність у віці до 65 років) величезний вплив здійснюють поведінкові фактори. Тому саме профілактична складова диспансеризації населення має мінімізувати зазначені фактори ризику, особливо це стосується зайнятих громадян, які є основою соціально-економічного розвитку України. В структурі смертності нині на ССЗ припадає біля 65% усіх випадків. Тому проведемо оцінку економічних втрат від передчасної смерті громадян України у активному віці (15–70 років) в 2018 році (таблиця 2). Так, обсяг ВВП в 2018 році становив 3558706 млн. грн, обсяг тіньової економіки – 46%; чисельність зайнятого населення у віці 15–70 років¹ – 16360,9 млн. осіб [3]. На основі наведених вище даних було розраховано середню величину доходу, яка створюється одним зайнятим громадянином.

Таблиця 2 – Оцінка економічних втрат від передчасної смерті економічно активного населення України, грн.

Віковий інтервал	Кількість померлих, осіб	Втрати трудового потенціалу України через передчасну смертність, грн.	
		у віці до 65 років	у віці до 70 років
15–19	847	12911075592,33	14255979299,86
20–24	1763	24074570286,77	26873938924,77
25–29	3749	45241480987,67	51194307433,41
30–34	7772	81448765830,84	93789487926,42
35–39	11132	98984912874,53	116660790173,56
40–44	14772	107895892339,33	131351521108,75
45–49	18398	105167341535,29	134380491961,75
50–54	24253	100125937436,79	138635913374,02
55–59	37880	96236037669,71	156383561213,28
60–64	48801	46493019479,14	123981385277,71
65–69	62011	*	59078269521,55
Разом		718579034032,40	1046585646215,09

Примітка¹ – Дані за 2012–2018 роки наведено без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим та м. Севастополя, з 2015 року – також без частини тимчасово окупованих територій Донецької та Луганської областей.

Джерело: розраховано авторами за [3–4].

Для кращого сприйняття результатів оцінки втрат економіки через передчасну смертність громадян України побудуємо діаграму (рис. 3).

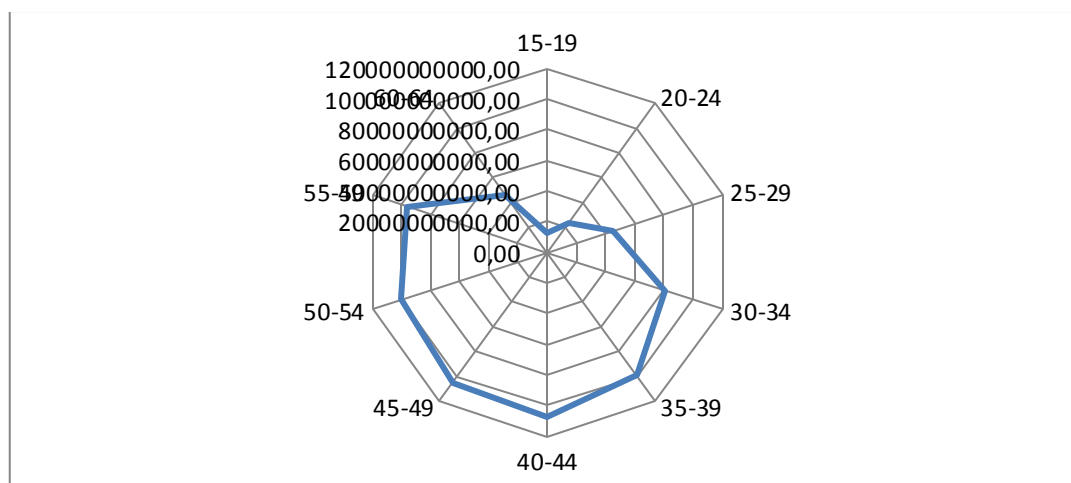


Рисунок 3. Оцінка втрат економіки через передчасну смертність громадян України (до досягнення 65 років), грн.

Джерело: розраховано авторами за [3–4].

З рис. 1 видно, що через передчасну смертність (до досягнення 65 років) втрати для економіки України в 2018 році становили 718,6 млрд. грн, або 20,1% від ВВП України в 2018 році. Далі розрахуємо відповідні втрати для економіки до досягнення 70 років (рис. 4). Отже, втрати економіки через передчасну смертність (до досягнення 70 років) становили, як видно з рис. 2 у сумі 1,046 трлн. грн., або 29,4% втрат від ВВП України в 2018 році. Тому з метою зменшення відповідних втрат для економіки через надзвичайно високу смертність громадян України, на нашу думку, найбільш альтернативним і дієвим заходом покращення ситуації є диспансеризація населення України.

Так, розглядаючи світовий досвід боротьби з високим рівнем захворюваності і смертності економічно активних, зокрема зайнятих громадян варто наголосити на досвіді Куби [13], який за даними фахівців Всесвітньої організації охорони здоров'я вважається найкращим в світі. Надзвичайно важливо в статті акцентувати увагу на профілактичній складовій, а саме проведення диспансеризації населення на прикладі досвіду Куби.

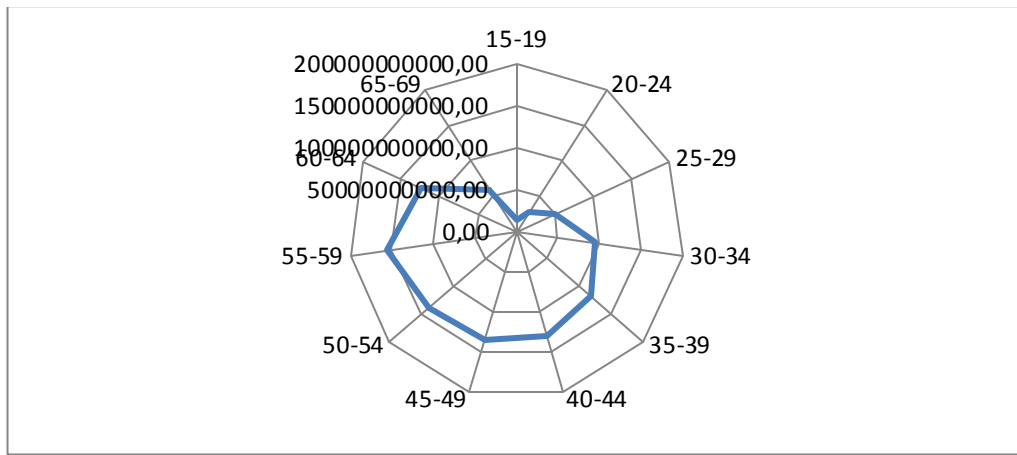


Рисунок 4. Оцінка втрат економіки через передчасну смертність громадян України (до досягнення 70 років), грн.

Джерело: розраховано авторами за [3–4].

Одним із важливих принципів реалізації системи медицини на Кубі є впровадження механізму сімейних лікарів, які ретельно стежать за здоров'ям не тільки своїх пацієнтів, які захворіли, але і за всіма членами родини. Головними принципами сучасної медицини на Кубі є: *«профілактика хвороб»*, *«щорічні обов'язкові медичні огляди»*, *«попередження захворювання»*, *«попередження нещасних випадків»*, *«розподіл пацієнтів за категоріями, зокрема факторами ризику»*, *«вакцинація населення»*, *«абсолютна доступність кубинців до медичної допомоги»*, *«системність»*, *«ефективність»* тощо.

Отже, цілком обґрунтовано можна стверджувати, що диспансеризація населення є ключовим фактором зменшення рівня захворюваності, людського розвитку та фундаментом формування людського капіталу України. В основі механізму реалізації диспансеризації зайнятого населення в Україні має бути покладена реалізація наступних законодавчих і нормативно-правових актів: *«Глобальні цілі сталого розвитку до 2030 року (ціль № 3, зокрема профілактика та лікування)»*; *«Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020» (напрямок № 7 «Реформа системи охорони здоров'я» – забезпечення профілактикою здоров'я для всіх громадян)»*; *«Проект Закону України «Про стратегію сталого розвитку України до 2030 року»»*; *«Указ Президента України «Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року»»*; *«Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 504 від 19.03.2018 року «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»»*; *«Концепція відновлення системи медицини праці в Україні та здійснення профілактичних заходів щодо запобігання професійним захворюванням і професійним отруєнням у працівників, зайнятих на виробництві із шкідливими умовами праці»*.

Висновки

Таким чином, диспансеризація зайнятого населення України нині розглядається як важливий напрямок реформування і побудови нової системи громадського здоров'я – в частині реалізації профілактичної складової забезпечення формування людського капіталу України та людського розвитку. В основі побудови ефективного механізму диспансеризації зайнятого населення України має бути покладено принципи Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27.08.2010 року № 728 *«Про диспансеризацію населення»* та *«Порядку диспансеризації населення»*, *«Концепції відновлення системи медицини праці»* з урахуванням позитивного світового досвіду (базуючись на скринінгових механізмах США, Великобританії та інших країн), медичної реформи та напрацьованих вітчизняних вчених і фахівців, оскільки діючий *«Порядку надання первинної медичної допомоги»* не містить чіткого механізму щодо реалізації профілактичної медичної складової працездатного населення України, зокрема його зайнятої частини. Крім того, зазначений механізм має враховувати елементи ефективної системи диспансеризації населення Куби, яка вважається однією з найкращих в світі. Реалізація диспансеризації зайнятих громадян, на нашу думку, дозволить зменшити кількість захворювань, зокрема професійних, інвалідності та виробничого травматизму; збільшити пропозицію

на ринку праці; забезпечити зростання продуктивності праці та ВВП країни; підвищити якість життя кожного громадянина; активізувати процес зростання рівня людського розвитку в країні; зменшити рівень бідності; зберегти і зміцнити здоров'я; створити умови для гідної праці і економічного зростання та знизити рівень соціальної і економічної нерівності тощо.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Дослідження впливу факторів на здоров'я працездатного населення України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.nas.gov.ua/text/pdfNews/Zaiukov_life_expectancy_conference_IDSD_november2017.pdf.
2. Контроль за використанням коштів Фонду соціального страхування України за 2018 рік [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/category/919872;jsessionid=2C496B6C5F1D22A3638C8B3AF320E45B>.
3. Офіційний сайт Державної служби статистики України. Ринок праці. Зайнятість та безробіття [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.
4. Офіційний сайт Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України. Міжнародна науково-практична конференція «Еволюція тривалості життя» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ids.org.ua/conference>.
5. Becker, Gary S. Human Capital. – N.Y. : Columbia University Press, 1964.
6. Кендрік Дж. Экономический рост и формирование капитала / Дж. Кендрік // Вопросы экономики. – 1976. – № 11. – С. 54–56.
7. Рингач Н. О. Громадське здоров'я як чинник національної безпеки : монографія / Н. О. Рингач. – К : НАДУ, 2009. – 296 с.
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.08.2010 року № 728 «Про диспансеризацію населення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1396-10>.
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18>.
10. Салтман Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас. – М : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.
11. Проект Стратегії сталого розвитку України до 2030 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JH6YF00A.html.
12. Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними. Под ред.: S. Mendis, P. Puska, V. Norrving. – Женева. : Всемирная организация здравоохранения, 2013. – 163 с.
13. Чому медицина на Кубі вважається однією з найкращих [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ukr.media/world/299551/>.

Микола Небава – кандидат економічних наук, професор, декан факультету менеджменту та інформаційної безпеки Вінницького національного технічного університету, e-mail: nebava@vntu.edu.ua.

Mykola Nebava – Cand. Sc. (Econ.), professor, dean of faculty of management and informative safety, Vinnytsia National Technical University, e-mail: nebava@vntu.edu.ua.

Олександр Кобиланський – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри безпеки життєдіяльності та педагогіки безпеки, Вінницький національний технічний університет, e-mail: akobilanskiy@gmail.com.

Oleksandr Kobylanskyi – Dr. Sc. (Pedagogical), Professor, Head of the Chair Security of Life and Safety Pedagogic, Vinnytsia National Technical University, e-mail: akobilanskiy@gmail.com.

Іван Заюков – кандидат економічних наук, доцент, доцент кафедри безпеки життєдіяльності та педагогіки безпеки, Вінницький національний технічний університет, e-mail: Zivan@i.ua.

Ivan Zayukov – Cand. Sc. (Econ.), Assistant Professor, Assistant Professor of the Chair Security of Life and Safety Pedagogic, Vinnytsia National Technical University, e-mail: Zivan@i.ua.