

PREDICTING THE EFFECTIVENESS OF AUTOLOGOUS HEMATOPOIETIC STEM CELL MOBILIZATION IN LYMPHOPROLIFERATIVE DISEASES

Prohorik V.S.

Belarusian State Medical University, Belarus

Minsk Scientific and Practical Center of Surgery, Transplantology and Hematology

prohorikv@maik.ru

The aim of the study was to establish clinical and laboratory predictors of unsuccessful mobilization outcome in patients with various types of Hodgkin's and non-Hodgkin's lymphomas.

СРАВНЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ В СТРАХОВОЙ И ГОСУДАРСТВЕННОЙ МОДЕЛЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пушкин М.А., Пушкина С.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

sedinevskaya02@mail.ru

Введение. Долгое время ведутся споры о преимуществах и недостатках основных моделей здравоохранения – страховой и государственной. Этот вопрос рассматривается не только в плоскости здравоохранения, но и государственной политики и экономики. В условиях ограниченных ресурсов необходимо найти должный баланс между эффективными профилактикой, скринингом, госпитализацией населения с одной стороны, и экономической целесообразностью с другой. Посему, сравнение основных показателей между двумя моделями может пролить свет на обозначенную проблему.

Цель исследования. Сравнение продолжительности жизни в странах со страховой и государственной моделями здравоохранения.

Материал и методы. Формирование выборок по следующим показателям: общие расходы страны на здравоохранение на душу населения, модель здравоохранения. Сравнение групп по показателю продолжительности жизни используя t-критерий Стюдента.

Результаты исследования. Страховая модель здравоохранения была разработана канцлером Германии Отто фон Бисмарком в конце XIX века. Для ее характерно создание частных и государственных фондов социального страхования, которые оплачивают больничные, пребывание в стационаре, пенсии. Фонды финансируются из части заработной платы гражданина, а также его работодателем. Социальное страхование является обязательным при трудоустройстве. Множество страховых фондов на рынке способствует конкуренции за клиентов, государство выступает гарантом качества, количества и доступности медицинских услуг.

Государственная модель здравоохранения зародилась в 30-е года XX века в СССР (модель Семашко) и в 40-е года в Великобритании (модель Бевериджа).

В этой системе медицинское обслуживание населения осуществляется за счёт государственного бюджета.

При создании выборок стран мы руководствовались следующими целями:

1. Определение модели здравоохранения стран – выборка стран со страховой и государственной моделями здравоохранения, по 13 стран в каждой выборке соответственно.

2. Определение общих расходов на здравоохранение на душу населения (последнее исследование этого показателя проводилось среди стран Экономического сотрудничества и развития — всего 38 стран).

Страны с общими расходами на здравоохранение на душу населения менее 3000 долларов США были исключены. В последующем внутри групп стран с различными моделями была проведена ранжировка по общим расходам на здравоохранение на душу населения: страны с 3000–5000 долларов США (две группы по 5 стран) и 5001–9000 долларов США (две группы по 8 стран).

В группу стран с доходом 3000–5000 долларов США по модели Бевериджа входят: Греция, Латвия, Португалия, Испания и Италия. Соответствующая группа по модели Бисмарка включала: Литву, Эстонию, Чехию, Южную Корею и Израиль. В группу Бевериджа численностью от 5001 до 9000 человек входили: Новая Зеландия, Великобритания, Финляндия, Канада, Швеция, Дания, Норвегия и Ирландия. В соответствующую группу Бисмарка входили Япония, Франция, Германия, Бельгия, Австрия, Нидерланды, Австралия и Швейцария.

Выводы. В результате сравнения групп стран по ожидаемой продолжительности жизни на 2022 год в пределах обозначенных интервалов по показателю совокупных расходов на здравоохранение на душу населения был определен t-критерий Стьюдента. В диапазоне 3000–5000 долларов США он составил 0,277, в диапазоне 5001–9000 долларов США он составил 0,540 ($p=0,05$), что указывает на отсутствие существенной разницы в продолжительности жизни. В данной ситуации следует учитывать комплекс факторов, влияющих на здоровье и долголетие населения в каждой конкретной стране.

Литература

1. International Health Care System profiles. – URL: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/system-profiles> (date of access: 16.09.2025).

2. Health expenditure and financing. – URL: <https://inlnk.ru/XO543M> (date of access: 16.09.2025).

3. Life expectancy at birth. – URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN> (date of access: 16.09.2025).

COMPARISON OF LIFE EXPECTANCY IN INSURANCE AND STATE HEALTHCARE MODELS

Pushkin M.A., Pushkina S.A.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

sedinevskaya02@mail.ru

There have been long-standing debates about the advantages and disadvantages of the main models of healthcare – insurance and state. This issue is considered not only in the context of healthcare, but also in terms of state policy and economics. In conditions of limited resources, it is necessary to find the right balance between effective prevention, screening, and hospitalization of the population on the one hand, and economic feasibility on the other. Therefore, a comparison of the main indicators between the two models can shed light on the problem.

ЗАВИСИМОСТЬ СУММАРНОГО КОЭФФИЦИЕНТА РОЖДАЕМОСТИ ОТ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пушкина С.А., Пушкин М.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

sedinevskaya02@mail.ru

Введение. Бюджетная и страховая модели здравоохранения могут по-разному влиять на суммарный коэффициент рождаемости. В данной работе будет определено наличие зависимости суммарного коэффициента рождаемости от модели здравоохранения (бюджетная или модель Семашко-Бевериджа и страховая или модель Бисмарка) с использованием t-критерия Стьюдента.

Цель исследования. Целью данной работы является сравнение суммарного коэффициента рождаемости в 2023 году по данным Всемирного банка в странах со страховой и государственной моделями здравоохранения, определение t-критерия Стьюдента.

Материалы и методы. Сформированы выборки по следующим показателям: общие расходы страны на здравоохранение на душу населения, модель здравоохранения. Сравнение групп по показателю суммарного коэффициента рождаемости, используя t-критерий Стьюдента.

Результаты исследования. В современных реалиях модели здравоохранения можно разделить на следующие типы: бюджетная (государственная) и страховая (социально-страховая).

Характерной чертой бюджетной модели (модель Семашко-Бевериджа) является ведущая роль государства. Медицинские услуги для населения оказываются на бесплатной основе. Основной канал финансирования – государственный бюджет. Страховая модель (модель Бисмарка) часто определяется как система регулируемого страхования здоровья. Она основывается на принципах смешанной экономики. Программы обязательного