

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

медицинского страхования охватывают практически все население при соучастии государства в финансировании страховых фондов.

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 [1].

2. Определение общих расходов на здравоохранение на душу населения (последнее исследование этого показателя проводилось среди стран Экономического сотрудничества и развития). Были отобраны страны с общим расходом на здравоохранение на душу населения от 3000 до 9000 долларов США. Страны с общими расходами на здравоохранение на душу населения менее 3000 долларов США были исключены [1].

В группу стран с доходом 3000-9000 долларов США по модели Бевериджа входят: Греция, Латвия, Португалия, Испания, Италия, Новая Зеландия, Великобритания, Финляндия, Канада, Швеция, Дания, Норвегия и Ирландия. Соответствующая группа по модели Бисмарка включает: Литву, Эстонию, Чехию, Южную Корею, Израиль, Японию, Францию, Германию, Бельгию, Австрию, Нидерланды, Австралию и Швейцарию.

Согласно данным Всемирного банка за 2023 годы, суммарный коэффициент рождаемости среди стран с бюджетной системой здравоохранения составил от 1,2 до 1,56; в странах со страховой моделью здравоохранения – от 0,72 до 2,85 [2]. В последующем были подсчитаны средние арифметические, средние квадратические отклонения средней арифметической, средние ошибки средней арифметической (ошибка репрезентативности) в каждой группе соответственно, также был определен t-критерий Стьюдента, который составил 5,89 ($p=0,05$). При $t \geq 2$ разность средних арифметических может быть признана существенной и неслучайной, то есть достоверной.

Выводы. На основании проведенных расчетов были получены данные о статистическом различии в суммарном коэффициенте рождаемости в зависимости от модели здравоохранения (t-критерий Стьюдента равен 5,89). Суммарный коэффициент рождаемости оказался выше в странах со страховой моделью здравоохранения (среднее арифметическое $M=1,447$), в отличие от стран с государственной моделью здравоохранения (среднее арифметическое $M=1,379$). Однако, следует отметить, что немаловажную роль играет социально-экономический уровень развития страны и государственная политика поощрения материнства.

Литература

1. International Health Care System profiles. – URL: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/system-profiles> (date of access: 13.09.2025).

2. List of countries by total fertility rate. – URL: https://en.m.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_total_fertility_rate (date of access: 13.09.2025)/

DEPENDENCE OF THE TOTAL FERTILITY RATE ON THE HEALTHCARE MODEL

Pushkina S.A., Pushkin M.A.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

sedinevskaya02@mail.ru

Budgetary and insurance models of healthcare can have different effects on the total fertility rate. The dependence of the total fertility rate on the healthcare model (budget or Semashko-Beveridge model and insurance or Bismarck model) will be determined using the Student's t-test.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Рай К.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

karina_ray@internet.ru

Введение. Врожденные пороки сердца (ВПС) являются одной из наиболее распространенных аномалий развития, оказывающих значительное влияние на здоровье новорожденных и детей раннего возраста. Врожденные пороки сердца остаются ведущей причиной неонатальной заболеваемости и смертности, что подчеркивает необходимость глубокого понимания их распространенности [1].

Цель исследования. Определить эпидемиологию врожденных пороков сердца у плода.

Материалы и методы. Для установления эпидемиологии врожденных пороков сердца у плода, проведён анализ медицинской документации: генетическая карта беременной, журнал регистрации пороков развития плода. Всего было проанализировано 988 генетических карт в период с 2019–2023 годы.

Результаты исследования. Проведенный анализ показал, что врожденные пороки сердца плода составили значительную долю в общей структуре всех аномалий развития плода. Такая тенденция наблюдалась на протяжении всего периода исследования, с совокупным показателем в 177 случаев они уверенно занимали третье место, после врожденных пороков развития (ВПР) почек и костно-мышечной системы, и составили 20,25% от общего числа зарегистрированных пороков.

Наиболее часто ВПС у плода диагностированы на 18-21 неделях беременности (61% всех случаев, $p < 0,05$), реже на 11-14 неделях и 32-34 неделях, 20% и 19% соответственно.

Динамика выявляемости ВПС по годам была неравномерной. Так в 2019 году было зарегистрировано 35 случаев, что составило 19,44% от всех ВПР в этом году. В 2020 году число выявленных врожденных пороков сердца снизилось до 33, и их доля в структуре ВПР составила 17,65%. Пик пренатальной диагностики ВПС пришелся на 2021 год, когда было