ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

На правах рукописи

Саркисян Мартирос Сергеевич

Научное обоснование концептуальной модели оказания комплексной стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в условиях сетевой формы организации специализированных клиник

14.01.14 - стоматология

Диссертация
на соискание учёной степени
доктора медицинских наук

Научные консультанты:
доктор медицинских наук, профессор
Гринин В.М.
доктор медицинских наук, профессор
Ушаков Р.В.

Москва - 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение……...4
ГЛАВА 1. ЧАСТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ИХ МЕСТО НА РЫНКЕ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ……..……..15
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ……82

СОДЕРЖАНИЕ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

ГЛАВА 3. ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЪЁМА ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В ЧАСТНОЙ СЕТЕВОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ……...97
3.1. Особенности стоматологической заболеваемости пациентов изучаемых групп ……..…….....97
3.2. Оценка показателей заболеваемости, нуждаемости и объёма оказанной стоматологической помощи в группах пациентов ЧССО и несетевых ЧСМО, получавших помощь на основе дентальной имплантации…….…112
ГЛАВА 4. ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧАСТНОЙ СЕТЕВОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ……..151
4.1. Анализ финансово-экономических показателей оказания стоматологической помощи в частных сетевых стоматологических организациях……151
4.2. Расходы стоматологической клиники на оказание стоматологической помощи пациентам……..162
4.3. Финансово-экономический анализ стоимости разных этапов стоматологического лечения у двух групп пациентов (на основе и без дентальной имплантации)……...……175

4.4. Анализ расходной части бюджета ЧССО на стоматологическое лечение пациентов обеих групп……..…….216
4.5. Анализ доходности ЧССО…….……..225
4.6. Дисконтирование в условиях ЧССО…….…….251
ГЛАВА 5. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЧАСТНОЙ СЕТЕВОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ……...…..264
5.1. Клинико-организационная эффективность оказания стоматологической помощи с применением дентальной имплантации в частой сетевой стоматологической организации……....264
5.2. Показатели образовательной деятельности врачей ЧССО……...278
5.3. Характеристика неудачных результатов стоматологического лечения на основе дентальной имплантации в ЧССО……...…..284
5.4. Характеристика удовлетворённости как критерий оценки эффективности оказания стоматологической помощи в частной сетевой стоматологической организации……..295
ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ……..308
ВЫВОДЫ…….352
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ…….....357
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ……...…360

ВВЕДЕНИЕ

Сокращения: ЧССО – частная сетевая стоматологическая организация,
несетевая ЧСМО – несетевая частная стоматологическая медицинская организация

Актуальность проблемы. Стоматологические заболевания являются одними из социально значимых патологий, обращаемость населения за стоматологической помощью также относится к одной из самых массовых (Лукашев А.М., 2010; Будняк М.А., 2012; Гринин В.М., 2016; Мкртумян М.М., 2016; Волнухин А.В., 2019).

В настоящее время оптимизация оказания стоматологической помощи идёт не только по пути разработки новых технологий и методов оказания помощи, но и совершенствования организационных подходов, внедрения современных материалов, обеспечения качества оказания помощи.

Частная система здравоохранения в РФ за последние 15 лет стала одним из самых быстрорастущих секторов экономики (Щепин О.П., 2009; Коробко И.В., 2010). С 1998 по 2008 годы объём частной медицины вырос в 10 раз. Однако, доля субъектов частной системы здравоохранения в РФ не превышает 5-10% от общего числа субъектов медицинской деятельности (в Израиле 12%, в странах Евросоюза 15%, в США 20%).

В России отмечена существенная разница между государственными тратами на охрану здоровья и затратами населения - почти 40% (в других странах – 15-30%); это обосновывает большой потенциал развития частного сектора (Нецепляев Д.А., 2011).

Основные направления развития рынка в условиях сокращения финансовых доходов, по мнению некоторых авторов (Григорьян Б.В., 2005; Древина Г.Р., 2006; Ермаков Ю.В., 2012) – это дальнейшее полярное разделение его на государственный и частный сектора оказания стоматологической помощи, а также открытие и дальнейшее расширение платных стоматологических отделений в государственных стоматологических организациях. Для крупных городов (Москва, Санкт-Петербург, областные

центры) характерна тенденция к открытию узкоспециализированных стоматологических медицинских организаций по оказанию однопрофильной стоматологической услуги, либо, наоборот, крупных сетевых объединений (Зайцева И.Н., 2007; Гринин В.М., 2018). Для частных стоматологических организаций достаточно актуальна тенденция корректировки деятельности стоматологических организаций в зависимости от изменения конъюнктуры рынка. Итогом реализации данных тенденций будет не только стимулирование и мотивация граждан к сохранению собственного стоматологического здоровья, к возрастанию уровня обслуживания, но и к развитию конкуренции – всё вместе это приведёт к повышению качества стоматологических услуг.

При этом на рынке стоматологических услуг в крупных городах сосуществуют 2 формы организации деятельности частных клиник: это самостоятельные частные клиники разной так называемой «кресельной» мощности (от 1-2 стоматологических кресел до 8-10) и крупные сетевые предприятия, объединённые в структурно-функциональном выражении в единую сеть. При этом такие частные клиники, формально сохраняя самостоятельность внутри сети (по отдельным аспектам обращаемости пациентов, финансирования и т.д.), на деле в функциональном отношении взаимозависимы друг от друга. Особенно это касается таких направлений функционального объединения, как разные виды оказания помощи, комплектация клиник соответствующими врачами, специальное материально-техническое обеспечение лечебного процесса и т.д. Стоит отметить также иногда влияющие на конечный результат территориальные различия, особенности обращаемости пациентов, их заболеваемости и пр. Всё это до сих пор не подвергалось научному анализу.

Основные аспекты конкурентоспособности частных стоматологических организаций на рынке (такие, как реализация всех видов стоматологических услуг, высокая пропускная способность, оптимальная численность пациентов на одного врача-стоматолога) также до сих пор не изучены (Копасов Е.А.,

2004). Не имеют полноценного теоретического и практического обоснования и внедрения в здравоохранение такие основные элементы управления данными организациями, как маркетинговая система, управление качеством и персоналом, бизнес-план, система инвестиций, ценовая политика, рекламная стратегия, социальные программы, сбалансированность которых, несомненно, будет способствовать устойчивому развитию ЧСМО, высокой деловой активности и получению стабильной прибыли. Всё это обусловило актуальность настоящего исследования.

Степень разработанности темы исследования.

Изучением вопросов рыночных взаимоотношений между медицинскими организациями, эффективного управления ими, совершенствования управления качеством медицинской помощи, конкурентоспособности организаций в медицинской сфере, особенностям предпринимательства занимались Сивцева В.Е. (2006), Трофименко А.Е. (2006), Свистунова Е.Г. (2011), Линденбратен А.Л. (2012), Гринин В.М. (2017).

В условиях современного рынка стоматологических услуг, на фоне всё более конкурирующих экономических взаимоотношений частные медицинские организации занимают всё большую долю в структуре оказания помощи (Апарин И.С., 2007; Горячев Д.Н., 2016; Гринин В.М., 2018). Это касается не только её объёмов, но и показателей обращаемости населения, финансирования, проведения торгово-закупочных операций для обеспечения лечебной деятельности по стоматологическому сектору и т.д. Мнение большинства исследователей солидарно: ЧСМО с каждым годом будут составлять всё большую конкуренцию государственным и муниципальным поликлиникам (Суслин С.А., 2010; Карлова П.О., 2015; Гринин В.М., 2017; Каялов Р.М., 2017).

Отдельные аспекты деятельности частных клиник в оказании стоматологической помощи населению в настоящее время хорошо изучены. При этом, по прогнозам специалистов, их роль с каждым годом будет возрастать на фоне снижающегося бюджетного финансирования отрасли,

сервисных и иных предпочтений населения, динамики обращаемости (спроса) в государственный, муниципальный и частный сектора рынка и т.д.

Клинико-организационные особенности деятельности ЧССО, их функционирование в условиях рынка практически не подвергались вниманию исследователей. Роль сети медицинских организаций, объединённых в структурно-функциональном отношении, также не рассматривалась с точки зрения клинической, организационной, экономической эффективности.

Дальнейшее развитие частного стоматологического медицинского сектора, очевидно, будет состоять в скорейшем расширении объёма лицензирования для частной практики, внедрении института саморегулирования, введения понятия «государственно-частное партнёрство» в стоматологии и расширении на основе этого сотрудничества государственных и частных медицинских организаций (Коробко К.И., 2010).

Цель исследования – научное обоснование клинико-организационной модели оказания стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в условиях сетевой формы частных стоматологических организаций и разработка основных направлений её развития.

Задачи исследования:

1) разработать и внедрить концептуальную модель оказания комплексной стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в условиях сетевой формы частных стоматологических организаций;

2) изучить особенности обращаемости и оказания стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в ЧССО;

3) дать характеристику финансово-экономической деятельности ЧССО ;

4) на основании комплексной оценки ЧССО определить возможности планирования её медицинской деятельности и финансирования;

5) оценить клиническую эффективность функционирования ЧССО при оказании стоматологической помощи на основе дентальной имплантации;

6) проанализировать особенности затрат пациентов на получение стоматологической помощи в ЧССО, на основе этого выделить тенденции формирования доходности ЧССО для расчёта прогнозных зависимостей;

7) обосновать ранжирование клиник и этапность оказания стоматологической помощи в условиях ЧССО;

8) дать научное обоснование применения дисконтирования в ЧССО в условиях рынка, оценить его клиническую и маркетинговую эффективность;

8) проанализировать клинические и организационные аспекты удовлетворённости пациентов, получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации в условиях ЧССО.

Научная новизна исследования. Впервые дана комплексная характеристика особенностей стоматологического здоровья пациентов, получавших помощь на основе дентальной имплантации в сетевых и несетевых ЧСМО, детально проанализированы клинические и организационные особенности оказания такой помощи в условиях сетевой формы организации ЧСМО. Впервые подробно изучены особенности финансово-экономической деятельности ЧССО, детально проанализированы статьи расходной части, доходной части, прибыльность частной клиники, с учётом влияния разных факторов. Дано научное обоснование планирования клинической, организационной деятельности ЧССО, затрат её ресурсов и финансирования, что позволило обеспечить её эффективную работу на долгосрочный период. Предложен и обоснован принцип ранжирования клиник, что позволяет сконцентрировать современное оборудование и ведущих специалистов сети в головной клинике с возможностью получать технологичную стоматологическую помощь пациенту, обратившемуся в любую из клиник сети, а также обеспечить этапность оказания помощи и снизить стоимость лечения.

На основании анализа затрат пациентов и расходов ЧССО на обеспечение оказания стоматологической помощи выделены и научно обоснованы основные тенденции формирования доходности ЧССО, использованные для

расчёта прогнозных зависимостей. Впервые подробно изучены особенности применения дисконтирования в деятельности ЧССО в условиях современного рынка, оценена его клиническая, организационная и маркетинговая эффективность. Впервые подробно проанализированы клинические и организационные аспекты удовлетворённости пациентов, получавших стоматологическую помощь в условиях ЧССО. Научно обоснованы организационные схемы оказания стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в условиях ЧССО.

Теоретическая и практическая значимость исследования.

При организации сетевой структуры стоматологических клиник обосновано применение организационно-функциональной схемы, построенной по ранговому принципу с созданием головного лечебно-методологического центра, что дает возможность обеспечить преемственность, последовательность и доступность диагностики и лечения, эффективное использование ресурсов и медицинских кадров. Соблюдение в ЧССО принципа единообразия в виде использования однотипного диагностического оборудования и единого клинико-методического подхода в подразделениях сети позволяет уменьшить число диагностических ошибок и, следовательно, осложнений комплексного лечения с использованием дентальных имплантатов.

Обоснованы принципы и критерии формирования дисконтных программ внутри ЧССО с учетом социальных и маркетинговых факторов, позволяющих повысить посещаемость клиник пациентами, их комплаентность.

Разработана концептуальная модель оказания комплексной стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в условиях сетевой формы организации. Научно обоснована высокая эффективность сетевой формы организации ЧСМО в лечении, реабилитации и профилактике возможных осложнений при использовании дентальной имплантации, с учетом возрастных и других особенностей пациента, его комплаентности,

состояния здоровья, соблюдения профилактических мероприятий, графика контрольных посещений, объема проведённого лечения и его прогноза.

Обосновано формирование индивидуального алгоритма послеоперационного наблюдения и адаптации после проведения комплексного лечения с использованием дентальной имплантации.

Методология и методы исследования. Научная работа выполнена на базе сетевых и несетевых ЧСМО г.Москвы, в соответствии с принципами и правилами доказательной медицины. В соответствии с целью предметом исследования явилась организация оказания стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в сетевых и несетевых ЧСМО, клиническая, организационная и экономическая эффективность оказания помощи. Объектом исследования послужили пациенты, получавшие помощь на основе и без дентальной имплантации, врачи-стоматологи. Методологическую основу исследования составили показатели заболеваемости, объёма оказанной помощи, экспертные оценки, статистические и экономические расчёты. Использовались общенаучные методы: клиническое наблюдение, аналитический, социологический и статистический методы, обобщение, сравнение, аналогия, моделирование.

Положения, выносимые на защиту:

1) ЧССО – наиболее эффективная организационно-функциональная модель медицинской организации для частного сектора, в полной мере реализующая клинические, организационные и маркетингово-сервисные составляющие качества оказания медицинской помощи. ЧСМО, объединённые единым центром и решающие задачи преемственности, последовательности и доступности лечебно-диагностического процесса, включая методы дентальной имплантации, позволяют обеспечивать высокий уровень и качество, при этом сохраняя социальную и экономическую адаптированность для разных возрастных групп населения (клиенто-ориентированность, в т.ч. за счёт внедрения дисконтных программ).

2) Организация в структуре ЧССО головной клиники с единым центром управления, контроля и порядка 5-7 равноценных клиник первичного звена, осуществляющих приём основного числа пациентов, позволяет обеспечивать: а) эффективное оказание стоматологической помощи, в т.ч. с позиций преемственности, комплексности и единообразия большей доступности технологических видов помощи, в том числе на основе дентальной имплантации, б) контроль качества её оказания, в) управление ресурсами клиник, в том числе торгово-закупочными, г) реализацию грамотной ценовой политики, в т.ч. максимально адаптированной для разных возрастных и социальных категорий пациентов, д) осуществление дисконтных программ для привлечения пациентов и повышения маркетинговой эффективности ЧССО, е) управление персоналом (перемещение его внутри сетевой структуры, повышение квалификации, переобучение на дополнительные специальности и т.п.), ё) стратегическое планирование деятельности ЧССО, ее развитие, разработку стратегии позиционирования на рынке и т.д.

3) Установленные линейные и нелинейные закономерности динамики повозрастных показателей позволяют осуществлять планирование и финансирование лечебных мероприятий в деятельности ЧССО, прогнозирование объёмов помощи и занятость разных специалистов на всех этапах её оказания, результатом чего будет более эффективное распределение ресурсов.

4) Установлены различия в саногенетическом поведении пациентов: получавшие стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации более ориентированы на санацию рта и на зубопротезирование, т.е. на законченное целостное лечение.

5) Доходность ЧССО составляет 26,8% от общей стоимости оказанной помощи (в несетевых 17,0%); наибольшую долю прибыли даёт зубопротезирование (49,0%), в 2 раза меньше санация рта и дентальная имплантация (24,8% и 26,2%). Выбор пациента в части дентальной

имплантации более чем в 2 раза удорожает стоимость всех этапов стоматологического лечения и соответственно доход клиники.

6) Внедрение дисконтных программ в ЧССО, адаптированных для разных возрастно-социальных групп пациентов, обеспечивает маркетинговую, клиническую и организационную эффективность.

Личный вклад автора. Автору принадлежит ведущая роль в выборе направления исследования, анализе и обобщении полученных результатов. Им лично сформирована база исследования, отобраны группы и подгруппы исследования, проведено лечение и динамическое наблюдение всех пациентов, разработка концепции и структуры ЧССО, научный анализ и взаимосвязи результатов исследования, внедрение результатов в практику ЧССО. В работах, выполненных в соавторстве, автором лично проведены сбор материала, обработка и описание полученных результатов, сопоставление литературных данных. Лично проведены оценка и анализ полученных результатов, сформулированы выводы и практические рекомендации.

Внедрение результатов исследования в практику.

Результаты работы внедрены в практическую деятельность: ООО «Доктор Мартин», ряда ЧСМО г.Москвы, используются в системе последипломной подготовки ординаторов, аспирантов и врачей на кафедре ортопедической стоматологии РУДН, кафедрах Института стоматологии Сеченовского университета, кафедре стоматологии РМАНПО МЗ РФ.

Степень достоверности и апробация результатов.

Объективность и достоверность результатов исследования обеспечена достаточным объёмом и репрезентативностью проанализированного материала, использованием традиционного и адекватного цели и задачам научно-методического аппарата, статистических методов обработки. Полученные результаты сопоставимы с имеющимися сведениями и результатами подобных исследований.

Основные материалы работы доложены на учебно-методических конференциях кафедр Института стоматологии Сеченовского университета

(2017, 2018, 2019), 13th International Friadent Symposium “Focused on your Practice Success” (2008), Научно-практ.конф. «Актуальные вопросы стоматологии», посвящённой 20-летию стом.фака РязГМУ им.И.П.Павлова (Рязань, 2011), Республиканской научно-практ.конф. «Профилактика основных стоматологических заболеваний» (Уфа, 2011), Всер.научно-практ.конф. с межд.участием «Общественное здоровье и здравоохранение 21 века: проблемы, пути решения, подготовка кадров», посв.90-летию кафедры ОЗЗ ПМГМУ (Москва, 2012), International Osteology Symposium in Monaco (2013), Межд.научно-практ.конф. по имплантологии и эстетической стоматологии «Актуальные концепции эстетической реабилитации на имплантатах» (Москва, 2013), Межрегиональной научно-практ.конф. «Современные технологии лечения стоматологических заболеваний», посв. 70-летию РязГМУ им.И.П.Павлова (Рязань, 2013), Межд.научно-практ.конф. по имплантологии и эстетической стоматологии «Актуальные концепции функциональной и эстетической реабилитации при полной адентии» (Москва, 2014), 31 Всер.научно-практ.конф. «Актуальные проблемы стоматологии» (Москва, 2014), Межд.симпозиуме «Современные технологии создания эстетичных реставраций. Достижения и противоречия» (Москва, 2015), Межд.конф. по имплантологии и эстетической стоматологии «Сложные эстетические протоколы имплантологического лечения» (Москва, 2015), 6 Всер.научно-практ.конф. «Остеосинтез лицевого черепа» (Москва, 2016), Межрегиональной научно-практ.конф. «Современное состояние и пути улучшения доступности и качества стоматологической помощи населению» (Рязань, 2016), Российско-французском научном форуме «Актуальные вопросы теории и практики пародонтологии и имплантологии» в рамках 18 Всероссийского конкурса пародонтологов (Москва, 2017), Межд.конф. «Реабилитация пациентов с полной адентией с использованием дентальных имплантатов» (СПб, 2017), 3 и 4 межд.съездах специалистов цифровой стоматологии (Москва, 2016, 2017), 2 межд.стом. конгрессе Dentsply Sirona Word (Москва, 2018), апробация диссертации проведена на расширенном

заседании кафедр Института стоматологии Сеченовского университета (Москва, 2020).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертация соответствует научному паспорту специальности 14.01.14 – Стоматология, п.1-3, 6 .

Публикации. По теме диссертации опубликована 31 работа, в том числе 20 статей в журналах, рекомендованных ВАК РФ, и 1 в зарубежной печати, индексируемой Scopus.

ГЛАВА 1. ЧАСТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ИХ МЕСТО НА РЫНКЕ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1.Медико-социальная роль стоматологических заболеваний.

Стоматологические заболевания являются одними из социально значимых патологий человека, при этом обращаемость населения за стоматологической помощью также относится к одной из самых массовых [17, 45, 58, 96, 135, 181, 201, 311, 344, 346, 350]. Это диктуется высокой распространённостью стоматологических заболеваний, которая, несмотря на принимаемые меры, остаётся на существенном уровне: по данным Малинина А.Н. [188], обследовавшего разные возрастно-половые категории пациентов, среднее значение индекса КПУ у населения составило 16,0 зубов. Как указывает Малинин А.Н., «нуждаются в лечении кариеса зубов 94,0% пациентов, пульпита и периодонтита – 54,6% пациентов, заболеваний пародонта – 81,1%». Высокие показатели распространённости и интенсивности стоматологических заболеваний на материале г.Санкт-Петербурга приводит также Павлова С.Г. [221]. По данным Масумовой В.В. [193], у населения Саратовской области распространённость осложнений кариеса составила 88,23%, интенсивность кариеса 4,03 зуба, а более половины эндодонтически лечённых зубов подлежало перелечиванию.

На высокую обращаемость городского населения за стоматологической ортопедической помощью указывает Прокудин И.Н. [234] (1038,2 на 1000 населения Белгородской области – выше среднего показателя по РФ 928,9‰), которую автор связывает прежде всего с хорошей доступностью. Число санированных на 1000 населения здесь также было выше, чем в среднем по РФ (217,0 и 172,6 соответственно) при меньшем числе посещений (4,78 и 5,38 на 1 санированного).

Хорошее состояние здоровья отмечают у себя только 21,5% жителей Саратовской области, остальные – удовлетворительное и плохое, причём с негативной тенденцией (Эмирвелиева О.П. [337]).

Большое число современных исследований посвящено изучению особенностей организации стоматологической помощи населению на основании показателей заболеваемости в разных регионах, возрастно-половых и социальных группах населения [5, 132, 133, 197, 354].

Особенности организации оказания пародонтологической помощи в муниципальных стоматологических организациях изучила Крутер И.В. [148]. Ею доказано, что основная часть «обращений на пародонтологическом приёме связана с удалением назубных отложений и другими гигиеническими мероприятиями (44,2%); хирургическое лечение заболеваний пародонта осуществлялось у каждого девятого пациента (11,3%)». Крутер И.В. установила, что «при практически равных показателях обращаемости населения муниципального района на традиционном терапевтическом стоматологическом приёме и на пародонтологическом приёме (12,6-12,8 чел/смену и 11,7-12,9 чел/смену, в том числе первичных 4,25 и 2,16 чел./смену, или 15,2% и 13,7%) показатели выработки врачей были выше на последнем (44,7 УЕТ/смену против 55,0 УЕТ/смену, в пересчёте на 1 пациента - 3,41-3,63 УЕТ и 4,42-4,50 УЕТ), $p<0,01$. Доля излеченных составила соответственно 23,7-24,4% и 13,1-18,2%, в том числе от первичных 74,7% и 92,6% ($p<0,05$)». Аналогичные результаты приводят авторы [34, 92].

Крутер И.В. [148] установлены различия мотивационной обращаемости населения муниципального района г.Москвы на пародонтологическом приёме: по её данным, «основная мотивация обращения лиц из числа мигрантов - острая боль или срочная необходимость лечения (60,0%); плановое лечение у пародонтолога (35,0%), эстетическое лечение (5,0%). У лиц из числа коренного населения две трети пациентов (по 37,5%) обращались по поводу острой боли или планового лечения у пародонтолога, в 2 раза реже

(17,8%) - обращения с целью эстетического восстановления, и 7,1% - с профилактической целью ($p<0,05$)».

Развил отдельные положения этой темы Хлынин С.В. [296]. Подтвердив особенности обращаемости и структуры заболеваемости на пародонтологическом приёме, автор выделил 6 групповых факторов риска развития пародонтита. По данным Хлынина С.В., «среди изученных групповых факторов риска 1-е ранговое место заняло наличие у пациентов сопутствующих хронических соматических заболеваний, в частности, болезней системы кровообращения, панкреатита и холецистита (при возможном максимальном значении факторной нагрузки (ФН), равном 1, при указанных заболеваниях ее величина составила 0,731-0,771). Групповой фактор 2-го ранга, характеризующий неблагоприятные параметры производственной среды, позволил выделить такие приоритетные факторы, как значительная физическая нагрузка (ФН=0,618), вибрация (ФН=0,580), гиподинамия, шум и загрязненность рабочей зоны. Факторы 3-го ранга - это неудовлетворительная гигиена рта (ФН=0,929) и неправильный прикус (ФН=0,927). Факторы 4-го ранга - это неполноценное и некачественное питание, 5-го ранга - курение и употребление алкоголя и 6-го ранга — медицинский фактор (нерегулярное лечение заболеваний пародонта). Доказано, что риск развития заболеваний пародонта возрастает в группах лиц с низким уровнем доходов и при индексе массы тела, равном 24 и более независимо от половой принадлежности».

При этом Шлыкова Е.А. на материале Воронежской области поставила высокую пародонтальную заболеваемость и особенности её профилактики в зависимость от медико-социальных аспектов жизни населения (возраст, занятость, уровень образования, профессиональный статус и др.) [326].

Хлынин С.В. пишет, что «определение потребности больных с заболеваниями пародонта в различных видах профилактической и лечебно-диагностической помощи необходимо выполнять с учетом фактической пародонтологической заболеваемости взрослого населения», составляющей,

по мнению Хлынина С.В. [296], не менее 600 промилле. «Уровень патологической пораженности взрослой популяции целесообразно уточнять в ходе ежегодных мониторинговых наблюдений. Необходимый уровень кадрового обеспечения корректируется с той же периодичностью на основе полученных данных и с учетом нормативной нагрузки врача-пародонтолога (25 УЕТ в смену) и врача-физиотерапевта (50-60 физиотерапевтических УЕТ в смену)».

Хлынин С.В. определил «долю взрослого населения, получающего указанные виды стоматологической помощи, - это 20-25% респондентов, в том числе 11-14%, обслуживающихся по полису ОМС, 10-12% - обращающихся в учреждения частной системы здравоохранения. В структуре причин низкой доступности существующей системы, пародонтологической помощи на 1-м месте находится доступность временная (неудобный график работы специалиста - 44,0%), на 2-м -доступность пространственная (удаленность поликлиники от места жительства - 36,0%), на 3-м месте - доступность экономическая (необходимость оплаты лечения - 18,0%). В структуре причин недоступности пародонтологической помощи недостаточная квалификация специалистов занимает лишь 2,0%. Независимо от формы собственности стоматологических учреждений удовлетворены качеством лечения болезней десен только 18-20% респондентов».

Следует согласиться с мнением Хлынина С.В. и других авторов о том, что «при научном обосновании совершенствования медицинской помощи больным с заболеваниями пародонта следует исходить из возможностей муниципальных поликлиник, поскольку диспансерный метод наблюдения достаточно трудно адаптируется стоматологическими клиниками, работающими в рамках частной системы финансирования. Авторы рекомендуют увеличение кадровых ресурсов стоматологической службы административной территории на 20%, также на 20% необходимо увеличить объемы государственного заказа на стоматологическую помощь с учетом

увеличения объемов пародонтологической и физиотерапевтической помощи взрослому населению» [217, 242, 270].

Кресникова Ю.В. [146] проанализировала результаты стоматологического ортопедического лечения больных с частичным отсутствием зубов. Проведя анализ по 4 регионам страны (Москва, Тульская область, Красноярский край, Калининградская область), автор установила практически однородность заболеваемости и результатов лечения. В 68% случаев до сих пор используются штампованно-паяные конструкции, не менее 89,47% пластиночных протезов требуют замены. Средние сроки службы протезов, как установила автор, составляют 6,23 лет для несъёмных мостовидных протезов и 5,38 лет для съёмных протезов. Основные проблемы службы зубных протезов автор связывает с дефектами опорных зубов. Аналогичные данные приводят исследователи [70, 90].

Кустов И.Н. [169] изучал организацию стоматологической ортопедической помощи в частных медицинских организациях. Автором установлены демографические и сезонные тенденции обращаемости, особенности труда врачей (затраты времени на приём одного пациента составили 1 ч 30 мин). Наибольшая потребность у пациентов состоит в изготовлении мостовидных протезов (34,35%), на втором месте – частичных съёмных протезов (19,97%) и одиночных коронок (15,08%). Основной мотивацией пациентов при обращении в частные медицинские организации за стоматологической ортопедической помощью является неудовлетворённость подобным приёмом в государственных стоматологических поликлиниках.

Возный А.В. [55] дал научное обоснование совершенствования организации стоматологической ортопедической помощи (на примере Тюменской области). Автор указывает на высокую частоту заболеваемости зубов, высокую распространённость их частичного или полного отсутствия (не менее 92,4% обследованных нуждаются в ортопедической стоматологической помощи), при этом лишь 35,9% лиц полностью обеспечены зубными протезами. Автор разработал структурно-

функциональную модель, включающую в себя оценку кадрового потенциала, учёт материально-технического обеспечения клиники, оптимизацию планирования службы.

В работах [5, 26, 42, 203, 383, 388] всесторонне изучены особенности стоматологической заболеваемости населения в зависимости от разных факторов: социального, полового, возрастного и т.д. Исследователи, прицельно занимавшиеся этим вопросом, отмечают плохой уровень стоматологического здоровья населения практически всех возрастных групп. При этом, если у лиц пожилого и старческого возраста отмечается в среднем превалирующее количество удалённых и разрушенных зубов, то в зрелом возрасте у пациентов имеет место большое количество запломбированных зубов, а в молодом возрасте – большое количество кариозных зубов [73, 81]. Другими словами, авторы [140, 360, 362] считают, что начинать лечебно-профилактические мероприятия в стоматологии нужно именно с молодого возраста, тем более что в этом возрасте у пациентов уже обоснована потребность в лечении зубов, кроме того, сразу же необходимо формировать мотивированность к своевременному лечению у врача-стоматолога и в соблюдении гигиенических и профилактических мероприятий. Вероятно, именно формирование грамотной и продуктивной мотивации у пациентов будет служить одним из важнейших факторов обеспечения у них хорошего уровня стоматологического здоровья и эффективного проведения лечебно-профилактических мероприятий [97, 151, 199, 204].

Аналогичные результаты показал Каплан З.М. [124], изучивший состояние стоматологического здоровья молодёжи г.Москвы и отметивший в первую очередь высокую распространённость заболеваний зубов и пародонта. Им также выявлены основные факторы, влияющие на их уровень стоматологического здоровья: фактор пола (у юношей выше распространённость дефектов зубных рядов и число удалённых зубов), фактор возраста, фактор места учёбы, а также «высокая стоматологическая активность, достоверно влияющая на улучшение стоматологического

здоровья». При этом Каплан З.М. указывает, что распространённость стоматологически активной молодёжи невысока (27,5%), однако «субъективная оценка ею собственного стоматологического здоровья является неадекватно высокой, что оказывает негативное влияние на стоматологическую активность» (по мнению автора, самооценка наименее адекватна у юношей 15-16 лет). Каплан З.М. [124] полагает, что «стоматологически активное поведение юношей характеризуется более высокой превентивной эффективностью; рост стоматологической активности девушек в основном провоцируется негативными изменениями в состоянии собственного здоровья; последнее характерно также для студентов вузов и медицинских учебных заведений ($p<0,05$)». При этом, по мнению автора, стоматологически активное поведение пациентов обусловливается прежде всего микросоциально-семейными условиями жизни. К таковым он относит: «а) характеристики воспитательной активности, образ жизни, социальные кондиции родителей; б) характеристики структурной сохранности, функциональной полноценности и социально-бытового благополучия семьи; в) факторы, косвенно связанные с семейным микросоциумом (посещение детских дошкольных учреждений, наличие знакомых врачей-стоматологов). К числу личностно-психологических свойств молодёжи, определяющих стоматологически активное поведение, относятся: а) характерологические черты (выраженность ответственности), зависимости и конформности, недоверчивости и скептицизма; б) кондиции психического здоровья (уровень невротизации); в) ценностные ориентации (отношение к приоритетности условий, способствующих сохранению и укреплению индивидуального здоровья), г) параметры субъективной оценки состояния собственного стоматологического и общего здоровья, частоту возникновения зубной боли, д) отдельные характеристики образа жизни».

Солидарен с Капланом З.М. и Проценко А.С. [235], подробно рассмотревший состояние стоматологического здоровья студенческой молодёжи г.Москвы. Обследовав студентов 16-25 лет медицинских и

немедицинских вузов, автор констатирует неудовлетворительный уровень их стоматологического здоровья: в частности, за последние десятилетия, по данным Проценко А.С., «имел место существенный рост распространённости кариеса зубов (с 90,2% до 98,1%), патологии пародонта (с 65% до 86%)». В связи с этим им установлена «высокая потребность студенческой молодёжи в стоматологической помощи: 93% нуждаются в терапевтическом стоматологическом лечении, в том числе 35% - в эндодонтическом лечении, 67% - в ортопедическом стоматологическом лечении, 41,5% - в пародонтологическом лечении и т.д.». При этом автор констатирует, что внедрение в стоматологическую сферу рыночных отношений не способствовало улучшению стоматологического здоровья молодёжи. Лечение в частных стоматологических организациях считают доступным лишь 33% из них, при том что лечение в государственных не удовлетворяет большинство студентов из-за низкого качества и существующих организационных проблем, в связи с чем 28% обследованных студентов практически не посещают их. Всё это, безусловно, не могло не сказаться на их уровне стоматологического здоровья.

Социально-гигиеническое исследование уровня стоматологического здоровья молодёжи дано Семенченко Е.Г. [254]; автор поставила это в основу организации комплексных оздоровительных мероприятий данной категории пациентов на уровне первичной медицинской помощи. Автор доказала необходимость внедрения программно-ценового планирования оздоровительных мероприятий (на примере подростков и молодёжи); поднятие показателей оздоровления данных контингентов автор видит в том числе через диспансерный учёт, а также участие в этом процессе военных комиссариатов (силами передвижных стоматологических бригад). При этом автор констатирует определённую двойственность в стоматологическом обслуживании, а иногда даже дублирование в части осмотров, проведения профилактической и санпросветработы и т.д. (школьные стоматологи и врачи-стоматологи стоматологических поликлиник). Для преодоления этого автор

предлагает выделить базовые муниципальные образования для проведения мониторинга стоматологической заболеваемости с целью выявления динамических сдвигов в состоянии стоматологического здоровья групп повышенного риска.

Многие авторы уделяют внимание профилактике как важной составляющей обеспечения стоматологического здоровья [144, 359, 371, 372, 395]; Прокудин И.Н. [234] свидетельствует о низкой валеологической грамотности населения в части профилактики. Баширов М.Б. [32] рассмотрел организационные аспекты профилактики стоматологических заболеваний в стоматологических клиниках разных форм собственности. Автор указывает на крайне низкую долю профилактической работы практически в любых стоматологических организациях, и на невысокое понимание значимости её как со стороны врачей, так и пациентов (ежегодно констатируется снижение охвата пациентов профилактическими осмотрами). Автором обоснованы методологические подходы к формированию программ профилактики, а также сконструирована 4-уровневая модель развития стоматологической службы. При этом он рекомендует создавать отдельные медицинские организации только профилактической направленности, что вряд ли может считаться действенным в современных условиях.

Оказание стоматологической помощи в городской многопрофильной поликлинике, по данным Курбанова С.Д. [165], в основном ориентировано лишь на лечебную составляющую терапевтического и хирургического приёма и характеризуются меньшими долями санированных, практически полным отсутствием профилактических мероприятий и радикализацией подходов в части сохранения зубов (на стоматологическом хирургическом приёме).

Особенности оказания стоматологической помощи в условиях смешанного финансирования рассмотрел Хубаев С.С. [300]. На материале Чеченской республики автор констатирует, что резкое снижение финансирования профилактических программ в регионе привело к существенному подъёму заболеваемости кариесом. С другой стороны,

внедрение в последние годы первичной профилактики кариеса зубов за счёт средств ОМС и бюджетного финансирования позволило снизить поражаемость кариесом на 32,3%.

Особенности смешанного финансирования стоматологической службы и функционирования стоматологических клиник в этих условиях рассмотрела Калинина В.Н. [121]. Она установила, что даже на этапах внедрения программ профилактики имеет место недостаточное финансирование стоматологической помощи по программам ОМС в Рязанской области привело практически к полной поражаемости кариесом. При этом автор отметила интересную тенденцию: даже в условиях высокой заболеваемости основная масса пациентов неосложнённый кариес лечит в рамках ОМС, а осложнённый кариес (пульпит, периодонтит) – в рамках платного приёма. При этом доля профилактических обращений как на платном, так и на ОМС-приёмах была очень низкой.

В настоящее время оптимизация оказания стоматологической помощи населению идёт не только по пути разработки новых технологий и методов оказания помощи, но и совершенствования организационных подходов, обеспечения и внедрения современных материалов, обеспечения качества оказания помощи [94, 95, 373].

Большое значение современными исследователями в части эффективной организации медицинской помощи придаётся соблюдению прогрессивных технологий и материально-техническому обеспечению лечебно-диагностического процесса (стоматология является одной из наиболее материалоёмких специальностей) [141, 380]. Вопросы организации стоматологической терапевтической помощи на основе обеспечения её технологиями рассмотрела Рогачкова Е.А. [243]; ею установлена более высокая укомплектованность частных и ведомственных стоматологических организаций по сравнению с государственными и муниципальными, что обеспечивает высокое разнообразие выполняемых работ. Автором разработан классификатор услуг, работ и технологий, позволяющий систематизировать

методы стоматологического лечения, определять разряд стоматологической медицинской организации и табель оснащения рабочего места врача стоматолога-терапевта, особенно в части обеспечения использования современных технологий стоматологического терапевтического лечения.

Работа Филимоновой Л.Б. [289] посвящена обеспечению качества медицинских услуг в условиях базовой стоматологической поликлиники. Автор (на материале г.Рязани) отмечает рост объёма стоматологической терапевтической помощи в одно посещение, рост количества платных услуг при снижении доли бюджетного приёма. По её мнению, эти различия связаны с возможностью предоставления на платном приёме более широкого перечня стоматологических услуг, хорошей оснащённостью, возможностью использования дорогостоящих технологий и высокоэффективных импортных материалов.

Филимонова Л.Б. считает, что «в современных условиях приоритетный характер приобретают меры медико-социального и организационного характера, направленные на разработку путей обеспечения качества стоматологических услуг населению, включающих заключение эксперта, расчет показателей, характеризующих качество и эффективность стоматологической помощи, изучение удовлетворенности пациентов стоматологической помощью» [289].

Петраш Д.А. [222] оценил понятие качества лечения в терапевтической стоматологии и определил влияние на него клинических и организационных технологий, в частности, мотивирующих пациента к достижению комплексной санации рта. По данным автора, несмотря на платный характер оказываемой помощи в частных стоматологических организациях, каждый третий респондент даже при низком доходе готов выделить средства на своё лечение (это говорит о том, что пациенты не экономят на собственном стоматологическом здоровье, а также свидетельствует о их недоверии государственным (муниципальным) поликлиникам, раз они хотят тратить средства на платное лечение в частных клиниках). Это доказал автор: по его

мнению, одним из решающих факторов обращаемости в частные стоматологические организации является невысокое качество помощи в государственных и муниципальных поликлиниках в сочетании с сервисными составляющими (внимание персонала, потери времени и др.). Автор также доказал влияние фактора тщательной объективной визуализации стоматологической патологии, что повышает доверие к врачу. По мнению Петраша Д.А., «реалистичная фотосессия динамики стоматологического лечения конкретного пациента несёт маркетинговую эффективность для стоматологической клиники в размере 20,7%». Второй по эффективности фактор, влияющий на принятие решения о получении помощи, - фактор совокупного среднедушевого дохода на одного члена семьи. Инновационные технологии, направленные на объективную визуализацию стоматологической патологии, применяют в среднем 40% обследованных врачей-стоматологов.

Разработке эффективной модели организации стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста на основании клинико-статистического анализа заболеваний зубов и тканей полости рта посвящено докторское исследование Чижова Ю.В. [309]. Автор на основании обследования пациентов пожилого и старческого возраста в домах-интернатах отмечает их высокую потребность в лечении стоматологических заболеваний. Это автор связывает в первую очередь с массой клинических и социальных факторов; к последним он относит «специфические особенности образа жизни и факторы риска, влияющие на формирование различных заболеваний: низкий уровень медицинской информированности и медико-социальной активности, выраженная степень функциональных ограничений, неблагоприятные гигиенические условия проживания, качество питания с отсутствием индивидуального подхода при полном и значительном отсутствии зубов и протезов, неблагоприятные социально-психологические характеристики и неадекватность поведенческих реакций, состояние одиночества, слабая социальная активность и социально-экономическая незащищенность, низкая платежеспособность в приобретении необходимых

дорогостоящих лекарств и др.». Чижов Ю.В. установил наличие корреляции воздействия факторов риска образа жизни обследованного им контингента лиц и условий проживания их в домах-интернатах на формирование хронических форм заболеваний и стоматологической патологии. Кроме того, существенное влияние оказывает выраженная полиморбидность.

При этом, по мнению автора, комплексный стоматологический ортопедический статус, включающий в себя коэффициент замещённости зубных рядов у стариков, проживающих в домах-интернатах, был в 3 раза ниже, чем у тех, кто жил в семьях. Автор считает, что состояние стоматологического здоровья у таких лиц нужно оценивать комплексно, в виде сочетания критериев поражённости рта и комплексного стоматологического ортопедического статуса. С учётом комплексного анализа, автором предлагаются 2 модели оказания стоматологической помощи – децентрализованная (с увеличением объёма услуг, предоставляемых территориальной стоматологической поликлиникой) и централизованная (с региональным гериатрическим многопрофильным центром). С целью координации стоматологической помощи автор применяет комплексное целевое планирование и реализацию региональных условий лечебно-оздоровительных программ для стариков.

Кабанова А.В. [117] рассмотрела медико-экономические аспекты оказания стоматологической помощи взрослому населению в современных условиях. Автором сделан важный вывод: обращаемость населения за медицинской помощью в государственные клиники с запущенными случаями стоматологических заболеваний не зависит от обеспеченности населения врачами-стоматологами. По данным автора, не менее 75,4% мужчин и 80,1% женщин получают стоматологическую помощь при запущенных случаях заболеваний. Автор считает, что число обращений к врачу-стоматологу возможно снизить на 26,9% за счёт повышения приверженности населения первичной профилактике и на 24,2% - за счёт интенсификации вторичной профилактики стоматологических заболеваний. Из числа предлагаемых

автором федеральных мер: внедрение системы внешнего контроля качества медицинских услуг с функциями внешней экспертизы. Автор предлагает также отменить оказание бесплатной амбулаторной стоматологической помощи низкодоходным и социально незащищённым слоям населения, а за счёт средств ОМС выделять им пособие на стоматологическое лечение. Вероятно, стимулирующей мерой к качеству оказания помощи будет определение рейтинга медицинских организаций в условиях одного информационного пространства.

Ходненко О.В. [297] в своём диссертационном исследовании рассмотрела резервы предотвратимости стоматологических заболеваний. Ею установлено, что реализация стоматологического здоровья у пациентов реализуется через собственное отношение к своему стоматологическому здоровью. Автором выделены 2 группы пациентов – с адекватным и неадекватным отношением к своему здоровью. Под неадекватным отношением автор подразумевает отсутствие у пациента профилактических мотиваций, обращения только по острой боли или в поздние сроки заболевания. По данным автора, «предотвратимость стоматологических заболеваний при использовании населением мер первичной профилактики составляет 31,1%, в результате повышения медицинской активности населения – 25,3%, при усилении внимания государственных служб к проблеме сохранения стоматологического здоровья населения – 20,9%». К сожалению, констатирует автор, «приверженность населения профилактике слишком мала, чтобы оказывать реальное воздействие на сокращение стоматологической заболеваемости. Резервы предотвратимости стоматологических заболеваний у лиц трудоспособного возраста составили 44,8% за счёт регулярного использования мер первичной профилактики, 39,6% за счёт повышения медицинской активности населения, 35,7% за счёт организации государственных мер» и программ профилактики. «Прогнозируемая оценка предотвратимости стоматологических заболеваний за счёт разработки и реализации целевых программ охраны здоровья населения составляет», по данным автора, 41,1%.

Большинство проанализированных современных авторов единодушно свидетельствуют: несмотря на массовость и высокую обращаемость населения, качество стоматологической помощи до сих пор остаётся невысоким. Данные отличаются незначительной вариабельностью в зависимости от региона и вида стоматологической помощи (терапевтическая, хирургическая, ортопедическая) [33, 36, 40, 77, 83, 171, 365].

Отдельные исследователи сделали акцент на качестве оказанной стоматологической помощи и связанными с этим ошибками [322]. В работе Ермошиной М.Ю. [101] дана экспертная оценка ошибок и осложнений в терапевтической стоматологии. При анализе документальной базы (историй болезни) автором установлено более 95% ошибок и дефектов оформления в виде отсутствия диагноза, описания рентгенограмм, многочисленные сокращения, приписки, исправления, несоответствие жалоб, объективных данных поставленному диагнозу. При этом причиной возникновения гражданских исков в 25% случаев являлись диагностические, а в 30% случаев – лечебно-тактические ошибки; большинство исков были обусловлены нарушением морально-этических и деонтологических норм.

Подобное исследование, но в части ортопедической стоматологии было проведено Алёшиной О.А. [11]. Автором на основании обследования 310 пациентов и 1500 медицинских карт установлено частое нарушение врачами протоколов ведения больных (в 73,2% случаев привело к развитию осложнений). Строгое следование действующим протоколам повышает качество лечения в 3,56 раз при протезировании коронками и в 4,41 раз при протезировании мостовидными протезами. Автор констатирует недостаточный уровень квалификации специалистов, низкий уровень правовой грамотности, проведение лечебно-диагностических мероприятий не в полном объёме. Для контроля проведённого лечения автор рекомендует использовать стандартизированную систему балльной оценки качества ортопедического лечения.

Харченко С.В. [295] представил медико-правовой анализ ошибок и осложнений в хирургической стоматологии. Автор прямо указывает, что практически все ошибки и осложнения являются следствием некачественного лечения, диагностических ошибок, недостаточного использования дополнительных методов диагностики, игнорирование психо-эмоционального состояния пациента, его сопутствующих заболеваний. Определённое влияние на количество ошибок автор также возлагает на неправильно оформленную медицинскую документацию. Пациенты плохо и редко информируются о возможных осложнениях, всё это говорит о недостатке медико-правовых знаний у медицинских работников. Гарантию этого автор видит в оказании медицинской помощи в соответствии со стандартами и алгоритмами.

Андреева С.Н. [13] проанализировала основные ошибки в ортопедической стоматологии. Она считает, что во многом причинами ошибок являются субъективные оценки врачей ортопедов-стоматологов, обоснованные уровнем подготовки врача, его квалификацией и опытом, отсутствие преемственности на разных этапах лечения, использование врачами нередко условных и сомнительных критериев оценок (54%). Большую долю в данном специализированном лечении занимают так называемые «конфликтные» пациенты, особенно ориентированные на длительное получение медицинской помощи. Автор предлагает обязательное выделение в ортопедической стоматологии разделов квалиметрии, стандартизации, экспертизы качества, внедрение методов объективизации контроля (компьютерные технологии), с обязательным учётом психологического и социального портретов пациента.

Подобное исследование в части терапевтической стоматологии было выполнено Дёминой А.В. [87]. На первое место в данной сфере выходит некачественное и неполное заполнение медицинской документации (в 98% случаев), затем – низкое информирование пациентов, пренебрежение врачами всеми методами дополнительного обследования для получения диагностической информации.

На основании сложившейся ситуации отдельные авторы предпринимали попытки прогнозирования развития стоматологической службы [25, 27, 29, 31]. Докторская диссертация Чернова П.В. [308] посвящена прогностическому моделированию на основе алгоритмизации работы городской стоматологической службы. Автор считает, что пациенты с заболеваниями пародонта, получавшие лечение в отделении платных услуг предъявляют более высокие требования к качеству оказанной медицинской помощи и связывают желание проводить платное лечение с его более высоким качеством. В то же время, более высокие оценки удовлетворенности проводимым лечением были даны респондентами, получавшими медицинские услуги в рамках ОМС. Чернов П.В. показал, что субъективное восприятие пациентами качества полученной поликлинической помощи существенно зависит от времени ожидания врачебного приема, что подчеркивает необходимость совершенствования организации потоков пациентов в стоматологической поликлинике.

Диссертационное исследование Прокопьева К.А. [233] посвящено стратегическому планированию в управлении стоматологической помощью взрослому населению мегаполиса. На основании статистических, социологических, экспертных методов автор разработал методику социально-гигиенической оценки стоматологической помощи населению. В частности, им констатировано существенное сокращение объёмов профилактической работы и увеличение трудозатрат врачей стоматологов-ортопедов за счёт увеличения осложнённых форм кариеса и количества удалённых зубов. Суть стратегического планирования управления стоматологической помощью взрослому населению мегаполиса автор видит в интенсификации финансово-экономической деятельности, в разработке и внедрении новых методов и технологий лечебно-диагностического процесса; меньшее значение он отводит влиянию совершенствования кадровой политики и организационно-функциональной перестройке деятельности. В число технологических элементов планирования организации стоматологической помощи населению

на муниципальном уровне автор включает медико-статистический анализ, социологическую и экспертную оценки, моделирование.

Роль аккредитации и сертификации в повышении качества стоматологической помощи в своей докторской диссертации рассмотрел Тё И.А. [272, 273]. На основании анализа деятельности 28 стоматологических поликлиник, 44 стоматологических отделений, 126 стоматологических кабинетов автор разработал систему ранжирования стоматологических организаций по разным аккредитационно-сертификационным формам, что позволило улучшить эффективность работы врачей в смену, увеличить показатели плановой работы, улучшило систему управления обеспечением качества и повысило доступность стоматологической помощи.

Стратегию организации стоматологической помощи на основе её интеграции в систему здравоохранения на муниципальном уровне с учреждениями первичной медико-санитарной помощи разработал Павлов Н.Б. [220]. Автор указывает, что «здоровье рта определяется взаимодействием социально-поведенческих факторов, влиянием окружающей среды и состоянием стоматологического обслуживания населения» (это сближает с концепцией детерминации популяционного здоровья). Стратегия изучения риска стоматологических вмешательств показала диапазон 9-30% при различных соматических заболеваниях пациента. При этом наиболее перспективным является снижение риска предотвратимых потерь стоматологического здоровья.

Кисин Г.Б. [134] изучил возможности совершенствования деятельности зуботехнических лабораторий различных форм собственности. Автор считает, что «в настоящее время сформировалось три модели структурного построения работы зуботехнических лабораторий: индивидуальная, конвейерная и комбинированная. Исходя из микроэкономического анализа, наиболее оптимальной является комбинированная модель, которой присущ ряд позитивных экономических показателей, характерных для индивидуальной и конвейерной схем». По данным Кисина Г.Б., «для обеспечения нормального

функционирования такой зуботехнической лаборатории требуются большие объёмы работ (от 800 металлокерамических коронок или зубов в месяц)». В частных зуботехнических лабораториях по сравнению с государственными на должностях зубных техников больше работает мужчин (средний возраст преимущественно 34,6 лет и 40,4 лет в государственных). Автором разработана универсальная таблица оснащения зуботехнической лаборатории в зависимости от вида производимой продукции. На мощность зуботехнической лаборатории влияет большое число факторов: правовой статус, помещение, объём нагрузки, квалификация кадров и другие.

Социально-гигиенические и организационные аспекты оказания ортодонтической помощи населению крупного города рассмотрены Шуваевой Ю.В. [330]. Автор считает, что ресурсная база в ЧСМО в отношении ортодонтической помощи используется неэффективно: при том что ортодонтия является одной из наиболее материалоёмких и затратных стоматологических специальностей, в ЧСМО в отличие от государственных сделан уклон на преимущественное использование импортных брекет-систем (как достаточно дорогостоящих). В этой связи автор полагает наиболее эффективной систему оценки и достижения обратной связи – это оценка удовлетворённости пациентов от полученных ортодонтических услуг.

Подобные суждения разделяет Текучева С.В. [274], рассмотревшая в своей кандидатской диссертации медико-социальные и организационные аспекты обращаемости и оказания ортодонтической помощи. Автор установила определяющее значение медико-социальных и экономических факторов в мотивации обращения населения за ортодонтической помощью в разные типы медицинских организаций, причем в бюджетные отмечено преимущественное обращение экономически зависимых слоев населения (71,0%). Как считает Текучева С.В., «основным мотивом в формировании обращаемости за ортодонтической помощью вне зависимости от типа медицинской организации, пола, возраста, социального статуса пациентов является потребность в устранении эстетических нарушений.

Доминирующими мотивационными предпосылками обращаемости в государственные стоматологические организации явились возможности получения бесплатного лечения, в частные клиники – гарантии, наличие высококвалифицированных специалистов и хорошего материально-технического оснащения». На комплексную удовлетворённость пациентов, по мнению автора, влияют комфортность получения услуги, квалификация врачебных кадров и материально-техническое обеспечение клиники. Автор прогнозирует существенное увеличение в последние годы количества людей, обращающихся за получением стоматологической помощи.

Вообще, анализ мнений пациентов (их удовлетворённости) по качеству оказания медицинской помощи, культуре обслуживания, сервису и т.д. является важной составляющей характеристики ЧСМО, тем более на рынке медицинских услуг, где подобные рыночные и нерыночные факторы обладают большим значением [206, 208, 223, 314].

Социально-гигиенические и мотивационные аспекты удовлетворённости стоматологической помощью в медицинских организациях бюджетного и частного приёмов рассмотрел Антонов А.Н. [14]. Автор установил, что удовлетворённость оказанной стоматологической помощью была выше в государственных клиниках по сравнению с частными; при этом различий по отдельным видам приёма он не нашёл. Автор сравнил также сопоставимость оценок пациентов и уровень качества оказанной помощи и установил, что наибольшая адекватность оценок пациентов имела место на ортопедическом стоматологическом приёме; на терапевтическом стоматологическом приёме она была завышена, а на хирургическом – наоборот, занижена, что автор связывает в первую очередь с болевым синдромом и эффективностью его устранения, а также с эстетическими мотивациями на стоматологическом терапевтическом приёме. Неадекватность оценок удовлетворённости пациентов в частном стоматологическом секторе автор связывает с повышенной требовательностью пациентов в условиях платного лечения.

С этим согласна Текучева С.В. [274], полагающая, что «основой составляющей успешной деятельности стоматологической клиники является грамотный кадровый подход. Эффективность работы врачей непосредственно связана с регулярным повышением их квалификации и обучением на краткосрочных курсах по новым технологиям ортодонтического лечения. В целях повышения мотивации врачей к самосовершенствованию необходимо проведение ряда мероприятий и, в том числе, пересмотр размера оплаты за категорийность и ученую степень в сторону увеличения».

По данным Пухова С.Е. [237], удовлетворённость оказанной помощью в частных стоматологических организациях составила 94,0%, в государственных – 78,1%.

Планово-экономическое обоснование удовлетворения потребности населения в терапевтической стоматологической помощи разработал Малинин А.Н. [188]. Автор показал необходимость затрат по оказанию данного вида помощи в 17921,2 руб. на 1 пациента (что, безусловно, не покрывается ОМС и бюджетным финансированием), а должно быть оказано в коммерческих медицинских организациях. Автор указывает на значительную неудовлетворённую потребность в стоматологической терапевтической помощи, выразившуюся в существенном объёме лечения (в УЕТ): по данным Малинина А.Н., «кариеса – 40,6 УЕТ, пульпита и периодонтита – 35,1 УЕТ, некариозных поражений зубов – 30,5 УЕТ, заболеваний пародонта – 27,2 УЕТ». Это на порядок выше объёма услуг, оказываемых населению в муниципальной стоматологической поликлинике. При этом автор указывает на невысокую удовлетворённость населения полученной помощью – всего 3,25 баллов по 5-балльной шкале (при низкой санитарной грамотности и медицинской активности пациентов).

Оптимизации работы стоматологической поликлиники на основе внедрения информационных технологий посвящена работа Чернова П.В. [307]. Он реализовал компьютерную модель управления стоматологической поликлиникой на основании теории систем массового обслуживания, что

обеспечило оптимизацию распределения потоков больных и более рациональное использование ресурсов, контроля качества оказанной помощи. По мнению автора, «оптимальной формой количественной интегральной оценки качества, объема, сроков и исходов оказываемой специализированной медицинской помощи является методика расчета полимерного показателя, основанная на учете основных формализованных критериев врачебной деятельности и обеспечивающая формирование рейтингового ряда врачей».

1.2.Особенности организации стоматологической помощи с точки зрения управления ресурсами.

Клинико-организационные аспекты формирования перспективной модели стоматологической помощи населению субъекта Российской Федерации рассмотрела в своей докторской диссертации Тё Е.А. [271]. По её мнению, «формирование перспективной модели стоматологической службы включает: координацию планирования и финансирования; разработку и внедрение инновационных технологий; повышение профессионального потенциала врачей ; оптимизацию законодательной деятельности; совершенствование ресурсного и лекарственного обеспечения; повышение эффективности управления обеспечением качества стоматологической помощи». Тё Е.А. считает, что «разработка перспективной модели стоматологической службы субъекта Российской Федерации должна осуществляться на основе системного подхода к оценке стоматологических аспектов здоровья населения с использованием демографических данных, заболеваемости, инвалидности, обусловленной стоматологической патологией». Этих же взглядов придерживаются авторы [4, 68].

Шведенко И.В. [316] изучила управление ресурсами стоматологической службы (на материале Приморского края). В крае остро стоит проблема доступности стоматологической помощи (удельный вес стоматологических заболеваний в общей структуре обращаемости 30-35%, доля первичной заболеваемости достигает 40%). По материалам автора, данные о заболеваемости могут служить индикатором определения ресурсного

покрытия и оценки экономической эффективности стоматологических организаций; автором установлена так называемая «скрытая» нуждаемость. Автором разработана единая организационно-управленческая структура стоматологической службы, с обеспечением сквозного принципа управления и стратегического планирования деятельностью.

Детально рассмотрел особенности функционирования и механизмы развития регионального рынка стоматологических услуг в Республике Дагестан Курбанов О.Р. [161]. До 40% рынка в Дагестане занимают частные стоматологические организации, однако средняя мощность государственных стоматологических поликлиник в 4-5 раз превышает мощность частных клиник. Автор отмечает весьма низкую обращаемость населения Дагестана за стоматологической помощью при высокой нуждаемости и плохом уровне стоматологического здоровья, что обусловлено неадекватно завышенной самооценкой населения, страхом, неверием в эффективность лечения и низким уровнем дохода. Последний фактор, как показал автор, является одним из определяющих. В работе дана оригинальная методика определения потребности населения в разных видах стоматологической помощи, позволяющая проводить прогнозирование на основе рассчитанных коэффициентов регрессии. Курбановым О.Р. дано «научное обоснование методик ценообразования и спроса на стоматологические услуги в Республике Дагестан, выделены основные региональные факторы, влияющие на это: уровень спроса и предложения, себестоимость и ценность услуг, уровень цен, стратегия и тактика ценообразования, платежеспособность населения, его компетентность, нуждаемость в лечении».

Основным методом обратной связи, позволяющим оценить эффективность функционирования частных стоматологических организаций и их маркетинговые затраты, автор [162] видит в социологических опросах населения как потребителей услуг. Основой маркетинговой деятельности частных стоматологических организаций автор [163] полагает аналитическую оценку обращающихся контингентов, при этом маркетинговые исследования

должны проводиться не реже 2-3 раз в год. Автор разделяет подходы к внешнему и внутреннему маркетингу – первый нужен для эффективного привлечения пациентов в частные стоматологические организации, а второй – для стимулирования пациентов к сохранности собственного стоматологического здоровья; ключевым фактором привлечения автор полагает платежеспособность населения, и при определении ценовой политики предлагает учитывать фактор чувствительности разных категорий пациентов к цене [164, 262].

К таким же результатам пришла Захарова О.А. [109], проанализировавшая работу государственных стоматологических поликлиник в условиях региона с дотационным финансированием. На материале г.Воронежа и Воронежской области автор установила невысокое качество оказываемой стоматологической помощи. Помимо стандартных мер по интенсификации лечебно-диагностической работы, выход автор видит в оптимизации последипломной подготовки кадров, что позволило непрерывно обновлять технологии стоматологического обслуживания на уровне современных требований и стандартов. Автор в разработанной схеме оптимизации предлагает интересный подход – отказ от ценовой конкуренции и формирования конкурентных преимуществ (преимущественно безальтернативных). В системе последипломного усовершенствования автор делает упор на массовую краткосрочную подготовку специалистов как дополнение к традиционным циклам повышения квалификации. В качестве анализа эффективности деятельности методом обратной связи автор считает необходимым проводить социологические опросы населения, что позволяет контролировать уровень и качество оказываемых услуг, целенаправленно формировать спектр оказываемой помощи, а также получать информацию по проблемным вопросам. В части внутриучрежденческих методов стимулирования производительности труда автор считает необходимым, помимо традиционного материального стимулирования, формирование у специалистов нематериальной мотивации, и существенную оптимизацию

видит в интегрированности клиник и профильных кафедр, вовлечение врачей и научно-исследовательские работы, создание единого управляемого информационного и технологического пространства [239]. О подобном управлении качеством труда врача в системе общей врачебной практики говорят Швецова Р.С. [317], Филатенкова С.В. [286].

На материале Казахстана Долгоаршинных А.Я. [91] в своей докторской диссертации привёл реализацию концепции оказания стоматологической помощи в условиях негосударственного здравоохранения. В основу концепции автор положил семейный принцип организации оказания стоматологической помощи; им доказана медико-социальная и экономическая эффективность данной модели на территории Казахстана, что положительно отразилось на стоматологическом здоровье населения, повысились показатели осуществлённой санации.

По данным Новиньковой Ж.Л. [216], во многих субъектах РФ принята «децентрализованная система управления - следствием этого является отсутствие единого подхода в формировании средств и механизмов обеспечения качества медицинских услуг».

Снижение жизненного уровня населения привело к нерациональному использованию ресурсов здравоохранения, вследствие чего снизилось качество и оптимальность медицинской помощи [118, 158]. Снижение жизненного уровня населения, по мнению Новиньковой Ж.Л., «вместе с формированием «теневого» рынка платных медицинских услуг обусловили снижение доступности медицинской помощи».

Безусловно, государственные гарантии на стоматологическую медицинскую помощь должны оказываться адресно определённым категориям граждан [211, 293], в том числе и пациентам частных медицинских организаций [327].

Лозовая В.А. [179] достаточно подробно изучила организацию и финансирование региональной системы здравоохранения в условиях ОМС. Автор дала научное обоснование различий понятий «медицинская услуга» и

«медицинская помощь». На основании собственных теоретико-практических изысканий автор пришла к выводу, что «медицинская услуга» - это конечный продукт медицинского производства, финансируемый за счёт бюджетно-страховых средств, а «медицинская помощь» - комплекс различных по характеру медицинских услуг. При этом автор полностью отрицает бесплатные возможности предоставления медицинских услуг: по мнению автора, в любом случае за них кто-то платит (страховщик, государство, предприятия, обезличенные налоговые выплаты). Автором выявлены структурные диспропорции в медицинских организациях и всей системе здравоохранения, являющиеся причинами неэффективного использования финансовых средств. На основе анализа сложившихся систем организации и финансирования здравоохранения автором определены экономические и организационно-управленческие механизмы преодоления структурных диспропорций в отрасли.

В своей докторской диссертации Калашников В.Н. [120] дал научное обоснование стратегического развития стоматологической службы региона и системы управления качеством медицинских услуг (на примере Ростовской области). Автор разработал и внедрил экспертную оценку качества лечебно-диагностической работы врачей-стоматологов на основе законченных случаев поликлинического обслуживания, дифференцированную по разным критериям. Неудовлетворённость стоматологической помощью автор связывает с большими сроками ожидания приёма из-за очередей, поспешностью в работе врачей, малой длительностью приёма. Автор внедрил в практику стоматологических организаций региона структурно-функциональную модель системы контроля и мониторинга уровня качества с методическим и информационным обеспечением. Это обеспечивает эффективность управления в условиях организационно-экономического реформирования [213], в том числе обеспечивая высокое качество управления стоматологической помощью [50, 52, 230, 334].

Изучил пути оптимизации оказания стоматологической помощи в региональном аспекте (на материале Курской области) Круговой А.Е. [147]. На основании системного анализа автор разработал информационную базу, адаптированную к традиционному документообороту, позволяющую прогнозировать ресурсные затраты при увеличении заболеваемости. Перспективу дальнейшего развития автор видит в использовании компьютерных систем для управления клиниками.

Трифонов Б.В. [279] предлагает совершенствовать организацию и управления стоматологической службой на региональном уровне на основе мониторинга и ситуационного моделирования. Автор усовершенствовал информатизацию стоматологической службы на основании разработки современных автоматизированных информационно-аналитических моделей, позволяющих решать вопросы планирования и управления. Автором разработано алгоритмическое и программное обеспечение системы мониторинга стоматологической заболеваемости на основе анализа показателей деятельности и ресурсного обеспечения стоматологической службы региона. На основе моделирования дифференциальных алгоритмов диагностики и тактики лечения разработаны алгоритмы ситуационного управления деятельностью стоматологических организаций.

Буляков Р.Т. [48] проанализировал возможности совершенствования оказания стоматологической помощи (на примере сельского населения) в Республике Башкортостан с позиций клинико-организационных и экономических подходов. По данным Булякова Р.Т., «средняя обеспеченность стоматологическими кадрами в Республике Башкортостан составляет 4,2 врача на 10000 населения (при высокой доле зубных врачей в республике – 29,7%), укомплектованность кадров составляет 88,9%». Несмотря на высокую нуждаемость в лечении стоматологической патологии, эффективность оказываемой помощи и число санированных невысокие. Выход в интенсификации оказания помощи автор видит в изменении финансирования службы, прежде всего в создании автономных учреждений здравоохранения,

и приводит результативность данных учреждений, реализующих экс-территориальный принцип оказания стоматологической помощи. По данным автора, финансирование стоматологической службы в Республике Башкортостан на 52,9% представлено ФОМС, 6,4% приходится на бюджетное финансирование, 1,6% - на добровольное медицинское страхование и 40,9% - на доход от платных услуг. За последние 5 лет общий объём финансирования стоматологической службы вырос на 78,0%, в том числе особенно «увеличилось финансирование из бюджета (в 2,8 раз) и из средств ДМС (в 4,32 раз). Финансирование по ФОМС увеличилось в 1,7 раз, объём платных услуг вырос в 1,86 раз». Преимущество автономных учреждений здравоохранения Буляков Р.Т. видит в реструктуризации доходов, при этом, по его данным, «общее количество собираемых доходов по сравнению с муниципальными учреждениями здравоохранения увеличилось в 1,5-2 раза, до 93% дохода при этом остаётся в поликлинике, обеспечивая материальное стимулирование персонала».

1.3.Рынок медицинских услуг и управление им в современных реалиях.

Рыночные отношения давно и прочно внедрились в медицинскую сферу. Достаточно большое количество современных научных исследований посвящено изучению вопросов рыночных взаимоотношений между медицинскими организациями, эффективному управлению ими, совершенствованию управления качеством медицинской помощи, вопросам конкурентоспособности организаций в медицинской сфере, особенностям предпринимательства [3, 22, 114, 115, 178, 248, 252, 260, 280].

Спрос на рынке медицинских услуг изучен Терновым С.Ф. [276]. Автор рассмотрел сущность и общественно-эффективный спрос на услуги в сфере здравоохранения как отражающие совокупность определённых выгод и способствующих увеличению индивидуального и общественного выигрышей от потребления. Он полагает, что российская система здравоохранения в рамках существующих институтов демотивирует потребителей.

Противоречие между целями реформы здравоохранения и средствами их реализации раскрыто на основе доказательства взаимного умножения недостатков как платного, так и бесплатного подхода в здравоохранении.

Новинькова Ж.Л. [216] рассмотрела возможности совершенствования управления качеством медицинских услуг на микроэкономическом уровне в условиях трансформации экономики. Автор установила, что «медицинская услуга неотделима от процесса её оказания, происходит совпадение момента производства и момента потребления (то есть услуги не проходят стадию обращения, не накапливаются). Медицинская услуга обладает неопределёнными потребительскими свойствами», то есть потребитель сам активно участвует в ней.

Условия экономии могут быть связаны со снижением качества, могут привести к использованию других источников финансирования отрасли и отдельных организаций [103], а также к возможной экономии (снижению издержек) на разных этапах оказания медицинских услуг (Молдавская Н.А. [203], Григорьян Б.В. [71]). Безусловно, это может сказаться на снижении качества. Как известно, развитие рынка стоматологических услуг в значительной мере строится на развитии системы предпринимательства [191, 192].

Фундаментальное понятие основ управления качеством [9, 351] базируется на организационных вопросах и подразумевает, что процесс должен быть исполнен с первой попытки и с высоким качеством. Главное здесь – управленческий стиль, инновационные измененияя [12] и соответствующее информационное сопровождение [102].

Вопросам формирования конкурентоспособности предприятий частной системы здравоохранения посвящена работа Арабчикова К.Н. [18]. Автор обосновал «факторы, оказывающие влияние на формирование внутреннего конкурентного потенциала частного предприятия здравоохранения. Им доказано, что анализ внутренней конкурентоспособности сопровождается расчётом показателей платежеспособности, финансовой устойчивости,

деловой активности (оборачиваемости) и показателей эффективности функционирования по доходам и расходам». Арабчиков К.Н. предложил «индекс лояльности, рассчитываемый как соотношение числа постоянных пациентов, получивших лечение в данной клинике, к общей массе пациентов клиники за определённый период (год, полугодие и т.д.)». По мнению автора, положительная динамика индекса свидетельствует о всё большем прикреплении пациентов, что пациенты останавливаются в долгосрочной перспективе на данной клинике, выбирая её из числа конкурентов. Это особенно эффективно и с позиций системного менеджмента [67, 196].

«Оценивая общий внутренний потенциал конкурентоспособности частной стоматологической организации, важно соотносить его коммерческую эффективность с общественным эффектом от его функционирования посредством корректировки показателя экономической эффективности частной стоматологической организации на индекс лояльности пациентов» - пишет Трофименко А.Е. [280]. Подобные мысли высказываются и рядом других авторов [10, 15, 24, 49, 104, 136].

Развитие частной медицинской организации, привлечение займов и средств инвесторов, ресурсное обеспечение внешнего конкурентного потенциала частной клиники невозможны без обеспечения её инвестиционной привлекательности. Показатели рентабельности капитала, прибыль и выручка на единицу вложенных средств, долгосрочные инвестиционные возможности – это оценивается инвесторами для вложения капитала. Таким образом, частная медицинская организация представляется в виде объекта инвестиций с определённой потребительской стоимостью для реального или потенциального инвестора [51, 54].

Научное обоснование предпринимательских решений в частном секторе провела Зайцева И.Н. [105]. В её работе дан анализ теоретико-методологических подходов к исследованию рынков, изучена деятельность сетевых форм частных медицинских организаций в условиях изменения институциональных требований их развития, изучены особенности

конкуренции государственных (муниципальных) и частных институтов, оценка уровня конкуренции. Автором доказано, что все локальные рынки стоматологических услуг в крупных городах являются высококонкурентными. Это обеспечивается сосуществованием крупных системообразующих секторов (государственный, муниципальный, частный) и активной экспансией сетевых структур на локальные рынки. Автор отмечает также, что поведение потребителя частных стоматологических услуг изменчиво, мотивирующие факторы нередко противоречивы, что также оказывает влияние на рынок стоматологических услуг. Анализируя маркетинговые предпочтения пациентов-потребителей услуг, автор делает интересные выводы: если реклама ориентирована на мужскую аудиторию, то мужчинам следует делать упор на безопасность и передовые методы лечения. Достаточно большая доля образованных пациентов (особенно в крупных городах) тщательно следит за своим здоровьем, и им будут предпочтительнее профилактические меры.

Детально рассмотрел организационно-управленческие и экономические аспекты работы частных стоматологических организаций с госзаказом Ахметов Е.М. [23]. Автором установлено в части маркетинговых предпочтений – основным мотивом обращений пациентов в частные стоматологические организации являются рекомендации родственников и знакомых, доступность цен. Постоянный приток пациентов обеспечивают высокий уровень сервиса и качества предоставляемых услуг. По данным автора, наиболее востребованной является терапевтическая стоматологическая помощь (74% от общего объёма услуг в частных стоматологических клиниках). Ахметов Е.М. считает, что «удельный вес административно-хозяйственного персонала частных стоматологических организаций должен быть не более 1/3 занятых должностей, около половины должны составлять врачи (46,6%), а оптимальное соотношение врачей-стоматологов и зубных врачей в частных клиниках должно выдерживаться как 3:1».

Маркетинговые особенности оказания стоматологической помощи рассмотрены в работах [60, 131, 312, 313]. Авторами изучены особенности обращаемости пациентов за разными видами стоматологической помощи и роль факторов, влияющих на это; очевидно, в условиях рынка это имеет большое значение. Уделено также внимание разным технологиям привлечения пациентов.

Абдуллатиповым М.А. [6] выполнено обширное маркетинговое исследование динамики обращаемости населения за ортопедической стоматологической помощью в крупные частные медицинские организации. Автором показано, что в крупные частные медицинские организации обращаются преимущественно лица средних и зрелых возрастов, причём женщины 30-39, 50-59, 60-65 лет чаще, чем мужчины (59,1% и 40,9%); на протяжении 5-летнего наблюдения данная структура не изменилась, при этом основой обращаемости населения явилось высокое качество лечения, в том числе материалоёмкие виды услуг.

Сравнила особенности и эффективность оказания стоматологической помощи детям в государственных и частных медицинских организациях Хроменкова К.В. [299]. Автор уточнила, что распространённость кариеса среди детей, получавших помощь в государственных и частных медицинских организациях, практически идентична и составляет 50%; в частные медицинские организации преимущественно обращались дети с высоким уровнем интенсивности кариеса. Автором разработана оригинальная программа лечебно-профилактических мероприятий, позволившая повысить эффективность профилактических мероприятий до 77,5%, снизить нуждаемость на 48% у детей всех возрастных групп, однако это не уменьшает числа посещений детей в медицинских организациях, что обеспечивает стабильный поток пациентов и возможность прогнозирования занятости персонала.

Формирование и развитие рынка стоматологических услуг изучила Зайцева И.В. [105]. На материале Хабаровского края она установила, что

рынок стоматологических услуг имеет черты товарного, однако нуждается в социально-ориентированном рынке и создании здоровой конкурентной среды. Объектом купли-продажи на рынке стоматологических услуг выступает сама услуга, которая обладает определённой потребительской ценностью. При этом, с одной стороны, она является продуктом обмена на рынке, что и характеризует её как товар, а с другой стороны, воспринимается товаром только при наличии осязаемого результата. Она отводится государству, которое с помощью регулирования рыночных механизмов и проведения социальной политики призвано снизить его отрицательное воздействие на малоимущие слои населения.

Основные направления развития рынка, по мнению автора, в условиях сокращения финансовых доходов – это дальнейшее полярное разделение рынка на государственный и частный сектора оказания стоматологической помощи, другое – открытие и дальнейшее расширение платных стоматологических отделений в государственных стоматологических организациях. Вероятно [105], в крупных городах (Москва, Санкт-Петербург) характерна тенденция к открытию узкоспециализированных клиник по оказанию однопрофильной стоматологической услуги. Для частных стоматологических организаций достаточно актуальна тенденция корректировки деятельности стоматологических клиник в зависимости от изменения конъюнктуры рынка. Итогом реализации данных тенденций автор видит не только стимулирование и мотивацию граждан к сохранению собственного стоматологического здоровья, к возрастанию уровня обслуживания, но и к развитию конкуренции – всё вместе это приведёт к повышению качества стоматологических услуг. Конкурентными преимуществами государственных стоматологических организаций по сравнению с частными стоматологическими организациями автор видит прежде всего неценовые факторы конкурентоспособности (качество технологий, оказываемой помощи, гарантии, уровень сервиса, доля на рынке, реклама и т.д.). В частности, в Хабаровском крае автор видит, что рынок

стоматологических услуг имеет черты монополистической конкуренции, с превалирующим влиянием неценовой конкуренции и незначительными колебаниями регулирования цены. При этом все данные неценовые факторы повышения конкурентоспособности не всегда эффективны, в основе чего лежит недостаточное внимание к так называемому «человеческому» фактору и как следствие – снижение эффективности управленческой культуры.

Финансово-экономические основы развития рынка стоматологических услуг и особенности финансовой деятельности ЧСМО рассмотрены в работах [61-64, 212]. Авторы подчёркивают, что одним из основных условий функционирования частных организаций на рынке является извлечение прибыли, и в этой связи очень важен баланс между доходами и расходами частной организации, а в качестве потенциала их дальнейшего развития можно считать акционирование и свободное обращение акций для привлечения инвесторов.

Кузьмина Н.Б. [155] в своей докторской диссертации рассмотрела социально-экономические условия формирования стоматологической помощи в России. Автор рассматривает медицинскую услугу как социально значимое благо, базирующееся на независимости доступа к её получению от уровня благосостояния потребителя. На основании этого автор считает, что доступность и выбор медицинской помощи не могут и не должны входить исключительно в сферу рыночного регулирования. Внесение элементов рыночного отношения в сферу здравоохранения оправдано лишь для усиления суверенитета потребителя. Развитие стоматологии характеризуется 2 тенденциями: усиление стандартизации и индивидуализации потребительских запросов (возрастание спроса на дентальную имплантацию, эстетическую стоматологию). С учётом высокой социальной значимости стоматологической помощи, наиболее эффективно она будет развиваться с учётом государственного и частного регулирования. Негосударственный сектор стоматологических услуг, по автору, охватывает систему взаимосвязанных рынков многоканальностью финансирования, олигопольным формированием

цен. В последнем важнейшая регулирующая роль принадлежит рынку – для обеспечения доступности разным слоям населения (применение социально-этичного маркетинга). Для крупных сетевых клиник автор предлагает основной целью маркетинга возможные проведения санирующих мероприятий в зависимости от реализуемых задач – получения социального эффекта или прибыли. Автор обосновывает разную тактику воздействия на потребительский спрос. Саморегулирование хозяйственной деятельности частных стоматологических организаций должно базироваться на повышении конкурентоспособности услуг и эффективности производимых затрат. Ценообразование в таких клиниках нередко является «источником ущерба потребительским и общественным интересам; низкая ценовая эластичность спроса может вызвать рост цен, способный привести к дисбалансу спроса и предложения» [156].

Тё И.А. [272] в своей кандидатской диссертации изучил медико-социальные аспекты организации и развития амбулаторной стоматологической помощи в условиях рыночной экономики. Автор разработал и внедрил перспективную модель организации амбулаторной стоматологической помощи. Внедрение данной инновационной модели (на материале г.Кемерово и Кемеровской области) в амбулаторных условиях, по данным Тё И.А., «способствовало уменьшению общей обращаемости с 648,7 тыс. до 643,3 тыс. посещений на фоне роста приема первичных пациентов врачами-стоматологами с 236,4 тыс. до 250,2 тыс. с увеличением количества выполненных УЕТ в смену с 27,0 в 1999 году до 31,5 в 2002 году. Удельный вес профилактических УЕТ вырос с 17,6-19,0% в 1997-1999 гг. до 20,0-25,4% в 2000-2002 гг. Число санированных увеличилось с 77,6 тыс. до 86,6 тыс. Возросло количество лиц, получивших льготное протезирование из числа контингентов особого внимания с 1,5 до 2,4 тыс., как и общее число лиц, получивших протезы на 1000 населения с 16,4 до 19,1». Предложенная Тё И.А. «интегральная оценка деятельности амбулаторно-поликлинической организации стоматологического профиля в области обеспечения качества

медицинской помощи предполагает оценку удовлетворенности пациентов качеством оказанных услуг, объективную оценку качества стоматологической помощи, а также эффективности использования ресурсов и объема финансирования». Основой для разработки перспективной модели является оценка реальной потребности населения в стоматологической помощи.

Изучил влияние факторов рыночных отношений на внедрение новых технологий в стоматологическую практику Ломагин В.В. [180]. Наиболее активное освоение новых технологий отмечено в коммерческих клиниках, при этом рекламу новых технологий проводят только частные стоматологические организации, причём она носит декларирующий, а не разъясняющий и убеждающий характер и касается в основном эстетической стоматологии.

Большое значение в развитии стоматологической сферы придаётся госзаказу, поэтому всё больше государственных стоматологических организаций работает в системе ОМС и ДМС [68, 98, 246]. По мнению Афанасьева А.В. [20], возможности функционально-организационной структуры государственных и частных стоматологических организаций достаточно эффективны в системе ОМС и ДМС, а также позволяют оказывать платную помощь, при этом различалась структура обращаемости пациентов (по ОМС преимущественная обращаемость отмечена с кариесом зубов, по ДМС – с пульпитом и периодонтитом). Афанасьев А.В. считает, что внедрение платных услуг обеспечивает стабилизацию кадрового состава; полноценное функционирование стоматологических учреждений автор видит в наличии не менее трёх источников финансирования (бюджетный, ОМС, платные услуги). Оценка деятельности поликлиник должна быть комплексной, с учётом статистических, социологических, экономических, экспертных критериев, что будет способствовать эффективному программно-целевому планированию.

Григорян А.А. [72] рассмотрел роль рекламы в повышении уровня обращаемости населения за стоматологической помощью. В частности, автор указывает, что на этапе заполненного рынка нужна совершенно иная реклама, иное привлечение потребителя, чем в его начале. В частности, эффективный

альянс маркетолога, рекламиста и вполне просвещённого рекламодателя. Конечно, частным стоматологическим организациям необходимо не только предлагать свои услуги, но и информировать потребителей об их преимуществах, а также добиваться чёткого позиционирования своих услуг в сознании потребителей. Автор отмечает, что в большинстве частных стоматологических организаций имеющаяся реклама малоэффективна, а основной поток пациентов попадает по обращаемости (в основном рекомендации друзей, знакомых, коллег). Подавляющее большинство клиник использует такие малоэффективные способы рекламы, как распространение листовок, но требующие при этом больших материальных затрат.

Романова Е.Н. [245], изучая особенности стоимости платных медицинских услуг, отмечает особенности медицинского рынка – значительные различия в структуре себестоимости, колебания цен между отдельными составляющими. Автор полагает, что не только издержки и материальные затраты должны формировать уровень цены, но и градация технологической сложности процедуры, меры ответственности разных звеньев персонала, просчитанные последствия, а также обязательно маркетинговые изучения спроса и предложения на рынке, анализ конкурентной среды и т.д. При этом производить пересчёт цен на медицинские услуги автор рекомендует ежегодно, используя индекс-дефлятор (учитывающий состояние экономики, показатели инфляции и т.д.).

Лившиц С.А. [177] изучил особенности управления финансовыми ресурсами в медицинских организациях различных форм собственности; автор считает, что развитие рынка медицинских услуг, поставляемых медицинскими организациями, требует внедрения механизмов финансового менеджмента в их деятельности. В связи с этим им обоснована необходимость выделения в медицинских организациях трёх организационных подсистем (управляющей, производящей, обеспечивающей), что будет способствовать лучшему управлению; эффективным также будет широкое применение ресурсосберегающих технологий, в частности приобретения оборудования в

лизинг. Изменение структуры расходов в медицинских организациях автор связывает с их организационно-правовой формой: в муниципальных – это оплата труда и приобретение оборудования, расходных материалов, в частных – это расходы по аренде (лизингу) и приобретение оборудования; на втором месте – оплата труда. В качестве системного подхода в управлении медицинскими организациями необходимо создание в них специальных инновационных подразделений (информационное обеспечение, маркетинг, бизнес-планирование). В крупных частных медицинских холдингах автор даже предлагает создание управляющей подсистемы типа координационно-аналитического центра (основные функции – информационное, организационно-правовое и экономическое обоснование принятия управленческих решений).

Титова А.О. [277] предложила организационно-экономический механизм регулирования рынка медицинских услуг как социально-экономической системы. Автор считает, что регулирование рынка медицинских услуг должно производиться по организационно-институциональному критерию (выделяет следующие группы факторов регулирования: административно-распорядительные, экономические и социально-психологические). В сфере практического применения автор предлагает создание на рынке медицинских услуг фондов эндаумента (целевого капитала), что позволит повысить доступность медицинских услуг, предоставление льготных кредитов медицинским организациям, а также обеспечит снижение масштабности государственного (муниципального) сектора и перенос вектора развития здравоохранения на частные медицинские организации, активное включение последних в системы ОМС и ДМС. Вообще качество и доступность медицинской помощи – основные постулаты современной реформы здравоохранения [258].

С научной точки зрения развила обоснование маркетингового подхода к оказанию платных медицинских услуг Махова О.А. [194], отметившая их высокую экономическую эффективность на рынке, во многом зависящую от

реализации маркетинговых факторов и информированности населения. Автор полагает, что необходимо разделять техническое и функциональное качество услуги, всецело зависящие от сегментирования рынка по поиску и внедрению новых или модернизированных услуг путём ситуационного анализа.

Абаева О.П. [1] рассмотрела вопросы реализации прав пациента, основным среди которых является право на добровольное информированное согласие, на конфиденциальность медицинской информации, а также недостаточная правовая регламентация статуса пациента. На это же указывают и другие авторы [8, 37-39, 46, 149].

На примере медицинских организаций рассмотрены особенности учёта и управления затратами в сфере услуг (Наам М.Н. [209]). Автор разработала методологию ценообразования в части ортопедической стоматологии по ОМС. Ею установлено, что в настоящее время в медицинских организациях применяются три вида цен: 1) цена на уровень выше скалькулированных расходов (цены на платные медицинские услуги); 2) цена на уровне фактических расходов (цены на медицинские услуги, оказываемые социально незащищенным слоям населения, расходы по которым покрываются средствами соответствующего бюджета); 3) цена ниже фактически скалькулированных расходов (цены на медицинские услуги, оказываемые в рамках выполнения Территориальной программы оказания бесплатной медицинской помощи населению - тарифы на ОМС).

Теоретическое и практическое обоснование механизма саморегулирования коммерческой деятельности на рынке медицинских услуг дано в докторской диссертации Кузьминой Н.Б. [155]. Предлагаемая ею «методика расчета рентабельности авансированного капитала, которая включает в качестве составных элементов расчет рентабельности реализации услуг и оборачиваемости капитала, предусматривает нахождение не только рентабельности авансированного капитала, но и количественную оценку ключевых причин, обусловивших возможные изменения показателя».

Вопросы управления деятельностью и развитием коммерческих стоматологических клиник рассмотрел Копасов Е.А. [142]. Автор отметил, что конкурентоспособность частных стоматологических организаций на рынке определяется прежде всего реализацией всех видов стоматологических услуг, высокой пропускной способностью, оптимальной численностью пациентов на одного врача-стоматолога. Основными элементами разработанной модели управления такими организациями, по мнению автора, являются маркетинговая система, управление качеством и персоналом, бизнес-план, система инвестиций, ценовая политика, рекламная стратегия, социальные программы, сбалансированность которых способствует устойчивому развитию клиники (коэффициент вероятности банкротства - 3,96), высокой деловой активности (показатель оборота капитала - 1,31) и получению стабильной прибыли (критерий «запаса прочности» - 67,4-75,0%).

Медико-социальная удовлетворённость коммерческой стоматологической клиники, по мнению исследователей, обусловливается: удовлетворённостью пациентов, качеством оказываемой помощи, экспертной оценкой функционирования организации [108, 110, 113].

Достаточно подробно особенности удовлетворённости стоматологической помощью рассмотрела Родина Т.С. [244], причём автор увязала это с медико-социальной характеристикой пациентов. В Рязанской области, по её данным, в течение года к врачу-стоматологу обращался каждый третий житель; «при этом уровень первичной заболеваемости был в 1,5-2 раза ниже, чем в соседних Тульской, Калужской и Московской областях, и в 1,2 раза выше, чем в Орловской и Смоленской областях». По мнению автора, социальный портрет типичного пациента стоматологических частных клиник в Рязанской области – это «лица активного трудоспособного возраста, с высшим и неоконченным высшим образованием, госслужащие или наёмные работники коммерческих структур, со среднемесячным доходом не менее 10 тысяч рублей в месяц». В муниципальных поликлиниках социальный портрет пациента был несколько иной – это лица в возрасте до 25 лет или старше 50

лет, со средним специальным образованием, преимущественно учащиеся или служащие, со средним уровнем дохода 5-10 тысяч рублей в месяц.

Данные Родиной Т.С. свидетельствуют о более низкой оценке пациентами помощи в ЧСМО по сравнению с муниципальными поликлиниками, хотя, с другой стороны, отличные оценки респондентами тоже были получены только в частных клиниках (12,3%). Данное различие автор объясняет тем, что пациенты частных клиник более критичны и предъявляют субъективно завышенные требования к качеству стоматологической помощи.

Вопросами управления качеством стоматологических услуг в зависимости от обоснования потребности населения занимался Плюхин Д.В. [225]. На материале Челябинской области автор установил различия в потребности в лечении разных видов стоматологических заболеваний. Автор подтвердил ранее высказанное мнение о том, что «степень удовлетворённости стоматологической помощью в муниципальных стоматологических клиниках была ниже, чем в частных». При этом для повышения качества помощи и удовлетворённости пациентов автор считает необходимым использовать единые унифицированные требования к порядкам диагностики и лечения пациентов, а также формирование у пациентов устойчивой мотивации к комплексному лечению.

Оптимизации медико-социальных аспектов деятельности стоматологических центров как структурной части и их внедрению в территориальную систему здравоохранения посвящено кандидатское исследование Куксенко В.М. [157]. На материале Ивановской области автор констатирует существенный ежегодный прирост амбулаторной части объёма оказываемых стоматологических услуг (темп прироста 139,1%). При этом результативность стоматологических амбулаторных услуг в современных условиях явно недостаточна (по данным многочисленных индикаторов, проанализированных автором, в частности по объёму финансирования, по уровню удовлетворённости качеством). При этом наибольшие отклонения, по мнению автора, имеют такие свойства, как доступность, безопасность,

удовлетворённость пациентов, своевременность получения помощи, удобство и результативность. Автором предложены ряд методик, улучшающих функционирование структурных единиц стоматологической службы, включающих методику управления рисками, прогнозирования риска, интегральной оценки качества, методику выбора мер управляющего воздействия, методику экспертизы качества оказанных услуг, экспертизы кадрового потенциала стоматологических клиник, с материальным стимулированием кадров.

Кузовковой Ю.В. [152] обоснован ряд концептуальных подходов к системе управления рисками в стоматологической службе. Автор полагает достаточно высокой частоту развития рисков в стоматологии, что обусловлено снижением доступности и качества стоматологической помощи. По данным автора, 65% врачей-стоматологов хотя бы 1 раз в своей практике сталкивались с предъявлением претензий со стороны пациентов, а размер материального ущерба, по которому требовалось досудебное урегулирование, возрастает с каждым годом. Автор предлагает построенную по уровневому типу концептуальную модель управления рисками.

Попова И.Н. [229] разработала систему организационно-методического обеспечения деятельности государственных (муниципальных) стоматологических организаций, которая должна включать в себя набор чувствительных индикаторов (статистических, социологических, экспертных), информационное обеспечение, анализ стоматологической заболеваемости. На материале Читинской области автор показала эффективность данной системы управления стоматологической службой, выразившуюся в повышении профилактической направленности, снижении доли удалённых зубов, повышении коэффициента соответствия специалиста.

Федоровым А.В. [283] предпринята попытка описать организационную структуру рынка стоматологических услуг. Помимо анализа деятельности частных стоматологических организаций, автор оценил удовлетворённость пациентов оказанной помощью. В государственных и частных

стоматологических клиниках было 36,1% и 40,9% отличных оценок, 4,6% и 5,5% неудовлетворительных. Доказана склонность к занижению оценок женщинами. По мнению пациентов, качество оказанной помощи было выше в частных клиниках по сравнению с государственными. Однако, независимо от организационной формы стоматологической организации, удовлетворённость пациентов определялась в основном качеством проведённого лечения.

Хубутия Б.Н. [301] для улучшения управления стоматологической организацией предложил технологию процессного подхода к управлению качеством, включающую менеджмент ресурсов, маркетинговую деятельность, лечебно-диагностический процесс и структуру информационного обеспечения. Основной упор в деле обеспечения качества автор делает на алгоритмизацию лечебно-диагностического процесса. За трёхлетний период автором показана высокая эффективность предложенной схемы (увеличение интегрального коэффициента качества, коэффициента социальной удовлетворённости, снижение числа дефектов в работе врачей стоматологов-ортопедов).

1.4.Роль частных стоматологических медицинских организаций в системе стоматологического здравоохранения.

Частная система здравоохранения в РФ за последние 10 лет является одним из самых быстрорастущих секторов экономики (Коробко И.В. [143]). С 1998 по 2008 годы объём частной медицины вырос в 10 раз. Однако, доля субъектов частной системы здравоохранения в РФ не превышает 5-10% от общего числа субъектов медицинской деятельности (в Израиле 12%, в странах Евросоюза 15%, в США 20%).

В России отмечена существенная разница между государственными тратами на охрану здоровья и затратами населения - почти 40% (в других странах – 15-30%); это обосновывает большой потенциал развития частного сектора (Нецепляев Д.А. [214]).

Помимо большого интереса исследователей к вопросам организации стоматологической помощи, её эффективности в системе здравоохранения в

целом и в отдельных регионах в частности, достаточно большое количество работ посвящено частному сектору [16, 69, 75]. Стоит отметить, что в условиях современного рынка стоматологических услуг, а также всё более конкурирующих экономических взаимоотношений, по прогнозам специалистов, частные клиники будут занимать всё большую долю на рынке стоматологических услуг. Это будет касаться не только объёмов помощи, но и показателей обращаемости населения, финансирования, проведения торгово-закупочных операций для обеспечения лечебной деятельности по стоматологическому сектору и т.д. Мнение большинства исследователей солидарно: частные клиники с каждым годом будут составлять всё более достойную конкуренцию государственным и муниципальным поликлиникам [76, 126, 127, 130, 175, 187, 210, 268].

Безусловно, конкурентоспособность ЧСМО на рынке медицинских услуг может быть обусловлена прежде всего ценой, которая зависит от большого числа условий и экономической ситуации в целом, но также может быть обусловлена неценовыми факторами [153, 159]. Цена, по мнению Кусова С.В. [168], - один из основных факторов на рынке, влияющих на доступность и качество стоматологической помощи.

В течение последних 25 лет, после кардинальной перестройки политических процессов и последующих за этим социально-экономических изменений, в нашей стране активно развивается частный сектор медицинских организаций. Их число в России составляет, по некоторым оценкам, от 2 до 10% от общего числа медицинских организаций страны (в крупных городах их доля доходит до 30-40%), в то время как в развитых европейских странах их доля составляет 10-15%, в США – 20-45% и до 80% доходит в Японии и Казахстане. Среди разных видов организаций медицинского сектора, по данным многих авторов, наиболее активно развивалась именно частная стоматология, чему способствуют материалоёмкие особенности стоматологической отрасли и высокая востребованность стоматологических услуг. В настоящее время частные стоматологические организации

составляют до 80% среди всех негосударственных медицинских организаций. Вместе с тем, число занятых там специалистов существенно ниже.

Вполне возможно, сектор частных стоматологических организаций и рынок стоматологических услуг можно считать вполне сформированным (особенно в крупных городах), дальнейшее развитие его замедлилось, однако неопределённость влияния многих факторов не обеспечивают создание чёткого прогноза.

Способствует развитию частных стоматологических организаций неизменно существующая между ними конкуренция, а также конкуренция за объёмы оказанной помощи с государственными и муниципальными медицинскими организациями. Традиционно считается, что частные стоматологические организации имеют более лучшее (за счёт частого обновления) материально-техническое обеспечение, более новые технологии, в них применяются новейшие и более трудоёмкие методы лечения. Однако, сектор частных стоматологических организаций очень разнороден, и представленные в нём медицинские организации различаются от маленьких частных кабинетов на 1-2 стоматологических кресла до крупных сетевых клиник (медицинские организации, объединённые в одну сеть под общим управлением или единым брендом). Очевидно, что организация медицинской помощи, условия её оказания, сервис и другие показатели в них будут сильно различаться.

В настоящее время выполнены исследования, прояснившие те или иные стороны деятельности частных стоматологических организаций [328, 332]. Филимонов А.В. [288] изучил развитие негосударственной стоматологической службы большого промышленного города (на примере Волгограда). По его данным, в Волгограде ежегодно открывается 5-6 новых частных стоматологических клиник, а в целом в городе преобладают небольшие частные стоматологические организации (в среднем состоящие из 2,8 рабочих мест, 4,0 ставок врачей-стоматологов, 2,3 ставок медсестёр, 0,7 ставок ассистентов врача, 0,4 ставок гигиениста стоматологического). Наиболее

часто в ЧСМО Волгограда, по данным Филимонова А.В., «оказывались терапевтическая стоматологическая и ортопедическая стоматологическая помощь (99,1% и 88,3%), реже всего – помощь по детской стоматологии и ортодонтии (38,7% и 28,8%). В половине клиник (55,9%) оказывалась хирургическая стоматологическая помощь, в 41,4% - пародонтологическая. Лишь 25,2% стоматологических клиник предлагают комплексную помощь по всем направлениям».

По данным Нецепляева Д.А. [214], на долю частного сектора в Волгограде приходится 55,8%. В своих трудах автор разделяет понятия врача наёмного труда в частных медицинских организациях и врача-владельца (в терминологии автора), который сам организовал частную практику и сам её осуществляет. Врачи частной практики демонстрируют интерес к науке, верность профессии и выбранной специальности. Пациенты частных клиник при выборе специалиста основное внимание уделяют качеству лечения и профессиональной подготовке врача, а не его моральным качествам. Кроме того, 58% пациентов частных стоматологических организаций выбирают патерналистскую модель взаимоотношений с врачом, а не роль клиентских отношений

Караханян В.Т. [125] изучил эффективность частных стоматологических организаций с позиций организации и управления кадровым составом. Автор полагает, что в основном в коммерческие стоматологические организации пациенты обращаются с целью планового лечения зубов и протезирования, почти в 2 раза реже – по острой зубной боли, предпочитая для этого муниципальные стоматологические организации. Около 20-25% пациентов частных стоматологических организаций жаловались на невысокую квалификацию врачей муниципальных поликлиник, низкое качество лечения, культуру обслуживания и плохое качество материалов. Вместе с тем, автор указывает на то, что основным фактором обращаемости в частные стоматологические клиники является уровень дохода пациентов. Автор оценил также определённые тенденции и мотивации миграции врачей-

стоматологов из государственной в частную сферу здравоохранения и наоборот, а также оценил эффективные условия управления частными стоматологическими организациями.

Карцев А.А. [128] изучил социологические аспекты спроса населения на стоматологическую ортопедическую помощь в г.Москве: по его данным, ведущим фактором обращаемости вне зависимости от типа медицинской организации является качество оказываемой помощи. При этом с помощью рекламы осуществляется не более 5-10% обращений в государственные и частные стоматологические организации. Основными источниками информации при принятии решения об обращении являются советы родственников и знакомых (от 20% до 60% в государственных и частных стоматологических организациях).

Канукоева Е.Ю. [123] считает, что основная цель обращений пациентов в частные стоматологические организации – лечение и пломбирование зубов, первичное зубопротезирование (40%). Характерно, что обращения с целью удаления зубов или профилактики встречались редко (12%).

Вместе с тем, около 2/3 пациентов ортопедических стоматологических отделений с трудом находят средства на оплату лечения (Эмирвелиева О.П. [337]).

Лемберг И.А. [172] подробно изучил потребность населения в получении комплексной стоматологической помощи и основные мотивации её получения в средних по мощности частных структурах. Автор провёл эпидемиологическое исследование по методике ЦНИИС среди жителей города Раменское и установил высокие показатели распространённости и интенсивности кариеса зубов (100,0% и 12,41 зубов). По данным автора, в лечении кариеса нуждалось 22,9% зубов, в удалении – 3,1% зубов, в ортопедической и ортодонтической помощи – 55,3% и 30,0% пациентов соответственно.

Лемберг И.А. также подтвердил данные ранее проводившихся социологических исследований о том, что «за платной стоматологической

помощью в коммерческие структуры обращаются преимущественно лица молодого и трудоспособного возраста (20-50 лет), имеющие средний и выше среднего уровень дохода и преимущественно женского пола». Основной мотивацией обращений в частные медицинские организации стала необходимость получения качественной, по мнению респондентов, стоматологической помощи в связи с неудовлетворённостью ею в государственных и муниципальных структурах. Наиболее эффективным маркетинговым источником информации автор считает мнение друзей и родственников пациентов, а также собственный опыт. Стоит отметить, что уровень санационной работы в частных клиниках Лемберг И.А. [172] оценивает как высокий (80,0%). С этим мнением согласны Масумова В.В. [193], Калмыков А.А.[122]. При этом профилактическая работа в ЧСМО остаётся очень низкой (Павлова С.Г. [221]).

Касимовский К.К. [129] обосновал роль научного анализа в совершенствовании деятельности врачей частных медицинских организаций. Автор считает, что реализовать право граждан на выбор, предоставить своевременную и качественную медицинскую помощь возможно только в условиях конкуренции, чему в полной мере способствуют частные медицинские организации. По его данным, в 47 субъектах РФ частной медицинской практикой занимаются всего 1,5% от общего числа врачей, при этом в ближайшие годы эта цифра может приблизиться к 20-30%. В числе частнопрактикующих врачей примерно равное соотношение мужчин и женщин (50,4% и 49,6%) наиболее активного и трудоспособного возраста 30-49 лет; более половины врачей имеют стаж свыше 10 лет, что указывает на их высокую профессиональную подготовку. Не менее 43,1% в структуре всех 7538 обследованных частнопрактикующих врачей занимают стоматологи. Дальнейшее развитие частной системы здравоохранения авторы [129, 329] видят в страховании профессиональной ответственности врачей, создании ассоциаций, взаимодействии с государственными органами.

Выход из ситуации дальнейшего прогрессивного развития частных практик Коваленчик А.Д. [138] видит в создании модели корпоративного партнёрства частных и муниципальных (государственных) медицинских организаций. Их объединяет сходный объём помощи, обращаемость населения, критерии оценки эффективности деятельности [78, 294].

Несмотря на значительное количество работ и традиционную направленность большинства исследований на государственные и муниципальные медицинские организации, с каждым годом всё больший объём обращаемости населения и объём оказания помощи приходится на ЧСО. Если речь идёт о крупных городах, то доля ЧСО в общем объёме оказанной стоматологической помощи в них может доходить до 30-40%. Отметим также существенные сервисные характеристики оказания такой помощи, что неизменно привлекает в ЧСМО большое количество пациентов.

Повышению качества оказания стоматологической помощи посвящено исследование Синицыной Г.Н. [261]. На материале Калининградской области отмечено очень большое развитие частного сектора, в котором занято 95,4% врачей-стоматологов. Однако доступность стоматологической помощи ограничена и не соотносится с высококачественным стоматологическим лечением. Автор детализирует составные части внешнего и внутреннего маркетинга, но ведущими факторами считает профессиональные и личностные качества врача-стоматолога. В структуре внешнего маркетинга ведущей является реклама, а во внутреннем – пациенты на первое место ставят качественное лечение и длительность службы пломб.

Характерно, что, по данным Канукоевой Е.Ю. [123], около 40% пациентов оценили работу врачей стоматологов-ортопедов частного сектора на «отлично», что коррелировало с их квалификацией и стажем работы. Высшая категория у врачей-стоматологов ЧСМО имелась у 12,7% (что сопоставимо с госсектором – 12,8%), без категории было 31,2% врачей (в госсекторе – 51,2%). Основная причина перехода врачей на работу в частый сектор – более высокая зарплата.

Шайдуллиной Л.И. [310] детально рассмотрено управление качеством медицинской помощи в организациях негосударственного сектора. Автор считает, что обращаемость в частные медицинские организации зависит от возраста и уровня дохода пациентов. Уровень удовлетворённости пациентами частной медицинской помощью стоматологического профиля автор оценила в 4,47 баллов по 5-балльной шкале, а основным фактором повышения качества медицинских услуг в частном секторе автор считает постоянный мониторинг удовлетворённости пациентов.

Бондаренко Н.Н. [41] дальнейшую интенсификацию деятельности медицинских организаций видит в реализации механизма объективной оценки в системе управления качеством оказания стоматологических услуг, которую он развил в своей докторской диссертации. Автор отмечает существенные дефекты в заполнении медицинской документации врачами, что ведёт к снижению их правовой защищённости, а выход видит в строгом соблюдении норм стандартов и алгоритмов оказания медицинской помощи.

В Чеченской республике, несмотря в целом на невысокие доходы населения, маркетинговые исследования Хубаева С.С. [300] показали «устойчивую установку пациентов на получение платных стоматологических услуг, что интересно – независимо от уровня дохода на одного члена семьи и социального положения». Вместе с тем, у многих частных стоматологических клиник, проанализированных автором, их консолидированный бюджет не позволяет обеспечить необходимый уровень медицинской помощи и современный технологический уровень для совершенствования стоматологической помощи.

Изучение объективной визуализации как фактора мотивации пациента к комплексной санации рта провела Макарова А.А. [186]. Очевидно, в условиях именно частных стоматологических организаций наглядная углублённая визуализация и демонстрация пациенту способствует формированию у него мотивации к увеличению объёма лечения, в том числе и к санации рта. Автор установила увеличение показателя интенсивности кариеса и

распространённости кариозных полостей при использовании метода углублённой визуализации. Это мотивирует пациента на дальнейшее лечение, тем более что он сам в таком случае участвует в собственном обследовании.

Дашкина Г.Г. [85] изучила особенности построения системы управленческого учёта в негосударственных стоматологических организациях; ею разработаны классификаторы управленческого учёта, система документооборота, организация бюджетирования, разработаны организация стратегического бизнес-планирования в негосударственных стоматологических организациях, вопросы управления денежными активами.

Троценко А.Г. [281] изучил интерактивный маркетинг и его роль в совершенствовании деятельности стоматологических организаций. Автором выделены несколько уровней интерактивного маркетинга: базисный, реагирующий, ответственный, активный, партнёрский. Наиболее высокий партнёрский уровень был сформирован только у 18,4% пациентов муниципальных стоматологических поликлиник и у 42,06% у пациентов частных стоматологических поликлиник. Большую роль в формировании интерактивного маркетинга автор отводит интернет-технологиям (сайты, социальные сети), а также традиционное взаимодействие с пациентами через систему личных продаж. Внедрение таких технологий в деятельность частных стоматологических клиник, по данным автора, позволило существенно поднять финансовую эффективность: финансовые поступления в частные стоматологические клиники от пользователей сети интернет в 20 раз превышали затраты на рекламу (по материалам Хабаровского края). Для персонализации и структурирования всех данных в интернете автор предлагает разделение её на макро-, мезо- и микроинформацию (социально-экономические характеристики, состояние стоматологического здоровья, отношение пациентов к собственному здоровью).

Дал подробную клинико-организационную характеристику оказания стоматологической ортопедической помощи в негосударственном секторе Предтеченский Н.Н. [232]. В ЧСМО автором отмечена тенденция

максимального удержания пациентов (в отличие от государственных поликлиник), при этом пациентов-женщин в частный сектор привлекает надежда на более качественное зубопротезирование, а мужчин – более короткие сроки приёма. Не менее 77,3% пациентов частных и 44,4% пациентов государственных стоматологических организаций получали законченное лечение в течение года. В среднем в ЧСМО на 1 пациента приходилось 1,6 изготовленных зубных протезов (в государственных – лишь 0,5).

На примере коммерческих стоматологических клиник Москвы проанализировал организационное развитие малых коммерческих организаций Ермолаев В.Н. [100]. Автор рассматривает организационное развитие стоматологических клиник как процесс направленных структурных изменений организации, способствующий её выживанию в условиях конкуренции и рыночных взаимоотношений. Основные признаки этого процесса – увеличение размера клиники, диверсификация, высокая степень структурной и профессиональной дифференциации и формализации отношений. Наиболее адекватный способ повышения способности к выживанию частных стоматологических организаций на рынке автор видит в увеличении их размера, в повышении структурной дифференциации и формализации отношений. При этом старые (зрелые) организации, давно существующие на рынке, проявляют черты консерватизма (феномен структурной инерции, открытый А.Стинчкомбом). Они сохраняют те черты, которые были им свойственны на момент возникновения – в ненасыщенном рынке. Нужно также развивать гибкость и пластичность, адаптируясь к состоянию ресурсных и других ниш в условиях рынка.

Модель жизненных циклов Адизеса (процесс изменения размера, структурной дифференциации и формализации отношений) применима не только к отдельной стоматологической клинике, существующей в условиях рынка, но и к всей организационной популяции. По мнению автора, объективное влияние внешней среды (конкурентного рынка стоматологических услуг) на процессы организационного развития частных

стоматологических организаций не нашло отражения в поведении большинства руководителей исследованных организаций. Очевидно, это можно объяснить отсутствием у них опыта работы в условиях насыщенного, устоявшегося рынка, а также отсутствием у них профессионального менеджерского образования. Они не отслеживают динамику постоянно меняющейся конкурентной среды, не разрабатывают организационных стратегий развития частных стоматологических организаций и продолжают работать в режиме модели организации как закрытой системы. Автором доказано, что, хотя развитие частных стоматологических организаций тесно связано с изменениями внешней рыночной среды, её влияние не может быть описано в терминах концепций стратегического управления. Исследование автора установило, что ни в одной из исследованных частных стоматологических организаций нет письменных планов развития, и лишь в 15% организаций менеджерами в устном виде сформулированы представления об ориентирах развития.

По мнению Ермолаева В.Н. [100], развитие большинства частных стоматологических организаций на рынках происходит через механизм социо-культурной селекции. Данный процесс является дискретным и осуществляется в режиме предъявления вызовов со стороны внешней среды и продуцирования ответных реакций организаций, которые являются результатом интуитивного реагирования или заимствования уже используемых на уровне популяции образцов деятельности. Содержание процесса развития может быть зафиксировано как расширение социокультурного репертуара, которое прослеживается в виде структурных изменений и дифференциации. Как считает автор, процесс развития не может быть описан на уровне единичной организации по причине присущих ей консерватизма и структурной инерции.

Приближение потребностей стоматологической практики к нуждам разных социальных групп населения является очень важным и обеспечивает высокую эффективность оказываемой помощи. Так называемой социальной оптимизации услуг ортопедической стоматологии посвящена работа

Эмирвелиевой О.П. [337]. Как указывает автор, в большой степени это важно для лиц старших возрастов, являющихся получателями большого объёма стоматологической помощи, но при этом несколько ограниченными в экономическом и социальном плане (особенно в части ортопедической стоматологии). При этом автор показала ограниченность применения критерия качества жизни для оценки медико-социальной эффективности ортопедической стоматологической службы и считает, что нужно принимать во внимание только лишь самооценку пациентами своего здоровья. Автор приводит механизм социальной оптимизации услуг ортопедической стоматологии, заключающийся в приведении в соответствие количества, качества, цены потребностям всех категорий населения, что достигается установлением баланса услуг и гарантированием пациентам свободного выбора услугодателя. Реальным механизмом социальной оптимизации в ортопедической стоматологии является поливариантность и высокая техническая оснащённость клиник и кабинетов, а также снижение цен на услуги (в случае повышения конкурентоспособности).

Попкова Ю.В. [228] рассмотрела региональные тенденции развития негосударственного сектора здравоохранения (со стороны мнения пациентов и медицинских работников). В частности, прослежена чёткая тенденция развития негосударственного сектора от стихийной стратегии занятости сегментов элитного рынка в мегаполисах к социальному региональному маркетингу и предложению услуг для населения со средним и более низким уровнем материального достатка. Автор полагает, что профессиональная деятельность частнопрактикующих врачей находится под влиянием двух противоречивых тенденций: альтруистического отношения к пациенту и стремление получить максимальный экономический эффект от медицинских процедур. При этом в последние годы у врачей частного сектора прослеживается усиление экономических ориентаций. По мнению Попковой Ю.В., уровень неудовлетворённости в медицинском секторе достигает 47,6% среди респондентов негосударственных медицинских организаций и 29,7%

среди респондентов государственных медицинских организаций. По мнению опрошенных пациентов, наиболее привлекательными сторонами негосударственного сектора являются: внимание персонала (69,7% ответов), качество проведённого лечения (58,2%); при этом фактор низкой стоимости услуги находится на одном из последних мест (40,0%). У врачей негосударственной сферы автором отмечены более выраженные мотивации к повышению квалификационного уровня в рамках выбранной специальности.

Вопросы управления качеством и эффективностью стоматологической помощи в медицинских организациях разных форм собственности в условиях рынка рассмотрел Курбетьев С.Г. [166]. На материале Хабаровского края автором разработаны интегральные показатели уровня качества и эффективности амбулаторных лечебно-профилактических учреждений. Доказан формальный подход к оценке качества лечения руководителями и врачами медицинских организаций.

Ряд авторов [173, 174] сосредоточил свои усилия на изучении особенностей управлениями частными медицинскими организациями (Серебрянский О.Ю. [255], Зозуля Ю.В. [111]), в том числе на управлении персоналом [47, 137, 139, 182, 269], психологии медицинского труда [342], профессиональной заболеваемости врачей [339].

В частности, Филимонов А.В. [288] охарактеризовал социальный портрет врача-стоматолога, работающего в частном секторе стоматологических организаций: такого врача отличает выраженная гендерность (68,8% - женщины), возраст старше 40 лет (53,4%) со стажем работы более 15 лет (60,0%), вполне удовлетворённые своей профессиональной деятельностью (79,1%). Автор отмечает также стремление многих врачей к комплексности оказываемой помощи (по так называемому принципу «семейной» медицины) и их низкую профессиональную активность (низкое желание к переобучению и к повышению своей квалификации). У многих врачей частных стоматологических организаций автор отмечает высокую склонность к возникновению профессионального стресса и эмоционального выгорания,

чему способствуют повышенные эмоциональные нагрузки в частном секторе (74,3%), конфликты с пациентами (40,0%), социальная незащищённость работников частного сектора (49,5%). Опрос не руководителей частных стоматологических организаций, а рядовых врачей показал, что 60-70% врачей считают оснащение своего рабочего места устаревшим. Традиционно среди врачей частных стоматологических организаций мало внимания уделяется профилактике, они нацелены лишь на лечение отдельных конкретных заболеваний или конкретных больных зубов. Автор также обращает внимание на недостаточное качество работы врачей-стоматологов, в первую очередь он выделяет несоблюдение современных технологий и стандартов лечения, малое использование рентгенографии, в том числе для эндодонтического лечения, отсутствие какой бы то ни было диспансеризации. Вместе с тем, он отмечает, что многие врачи, являющиеся совместителями, не порывают своей трудовой связи с госсектором, прежде всего из-за сохраняющегося набора государственных социальных гарантий.

Докторская диссертация Мажаренко В.А. [184] посвящена научному обоснованию социальной и профессиональной роли врача-стоматолога в современном обществе. Автор подробно изучил отдельные аспекты профессиональной роли врача-стоматолога по материалам контент-анализа и ряда социальных паттернов, обосновал исследовательскую деятельность врачей-стоматологов как объекта социального взаимодействия. Пациенты рассматриваются им как социальные агенты профессионализации в стоматологии. В этой связи автором разработана подробная социальная экспозиция профессии врача-стоматолога в полном единстве и многообразии её практических, морально-психологических, медико-организационных и иных аспектов, а также предложено её структурирование в соответствии с экспектациями главных социальных агентов данной профессионализации – пациентов. Автор полагает, что основным социальным требованиям к выполнению профессиональной роли врача-стоматолога является соблюдение

прав пациента, а условием выполнения – клиническая и этико-правовая компетентность врачей-стоматологов.

Безусловно (Мажаренко В.А. [184]), одной из важнейших целей успешного лечения пациента на стоматологическом приёме является установление доверительных отношений с врачом; для достижения этого необходима особая коммуникативная стратегия, направленная на выражение эмпатии. С этой точки зрения, по мнению автора, позиционируют себя и пациенты как автономные личности, автономность которых ограничена выбором лечебного учреждения, врача и модели их взаимоотношения (до 48% пациентов выбирали патерналистскую модель взаимоотношений с врачом).

Социальную динамику различных профессиональных ролей в стоматологии рассмотрел Воронин В.А. [59]. Автор установил хорошую адаптацию врачей-стоматологов к социальной роли, однако отметил ряд факторов неудовлетворённости: заработной платой (99%), условиями оплаты труда (75%), отсутствием поощрений со стороны руководства (62,5%), плохой организации труда (37,5%), отсутствием профессионального роста (24,3%). Автор отмечает, что профессиональная деятельность врачей-стоматологов является средством реализации собственного потенциала и отмечает высокую ролевую зависимость стоматологов-ортопедов, в отличие от врачей других специальностей.

Аналогичное исследование по изучению социального статуса врача-стоматолога выполнил Котаниди С.А. [145]. По его мнению, наиболее эффективным оказанием помощи в Волгоградском регионе, с учётом принципов комплексности и диспансеризации, является внедрение практики семейного врача: за данную форму высказались 59,1% пациентов муниципальных и 58,6% - частных клиник, причём около 44% пациентов готовы участвовать в софинансировании данной практики (поскольку её внедрению препятствует низкое финансирование). Особенно это нашло поддержку среди молодых специалистов: готовность работать семейными врачами выразили 40% интернов и 61,5% практикующих врачей со стажем до

5 лет. Об этом же пишет Янсон С.Н. [341], рекомендуя данную стратегию семейной стоматологии для частных клиник. По её данным, за это высказались 85% врачей. По мнению пациентов, систематическое наблюдение у семейного врача сокращает финансовые расходы (59,5% ответов), время (55,7% ответов), создаёт уверенность в оптимальной помощи (73,4% ответов).

Арутюнов А.В. [19] уделил внимание такому важному моменту современной стоматологии, как синдром эмоционального выгорания врачей и мерам его профилактики. Состояние так называемого профессионального стресса автор обнаружил у 53,7% врачей, причём в государственных поликлиниках стрессу было подвержено больше врачей, чем в частных (58,9% и 41,5%). Синдром эмоционального выгорания выявился у 8,1% врачей (9,5% в государственных и 4,9% в частных стоматологических организациях). Автор считает, что профессиональному стрессу и синдрому эмоционального выгорания наиболее подвержены врачи со стажем работы 10 лет и более, в возрасте 35-39 лет, а также определяется личностными характеристиками врача (его психологические качества – тревожность, сенситивность, интровертированность), влияют также такие факторы, как рабочее напряжение, снижение перспектив карьерного роста, личностной самооценки, негативные изменения в личной жизни [79, 82].

О наличии выраженного эмоционального выгорания и утомления врачей-стоматологов ортопедов в муниципальных и частных медицинских организациях свидетельствует Дегтярёва Э.П. [86]; по её мнению, на это существенно влиял фактор заполнения медицинской документации (врачи ЧСМО тратили на неё 1,9% своего рабочего времени, врачи муниципальных медицинских организаций – 19%). Об этом же говорят авторы [88, 89].

Работа Фокиной Т.Ю. [291] посвящена изучению личностно-психологических аспектов синдрома эмоционального выгорания врачей-стоматологов. Автор установила высокую распространённость данного синдрома: его отдельные признаки выявлены у 57,3% врачей, а сформированный вариант – у 7,3%, наиболее выраженный у врачей до 30 лет

(наиболее подверженных дезадаптации). Развитие синдрома эмоционального выгорания во многом определяется личностными характеристиками врача; у мужчин выявлена дисгармоничность совладающего поведения, у женщин – избегание. Тревожность у женщин была выше по сравнению с мужчинами, однако клинически выраженной депрессии у врачей-стоматологов автор не нашла. Подобные результаты приводят авторы [170].

В продолжение данной темы Истоминой Е.В. [116] исследовано деонтологическое поведение врачей-стоматологов ортопедов в зависимости от характерологических особенностей пациентов. Как известно, профессионализм врачей состоит в распознавании субъективного мира пациента, поливариантности подходов к нему для создания доброжелательного контакта. Деонтология тесно связана с профилактикой конфликтных ситуаций в системе межличностного взаимодействия «врач-пациент». Конфликты, связанные с неумением общаться с пациентом и завоевать его доверие, возникают чаще всех остальных претензий. Важная роль здесь принадлежит способностям пациента адаптироваться к лечебному процессу и к ортопедическим конструкциям: по данным автора, сложнее адаптировались тревожно-сомневающиеся, застенчиво-раздражительные пациенты. Автором разработаны варианты деонтологического поведения врачей-стоматологов ортопедов с разными психотипами пациентов, что уменьшает психологическое напряжение, снижает вероятность конфликтных ситуаций, улучшает динамику психологической адаптации.

Шарова Т.Н. [315] разработала деонтологическую и лечебную тактику взаимодействия с пациентами, испытывающими эмоциональное напряжение. В наблюдениях автора в основном фигурировали пациенты с отсроченной санацией вследствие страха перед стоматологическим вмешательством. Это вынуждает откладывать санацию. Автор считает, что все пациенты во время стоматологического вмешательства испытывают стресс, что усугубляется предшествующим негативным опытом, обращениями преимущественно с болевым синдромом. Более этому подвержены мужчины. Негативный

стоматологический опыт у пациентов накапливается и достигает максимума к 50 годам (после 50 лет доля обращающихся к врачу-стоматологу только по острой боли в Хабаровском крае достигает 90%). На установление эффективного контакта с такими пациентами также влияет эмоциональное выгорание врача.

Безусловно, говоря о персонале стоматологических клиник, особенно частных, нельзя не обойти вопрос взаимоотношений в коллективе и с пациентами, а также связанных с этим конфликтов. Причины и способы управления конфликтами в стоматологических организациях детально освещены в диссертации Афанасьевой О.Ю. [21]. Автор указывает на возросшую частоту межличностных конфликтов в стоматологии, низкие правовые знания врачей (и этико-психологические знания). Существенную поддержку в данном вопросе окажет страхование профессиональной ответственности врачей-стоматологов [189, 202]. Об этом же говорит Попова Т.Г. [231], проанализировавшая критерии экспертной оценки профессиональных ошибок и дефектов стоматологической помощи.

Докторская диссертация Волчанского М.Е. [57] посвящена социологии конфликта в медицине. Автор рассмотрел разные варианты развития конфликтогенных тенденций в разных диадах и отражает негативное влияние комплекса объективных и субъективных дисфункциональных факторов. По его мнению, «в сетевых клиниках неблагоприятная социально-профессиональная ситуация чревата усилением конфликтогенного потенциала в связанных коллективах. При этом факторами возникновения конфликтов с преобладанием деструктивных функций в медицинской практике выступают: сложная социально-экономическая ситуация и новые социальные диспропорции в российском обществе; эскалация медикализации; ухудшение качества медицинского обслуживания по причине низкой технологической компетентности медицинских специалистов и дисфункциональное системы профессиональной их подготовки; снижение социо-профессионального статуса врача в российском обществе;

неадекватный уровень заработной платы значительной доли медицинских работников; вынужденное сокращение объема времени, выделяемого на одного пациента во время приема врача; неблагоприятный социально-психологический климат в клинике; высокий уровень конституциональной и ситуативной тревожности медицинских работников, их эмоционально-профессионального выгорания; и др.».

Отметим, что в качестве урегулирования конфликтов и споров Коробко К.И. [143] предлагает заменить норму денежной компенсации морального вреда (ст.1101 Гражданского кодекса РФ) аналогичным набором медицинских услуг, сузив при этом основания отказа от медицинской помощи.

Особенности стоматологической услуги как социального взаимодействия врача и пациента в своей докторской диссертации рассмотрел Михальченко Д.В.[200]. Компаративный анализ позволил установить социальный портрет «основного потребителя платных медицинских услуг – это мужчины 18-35 лет с высшим образованием и высоким уровнем дохода. Однако чаще пользуются платными медицинскими услугами женщины 36-54 лет с высшим образованием и средним уровнем дохода». Характерно, что официально оплачивают платные медицинские услуги 31% пациентов, неофициально – 11% пациентов. Вместе с тем, порядка сорока процентов пациентов частных стоматологических организаций (46,8%) полагают, что медицинская помощь должна быть бесплатной, «как раньше».

Шилина С.В. [320] рассмотрела социально-психологические факторы взаимоотношений врача и пациента в современной стоматологической практике. Социальный аспект интерперсональных взаимоотношений в диаде «врач-пациент» приобретает всё большую значимость в условиях возрастающей конкуренции. Такие транситивные процессы в системе оказания стоматологической помощи изменили и сознание самого пациента. Актуализировало проблему множество отягощающих факторов, в частности наличие финансовых взаиморасчётов, стрессовый характер стоматологических услуг, психоэмоциональное возбуждение пациента,

требующее ситуативного коррегирования. Выход автор видит в более полном и правильном информировании пациента, повышении уровня конфликтологических знаний, недостаток которых ведёт к неконструктивному разрешению конфликтных ситуаций. Об этом же свидетельствуют авторы [236, 352].

Детально рассмотрел статус стоматологического пациента Кузьменко Г.Г. [154]. По мнению автор, его отличает наличие фобий, повышенная требовательность к удовлетворению своих потребностей. Клиент-ориентированный сервис более присущ пациентам частных стоматологических организаций. Врачи не разделяют психологический статус пациентов на отдельные составляющие, причину малой эффективности врачи видят в низкой комплаентности и сложных психологических установках пациентов, ориентированных на потребительские черты (этико-правовой статус). Независимо от уровня дохода и психологических притязаний, все пациенты выбирают патерналистскую модель взаимоотношений с врачом. С этим согласен Федосеев А.Я. [285], полагающий, что основной фактор, позволяющий большинству пациентов (преимущественно активного трудоспособного возраста) обращаться в ЧСМО – устойчивый уровень дохода.

Воронин В.А. в своей работе «Социальная динамика профессиональных ролей в стоматологии» (Волгоград, 2007) доказал [59], что многие пациенты связывают свой стоматологический статус с соматическими заболеваниями, страдают большим числом фобий – это говорит о том, что стоматологический пациент отличается от терапевтического, хирургического, от любого другого. С этим солидарна Баркан И.Ю. [28]: при обследовании 787 пациентов доля лиц с полной и частичной адентией составила 43,1% и 54,8%. При этом наличие адентии, по мнению автора, во многих случаях сопровождалось у пациентов развитием умеренной и высокой личностной и реактивной тревожности, что затрудняло адаптацию к зубным протезам.

Новую концепцию комплаентности в стоматологической практике предложила Фирсова И.В. [290]. Формирующееся комплаентное поведение

пациента выступает как рефлексия профессиональной адаптации врача. Вероятно, степень комплаентности детерминирована не только социальными факторами, но и характером нозологии, прогностическими особенностями, а «в основе комплаентного поведения лежит преобладание конформных установок, склонность к компромиссам, конгруэнтность в контактах, различия в типологии личности пациента; к комплаентности более склонны экстраверты (61% пациентов)». На формирование комплаентного поведения пациентов также оказывают влияние профессиональные качества врача, его личностные характеристики. Повышению комплаентности способствует полная, своевременная и доступная информация пациенту о его стоматологическом здоровье.

Пухов С.Е. [237] дал научное обоснование системы контроля качества медицинской помощи в стоматологических медицинских организациях. Одним из факторов, определяющих объём и качество оказанной помощи, по мнению автора, являются различия обращаемости пациентов в государственные и частные медицинские организации. В частных стоматологических организациях отмечено увеличение среднего количества визитов пациентов и объёма помощи. Пухов С.Е. отметил также сезонность.

Любова О.Ю. [183] представила экспертные критерии оценки эффективности применения стандартов при оказании стоматологической помощи (на материале Архангельской области). В части активного внедрения стандартов автор рекомендует расширение технологий цифровой визуализации, что должно способствовать снижению частоты конфликтных ситуаций. Отдельно автор выделяет низкий уровень медико-правовой осведомлённости врачей и пациентов.

Материально-техническому оснащению стоматологической ортопедической помощи посвящена работа Чекункова О.В. [304]. Автор установил, что на качество работ врачей-стоматологов влияют условия их труда, в частности недостаточное оснащение рабочего места. В целом, врачи-стоматологи ортопеды хорошо информированы об инновациях и новых

технологиях, однако применение их ограничено материально-техническими возможностями клиники.

Вопросами ценообразования в стоматологии и социализацией этого процесса занималась Бердышева Е.С. [35]. Как известно, производство и продажа услуг сегодня занимают значительное место в структуре российской экономики. В отличие от материальных товаров, услуги имеют невещественный характер, сложнее поддаются стандартизации, не являются однородными по своему содержанию. Это затрудняет сравнение услуг и цен на них, особенно у разных источников.

Комплексное медико-социальное исследование профессиональной деятельности среднего медицинского персонала стоматологического профиля проведено Рева И.Е. [241]. Она установила, что медицинские сёстры и зубные техники выбирают профессию, как правило, из финансовых соображений, однако не хотят продолжения этой же профессии своим детям. По мнению автора, несмотря на успешное развитие в настоящее время сектора частных стоматологических организаций, социальный статус среднего медицинского персонала, занятого в стоматологических клиниках, остаётся низким, что обусловлено в первую очередь низким уровнем дохода и невысоким, по мнению самих медсестёр, престижем профессии.

Налицо в настоящее время практическая трансформация профессии медицинской сестры стоматологической клиники в роль ассистента врача-стоматолога, работающего в режиме «в четыре руки». Другие варианты занятости среднего медицинского персонала – зубной техник и гигиенист стоматологический – не подвержены серьёзной трансформации в связи с изменившимися социально-экономическими условиями и внедрением новых технологий диагностики и лечения. Однако, отмечает автор, изменения в профессиональной роли зубных техников связаны, в первую очередь, с прогрессом медицинской науки и появлением новых технологий, а гигиенист стоматологический из помощника врача-стоматолога практически трансформировался в самостоятельного специалиста, оказывающего

совершенно отдельный диапазон работ (чистка полости рта, диагностика уровня гигиены, обучение гигиеническим навыкам и т.д.).

Сафонова М.Ю. [251] дала научное обоснование совершенствования управления медицинским персоналом в условиях инновационной деятельности. Ею проанализирована инновационная деятельность стоматологических организаций г.Москвы, дано обоснование инновационной формы «ассистента стоматологического». Доказано, что ключевую роль в инновационном процессе играет интенсификация профессиональной деятельности медицинских работников. Автор разработала модель управления медицинским персоналом стоматологических организаций, направленную на адаптацию к изменяющимся условиям производственного процесса в условиях инноваций и оптимизацию состояния здоровья. В качестве основных причин низкой укомплектованности стоматологических организаций автор называет неудовлетворённость персонала трудом, низкую заработную плату, отток специалистов в частные структуры. Неблагоприятное воздействие инновационной деятельности в медицинских организациях реализуется через интенсификацию профессиональной деятельности врачей и проявляется в ухудшении показателей здоровья, снижении их медицинской активности и возрастании тревожности. Управление персоналом в условиях инновационной клиники включает кадровое планирование, управление карьерой врачей, ускорение адаптации к изменяющимся условиям труда.

Ченцовым Ю.И. [305, 306] дана медико-демографическая характеристика врачей-стоматологов разных специализаций и оценена потребность в их последипломном обучении. Автор указывает, что самой многочисленной в структуре специальностей является терапевтическая стоматология (имеют 56,6% врачей-стоматологов) и детская стоматология (имеют 16,6% врачей), ортопедическая стоматология (имеют 15,6% врачей). Реже представлены специальности хирургическая стоматология (7,9%) и ортодонтия (3,3%). Автор отмечает низкую мотивацию опрошенных врачей-стоматологов Москвы к повышению своей профессиональной квалификации

(квалификационную категорию имели только 33,9% врачей, причём 13,8% - высшую). Автором разработаны показатели повышения квалификации врачей.

ГЛАВА 2.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Для достижения поставленной цели и решения задач нами использовались клиническое наблюдение, а также аналитический, социологический и статистический методы исследования.

Исследование выполнялось на базе ЧССО «Доктор Мартин», имеющей в своём составе 6 стоматологических частных медицинских организаций, зуботехническую лабораторию, объединённых в сетевую структуру с единым центром, несущим управляющую, контролирующую, методическую функции и роль головной клиники. В структуре ЧССО имеется также собственный торговый дом, осуществляющий торгово-закупочные операции, в том числе и для своих клинических подразделений. Все стоматологические организации данной сети расположены в разных районах г.Москвы, в каждой из них функционируют кабинеты терапевтической, хирургической, ортопедической помощи, проводится дентальная имплантация. Они располагают современным стоматологическим оборудованием, медицинским инструментарием, полностью укомплектованы необходимыми специалистами.

Также исследование выполнялось (группа сравнения) на базе 5 несетевых ЧСМО, представляющих собой частные стоматологические клиники, расположенные в тех же районах Москвы, как и сетевые организации, и по основным показателям полностью сравнимые с клиниками ЧССО (кресельная мощность, количество врачей, их нагрузка, количество пациентов, объём и структура оказываемой помощи и др.).

Всего в исследование включено 823 пациента, обратившихся за получением стоматологической помощи в частные стоматологические клиники г.Москвы (сетевые и несетевые), в том числе 554 пациентов ЧССО и 269 пациентов несетевых ЧСМО. Выборочная совокупность пациентов, включённая в исследование, была отобрана методом сплошного наблюдения из числа лиц, обращавшихся в сетевые и несетевые частные

стоматологические организации, и сформирована репрезентативной и достаточной по объёму выборки, в соответствии с формулой случайной бесповторной выборки с предельной ошибкой Δ = 5,0% при 95,0% доверительности (t=2). Расчёт необходимого количества наблюдений проводился с использованием формулы случайной бесповторной выборки:

$$n = \frac{N \times t^2 \times w(100 - w)}{(N \times \Delta^2) + (t^2 \times w(100 - w))}$$

где N – количество пациентов, обратившихся в данные сетевые и несетевые ЧСМО в течение 1 года (в среднем 800-1000 чел.), w – степень вариации распределения признака (приняли w = 50,0%), Δ - предельная ошибка репрезентативности, t – доверительный коэффициент.

Минимальный объём выборочной совокупности (при допустимых значениях предельной ошибки репрезентативности) составил 266-285 чел.; это было меньше отобранного нами объёма исследования (554 и 269 пациентов) и обеспечило статистическую достоверность исследования.

Возрастно-половая структура генеральной совокупности пациентов представлена в таблице 1 и на рис. 1.

Обе совокупности пациентов в каждом из видов медицинских организаций (ЧССО и несетевые ЧСМО) были разделены каждая на 2 группы (пациенты, получавшие помощь на основе дентальной имплантации; пациенты, получавшие стоматологическую помощь без дентальной имплантации). Структура обеих групп по этому фактору, а также по возрастному составу в целом совпадали.

В исследование включены 554 пациентов ЧССО, обратившихся за стоматологической помощью. Данную группу составили 242 мужчины и 312 женщин (средний возраст 43,84±11,57 лет) всех взрослых возрастных групп: 18-24 лет – 43 чел., 25-34 лет – 114 чел., 35-44 лет – 115 чел., 45-54 лет – 96 чел., 55-64 лет – 96 чел., 65-74 лет – 57 чел., 75-84 лет – 33 чел. (Таблица 1).

Таблица 1.

Возрастная структура генеральной совокупности включённых в исследование пациентов ЧССО и несетевых ЧСМО (абс., %)

Возрастная подгруппа, лет	Пациенты ЧССО	Пациенты несетевых ЧСМО	Итого
18-24	43 (7,8%)	4 (1,4%)	47 (5,7%)
25-34	114 (20,6%)	10 (3,7%)	124 (15,0%)
35-44	115 (20,7%)	66 (24,5%)	181 (22,0%)
45-54	96 (17,3%)	82 (30,5%)	178 (21,6%)
55-64	96 (17,3%)	77 (28,6%)	173 (21,0%)
65-74	57 (10,3%)	17 (6,3%)	74 (9,0%)
75-84	33 (6,0%)	13 (4,8%)	46 (5,6%)
Всего, чел.	554 (100,0%)	269 (100,0%)	823 (100,0%)

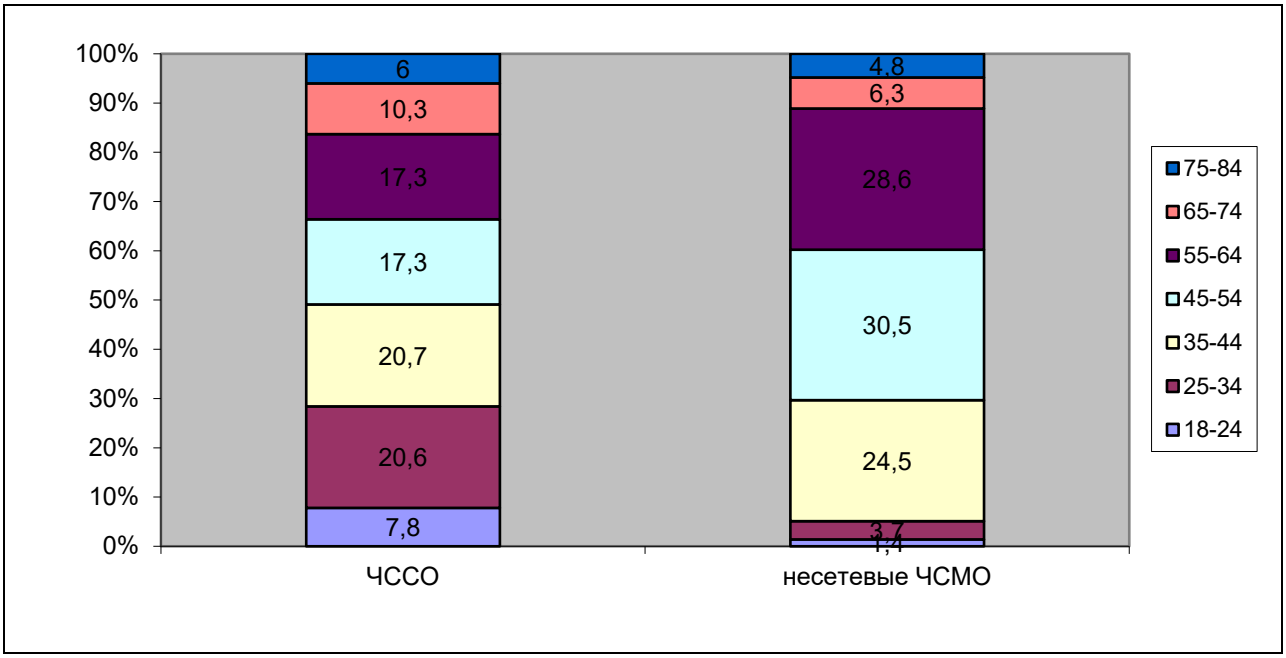


Рис. 1. Распределение пациентов сравниваемых совокупностей (группы пациентов ЧССО и несетевых ЧСМО) по возрасту (%)

Общий объём лечебно-профилактических мероприятий включал в себя: санацию рта (терапевтическое и хирургическое стоматологическое лечение), хирургический этап дентальной имплантации, ортопедический этап

дентальной имплантации. При этом в составе данной группы стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации получили 278 пациентов, 276 пациентов получили помощь без дентальной имплантации (возрастно-половой состав пациентам обеих подгрупп в целом совпадал и соответствовал генеральной совокупности), табл. 2, рис.2. Всего пациентам было установлено 889 дентальных имплантатов.

Таблица 2.

Распределение пациентов ЧССО по видам получаемой помощи в зависимости от возраста (абс., %)

Возрастная подгруппа, лет	Пациенты, получавшие стом.помощь на основе дентальной имплантации	Пациенты, получавшие стом.помощь без дентальной имплантации	Всего
18-24	22 (7,9%)	21 (7,6%)	43 (7,8%)
25-34	44 (15,8%)	70 (25,3%)	114 (20,6%)
35-44	49 (17,6%)	66 (24,0%)	115 (20,7%)
45-54	52 (18,7%)	44 (16,0%)	96 (17,3%)
55-64	49 (17,6%)	47 (17,0%)	96 (17,3%)
65-74	42 (15,1%)	15 (5,4%)	57 (10,3%)
75-84	20 (7,3%)	13 (4,7%)	33 (6,0%)
Всего, чел.	278	276	554

Группу сравнения составили 269 пациентов несетевых ЧСМО аналогичного возрастно-полового состава (Таблица 3, рис.3), обратившиеся за стоматологической помощью, в том числе 195 – на основе дентальной имплантации, 74 – без дентальной имплантации[*].

[*] Данный раздел исследования выполнялся совместно с Фёдоровым В.Е. В части стоматологических показателей объёма оказанной помощи и финансово-экономических данных использовались совместные с ним результаты.

Критериями включения в настоящую работу пациентов являлось: отсутствие зуба (или зубов) и пациенты с зубами? подлежащими по показаниям удалению и нуждающиеся в проведении комплексного лечения с дентальной имплантацией и последующим протезированием с опорой на имплантаты, пациенты с полноценной первичной устойчивостью дентальных имплантатов непосредственно после имплантации, подписавшие форму добровольного информированного согласия на проведение комплексного стоматологического лечения.

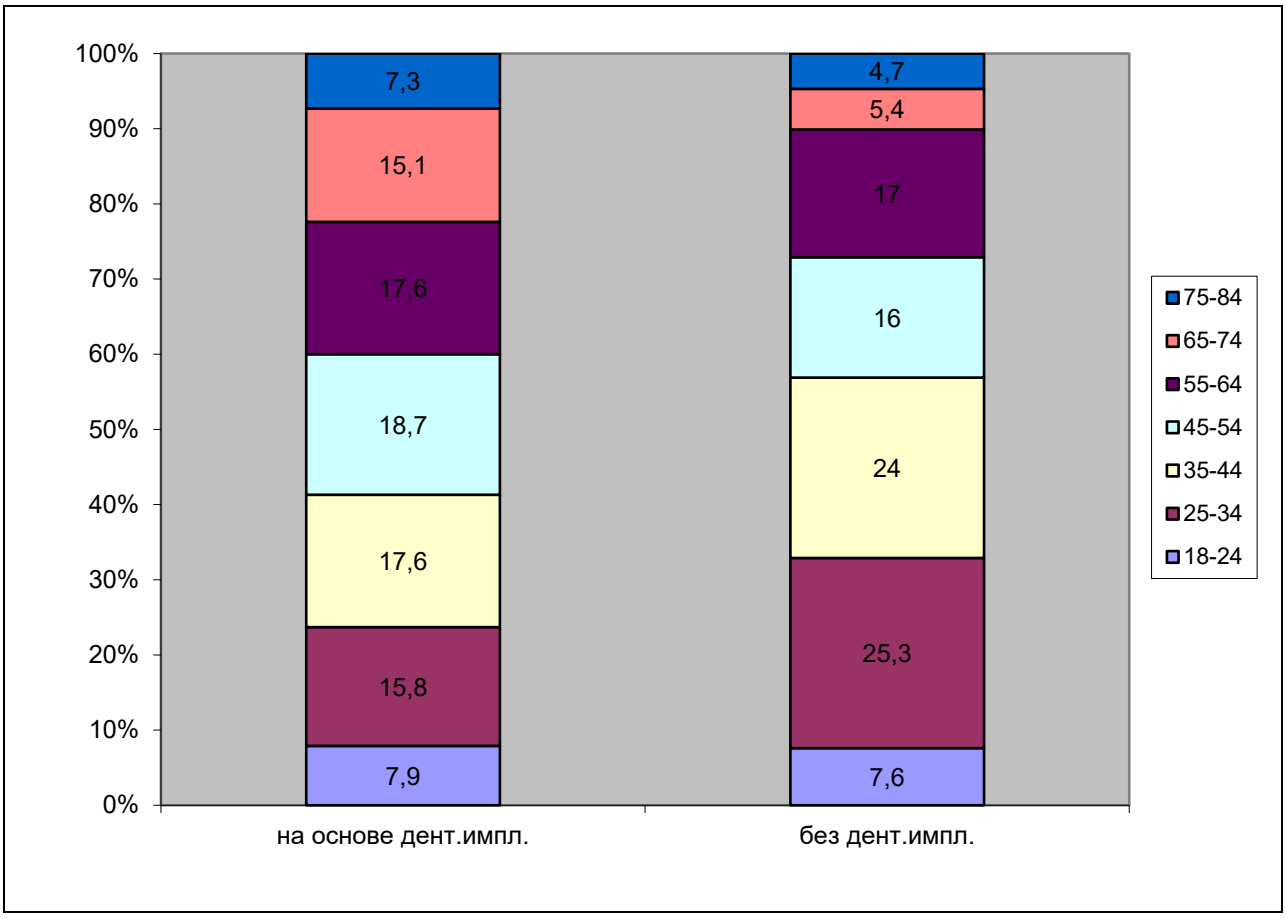


Рис. 2. Распределение пациентов, обратившихся в ЧССО за стоматологической помощью на основе и без дентальной имплантации, по возрасту (%)

Критериями исключения из настоящего исследования было: воспалительные процессы полости носа и придаточных пазух носа, наличие сопутствующих заболеваний, которые являются противопоказаниями для проведения стоматологической имплантации (эндокринные заболевания, в

первую очередь сахарный диабет и заболевания щитовидной железы, сопровождающиеся эндокринной недостаточностью, системные остеопороз и другие нарушения обмена веществ), пациенты, у которых устойчивость дентальных имплантатов после имплантации составляла менее 55 единиц ISQ, а также все лица, отказавшиеся подписать форму добровольного информированного согласия.

Таблица 3.

Распределение пациентов несетевых ЧСМО по видам получаемой помощи в зависимости от возраста (абс., %)

Возрастная подгруппа, лет	Пациенты, получавшие стом.помощь на основе дентальной имплантации	Пациенты, получавшие стом.помощь без дентальной имплантации	Всего
18-24	2 (1,0%)	2 (2,7%)	4 (1,4%)
25-34	6 (3,0%)	4 (5,4%)	10 (3,7%)
35-44	52 (26,7%)	14 (18,9%)	66 (24,5%)
45-54	58 (29,7%)	24 (32,4%)	82 (30,5%)
55-64	65 (33,3%)	12 (16,2%)	77 (28,6%)
65-74	6 (3,0%)	11 (14,8%)	17 (6,3%)
75-84	6 (3,0%)	7 (9,4%)	13 (4,8%)
Всего, чел.	195	74	269

Клиническое обследование пациентов проводилось по общепринятой схеме и включало опрос и клинический осмотр больного. При сборе анамнеза жизни уделяли внимание на наличию аллергических заболеваний и реакций на медикаменты, перенесенные заболевания, прием медикаментов по поводу сопутствующей патологии. Особое значение имело выяснение причин потери зубов, наличие или отсутствие воспалительных процессов в полости рта или

их частоту, также частоту обострений заболевания (при заболеваниях пародонта).

В случае планирования дентальной имплантации пациентам (по показаниям) проводили ЭКГ, клинические и биохимическое исследования крови, мочи, при необходимости и при наличии сопутствующих заболеваний проводили консультации узких специалистов (кардиолог, аллерголог, уролог и пр.). При планировании комплексного стоматологического лечения с использованием дентальной имплантации руководствовались наличием или отсутствием общих и местных противопоказаний для стоматологических хирургических вмешательств в полости рта. Особое внимание обращали на наличие заболеваний, отрицательно влияющих на процессы остеогенеза и ухудшающие регенерацию костной ткани, а также способных влиять на локальный кровоток и свертываемость крови – такие, как заболевания органов кровообращения, инсулинозависимый сахарный диабет, заболевания почек, тяжёлый системный остеопороз и другие болезни костной системы, прием пациентом различных медикаментозных средств (антикоагулянтов, гормональных препаратов и пр.), а также наличие эндопротезов.

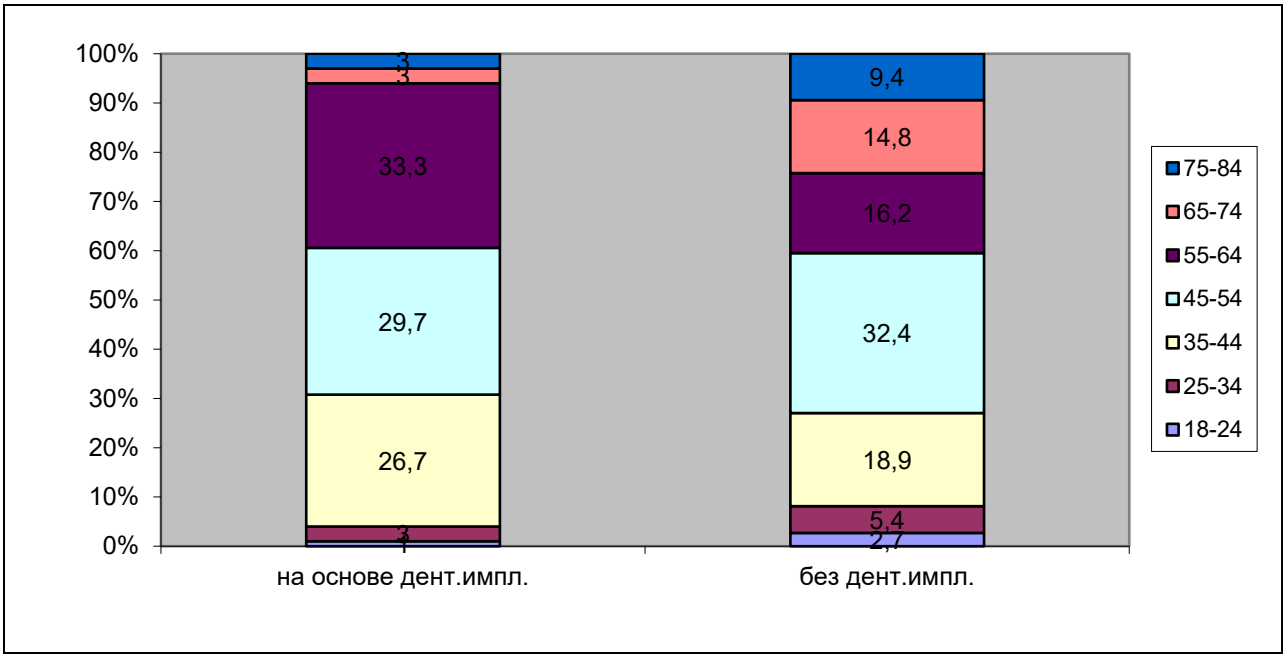


Рис. 3. Распределение пациентов, обратившихся в несетевые ЧСМО за получением стоматологической помощи на основе и без дентальной имплантации, по возрасту (%)

При проведении экстраорального обследования обращали внимание на регионарные лимфатические узлы, открывание рта, конфигурацию лица. При интраоральном обследовании проводили осмотр слизистой оболочки рта, обращая внимание на влажность и цвет, наличие или отсутствие нарушений целостности (изъязвлений, пролежней, потёртостей, следов давления от съемного и несъемного протеза и пр.). Определяли податливость слизистой оболочки ее толщину, плотность и подвижность. Оценивали возможное смещение гипертрофированной слизистой оболочки (особенно во фронтальном участке), рубца после ранее проведенных оперативных вмешательств на альвеолярном отростке.

При полной адентии важным являлось определение рельефа слизистой оболочки и подлежащих тканей в области альвеолярной части, податливость слизистой оболочки, ее консистенция для оценки возможности или невозможности ношения съемного протеза. Отмечали наличие острых краев, дефектов, выступов или неровностей альвеолярного отростка (части) челюсти, болезненность при пальпации, что требует дополнительной хирургической коррекции.

При частичном отсутствии зубов помимо дефектов зубного ряда оценивали состояние зубов, их позицию и окклюзионные взаимоотношения. Параллельно проводилась клиническая диагностика возможных поражений височно-нижнечелюстного сустава (артрит, артроз, болевая дисфункция и пр.) по общепринятым методикам. При необходимости готовилась диагностическая модель.

Рентгенологические исследования включали проведение компьютерной томографии, ортопатомографии, приценой рентгенографии. Обследование проводили у всех пациентов как при проведении санации рта, так и при планировании комплексного лечения с использованием дентальной имплантации или всех видов протезирования. В случае лечения с использованием дентальной имплантации обследование проводилось до операции, непосредственно после операции и на этапе стоматологического

ортопедического лечения, в день операции после ее завершения, а также в отдалённые сроки, в частности через год после завершения комплексного лечения.

Объем и характер рентгенологического исследования зависел от объема, вида комплексного лечения, использования или неиспользования дентальной имплантации. Пациентам проводилась ортопантомография и при необходимости компьютерная томография (КТ). Показаниями для выполнения пациенту КТ являлось: проведение эндодонтического лечения в тяжёлых случаях (сомнительный прогноз, отсутствия чёткого представления о состоянии корней зубов и периапикальных тканей и др.), а также планирование стоматологического лечения с применением дентальной имплантации. Кроме этого, данные КТ использовались для изготовления трёхмерного хирургического шаблона, который существенно повышает точность хирургического вмешательства. В программу планирования дентальной имплантации были внесены данные о размерах, форме и фирме производителе имплантатов Nobel Biocare (Швеция), Zimmer (США). Оценку компьютерных томограмм проводили с использованием программы фирмы производителя томографа. Используется компьютерный томограф GXDP-700-1/ с набором прикладных программ, установленный в головной клинике сети и с возможностью получения доступа в клиниках второго звена. Данные рентгенологических исследований в полном объеме вносились в цифровой протокол лечения каждого пациента как до начала комплексного лечения, так и на этапах лечения и в отдаленные сроки. Данные рентгенологического исследования сопровождались фотопротоколом клинической картины каждого пациента и фотопротоколами готовых ортопедических конструкций.

При повторных рентгенологических исследованиях, проведенных у пациентов после дентальной имплантации, проводили оценку положения установленных имплантатов, позиционирование по отношению к нервам, зубам и другим анатомическим образованиям.

Контрольные рентгенологические исследования проводили в сроки от 3

до 6 месяцев после хирургического вмешательства (в зависимости от локализации, вида и объема операции).

В случаях недостаточного объема костной ткани при оценке компьютерных томограмм моделировались возможные костнопластические операции (синуслифтинг, вертикальная и горизонтальная костная пластика), а также объем аугментированного материала.

Параллельно проводилась оценка строения (структуры), плотности костной ткани в зоне планируемой дентальной имплантации для определения плотности (типа) костной ткани применяли показатель Hounsfield.

Оценку результатов костно-пластических операций и дентальной имплантации проводили с помощью клинических, функциональных (устойчивость стоматологических имплантатов) и рентгенологических методов. Использовали преимущественно ортопантомографию и только у 29 пациентов проводилась повторная КТ в связи с возможной потерей костной ткани на этапе остеоинтеграции.

При использовании одноэтапной методики дентальной имплантации контрольное обследование проводили перед постоянным протезированием, при проведении двухэтапной технологии – перед установкой формирователей десны.

Дентальная имплантация проводилась с использованием систем имплантатов следующих производителей: Nobel Biocare (Швеция), Zimmer (США). В пред и послеоперационный период проводились мероприятия по профилактике воспалительных осложнений дентальной имплантации, Хирургическое лечение проводилось только санированным пациентам (объем и характер санации полости рта перед дентальной имплантацией отражены в соответствующих главах диссертационной работы). Антибиотики перед операцией (для профилактики последствий транзиторной бактериемии) назначались всем пациентам. После операции назначение антибиотиков и НПВП зависело от объема, продолжительности и типа хирургического вмешательства согласно алгоритмов антимикробной химиотерапии.

Использовались препараты бета-лактамного ряда (амоксициллин, амоксициллин с клавулановой кислотой), макролиды (рокситромицин), линкозамиды (линкомицин, клиндамицин) в стандартных дозировках продолжительностью от 5 до 10 суток. При угрозе возможного развития кандидоза 19 пациентам параллельно рекомендовали противогрибковые средства группы азолов (флюконазол). На последующих этапах лечения медикаментозные средства не применялись.

Всем пациентам после проведения дентальной имплантации предлагалось проведение временного протезирования до сроков остеорегенерации после костной пластики и остеоинтеграции имплантатов. Вместе с тем выбор использовать или нет временный протез оставался за пациентом, т.к. временное протезирование повышает стоимость лечения. Временное протезирование проводилось несъемными временными конструкциями и съемными протезами (по показаниям). При достаточной устойчивости имплантатов и при необходимости решения эстетических проблем (особенно во фронтальных участках), а также при использовании дентальных имплантатов при полном отсутствии зубов, временное несъемное протезирование проводилось с опорой на установленные дентальные имплантаты. Кроме этого временное протезирование проводилось и на зубах при планировании и на этапах протезирования постоянными несъемными конструкциями.

Критериями для начала осуществления постоянного протезирования с опорой на дентальные имплантаты были стандартные признаки, характеризующие завершение процесса остеоинтеграции имплантатов: в первую очередь отсутствие воспаления, удовлетворительное состояние слизистой оболочки, устойчивость имплантатов и отсутствие признаков резорбции кости в зоне установленных имплантатов.

Динамическое наблюдение после завершения комплексного лечения осуществлялось через 3, 6 и 12 месяцев. Далее пациенты наблюдались 1 раз в год. При наличии жалоб и клинических проявлениях, которые могут привести

к потере имплантатов, проводилось дополнительное рентгенологическое исследование.

Критериями оценки эффективности полученной стоматологической помощи на основе дентальных имплантатов были: частота развития постимплантационных осложнений, степень резорбции костной ткани челюстей, частота удаления имплантата, доля имплантатов без осложнений.

Качественная оценка состояния протетических конструкций как итогового этапа стоматологического лечения включала в себя известные показатели состояния опорных тканей, целостность протезов, степень их фиксации, окклюзионные взаимоотношения и уровень гигиены рта.

Критериями оценки эффективности полученной стоматологической помощи на основе дентальных имплантатов были: частота развития постимплантационных осложнений, степень резорбции костной ткани челюстей, частота удаления имплантата, доля имплантатов без осложнений.

Качественная оценка состояния протетических конструкций как итогового этапа стоматологического лечения включала в себя известные показатели состояния опорных тканей, целостность протезов, степень их фиксации, окклюзионные взаимоотношения и уровень гигиены рта.

В ходе проведения настоящего исследования изучали особенности стоматологической заболеваемости у разных возрастных, половых и социальных групп населения, обращающихся в ЧССО, в том числе в группах пациентов, получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, и без дентальной имплантации. В характеристику стоматологического здоровья пациентов включались такие параметры, как интенсивность кариеса, число зубов, поражённых пульпитом и периодонтитом, число случаев пародонтита и гингивита (в пересчёте на 100 чел.), количество изготовленных искусственных коронок (в пересчёте на 100 чел.), количество пролеченных случаев частичной потери зубов (на 100 чел.), количество установленных дентальных имплантатов (на 1 чел.).

Интенсивность кариеса зубов оценивали по индексу КПУ (сумма кариозных, запломбированных и удалённых зубов), уровень гигиены рта – с помощью гигиенического индекса Green-Vermillion, клиническое состояние тканей пародонта – с помощью пародонтальных индексов Russel, PMA.

Оценивали показатели заболеваемости и нуждаемости в оказании стоматологической помощи у пациентов разного возраста и пола, общий объём оказанной стоматологической помощи. Анализировались корреляции между показателями заболеваемости и характеристиками объёма выполненной помощи, с учётом возраста и пола.

Эффективность организации стоматологической помощи в анализируемых частных медицинских организациях разным группам пациентов определялась с помощью таких показателей, как общее число обращений пациентов по поводу стоматологического лечения (в том числе по поводу дентальной имплантации и по поводу сопутствующей санации рта), общее число вылеченных зубов, среднее количество разных врачей-специалистов, участвующих в стоматологическом лечении.

Финансово-экономические показатели – важная часть характеристики частных медицинских организаций, позволяющие судить об эффективности работы в целом. В финансово-экономическом анализе рассчитывалась общая стоимость стоматологического лечения (т.е. общие затраты пациентов), в том числе на разных его этапах (стоимость санации рта, стоимость дентальной имплантации, стоимость зубопротезирования). В проведении финансово-экономического анализа деятельности медицинских организаций использовались методики, изложенные в монографиях по организации здравоохранения [318, 321, 323, 333, 363].

Детализация бюджетирования также включала в себя: оценку расходов частных медицинских организаций на оказание стоматологической помощи, в том числе на санацию рта, на дентальную имплантацию, на зубопротезирование, оценке подвергались стоимость и эффективность дисконтных программ, внедрённых в ЧСМО.

Рассчитывалась также чистая доходность стоматологической организации как разница между общей стоимостью стоматологического лечения и понесёнными расходами (на амортизацию оборудования, на расходные материалы, заработную плату персонала и пр.). Показатели определялись в пересчёте для разных по возрасту и полу групп населения и на разных этапах стоматологического лечения (общая доходность ЧСМО, доходность от дентальной имплантации, доходность от санации рта, доходность от зубопротезирования). Рассчитывались также повозрастные показатели, долевая структура, оценивалось количество ошибок и осложнений проведённого стоматологического лечения и бесплатного перелечивания пациентов (за счёт ЧСМО), оценивалась финансово-экономическая структура затрат и прибыли клиник ЧССО, долевая структура расходов пациентов.

По финансовым показателям и объёму оказанной помощи использовали также архивные данные ЧССО за истекшие 11 лет (2008-2019 гг).

Для оценки результатов стоматологического лечения пациентами (их удовлетворённости) использовалась удобная для восприятия стандартная 5-балльная визуальная аналоговая шкала, включающая в себя следующие уровни удовлетворённости: 5 баллов – «отлично», 4 балла – «хорошо», 3 балла – «удовлетворительно» (положительные оценки), 2 балла – «неудовлетворительно» (отрицательная оценка). Пациенты оценивали состояние функций жевания, речи, эстетики, фиксацию протеза (в случае ортопедического лечения), адекватность результатов стоматологического лечения длительности и объёму оказанной помощи, стоимости всего лечения и его отдельных этапов (санация рта, хирургический этап установки дентальных имплантатов, ортопедический этап протезирования на имплантатах), количеству возникших осложнений. В число показателей удовлетворённости включались: удовлетворённость сервисом медицинской организации, качеством оказанной медицинской помощи, ценами ЧСМО, сроками оказания помощи, а также выводилась общая оценка удовлетворённости.

Методы статистического анализа

Собранные в ходе исследования цифровые показатели и базы данных подвергались статистической обработке методами вариационной статистики. Статистическая обработка собранных баз данных осуществлялась на компьютере с помощью программы Microsoft Excel и пакета прикладных программ Statistica. Во всех группах определялись стандартные характеристики групп (средние, медиана, процентили и т.д.). Определялись среднее и стандартное отклонения для нормального распределения. Определялись средние, ошибки средних, доверительные интервалы, достоверность различий параметров для сравниваемых групп, корреляции между несвязанными параметрами. Оценка достоверности различий проводилась с помощью параметрических и непараметрических критериев, в том числе в несвязанных группах - по критерию Манна-Уитни, в связанных группах по критерию Вилкоксона. Статистически значимыми считались различия при $p<0,05$ [119, 190, 195].

ГЛАВА 3.

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЪЁМА ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В ЧАСТНОЙ СЕТЕВОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

3.1. Особенности стоматологической заболеваемости пациентов изучаемых групп

Средние показатели стоматологической заболеваемости пациентов на момент обращения в ЧССО в целом были в рамках общеизвестных повозрастных значений (табл. 4). Так, в возрасте 18-24 лет среднее значение КПУ составило 3,47 зубов, 25-34 лет – 8,63 зубов. В возрасте 35-44 лет мы отметили существенный подъём значений КПУ (14,26 зубов), который продолжался в дальнейшем с увеличением возраста пациентов, составив в возрасте 45-54 лет 17,94 зубов, 55-64 лет - 19,58 зубов, 65-74 лет – 21,89 зубов, 75-84 лет – 26,74 зубов.

При этом компонент «К», включавший зубы с нелечёным кариесом, пульпитом и периодонтитом, составил: в возрасте 18-24 лет 2,36 зубов, 25-34 лет – 3,07 зубов. В дальнейшем показатель неуклонно нарастал: в возрасте 35-44 лет 3,27 зубов, 45-54 лет – 3,72 зубов, 55-64 лет – 3,90 зубов. Своего максимума показатель «К» достиг в возрасте 65-74 лет (4,77 зубов), в дальнейшем немного снизившись (75-84 лет – 4,07 зубов), а в среднем составив 3,59 зубов.

Детализируя данный показатель, отметим, что в самой молодой возрастной подгруппе 18-24 лет среднее число зубов, поражённых кариесом, составило 1,92 зубов, пульпитом и периодонтитом – 0,44 зубов. Выше данные показатели были в следующей возрастной подгруппе 25-34 лет (2,14 и 0,93 зубов) и 35-44 лет (2,17 и 1,10 зубов), в дальнейшем отмечено небольшое

увеличение (в возрастной группе 45-54 лет – 2,22 и 1,50 зубов). Примерно на таком же уровне показатели интенсивности кариеса, пульпита и периодонтита сохранялись в возрастной подгруппе 55-64 лет; существенное увеличение значений мы отметили лишь в возрасте 65-74 лет (до 3,05 и 1,72 зубов). В более старшей возрастной подгруппе 75-84 лет показатели снизились (до 2,89 зубов и 1,18 зубов), что мы связываем с большой потерей зубов, нарастающей как раз к этому возрасту. Полученные сведения помогут грамотному планированию объёмов оказания стоматологической помощи разным контингентам пациентов, различающимся по возрасту.

Анализ повозрастных показателей количества зубов, поражённых пульпитом или периодонтитом, показал примерно такие же по динамике значения, не сильно отличающиеся от показателей кариеса.

Следует также отметить, что в структуре всех кариес-обусловленных поражений зубов, по поводу которых пациенты обращались в ЧССО, доля пульпита и периодонтита составляла около трети (33,4%). Данный показатель был минимальным в самой молодой возрастной подгруппе 18-24 лет (18,6%) в связи с явным преобладанием кариеса, а в дальнейшем находясь в диапазоне 30-40% в возрасте 25-74 лет, достигая максимальных значений у пациентов 45-54 лет и 55-64 лет (40,3% и 39,7%). При этом соотношение неосложнённый/осложнённый кариес было максимальным у самых молодых пациентов 18-24 лет (1:4,3), у лиц среднего и пожилого возраста находясь в границах 1:1,5 – 1:2,4, составляя в среднем 1:2,0.

Компонент «П» индекса КПУ зубов, характеризующий количество запломбированных зубов, также нарастал у пациентов молодых-средних возрастных подгрупп, достигнув своего максимума 9,64 зубов в возрастной подгруппе 55-64 лет (18-24 лет – 1,00 зубов, 25-34 лет – 3,46 зубов, 35-44 лет – 6,79 зубов, 45-54 лет – 8,32 зубов). У лиц более старших возрастов данный показатель снижался (65-74 лет – 7,86 зубов, 75-84 лет – 7,07 зубов), очевидно, за счёт потери зубов вследствие удаления.

Таблица 4.

Особенности стоматологической заболеваемости всей совокупности пациентов ЧССО

Возрастная подгруппа, лет (n)	КПУ, зубов	Компонент «К», зубов	Компонент «П», зубов	Компонент «У», зубов	В т.ч.среднее число зубов с нелечёным кариесом	В т.ч. среднее число зубов с пульпитом и периодонтитом	Число случаев пародонтита и гингивита, в пересчёте на 100 чел.
18-24 (43)	3,47	2,36	1,00	0,11	1,92	0,44	44,5
25-34 (114)	8,63	3,07	3,46	2,10	2,14	0,93	68,2
35-44 (115)	14,26	3,27	6,79	4,20	2,17	1,10	88,1
45-54 (96)	17,94	3,72	8,32	5,90	2,22	1,50	93,6
55-64 (96)	19,58	3,90	9,64	6,04	2,35	1,55	98,8
65-74 (57)	21,89	4,77	7,86	9,26	3,05	1,72	100,0
75-84 (33)	26,74	4,07	7,07	15,60	2,89	1,18	100,0
Всего (554)	16,07	3,59	6,30	6,18	2,39	1,20	84,7

Таблица 5.

Особенности стоматологической заболеваемости всей совокупности пациентов несетевых ЧСМО

Возрастная подгруппа, лет	КПУ, зубов	Компонент «К», зубов	Компонент «П», зубов	Компонент «У», зубов	Интенсивность нелечёного кариеса, зубов	Интенсивность пульпита и периодонтита, зубов	Число случаев пародонтита и гингивита, в пересчёте на 100 чел.
18-24 (4)	3,62	2,30	1,06	0,26	1,77	0,53	43,2
25-34 (10)	8,05	2,93	3,18	1,94	2,01	0,92	65,9
35-44 (66)	13,74	2,98	6,69	4,07	2,07	0,91	86,7
45-54 (82)	17,89	3,61	8,31	5,97	2,43	1,18	92,9
55-64 (77)	19,18	3,80	9,19	6,19	2,49	1,31	96,7
65-74 (17)	22,01	4,62	8,43	8,90	2,88	1,74	100,0
75-84 (13)	28,59	4,75	8,33	15,51	2,60	2,15	100,0
Всего (269)	16,15	3,57	6,46	6,12	2,32	1,25	83,6

Это подтвердил анализ показателя «У» индекса КПУ: его максимальное значение 15,60 зубов имело место у пациентов возраста 75-84 лет, обнаружив существенное увеличение с возрастом, особенно у пациентов старших возрастных подгрупп: 45-54 лет – 5,90 зубов, 55-64 лет – 6,04 зубов, 65-74 лет – 9,26 зубов.

В целом, у включённых в исследование пациентов ЧССО среднее значение КПУ составило 16,07 зубов, в том числе компонент «К» - 3,59 зубов, компонент «П» - 6,30 зубов, компонент «У» - 6,18 зубов.

Распространённость воспалительных болезней пародонта во всех возрастных группах составила 84,7%: в самой молодой возрастной группе 18-24 лет – 44,5%, в возрастной группе 25-34 лет – 68,2%, в возрасте 35-44 лет – 88,1%, 45-54 лет – 93,6%. Существенный подъём значений показателя отмечен в возрасте 55-64 лет (98,8%), что связывается преимущественно с ухудшением состояния тканей пародонта и с декомпенсацией возможностей организма в этом возрасте. В более старших возрастных подгруппах имелась 100%-ная распространённость воспалительных болезней пародонта у пациентов.

У всей совокупности пациентов несетевых ЧСМО обнаружились схожие показатели стоматологической заболеваемости (табл. 5). Так, среднее значение КПУ составило 16,15 зубов, при этом на долю компонента «К» приходилось 3,57 зубов, компонента «П» - 6,46 зубов, компонента «У» - 6,12 зубов. Количество зубов с нелечёным кариесом составило 2,32, с нелечёными пульпитом и периодонтитом – 1,25 зубов. Распространённость воспалительных болезней пародонта составила 83,6%. В целом, данные показатели стоматологической заболеваемости были сопоставимы с таковыми у пациентов ЧССО и не обнаружили значимых различий ($p>0,1$).

При этом доля пульпита и периодонтита в общем количестве кариозных зубов у пациентов ЧССО составила около трети (33,4%); данная доля колебалась в зависимости от возраста пациентов. Так, у самых молодых лиц 18-24 лет она составила 18,6%, в 24-34 лет – 30,3%, в 35-44 лет – 33,6%, а в 45-54 лет и 55-64 лет – 40,3% и 39,7% (табл. 6). Соотношение осложнённого

кариеса зубов к неосложнённому в среднем составило 1:2, в том числе у самых молодых пациентов 18-24 лет и 25-34 лет – 1:4,3 и 1:2,3 соответственно, в дальнейшем данный показатель постепенно снижался, достигая 1:1,9 у пациентов 35-44 лет, 1:1,4 у пациентов 45-54 лет, 1:1,5 у пациентов 55-64 лет.

Таблица 6.

Повозрастные показатели заболеваемости кариесом зубов и его осложнениями у пациентов ЧССО

Возрастная подгруппа, лет (n)	Доля пульпита и периодонтита в общем количестве кариозных поражений зубов (%)	Соотношение осложнённого к неосложнённому кариесу зубов
18-24 (43)	18,6	1:4,3
25-34 (114)	30,3	1:2,3
35-44 (115)	33,6	1:1,9
45-54 (96)	40,3	1:1,4
55-64 (96)	39,7	1:1,5
65-74 (57)	36,1	1:1,7
75-84 (33)	29,0	1:2,4
Всего (554)	33,4	1:2,0

Характеризуют особенности организации стоматологической помощи, объёмы оказанной помощи в ЧССО также показатели числа посещений и структура разных посещений; мы проанализировали общее число посещений пациентов в стоматологическую клинику, складывающееся из числа посещений по поводу стоматологического терапевтического и хирургического лечения, зубопротезирования и числа посещений по поводу дентальной имплантации. У пациентов ЧССО общее количество посещений составило 9,26, в том числе 1,45 – по поводу дентальной имплантации, 4,23 – по поводу стоматологического терапевтического и хирургического лечения и 2,95 – по поводу зубопротезирования (табл. 7).

Анализ повозрастных различий показал, что у самых молодых пациентов 18-24 лет среднее число посещений на 1 пациента составило 4,2, в том числе по поводу дентальной имплантации 0,48, по поводу сопутствующего стоматологического лечения – 3,20 посещений, по поводу зубопротезирования – 1,8 посещений. У пациентов 25-34 лет обще количество посещений увеличилось в 2 раза (до 8,13), в том числе по поводу дентальной имплантации – 1,16, по поводу стоматологического лечения 3,83 и по поводу зубопротезирования 2,7.

У пациентов 35-44 лет среднее число посещений по поводу дентальной имплантации на 1 пациента увеличилось и составило 1,48; число посещений по поводу стоматологического лечения также выросло до 4,28, зубопротезирования – до 3,2. В следующей возрастной группе имело место дальнейшее увеличение числа посещений по поводу дентальной имплантации (до 1,49 на 1 пациента), при этом количество посещений по поводу стоматологического лечения составило 4,35 на 1 пациента, по поводу зубопротезирования – 3,3. Общее количество посещений составило 10,83.

У пациентов 55-64 лет среднее число посещений по поводу дентальной имплантации выросло до 1,75, по поводу стоматологического лечения – 4,47, зубопротезирования – 3,1.

В старшей возрастной группе 65-74 лет среднее количество посещений по поводу дентальной имплантации составило 1,95, по поводу стоматологического лечения – 4,72, зубопротезирования – 3,2; общее количество посещений составило 12,84. В самой старшей возрастной группе 75-84 лет число посещений по поводу дентальной имплантации снизилось до 1,86 на 1 пациента, а по поводу стоматологического лечения составило 4,79, зубопротезирования – 3,4.

Таблица 7.

Особенности обращаемости всей совокупности пациентов ЧССО и оказанной им помощи (абс.)

Возрастная подгруппа, лет	Общее число посещений пациента	В т.ч.по поводу дентальной имплантации	В т.ч.по поводу тер. и хир.стом. лечения	В т.ч. по поводу зубопротезирования	Среднее число пролеченных зубов	Среднее число удалённых зубов	Среднее число врачей-специалистов, участвующих в лечении	Доля санированных от числа нуждавшихся в санации (%)	Количество изготовленных искусственных коронок, в пересчёте на 1 чел.	Количество пролеченных случаев частичной потери зубов, в пересчёте на 1 чел.	Количество установленных дентальных имплантатов, на 1 чел.
18-24 лет	4,20	0,48	3,20	1,8	2,24	0,47	1,76	86,7	0,05	0,72	0,44
25-34 лет	8,13	1,16	3,83	2,7	3,25	1,69	2,82	82,3	0,61	0,76	0,68
35-44 лет	9,16	1,48	4,28	3,2	3,77	2,10	2,43	83,5	1,33	0,78	1,37
45-54 лет	10,83	1,49	4,35	3,3	6,58	2,68	2,63	86,5	1,72	0,88	1,87
55-64 лет	12,48	1,75	4,47	3,1	6,79	2,91	2,81	87,5	2,39	0,92	2,68
65-74 лет	12,84	1,95	4,72	3,2	6,31	4,30	2,89	86,0	3,68	1,42	3,57
75-84 лет	7,20	1,86	4,79	3,4	5,25	4,15	2,12	88,0	4,79	1,48	4,38
В среднем	9,26	1,45	4,23	2,95	4,88	2,61	2,49	85,7	2,08	0,99	2,14

Таблица 8.

Особенности обращаемости всей совокупности пациентов несетевых ЧСМО и оказанной им помощи (абс.)

Возрастная подгруппа, лет	Общее число посещений пациента	В т.ч.по поводу дентальной имплантации	В т.ч.по поводу тер. и хир.стом. лечения	В т.ч. по поводу зубопротезирования	Среднее число пролеченных зубов	Среднее число удалённых зубов	Среднее число врачей-специалистов, участвующих в лечении	Доля санированных от числа нуждавшихся в санации (%)	Количество изготовленных искусственных коронок, в пересчёте на 1 чел.	Количество пролеченных случаев частичной потери зубов, в пересчёте на 1 чел.	Количество установленных дентальных имплантатов, на 1 чел.
18-24 лет	3,1	0,5	1,5	1,1	1,95	0,31	1,1	56,4	0,06	0,17	0,10
25-34 лет	4,9	0,8	2,2	1,9	2,70	1,39	1,3	45,3	0,49	0,31	0,18
35-44 лет	5,5	1,0	2,5	2,0	3,71	2,00	1,8	50,1	0,78	0,34	0,65
45-54 лет	5,7	1,0	2,6	2,1	2,81	2,38	2,0	55,6	0,96	0,45	0,78
55-64 лет	6,7	1,4	3,1	2,2	3,69	2,87	2,1	57,2	1,26	0,60	1,07
65-74 лет	7,1	1,7	3,2	2,2	3,56	3,26	2,2	52,3	1,58	0,69	1,35
75-84 лет	7,0	1,8	2,9	2,3	3,41	3,79	2,1	58,3	1,68	0,91	1,62
Среднее	5,7	1,2	2,5	2,0	3,12	2,28	1,8	53,6	0,97	0,50	0,82

Таблица 9.

Структура обращений пациентов ЧССО (генеральная совокупность)

Возрастная подгруппа, лет (n)	Доля обращений по поводу дентальной имплантации в общем количестве обращений за стоматологической помощью (%)	Доля обращений по поводу лечения по санации рта в общем количестве обращений за стоматологической помощью (%)	Соотношение числа обращений по поводу дентальной имплантации к числу обращений по поводу стоматологического лечения по санации рта
18-24 лет	11,4	76,2	1:6,7
25-34 лет	14,2	47,1	1:3,3
35-44 лет	16,1	46,7	1:2,9
45-54 лет	13,7	40,1	1:2,9
55-64 лет	14,0	35,8	1:2,5
65-74 лет	15,2	36,7	1:2,4
75-84 лет	25,8	66,5	1:2,6
Всего	15,6	45,7	1:2,9

Таким образом, среднее число посещений по поводу дентальной имплантации в данной совокупности имело тенденцию нарастания с возрастом и своих максимальных значений достигало в возрастные периоды 65-74 и 75-84 лет, при этом в среднем на 1 пациента приходилось 1,45 посещения, то есть процесс дентальной имплантации был достаточно эффективно организован. Среднее число посещений по поводу терапевтического и хирургического стоматологического лечения также обнаружило тенденцию увеличения с возрастом, причём максимальные значения отмечались в этих же возрастных подгруппах. Разница между этими

двумя показателями достигала в среднем 3 раз. Общее количество обращений в ЧССО также обнаружило тенденцию существенного увеличения с возрастом, при этом «львиную» долю в структуре посещений составляли именно посещения по поводу стоматологического лечения (45,7%), а остальные 31,8% и 15,6% приходились на посещения по поводу зубопротезирования и дентальной имплантации.

Анализ повозрастной структуры обращений пациентов ЧССО показал (табл.9), что доля обращений по поводу терапевтического и хирургического стоматологического лечения последовательно уменьшалась с возрастом пациентов (от 76,2% до 35,8%), что мы связываем с увеличением доли посещений по поводу имплантации и по поводу зубопротезирования. Абсолютные значения посещений всех видов увеличивались с возрастом пациентов; т.е. имело место только перераспределение в структуре посещений. В среднем на 1 посещение по поводу дентальной имплантации приходилось 2,9 посещений за сопутствующей стоматологической помощью; данный показатель достигал максимума 1:6,7 у самых молодых пациентов 18-24 лет, минимума 1:2,4 у пожилых пациентов 65-74 лет.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что мало зависимо от возраста пациентов кратность их посещений стоматологической клиники по поводу дентальной имплантации остаётся практически неизменной (в пределах 1,48-1,95 посещений) – r=0,177 (лишь в пожилом и старческом возрасте существенно повысившись из-за того, что врачи-стоматологи оказывали меньше по объёму помощи в одно посещение вследствие, вероятно, самочувствия, соматических болезней или возраста пациентов). Этого нельзя сказать о показателе посещений по поводу терапевтического и хирургического стоматологического лечения и о показателе общего числа посещений (r=0,358 и r=0,364), увеличение которых наглядно свидетельствует об увеличении объёма помощи пациентам в зависимости от их возраста.

Таблица 10.

Структура обращений пациентов несетевых ЧСМО (генеральная совокупность)

Возрастная подгруппа, лет (n)	Доля обращений по поводу дентальной имплантации в общем количестве обращений за стоматологической помощью (%)	Доля обращений по поводу лечения по санации рта в общем количестве обращений за стоматологической помощью (%)	Соотношение числа обращений по поводу дентальной имплантации к числу обращений по поводу стоматологического лечения
18-24 лет	16,1	48,4	1:3,0
25-34 лет	16,3	44,9	1:2,7
35-44 лет	18,2	45,4	1:2,5
45-54 лет	17,5	45,6	1:2,6
55-64 лет	20,9	46,3	1:2,2
65-74 лет	23,9	45,1	1:1,9
75-84 лет	25,7	41,4	1:1,6
Всего	21,0	43,8	1:2,1

У пациентов несетевых ЧСМО (табл. 10) доля посещений по поводу дентальной имплантации в общей структуре посещений увеличивалась (от 16,1% до 25,7%), при том что доля посещений по поводу терапевтического и хирургического стоматологического лечения оставалась практически на одном уровне (45-46%). Однако, абсолютные количества посещений менялись несильно (по поводу дентальной имплантации 1,0-1,8, по поводу стоматологического лечения 2,2-3,2).

На 1 посещение по поводу дентальной имплантации у пациентов несетевых ЧСМО приходилось 2,1 посещений за сопутствующей стоматологической помощью, что было существенно меньше аналогичного

значения у пациентов ЧССО (1:2,9); данный показатель достигал максимума 1:3,0 (в ЧССО 1:6,7) у самых молодых пациентов 18-24 лет, минимума 1:1,6 (в ЧССО 1:2,6) у пожилых пациентов 75-84 лет.

Характеризуя объёмы оказанной помощи, отметим (табл. 7), что в среднем на 1 пациента ЧССО приходилось 4,88 пролеченных и 2,61 удалённых зубов, при этом данные показатели нарастали с возрастом, достигая своих максимумов 6,79 зубов и 4,30 зубов в 55-64 лет (в части пролеченных зубов) и 65-74 лет (в части удалённых зубов).

С возрастом также увеличивались объёмы стоматологической ортопедической помощи: в среднем на 1 пациента ЧССО приходилось 2,08 изготовленных искусственных коронок и 0,99 пролеченных случаев частичной потери зубов.

Повозрастные особенности обращений по поводу зубопротезирования представлены в Таблице 7. Из её данных следует, что у пациентов 18-24 лет протезирование по поводу потери зубов имело место в 0,72 случаев на 1 пациента, у пациентов 25-34 лет – 0,76 случаев на 1 пациента. В дальнейшем отмечено прогрессивное увеличение с возрастом данного показателя, что говорит об опустошении зубных рядов у пациентов с возрастом: в 35-44 лет нуждаемость в зубопротезировании отмечена уже как 0,78 случаев на 1 пациента, в возрасте 45-54 лет – уже 0,88 случаев на 1 пациента. В дальнейшем нуждаемость также оставалась высокой: в возрастной группе 55-64 лет имелось 0,92 случаев на 1 пациента, в 65-74 лет – 1,42 случаев на 1 пациента, в 75-84 лет – 1,48 случаев на 1 обратившегося.

При этом нами установлено, что объём зубопротезирования у пациентов также существенно менялся в зависимости от возраста: так, если в самой молодой возрастной группе на 1 пациента приходилось 0,05 изготовленных искусственных коронок (условная зубопротезная единица), то в возрасте 25-34 лет – уже 0,61 коронок, в возрасте 35-44 лет – 1,33 коронок. В дальнейшем, начиная с возраста 45 лет и старше, мы наблюдали существенное увеличение данного показателя: в возрастной группе 45-54 лет 1,72 коронок на 1 пациента,

в возрасте 55-64 лет – 2,39 коронок, в возрасте 65-74 лет – 3,68 коронок и 75-84 лет – 4,79 коронок.

Изучая востребованность дентальной имплантации у пациентов разных возрастных групп данной совокупности, установили, что в самой молодой возрастной группе 18-24 лет на 1 пациента приходилось 0,44 установленных дентальных имплантатов. В дальнейшем данный показатель увеличивался: в возрасте 25-34 лет в пересчёте на 1 пациента приходилось уже 0,68 установленных дентальных имплантатов, в возрасте 35-44 лет – 1,37, в возрасте 45-54 лет – 1,87 дентальных имплантатов, а в возрасте 55-64 лет – 2,68 дентальных имплантатов). В возрасте 65-74 лет на 1 пациента приходилось 3,57 установленных дентальных имплантатов, а в возрасте 75-84 лет – 4,38 дентальных имплантатов.

В среднем на 1 пациента ЧССО приходилось 2,14 установленных дентальных имплантата. Обсуждая повозрастные различия среднего количества установленных дентальных имплантатов в генеральной совокупности, отметим, что в самой молодой возрастной группе 18-24 лет на одного пациента приходилось в среднем 0,44 дентальных имплантатов, в возрастной группе 25-34 лет – 0,68 дентальных имплантатов. Существенное увеличение показателя мы отметили в возрастной группе 35-44 лет – на одного пациента в среднем приходилось 1,37 дентальных имплантатов; больше – в следующей возрастной группе 45-54 лет (1,87 дентальных имплантатов). Следующий существенный всплеск мы отметили в возрастной группе 55-64 лет – на одного пациента в среднем приходилось 2,68 установленных дентальных имплантатов; ещё больше (3,57 дентальных имплантатов) приходилось на одного пациента в следующей возрастной группе 65-74 лет. В самой пожилой возрастной группе 75-84 лет в среднем данный показатель составил 4,38 установленных дентальных имплантатов.

У пациентов несетевых ЧСМО среднее количество пролеченных и удалённых зубов составили 3,12 и 2,28 зубов на 1 пациента (табл. 8), что было существенно меньше аналогичных показателей в ЧССО ($p<0,05$). Также в 2,14

раза меньше в несетевых ЧСМО были количества изготовленных искусственных коронок (0,97 на 1 пациента, $p<0,05$) и пролеченных случаев частичной потери зубов (0,50 на 1 пациента, $p<0,05$), среднее число установленных дентальных имплантатов (в 2,6 раз - 0,82 на 1 пациента, $p<0,05$), что свидетельствует о существенно меньших объёмах помощи пациентам в несетевых ЧСМО по сравнению с ЧССО.

Среднее количество врачей-стоматологов разных специальностей, лечивших пациентов генеральной совокупности ЧССО, составило в среднем 2,49 в пересчёте на 1 пациента. При этом в самой молодой возрастной подгруппе 18-24 лет в пересчёте на одного пациента приходилось 1,76 врачей, а в возрасте 25-34 лет – в 2 раза больше (2,82 врачей). В дальнейшем показатель составил 2,43 врачей у пациентов в возрасте 35-44 лет, и примерно на таком же уровне держалась и в следующем возрастной подгруппе 45-54 лет (2,63 врачей). В возрастной подгруппе пациентов 55-64 лет показатель составил 2,81 врачей-стоматологов в пересчёте на одного пациента. В возрастной подгруппе 65-74 лет показатель достиг своего максимума: он составил в среднем 2,89 врачей-стоматологов, в возрасте 75-84 лет – 2,12 врачей-стоматологов. Таким образом, полученные сведения отражают комплексность оказываемой стоматологической помощи и преемственность разных врачей-специалистов в зависимости от возраста пациентов. Следует также отметить, что данный показатель поможет планированию стоматологической помощи, в том числе отражает занятость разных специалистов на разных этапах её оказания.

У пациентов несетевых ЧСМО данный показатель составил в среднем 1,8 врачей-специалистов, что было существенно меньше по сравнению с ЧССО ($p<0,05$), при этом в молодых возрастных подгруппах пациентов показатель составлял 1,1-1,3 врачей, а лиц средних и старших возрастов держался на уровне 2,0-2,2 врачей-специалистов.

О полноценности и качестве оказанной помощи, её комплексном характере свидетельствует показатель доли санированных от числа

нуждавшихся в санации, поскольку демонстрирует эффективность организации оказанной помощи. У пациентов ЧССО он составил 85,7%, что было в 1,6 раз больше по сравнению с пациентами несетевых ЧСМО (53,6%, $p<0,01$), при этом в разных возрастных подгруппах он держался на достаточно высоком уровне: у пациентов 18-24 лет он составил 86,7% (в несетевых 56,4%), в 25-34 лет – 82,3% и 45,3% соответственно, в 35-44 лет – 83,5% и 50,1%, в 45-54 лет – 86,5% и 55,6%, в 55-64 лет – 87,5% и 57,2%, в 65-74 лет – 86,0% и 52,3%, в 75-84 лет – 88,0% и 58,3%.

Полученные различия ($p<0,01$) объясняются тем, что в ЧССО пациенты чаще доводили своё лечение до конца, в то время как в несетевых ЧСМО нередко прекращали его по независящим от врача причинам. Мы предполагаем, что подобное поведение может быть вызвано высокой стоимостью большого объёма комплексной стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в ЧССО и связанной с этим большой ответственностью пациентов (в том числе финансовой). Объём помощи в несетевых ЧСМО ниже и, соответственно, меньше ответственность пациентов (как моральная перед собой, так и материальная перед ЧСМО в части потери ряда льгот).

3.2. Оценка показателей заболеваемости, нуждаемости и объёма оказанной стоматологической помощи в группах пациентов ЧССО и несетевых ЧСМО, получавших помощь на основе дентальной имплантации.

Особенности стоматологической заболеваемости пациентов ЧССО двух групп – получивших помощь на основе или без дентальной имплантации – представлены в таблицах 11, 12. Из их материала следует, что среднее значение КПУ у пациентов, получивших помощь на основе дентальной имплантации, составило 15,65 зубов, а в группе без дентальной имплантации – 16,18 зубов (различия несущественны, $p>0,1$). По основным показателям

интенсивности кариеса, количества запломбированных и удалённых зубов эти группы также были вполне сравнимы: показатель «К» составил соответственно 3,08 зубов и 3,88 зубов, показатель «П» - 6,63 зубов и 5,98 зубов, показатель «У» - 5,94 зубов и 6,32 зубов ($p>0,1$). Повозрастные значения данных компонентов в обеих группах также не показали значимых различий и в целом имели близкие значения ($p>0,1$).

Интенсивность нелечёного кариеса зубов у пациентов, получивших помощь без дентальной имплантации, составила 2,63 зубов, при этом последовательное нарастание значений отмечено у пациентов 18-24 лет (2,11 зубов), 25-34 лет (2,16 зубов), 35-44 лет (2,24 зубов). У пациентов 45-54 лет имело место несущественное повышение интенсивности кариеса зубов (до 2,39 зубов), что мы связываем прежде всего с предшествующей санационной работой. У пациентов 55-64 лет также был небольшой подъём интенсивности кариеса (2,42 зубов), который продолжился и у более старших возрастов (65-74 лет - 3,46 зубов, 75-84 лет - 3,67 зубов), рис. 4-7.

В группе лиц, получивших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, средняя интенсивность кариеса была несколько ниже по сравнению с предыдущей группой пациентов (1,93 зубов и 2,63 зубов, $p>0,05$). Соответственно меньше была и повозрастная интенсивность кариеса зубов, хотя такая же тенденция увеличения и снижения значений с возрастом пациентов нами отмечалась в этой группе. Так, у пациентов 18-24 лет средняя интенсивность кариеса составила 1,86 зубов, затем наблюдался постепенный устойчивый рост (25-34 лет – 1,94 зубов, 35-44 лет – 1,96 зубов, 45-54 лет – 1,95 зубов), а в возрасте 55-64 лети 65-74 лет отмечено резкое увеличение показателя до 2,12 зубов и 2,34 зубов, в последующем опять констатировано постепенное снижение (75-84 лет – 1,35 зубов).

Таблица 11.

Особенности стоматологической заболеваемости (группа – пациенты ЧССО, получавшие помощь на основе дентальной имплантации)

Возрастная подгруппа, лет (n)	КПУ, зубов	Компонент «К», зубов	Компонент «П», зубов	Компонент «У», зубов	Среднее число зубов с кариесом	Среднее число зубов с пульпитом и периодонтитом	Число случаев пародонтита и гингивита, в пересчёте на 100 чел.
18-24	3,50	2,30	1,00	0,20	1,86	0,44	42,3
25-34	8,69	2,85	3,98	1,86	1,94	0,91	67,9
35-44	13,89	3,04	6,89	3,96	1,96	1,08	87,5
45-54	17,78	3,43	8,64	5,71	1,95	1,48	92,4
55-64	17,86	3,63	8,40	5,83	2,12	1,51	97,6
65-74	22,00	4,02	8,88	9,10	2,34	1,68	100,0
75-84	25,84	2,33	8,65	14,86	1,35	0,98	100,0
Всего	15,65	3,08	6,63	5,94	1,93	1,15	83,9

Таблица 12.

Особенности стоматологической заболеваемости (группа – пациенты ЧССО, получавшие помощь без дентальной имплантации)

Возрастная подгруппа, лет	КПУ, зубов	Компонент «К», зубов	Компонент «П», зубов	Компонент «У», зубов	Интенсивность нелечёного кариеса, зубов	Интенсивность пульпита и периодонтита, зубов	Число случаев пародонтита и гингивита, в пересчёте на 100 чел.
18-24	3,46	2,56	0,84	0,06	2,11	0,45	45,2
25-34	8,56	3,12	3,18	2,26	2,16	0,96	69,4
35-44	14,38	3,36	6,66	4,36	2,24	1,12	89,2
45-54	18,15	3,91	8,11	6,13	2,39	1,52	94,1
55-64	19,98	4,00	9,80	6,18	2,42	1,58	98,9
65-74	21,76	5,24	7,18	9,34	3,46	1,78	100,0
75-84	26,97	5,00	6,08	15,89	3,67	1,33	100,0
Всего	16,18	3,88	5,98	6,32	2,63	1,25	85,2

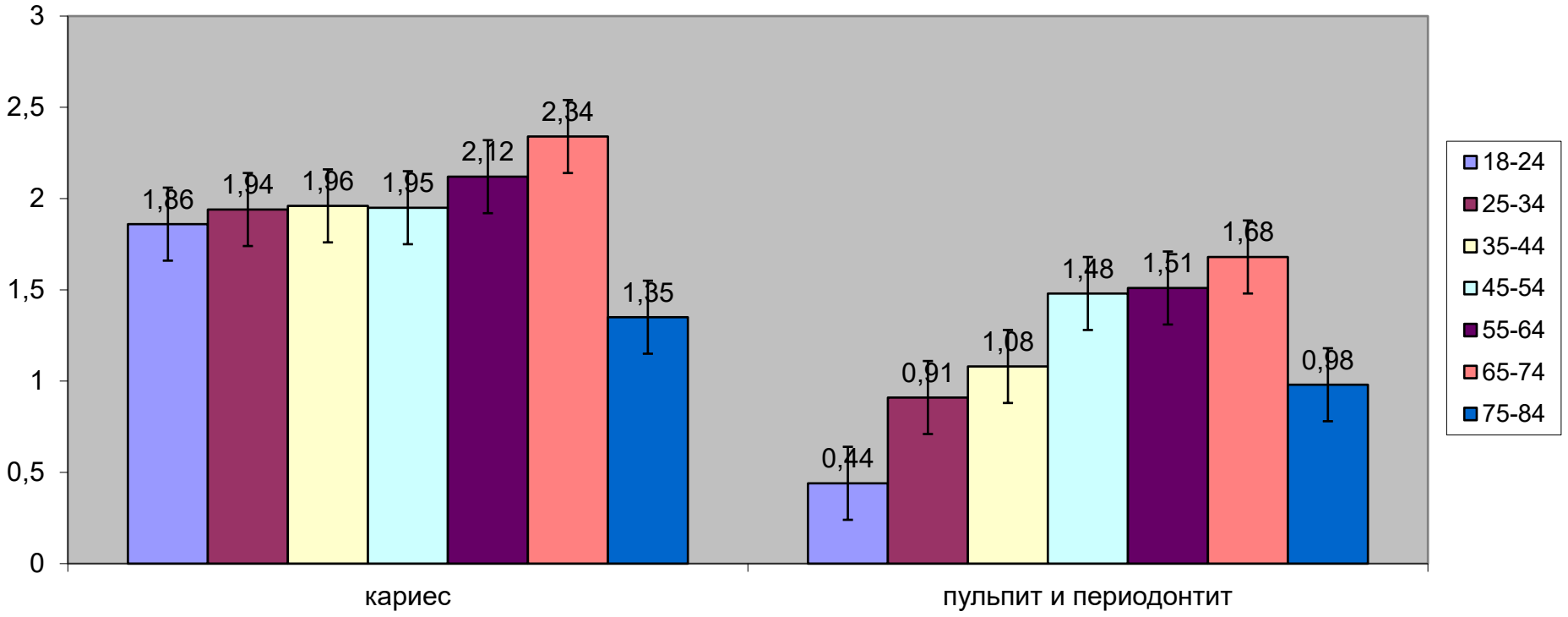


Рис. 4. Интенсивность кариеса, пульпита и периодонтита у пациентов, получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации в ЧССО (зубов, абс.)

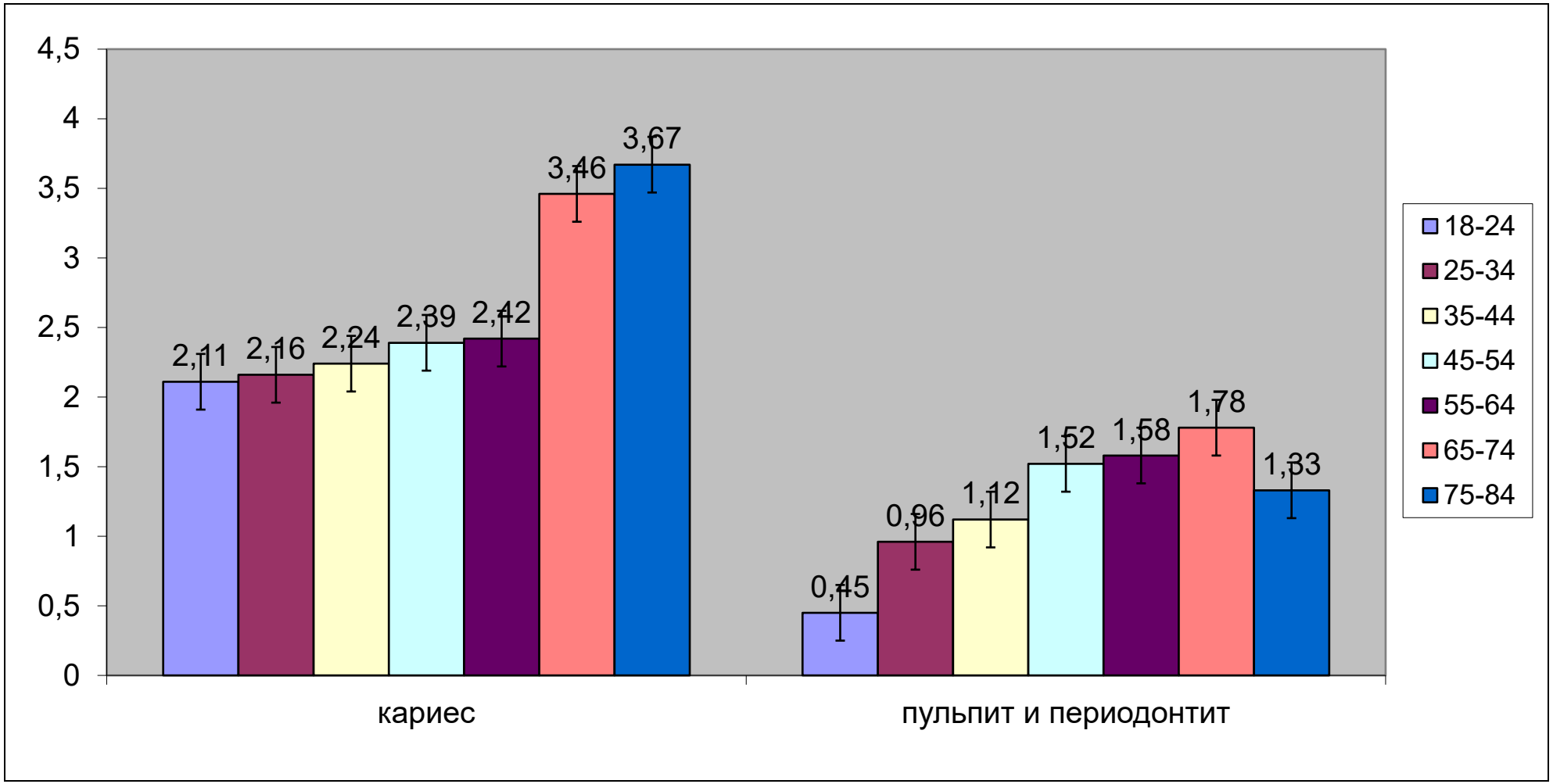


Рис. 5. Среднее число зубов, поражённых кариесом, пульпитом и периодонтитом (на 1 чел.) в группе пациентов, получавших стоматологическую помощь в ЧССО без дентальной имплантации (зубов, абс.)

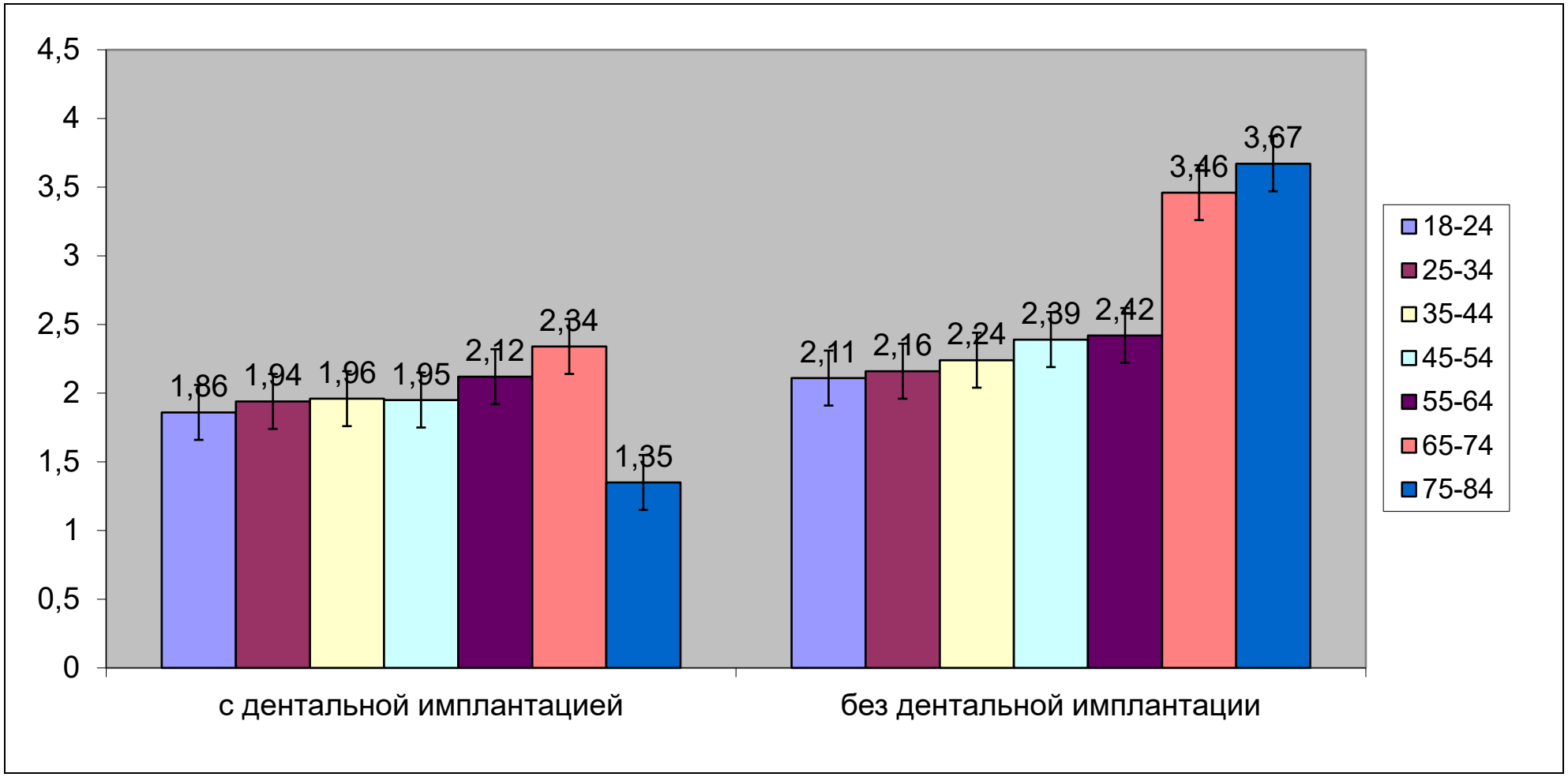


Рис. 6. Среднее число поражённых кариесом зубов (на 1 чел.) у обеих групп пациентов ЧССО - получавших помощь на основе и без дентальной имплантации (зубов, абс.)

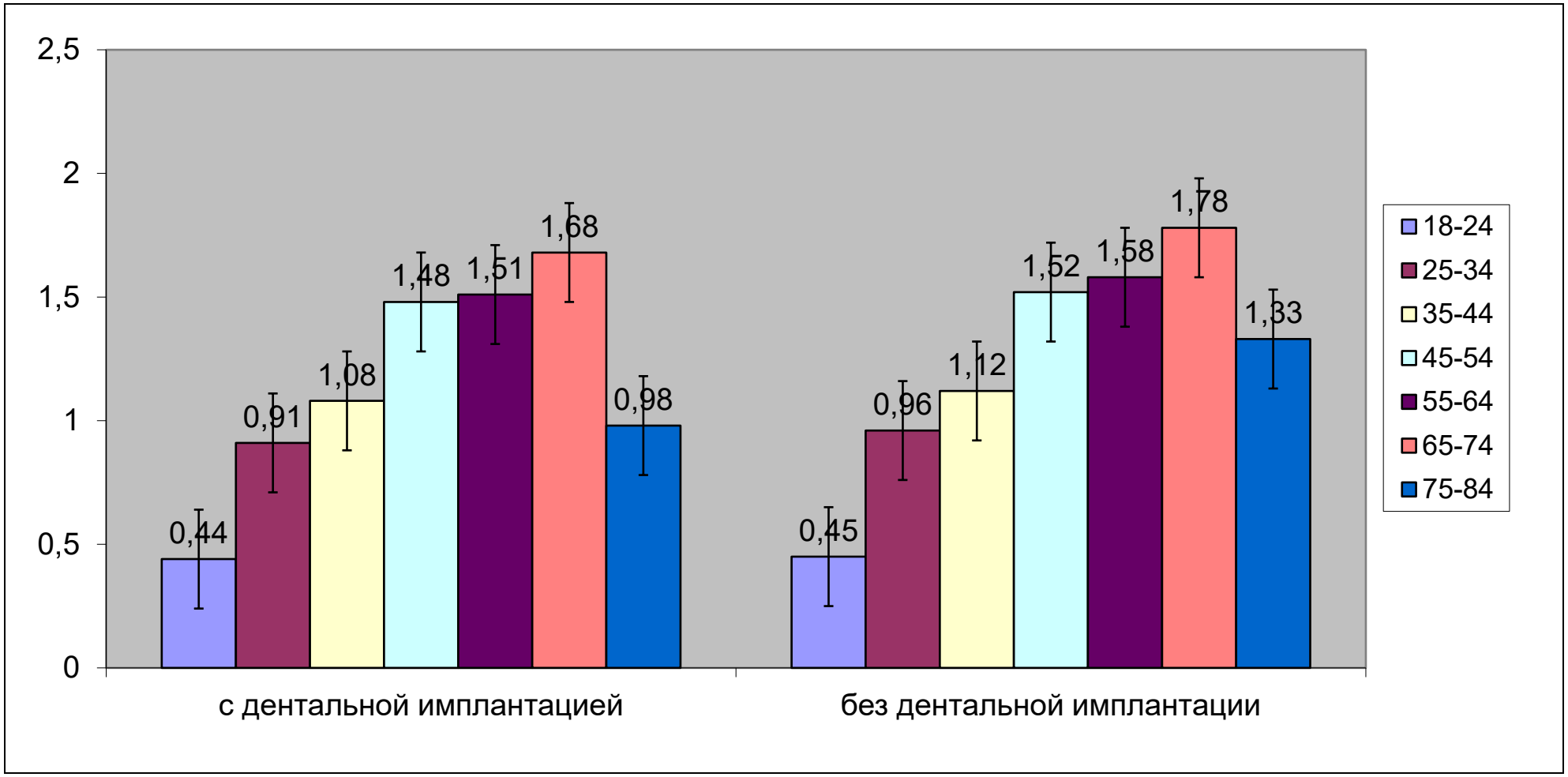


Рис. 7. Интенсивность нелечённого пульпита и периодонтита в обеих группах пациентов ЧССО (зубов, абс.)

Таким образом, в группах пациентов прослежена динамика интенсивности кариеса зубов в определённые возрастные периоды, что позволяет прогнозировать объёмы оказания стоматологической помощи. В группе пациентов, получавших помощь по поводу дентальной имплантации, имелась более низкая интенсивность кариеса зубов (в 1,4 раза и более), что свидетельствует об их внимании к своему стоматологическому здоровью и активной лечебно-профилактической санационной работе.

Таблица 13.

Повозрастные показатели заболеваемости кариесом зубов и его осложнениями у пациентов ЧССО, обращающихся для получения стоматологической помощи на основе дентальной имплантации

Возрастная подгруппа, лет	Доля пульпита и периодонтита в общем количестве кариозных поражений зубов (%)	Соотношение осложнённого к неосложнённому кариесу зубов
18-24	19,1	1:4,2
25-34	31,9	1:2,1
35-44	35,5	1:1,8
45-54	43,1	1:1,3
55-64	41,6	1:1,4
65-74	41,8	1:1,4
75-84	42,0	1:1,3
Всего	37,3	1:1,7

Анализ заболеваемости пульпитом и периодонтитом в группах пациентов ЧССО, получивших стоматологическую помощь на основе или без дентальной имплантации, в целом подтвердил вышеописанные тенденции. Средние показатели заболеваемости были меньше в группе пациентов, получивших помощь с дентальной имплантацией (1,15 зубов и 1,25 зубов соответственно). В группе пациентов, получивших стоматологическую помощь без дентальной

имплантации, интенсивность пульпита и периодонтита ниже средних значений была отмечена лишь в возрастных подгруппах 18-24 лет (0,45 зубов), 25-34 лет (0,96 зубов) и 35-44 лет (1,12 зубов), а в остальных более старших подгруппах имели место высокие значения: 45-54 лет – 1,52 зубов, 55-64 лет – 1,58 зубов, 65-74 лет – 1,78 зубов, 75-84 лет – 1,33 зубов.

В группе пациентов, получивших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, минимальные значения заболеваемости пульпитом и периодонтитом имели место в возрастных подгруппах 18-24 лет (0,44 зубов), 25-34 лет (0,91 зубов), 35-44 лет (1,08 зубов), 75-84 лет (0,98 зубов). Максимальное значение заболеваемости пульпитом и периодонтитом имело место в возрастной подгруппе 65-74 лет – в среднем 1,68 зубов на 1 пациента.

Таблица 14.

Повозрастные показатели заболеваемости кариесом зубов и его осложнениями у пациентов ЧССО, обращающихся для получения стоматологической помощи без дентальной имплантации

Возрастная подгруппа, лет	Доля пульпита и периодонтита в общем количестве кариозных поражений зубов (%)	Соотношение осложнённого к неосложнённому кариесу зубов
18-24	17,5	1:4,7
25-34	30,7	1:2,2
35-44	33,3	1:2,0
45-54	38,8	1:1,5
55-64	39,5	1:1,5
65-74	33,9	1:1,9
75-84	26,6	1:2,7
Всего	32,2	1:2,1

Анализ распространённости патологии пародонта показал практически идентичные цифры в группах пациентов, получивших стоматологическую

помощь на основе дентальной имплантации и без имплантации (83,9% и 85,2%). При этом наименьшая распространённость пародонтита отмечена у молодых пациентов обеих групп (18-24 лет, 35-44 лет), а в дальнейшем так в той, так и в другой группах она возрастала: в 45-54 лет уже отмечено 92,4% и 94,1%, в 55-64 лет – 97,6% и 98,9%, в 65-74 лет и старше – практически 100%-ная распространённость пародонтита у всех пациентов, что мы связываем прежде всего с возрастными изменениями тканей пародонта, деформациями зубных рядов и потерей зубов.

Полученные сведения в целом показывают, что пациенты, получавшие стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, несколько более внимательно относятся к своему стоматологическому здоровью, в связи с чем у них ниже показатели заболеваемости кариесом зубов, пульпитом, периодонтитом (табл. 13, 14).

При этом мы установили, что средняя доля пульпита и периодонтита в общем количестве кариозных поражений зубов в группе пациентов ЧССО, получавших помощь на основе дентальной имплантации, составила 37,3%, а в группе пациентов без дентальной имплантации – 32,2% ($p>0,05$).

Касательно возрастных различий показателя отметим, что в обеих группах у самых молодых пациентов 18-24 лет данная доля пульпита и периодонтита была наименьшей (19,1%, 17,5%), а при увеличении возраста пациентов она прогрессивно увеличивалась, достигая в возрасте 45-54 лет 43,1% и 38,1%; при этом существенных повозрастных различий между двумя сравниваемыми группами отмечено не было ($p>0,05$). Соотношение осложнённого к неосложнённому кариесу составило в среднем 1:1,7 и 1:2,1 соответственно ($p>0,1$).

Таблица 15.

Особенности стоматологической заболеваемости пациентов, обращающихся в несетевые ЧСМО для получения помощи на основе дентальной имплантации (абс., %)

Возрастная подгруппа, лет	КПУ, зубов	Компонент «К», зубов	Компонент «П», зубов	Компонент «У», зубов	Среднее число зубов с кариесом	Среднее число зубов с пульпитом и периодонтитом	Число случаев пародонтита и гингивита, в пересчёте на 1 чел.
18-24	3,66	2,18	1,10	0,38	1,76	0,42	0,12
25-34	8,15	2,65	3,56	1,94	1,99	0,66	0,16
35-44	13,86	2,84	7,14	3,88	2,01	0,83	0,18
45-54	18,11	3,50	8,52	6,09	2,03	1,47	0,22
55-64	18,16	3,64	8,38	6,14	2,14	1,50	0,26
65-74	21,54	3,89	8,76	8,89	2,36	1,53	0,28
75-84	28,24	3,64	8,92	15,68	1,72	1,92	0,41
Всего	15,96	3,19	6,63	6,14	2,00	1,19	0,23

Таблица 16.

Особенности стоматологической заболеваемости пациентов, обращающихся в несетевые ЧСМО для получения помощи без дентальной имплантации (абс., %)

Возрастная подгруппа, лет	КПУ, зубов	Компонент «К», зубов	Компонент «П», зубов	Компонент «У», зубов	Интенсивность нелечёного кариеса, зубов	Интенсивность пульпита и периодонтита, зубов	Число случаев пародонтита и гингивита, в пересчёте на 1 чел.
18-24	3,56	2,42	1,02	0,12	1,79	0,63	0,18
25-34	7,76	2,96	2,86	1,94	2,02	0,94	0,21
35-44	13,57	3,42	5,91	4,24	2,12	1,30	0,20
45-54	17,69	3,96	7,84	5,89	2,68	1,28	0,25
55-64	20,12	4,18	9,62	6,32	2,72	1,46	0,27
65-74	22,57	5,54	8,14	8,89	3,31	2,23	0,36
75-84	28,80	5,61	7,51	15,68	3,48	2,13	0,48
Всего	16,29	4,01	6,13	6,15	2,59	1,42	0,28

Таблица 17.

Повозрастные показатели заболеваемости кариесом зубов и его осложнениями у пациентов несетевых ЧСМО, обращающихся для получения стоматологической помощи на основе дентальной имплантации

Возрастная подгруппа, лет (n)	Доля пульпита и периодонтита в общем количестве кариозных поражений зубов (%)	Соотношение осложнённого к неосложнённому кариесу зубов
18-24	19,2	1:4,2
25-34	24,2	1:3,0
35-44	29,2	1:2,4
45-54	42,0	1:1,4
55-64	41,2	1:1,4
65-74	39,3	1:1,5
75-84	52,7	1:0,9
Всего	37,3	1:1,6

У пациентов несетевых ЧСМО, получивших стоматологическую помощь на основе или без дентальной имплантации, установлены следующие показатели состояния стоматологического здоровья (таблицы 15, 16). Средние значения КПУ зубов в обеих группах были в целом сравнимы (15,96 зубов и 16,29 зубов), что свидетельствует об одинаковом (исходно) состоянии рта у пациентов этих групп. При этом уровень «К» в данных группах составил 3,19 зубов и 4,01 зубов, уровень «П» - 6,63 зубов и 6,13 зубов, уровень «У» - 6,14 зубов и 6,15 зубов, что было в целом сравнимым. Средняя интенсивность нелечёного кариеса зубов у пациентов данных групп составила 2,00 зубов и 2,59 зубов, нелечёного пульпита и периодонтита – 1,19 зубов и 1,42 зубов. Все вышеперечисленные показатели были в целом сравнимы со значениями стоматологического статуса у пациентов ЧССО, вместе с тем, как и у пациентов ЧССО, интенсивность нелечёных кариеса, пульпита, периодонтита

была несколько выше у лиц без дентальной имплантации по сравнению с пациентами, получившими помощь на основе дентальной имплантации.

Таблица 18.

Повозрастные показатели заболеваемости кариесом зубов и его осложнениями у пациентов несетевых ЧСМО, обращающихся для получения стоматологической помощи без дентальной имплантации

Возрастная подгруппа, лет (n)	Доля пульпита и периодонтита в общем количестве кариозных поражений зубов (%)	Соотношение осложнённого к неосложнённому кариесу зубов
18-24	26,0	1:2,8
25-34	31,7	1:2,1
35-44	38,0	1:1,6
45-54	32,3	1:2,1
55-64	34,9	1:1,8
65-74	40,2	1:1,5
75-84	37,9	1:1,6
Всего	35,4	1:1,8

У пациентов несетевых ЧСМО, получивших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, доля пульпита и периодонтита в общем количестве кариозных зубов составила 37,3% (у пациентов без дентальной имплантации 35,4%). Соотношение осложнённого к неосложнённому кариесу зубов у пациентов несетевых ЧСМО, получивших помощь на основе дентальной имплантации, составило 1:1,6, у пациентов без дентальной имплантации – 1:1,8 (табл. 17, 18). Полученные результаты были также сравнимыми с аналогичными значениями в группах пациентов ЧССО.

Объём оказанной стоматологической помощи. Далее мы оценили показатели объёма стоматологической помощи в 2 группах пациентов ЧССО – получавших стоматологическую помощь на основе или без дентальной

имплантации (табл. 19, 20). Установлено, что у пациентов первой группы достоверно больше (в 7,1 раз, $p<0,01$) был объём зубопротезной помощи: на 1 пациента в данных группах приходилось 1,21 случаев и 0,17 случаев зубопротезирования по поводу потери зубов, в том числе на 1 пациента этих групп приходилось 2,67 и 1,62 изготовленных искусственных зубных коронок (в 1,4 раз, $p<0,01$).

Аналогичные различия имели место у пациентов разных возрастов. У лиц 18-24 лет на 1 пациента приходилось всего 1,00 случая лечения частичной потери зубов (было изготовлено 1,44 искусственных коронок в пересчёте на 1 пациента). Такие же показатели случаев зубопротезирования по поводу потери зубов было отмечено в возрастных подгруппах 25-34 лет, 35-44 лет, 45-54 лет (по 1,00 случая на 1 пациента). При этом объём зубопротезной работы всё-таки увеличивался: если в возрастной подгруппе 25-34 лет на 1 пациента приходилось 1,69 изготовленных искусственных коронок, то в возрастной подгруппе 35-44 лет – 1,75 искусственных коронок, а в возрастной подгруппе 45-54 лет – уже 1,92 искусственных коронок. Увеличение числа случаев лечения частичной потери зубов мы наблюдали в возрастных подгруппах 55-64 лет и 65-74 лет (по 1,21 и 1,57 случаев на 1 пациента); при этом объём зубопротезной помощи также увеличивался: если в возрастной подгруппе 55-64 лет на 1 пациента приходилось 2,53 изготовленных искусственных коронки, то в подгруппе 65-74 лет - уже 3,94 искусственных коронок (в 1,5 раза больше, $p<0,01$).

В группе пациентов, получивших стоматологическую помощь без дентальной имплантации, объём стоматологической ортопедической помощи был существенно меньше: в самой молодой возрастной подгруппе 18-24 лет не было случаев лечения частичной потери зубов, а в возрасте 25-34 лет –0,04 случаев. В других возрастных подгруппах анализируемые значения держались на величинах, значительно меньших, чем в группе пациентов с дентальной имплантацией: в подгруппе 35-44 лет на 1 пациента приходилось 0,04 случаев лечения потери зубов, 45-54 лет – 0,19 случаев, 55-64 лет – 0,24 случаев, 65-74

лет – 0,59 случаев, 75-84 лет – 0,56 случаев. При этом объём непосредственно зубопротезной помощи также сильно различался в разные возрастные периоды: если в возрасте 25-34 лет на 1 пациента приходилось в среднем 0,55 изготовленных искусственных коронок, то в возрасте 35-44 лет – 1,12 искусственных коронок, при уменьшении числа случаев потери зубов – что свидетельствует об увеличении среднего объёма изготовляемых зубопротезных конструкций.

В возрасте 45-54 лет на 1 пациента приходилось 1,56 изготовленных искусственных коронок; в дальнейшем в возрасте 55-64 лет показатель вновь вырос до 1,87 коронок. В возрастной подгруппе 65-74 лет искомое значение составило 2,55 коронок, а в возрасте 75-84 лет – 3,61 коронок. Другими словами, данные повозрастные значения в этой группе были существенно меньше, чем у пациентов с дентальной имплантацией ($p<0,01$). Итоговые показатели также существенно различались (в 1,4 раз – 2,67 и 1,62 изготовленных коронок на 1 пациента соответственно, $p<0,01$).

Об объёме оказанной стоматологической помощи свидетельствует среднее количество зубов, включённых в лечение. В группе пациентов без дентальной имплантации на 1 пациента в среднем приходилось 3,91 лечённых зубов, а в группе пациентов с дентальной имплантацией – 3,87 лечённых зубов. Анализ повозрастных показателей в обеих группах позволил проследить динамику ухудшения стоматологического здоровья. Так, в группе пациентов без дентальной имплантации в возрасте 18-24 лет на 1 пациента приходилось в среднем 2,56 зубов, подвергшихся лечению, в возрасте 25-34 лет – 3,04 зубов, в возрасте 35-44 лет – 3,08 зубов. Дальнейший рост анализируемых значений отмечен в возрастной подгруппе 45-54 лет (4,19 зубов), а затем опять следует подъём: в возрасте 55-64 лет – 4,88 зубов. В возрасте 65-74 лет мы отметили увеличение значения до 5,09 зубов, а в возрасте 75-84 лет – близкое по величине значение анализируемого показателя (4,51 зубов).

Таблица 19.

Особенности посещаемости и оказанной помощи в ЧССО (группа пациентов, получивших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации)

Возрастная подгруппа, лет	Общее число посещений пациента	В т.ч.по поводу дентальной имплантации	В т.ч.по поводу тер. и хир.стом. лечения	В т.ч. по поводу зубопротезирования	Среднее число пролеченных зубов	Среднее число удалённых зубов	Среднее число врачей-специалистов, участвующих в лечении	Доля санированных от числа нуждающихся в санации (%)	Количество изготовленных искусственных коронок, в пересчёте на 1 чел.	Количество пролеченных случаев частичной потери зубов, в пересчёте на 1 чел.	Количество установленных дентальных имплантатов, на 1 чел.
18-24	5,5	1,00	2,30	2,20	1,5	0,41	2,3	84,3	1,44	1,00	1,08
25-34	10,6	2,00	4,10	4,50	3,48	1,78	3,5	89,9	1,69	1,00	1,58
35-44	11,6	2,37	4,63	4,70	4,48	2,34	2,59	100,0	1,75	1,00	1,69
45-54	12,1	2,69	4,83	4,60	9,19	2,88	3,27	100,0	1,92	1,00	2,62
55-64	13,2	3,95	4,80	4,50	8,76	3,27	3,01	100,0	2,53	1,21	3,89
65-74	13,3	3,25	5,30	4,80	7,51	5,39	3,08	100,0	3,94	1,57	5,87
75-84	14,5	4,50	5,20	4,80	5,78	5,20	2,25	100,0	5,41	1,68	7,92
Среднее	11,57	2,82	4,45	4,30	5,81	3,04	2,85	96,3	2,67	1,21	3,51

Таблица 20.

Особенности посещаемости и оказанной помощи в ЧССО (группа пациентов, получивших стоматологическую помощь без дентальной имплантации)

Возрастная подгруппа, лет	Общее число посещений пациента	В т.ч.по поводу тер. и хир.стом. лечения	В т.ч. по поводу зубопротезирования	Среднее число пролеченных зубов	Среднее число удалённых зубов	Среднее число врачей-специалистов, участвующих в лечении	Доля санированных от числа нуждающихся в санации (%)	Количество изготовленных искусственных коронок, к пересчёте на 1 чел.	Количество пролеченных случаев частичной потери зубов, в пересчёте на 1 чел.
18-24	4,00	3,98	0,02	2,56	0,53	1,22	89,2	0,06	0,00
25-34	3,97	3,47	0,50	3,04	1,60	2,14	74,7	0,55	0,04
35-44	4,24	3,74	0,50	3,08	1,86	2,27	67,7	1,12	0,04
45-54	4,41	3,81	0,60	4,19	2,27	2,02	72,9	1,56	0,19
55-64	4,53	3,93	0,60	4,88	2,46	2,61	74,7	1,87	0,24
65-74	5,03	4,13	0,90	5,09	2,52	2,71	71,4	2,55	0,59
75-84	5,28	4,18	1,10	4,51	3,06	2,0	76,2	3,61	0,56
Всего	4,49	3,89	0,60	3,91	2,04	2,14	75,2	1,62	0,17

Для сравнения: в группе пациентов, получивших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, показатели составили: в возрасте 18-24 лет – 1,5 включённых в лечение зубов, в возрасте 25-34 лет – 2,12 зубов, в возрасте 35-44 лет – 2,54 зубов, 45-54 лет – 4,93 зубов, 55-64 лет – 5,37 зубов, 65-74 лет – 5,63 зубов, 75-84 лет – 5,0 зубов. Другими словами, нами установлено, что пациенты, получавшие стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, более ориентированы на санированное состояние своих зубов (привержены лечебно-профилактическим мероприятиям), а также они более ориентированы на восстановление целостности зубного ряда (на зубопротезирование), то есть на законченное целостное стоматологическое лечение, включая санацию рта.

В группе пациентов, получивших дентальную имплантацию, среднее количество установленных имплантатов составило: в самых молодых возрастных подгруппах 18-24 лет и 25-34 лет – 1,08 и 1,58 дентальных имплантатов, в возрастной подгруппе 35-44 лет – 1,69 дентальных имплантатов. В возрасте 45-54 лет на одного пациента данной группы приходилось 2,62 установленных дентальных имплантатов. Существенное увеличение объёма дентальной имплантации мы отметили в следующей возрастной группе 55-64 лет – 3,89 дентальных имплантатов, а в возрастной группе 65-74 лет – 5,87 установленных дентальных имплантатов. В самой старшей возрастной группе 75-84 лет среди пациентов, получивших дентальную имплантацию, на одного пациента приходилось в среднем 7,92 установленных дентальных имплантатов.

В целом, нами установлена взаимосвязь с возрастом объёма дентальной имплантации ($r=0,590$, $p<0,001$), при этом отмечены три пика существенного увеличения объёма и, вследствие этого, нуждаемости в дентальной имплантации – в 35-44 лет, 55-64 лет и в 75-84 лет. Полученные сведения помогут планировать и прогнозировать объём оказываемой стоматологической помощи пациентам на основе дентальной имплантации.

Характеризует организацию лечебно-диагностического процесса количество посещений пациентами стоматологической клиники. Мы проанализировали эти показатели в группах пациентов, получивших стоматологическую помощь на основе или без дентальной имплантации (Таблицы 19, 20). Общее количество посещений клиники пациентами в группе с дентальной имплантацией составило 11,57, а в группе без дентальной имплантации – в 2,2 раза меньше (4,49 посещений), то есть мотивация пациента к получению дентальной имплантации и зубопротезирования на её основе существенно увеличивает объём посещений стоматологической клиники. Кроме того, установлено, что количество посещений клиники коррелировало с увеличением возраста пациентов. Так, в группе пациентов без дентальной имплантации среднее число посещений клиники составило 4,49, при этом в самой молодой возрастной подгруппе 18-24 лет оно составило 4,00 посещений, в следующей подгруппе 25-34 лет – почти столько же (3,97 посещений), в дальнейшем неуклонно увеличиваясь: в возрасте 35-44 лет среднее число составило 4,24 посещений, в 45-54 лет – 4,41 посещений, в 55-64 лет – 4,53 посещений, 65-74 лет – 5,03 посещений,75-84 лет – 5,28 посещений, то есть налицо определённая зависимость от возраста пациентов ($r=0,345$, $p<0,001$).

В группе пациентов, получивших помощь на основе дентальной имплантации, общее количество посещений составило 11,57, что было в 2,2 раза больше, чем в предыдущей группе ($p<0,05$). При этом в самой молодой возрастной подгруппе 18-24 лет показатель составил 5,5 посещений, а в возрасте 25-34 лет – уже 10,6 посещений (что в 2,5 раза больше аналогичного повозрастного показателя в группе пациентов без дентальной имплантации), в возрасте 35-44 лет – 11,6 посещений (в 2,4 раза больше аналогичного показателя в сравниваемой группе пациентов), в возрасте 45-54 лет – 12,1 посещений (в 2 раза больше), что говорит о существенном увеличении объёма оказываемой помощи пациентам с дентальной имплантацией. Эта же тенденция сохранилась и в более старших возрастных группах: в возрасте 55-

64 лет общее количество посещений составило 13,2 (больше почти в 3 раза), в 65-74 лет – 13,3 посещений (больше в 2,5 раз), в 75-84 лет – 14,5 посещений. При этом в данной группе пациентов выявлена тенденция нарастания анализируемого показателя с возрастом ($r=0,79$, $p<0,005$): максимальное значение в 14,5 посещений отмечено в возрастной подгруппе 65-74 лет, а у других возрастных подгрупп имели место более низкие показатели. Полученные сведения позволят прогнозировать объёмы оказания помощи и потребность в ней в соответствующие возрастные периоды.

Примерно такая же зависимость выявлена нами при анализе количества посещений по поводу самой дентальной имплантации в данной группе пациентов. В самой молодой возрастной подгруппе 18-24 лет среднее число посещений по поводу дентальной имплантации составило 1,0, в следующей возрастной подгруппе 25-34 лет – 2,0 посещений, в возрасте 35-44 лет – 2,37 посещений, то есть постепенно увеличивалось: 45-54 лет – 2,69 посещений, 55-64 лет – 3,95 посещений, 65-74 лет – 3,25, 75-84 лет – 4,50 посещений. Таким образом, максимальная посещаемость по поводу дентальной имплантации приходится на пациентов старших возрастных подгрупп; очевидно, что на этот же возраст приходится и максимальный объём выполняемых работ по дентальной имплантации.

Наиболее интересным было сравнить между двумя этими группами (пациенты, получавшие стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, и пациенты без дентальной имплантации) показатель числа посещений по поводу стоматологического лечения, поскольку именно оно занимает большую долю в структуре посещений у пациентов обеих сравниваемых групп. Установлено, что в группе пациентов с дентальной имплантацией количество обращений по поводу стоматологического лечения составило в среднем 4,45 (что было в 2 раза больше количества посещений по поводу непосредственно дентальной имплантации, и в 1,14 раза больше аналогичного показателя у пациентов без дентальной имплантации). В самой молодой возрастной подгруппе 18-24 лет среднее число посещений по поводу

стоматологического сопутствующего лечения составило 2,3, в возрасте 25-34 лет – 4,10 посещений. В возрасте 35-44 лет данный показатель составил 4,63 посещений, а в возрасте 45-54 лет – 4,83 посещений. В более старших возрастных подгруппах мы отметили дальнейшее увеличение значений: в возрасте 55-64 лет – 4,80 посещений, в возрасте 65-74 лет – 5,30 посещений, а в самой старшей возрастной подгруппе 75-84 лет среднее значение составило 5,20 посещений. Для сравнения: в группе пациентов без дентальной имплантации в возрасте 35-44 лет по поводу санации рта было всего 3,74 посещений (в 1,23 раза меньше), в возрасте 45-54 лет – 3,81 посещений (в 1,26 раза меньше), в возрасте 55-64 лет – 3,93 посещений (в 1,3 раза меньше), в возрасте 65-74 лет – 4,13 посещений (в 2,7 раза меньше). Другими словами, установлена повозрастная динамика посещаемости по поводу санации рта, при этом доказано, что объём данного вида помощи был существенно выше в группе пациентов с дентальной имплантацией, а повозрастной максимум значений посещаемости приходился на возрастные группы 75-84 лет (в группе без имплантации) и 65-74 лет (в группе с дентальной имплантацией).

Количество посещений по поводу зубопротезирования составило 4,30 и 0,60 в группах с дентальной имплантацией и без неё, что свидетельствует об увеличении объёма помощи и комплексном, законченном характере её у пациентов с дентальной имплантацией. При этом у молодых пациентов 18-24 лет показатель составил 2,30 и 0,02 посещений, 25-34 лет – 4,50 и 0,50 посещений. В дальнейшем показатель в обеих группах держался на достигнутых уровнях (4,60-4,80 посещений в группе с дентальной имплантацией и 0,50-0,60 в группе без дентальной имплантации, лишь у пациентов старших возрастов 65-74 лет и 75-84 лет достигая 0,90 и 1,10 посещений).

Анализ показателей посещаемости пациентов несетевых ЧСМО установил (Таблицы 21, 22), что практически для всех возрастных подгрупп пациентов число обращений было существенно (в 3,8 раз) больше в случае получения стоматологической помощи на основе дентальной имплантации;

это вполне очевидно, поскольку большая доля посещений (порядка 25,8%) приходилась непосредственно на дентальную имплантацию. Вместе с тем, количество обращений по поводу санации рта в группе пациентов, получавших помощь на основе дентальной имплантации, было больше (3,1 посещений и 2,1 посещений соответственно, в 1,47 раза). Вероятно, последний факт обусловлен необходимостью большего объёма стоматологического лечения. Если же говорить о сравнении с двумя аналогичными группами пациентов, получавшими стоматологическую помощь на основе и без дентальной имплантации в условиях ЧССО, то видно, что показатели составили 4,45 и 3,89, то есть в условиях ЧССО были существенно больше ($p<0,05$), что свидетельствует о лучшей организации лечебного процесса в ЧССО.

Так, у пациентов группы дентальной имплантации, получавших помощь в ЧССО и несетевых ЧСМО, среднее общее количество посещений составило 11,57 и 9,3 соответственно ($p<0,05$), в том числе по поводу дентальной имплантации – 2,82 и 2,4 посещений соответственно, по поводу стоматологического лечения – 4,45 посещений и 3,1 посещений соответственно.

В группах пациентов, получавших стоматологическую помощь без дентальной имплантации в ЧССО и несетевых ЧСМО, общее количество посещений составило 4,49 и 2,4, в том числе по поводу стоматологического лечения – 3,89 и 2,1 ($p<0,05$). По поводу зубопротезирования количество посещений в группах пациентов ЧССО и несетевых ЧСМО, получавших помощь на основе дентальной имплантации, составило 4,30 и 3,80 ($p<0,05$), а в группах без имплантации – 0,60 и 0,30 ($p<0,05$), что также говорит о большей законченности стоматологического лечения в ЧССО и большем объёме лечения.

Таблица 21.

Особенности посещаемости и оказанной помощи пациентам несетевых ЧСМО, получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации (абс., %)

Возрастная подгруппа, лет	Общее число посещений пациента	В т.ч.по поводу дентальной имплантации	В т.ч.по поводу тер. и хир. стом. лечения	В т.ч. по поводу зубопротезирования	Среднее число пролеченных зубов	Среднее число удалённых зубов	Среднее число врачей-специалистов, участвующих в лечении	Доля санированных от числа нуждающихся в санации (%)	Количество изготовленных искусственных коронок, в пересчёте на 1 чел.	Количество пролеченных случаев частичной потери зубов, в пересчёте на 1	Количество установленных дент. имплантатов, на 1 чел.
18-24	4,8	1,0	1,5	2,3	1,70	0,52	1,0	88,3	0,05	0,22	1,20
25-34	7,9	1,8	2,4	3,7	2,30	1,67	1,1	61,2	0,52	0,34	1,36
35-44	8,8	2,0	2,9	3,9	3,67	2,44	1,7	57,4	0,83	0,38	2,31
45-54	9,7	2,1	3,5	4,1	3,33	2,76	1,9	66,7	1,01	0,48	2,56
55-64	10,8	2,8	3,8	4,2	4,54	3,41	2,3	69,4	1,46	0,63	3,15
65-75	11,3	3,4	3,7	4,2	4,22	4,02	2,4	66,5	1,88	0,79	3,69
75-84	11,8	3,7	3,8	4,3	4,50	4,79	2,4	71,8	2,17	1,03	4,15
Среднее	9,3	2,4	3,1	3,8	3,47	2,80	1,8	68,7	1,13	0,55	2,63

Таблица 22.

Особенности посещаемости и оказанной помощи пациентам несетевых ЧСМО, получавших стоматологическую помощь без дентальной имплантации (абс., %)

Возрастная подгруппа, лет	Общее число посещений пациента	В т.ч.по поводу тер. и хир. стом. лечения	В т.ч. по поводу зубопротезирования	Среднее число пролеченных зубов	Среднее число удалённых зубов	Среднее число врачей-специалистов, участвующих в лечении	Доля санированных от числа нуждающихся в санации (%)	Количество изготовленных искусственных коронок, в	Количество пролеченных случаев частичной потери зубов, в пересчёте на 1
18-24	1,5	1,5	--	2,2	--	1,1	28,6	0,06	0,11
25-34	2,1	1,8	0,3	3,5	1,2	1,6	33,4	0,46	0,28
35-44	2,6	2,3	0,3	3,8	1,7	1,9	42,8	0,74	0,31
45-54	2,1	1,8	0,3	2,2	2,1	2,1	44,6	0,93	0,42
55-64	2,8	2,4	0,4	2,9	2,4	2,1	45,0	1,17	0,57
65-74	3,3	2,8	0,5	3,0	2,5	2,0	38,2	1,33	0,62
75-84	2,9	2,5	0,4	2,4	2,8	2,2	44,9	1,55	0,86
Всего	2,4	2,1	0,3	2,8	2,1	1,8	39,6	0,89	0,45

Среднее количество пролеченных зубов в группе пациентов несетевых ЧСМО, получивших помощь на основе дентальной имплантации, составило 3,47, что было меньше аналогичного показателя в ЧССО (5,81 зубов); такое же количество у пациентов без дентальной имплантации составило соответственно 2,8 зубов и 3,91 зубов. Аналогичный анализ, проведённый по сравниваемым группам по количеству удалённых зубов, составил: в группах несетевых ЧСМО и ЧССО с дентальной имплантацией – 2,80 и 3,04 зубов, в группах без дентальной имплантации – 2,10 и 2,04 зубов. Полученные сведения показывают, что, поскольку количества удалённых зубов в ЧССО и несетевых ЧСМО были в целом сравнимы, а различались существенно количества пролеченных зубов (в большую сторону в ЧССО), то, очевидно, в ЧССО больше объём помощи по лечению и сохранению зубов и по достижению санированности пациентов.

Количество установленных дентальных имплантатов, безусловно, не зависит от типа медицинской организации (ЧССО или несетевая ЧСМО), а определяется клинической ситуацией во рту пациента. Поэтому средние количества установленных дентальных имплантатов, приходящихся на 1 пациента в группах лиц, получивших помощь на основе дентальной имплантации в ЧССО и в несетевых ЧСМО, составили 3,51 и 2,63 соответственно, что не показало значимых различий между группами ($p>0,1$).

Очевидно, что независимо от вида медицинской организации (ЧССО или несетевые ЧСМО), количество посещений было больше в случае получения пациентами стоматологической помощи на основе дентальной имплантации – это было связано не только с обращениями непосредственно по поводу хирургического и ортопедического этапов дентальной имплантации, но и с расширением объёма санации рта, подготовки к дентальной имплантации и прочее.

Объём оказанной стоматологической помощи, рассчитанный нами в пересчёте на среднее число пролеченных и удалённых зубов, в несетевых

ЧСМО показал существенные различия в зависимости от особенностей оказанной стоматологической помощи: так, в группе пациентов, получивших помощь на основе дентальной имплантации, показатель составил 6,27 зубов в среднем на одного пациента, а в группе без дентальной имплантации – в среднем 4,9 зубов на одного пациента (почти в 1,5 раз больше). Такая же зависимость имела место и у пациентов, получавших стоматологическую помощь в ЧССО: 8,85 зубов и 5,95 зубов на одного пациента соответственно. Отметим, что в ЧССО данные показатели в обеих группах были существенно выше, чем в несетевых ЧСМО (в 1,4 и 1,2 раза, $p<0,05$).

Таблица 23.

Долевая структура посещений пациентов ЧССО в ходе стоматологического лечения (группа: получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации), %

Возрастная подгруппа, лет	Доля посещений по поводу дентальной имплантации	Доля посещений по поводу тер. и хир. стом.лечения	Доля посещений по поводу зубопротезирован.
18-24	18,2	41,8	40,0
25-34	18,8	38,7	42,5
35-44	20,4	39,9	39,7
45-54	22,2	39,9	37,9
55-64	29,9	36,4	33,7
65-74	24,4	39,8	35,8
75-84	31,0	35,8	33,2
Всего	24,4	38,5	37,1

Интересным было оценить повозрастную структуру посещений в обеих группах пациентов ЧССО (табл. 23). Мы установили, что в группе пациентов, получивших помощь на основе дентальной имплантации, на долю самой имплантации приходилась почти четверть всех обращений (24,4%), однако эта доля была различной в разных возрастных подгруппах. Если в самой молодой

подгруппе 18-24 лет она составляла 18,2%, то в следующей возрастной подгруппе 25-34 лет – 18,8%, а остальные 81,2% посещений приходились на санацию рта и зубопротезирование.

Таблица 24.

Долевая структура посещений пациентов ЧССО в ходе стоматологического лечения (группа: получавших стоматологическую помощь без дентальной имплантации), %

Возрастная подгруппа, лет	Доля посещений по поводу зубопротезирования	Доля посещений по поводу терапевтического и хирургического стоматологического лечения
18-24	0,5	99,5
25-34	12,6	87,4
35-44	11,8	88,2
45-54	13,6	86,4
55-64	13,3	86,7
65-74	17,9	82,1
75-84	20,8	79,2
Всего	13,4	86,6

В следующей возрастной подгруппе 35-44 лет доля посещений по поводу дентальной имплантации составила 20,4%, а в подгруппе 45-54 лет – уже 22,2%. Далее этот показатель также возрастал: у пациентов 55-64 лет он составил 29,9%, 65-74 лет – 24,4%, 75-84 лет – 31,0%. При этом доля посещений по поводу терапевтического и хирургического стоматологического лечения держалась примерно на одном уровне, в пределах 35-38%, а доля посещений по поводу зубопротезирования уменьшалась (диапазон 42,5-33,2%). Очевидно, что данная динамика указывает на увеличение объёма дентальной имплантации вследствие ухудшения с возрастом состояния стоматологического здоровья, ухудшения состояния зубов и зубных рядов пациентов.

У пациентов ЧССО без дентальной имплантации практически все посещения были по поводу стоматологического лечения и зубопротезирования (табл. 24). При этом доля посещений по поводу стоматологического лечения в среднем составила 86,6%, по поводу зубопротезирования – 13,4%. Существенных повозрастных колебаний значений показателей мы не отметили.

Таблица 25.

Долевая структура посещений пациентов несетевых ЧСМО (группа: получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации), %

Возрастная подгруппа, лет	Доля посещений по поводу дентальной имплантации	Доля посещений по поводу тер. и хир. стом.лечения	Доля посещений по поводу зубо-протезирования
18-24	20,8	31,2	48,0
25-34	22,8	30,4	46,8
35-44	22,7	32,9	44,4
45-54	21,6	36,1	42,3
55-64	25,9	35,2	38,9
65-74	30,1	32,7	37,2
75-84	31,3	32,2	36,5
Всего	25,8	33,3	40,9

Аналогичный анализ, проведённый среди пациентов несетевых ЧСМО, получавших помощь на основе дентальной имплантации, также показал изменение структуры посещений в зависимости от возраста (табл. 25, 26). Так, у пациентов самого молодого возраста 18-24 лет доля посещений по поводу дентальной имплантации составила 20,8%, у лиц средних возрастов показатель составлял около четверти всех посещений (пациенты 25-34 лет – 22,8%, 35-44 лет – 22,7%, 45-54 лет – 21,6%, 55-64 лет – 25,9%, 65-74 лет – 30,1%, 75-84 лет – 31,3%). Доли посещений по поводу стоматологического

лечения у пациентов разных возрастов находились в пределах 30,4-36,1%, по поводу зубопротезирования – в среднем составляли 40,9%. В целом, существенных повозрастных отличий структуры посещений от пациентов аналогичной группы ЧССО мы не отметили; не установлено также значимых различий в структуре посещений у пациентов ЧССО и несетевых ЧСМО, получавших помощь без дентальной имплантации – у последних доля посещений по поводу стоматологического лечения составила 87,5%, по поводу зубопротезирования 12,5%.

Таблица 26.

Долевая структура посещений пациентов несетевых ЧСМО в ходе стоматологического лечения (группа: получавших стоматологическую помощь без дентальной имплантации), %

Возрастная подгруппа, лет	Доля посещений по поводу зубопротезирования	Доля посещений по поводу терапевтического и хирургического стоматологического лечения
18-24	0,0	100,0
25-34	14,3	85,7
35-44	11,6	88,4
45-54	14,3	85,7
55-64	14,3	85,7
65-74	15,2	84,8
75-84	13,8	86,2
Всего	12,5	87,5

В целом, сравнивая показатели структуры посещений пациентов, получавших помощь на основе дентальной имплантации, в ЧССО и несетевых ЧСМО, отметим, что доли посещений по поводу дентальной имплантации составили соответственно 24,4% и 25,8% (при прочих равных характеристиках качества лечения, стоимости и прочее), то есть показатель в структуре были примерно одинаковыми (рис. 8, 9). Отметим также, что повозрастные

показатели структуры в обеих группах пациентов не обнаружили существенных различий, что свидетельствует об объективных предпочтениях пациентов и приверженности их стоматологическому лечению в определённые возрастные периоды, что можно использовать для планирования и прогнозирования оказания стоматологической помощи.

Количество врачей-стоматологов разных специальностей, лечивших пациента, также характеризует организацию и объём оказываемой стоматологической помощи (рис. 10-12). Безусловно, в рамках преемственности и комплексности оказания стоматологической помощи количество разных врачей-специалистов увеличивалось с увеличением возраста пациентов, то есть отражало увеличение объёма и сложности оказываемой стоматологической помощи вследствие прогрессирующего с возрастом ухудшения стоматологического здоровья. У пациентов ЧССО, получавших помощь на основе дентальной имплантации, на 1 пациента приходилось в среднем 2,85 врачей-стоматологов разных клинических специальностей. В том числе у молодых пациентов 18-24 лет – 2,3 врачей-специалистов на одного пациента, 25-34 лет – 3,5 врачей-специалистов, 35-44 лет – 2,59 врачей.

В других подгруппах значения показателя не сильно различались, находясь в диапазоне 3,01-3,27 врачей-специалистов.

В группе пациентов ЧССО, получивших помощь без дентальной имплантации, среднее количество врачей-специалистов, приходящихся на 1 пациента, было существенно меньше и составило 2,14 против 2,85 ($p<0,05$). Эти же различия проявлялись и у разных подгрупп пациентов: у лиц молодого возраста данный показатель составил 1,22 врачей, 25-34 лет – 2,14 врачей, 35-44 лет – 2,27 врачей,45-54 лет – 2,02 врачей. Наибольшие значения показателя определялись у пациентов 55-64 лет и 65-74 лет (2,61 и 2,71), что, очевидно, объясняется увеличением объёма помощи и её комплексным характером, что требует участия разных врачей-специалистов.

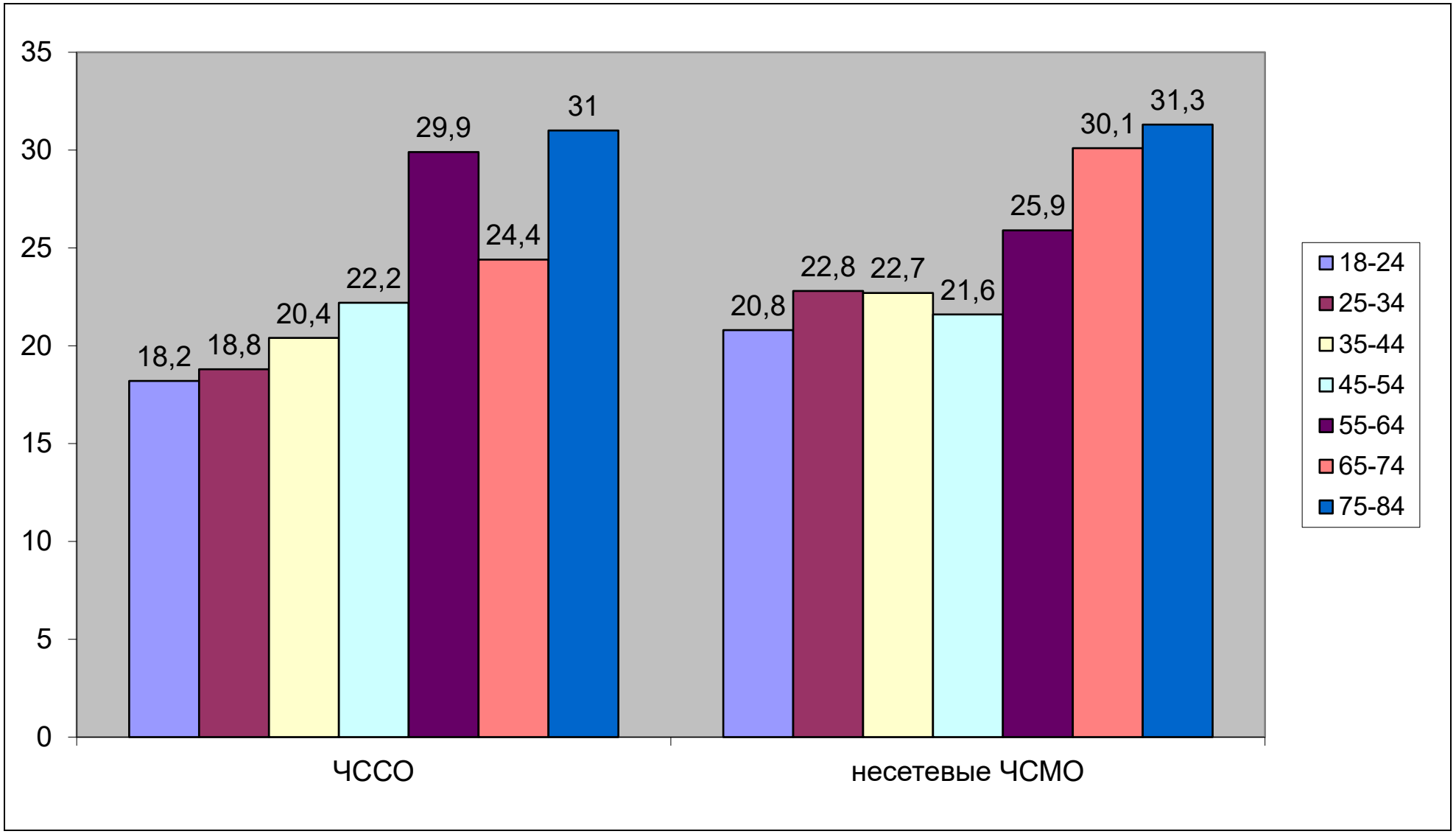


Рис. 8. Доля посещений по дентальной имплантации в общей структуре посещений пациентов ЧССО и несетевых ЧСМО разных возрастов (%)

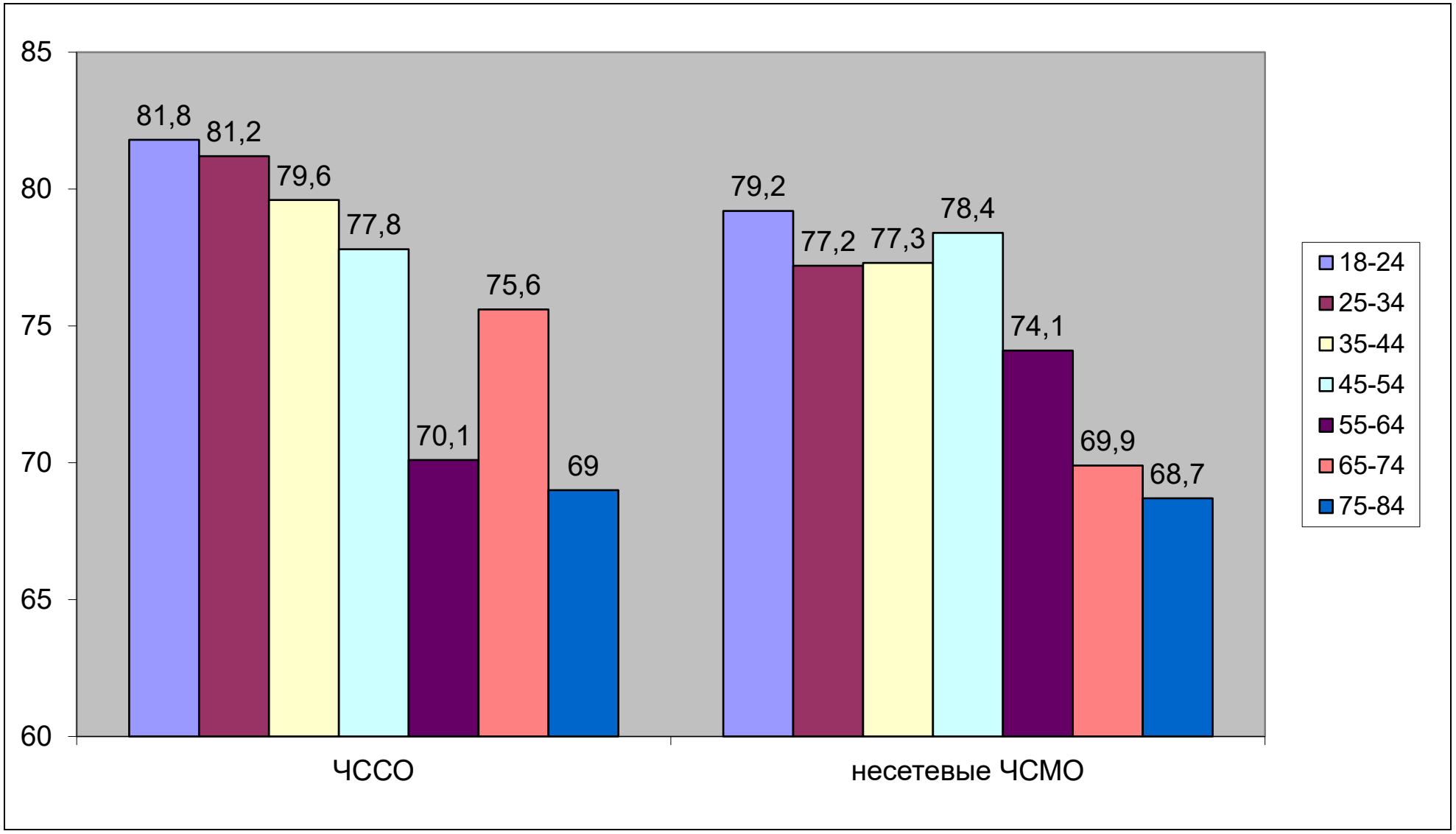


Рис. 9. Доля посещений по санации рта и зубопротезированию в общей структуре посещений пациентов ЧССО и несетевых ЧСМО, получивших помощь на основе дентальной имплантации (%)

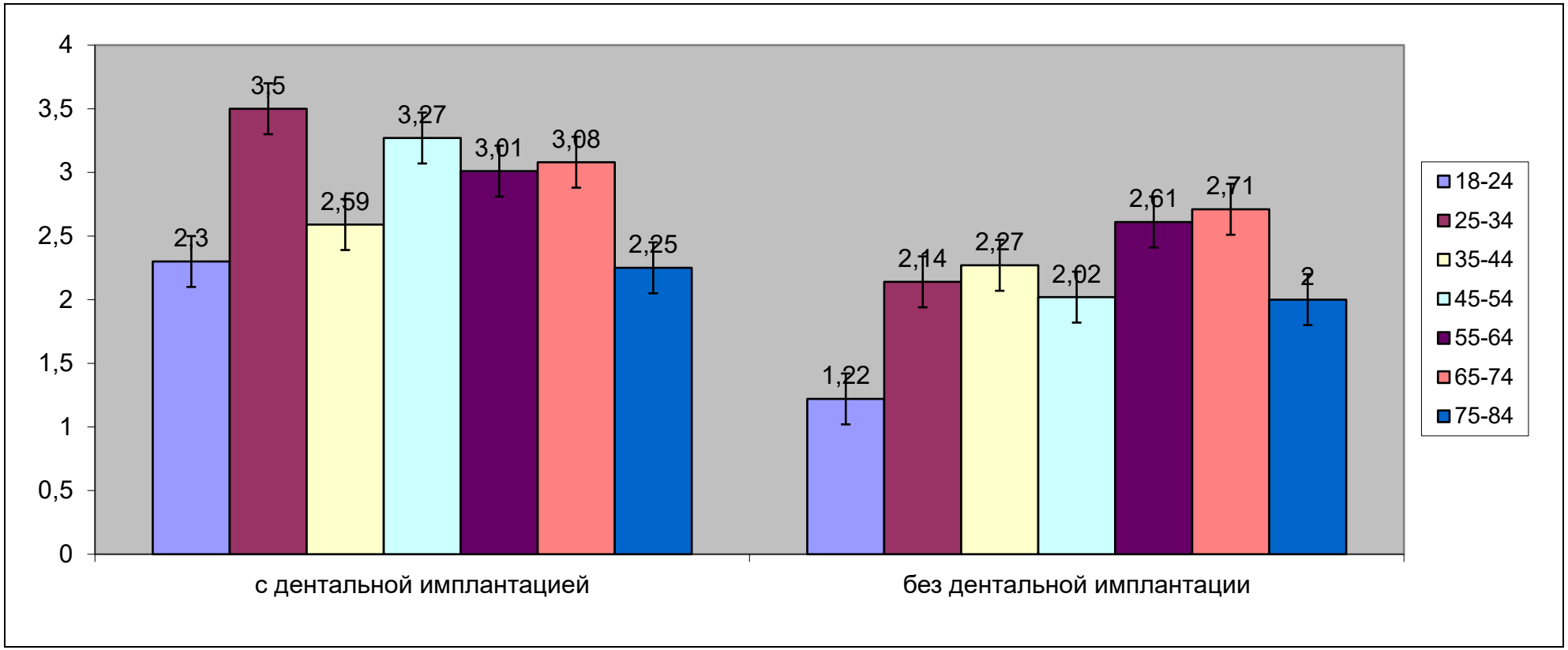


Рис. 10. Среднее количество врачей-специалистов, приходящихся на 1 пациента, при оказании стоматологической помощи в ЧССО на основе и без дентальной имплантации, в разных возрастных подгруппах (абс.)

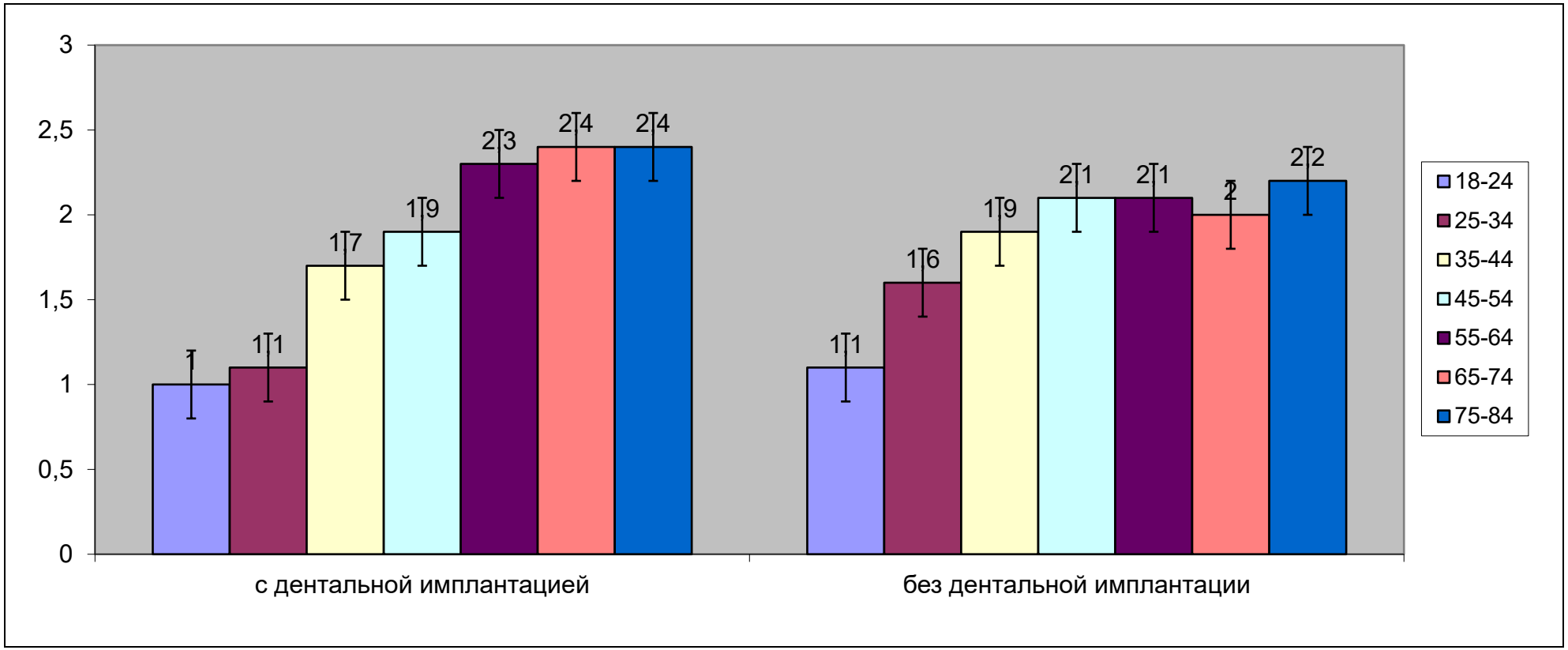


Рис. 11. Среднее количество врачей-специалистов, приходящихся на 1 пациента, при оказании стоматологической помощи в несетевых ЧСМО на основе и без дентальной имплантации, в разных возрастных подгруппах (абс.)

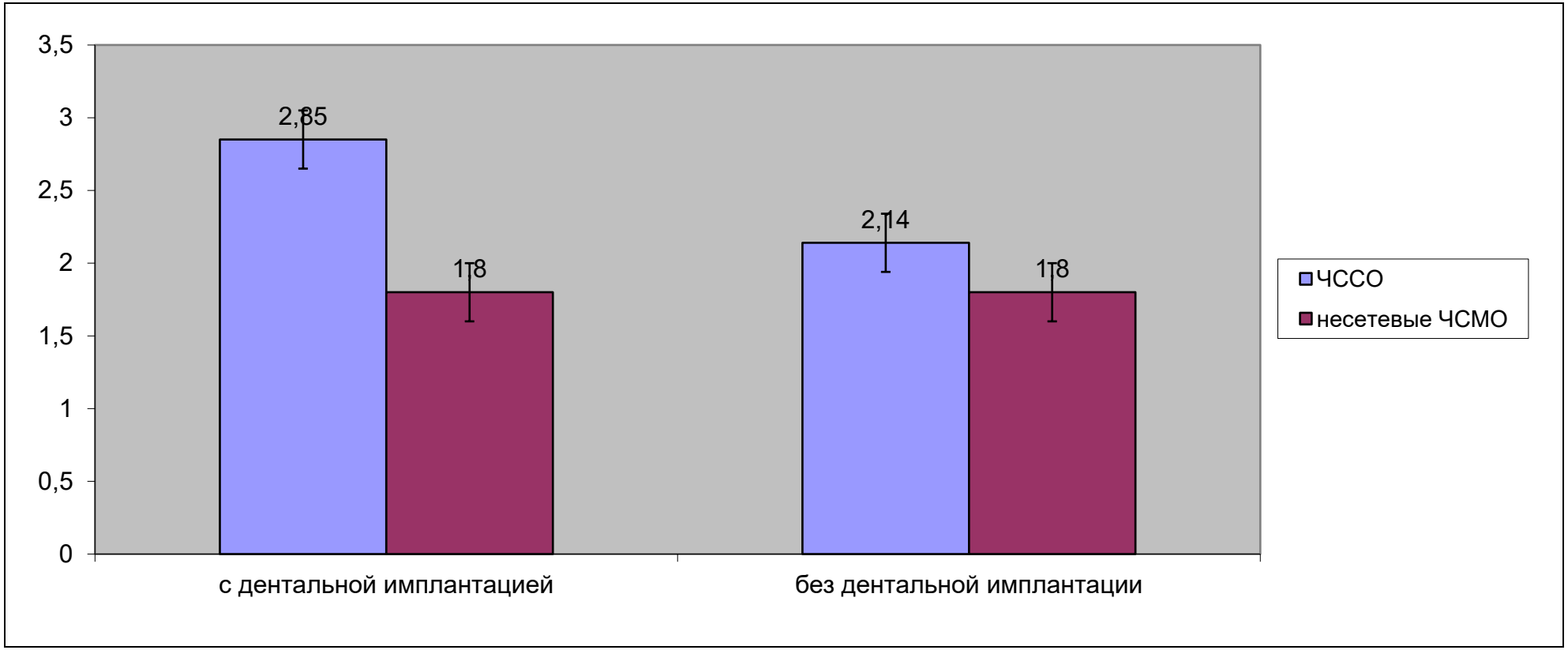


Рис. 12. Среднее количество врачей-специалистов, приходящихся на 1 пациента, при оказании стоматологической помощи в ЧССО и несетевых ЧСМО (абс.)

Для сравнения: подобные показатели у пациентов, получивших стоматологическую помощь на основе и без дентальной имплантации в несетевых ЧСМО, составили по 1,8 врачей, что было существенно меньше показателей в ЧССО. Очевидно, это объясняется комплексным подходом к организации оказания помощи в ЧССО, большей заинтересованностью пациентов и врачей ЧССО в достижении полноценной санации рта и восстановления зубных рядов посредством зубопротезирования.

С увеличением возраста пациентов количество врачей-специалистов на 1 пациента в среднем не претерпевало существенных различий (как в ЧССО), однако также несущественно увеличивалось, отражая увеличение объёма и разнообразия оказываемой стоматологической помощи из-за нарастания количества стоматологических патологий. По всем возрастным подгруппам данной группы пациентов это коррелировало с общим количеством пролеченных зубов ($r=0,270$, $p>0,1$), а также с общим числом посещений стоматологической организации ($r=0,455$, $p<0,001$). Характерно, что не получено никакой корреляции искомого показателя с числом посещений пациентов по поводу дентальной имплантации ($r=0,01$, $p>0,1$), зато имелась существенная корреляция с числом посещений по поводу санации рта ($r=0,478$, $p<0,001$).

У пациентов без дентальной имплантации в несетевых ЧСМО небольшая корреляция получена с общим числом пролеченных зубов ($r=0,201$, $p>0,1$) и более сильная – с числом посещений для санации рта ($r=0,834$, $p<0,005$). Сравнивая обе данные группы пациентов несетевых ЧСМО, получавших стоматологическую помощь на основе и без дентальной имплантации, отметим, что у них имелось равное количество врачей-специалистов на 1 пациента (1,8 и 1,8 врачей соответственно); у них же на одного пациента приходилось существенно больше посещений по поводу санации рта (3,1 и 2,1 посещений, в 2 раза больше).

Также у пациентов, получавших помощь на основе дентальной имплантации, было больше число пролеченных зубов (3,47 зубов и 2,8 зубов)

и удалённых зубов (2,80 и 2,10 зубов), поскольку пациенты второй группы обращались в основном для лечения конкретных видов стоматологической патологии.

Средняя доля санированных от числа нуждающихся в санации у пациентов несетевых ЧСМО была больше у лиц, получивших помощь на основе дентальной имплантации (68,7% против 39,6%), однако данные показатели были всё равно существенно ниже аналогичных значений у пациентов ЧССО (96,3% и 75,2%, $p<0,005$).

Отметим, что у пациентов ЧССО, получавших помощь на основе дентальной имплантации, установлена положительная корреляция количества врачей-специалистов, приходящихся на одного пациента, с общим числом пролеченных зубов ($r=0,294$, $p<0,05$) и сильная связь - с числом посещений по поводу санации рта ($r=0,755$, $p<0,005$). Такие же взаимозависимости получены и для пациентов ЧССО, получавших помощь без дентальной имплантации ($r=0,225$, $p<0,05$; $r=0,942$, $p<0,005$). Полученные корреляции аналогичны взаимосвязям у пациентов несетевых ЧСМО, получавших стоматологическую помощь как на основе, так и без дентальной имплантации.

ГЛАВА 4. ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧАСТНОЙ СЕТЕВОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

4.1. Анализ финансово-экономических показателей оказания стоматологической помощи в частных сетевых стоматологических организациях

Мы проанализировали финансово-экономические показатели оказания стоматологической помощи в ЧССО (Таблица 27). Из её материала явствует, что общая стоимость всего стоматологического лечения для пациентов обнаружила явную взаимосвязь с возрастом обследованных и увеличивалась по мере его увеличения. Так, у пациентов 18-24 лет средняя стоимость всего стоматологического лечения составила 170622,92 руб., у пациентов 25-34 лет – почти в 1,5 раза больше (279881,66 руб.). Существенное увеличение показателя отмечено у лиц 35-44 лет – 333226,53 руб. В следующих возрастных подгруппах 45-54 лет, 55-64 лет, 65-74 лет данный показатель также нарастал (476804,74 руб., 628765,35 руб., 768816,20 руб.), что связано, очевидно, с увеличением объёма стоматологической помощи из-за ухудшения стоматологического здоровья пациентов. У лиц самой старшей возрастной подгруппы 75-84 лет имело место максимальное среднее значение показателя (932850,33 руб.).

Поскольку значительной части пациентов генеральной совокупности оказывалась стоматологическая помощь на основе дентальной имплантации, мы проанализировали показатель стоимости услуг по непосредственно дентальной имплантации (в пересчёте на 1 пациента всей совокупности пациентов ЧССО). У пациентов 18-24 лет и 25-34 лет средняя стоимость дентальной имплантации составила 27678,50 руб. и 41228,00 руб. соответственно. Начиная с возраста 35 лет и старше, имело место увеличение стоимости объёма дентальной имплантации: у пациентов 35-44 лет показатель составил 54650,00 руб., в 45-54 лет – 86701,15 руб., в 55-64 лет – 121152,18

руб.. В более старших возрастных группах значения составили: в 65-74 лет – 151949,89 руб., в 75-84 лет – 200609,26 руб. (максимальный показатель среди всех возрастных групп).

Также мы рассмотрели показатели стоимости стоматологической ортопедической помощи (услуг по зубопротезированию) данной совокупности пациентов ЧССО. У пациентов 18-24 лет стоимость услуг по зубопротезированию составила 84785,25 руб. У пациентов 25-34 лет, 35-44 лет, 45-54 лет и старше данный показатель был более чем в 2-3 раза больше стоимости услуг по непосредственно дентальной имплантации. Абсолютное значение стоимости услуг по зубопротезированию достигало максимума у пациентов 55-64 лет (331296,69 руб.), 65-74 лет (408679,17 руб.), 75-84 лет (478617,98 руб.). В среднем, стоимость услуг по зубопротезированию пациентам ЧССО составила 269539,18 руб. соответственно. Таким образом, имела место нелинейная зависимость данного показателя от возраста: наиболее существенные увеличения значений стоимости услуг по зубопротезированию отмечены в возрастных группах 55-64 лет и 65-74 лет. Более низким темпы прироста значений у отдельных подгрупп пациентов объясняются именно предшествующими периодами подъёма, поскольку данные возрастные периоды характеризуются наибольшей социально-трудовой и профессиональной активностью и, соответственно, наибольшим вниманием людей к своему здоровью.

Достаточно интересная зависимость от возраста пациентов обнаружена для показателя стоимости санации рта. Поскольку данный показатель в широком смысле характеризует уровень стоматологического здоровья (лечение кариеса, замена пломб, эндодонтическое лечение, терапия болезней пародонта и т.д.), то для всей совокупности пациентов ЧССО он обнаружил достаточно сильную зависимость с возрастом. Так, у пациентов 18-24 лет данный показатель составил 58159,17 руб., у лиц 25-34 лет он был почти в 1,5 раза больше – 87867,24 руб.; ещё больше он был у пациентов 35-44 лет (96360,88 руб.), а в дальнейшем также увеличивался (45-54 лет – 138806,74

руб., 55-64 лет – 176316,48 руб., 65-74 лет – 208187,14 руб.). Достаточно большое значение показателя обнаружено у самых старших по возрасту пациентов 75-84 лет (253623,09 руб.), что, очевидно, объясняется большим объёмом стоматологического лечения. Таким образом, значения данного показателя существенно нарастали с возрастом пациентов (что, очевидно, обусловлено увеличивающимся объёмом стоматологического лечения), при этом разница между максимальным и минимальным значениями показателя достигает 4,36 раз.

В целом, для всей совокупности пациентов ЧССО установлено: средняя стоимость услуг по непосредственно дентальной имплантации составила 97708,64 руб., стоимость зубопротезных работ – в 2 раза больше (269539,18 руб.), стоимость сопутствующего стоматологического лечения – 145561,19 руб. Общая стоимость всего стоматологического лечения в пересчёте на 1 пациента составила 512809,01 руб.

В структурном выражении примерно половину стоимости лечения составляет зубопротезирование (52,5%), почти пятую часть (19,0%) – стоимость дентальной имплантации и остальное (28,5%) – стоимость санации рта и сопутствующего стоматологического лечения (табл. 29, рис. 13).

Для сравнения: у пациентов несетевых ЧСМО (табл. 28) средняя стоимость всей оказанной помощи (для всей совокупности, в пересчёте на 1 пациента) составила 549101,40 руб. (больше, чем в ЧССО, на 36292,39 руб.). При этом, для пациентов молодых и средних возрастных подгрупп средняя стоимость оказанной помощи в несетевых ЧСМО была выше по сравнению с ЧССО: у пациентов 18-24 лет – на 45912,68 руб., 25-34 лет – 50598,61 руб., 35-44 лет – на 68118,39 руб., 45-54 лет – на 42634,65 руб. Для пациентов 55-64 лет средняя стоимость была больше в ЧССО – на 55948,36 руб., 65-74 лет – меньше на 71472,03 руб., 75-84 лет – на 42468,64 руб. Подобные различия касались также отдельных аспектов стоимости зубопротезирования, лечения по санации рта, дентальной имплантации (в пересчёте на 1 пациента несетевых ЧСМО и ЧССО).

Таблица 27.

Стоимость стоматологической помощи для всей совокупности пациентов ЧССО, в пересчёте на одного пациента (абс.)

Возрастная подгруппа, лет	Стоимость всего стоматологического лечения, руб.	Стоимость дентальной имплантации, руб.	Стоимость зубопротезирования, руб.	Стоимость санации рта, руб.
18-24	170622,92	27678,50	84785,25	58159,17
25-34	279881,66	41228,00	150786,42	87867,24
35-44	333226,53	54650,00	182215,65	96360,88
45-54	476804,74	86701,15	251296,85	138806,74
55-64	628765,35	121152,18	331296,69	176316,48
65-74	768816,20	151949,89	408679,17	208187,14
75-84	932850,33	200609,26	478617,98	253623,09
Всего	512809,01	97708,64	269539,18	145561,19

Таблица 28.

Стоимость стоматологической помощи для всей совокупности пациентов несетевых ЧСМО, в пересчёте на одного пациента (абс.)

Возрастная подгруппа, лет	Стоимость всего стоматологического лечения, руб.	Стоимость дентальной имплантации, руб.	Стоимость зубопротезирования, руб.	Стоимость санации рта, руб.
18-24	216535,60	48675,00	92964,52	74896,08
25-34	330480,27	53514,60	168113,51	108852,16
35-44	401344,92	68768,22	204618,56	127958,14
45-54	519439,39	86762,18	267248,59	165428,62
55-64	572816,99	124670,15	235921,68	212225,16
65-74	840288,23	126618,24	428552,74	285117,25
75-84	890381,69	147280,29	472926,75	270174,65
Всего	549101,40	91556,98	280765,78	176778,64

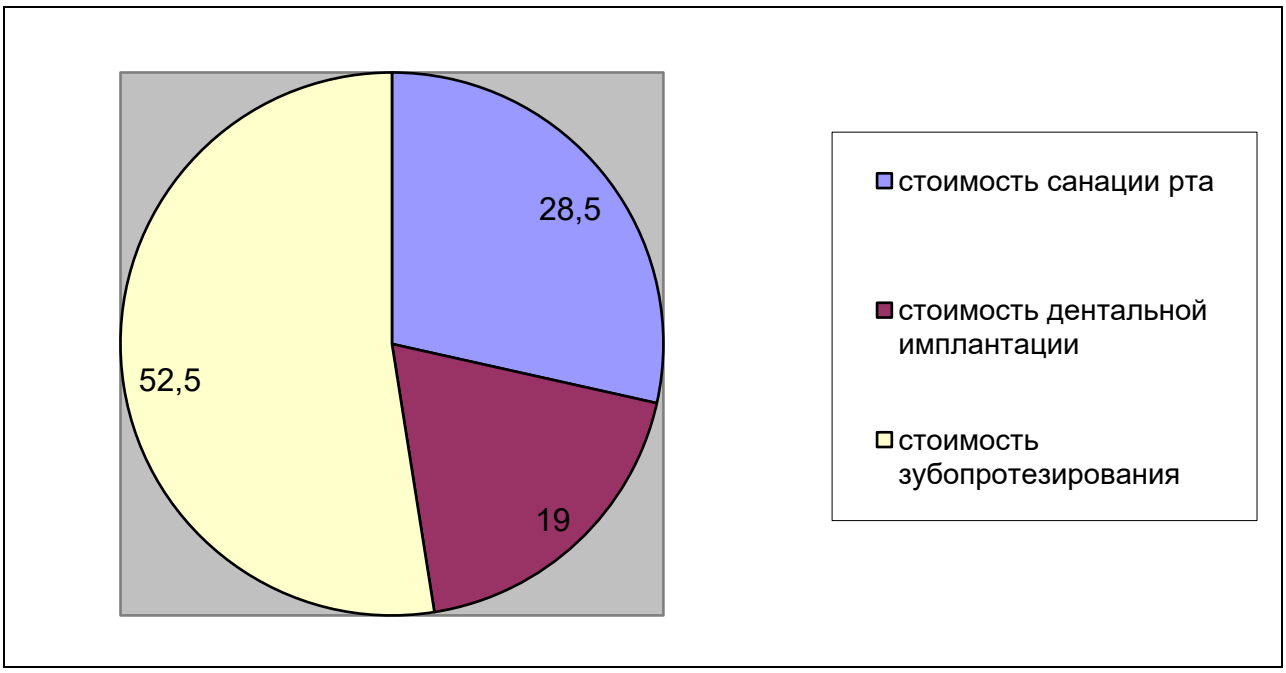


Рис. 13. Структура общей стоимости стоматологической помощи пациентам ЧССО, генеральная совокупность (%)

Таблица 29.

Долевая структура стоимости стоматологической помощи пациентам ЧССО, генеральная совокупность (%)

Возрастная подгруппа, лет	Стоимость дентальной имплантации	Стоимость зубопротезирования	Стоимость санации рта
18-24	16,2	49,7	34,1
25-34	14,7	53,8	31,5
35-44	16,4	54,7	28,9
45-54	18,2	52,7	29,1
55-64	19,2	52,7	28,1
65-74	19,7	53,1	27,2
75-84	21,5	51,3	27,2
Всего	19,0	52,5	28,5

Анализ повозрастной структуры затрат пациентов ЧССО показал (табл. 29), что у лиц в возрасте 18-24 лет доля стоимости стоматологического лечения по санации рта была достаточно большой – 34,1%, при этом доля

стоимости непосредственно дентальной имплантации составила 16,2%. На долю зубопротезных работ приходилось 49,7% от общей суммарной стоимости, что объясняется прежде всего малым объёмом данного вида помощи в молодой возрастной группе.

У пациентов 25-34 лет доля стоимости стоматологического лечения по санации рта была наибольшей среди остальных сравниваемых подгрупп – 31,5%. Это объясняется не большим объёмом оказанной помощи (см. анализ абсолютных показателей), а меньшими долями других видов (стоимость зубопротезирования 53,8% в общей структуре, стоимость дентальной имплантации 14,7% - наименьший показатель по сравнению с другими возрастными подгруппами пациентов).

У пациентов 35-44 лет доля стоимости дентальной имплантации составила чуть больше (16,4%); на зубопротезирование приходилось 54,7% затрат, на сопутствующее стоматологическое лечение – 28,9%.

Очередное перераспределение структуры стоимости мы наблюдаем у пациентов 45-54 лет: доля стоимости выполнения дентальной имплантации составила 18,2%, доля стоимости зубопротезирования 52,7%, а доля стоимости стоматологического лечения по санации рта – 29,1%, что мы связываем прежде всего с резким увеличением объёма терапевтического и хирургического лечения по санации рта.

Результаты такого активного лечения не замедлили сказаться на структуре стоимости стоматологической помощи в следующей возрастной подгруппе пациентов 55-64 лет: там доля стоимости зубопротезирования выросла до 52,7%, доля стоимости стоматологического лечения по санации рта снизилась до 28,1%; доля стоимости выполнения дентальной имплантации составила 19,2%.

У пациентов 65-74 лет структура стоимости стоматологической помощи была почти такой же: доля стоимости дентальной имплантации составила 19,7%, лечения по санации рта – 27,2%, зубопротезных работ – 53,1%.

У пациентов самого пожилого возраста 75-84 лет мы отметили небольшую долю стоимости дентальной имплантации (21,5%), также снизилась доля стоимости зубопротезирования (51,3%), при этом доля стоимости стоматологического лечения по санации рта осталась такой же, как и в предыдущей подгруппе – 27,2%. Таким образом, доля стоимости стоматологического лечения по санации рта, сопутствующего дентальной имплантации, имеет свои максимумы в молодом возрасте 25-34 лет и 35-44 лет; существенный спад значений данной доли у лиц старшего возраста мы объясняем активной санационной работой в предыдущих возрастных периодах и отсутствием пока ещё серьёзных ухудшений стоматологического здоровья. Это же показал и анализ долей стоимости зубопротезирования: максимума данный показатель достигал у пациентов 25-34 лет, 35-44 лет, 65-74 лет, а своих минимумов – у молодых пациентов 18-24 лет и пожилых 75-84 лет. Что же касается долевого показателя стоимости дентальной имплантации в общей структуре стоимости, то он оставался в пределах повозрастных диапазонов: в молодых возрастных подгруппах он был небольшим (порядка 16%), а у пациентов зрелых и пожилых возрастов – держался в среднем на уровне 19-21%. Полученные сведения важны для понимания структуры стоимости оказания стоматологической помощи в условиях ЧССО.

Средняя стоимость санации рта, сопутствующей дентальной имплантации, сильно различались в ЧССО и несетевых ЧСМО. Мы проанализировали показатели стоимости санации рта пациента в пересчёте на 1 пролеченный и удалённый зуб. Средние показатели стоимости были больше в средних возрастных подгруппах пациентов (35-44 лет, 45-54 лет, 55-64 лет) и ниже – у лиц молодого, а также пожилого и старческого возраста, что, очевидно, связывается с разным объёмом стоматологической помощи и изменениями нуждаемости в ней. У пациентов ЧССО, получивших помощь без дентальной имплантации, отмечена такая же тенденция взаимосвязи с возрастом: увеличивалась сумма расходов в пересчёте на 1 пролеченный зуб (возрастная подгруппа пациентов 18-24 лет – 18322,57 руб., 25-34 лет –

59834,56 руб., 35-44 лет – 15348,28 руб., 45-54 лет – 22769,91 руб.), при этом почти в 2 раза большее значение приходилось на пациентов возрастной подгруппы 55-64 лет (51355,05 руб.), что, очевидно, связывается с большим объёмом стоматологической помощи этой категории пациентов. В более старших возрастных подгруппах данный показатель снижался, что свидетельствует о постепенном уменьшении среднего объёма стоматологической помощи. Далее, нами было показано, что средняя сумма расходов пациентов в пересчёте на 1 пролеченный зуб в группе лиц, получавших помощь на основе дентальной имплантации, составила 48612,47 руб., а в группе без дентальной имплантации – почти в 2 раза меньше (25116,43 руб.). Это доказывает, что выбор пациентом вида стоматологической помощи (на основе дентальной имплантации) приводит к расширению объёма стоматологической помощи, включая зубопротезирование и сопутствующее стоматологическое лечение, способствует комплексности оказываемой стоматологической помощи.

Аналогичный анализ был проведён среди групп пациентов несетевых ЧСМО, получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации или без неё. Установлена такая же тенденция увеличения стоимости расходов пациентов с увеличением возраста (от молодых возрастных подгрупп до зрелых и пожилых). Нами отмечено 2 максимума значений расходов пациентов в пересчёте на 1 пролеченный зуб – возрастные подгруппы 45-54 лет и 65-74 лет. В более старших возрастных подгруппах значение искомого показателя снижалось. В целом, среднее значение данного показателя у пациентов, получивших помощь на основе дентальной имплантации, составило 82042,77 руб., а в случае получения помощи без дентальной имплантации – в 3 раза меньше (26651,84 руб.). Это полностью подтвердило вышеописанную тенденцию для пациентов ЧССО – выбор стоматологической помощи на основе дентальной имплантации способствует увеличению объёма сопутствующего стоматологического лечения, его комплексности.

Сравнивая обе группы пациентов (ЧССО и несетевых ЧСМО), отметим ещё тенденции. У лиц, получавших помощь на основе дентальной имплантации, средняя стоимость сопутствующего стоматологического лечения была в 1,6 раз выше, чем у такой же категории пациентов в несетевых частных стоматологических организациях (137773,26 руб. и 82042,77 руб. в пересчёте на 1 пролеченный зуб). С другой стороны, у пациентов ЧССО и несетевых ЧСМО существенных различий по анализируемому показателю не отмечалось: значения составили 29235,96 руб. и 26651,84 руб. соответственно.

Кроме того, установлены корреляции суммы расходов пациентов в пересчёте на 1 пролеченный зуб и с числом зубов, включённых в лечение. Для групп пациентов ЧССО и несетевых ЧСМО, получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, сумма расходов коррелировала с числом зубов, включённых в лечение, взаимосвязью средней силы ($r=0,540$, $r=0,459$, $p<0,001$). Характерно, что подобных взаимозависимостей не было отмечено для групп пациентов ЧССО и несетевых ЧСМО, получавших стоматологическую помощь без дентальной имплантации ($r=-0,303$, $r=-0,079$, $p>0,05$). Наличие или отсутствие такой взаимосвязи свидетельствует об определённой комплексности оказания стоматологической помощи, большем её разнообразии и большем её объёме в случае, когда пациенты выбирают вид её получения на основе дентальной имплантации (по сравнению с видом помощи без дентальной имплантации). Кроме того, полученные сведения о динамике увеличения расходов пациентов на стоматологическое лечение от молодых возрастных групп к средним возрастам пациентов (с максимумом в возрасте 45-54 лет) и последующим снижением показателя у лиц пожилого и старческого возраста позволяет прогнозировать динамику расходов и объём стоматологической помощи тем или иным возрастным категориям населения.

Финансово-экономическая характеристика операций подготовки к дентальной имплантации.

Анализ финансово-экономических показателей эффективности операций подготовки к дентальной имплантации (с учётом архивных данных) приведён

в Таблице 30. Из её данных следует, что операция синус-лифтинга за истекшие 10 лет в ЧССО была проведена 305 пациентам (стоимость одной операции по прейскуранту составила 32000 рублей). При этом себестоимость одной операции составила 17200 рублей (53,7% от заявленной стоимости). Соответственно прибыль ЧССО от 305 операций синус-лифтинга составила 9760000 рублей. Однако, за вычетом затрат по себестоимости данного оперативного вмешательства (5246000 рублей) и расходов на оплату труда врачей стоматологов-хирургов (2928000 рублей), прибыль ЧССО за вычетом расходов составила 1,586 млн рублей. Другими словами, чистая доходность ЧССО от выполнения одной операции синус-лифтинга составила 5200 рублей. Структура финансово-экономической составляющей по данному оперативному вмешательству составила: более половины (53,7%) приходилось на расходы по себестоимости и материально-техническому обеспечению выполнения операции синус-лифтинга, 30,0% составили расходы на оплату труда врачей-стоматологов-хирургов, а оставшиеся 16,3% составил чистый финансовый доход ЧССО (прибыль).

Аналогичный анализ в отношении операции пластики костного ложа позволил установить, что данное оперативное вмешательство было выполнено 522 пациентам. Стоимость его по прейскуранту составила 50000 рублей, себестоимость по материально-техническим затратам – 17200 рублей. Доход от выполнения данных операций в ЧССО составил 26,1 млн рублей, при этом расходы ЧССО по себестоимости составили 8978,4 тысяч рублей, затраты на оплату труда врачей-стоматологов-хирургов – 7,83 млн рублей. Итого чистая прибыль (доход) ЧССО от выполнения данных операций за 5 лет исследования составил 9,291 млн рублей (в пересчёте на 1 год – 1858320 рублей). В совокупности с доходом от операций синус-лифтинга средний ежегодный доход ЧССО составил 2175520 рублей (ежемесячный доход – 181293 рублей). Говоря о структуре финансово-экономических расходов по выполнению операции пластики костного ложа для дентальной имплантации, отметим, что примерно треть расходов (34,4%) приходилась на материально-техническое

обеспечение проведения оперативного вмешательства, 30,0% составили расходы на оплату труда врачей-стоматологов-хирургов. Чистая финансовая прибыль (доход) ЧССО составила 35,6% в общей структуре финансово-экономических затрат (табл. 30, 31, рис. 14).

Отдельно нами рассчитаны показатели оплаты пациентами ортодонтического аппаратурного лечения как завершающего этапа оказания стоматологической помощи на основе дентальной имплантации. Данный вид помощи за 10 лет наблюдения был оказан 1978 пациентам, которым были изготовлены ортодонтические аппараты или миофункциональная аппаратура (средняя стоимость одного изделия составила 105434,93 руб.). Доход ЧССО от данного вида стоматологического лечения составил 28887023,28 руб. (в ежегодном исчислении 5777404,65 руб., в пересчёте на одного пациента ежегодно 14604,16 руб.).

4.2. Расходы стоматологической организации на оказание стоматологической помощи пациентам.

Для обоснования финансово-экономической эффективности деятельности ЧССО мы проанализировали реальные расходы ЧССО по обеспечению стоматологического лечения пациентов, в том числе и на основе дентальной имплантации (табл. 32, рис. 15-17).

Таблица 30.

Количество и стоимость операций подготовки к дентальной имплантации в клиниках ЧССО (с учётом архивных данных за последние 10 лет)

Стоматологическая клиника	Синус-лифтинг, чел.	Доход клиники (стоимость 1 операции 32000 руб)	Пластика костного ложа, чел.	Доход клиники (стоимость 1 операции 50000 руб)
№1 (арх.Власова)	167	5344000	433	21650000
№2 (Новочерёмушкинская ул.)	49	1568000	51	2550000
№3 (Товарищеский пер.)	71	2272000	29	1450000
№4 (ак.Волгина)	18	576000	9	450000
Итого	305	9760000	522	26100000

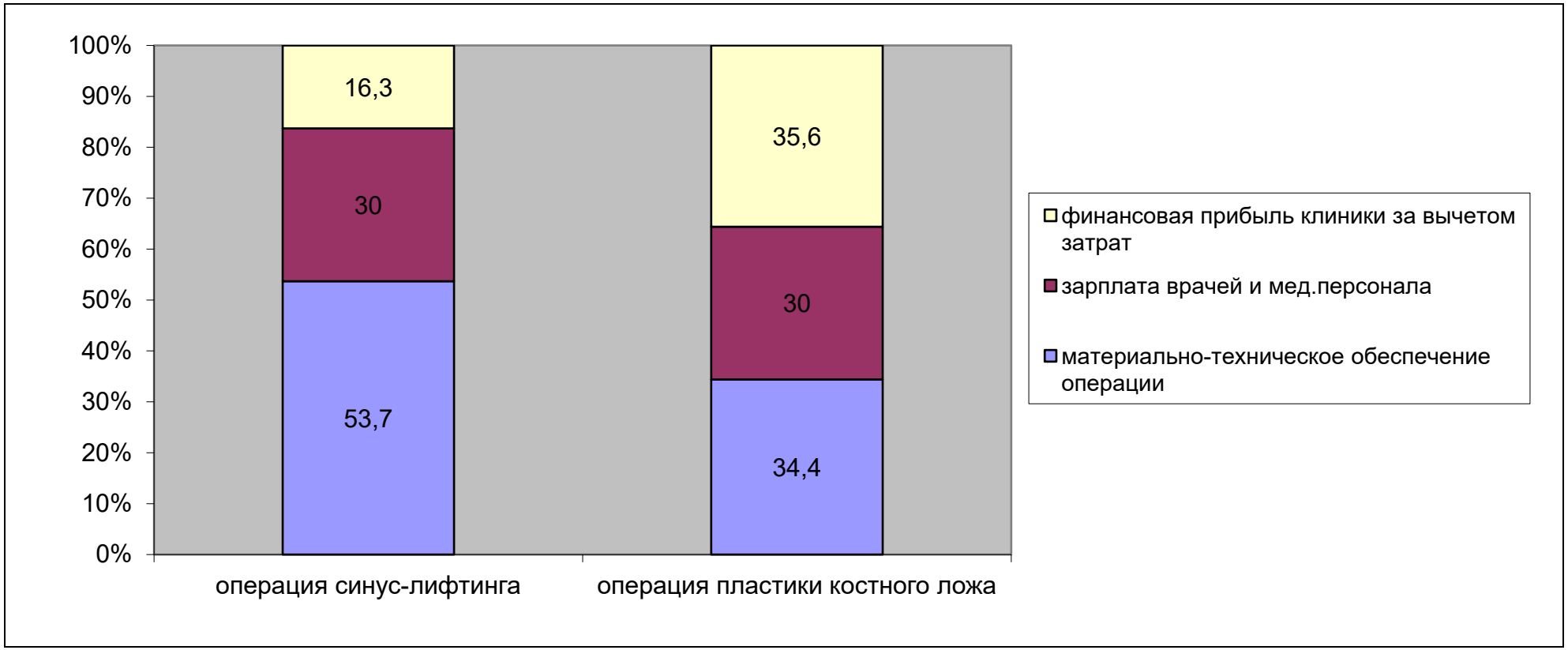


Рис. 14. Финансово-экономическая структура затрат и прибыли клиник ЧССО на выполнение операций подготовки к дентальной имплантации, %

Таблица 31.

Количество и стоимость операций подготовки к дентальной имплантации в ЧССО

Финансово-экономические составляющие	Операция синус-лифтинга, руб.	%	Операция подготовки костного ложа, руб.	%
Затраты клиники на материально-техническое обеспечение операции	5246000,00	53,7	8978400,00	34,4
Затраты клиники на зарплату врачей-стоматологов	2928000,00	30,0	7830000,00	30,0
Финансовая прибыль клиники за вычетом затрат	1586000,00	16,3	9291600,00	35,6
Итого	9760000,00	100,00	26100000,00	100,00

Таблица 32.

Расходы ЧССО на стоматологическую помощь, в пересчёте на 1 пациента генеральной совокупности в зависимости от возраста, руб. (абс.)

Возрастная подгруппа, лет	Общий объём расходов	Расходы на хирургический этап дентальной имплантации	Расходы на зубопротезирование	Расходы на санацию рта
18-24	119117,43	21224,00	59569,98	38323,45
25-34	196765,09	29868,50	106678,75	60217,84
35-44	234300,44	41448,63	126277,58	66574,23
45-54	345376,45	68724,44	178273,42	98378,59
55-64	462271,33	93347,05	241347,64	127576,64
65-74	573327,72	119278,65	298773,38	155275,69
75-84	695254,78	156500,78	347218,17	191535,83
Всего	375201,89	75770,29	194019,85	105411,75

Таблица 33.

Расходы несетевых ЧСМО по оказанию стоматологической помощи, в пересчёте на одного пациента генеральной совокупности (абс.)

Возрастная подгруппа, лет	Общий объём расходов по стоматологической помощи, руб.	Расходы по дентальной имплантации, руб.	Расходы по зубопротезированию, руб.	Расходы по санации рта, руб.
18-24	177275,57	42775,50	75351,92	59148,15
25-34	263767,76	43486,40	135781,08	84500,28
35-44	328293,41	59445,65	165500,18	103347,58
45-54	426186,25	72368,34	218959,27	134858,64
55-64	558440,46	103147,83	287375,04	167917,59
65-74	699525,85	104485,53	367172,18	227868,14
75-84	737557,78	129371,57	391217,94	216968,27
Всего	455863,87	79297,26	234479,66	142086,95

В среднем, сумма расходов на стоматологическое лечение 1 пациента генеральной совокупности составила 375201,89 руб., в том числе расходы на дентальную имплантацию составили 75770,29 руб. на 1 пациента, расходы на зубопротезирование – 194019,85 руб., на стоматологическое лечение по санации рта – 105411,75 руб.

Таблица 34.

Структура расходов ЧССО на стоматологическую помощь пациентам генеральной совокупности (%)

Возрастная подгруппа, лет	Доля расходов по дентальной имплантации	Доля расходов по зубопротезированию	Доля расходов по санации рта
18-24	17,8	50,0	32,2
25-34	15,1	54,2	30,7
35-44	17,7	53,9	28,4
45-54	19,9	51,6	28,5
55-64	20,2	52,2	27,6
65-74	20,8	52,1	27,1
75-84	22,5	49,9	27,6
Всего	20,2	51,7	28,1

У пациентов 18-24 лет средние расходы ЧССО непосредственно на выполнение дентальной имплантации составили 21224,00 руб. на одного пациента; немного больше данный показатель был у пациентов 25-34 лет (29868,50 руб.). Существенное увеличение анализируемого показателя мы наблюдали у пациентов 35-44 лет – почти в 2,0 раза (41448,63 руб.). Ещё больше данные расходы были у пациентов 45-54 лет (68724,44 руб.). У пациентов 55-64 лет значение составило 93347,05 руб., 65-74 лет – 119278,65 руб., 75-84 лет – 156500,78 руб. Эта установленная закономерность позволяет на основе прогноза осуществлять в деятельности ЧССО планирование

лечебных мероприятий и их финансирование, результатом чего будет более эффективное распределение ресурсов.

Анализ расходов ЧССО на зубопротезную помощь в целом подтвердил вышеозначенные тенденции, но обнаружил также другие интересные закономерности. Так, минимальное значение показателя отмечено у пациентов 18-24 лет (59569,98 руб. на одного пациента), что, очевидно, связано с небольшим объёмом помощи в данной категории пациентов. При этом данный показатель был в 2 раза больше стоимости расходов в данной группе пациентов на непосредственно дентальную имплантацию. У пациентов 25-34 лет стоимость расходов на зубопротезирование выросла до 106678,75 руб. на одного пациента, что было более чем в 3 раза больше стоимости расходов на дентальную имплантацию.

Таблица 35.

Структура расходов в несетевых ЧСМО на стоматологическую помощь пациентам генеральной совокупности (%)

Возрастная подгруппа, лет	Доля расходов по дентальной имплантации	Доля расходов по зубопротезированию	Доля расходов по санации рта
18-24	24,1	42,5	33,4
25-34	16,5	51,5	32,0
35-44	18,1	50,4	31,5
45-54	16,9	51,3	31,8
55-64	18,5	51,4	30,1
65-74	14,9	52,5	32,6
75-84	17,5	53,0	29,5
Всего	17,4	51,4	31,2

Существенное увеличение стоимости расходов на зубопротезирование мы отметили в следующей возрастной подгруппе 35-44 лет – 126277,58 руб., причём эта сумма также была в 3 раза больше стоимости расходов на

дентальную имплантацию (41448,63 руб.). Это свидетельствует о возросшем объёме стоматологической помощи данной категории пациентов. У пациентов 45-54 лет объём расходов на зубопротезную помощь составил 178273,42 руб. в пересчёте на одного пациента, что было почти в 3 раза больше расходов на дентальную имплантацию (68724,44 руб.). Значительное увеличение расходов на зубопротезную помощь мы отметили в следующей возрастной подгруппе 55-64 лет – 241347,64 руб. (в 2,6 раз больше, чем расходы на дентальную имплантацию, $p<0,001$) и в 1,3 раза больше, чем в предыдущей подгруппе.

У пациентов старших возрастов мы отметили дальнейшее увеличение анализируемых показателей: в возрастной подгруппе 65-74 лет средняя величина расходов ЧССО на зубопротезирование составила 298773,38 руб. на 1 пациента, в возрасте 75-84 лет – 347218,17 руб., $p<0,05$.

Анализ стоимости расходов на сопутствующее имплантации и зубопротезированию стоматологическое лечение по санации рта показал, что у пациентов 18-24 лет затраты ЧССО на это составили 38323,45 руб. в среднем на 1 пациента (минимальный показатель среди всех сравниваемых подгрупп). У пациентов 25-34 лет данная стоимость расходов выросла, составив 60217,84 руб., и также была больше стоимости расходов по дентальной имплантации почти в 2 раза. Анализируемый показатель был больше у пациентов 35-44 лет (66574,23 руб.), однако здесь уже он был в 2 раза меньше расходов на зубопротезные работы и практически сравним со стоимостью расходов на дентальную имплантацию.

Небольшой рост стоимости расходов на стоматологическое лечение по санации рта мы наблюдали у пациентов 45-54 лет (до 98378,59 руб. в пересчёте на одного пациента), и в дальнейшем также отмечен рост значений: 55-64 лет – 127576,64 руб., 65-74 лет – 155275,69 руб., 75-84 лет – 191535,83 руб. ($p<0,05$).

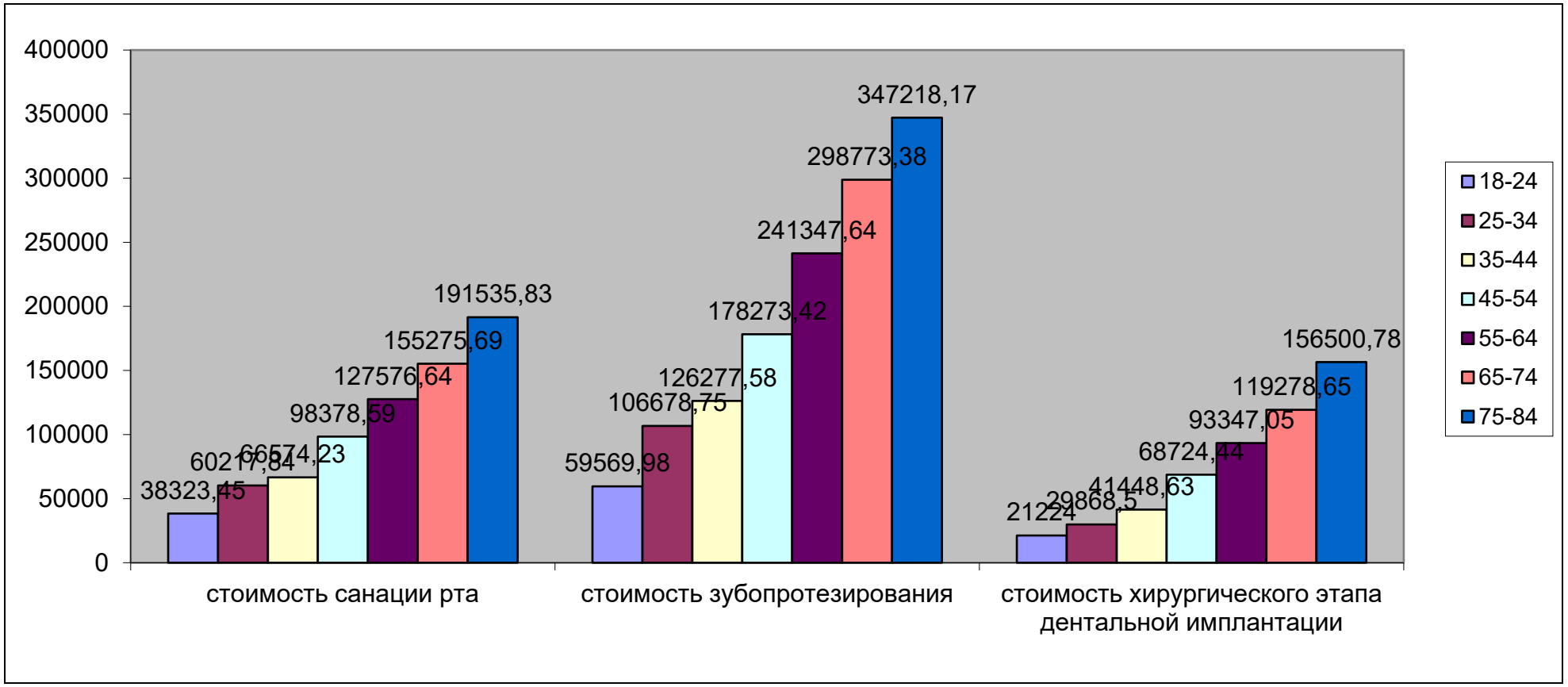


Рис. 15. Расходы ЧССО на разных этапах оказания стоматологической помощи, в пересчёте на 1 пациента генеральной совокупности, руб.

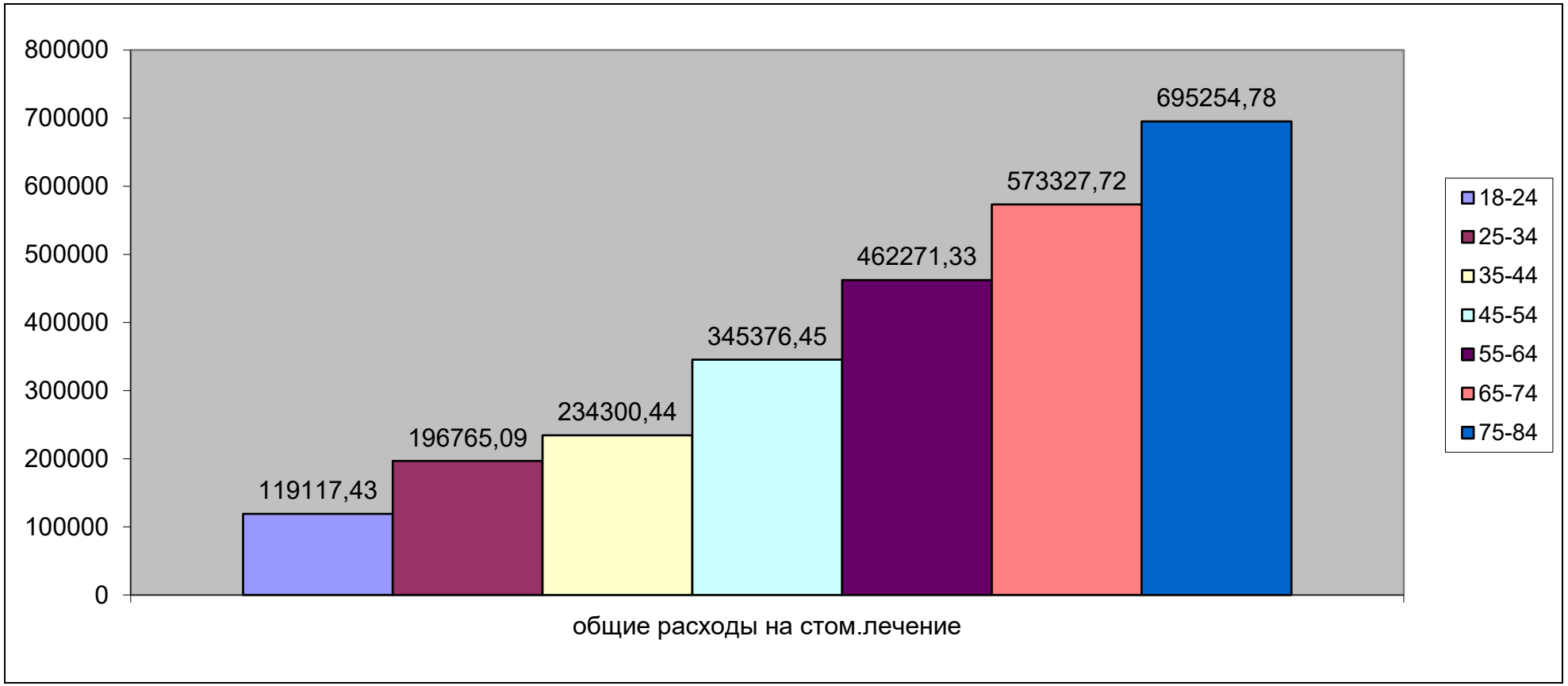


Рис. 16. Итоговые расходы ЧССО на оказание стоматологической помощи, руб. (в пересчёте в пересчёте на 1 пациента разных возрастных периодов)

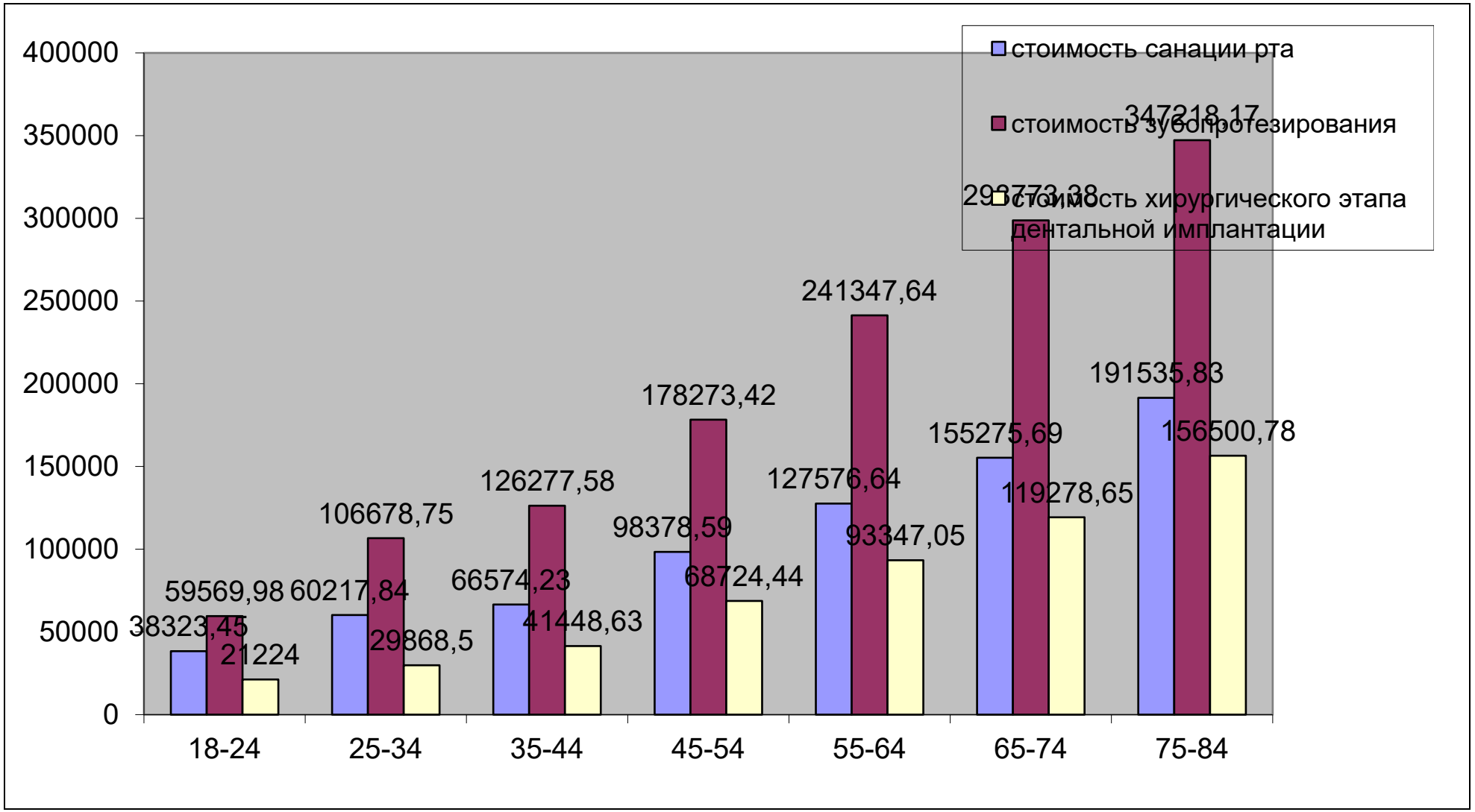


Рис. 17. Затраты пациентов на получение стоматологической помощи в ЧССО, в зависимости от возраста (в абсолютном выражении, руб.)

При этом стоимость расходов на стоматологическое лечение по санации рта была больше стоимости расходов на дентальную имплантацию и меньше более чем в 2 раза – стоимости расходов на зубопротезирование.

Анализ структуры расходов ЧССО на оказание стоматологической помощи по всей совокупности пациентов показал (табл. 34), что более половины затрат (52,1%) приходилось на затраты на оказание зубопротезирования, на втором месте (27,9%) – расходы на оказание дентальной имплантации и около пятой части (20,0%) приходилось на расходы по санации рта.

Анализ повозрастных различий структуры расходов показал увеличение доли по дентальной имплантации с увеличением возраста пациентов (от 22,0% до 34,8%), при этом доля расходов по стоматологическому лечению снижалась (от 33,6% до 12,3%), а доля расходов за зубопротезирование в среднем-зрелом и пожилом возрасте оставалась мало изменяющейся.

У пациентов несетевых ЧСМО (генеральная совокупность) средний объём расходов по оказанию стоматологической помощи в пересчёте на 1 пациента составил 455863,87 руб. (больше на 21,5% по сравнению с ЧССО), в том числе расходы на выполнение дентальной имплантации составили 79297,26 руб. (больше на 4,6%), на зубопротезирование – 234479,66 руб. (больше на 20,8%), на санацию рта – 142086,95 руб. (больше на 34,8%). Данные различия в стоимости средних расходов мы объясняем прежде всего более дешёвыми ценами при закупках ЧССО (во-первых, за счёт массовости и большего объёма закупок по сравнению с ЧСМО, во-вторых, вследствие дисконтирования торгово-закупочных цен на материальное обеспечение деятельности клиник; в структуре ЧССО имеется собственный торговый дом, отпускающий материалы и инструменты по сниженным ценам собственным клиникам сети). При этом подобные различия были минимальны в отношении дентальной имплантации, а максимальными – в отношении расходов на санацию рта (табл. 33).

Анализ структуры расходов несетевых ЧСМО на оказание стоматологической помощи по всей совокупности пациентов показал, что около половины затрат (51,4%) приходилось на затраты на оказание зубопротезирования, на втором месте (31,2%) – расходы на проведение санации рта и менее всего (17,4%) приходилось на расходы по зубопротезированию (табл. 35).

Повозрастные показатели и различия структуры расходов менялись несильно; в среднем доля расходов по санации рта снижалась (от 33,4% до 29,5%), а доля расходов за зубопротезирование и на дентальную имплантацию в среднем, зрелом и пожилом возрасте оставалась мало изменяющейся.

4.3.Финансово-экономический анализ стоимости разных этапов стоматологического лечения у двух групп пациентов (на основе и без дентальной имплантации).

При анализе затрат пациентов на разных этапах стоматологического лечения нами установлены существенно большие затраты (в 2,1 раз, $p<0,001$) на стоматологическую помощь у пациентов, получивших дентальную имплантацию по сравнению с теми, кто её не получал (694703,00 руб. и 330903,01 руб. соответственно), табл. 36, 37, рис. 18-20. Очевидно, это связано с наличием такого дорогостоящего этапа стоматологического лечения, как выполнение дентальной имплантации и зубопротезирования на её основе. При этом стоимость самого стоматологического лечения (терапевтической, хирургической санации рта) в данных группах пациентов также существенно различалась – она составила в среднем 174535,06 руб. и 116581,04 руб. соответственно (разница 1,5 раза, $p<0,05$). Различалась также стоимость зубопротезирования для данных групп пациентов (324751,42 руб. и 214321,96 руб. соответственно, разница 1,5 раза, $p<0,05$).

Более детальный анализ повозрастных показателей продемонстрировал, что в группе пациентов, получивших стоматологическую помощь на основе

дентальной имплантации, стоимость дентальной имплантации прогрессивно увеличивалась с возрастом пациентов (от 55355,00 руб. на 1 пациента у молодых лиц 18-24 лет до 401218,62 руб. на 1 пациента у лиц возраста 75-84 лет), при этом наиболее значительная динамика роста отмечена у лиц средних-зрелых возрастов: в 35-44 лет стоимость дентальной имплантации на 1 пациента составила 109300,05 руб., в 45-54 лет – уже 173400,65 руб., в 55-64 лет – 242300,55 руб., а в 65-74 лет – 303900,78 руб., что мы связываем прежде всего с неуклонным увеличением объёма дентальной имплантации.

Стоимость зубопротезирования у пациентов данной группы также показала неуклонный рост с увеличением возраста (от 87710,18 руб. у пациентов возраста 18-24 лет до 592436,15 руб. у пациентов 75-84 лет). Примерно такими же темпами увеличивалась средняя стоимость стоматологического терапевтического и хирургического лечения (от 42094,35 руб. до 308355,37 руб. на 1 пациента), что мы также связываем со значительным увеличением объёма стоматологической помощи.

При этом пересчёт стоимостных показателей (в части дентальной имплантации – затраченная стоимость на 1 установленный имплантат, в части стоматологического лечения – затраченная стоимость на 1 пролеченный и удалённый зуб) показал определённые различия у пациентов разных возрастных групп. Так, у пациентов молодых возрастов 18-24 лет и 25-34 лет средняя стоимость 1 установленного дентального имплантата составила 51254,63 руб. и 52177,21 руб., существенное увеличение значений мы отметили у лиц средних и зрелых возрастов 35-44 лет и 45-54 лет (64674,58 руб. и 66183,45 руб.). У пациентов более старших возрастов отмечено снижение данного показателя (55-64 лет – 62288,06 руб., 65-74 лет - 51771,85 руб., 75-84 лет – 50658,92 руб.), что мы связываем с активным применением дисконтных программ данным пациентам в качестве меры социальной поддержки (подробнее о дисконтировании в ЧССО изложено в разделе 4.6.).

Средняя стоимость стоматологического лечения в пересчёте на 1 пролеченный и удалённый зуб у пациентов ЧССО, получивших помощь на

основе дентальной имплантации, составила: 18-24 лет – 22038,93 руб., 25-34 лет – 17404,33 руб., 35-44 лет – 16679,05 руб., 45-54 лет – 14490,31 руб., 55-64 лет – 18381,64 руб., 65-74 лет – 20927,79 руб., 75-84 лет – 28083,36 руб. Снижение значений данного показателя мы также связываем с работой ряда дисконтных программ на отдельные стоматологические манипуляции для этих категорий пациентов.

В структурном выражении стоимость стоматологической помощи представлена на 28,1% стоимостью дентальной имплантации, 25,2% стоимостью терапевтического и хирургического стоматологического лечения и больше всего (46,7%) занимала стоимость зубопротезирования. При этом в общей долевой структуре стоимости доля дентальной имплантации колебалась в пределах 25,4-30,8% (больше всего данная доля булла у самых молодых, 18-24 лет, 29,9%, и самых пожилых, 75-84 лет, 30,8% пациентов), меньше всего – у лиц молодого-среднего возраста (25-34 лет – 26,0%, 35-44 лет – 25,4%). Доля стоимости зубопротезирования в общей структуре стоимости также обнаружила небольшие колебания в диапазоне 45,1%-47,8%, а доля стоимости стоматологического лечения последовательно уменьшалась от своего максимального значения 28,9% у пациентов 25-34 лет до 23,7% у лиц в возрасте 75-84 лет.

Аналогичный анализ у пациентов ЧССО, получивших стоматологическую помощь без дентальной имплантации, продемонстрировал, что стоимость зубопротезирования у них составила 214321,96 руб. на 1 пациента (меньше в 1,5 раза аналогичного значения предыдущей группы, $p<0,05$), стоимость стоматологического лечения – 116581,04 руб. (меньше в 1,5 раза, $p<0,05$). Данные различия, на наш взгляд, обусловлены меньшим объёмом стоматологической помощи как в части зубопротезирования, так и особенно в части санации рта (см. таблицы по объёму помощи). Средняя стоимость всей стоматологической помощи у данных пациентов составила 330903,01 руб. на 1 пациента (меньше в 2 раза,

$p<0,05$); помимо вышесказанного, данное различие объясняется также отсутствием расходов на дентальную имплантацию.

Тем не менее, у пациентов ЧССО, получивших помощь без дентальной имплантации, стоимость зубопротезирования в пересчёте на 1 пациента, последовательно увеличивалась с возрастом: если у лиц 25-34 лет она составила 158368,21 руб., то в 55-64 лет – уже 248379,84 руб., в 65-74 лет – 291358,82 руб., а в 75-84 лет – 364800,24 руб.

Таблица 38.

Показатели стоимости стоматологической помощи пациентам ЧССО на основе дентальной имплантации

Возрастная подгруппа, лет	Средняя стоимость 1 установленного дентального имплантата, руб.	Средняя стоимость лечения по санации рта (на 1 пролеченный и удалённый зуб), руб.
18-24	51254,63	22038,93
25-34	52177,21	17404,33
35-44	64674,58	16679,05
45-54	66183,45	14490,31
55-64	62288,06	18381,64
65-74	51771,85	20927,79
75-84	50658,92	28083,36
Всего	57001,24	19715,06

Стоимость стоматологического лечения в данной группе пациентов также возрастала: у самых молодых пациентов 18-24 лет она составила 73412,81 руб., в 25-34 лет – 84184,17 руб.

Таблица 36.

Стоимость стоматологической помощи на основе дентальной имплантации для пациентов ЧССО, в пересчёте на одного пациента (абс.)

Возрастная подгруппа, лет	Стоимость всего стоматологического лечения, руб.	Стоимость дентальной имплантации, руб.	Стоимость зубопротезирования, руб.	Стоимость лечения по санации рта, руб.
18-24	185159,53	55355,00	87710,18	42094,35
25-34	317187,43	82440,00	143200,63	91546,80
35-44	429926,35	109300,05	206875,19	113751,11
45-54	653098,98	173400,65	304800,27	174898,06
55-64	875650,42	242300,55	412218,69	221131,18
65-74	1099888,17	303900,78	526018,82	269968,57
75-84	1302010,14	401218,62	592436,15	308355,37
Всего	694703,00	195416,52	324751,42	174535,06

Таблица 37.

Стоимость стоматологической помощи без дентальной имплантации для пациентов ЧССО, в пересчёте на одного пациента (абс.)

Возрастная подгруппа, лет	Стоимость всего стоматологического лечения, руб.	Стоимость зубопротезирования, руб.	Стоимость лечения по санации рта, руб.	Средняя стоимость стоматологического лечения, в пересчёте на 1 пролеченный и удалённый зуб, руб.
18-24	155236,97	81824,16	73412,81	23758,19
25-34	242552,38	158368,21	84184,17	18143,14
35-44	236136,76	157164,79	78971,97	15986,23
45-54	301071,56	198357,69	102713,87	15899,98
55-64	379880,20	248379,84	131500,36	17915,58
65-74	437754,97	291358,82	146396,15	19237,34
75-84	563688,21	364800,24	198887,97	26273,18
Всего	330903,01	214321,96	116581,04	19601,95

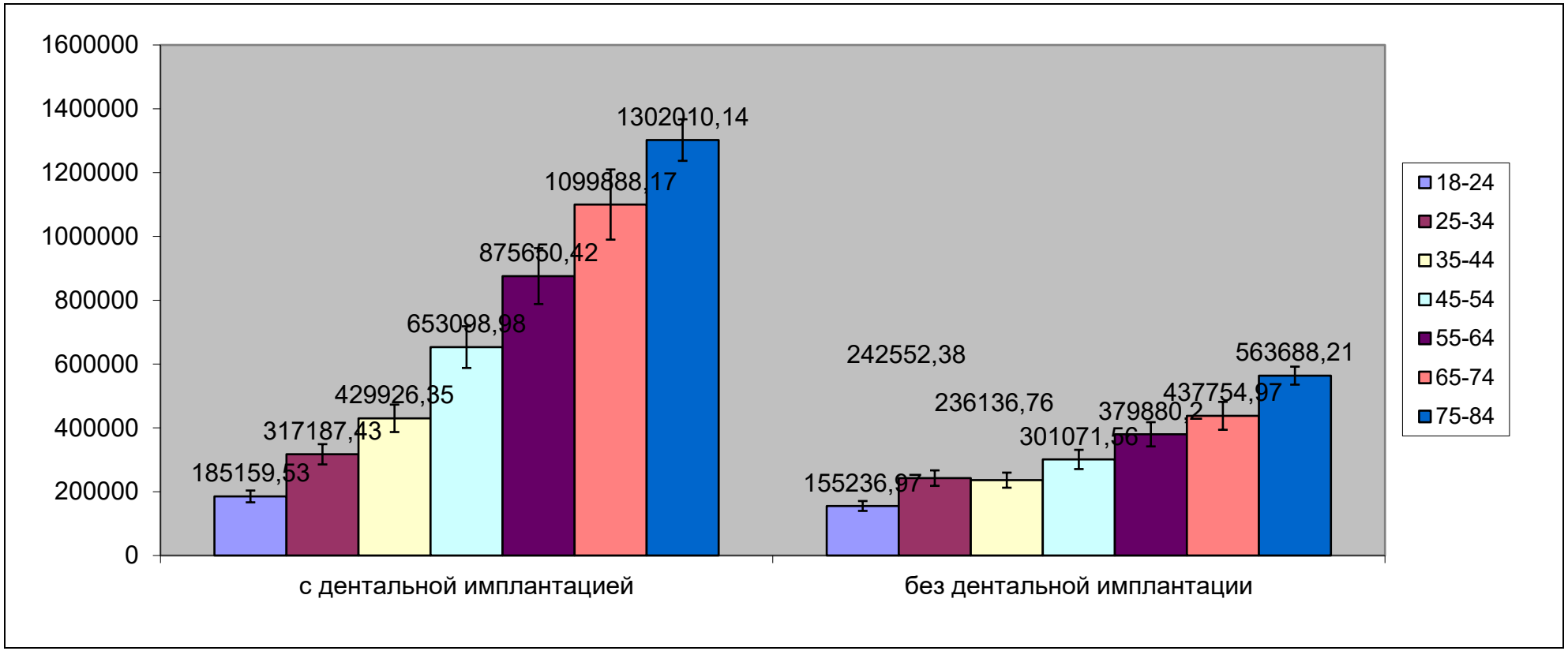


Рис. 18. Общая стоимость полученной стоматологической помощи у обеих групп пациентов ЧССО - получавших стоматологическую помощь на основе или без дентальной имплантации (повозрастные показатели, руб.)

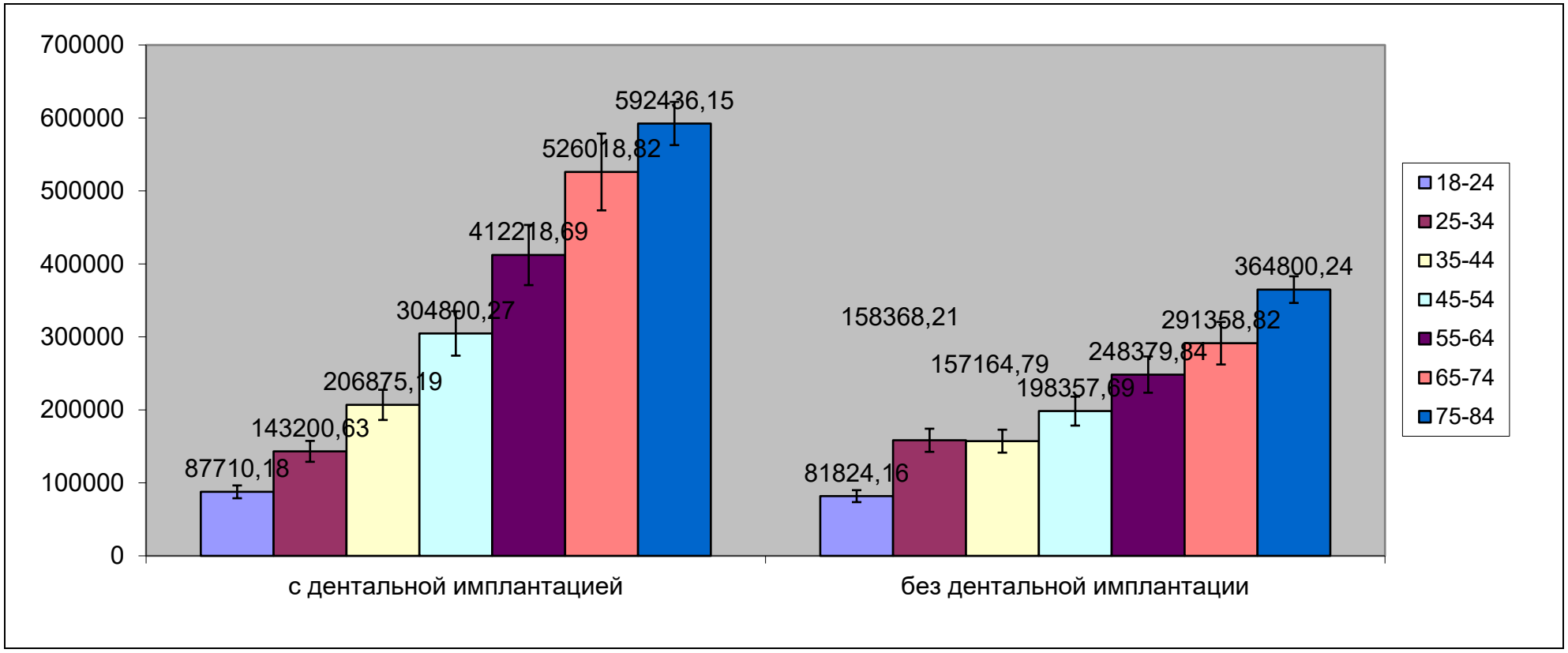


Рис. 19. Стоимость зубного протезирования (ортопедического стоматологического лечения) у обеих групп пациентов ЧССО - получавших стоматологическую помощь на основе или без дентальной имплантации (повозрастные показатели, руб.)

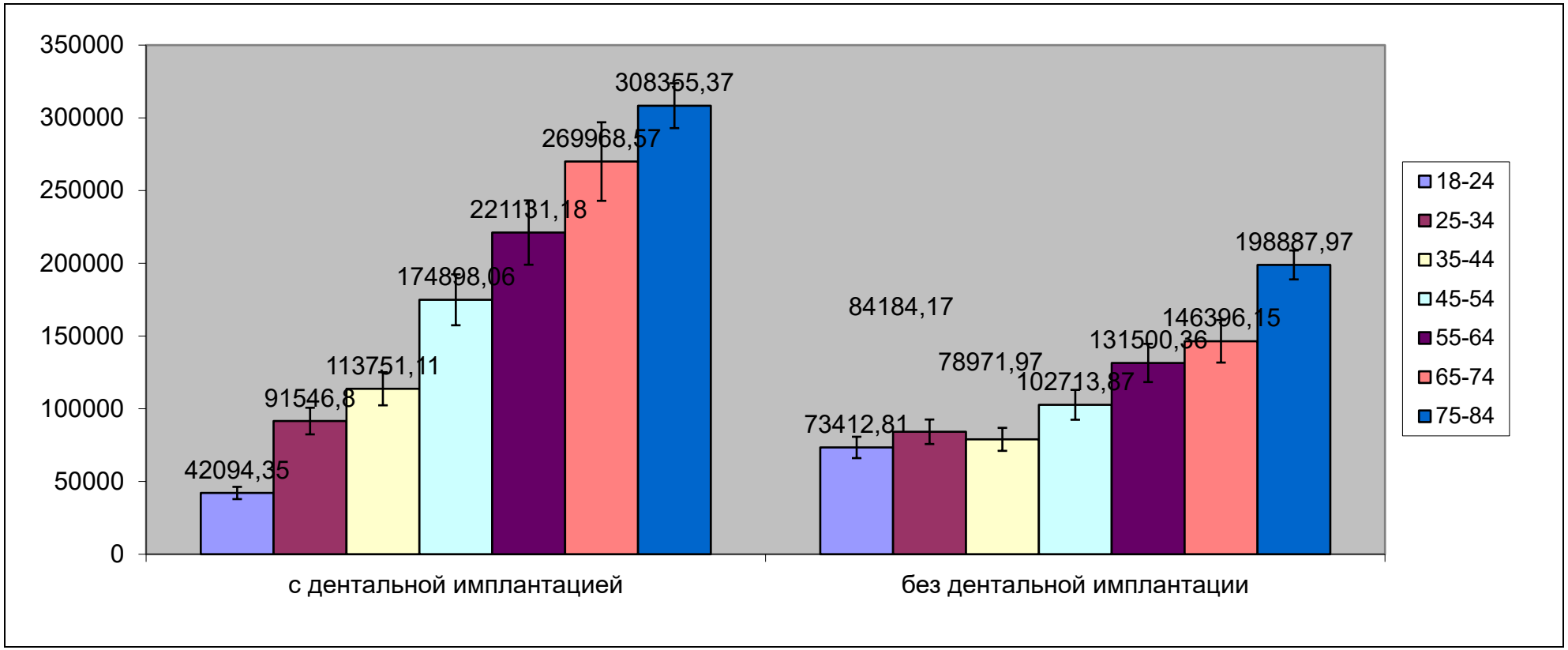


Рис. 20. Стоимость лечения по санации рта у обеих групп пациентов ЧССО - получавших стоматологическую помощь на основе и без дентальной имплантации (повозрастные показатели, руб.)

Существенный подъём стоимости наблюдался у пациентов средних и пожилых возрастов, что мы связываем с увеличением объёма стоматологической помощи: 45-54 лет – 102713,87 руб. на 1 пациента, 55-64 лет – уже 131500,36 руб. на 1 пациента, 65-74 лет – 146396,15 руб. Максимальное значение данного показателя отмечено у самых пожилых пациентов 75-84 лет – 198887,97 руб. на 1 пациента. При этом средняя стоимость стоматологического лечения по санации рта, в пересчёте на 1 пролеченный и удалённый зуб, составила 19601,95 руб., что почти не отличалось от аналогичного значения у пациентов с дентальной имплантацией (19715,06 руб., $p>0,1$), таблица 38. Стоит отметить, что самая большая величина данного показателя имела место у самых молодых и самых пожилых пациентов (23758,19 руб. и 26273,18 руб.), а у подавляющего большинства пациентов среднего и пожилого возраста держалась в пределах 18-19 тысяч рублей ($p>0,05$).

Анализ долевой структуры стоимости всей стоматологической помощи у пациентов без дентальной имплантации показал (табл. 39, 40), что на зубопротезирование приходилось около 2/3 всех расходов пациентов (64,7%), соответственно на стоматологическое терапевтическое и хирургическое лечение – 35,3%. Данные показатели мало изменялись у пациентов разных возрастных подгрупп, и практически не показали значимой зависимости от возраста ($p>0,1$).

Таким образом, в группе пациентов ЧССО, получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, стоимость затрат пациентов на сопутствующее стоматологическое лечение была существенно выше, чем у пациентов ЧССО без дентальной имплантации ($p<0,001$) и также, как и в предыдущей группе, была подвержена повозрастным различиям (рис. 21-24).

В разных возрастных подгруппах эти показатели были в 1,5-2,5 раз больше, чем у пациентов без дентальной имплантации ($p<0,001$).

Таблица 39.

Структура стоимости стоматологической помощи на основе дентальной имплантации пациентам ЧССО (%)

Возрастная подгруппа, лет	Стоимость дентальной имплантации.	Стоимость зубопротезирования	Стоимость стоматологического лечения по санации рта	Общая стоимость оказания стоматологической помощи
18-24	29,9	47,4	22,7	100,0
25-34	26,0	45,1	28,9	100,0
35-44	25,4	48,1	26,5	100,0
45-54	26,5	46,6	26,9	100,0
55-64	27,7	47,1	25,2	100,0
65-74	27,6	47,8	24,6	100,0
75-84	30,8	45,5	23,7	100,0
Всего	28,1	46,7	25,2	100,0

Таблица 40.

Структура стоимости стоматологической помощи без дентальной имплантации пациентам ЧССО (%)

Возрастная подгруппа, лет	Стоимость зубопротезирования	Стоимость стоматологического лечения по санации рта	Общая стоимость оказания стоматологической помощи
18-24	52,7	47,3	100,0
25-34	65,3	34,7	100,0
35-44	66,5	33,5	100,0
45-54	65,8	34,2	100,0
55-64	65,4	34,6	100,0
65-74	66,5	33,5	100,0
75-84	64,7	35,3	100,0
Всего	64,7	35,3	100,0

Таблица 41.

Средняя стоимость стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в несетевых ЧСМО, в пересчёте на 1 пациента, руб. (абс.)

Возрастная подгруппа, лет	Общая стоимость лечения	Стоимость хирургического этапа дентальной имплантации	Стоимость ортопедического этапа дентальной имплантации	Стоимость лечения по санации рта
18-24	243480,00	98300,00	93380,00	51800,00
25-34	389513,00	102100,00	168713,00	118700,00
35-44	512535,17	138918,17	234312,00	139305,00
45-54	656592,00	171300,00	306380,00	178912,00
55-64	904888,18	245618,18	420920,00	238350,00
65-74	1085536,65	250128,00	536791,15	298617,50
75-84	1205687,03	289376,15	596970,38	319340,50
Всего	714033,15	185105,79	336780,93	192146,43

Таблица 42.

Средняя стоимость стоматологической помощи без дентальной имплантации в несетевых ЧСМО, в пересчёте на 1 пациента, руб. (абс.)

Возрастная подгруппа, лет	Общая стоимость лечения	Стоимость зубопротезирования	Стоимость санирующего стоматологического лечения по санации рта
18-24	182245,94	92369,79	89876,15
25-34	258516,77	165514,58	93002,19
35-44	285541,28	170919,23	114622,05
45-54	380036,97	226118,24	153918,73
55-64	431004,24	248921,09	182083,15
65-74	589932,03	320313,39	269618,64
75-84	567435,77	348827,18	218608,59
Всего	384959,00	224711,93	160247,07

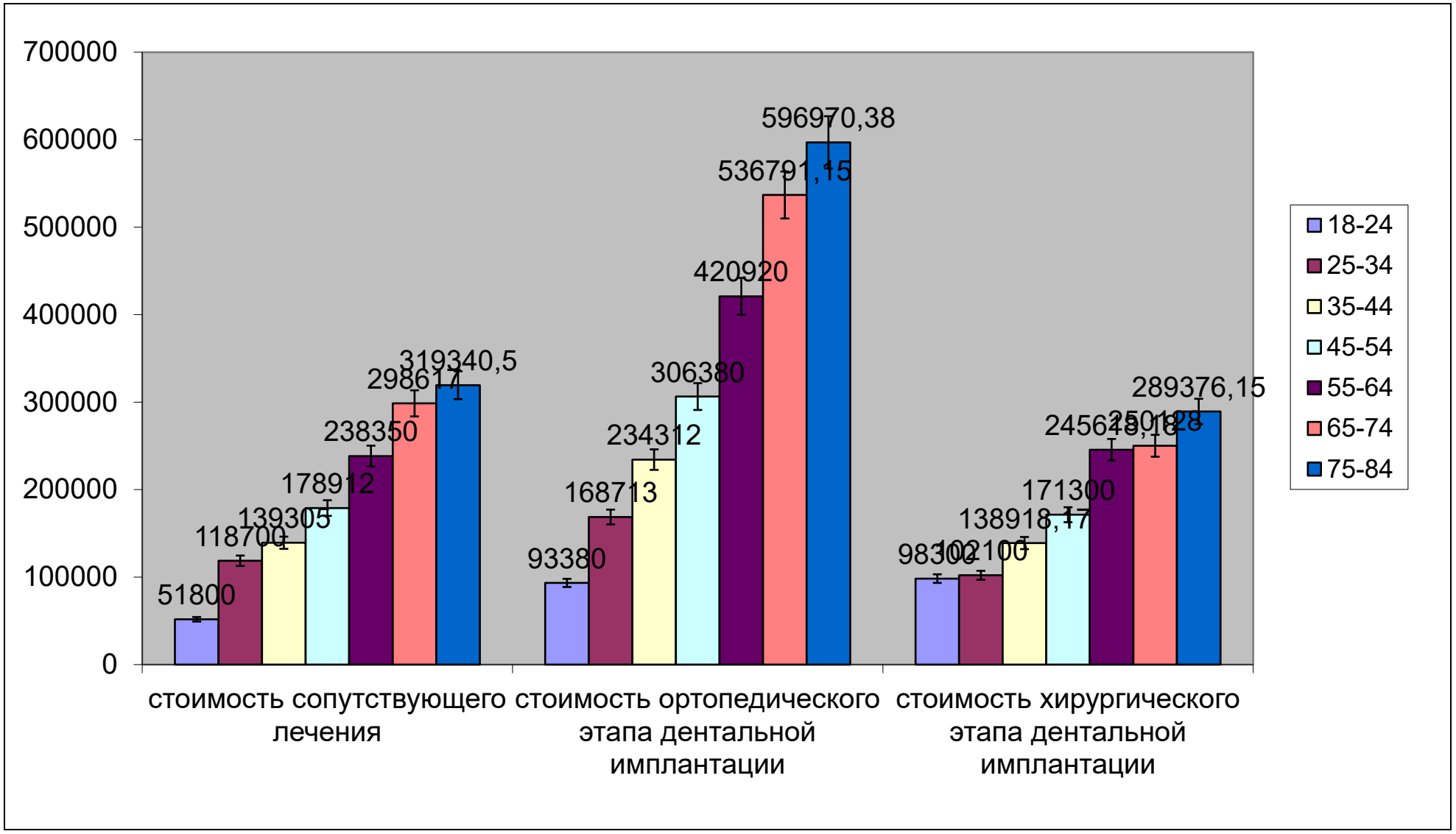


Рис. 21. Стоимость разных этапов получения стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в несетевых ЧСМО, в абсолютном выражении, руб. (для разных возрастных групп пациентов, в среднем на 1 пациента)

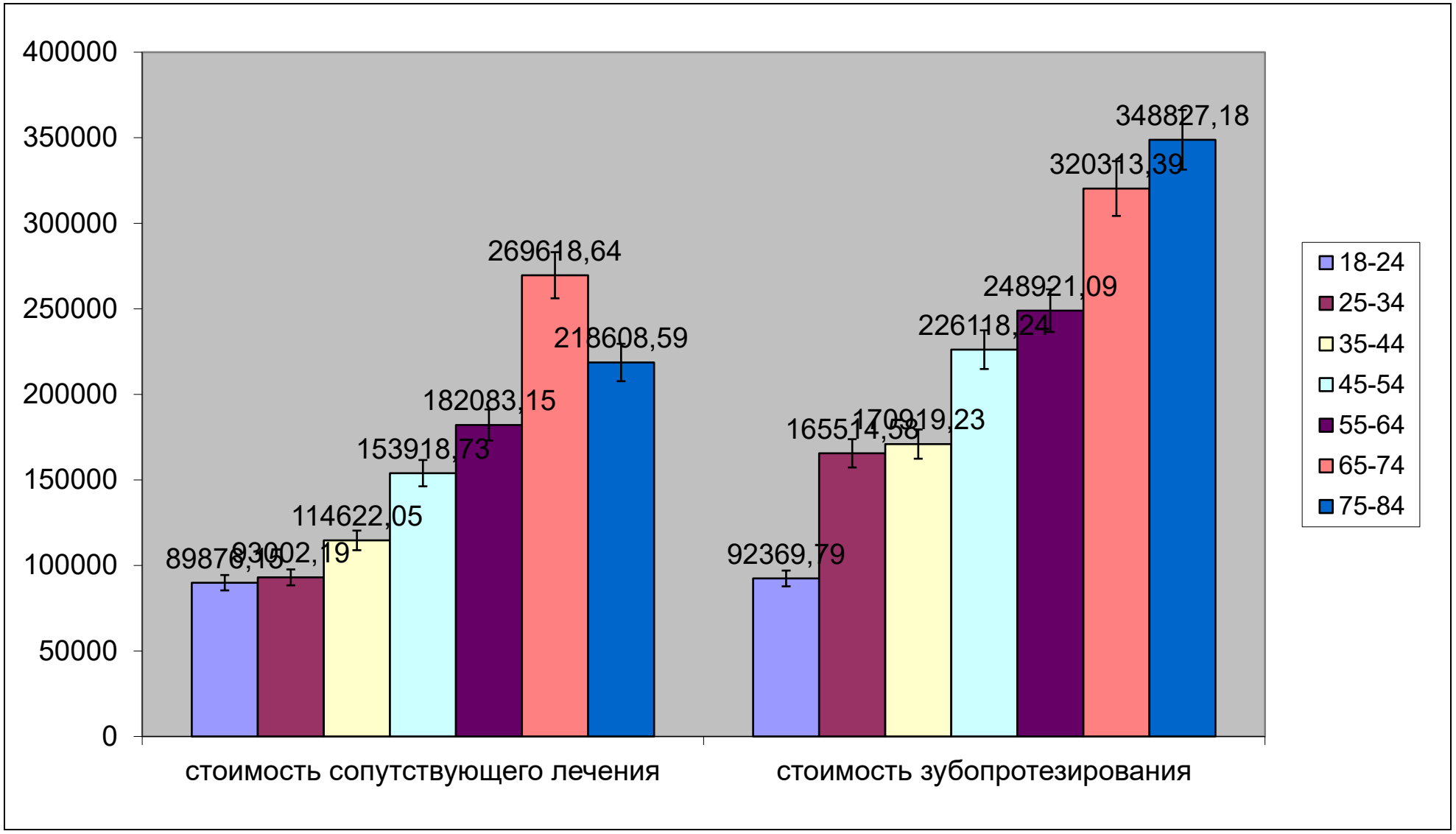


Рис. 22. Стоимость разных этапов получения стоматологической помощи без дентальной имплантации в несетевых ЧСМО, в абсолютном выражении, руб. (для разных возрастных групп пациентов, в среднем на 1 пациента)

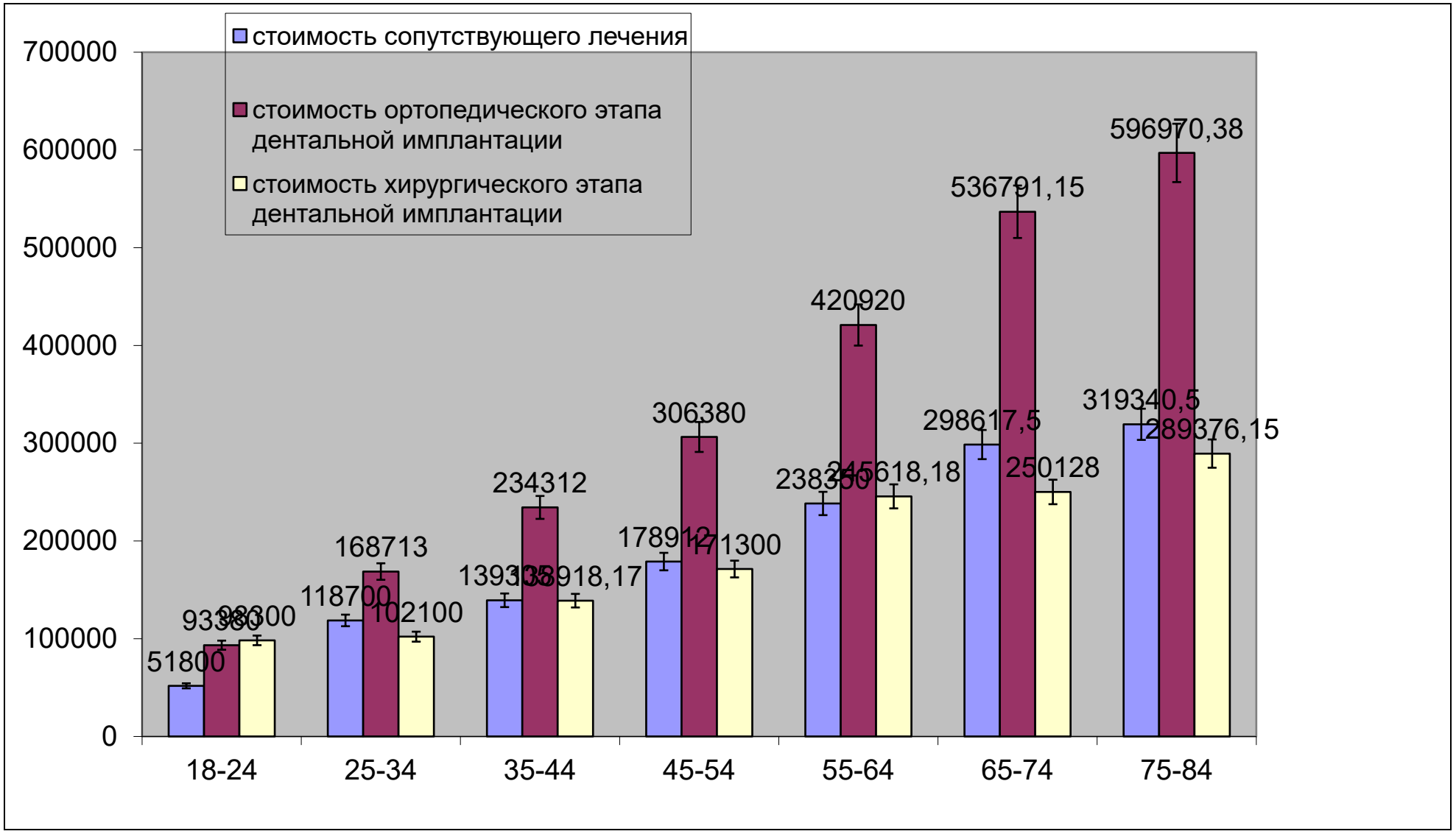


Рис. 23. Затраты пациентов на получение стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в несетевых ЧСМО, в зависимости от возраста (в абсолютном выражении, руб., в пересчёте на 1 пациента)

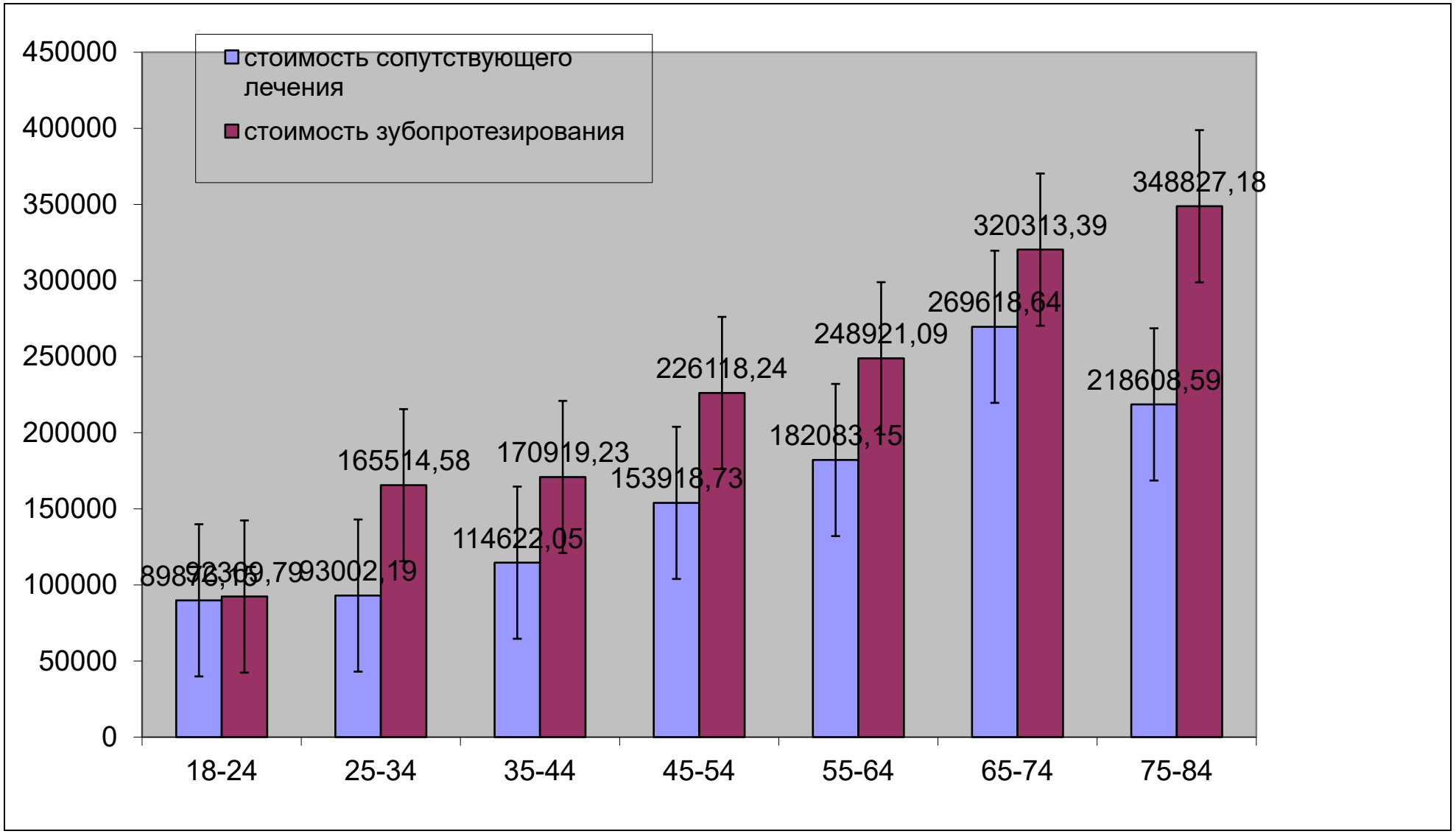


Рис. 24. Средние затраты пациентов на получение стоматологической помощи без дентальной имплантации в несетевых ЧСМО, в зависимости от возраста (в абсолютном выражении, руб., в пересчёте на 1 пациента)

Например, стоимость стоматологического лечения по санации рта была в 1,5 раза больше (174535,06 руб. и 116581,04 руб.), стоимость зубопротезирования также в 1,5 раза больше (324751,42 руб. и 214321,96 руб.), что мы связываем прежде всего с увеличением объёма лечебной работы по санации рта и по зубопротезированию данной категории пациентов. Общая стоимость всего стоматологического лечения в ЧССО была в 2 раза больше у пациентов, получивших помощь на основе дентальной имплантации (694703,00 руб. и 330903,01 руб., $p<0,001$). Полученные сведения сравнительного анализа показывают, что пациенты, получавшие стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, практически всегда получали законченное стоматологическое лечение (то есть санацию рта), в отличие от другой группы (пациенты без дентальной имплантации), которые, получая стоматологическую помощь, практически всегда не доводили её до конца (то есть не получали санации). Это очевидно вследствие сравнения повозрастных показателей затрат пациентов на стоматологическое сопутствующее лечение, а также прямо обусловленных значений доли санированных от числа нуждавшихся в санации (см. главу 3).

У пациентов несетевых ЧСМО, получивших помощь на основе дентальной имплантации (табл. 41), общая стоимость стоматологической помощи составила 714033,15 руб. на 1 человека, при этом данная величина, как и в ЧССО, увеличивалась с возрастом пациентов (18-24 лет – 243480,00 руб., 25-34 лет – 389513,00 руб., 35-44 лет – 512535,17 руб., 45-54 лет – 656592,00 руб., в 55-64 лет – 904888,18 руб., а у лиц пожилого возраста достигло максимальных значений: 65-74 лет – 1085536,65 руб., 75-84 лет – 1205687,03 руб.). Средняя стоимость хирургического этапа дентальной имплантации составила 185105,79 руб. на 1 пациента, стоимость зубопротезирования 336780,93 руб. и стоматологического лечения по санации рта 192146,43 руб. на 1 пациента; два последних показателя были значительно выше аналогичных значений у пациентов ЧССО, что мы связываем прежде

всего с активным использованием дисконтных программ в ЧССО (см.раздел 4.6.).

Средняя стоимость стоматологического лечения по санации рта в пересчёте на 1 пролеченный и удалённый зуб у пациентов несетевых ЧСМО (группа получивших дентальную имплантацию) составила 30645,36 руб. (почти в 2 раза больше аналогичного показателя у пациентов ЧССО, $p<0,05$). При этом максимальные значения показателя имелись у пациентов старших возрастов (65-74 лет – 36239,98 руб., 75-84 лет – 34374,65 руб.). У пациентов средних возрастов значения показателя находились в пределах 29,3-29,9 тысяч рублей, а минимальное значение отмечено у пациентов 35-44 лет (22799,51 руб.).

Средняя стоимость 1 установленного дентального имплантата у пациентов данной группы несетевых ЧСМО составила 70382,43 руб. (в 1,2 раза больше, чем у пациентов ЧССО – 57001,24 руб.), при этом наибольшие значения показателя мы обнаружили у пациентов молодого возраста (18-24 лет – 81916,67 руб., 25-34 лет – 75073,53 руб.) по сравнению с пациентами старших возрастов (65-74 лет – 67785,36 руб., 75-84 лет – 69729,19 руб.). Данные показатели как у молодых пациентов, так и у лиц пожилого и старческого возраста были существенно больше по сравнению с показателями у пациентов ЧССО, что мы связываем прежде всего с использованием дисконтных программ в ЧССО.

Средняя стоимость стоматологического лечения по санации рта у пациентов несетевых ЧСМО без дентальной имплантации (табл. 42) составила 30816,74 руб. на 1 зуб из числа пролеченных и удалённых; для сравнения – у пациентов ЧССО данный показатель составил 19601,95 руб. (меньше в 1,6 раза, $p<0,05$; это мы связываем прежде всего с применением ряда дисконтных программ в ЧССО). При этом наибольшие значения показателя были отмечены у самых молодых или у самых пожилых пациентов (18-24 лет – 40898,25 руб., 65-74 лет – 49021,57 руб., 75-84 лет – 42040,11 руб.), а у лиц средних возрастов показатель находился в границах 34-35 тысяч рублей. В

целом, данный показатель не показал существенных различий у пациентов несетевых ЧСМО с дентальной имплантацией (30645,36 руб., p>0,1); при этом в первой группе наблюдались больший диапазон значений колебаний данных, у пациентов с дентальной имплантацией диапазон разброса данных был существенно меньше.

В возрастной подгруппе 65-74 лет средние расходы пациентов на дентальную имплантацию в несетевых ЧСМО и в ЧССО составили 250128,00 рублей и 303900,78 рублей соответственно (примерно равные показатели), также средние расходы на зубопротезирование в несетевых ЧСМО были сопоставимы (536791,15 рублей и 526018,82 рублей соответственно). С другой стороны, стоимость стоматологического лечения по санации рта в ЧССО была меньше 298617,50 рублей и 269968,57 рублей – на 13,1%). В целом, затраты пациентов этой возрастной подгруппы на получение стоматологической помощи были больше в ЧССО по сравнению с несетевыми частными стоматологическими организациями (1099888,17 рублей и 1085536,65 рублей, на 1,3%). Аналогичный показатель был получен и в самой старшей возрастной подгруппе 75-84 лет – разница составила 8,0% в пользу ЧССО. Подытоживая сказанное, отметим, что расходы пациентов на хирургический и ортопедический этапы дентальной имплантации, на стоматологическое лечение по санации рта были больше в несетевых ЧСМО по сравнению с ЧССО, что иллюстрирует эффективность дисконтных программ, применяемых в ЧССО.

Вышесказанное подтвердила таблица 43, в которой приведено сравнение стоимости расходов пациентов разных возрастных подгрупп на получение стоматологической помощи на основе дентальной имплантации. Из её данных следует, что у пациентов молодых и зрелых возрастных подгрупп 18-24 лет, 25-34 лет, 35-44 лет, 45-54 лет и 55-64 лет расходы в целом на получение данного вида стоматологической помощи в несетевых ЧСМО существенно (особенно в возрасте 18-24 лет, 25-34 лет, 45-54 лет – на 24,0%, 18,6%, 16,2% соответственно) превышали аналогичные показатели расходов в ЧССО, что,

очевидно, связано с реализацией в ЧССО разнообразных дисконтных программ. Особенно значительно такая разница расходов касалась непосредственно дентальной имплантации (её хирургического этапа) – для пациентов возрастных подгрупп 18-24 лет (43,7%), 35-44 лет (21,4%), стоматологического лечения – для пациентов возрастной подгруппы 25-34 лет (22,9%). Разница в расходах на зубопротезирование на основе дентальной имплантации (ортопедический этап) составляла в среднем 3,6% – прежде всего за счёт внедрения в ЧССО эффективных дисконтных программ.

Расходы на получение стоматологической помощи без дентальной имплантации в несетевых ЧСМО (табл. 44) были заметно выше, чем аналогичные показатели у пациентов в ЧССО (в среднем на 14,1%). Особенно это проявлялось в расходах на стоматологическое лечение по санации рта (на 27,3%), менее – различия в расходах на зубопротезирование (на 4,7%).

В целом, различия в расходах пациентов, получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, в ЧССО и несетевых ЧСМО составила -2,7% (без дентальной имплантации -14,1%), при этом наибольшие различия касались объёма расходов пациентов по стоматологическому лечению в части санации рта (-9,2% и -27,3%), в меньшей степени – стоимости расходов по зубопротезированию (-3,6% и -4,7%). Данные различия мы связываем прежде всего с реализацией эффективных дисконтных программ в ЧССО. Эти сравнения показаны также на рисунках 25 и 26.

Очевидно, реализация дисконтных программ в ЧССО существенно удешевляет стоимость стоматологической помощи для пациентов; причём величина дисконта взаимосвязана с объёмом полученной помощи.

Таблица 43.

Различия в объёмах расходов пациентов, получающих стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, в ЧССО и несетевых ЧСМО (%)

Возрастная подгруппа, лет	Общая стоимость лечения	Стоимость хирургического этапа дентальной имплантации	Стоимость ортопедического этапа дентальной имплантации	Стоимость сопутствующего стоматологического лечения
18-24	-24,0	-43,7	-6,1	-18,8
25-34	-18,6	-19,3	-15,2	-22,9
35-44	-16,2	-21,4	11,8	-18,4
45-54	-0,6	1,2	-0,5	-2,3
55-64	-3,3	-1,4	-2,1	-7,3
65-74	1,3	21,5	-2,1	-9,6
75-84	7,9	38,6	-0,8	-3,5
Итого	-2,7	5,5	-3,6	-9,2

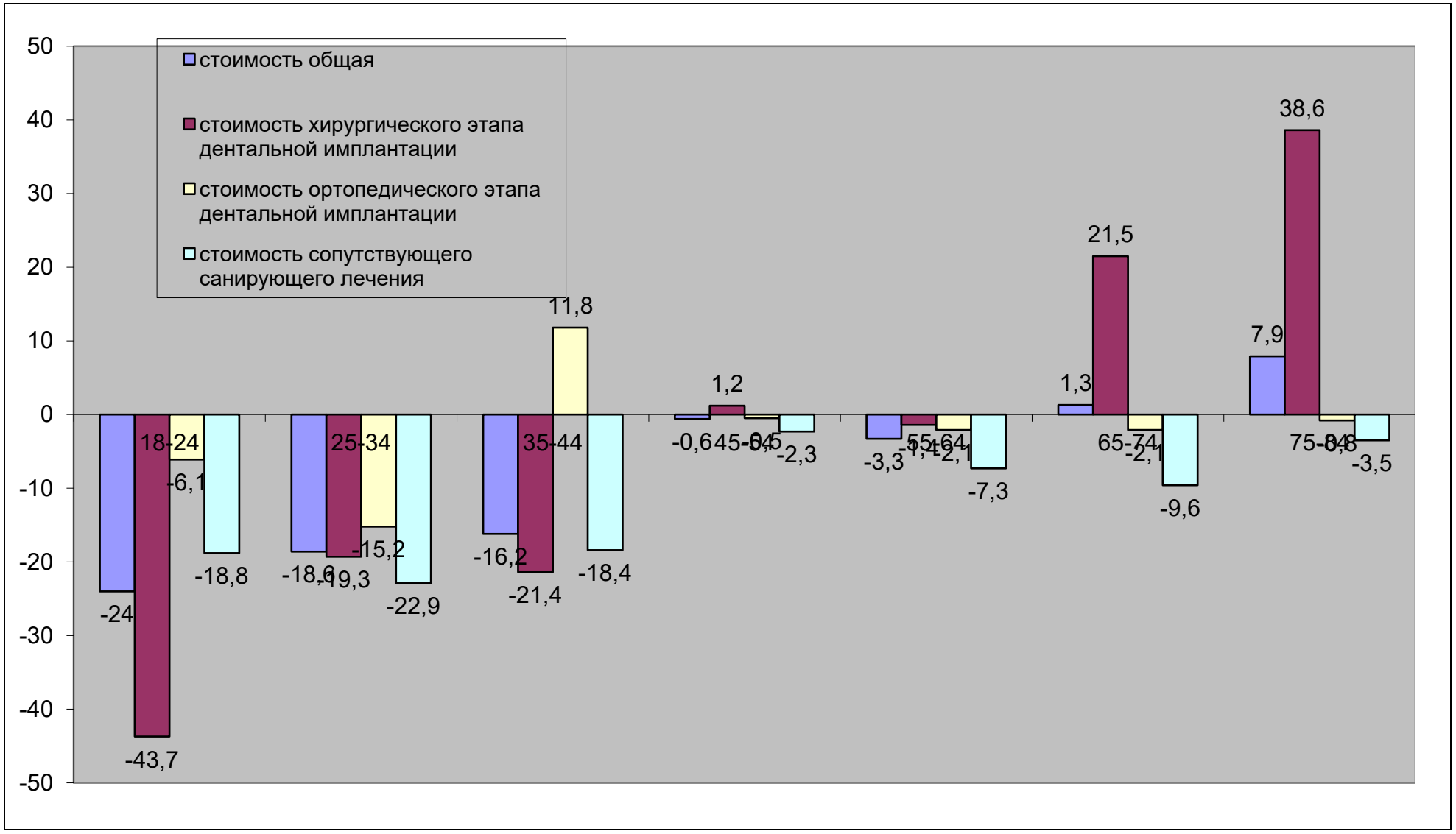


Рис. 25. Различия в расходах пациентов на получение стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в ЧССО и несетевых ЧСМО (%)

Таблица 44.

Различия в объёмах расходов пациентов, получающих стоматологическую помощь без дентальной имплантации, в ЧССО и несетевых ЧСМО (%)

Возрастная подгруппа, лет	Общая стоимость лечения	Стоимость зубопротезирования	Стоимость сопутствующего стоматологического лечения
18-24	-14,9	-11,5	-18,4
25-34	-6,2	-4,4	-9,5
35-44	-17,3	-8,1	-31,2
45-54	-20,8	-12,3	-33,3
55-64	-11,9	-0,3	-27,8
65-74	-25,8	-8,1	-45,7
75-84	-0,7	4,5	-9,1
Итого	-14,1	-4,7	-27,3

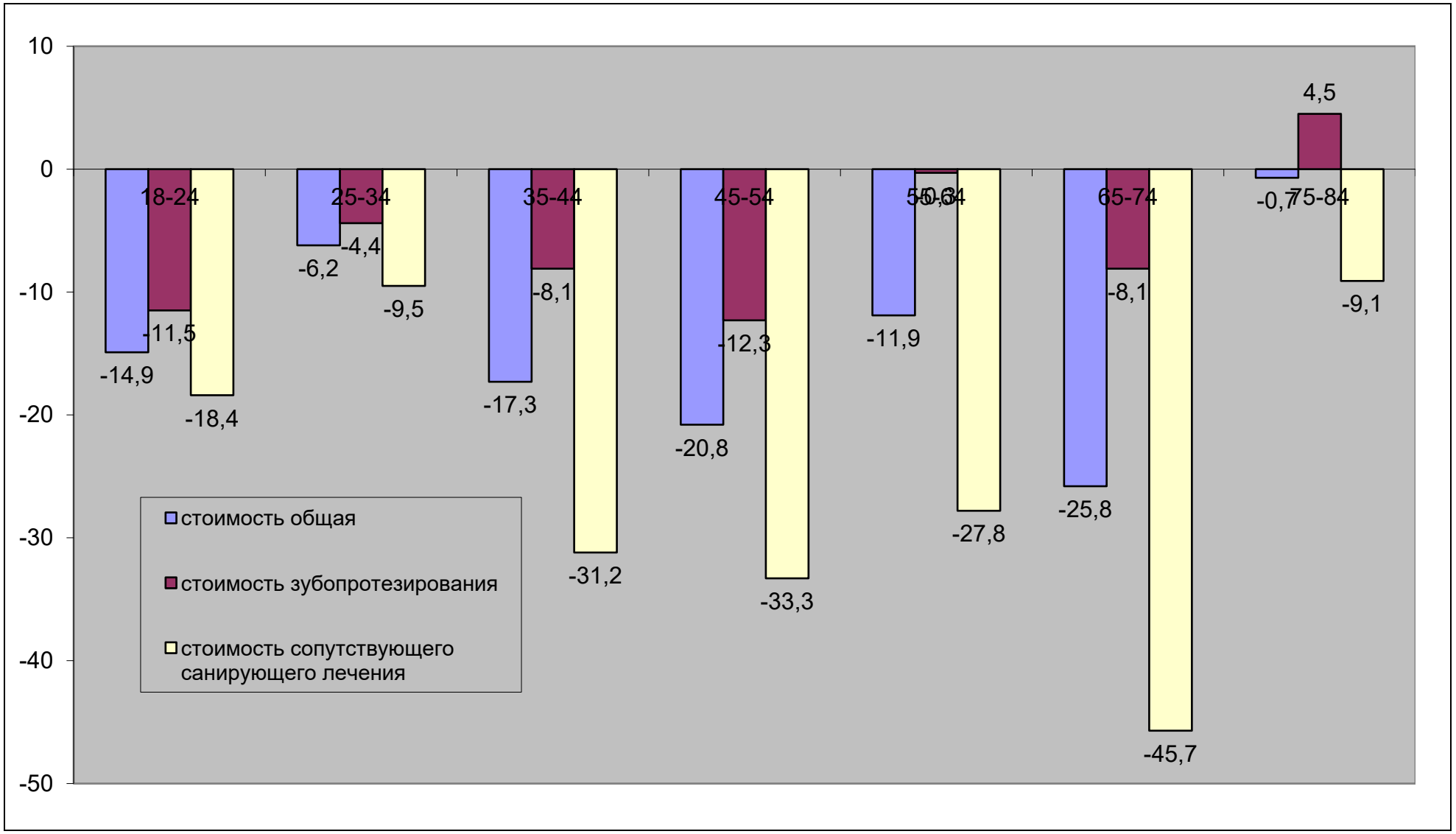


Рис. 26. Различия в расходах пациентов на получение стоматологической помощи без дентальной имплантации в ЧССО и несетевых ЧСМО (%)

Таблица 45.

Общая стоимость стоматологического лечения у пациентов ЧССО, в пересчёте на 1 зуб из числа пролеченных и удалённых, руб.

Возрастная подгруппа, лет	Пациенты с дентальной имплантацией	Пациенты без дентальной имплантации	Разница, %
18-24	96942,17	50238,51	+93,0
25-34	60301,80	52274,22	+16,0
35-44	63039,06	47800,97	+32,0
45-54	54109,28	46605,51	+17,0
55-64	72788,90	51754,80	+41,0
65-74	85262,65	57523,65	+49,0
75-84	118580,16	74463,44	+60,0
Всего	78497,52	55613,96	+42,0

Увязывая вышеприведённый анализ стоимости стоматологического лечения пациентов в ЧССО в зависимости от уровня их стоматологического здоровья (изложенного в главе 3), мы изучили средние повозрастные затраты пациентов на получение стоматологической помощи в ЧССО в пересчёте на 1 зуб из числа пролеченных и удалённых (табл. 45).

Анализ общей стоимости стоматологического лечения в ЧССО в зависимости от наличия или отсутствия дентальной имплантации, в пересчёте на 1 пролеченный и удалённый зуб, представлен в таблице 45. В группе пациентов, получавших помощь на основе дентальной имплантации, среднее значение искомого показателя составило: в подгруппе 18-24 лет – 96942,17 руб., в возрасте 25-34 лет – 60301,80 руб. Далее показатель держался примерно на таком же уровне или даже снижался (35-44 лет – 63039,06 руб., 45-54 лет – 54109,28 руб.) до возраста 55 лет, откуда отмечен его устойчивый рост (55-64 лет – 72788,90 руб., 65-74 лет – 85262,65 руб., 75-84 лет – 118580,16 руб.), что, очевидно, объясняется ухудшением показателей стоматологического здоровья

(разрушенность зубов, потеря зубов, множественные очаги кариеса, пульпита, периодонтита, потребность в зубопротезировании), а также большим объёмом комплексного стоматологического лечения (санация, операции подготовки к дентальной имплантации, костная пластика, синус-лифтинг и т.д., дентальная имплантация, зубопротезирование).

Интересно, что примерно такие же тенденции изменения средней стоимости стоматологического лечения с возрастом пациентов мы отметили в другой группе (получавших помощь без дентальной имплантации), только в существенно меньших масштабах. Так, у пациентов 18-24 лет среднее значение анализируемого показателя составило 50238,51 руб., 25-34 лет – 52274,22 руб., в дальнейшем небольшое снижение мы отмечали до возраста 55 лет (35-44 лет – 47800,97 руб., 45-54 лет – 46605,51 руб.), а в дальнейшем показатель увеличивался: в 55-64 лет – 51754,80 руб., 65-74 лет – 57523,65 руб., 75-84 лет – 74463,44 руб.

Сравнивая обе группы пациентов, отметим, что, несмотря на установленные сходные тенденции повозрастной динамики показателей, анализируемые значения различались у пациентов, получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации и без дентальной имплантации: разница в объёмах стоимости между сравниваемыми группами у пациентов была положительной, существенно увеличиваясь у пациентов среднего и пожилого возраста.

Общая стоимость стоматологического лечения в пересчёте на 1 пролеченный и/или удалённый зуб у пациентов ЧССО в зависимости от наличия или отсутствия дентальной имплантации составила 78497,52 руб. и 55613,96 руб. Отметим, что такие же различия установлены нами для показателей средних расходов клиник ЧССО в пересчёте на 1 пролеченный и/или удалённый зуб.

Стоит также отметить, что разница между стоимостью стоматологического лечения и непосредственно расходами ЧССО на данное лечение также оказалась существенной, что побудило нас подобным образом

проанализировать повозрастные показатели «чистой» доходности ЧССО у двух данных групп пациентов (табл. 46). Установлено, что в группе пациентов, получавших помощь на основе дентальной имплантации, минимальная средняя доходность ЧССО в пересчёте на 1 пролеченный и удалённый зуб составила: в возрасте 18-24 лет – 29239,46 руб. У пациентов средних возрастов от 25 до 65 лет показатель держался примерно на одном уровне 16-19 тысяч рублей, лишь у лиц старше 65 лет обнаружил заметное увеличение: у пациентов 65-74 лет он составил 21456,14 руб., 75-84 лет – 29280,86 руб.

Таблица 46.

Повозрастные показатели «чистой» доходности клиник ЧССО (по всему объёму стоматологической помощи), в пересчёте на 1 пролеченный и удалённый зуб, руб.

Возрастная подгруппа, лет	Пациенты с дентальной имплантацией	Пациенты без дентальной имплантации	Разница, число раз
18-24	29239,46	15784,30	1,86
25-34	18264,40	16045,13	1,14
35-44	19031,07	14660,02	1,30
45-54	15692,69	12753,28	1,23
55-64	18985,80	14129,08	1,34
65-74	21456,15	15239,96	1,41
75-84	29280,87	18615,86	1,57
Всего	20949,28	15350,21	1,36

У пациентов ЧССО без дентальной имплантации показатели также почти не менялись от возраста, находясь в пределах 14-15 тысяч рублей, при этом также несколько увеличиваясь в пожилом и старческом возрасте (15239,95 руб. и 18615,85 руб.).

Отметим, что, сравнивая показатели у обеих групп пациентов, обнаружено существенное увеличение значений доходности у пациентов, получавших помощь на основе дентальной имплантации (20949,28 руб. и 15350,21 руб., в 1,36 раз, $p<0,05$). Вообще во всех возрастных подгруппах имела место существенная разница значений доходности (в отношении пациентов 25-34 лет – в 1,14 раз, 35-44 лет – 1,30 раз, 65-74 лет – 1,41 раз, 75-84 лет – 1,57 раз). Подобные различия мы связываем с существенным увеличением объёма стоматологической помощи у пациентов, получавших помощь на основе дентальной имплантации, а также тем, что они чаще получали комплексную помощь и чаще доводили её до полного конца (т.е. до полной санации).

Наглядное сравнение основных финансово-экономических показателей деятельности ЧССО при оказании помощи на основе или без дентальной имплантации, в том числе средней стоимости расходов и «чистой» доходности в пересчёте на 1 пациента или на 1 пролеченный и удалённый зуб, приведено на рисунках 27-33.

Видно, что средняя стоимость расходов ЧССО на оказание стоматологической помощи (в пересчёте на 1 пациента) показала устойчивую динамику роста с увеличением возраста пациентов (рис. 28), причём значительно более существенную – в группе пациентов, получавших помощь на основе дентальной имплантации. С другой стороны, средняя стоимость стоматологического лечения по санации рта в пересчёте на 1 пролеченный или удалённый зуб не показала выраженной взаимосвязи с возрастом пациентов, что свидетельствует о том, что объём оказанной помощи по санации рта не всегда был чётко и пропорционально связан с возрастом пациентов (рис. 27).

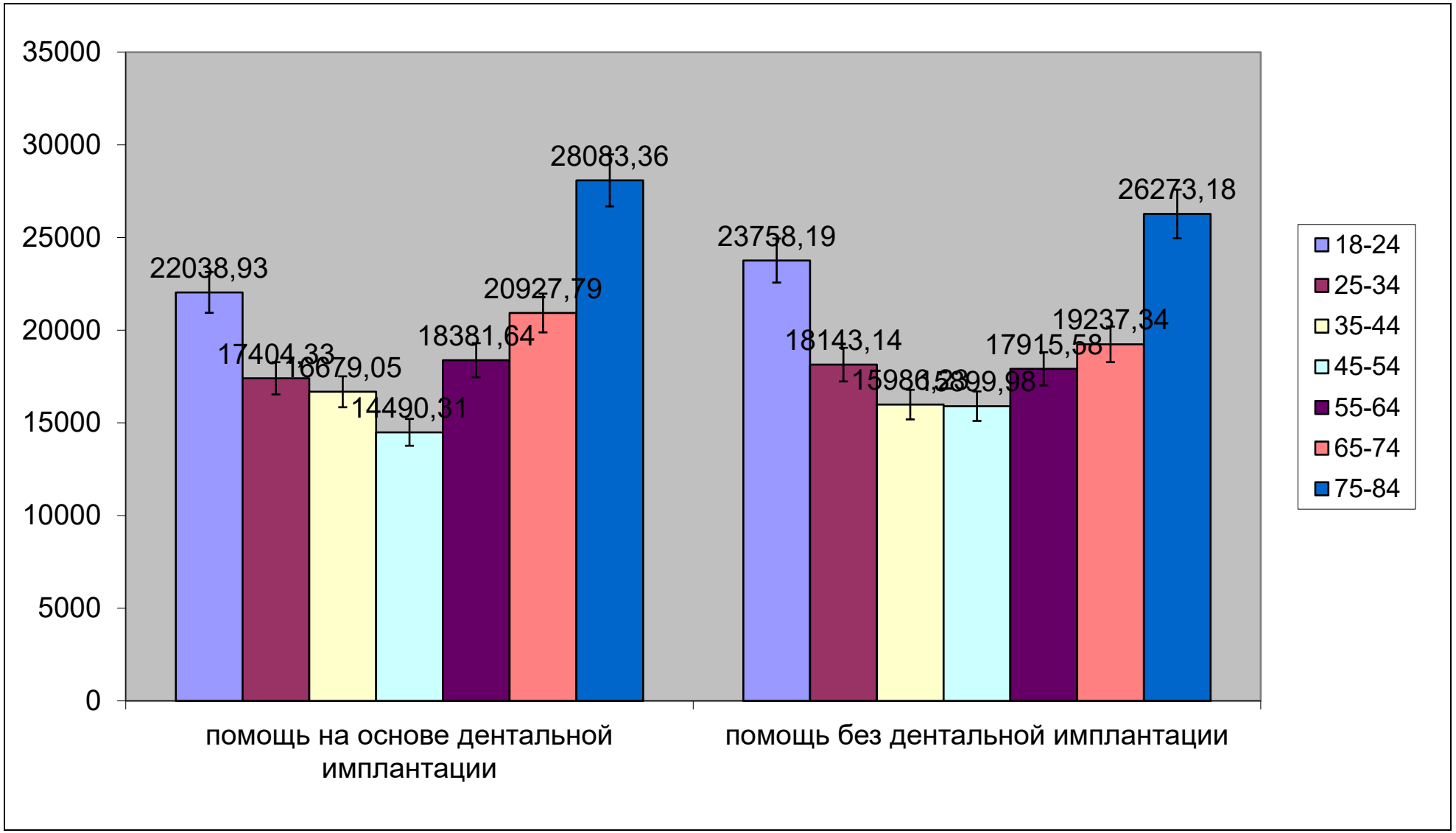


Рис. 27. Средняя стоимость стоматологического лечения в ЧССО, в пересчёте на 1 пролеченный или удалённый зуб, руб.

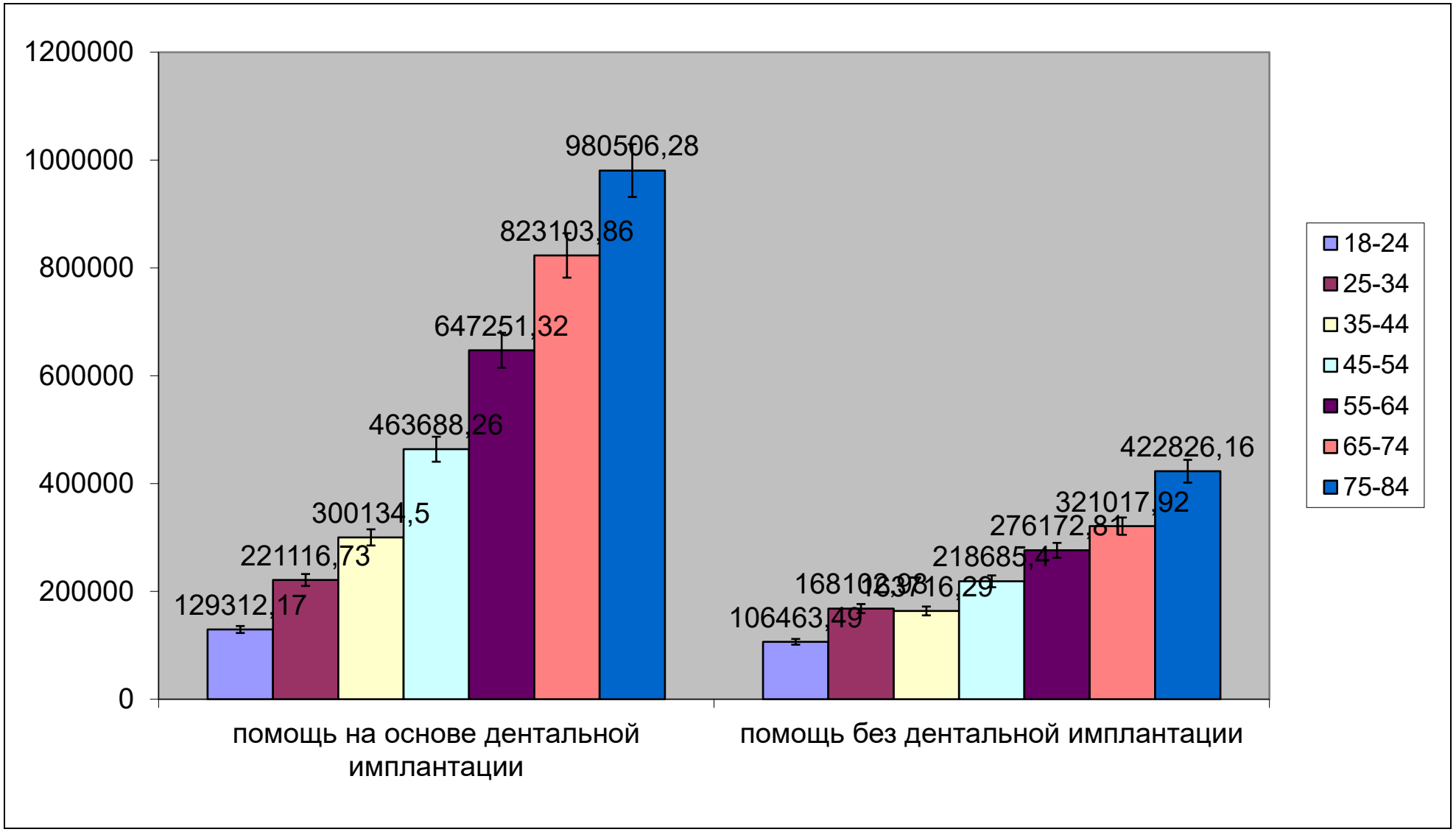


Рис. 28. Средняя стоимость расходов клиник ЧССО на стоматологическую помощь, в пересчёте на 1 пациента, руб.

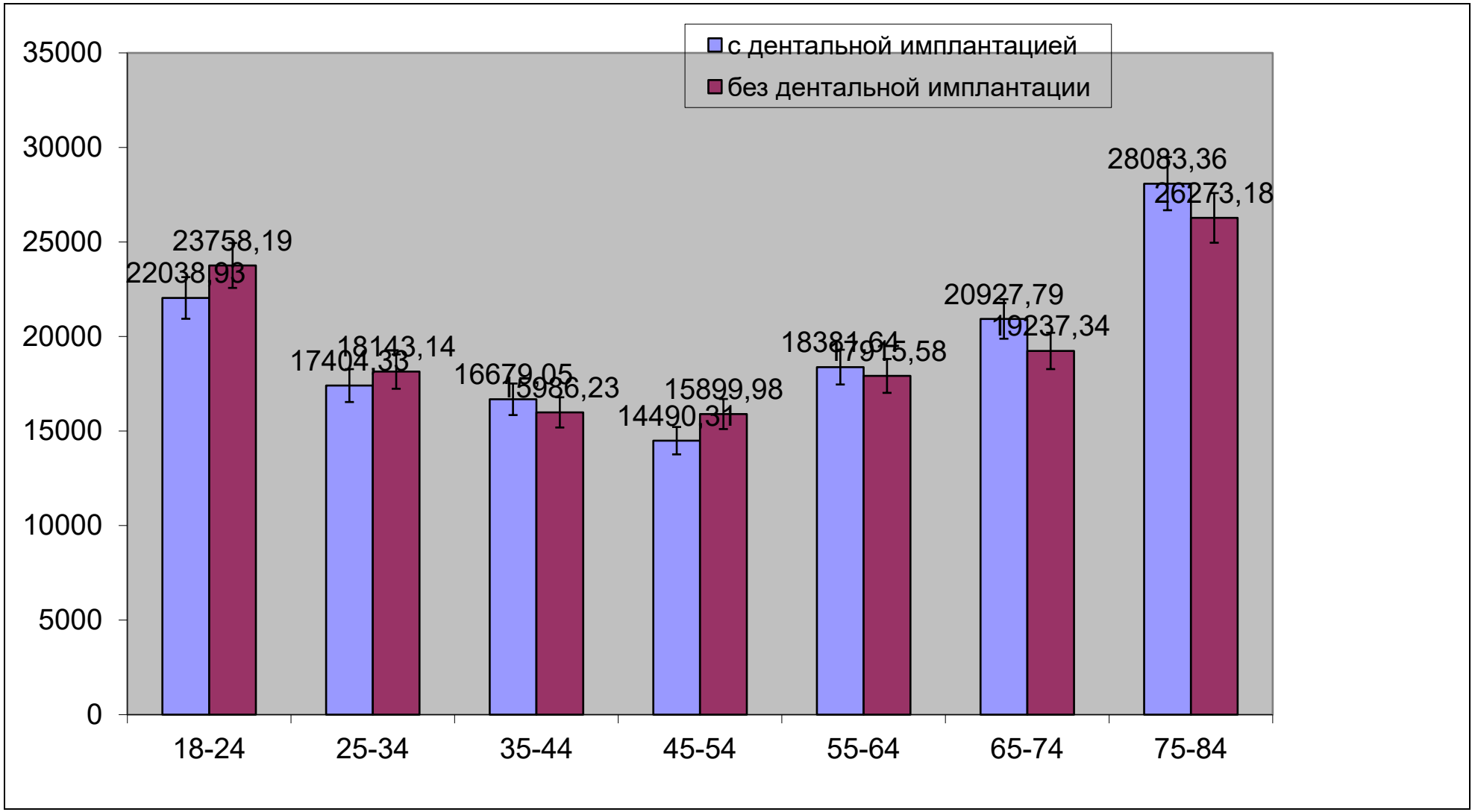


Рис. 29. Повозрастные показатели средней стоимости стоматологического лечения в ЧССО в разных повозрастных группах пациентов, в пересчёте на 1 пролеченный или удалённый зуб, руб.

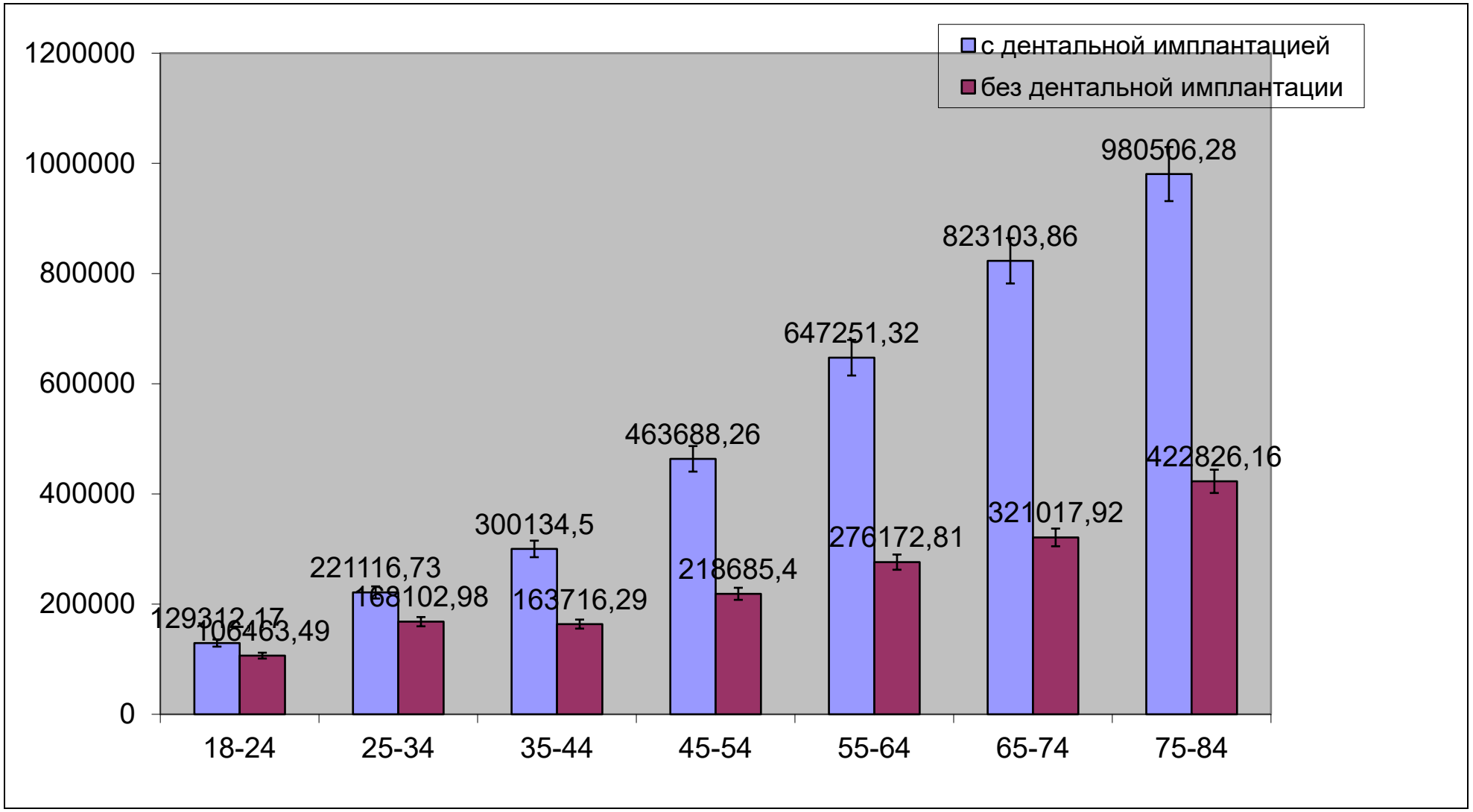


Рис. 30. Повозрастные показатели расходов ЧССО на стоматологическое лечение, в пересчёте на 1 пациента, руб.

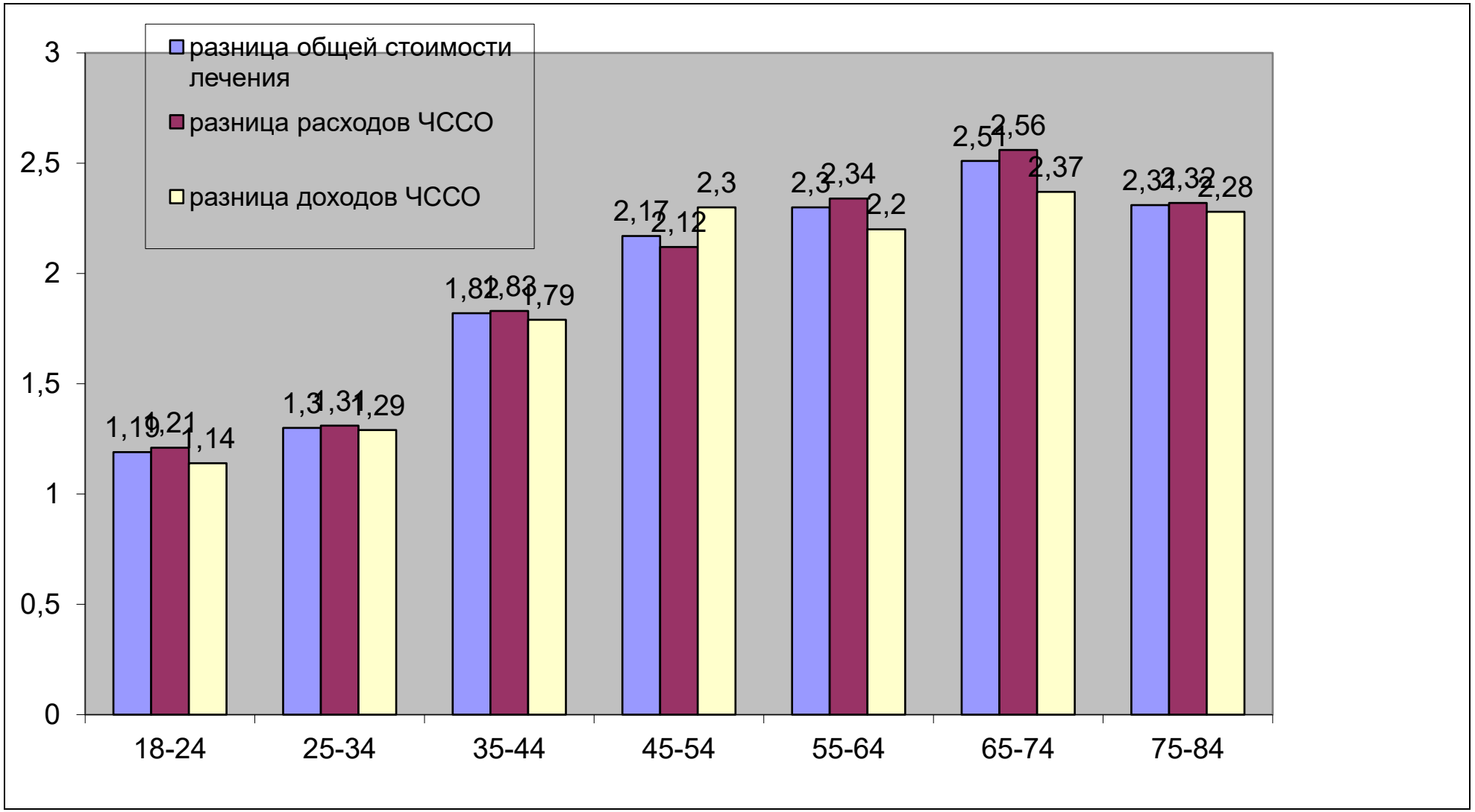


Рис. 31. Повозрастные показатели разницы общей стоимости лечения, расходов и доходов ЧССО между группами пациентов в зависимости от вида стоматологической помощи (на основе и без дентальной имплантации), число раз

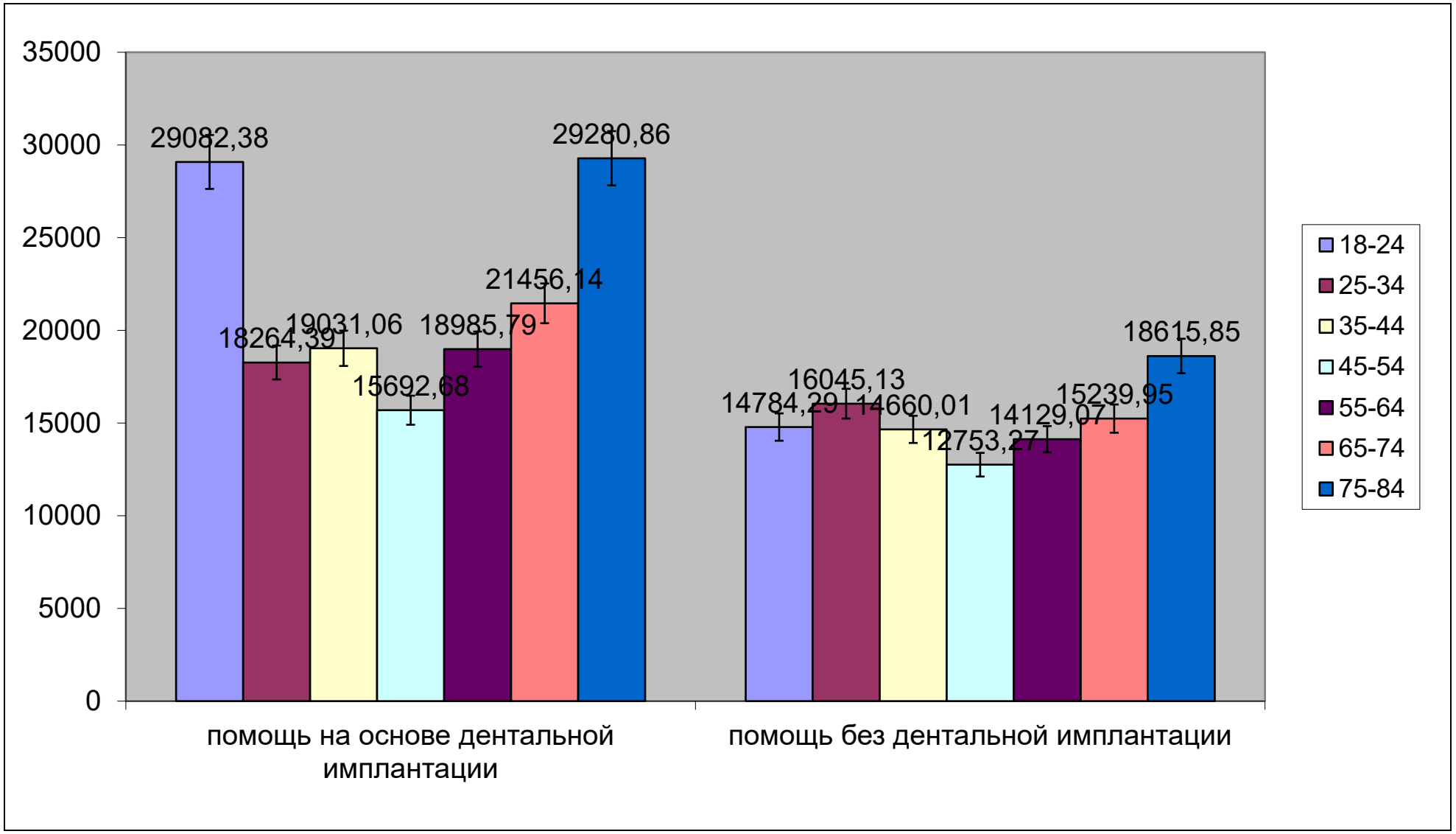


Рис. 32. Средняя стоимость «чистой» доходности на стоматологическое лечение в ЧССО, в пересчёте на 1 пролеченный и удалённый зуб, руб.

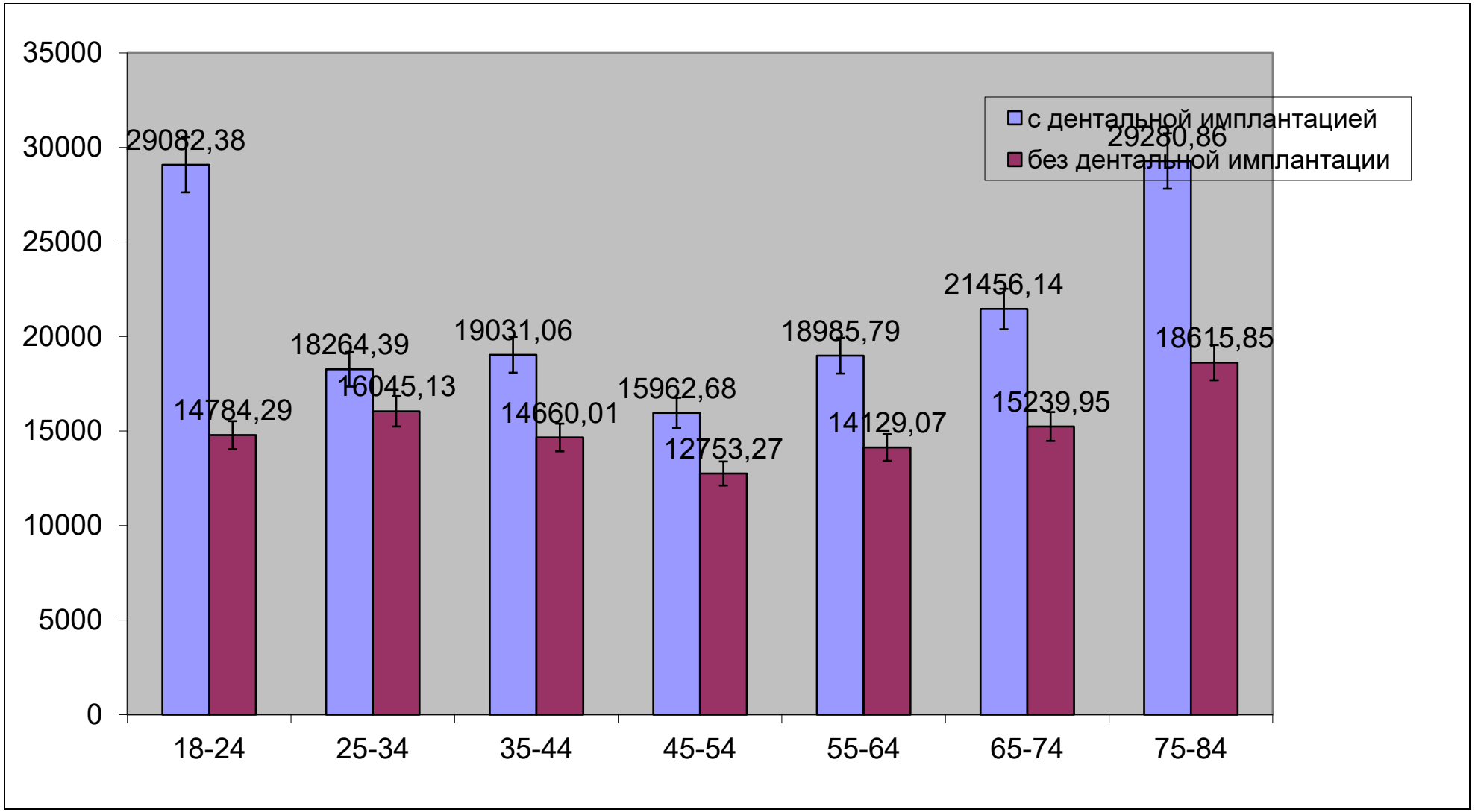


Рис. 33. Повозрастные показатели доходности ЧССО на стоматологическое лечение, в пересчёте на 1 пролеченный и удалённый зуб, руб.

Таблица 47.

Расходы ЧССО по оказанию стоматологической помощи на основе дентальной имплантации, в пересчёте на одного пациента (абс.)

Возрастная подгруппа, лет	Общий объём расходов, руб.	Расходы на дентальную имплантацию, руб.	Расходы на зубопротезирование, руб.	Расходы на лечение по санации рта, руб.
18-24	129312,17	38448,00	61398,13	29466,04
25-34	221116,73	57709,00	100240,44	63167,29
35-44	300134,50	78696,08	140675,13	80763,29
45-54	463688,26	127449,48	210312,18	125926,60
55-64	647251,32	182694,61	300919,64	163637,07
65-74	823103,86	234003,60	386623,83	202476,43
75-84	980506,28	308938,33	437217,87	234350,08
Всего	509301,87	146848,44	233912,46	128540,97

Таблица 48.

Расходы ЧССО по оказанию стоматологической помощи без дентальной имплантации, в пересчёте на одного пациента (абс.)

Возрастная подгруппа, лет	Общий объём расходов, руб.	Расходы на зубопротезирование, руб.	Расходы на лечение по санации рта, руб.
18-24	106463,49	57276,91	49186,58
25-34	168102,98	110857,75	57245,23
35-44	163716,29	110015,35	53700,94
45-54	218685,40	146784,69	71900,71
55-64	276172,81	182807,56	93365,25
65-74	321017,92	214148,73	106869,19
75-84	422826,16	273660,18	149165,98
Всего	239569,29	156507,31	83061,98

Таблица 49.

Расходы несетевых ЧСМО по оказанию стоматологической помощи на основе дентальной имплантации, в пересчёте на одного пациента (абс.)

Возрастная подгруппа, лет	Общий объём расходов, руб.	Расходы на дентальную имплантацию, руб.	Расходы на зубопротезирование, руб.	Расходы на лечение по санации рта, руб.
18-24	200632,80	83555,00	75637,80	41440,00
25-34	317552,53	86172,40	136657,53	94722,60
35-44	418022,98	116691,26	190027,03	111304,69
45-54	534237,62	142864,20	248780,56	142592,86
55-64	735670,71	203862,94	341366,12	190441,65
65-74	886217,21	206855,85	440168,74	239192,62
75-84	987960,95	240182,20	490709,65	257069,10
Всего	582899,26	154311,98	274763,92	192146,43

Таблица 50.

Расходы несетевых ЧСМО при оказании стоматологической помощи без дентальной имплантации, в пересчёте на одного пациента (абс.)

Возрастная подгруппа, лет	Стоимость всего стоматологического лечения, руб.	Стоимость зубопротезирования, руб.	Стоимость сопутствующего стоматологического лечения, руб.
18-24	146548,18	75096,64	71451,54
25-34	207869,57	134397,84	73471,73
35-44	231111,43	139299,17	91812,26
45-54	307565,75	184738,61	122827,14
55-64	349369,23	204613,13	144756,10
65-74	479937,31	265860,11	214077,20
75-84	461139,03	287782,42	173356,61
Всего	311934,36	184541,13	127393,23

4.4. Анализ расходной части бюджета ЧССО на стоматологическое лечение пациентов обеих групп.

Мы проанализировали затраты ЧССО на стоматологическое лечение пациентов обеих групп (табл. 47-50). При этом под затратами (или расходами) ЧССО нами понимались все расходы медицинской организации на обеспечение лечебного процесса, заработную плату персонала, сервис ожидания приёма, коммунальные платежи, рекламу и т.д., то есть на все статьи бюджета расходов, для того чтобы у нас было понимание оставшихся средств как «чистой прибыли» (которая важна с точки зрения оценки экономической эффективности организации стоматологической помощи в ЧССО). Нами установлено, что при оказании помощи без дентальной имплантации средние расходы ЧССО в пересчёте на 1 пациента составили 239569,29 руб., а в группе с дентальной имплантацией – в 2 раза больше (509301,87 руб., $p<0,01$). Безусловно, подобное различие объясняется: 1) затратами на дентальную имплантацию в соответствующей группе пациентов, 2) существенно большими затратами на зубопротезирование и лечение по санации рта.

Так, нами установлено, что затраты ЧССО на зубопротезирование 1 пациента ЧССО в группах с дентальной имплантацией и без неё составили в среднем 233912,46 руб. и 156507,31 руб. (больше в 1,5 раза, $p<0,05$), а средние затраты на стоматологическое лечение по санации рта – 128540,97 руб. и 83061,98 руб. (в 1,54 раза, $p<0,05$).

При этом в структуре расходов ЧССО на оказание помощи с дентальной имплантацией 28,8% приходилось на дентальную имплантацию, около половины (45,9%) – на зубопротезирование и около четверти (25,3%) – на лечение по санации рта. У пациентов без дентальной имплантации на зубопротезирование приходилось 65,3% всех расходов и оставшиеся 34,7% - на лечение по санации рта (рис. 34).

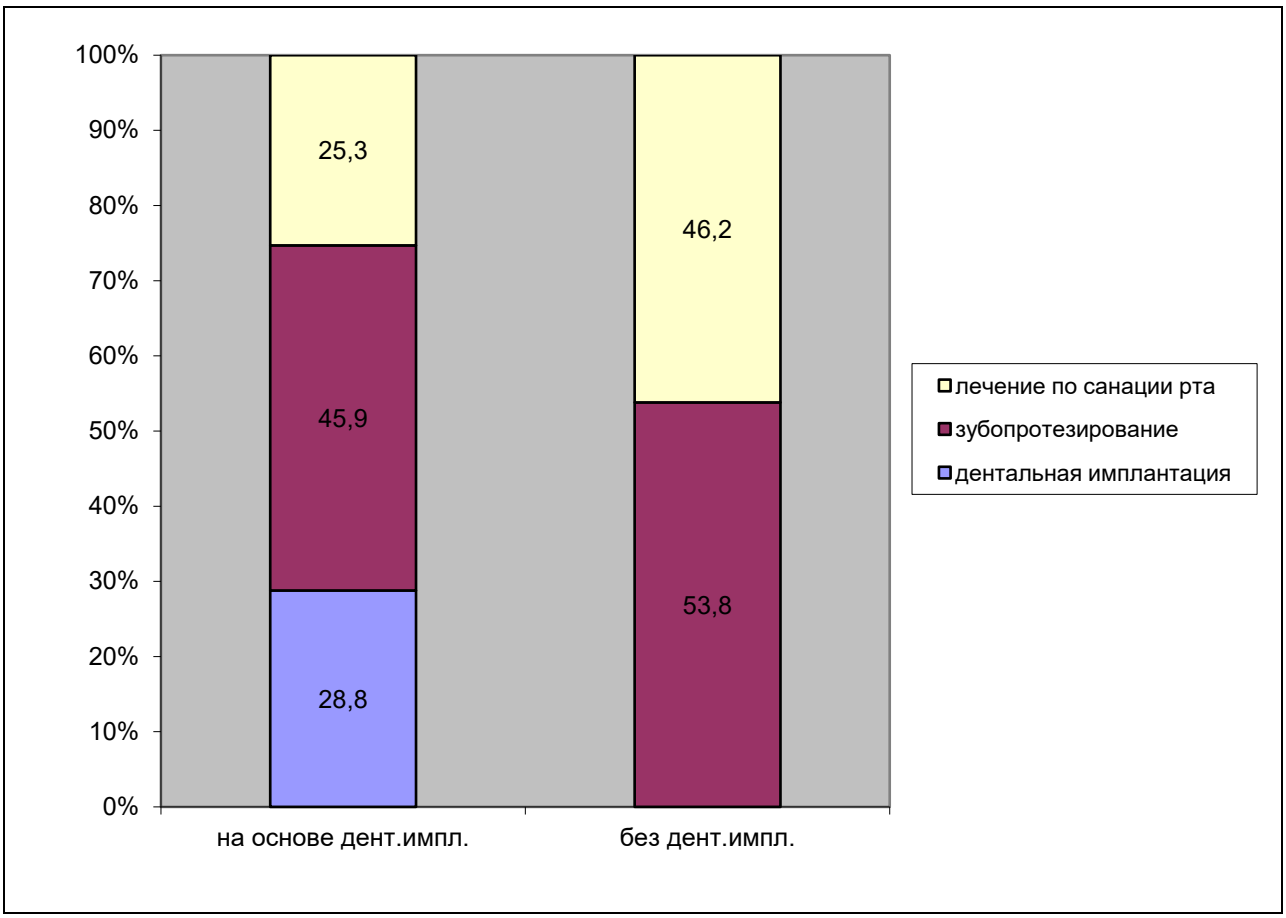


Рис. 34. Структура расходов ЧССО на оказание стоматологической помощи на основе и без дентальной имплантации (%)

Характерно, что как в той, так и в другой группах пациентов ЧССО затраты на зубопротезирование были почти в 2 раза больше затрат на лечение по санации рта.

Меньше были расходы на зубопротезирование у молодых пациентов обеих групп (61398,13 руб. и 57276,91 руб. на 1 пациента), у лиц средних возрастов они держались примерно на одном уровне (25-34 лет – 100240,44 руб. и 110857,75 руб. на 1 пациента; 35-44 лет – 140675,13 руб. и 110015,35 руб.), а наиболее заметный рост и соответственно различие между группами отмечено у пациентов старше 45 лет: в 45-54 лет – 210312,18 руб. и 146784,69 руб., 55-64 лет – 300919,64 руб. и 182807,56 руб., 65-74 лет – 386623,83 руб. и 214148,73 руб., 75-84 лет – 437217,87 руб. и 273660,18 руб., что мы связываем с существенным увеличением объёма оказываемой помощи из-за прогрессирующего ухудшения стоматологического здоровья.

Общий показатель расходов ЧССО в пересчёте на 1 пациента в группе лиц, получивших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, как уже отмечалось, был более чем в 2 раза больше, чем у пациентов без дентальной имплантации (509301,87 руб. и 239569,29 руб., $p<0,005$). Очевидно, что существенную долю расходов в данном случае составили расходы на непосредственно дентальную имплантацию (в среднем 146848,44 руб. на одного пациента), а также значительно большие затраты на санацию рта и на зубопротезирование (128540,97 руб. и 83061,98 руб.; 233912,46 руб. и 156507,31 руб.).

При этом средние расходы ЧССО на дентальную имплантацию составили в пересчёте на 1 пациента 146848,44 руб., хотя данный показатель увеличивался с возрастом пациентов, составив у молодых лиц 18-24 лет 38448,00 руб., 25-34 лет – 57709,00 руб., 35-44 лет – 78696,08 руб. Наиболее существенный рост значений мы отметили у пациентов среднего, пожилого и старческого возраста: для лиц 45-54 лет средние расходы ЧССО составили 127449,48 руб. на 1 пациента, 55-64 лет – 182694,61 руб., 65-74 лет – 234003,60 руб., 75-84 лет – 308938,33 руб., что мы связываем прежде всего с существенным увеличением объёма дентальной имплантации.

Соответственно этому также увеличивался объём расходов ЧССО на зубопротезирование. Если у пациентов 18-24 лет он составил 61398,13 руб. на 1 пациента, то в 45-54 лет – 210312,18 руб., а в 65-74 лет – 386623,83 руб.

Примерно такими же темпами увеличивался и объём расходов на лечение по санации рта (показатель в среднем составил 128540,97 руб. на 1 пациента).

Расходы на зубопротезирование у пациентов ЧССО без дентальной имплантации составили в среднем 156507,31 руб. на 1 пациента. Объём их также увеличивался с возрастом, что, на наш взгляд, в целом было обусловлено клинической ситуацией и связано с ухудшением их стоматологического здоровья.

Объём расходов на лечение по санации рта был почти в 1,5 раза меньше, чем у пациентов ЧССО с дентальной имплантацией, и составил 83061,98 руб.

на 1 пациента. При этом у лиц в возрасте 18-24 лет он составил 49186,58 руб., в 45-54 лет – уже 71900,71 руб., а в 65-74 лет – 106869,19 руб. Характерно, что данные показатели были также меньше аналогичных значений у пациентов с дентальной имплантацией.

Средний показатель расходов стоматологической клиники на зубопротезирование (в пересчёте на 1 пациента) в группе лиц, получивших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, был в 1,5 раза больше, чем в группе пациентов без дентальной имплантации,- 233912,46 руб. и 156507,31 руб., $p<0,01$. Полученное различие, очевидно, объясняется увеличением объёма оказываемой помощи, а также предпочтениями пациентов первой группы получить комплексное законченное стоматологическое лечение, в то время как во второй группе пациенты были ориентированы большей частью на разовые случаи стоматологического лечения. Кроме того, нами установлены различия и динамика повозрастных показателей.

Также в группе пациентов, получивших помощь на основе дентальной имплантации, сумма расходов ЧССО на санацию рта была примерно в 2 раза меньше суммы расходов на зубопротезирование (233912,46 руб. и 128540,97 руб. соответственно); такая же пропорция имела место у пациентов без дентальной имплантации (156507,31 руб. и 83061,98 руб.).

Характерно, что объём расходов ЧССО по санации рта у пациентов с дентальной имплантацией был в 1,5 раза выше, чем у пациентов без неё – 128540,97 руб. и 83061,98 руб. ($p<0,05$). Подобное различие объясняется, помимо увеличения объёма помощи и комплексности подхода, большим количеством санированных лиц и тем, что пациенты с дентальной имплантацией более привержены доводить стоматологическое лечение до конца, а также их мотивированностью на комплексность лечения.

Далее мы проанализировали структуру финансово-экономических показателей расходов ЧССО на получение стоматологической помощи. В частности, в группе пациентов, получивших стоматологическую помощь без

дентальной имплантации (табл. 51), у лиц молодого возраста 18-24 лет 53,8% расходов приходилось на зубопротезирование, а оставшиеся 46,2% - на санацию рта. У пациентов средних и старших возрастных подгрупп примерно 2/3 всех расходов (65-67%) приходилось на зубопротезирование, а 33-34% - на лечение по санации рта.

Таблица 51.

Структура расходов ЧССО (по группе пациентов, получавших стоматологическую помощь без дентальной имплантации), %

Возрастная подгруппа, лет	Расходы на зубопротезирование, %	Расходы на санацию рта, %	Итого, %
18-24	53,8	46,2	100,0
25-34	65,9	34,1	100,0
35-44	67,2	32,8	100,0
45-54	67,1	32,9	100,0
55-64	66,2	33,8	100,0
65-74	66,7	33,3	100,0
75-84	64,7	35,3	100,0
Всего	65,3	34,7	100,0

Структура расходов ЧССО по оказанию стоматологической помощи на основе дентальной имплантации была несколько иной (табл. 52): в среднем 28,8% приходилось на расходы по дентальной имплантации, 45,9% - на зубопротезирование и 25,3% - на лечение по санации рта.

У пациентов 25-34 лет затраты ЧССО на выполнение дентальной имплантации составили 26,1% от числа всех расходов ЧССО по данной подгруппе, около половины (45,3%) приходилось на зубопротезирование, и 28,6% - на лечение по санации рта. Примерно такими же данные показатели были и у пациентов других возрастов, т.е. мы не обнаружили выраженных повозрастных различий.

Таблица 52.

Структура расходов ЧССО на оказание стоматологической помощи на основе дентальной имплантации (%)

Возрастная подгруппа, лет	Расходы на дентальную имплантацию	Расходы на зубопротезирование	Расходы на санацию рта
18-24	29,7	47,4	22,9
25-34	26,1	45,3	28,6
35-44	26,2	46,8	27,0
45-54	27,5	45,3	27,2
55-64	28,2	46,5	25,3
65-74	28,4	46,7	24,9
75-84	31,5	44,6	23,9
Всего	28,8	45,9	25,3

При этом основную долю затрат ЧССО при оказании стоматологической помощи на основе дентальной имплантации составили расходы на зубопротезирование (45,9%); на втором месте, с примерно равными долями – расходы на дентальную имплантацию и лечение по санации рта (28,8% и 25,3%). При оказании помощи пациентам ЧССО без дентальной имплантации структура расходов медицинской организации была иной – «львиная доля» тратилась на обеспечение зубопротезирования (65,3%), около трети (34,7%) – на лечение по санации рта.

В отношении пациентов несетевых ЧСМО, получивших помощь на основе дентальной имплантации (табл. 53), основная часть затрат медицинской организации приходилась на зубопротезирование (47,1%), остальное практически равными долями приходилось на дентальную имплантацию (26,4%) и лечение по санации рта (26,5%). При этом самая большая доля расхода на хирургический этап дентальной имплантации была у клиники в отношении пациентов 18-24 лет и составила 41,6%, что обусловлено перераспределением долей при небольших расходах на терапевтическое и

ортопедическое стоматологическое лечение, а самая малая – при оказании помощи пациентам старческого и пожилого возраста 65-74 лет (23,3%) и 75-84 лет (24,3%), что обусловлено существенно большими объёмами расходов по зубопротезированию и лечению по санации рта.

Таблица 53.

Структура расходов несетевых ЧСМО по оказанию стоматологической помощи на основе дентальной имплантации (%)

Возрастная подгруппа, лет	Дентальная имплантация	Зубопротезирование	Лечение по санации рта
18-24	41,6	37,7	20,7
25-34	27,1	43,0	29,9
35-44	27,9	45,4	26,7
45-54	26,7	46,5	26,8
55-64	27,7	46,4	25,9
65-74	23,3	49,6	27,1
75-84	24,3	49,6	26,1
Всего	26,4	47,1	26,5

У пациентов среднего возраста данный показатель держался в диапазоне 26,7-27,9%. Доля расходов на зубопротезирование была максимальной у клиники в части пациентов старческого и пожилого возраста (по 49,6%), минимальной (37,7% и 43,0%) – пациентов молодого возраста. Доля расходов на лечение по санации рта не обнаружила выраженных возрастных различий, находясь в диапазоне 26-29%. В целом, в структуре расходов на оказание стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в несетевых ЧСМО основную долю расходов занимало зубопротезирование (47,1%); примерно равные доли приходились на расходы по дентальной имплантации и санации рта (26,4%, 26,5%). Полученные результаты корреспондируются с аналогичными значениями для пациентов ЧССО (28,8%, 45,9%, 25,3% соответственно).

В отношении пациентов несетевых ЧСМО без дентальной имплантации основная часть всех расходов клиники приходилась на зубопротезирование (59,2%) и остальные 40,8% - на лечение по санации рта (табл. 54).

Таблица 54.

Структура расходов несетевых ЧСМО по оказанию стоматологической помощи без дентальной имплантации (%)

Возрастная подгруппа, лет	Расходы на зубопротезирование	Расходы на лечение по санации рта
18-24	51,2	48,8
25-34	64,6	35,4
35-44	60,2	39,8
45-54	60,0	40,0
55-64	58,5	41,5
65-74	55,4	44,6
75-84	62,4	37,6
Всего	59,2	40,8

У аналогичной группы пациентов ЧССО данные показатели составили 65,3% и 34,7% (см.выше).

Сравнивая полученные результаты с аналогичными показателями для пациентов, получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации в ЧССО, отметим, что изучаемая структура расходов в ЧССО и в несетевых ЧСМО существенно различалась. Так, в несетевых ЧСМО доля расходов на дентальную имплантацию была несколько ниже, чем в ЧССО (28,8% против 26,4%), стоимость зубопротезирования на её основе – также ниже (45,9% и 47,1%). Доли расходов на стоматологическое лечение были примерно одинаковыми (25,3% и 26,5%). В отношении пациентов, получавших стоматологическую помощь без дентальной имплантации, в ЧССО и несетевых ЧСМО структура расходов пациентов также обнаружила существенные различия. Доли расходов на зубопротезирование в ЧССО и в

несетевых ЧСМО составили соответственно 65,3% и 59,2%, доли расходов на стоматологическое лечение – 34,7% и 40,8%. Различий по отдельным возрастным подгруппам пациентов не имелось, что позволяет заключить, что существенных различий в особенностях организации обычной стоматологической помощи (без дентальной имплантации) в ЧССО и в несетевых ЧСМО не имелось, а основные различия касались организации стоматологической помощи на основе дентальной имплантации. Унифицированная система организации дентальной имплантации в ЧССО (хирургический и ортопедический этапы её) позволяет удешевить её для основных категорий пациентов (наиболее массовые, востребованные варианты дентальной имплантации), с другой стороны, в ЧССО есть дифференцированный подход в виде более дорогих имплантатов и методов дентальной имплантации для более взыскательных и обеспеченных категорий пациентов. При этом доля расходов на зубопротезирование на основе дентальной имплантации в ЧССО была несколько выше, что объясняется перераспределением в структуре, а показатели расходов на стоматологическое лечение были примерно одинаковыми в ЧССО и в несетевых ЧСМО, что доказывает одинаковость организации стоматологической помощи (терапевтической и хирургической) в ЧССО и в несетевых ЧСМО. Кроме того, как мы показали в настоящей работе, цены на большинство стоматологических услуг как по лечению, так и по дентальной имплантации в ЧССО подвержены дисконтированию, что ещё более увеличивает их доступность для пациентов.

Сравнение долевой структуры обращений пациентов для получения помощи на основе дентальной имплантации в ЧССО и в несетевых частных стоматологических организациях показало, что в целом доля посещений по поводу непосредственно дентальной имплантации в несетевых ЧСМО была несколько выше, чем в ЧССО (25,8% против 24,3%), что объясняется прежде всего централизацией помощи по дентальной имплантации в структуре ЧССО, меньшими затратами времени пациентов и меньшим количеством посещений.

Различия показателей в зависимости от возраста пациентов в целом подтвердили вышеозначенную тенденцию. Вместе с тем, отдельные пиковые различия показателя по отдельным возрастным подгруппам отражают, прежде всего, изменения в уровне стоматологического здоровья пациентов и, соответственно, разную потребность в дентальной имплантации.

4.5. Анализ доходности частной сетевой стоматологической организации.

Анализ доходности ЧССО (за вычетом из прибыли клиники её расходов) позволил установить, что, с учётом объёма стоматологической помощи она колебалась в довольно широких пределах (табл. 55, 56). Так, в части оказания помощи на основе дентальной имплантации, общая доходность с 1 принятого пациента составила 185401,13 руб. При этом она увеличивалась в зависимости от возраста пациентов: по самым молодым пациентам 18-24 лет данный показатель составил 55847,36 руб. на 1 пациента, по пациентам 25-34 лет – 96070,70 руб., 35-44 лет – 129791,85 руб. Существенный рост показателя общей доходности отмечен при оказании помощи пациентам старших и пожилых возрастов: по пациентам в возрасте 45-54 лет он составил 189410,72 руб., 55-64 лет – 228399,10 руб., 65-74 лет – 276784,31 руб., 75-84 лет – 321503,86 руб.

Наибольшую долю в общей доходности от оказания стоматологической помощи на основе дентальной имплантации составила доходность от зубопротезирования: в среднем 90838,96 руб. на 1 пациента, при этом показатель увеличивался от 26312,05 руб. у самых молодых пациентов до 155218,28 руб. у самых пожилых. Доходность от непосредственно дентальной имплантации составила в среднем 48568,08 руб. в пересчёте на 1 пациента, доходность от стоматологического лечения по санации рта – 45994,09 руб. на 1 пациента.

Аналогичные показатели, рассчитанные в отношении пациентов ЧССО, получивших помощь без дентальной имплантации, были существенно ниже (табл. 55). Так, общая доходность от оказания помощи (в пересчёте на 1 пациента) составила 91333,71 руб. (почти в 2 раза меньше, чем в предыдущей группе, $p<0,05$), доходность от лечения по санации рта – 33519,06 руб. (в 1,5 раза меньше, чем в предыдущей группе, $p<0,05$), доходность от зубопротезирования – 57814,65 руб. (в 1,6 раз меньше, $p<0,05$). Динамика повозрастных значений была примерно такая же, как и в предыдущей группе.

Характерно, что аналогичные показатели, рассчитанные для несетевых ЧСМО в отношении пациентов, получивших помощь на основе и без дентальной имплантации, были иными, хотя повозрастная динамика значений была примерно схожей (табл. 56, 57, рис. 35-40).

Так, в группе пациентов, получивших помощь на основе дентальной имплантации, общая доходность медицинской организации от оказания стоматологической помощи составила 131133,89 руб. (в пересчёте на 1 пациента), что было в 1,4 раза меньше, чем в ЧССО. При этом в отношении самых молодых пациентов данной группы показатель общей доходности составил 42847,20 руб., пациентов 35-44 лет – 94512,19 руб., 55-64 лет – 169217,47 руб., пожилых пациентов 65-74 лет – 199319,44 руб., 75-84 лет – 217726,08 руб.

Прибыль от дентальной имплантации (в пересчёте на 1 пациента) в несетевых ЧСМО в отношении лиц 18-24 лет составила 14745,00 руб. (в ЧССО 16607,00 руб.), 25-34 лет - 15927,00 руб. (в ЧССО 24731,00 руб.), 35-44 лет – 22226,91 руб., 45-54 лет – 28435,80 руб., 55-64 лет – 41755,24 руб., 65-74 лет – 43272,15 руб., 75-84 лет – 49193,95 руб. В целом, в несетевых ЧСМО данный показатель составил 30793,81 руб. (в ЧССО в 1,5 раза больше, 48568,08 руб., $p<0,05$, в том числе для пациентов всех возрастных подгрупп).

Таблица 55.

Прибыль ЧССО (положительное сальдо при вычете расходов из доходов) по оказанию стоматологической помощи на основе дентальной имплантации, в пересчёте на одного пациента (абс.)

Возрастная подгруппа, лет	Доходность от всего стоматологического лечения, руб.	Доходность от дентальной имплантации, руб.	Доходность от зубопротезирования, руб.	Доходность от лечения по санации рта, руб.
18-24	55847,36	16607,00	26312,05	12628,31
25-34	96070,70	24731,00	42960,19	28379,51
35-44	129791,85	30603,97	66200,06	32987,82
45-54	189410,72	45951,17	94488,09	48971,46
55-64	228399,10	59605,94	111299,05	57494,11
65-74	276784,31	69897,18	139394,99	67492,14
75-84	321503,86	92280,29	155218,28	74005,29
Всего	185401,13	48568,08	90838,96	45994,09

Таблица 56.

Прибыль ЧССО (положительное сальдо при вычете расходов из доходов) при оказании стоматологической помощи без дентальной имплантации, в пересчёте на одного пациента (абс.)

Возрастная подгруппа, лет	Доходность от всего стоматологического лечения, руб.	Доходность от зубопротезирования, руб.	Доходность от лечения по санации рта, руб.
18-24	48773,48	24547,25	24226,23
25-34	74449,40	47510,46	26938,94
35-44	72420,47	47149,44	25271,03
45-54	82386,16	51573,00	30813,16
55-64	103707,39	65572,28	38135,11
65-74	116737,05	77210,09	39526,96
75-84	140922,05	91200,06	49721,99
Всего	91333,71	57814,65	33519,06

Таблица 57.

Чистая прибыль несетевых ЧСМО по оказанию стоматологической помощи на основе дентальной имплантации, в пересчёте на одного пациента (абс.)

Возрастная подгруппа, лет	Общая прибыль, руб.	Прибыль от дентальной имплантации, руб.	Прибыль от зубопротезирования, руб.	Прибыль от санации рта, руб.
18-24	42847,20	14745,00	17742,20	10360,00
25-34	71960,47	15927,60	32055,47	23977,40
35-44	94512,19	22226,91	44284,97	28000,31
45-54	122354,38	28435,80	57599,44	36319,14
55-64	169217,47	41755,24	79553,88	47908,35
65-74	199319,44	43272,15	96622,41	59424,88
75-84	217726,08	49193,95	106260,73	62271,40
Всего	131133,89	30793,81	62017,01	38323,07

Таблица 58.

Чистая прибыль несетевых ЧСМО при оказании стоматологической помощи без дентальной имплантации, в пересчёте на одного пациента (абс.)

Возрастная подгруппа, лет	Общая прибыль, руб.	Прибыль от зубопротезирования, руб.	Прибыль от санации рта, руб.
18-24	35697,76	17273,15	18424,61
25-34	50647,20	31116,74	19530,46
35-44	54429,85	31620,06	22809,79
45-54	72471,22	41379,63	31091,59
55-64	81635,01	44307,96	37327,05
65-74	109994,72	54453,28	55541,44
75-84	106296,74	61044,76	45251,98
Всего	73024,63	40170,79	32853,84

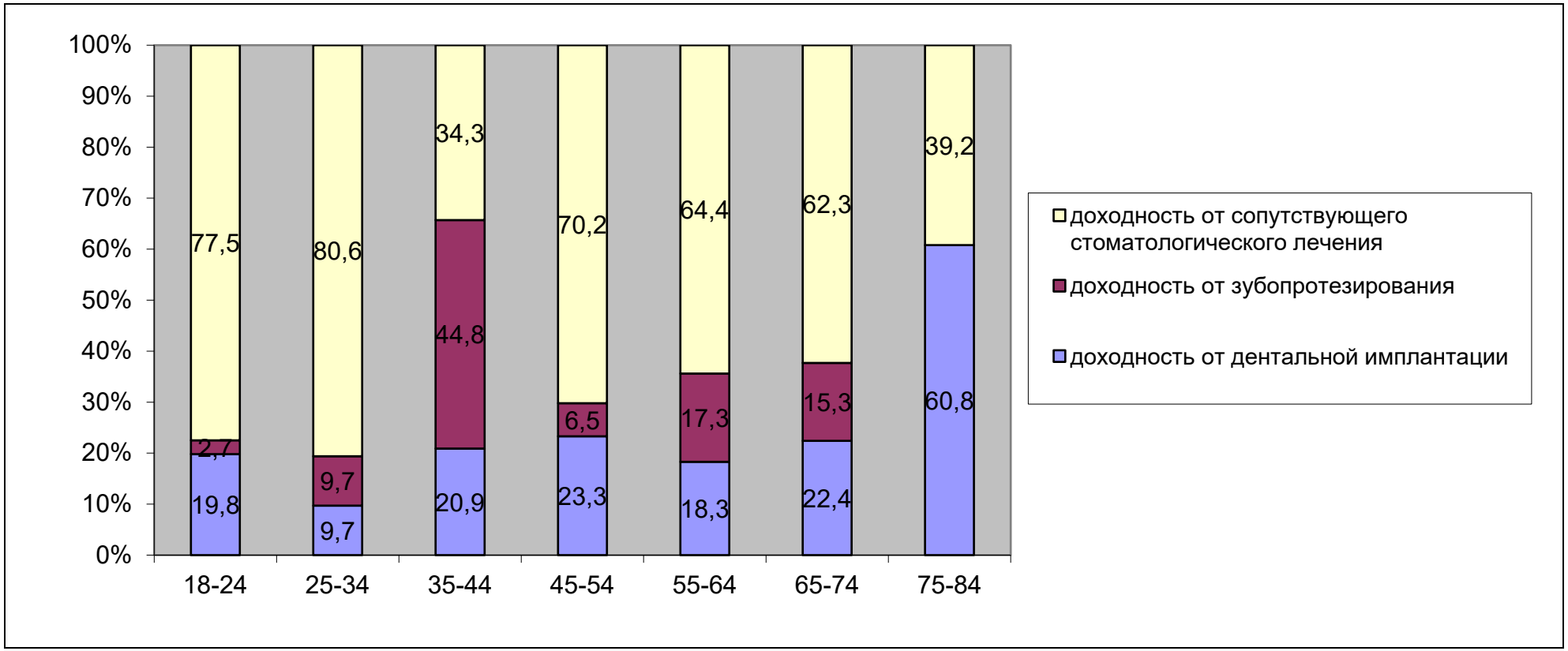


Рис. 35. Долевая структура доходности частной стоматологической организации по всей совокупности пациентов (виды доходов в разных повозрастных группах пациентов), %

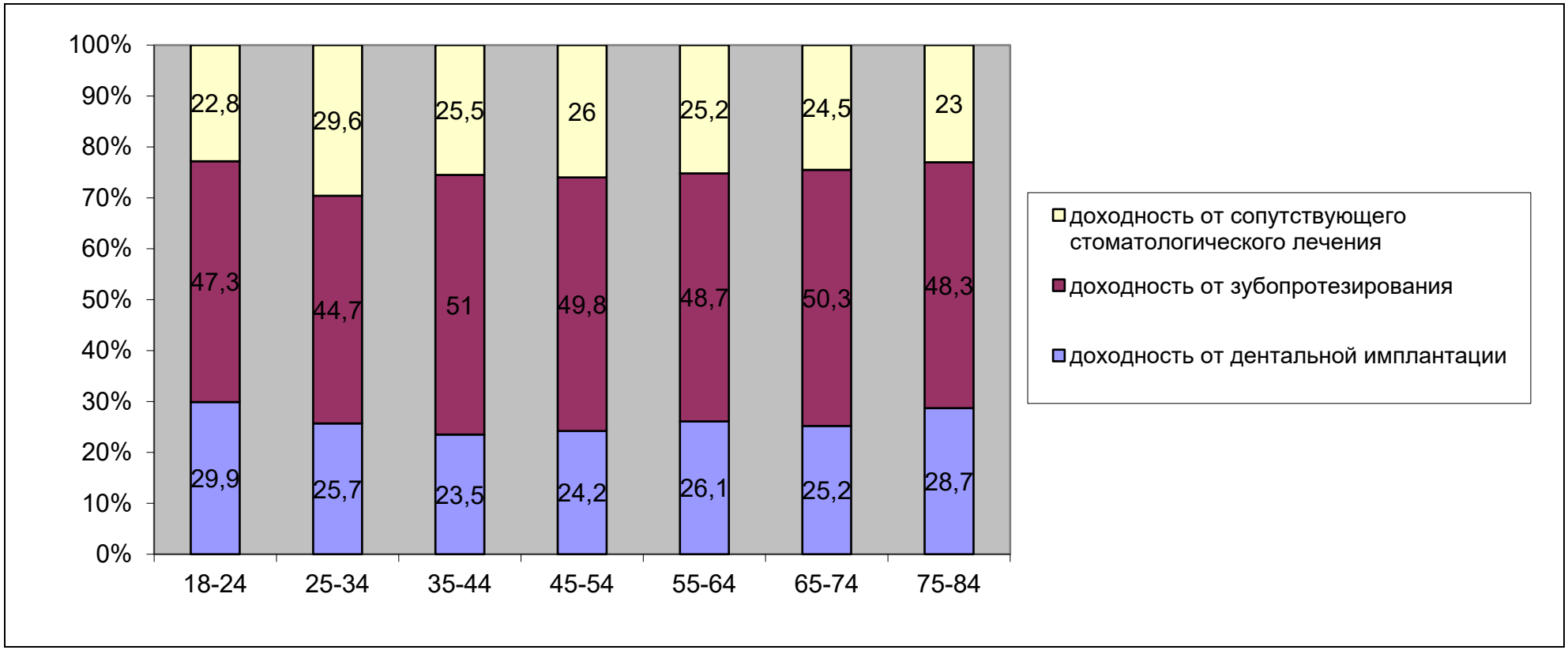


Рис. 36. Долевая структура доходности ЧССО (группа пациентов, получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации), %

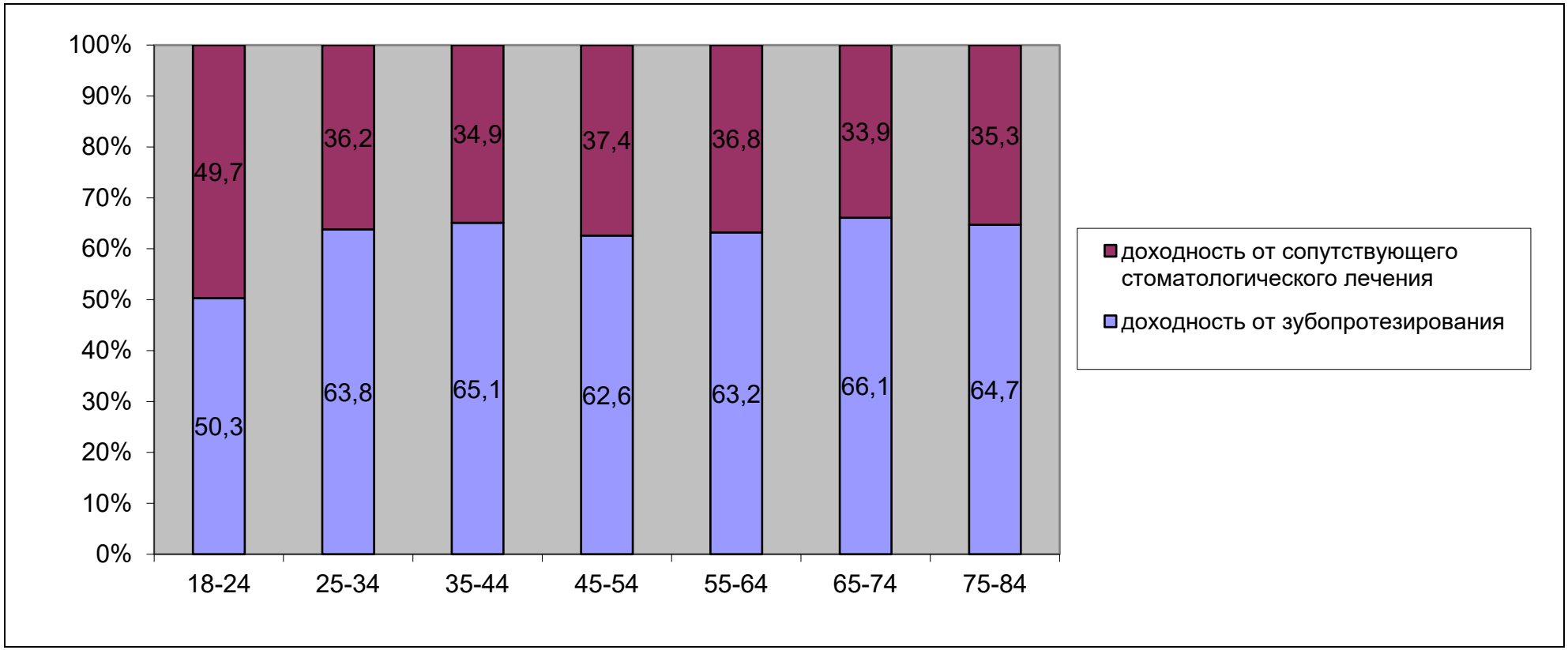


Рис. 37. Долевая структура доходности ЧССО (группа пациентов, получавших стоматологическую помощь без дентальной имплантации), %

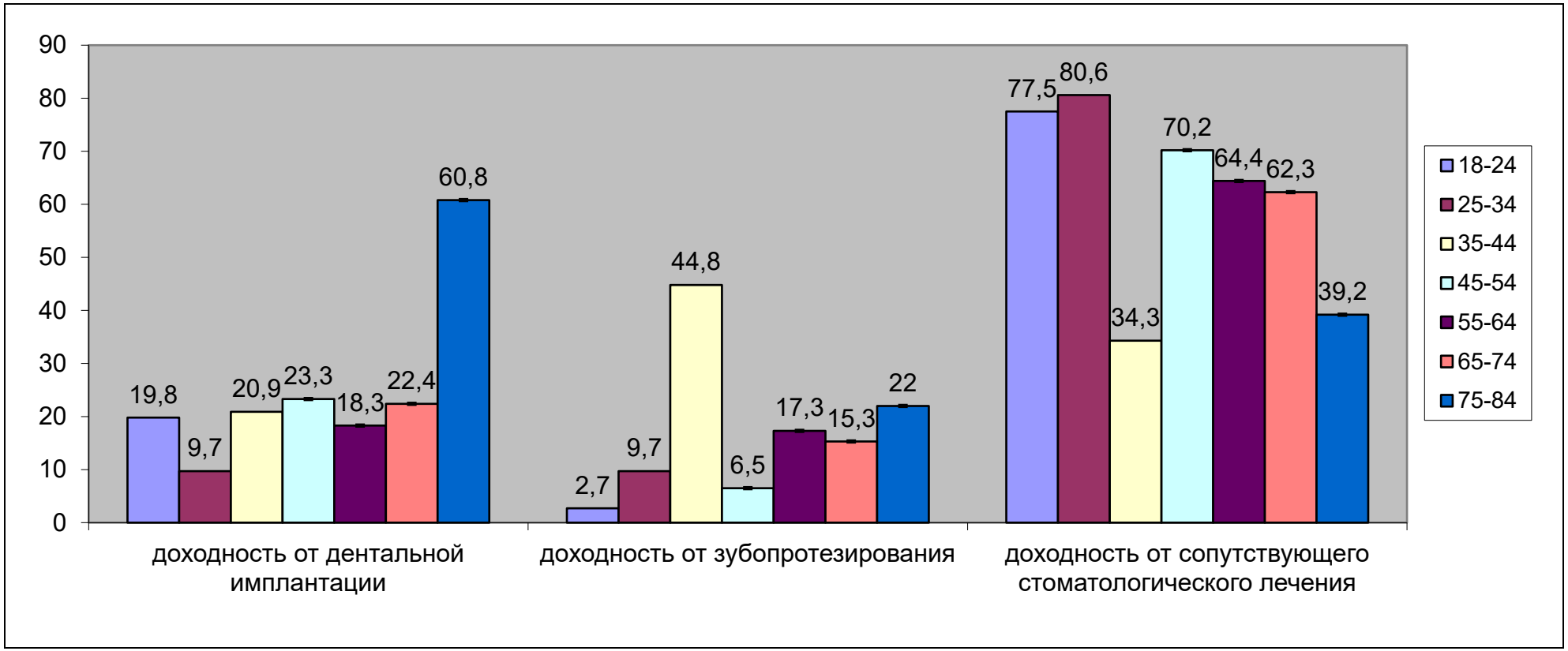


Рис. 38. Повозрастные различия структуры доходности частной стоматологической организации (генеральная совокупность), %

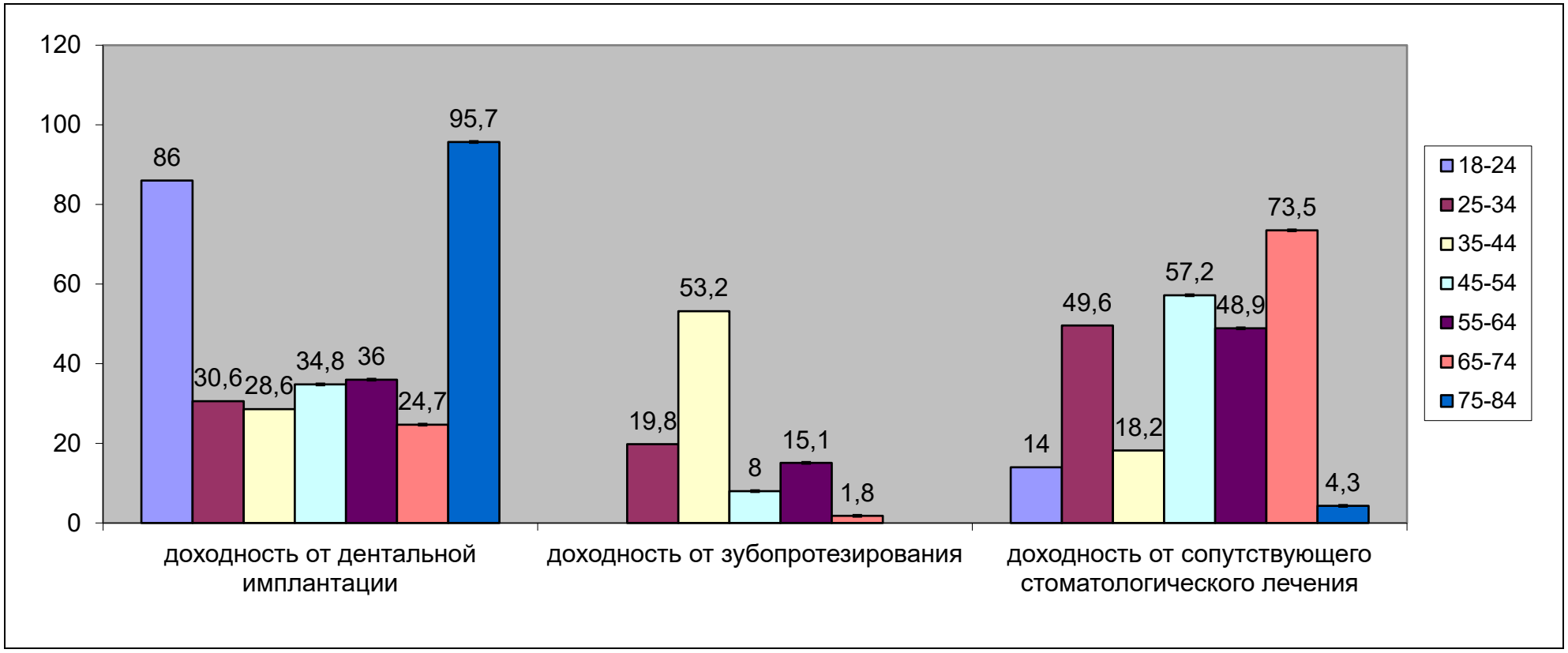


Рис. 39. Повозрастные различия структуры доходности частной стоматологической организации (группа пациентов, получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации), %

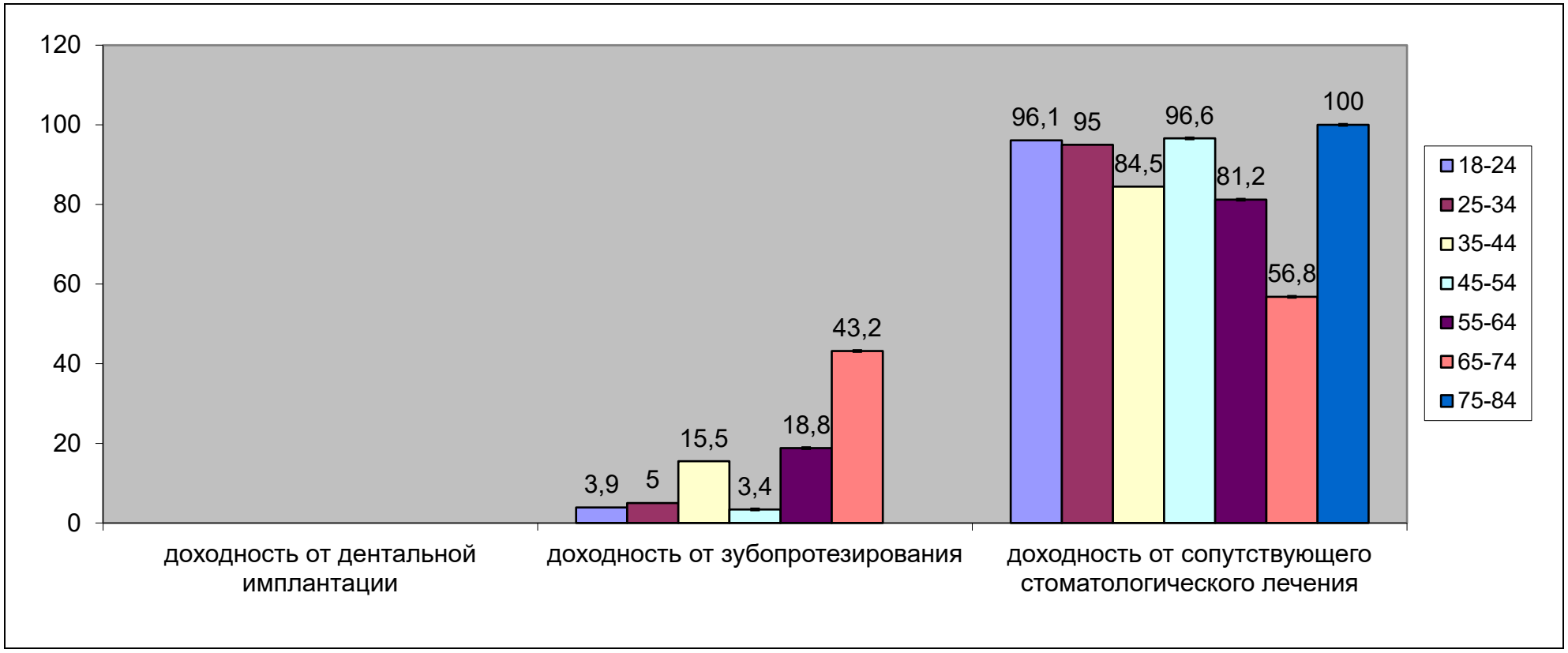


Рис. 40. Повозрастные различия структуры доходности частной стоматологической организации (группа пациентов, получавших стоматологическую помощь без дентальной имплантации), %

Прибыль от зубопротезирования в несетевых ЧСМО составила в среднем 62017,01 (на 1 пациента), что было в 1,5 раза ниже, чем аналогичный показатель в ЧССО (90838,96 руб., p<0,05), при этом значения для разных возрастных подгрупп пациентов также были ниже, чем в ЧССО: для пациентов 18-24 лет – 17742,20 руб., 25-34 лет – 32055,47 руб., 35-44 лет – 44284,97 руб., 45-54 лет – 57599,44 руб., 55-64 лет – 79553,88 руб., 65-74 лет – 96622,41 руб., 75-84 лет – 106260,73 руб. (табл. 57, 58).

Прибыль от санации рта в данной группе пациентов, получавших помощь на основе дентальной имплантации, была на втором месте после прибыли от зубопротезирования, и составила в среднем 38323,07 руб. (на 1 пациента), что было в 1,2 раза меньше, чем аналогичный показатель в ЧССО. При этом у самых молодых пациентов 18-24 лет значение составило 10360,00 руб. на 1 пациента, у лиц среднего возраста35-44 лет – 28000,31 руб., 55-64 лет – 47908,35 руб., а у пожилых пациентов 65-74 лет – уже 59424,88 руб. При этом у пациентов почти всех возрастных подгрупп доходность от санации рта была в 1,2-1,3 раза больше по сравнению с прибылью от дентальной имплантации, и в 1,6-1,7 раз меньше прибыли от зубопротезирования.

У пациентов несетевых ЧСМО, получавших помощь без дентальной имплантации, средняя прибыль на 1 пациента составила 73024,63 руб., что было в 1,8 раз меньше по сравнению с прибылью на 1 пациента в группе с дентальной имплантацией. При этом прибыль от зубопротезирования составила всего 40170,79 руб. на 1 пациента (в группе с дентальной имплантацией – 62017,01 руб., p<0,05), прибыль от санации рта – 32853,84 руб. (в группе с дентальной имплантацией – 38323,07 руб., p<0,05). Данные различия мы связываем прежде всего с большим объёмом стоматологической помощи пациентам в случае выполнения им дентальной имплантации, а также большей комплексностью её оказания при дентальной имплантации; вероятно, роль играет также частота случаев законченности лечения (пациенты с дентальной имплантацией более подвержены достижению санации рта).

Таблица 59.

Структура чистой доходности ЧССО (по группе пациентов, получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации), %

Возрастная подгруппа, лет	Доходность от дентальной имплантации, %	Доходность от зубопротезирования, %	Доходность от стоматологического лечения по санации рта, %
18-24	29,9	47,3	22,8
25-34	25,7	44,7	29,6
35-44	23,5	51,0	25,5
45-54	24,2	49,8	26,0
55-64	26,1	48,7	25,2
65-74	25,2	50,3	24,5
75-84	28,7	48,3	23,0
Всего	26,2	49,0	24,8

Сравнивая показатель доходности разных типов медицинских организаций (несетевых ЧСМО и ЧССО) у пациентов без дентальной имплантации, отметим, что общая доходность от оказания стоматологической помощи в ЧССО была выше: показатели составили 91333,71 руб. и 73024,63 руб. на 1 пациента соответственно, в том числе доходность от зубопротезирования 57814,65 руб. и 40170,79 руб. (в 1,25 раз и 1,44 раз, $p<0,05$). Показатели доходности от санации рта были почти одинаковыми, т.е. существенных различий в данном факторе между ЧССО и несетевыми ЧСМО не установлено (33519,06 руб. и 32853,84 руб., $p>0,1$).

Таблица 60.

Структура чистой доходности ЧССО (по группе пациентов, получавших стоматологическую помощь без дентальной имплантации), %

Возрастная подгруппа, лет	Доходность от зубопротезирования, %	Доходность от стоматологического лечения по санации рта, %
18-24	50,3	49,7
25-34	63,8	36,2
35-44	65,1	34,9
45-54	62,6	37,4
55-64	63,2	36,8
65-74	66,1	33,9
75-84	64,7	35,3
Всего	63,3	36,7

Обсуждая отдельные структурные составляющие показателя доходности стоматологической организации (табл. 59, 60), отметим, что, как уже было сказано ранее, для ЧССО наибольший вклад в итоговую доходность вносит доходность от зубопротезирования, причём в обеих группах пациентов (получивших помощь на основе и без дентальной имплантации – 49,0% и 63,3%); доля прибыли от лечения по санации рта в структуре доходности составляла 24,8% и 36,7% соответственно, а доля прибыли от дентальной имплантации (в соответствующей группе пациентов) – 26,2%.

Характерно, что аналогичные сравниваемые показатели в несетевых ЧСМО (табл. 61, 62) также показали наибольшую долю в структуре доходности – прибыль от зубопротезирования (47,3% и 55,0% у пациентов, получивших помощь на основе и без дентальной имплантации). Доля прибыли от лечения по санации рта составила соответственно 29,3% и 45,0%, а доля прибыли от дентальной имплантации (в соответствующей группе пациентов) – 23,4%.

Таблица 61.

Структура чистой доходности несетевых ЧСМО (по группе пациентов, получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации), %

Возрастная подгруппа, лет	Доходность от дентальной имплантации, %	Доходность от зубопротезирования, %	Доходность от стоматологического лечения по санации рта, %
18-24	34,4	41,4	24,2
25-34	22,1	44,5	33,4
35-44	23,5	46,8	29,7
45-54	23,2	47,0	29,8
55-64	24,6	47,0	28,4
65-74	21,7	48,4	29,9
75-84	22,6	48,8	28,6
Всего	23,4	47,3	29,3

Сравнивая структуру доходности в обеих совокупностях (ЧССО и несетевые ЧСМО), отметим, что доли прибыли от зубопротезирования и дентальной имплантации были больше в ЧССО, а доля прибыли от лечения по санации рта – больше в несетевых ЧСМО (табл. 61, 62). Полученные различия свидетельствуют о разной организации оказания стоматологической помощи в ЧССО и несетевых ЧСМО (в части ориентированности преимущественно на оказание комплексной стоматологической помощи в ЧССО и её незавершённость в несетевых ЧСМО), а также о разных предпочтениях пациентов (как было нами показано выше, в ЧССО пациенты чаще сами были настроены на полноценную санацию рта, в то время как в несетевых ЧСМО доля санированных была существенно ниже, чем в ЧССО).

Таблица 62.

Структура чистой доходности несетевых ЧСМО (по группе пациентов, получавших стоматологическую помощь без дентальной имплантации), %

Возрастная подгруппа, лет	Доходность от зубопротезирования, %	Доходность от стоматологического лечения по санации рта, %
18-24	48,3	51,7
25-34	61,4	38,6
35-44	58,1	41,9
45-54	57,1	42,9
55-64	54,2	45,8
65-74	49,5	50,5
75-84	57,4	42,6
Всего	55,0	45,0

В таблице 63 представлена зависимость «чистой» прибыли ЧССО от объёма оказанной стоматологической помощи (в пересчёте на 1 пролеченный и/или удалённый зуб). В группе пациентов с дентальной имплантацией наименьшее значение показателя отмечено у лиц молодого и среднего возраста (25-34 лет – 18264,40 руб., 35-44 лет – 19031,07 руб., 45-54 лет – 15692,69 руб., 55-64 лет – 18985,80 руб.), увеличение значений мы отметили у лиц старших возрастов (65-74 лет – 21456,15 руб., 75-84 лет – 29280,87 руб.). В группе пациентов без дентальной имплантации искомый показатель не обнаружил выраженных повозрастных различий, находясь в среднем на уровне 14-16 тысяч рублей, при этом минимальное значение 12753,28 руб. имело место у лиц 45-54 лет, максимальное – у лиц 75-84 лет (18615,86 руб.). В целом, показатель «чистой» прибыли ЧССО в пересчёте на 1 пролеченный и/или удалённый зуб был существенно выше у пациентов с дентальной имплантацией, нежели без неё (20949,28 руб. и 15350,21 руб., $p<0,05$), что мы связываем с увеличением объёма оказанной стоматологической помощи; также это подтверждает и различие в среднем количестве пролеченных либо удалённых зубов в этих группах пациентов (8,85 зубов и 5,95 зубов).

Таблица 63.

«Чистая» прибыль ЧССО в пересчёте на 1 пролеченный и удалённый зуб, в обеих группах пациентов, руб.

Возрастная подгруппа, лет	Среднее количество пролеченных либо удалённых зубов на 1 пациента (с дентальной имплантацией)	Среднее количество пролеченных либо удалённых зубов на 1 пациента (без дентальной имплантации)	Прибыль ЧССО, в пересчёте на 1 пролеченный либо удалённый зуб (группа с дентальной имплантацией)	Прибыль ЧССО, в пересчёте на 1 пролеченный либо удалённый зуб (группа без дентальной имплантации)
18-24	1,91	3,09	29239,46	15784,30
25-34	5,26	4,64	18264,40	16045,13
35-44	6,82	4,94	19031,07	14660,02
45-54	12,07	6,46	15692,69	12753,28
55-64	12,03	7,34	18985,80	14129,08
65-74	12,90	7,61	21456,15	15339,96
75-84	10,98	7,57	29280,87	18615,86
Всего	8,85	5,95	20949,28	15350,21

Суммарный анализ «чистой» доходности во всех сравниваемых группах пациентов показал (рис. 41), что для ЧССО средний показатель в отношении пациентов с дентальной имплантацией составил 185401,13 руб. на 1 пациента, без имплантации – 91333,71 руб. (в несетевых ЧСМО – соответственно 131133,89 руб. и 73024,63 руб.). Другими словами, даже при наличии эффективных дисконтных программ в ЧССО доходность оказалась выше, чем в несетевых ЧСМО – это справедливо для всех групп пациентов (независимо, получивших помощь с дентальной имплантацией или без имплантации). В структуре «чистой» доходности (рис. 42) максимальный вклад для всех групп пациентов приходился на доходность от зубопротезирования: в отношении

групп пациентов с дентальной имплантацией (ЧССО – 49,0%, несетевые ЧСМО – 47,3%), без дентальной имплантации (ЧССО – 66,1%, несетевые ЧСМО – 55,0%). Примерно треть в структуре доходности обеспечивается прибылью от лечения по санации рта: в отношении групп пациентов с дентальной имплантацией (ЧССО – 24,8%, несетевые ЧСМО – 29,3%), без дентальной имплантации (ЧССО – 33,9%, несетевые ЧСМО – 45,0%). Примерно такая же по объёму доля доходности в структуре приходилась на прибыль от дентальной имплантации (ЧССО – 26,2%, несетевые ЧСМО – 23,4%).

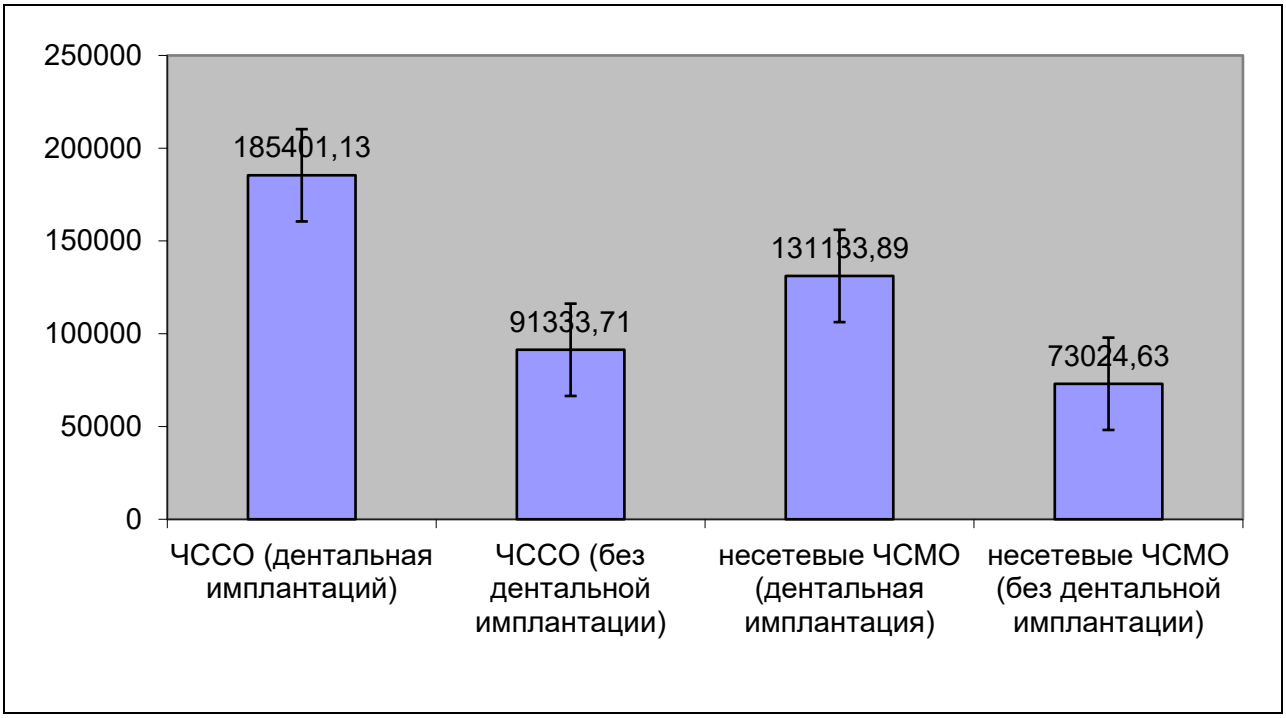


Рис. 41. «Чистая» доходность ЧССО и несетевых ЧСМО (в пересчёте на 1 пациента), руб.

Таким образом, выбор пациента при обращении в стоматологическую организацию в части получения стоматологической помощи именно на основе дентальной имплантации (безусловно, при наличии соответствующих показаний и клинических возможностей) в качестве альтернативного варианта лечения существенно увеличивает доходность данной клиники. Причём, как это показано выше, на увеличение доходности влияет не только непосредственно дентальная имплантация, но весьма существенно –

увеличение доходности в за счёт зубопротезирования, а также за счёт подготовительного лечения по санации рта.

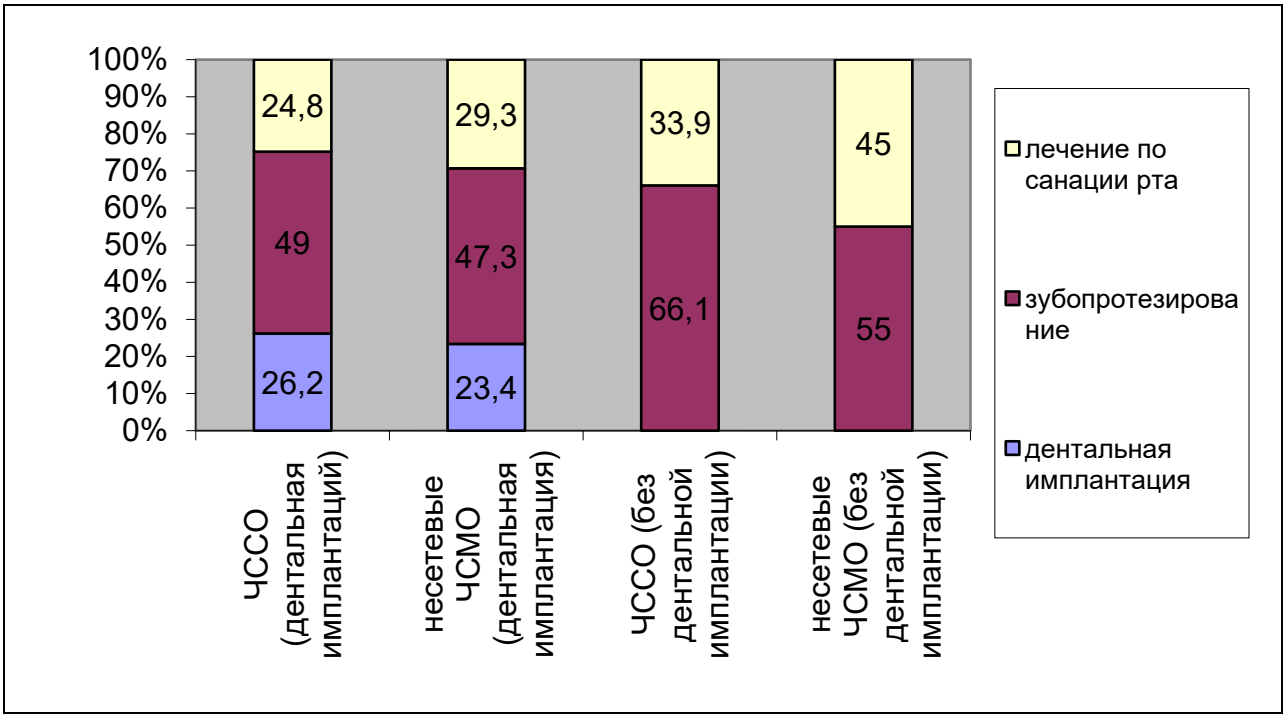


Рис. 42. Структура «чистой» доходности ЧССО и несетевых ЧСМО (%)

Проведённый анализ позволил установить определённые закономерности. Доходность частной медицинской организации увеличивалась с возрастом пациентов (что связано с увеличением объёма оказываемой стоматологической помощи), с выбором оказываемой помощи в части дентальной имплантации (безусловно, при наличии клинических показаний), а также при сетевой форме организации по сравнению с несетевыми ЧСМО. Больше всего в структуре доходности составляет доход от зубопротезирования, на втором месте с примерно равными долями – доход от непосредственно дентальной имплантации и от подготовительного лечения по санации рта. Выбор пациентом получения стоматологической помощи на основе дентальной имплантации (при наличии соответствующих показаний) существенно (более чем в 2 раз) удорожает стоимость всех этапов стоматологического лечения (включая лечение по санации рта и зубопротезирование) и соответственно увеличивает доход стоматологической клиники.

Таблица 64.

Финансово-экономические показатели деятельности ЧССО в зависимости от объёма оказанной помощи (в пересчёте на 1 пролеченный и/или удалённый зуб), руб.

Возрастная подгруппа, лет	Общая стоимость оказанной помощи	Расходы ЧССО	Доходы ЧССО
18-24	62960,48	43954,77	19005,71
25-34	56656,20	39830,98	16825,22
35-44	56767,72	39914,89	16852,83
45-54	51490,79	37297,67	14193,12
55-64	64821,17	47656,83	17164,34
65-74	72461,47	54036,54	18424,93
75-84	99239,39	73963,27	25276,12
Всего	68465,82	50093,71	18372,11

В заключение данного раздела мы проанализировали финансово-экономические показатели деятельности ЧССО в зависимости от объёма оказанной стоматологической помощи, за единицу которого мы взяли 1 пролеченный и/или удалённый в ходе лечения зуб (табл. 64, 65). Установлено, что стоимость всей оказанной стоматологической помощи в пересчёте на 1 пролеченный и/или удалённый зуб в общей совокупности пациентов ЧССО составила 68465,82 руб., что было в 1,5 раза меньше, чем у пациентов несетевых ЧСМО (101685,44 руб.); последний факт мы связываем прежде всего с активно реализуемыми в ЧССО дисконтными программами (см. раздел 4.6), особенно у пациентов зрелого и пожилого возраста.

Таблица 65.

Финансово-экономические показатели деятельности несетевых ЧСМО в зависимости от объёма оказанной помощи (в пересчёте на 1 пролеченный и/или удалённый зуб), руб.

Возрастная подгруппа, лет	Общая стоимость оказанной помощи	Расходы ЧСМО	Доходы ЧСМО
18-24	95812,21	78440,51	17371,70
25-34	80802,02	64490,89	16311,13
35-44	70288,07	57494,46	12793,61
45-54	100084,66	82116,81	17967,85
55-64	87319,66	85128,11	2191,55
65-74	123209,41	102569,77	20639,64
75-84	123664,12	102438,58	21225,54
Всего	101685,44	84419,23	17266,21

У молодых пациентов 18-24 лет данные показатели в ЧССО и несетевых ЧСМО составили 62960,48 руб. и 95812,21 руб., у пациентов 25-34 лет – 56656,20 руб. и 80802,02 руб. Примерно на таком же уровне эти показатели были у пациентов 35-44 лет (56767,72 руб. и 70288,07 руб.). У пациентов более старших возрастов 45-54 лет в ЧССО данный показатель существенно снизился, достигнув локального минимума для всех возрастных подгрупп (51490,79 руб.), а в несетевых ЧСМО, наоборот, вырос до 100084,66 руб. (разница почти в 2 раза); данный факт мы связываем с активной реализацией дисконтных программ в ЧССО. У пациентов 55-64 лет эти показатели составили 64821,17 руб. и 87319,66 руб. Существенное увеличение значений анализируемого показателя мы отметили у пациентов пожилых возрастов: 65-74 лет (72461,47 руб. и 123209,41 руб.), 75-84 лет (99239,39 руб. и 123664,12 руб.).

Характерно, что показатели доходности в пересчёте на 1 пролеченный и/или удалённый зуб в общей совокупности пациентов ЧССО и несетевых ЧСМО почти совпадали, что доказывает наш ранее высказанный тезис об активном внедрении дисконтных программ в ЧССО. В частности, средние значения доходности в ЧССО и несетевых ЧСМО в пересчёте на 1 пролеченный и удалённый зуб составили 18372,11 руб. и 17266,21 руб. При этом у молодых пациентов 18-24 лет и 25-34 лет данные показатели составили 19005,71 руб. и 17371,70 руб., 16825,22 руб. и 16311,13 руб. соответственно, у пациентов среднего возраста 35-44 лет 16852,83 руб. и 12793,61 руб., 45-54 лет – 14193,12 руб. и 17967,85 руб. Примерно на таком же уровне эти показатели держались и у пациентов старших возрастов, т.е. существенных повозрастных различий в показателях доходности как в ЧССО, так и в несетевых ЧСМО нами не отмечено.

Обращает на себя внимание существенная разница в расходах на проведение всего объёма стоматологического лечения, составившая в пересчёте на 1 пролеченный и удалённый зуб в ЧССО и несетевых ЧСМО 50093,71 руб. и 84419,23 руб. соответственно. При этом в отношении пациентов молодого возраста 18-24 лет и 25-34 лет данные показатели составили 43954,77 руб. и 78440,51 руб., 39830,98 руб. и 64490,89 руб., в отношении пациентов среднего возраста 35-44 лет – 39914,89 руб. и 57494,46 руб., 45-54 лет – 37297,67 руб. и 82116,81 руб. соответственно. Увеличение суммы расходов мы наблюдали для пациентов в возрасте 55-64 лет и старше: 47656,83 руб. и 85128,11 руб., 65-74 лет – 54036,54 руб. и 102569,77 руб. В целом, средняя стоимость расходов на осуществление всего объёма стоматологической помощи в пересчёте на 1 пролеченный и удалённый зуб в ЧССО и несетевых ЧСМО составила 50093,71 руб. и 84419,23 руб., что мы связываем с активным внедрением дисконтных программ в ЧССО.

Таблица 66.

Основные финансово-экономические показатели доходности и расходов ЧССО при оказании стоматологической помощи, в пересчёте на 1 пациента (вся совокупность) в зависимости от возраста, руб. (абс.)

Возрастная подгруппа, лет	Стоимость всего стоматологического лечения, руб.	Общий объём расходов ЧССО на 1 пациента, руб.	Доходность ЧССО на 1 пациента, руб.	Доля чистой прибыли клиники в общей структуре стоимости лечения, %
18-24	170622,92	119117,43	51505,49	30,2
25-34	279881,66	196765,09	83116,57	29,7
35-44	333226,53	234300,44	98926,09	29,7
45-54	476804,74	345376,45	131428,29	27,5
55-64	628765,35	462271,33	166494,02	26,4
65-74	768816,20	573327,72	195488,48	25,4
75-84	932850,33	695254,78	237595,55	25,4
Всего	512809,01	375201,89	137607,12	26,8

Таблица 67.

Основные финансово-экономические показатели доходности и расходов несетевых ЧСМО при оказании стоматологической помощи, в пересчёте на 1 пациента (вся совокупность) в зависимости от возраста, руб. (абс.)

Возрастная подгруппа, лет	Стоимость всего стоматологического лечения, руб.	Общий объём расходов несетевых ЧСМО на 1 пациента, руб.	Доходность несетевых ЧСМО на 1 пациента, руб.	Доля чистой прибыли клиники в общей структуре стоимости лечения, %
18-24	216535,60	177275,57	39260,03	18,1
25-34	330480,27	263767,76	66712,51	20,2
35-44	401344,92	328293,41	73051,51	18,2
45-54	519439,39	426186,25	93253,14	17,9
55-64	572816,99	558440,46	14376,53	2,5
65-74	840288,23	699525,85	140762,38	16,7
75-84	890381,69	737557,78	152823,91	17,1
Всего	549101,40	455863,87	93237,53	17,0

Таблица 68.

Сравнение чистой прибыли ЧССО и несетевых ЧСМО (доходность в рублях, за вычетом расходов, на каждую 1000 руб. стоимости лечения, оплаченную пациентом, абс.)

Возрастная подгруппа, лет	ЧССО	Несетевые ЧСМО
18-24	301,87	181,31
25-34	296,97	201,86
35-44	297,77	182,01
45-54	275,65	179,52
55-64	264,80	25,09
65-74	254,28	167,51
75-84	254,70	171,64
Всего	268,34	169,80

В таблицах 66-68 приведены основные финансово-экономические показатели деятельности ЧССО и несетевых ЧСМО. Показатели «чистой» доходности клиник ЧССО составили в среднем 137707,12 руб. на 1 пациента, увеличиваясь с возрастом пациентов с 51505,49 руб. у пациентов 18-24 лет до 237595,55 руб. у пациентов 75-84 лет. Такая же тенденция отмечена в несетевых ЧСМО (средний показатель доходности составил 93237,53 руб. на 1 пациента, почти в 1,5 раза ниже, чем в ЧССО).

Доля «чистой» прибыли клиники в общей структуре стоимости стоматологического лечения составила: в ЧССО 27,0%, в несетевых ЧСМО 17,0%. Соответственно этому, средний показатель расходов по стоматологическому лечению 1 пациента в ЧССО составил 375201,89 руб., в несетевых ЧСМО 455863,87 руб., в структуре стоимости приёма это составило 73,0% и 83,0% соответственно.

Характеризуя «чистую» прибыль клиник, мы рассчитали, сколько денег остаётся клинике от каждой 1000 рублей, внесённых пациентом в оплату своего лечения. Вычитая расходы на проведение лечения, мы видим, что в

качестве «чистой» прибыли в ЧССО остаётся 268,34 руб. из каждой 1000 руб., внесённых пациентом, а в несетевых ЧСМО – 169,80 руб. (в 1,6 раз меньше, $p<0,05$).

4.6. Дисконтирование в условиях в частной сетевой стоматологической организации.

Анализ средних уровней цен в ЧССО и аналогичных по классу обслуживания частных стоматологических сторонних организаций показал, что сетевая клиника придерживается политики существенного снижения (дисконтирования) стоимости многих наиболее востребованных стоматологических услуг. Так, наиболее существенное снижение цен ЧССО предлагает на: различные анализы крови и виды рентгеновского обследования (на 38,0% дешевле), основные манипуляции хирургического стоматологического приёма (в среднем на 21,0% дешевле). Достаточно дёшево для собственных пациентов ЧССО по сравнению со сторонними стоматологическими организациями предлагает изготовление вкладок из кобальто-хромового сплава (на 15-25% дешевле) и несъёмное протезирование на дентальных имплантатах (в среднем на 10-25% дешевле).

Другие стоматологические услуги обнаружили разную степень дисконта (снижения цен): на отдельные виды стоматологическое обезболивания дисконт составил 6,7%, на отбеливание зубов 6,7%, на большинство манипуляций стоматологического терапевтического приёма 18,2-33,2% (в том числе на эндодонтические манипуляции с использованием микроскопа – 23,9%). Ультразвуковая обработка поверхностей зуба (скейлинг) имеет дисконт в 20,3%. Характерно, что большинство пародонтологических вмешательств вообще не имело какого-либо дисконта (0,0%) – это касалось любых пародонтальных операций, реконструктивных операций в области костных карманов, пластики уздечек губ и языка, реконструктивных вмешательств в области десневого края. Очень небольшой дисконт имелся для

большинства имплантологических манипуляций: взятие мягкотканого трансплантата в области твёрдого нёба 13,7%, использование имплантатов фирмы “Nobel” – всего 0,3%, «Replace Select” – 1,4%, трабекулярных имплантатов системы “Zimmer” – 2,3%. Операции в условиях дефицита костного объёма с использованием различных костно-пластических материалов – дисконт составил 6,8%, при реконструкции альвеолярного отростка челюстей – всего 1,9%.

Кроме того, фирма “Nobel” при установке имплантатов “Nobel” предоставляет пожизненную гарантию, и такие имплантаты могут быть заменены бесплатно при их отторжении; это, безусловно, также снижает финансовую нагрузку на ЧССО.

Существенным дисконтом отличаются услуги стоматологического ортопедического приёма (в среднем 29,4%), особенно услуги по изготовлению разного рода вкладок: вкладка обычная (дисконт 23,5%), вкладка титановая (24,8%), композитная вкладка «Bellglass” (25,0%), вкладка из спецсплава “Begocer” (23,0%), из сплава “Biopontostar” (26,6%).

Дисконт на самые распространённые стоматологические манипуляции был самым низким – это касалось изготовления виниров (7,9%), безметалловых коронок (6,5%), металлокерамических коронок (3,8%). Дисконт на съёмное зубопротезирование достигал трети от первоначальной цены (в среднем 32,3%), однако на съёмное зубопротезирование на дентальных имплантатах дисконт был меньше в 2 раза (16,4%). Самый большой дисконт был установлен для несъёмного зубопротезирования на дентальных имплантатах – 30,0%. На изготовление супраструктур дисконт составил 24,6%.

Подытоживая сказанное, отметим: дисконтирование в условиях ЧССО подвержено существенной дифференциации, показывая разные объёмы для разных стоматологических процедур. Наибольшему дисконтированию оказались подвержены услуги, направленные на привлечение пациентов в стоматологическую организацию (например, несъёмное зубопротезирование с

использованием дентальной имплантации, отдельные виды зубных вкладок), либо малозатратные процедуры, также мотивирующие пациентов к преимущественному обращению в данную организацию (например, различные виды анализов и рентгеновских обследований), основные манипуляции хирургического стоматологического приёма – такие, как удаление зуба, вскрытие абсцессов, перевязка ран и т.п. В остальных случаях, если стоматологическая процедура была затратной по себестоимости либо не обеспечивала маркетинговых функций (привлечение пациентов) - дисконт на неё был очень мал (в пределах 0,3-7%). Характерно, что отдельные манипуляции (в частности, пародонтологического приёма, костные операции при дентальной имплантации, применение инновационных видов имплантатов и т.п.) практически не имели никакого дисконта.

В целом, средний уровень дисконта для процедур терапевтического стоматологического приёма составил 24,6%, хирургического стоматологического приёма (кроме дентальной имплантации) – 26,7%, пародонтологического приёма – 0,0%, процедур дентальной имплантации – 7,2%, ортопедического стоматологического приёма – 26,4%, что полностью иллюстрирует закономерности, высказанные нами ранее.

Анализ эффективности дисконтных программ. В таблице 69 представлены сведения по скидкам, предоставляемым пациентам на получение стоматологической помощи в клиниках ЧССО на протяжении 2019 года. Установлено, что в 1 клинике скидки разного рода получили 250 из 1344 пациентов (18,6%), при этом средневзвешенный размер дисконта для них составил 17,5%. В пересчёте на всю совокупность пациентов, получивших стоматологическую помощь в данной клинике, средний размер дисконта находился в пределах 3,4%.

Во 2 клинике количество пациентов, получивших те или иные формы скидок на стоматологическую помощь, составило 1710 из 3786 получивших помощь (45,1%), при этом средний размер дисконта для лиц, его получивших,

составил 16,8% (в пересчёте на всю совокупность пациентов данной клиники дисконт составил 7,6%).

В 3 клинике общее число пациентов, получивших те или иные виды скидок на стоматологическую помощь, составило 290 из 1465 человек (19,7%), при этом средний уровень дисконта для лиц, получивших скидки, составил 16,8% (в пересчёте на всю совокупность пациентов данной клиники 3,4%).

В 4 клинике таких пациентов было 1450 из 3709 человек (39,1%), при этом средний размер дисконта для лиц, получивших скидки, составил 14,8% (в пересчёте на всю совокупность пациентов данной клиники 5,8%).

В 5 клинике те или иные формы скидок на стоматологическую помощь получили 379 из 1446 пациентов (26,2%), при этом средний размер дисконта для лиц, получивших скидки, составил 13,8% (в пересчёте на всю совокупность пациентов данной клиники 3,7%).

Подводя итог вышесказанному по всем медицинским организациям ЧССО, отметим, что те или иные виды скидок на стоматологическую помощь были предоставлены 4079 из 11750 пациентов (34,7%), при этом средний размер дисконта для лиц, его получивших, составил 15,8%, а в пересчёте на всю совокупность пациентов ЧССО – 5,5%. Другими словами, не менее трети всех обратившихся пациентов ЧССО получили скидки на стоматологическую помощь со средневзвешенным размером дисконта 15,8%. В пересчёте на всю совокупность пациентов ЧССО размер дисконта составляет не менее 5,5%.

Аналогичный анализ, проведённый годом ранее (в 2018 году), показал следующее (табл. 70, рис. 43). В 1 клинике ЧССО скидки разного рода получили 186 из 970 пациентов (19,2%), при этом средневзвешенный размер дисконта для них составил 17,6%. В пересчёте на всю совокупность пациентов, получивших стоматологическую помощь в данной клинике, средний размер дисконта находился в пределах 3,4%.

Во 2 клинике количество пациентов, получивших те или иные формы скидок на стоматологическую помощь, составило 1710 из 3751 получивших помощь (45,6%), при этом средний размер дисконта для лиц, его получивших,

достиг 16,7% (в пересчёте на всю совокупность пациентов данной клиники дисконт достиг 7,7%).

В 3 клинике общее число пациентов, получивших те или иные виды скидок на стоматологическую помощь, составило 310 из 1352 человек (22,9%), при этом средний уровень дисконта для лиц, получивших скидки, достиг 16,4% (в пересчёте на всю совокупность пациентов данной клиники 3,8%).

В 4 клинике таких пациентов было 1475 из 4160 человек (35,4%), при этом средний размер дисконта для лиц, получивших скидки, составил 14,9% (в пересчёте на всю совокупность пациентов данной клиники 5,3%).

В 5 клинике те или иные формы скидок на стоматологическую помощь получили 378 из 1388 пациентов (27,2%), при этом средний размер дисконта для лиц, получивших скидки, составил 15,8% (в пересчёте на всю совокупность пациентов данной клиники 5,6%).

В целом, те или иные виды скидок на стоматологическую помощь в 2018 году были предоставлены 4059 из 11621 пациентов (36,0%), при этом средний размер дисконта для лиц, его получивших, составил 15,8%, а в пересчёте на всю совокупность пациентов ЧССО – 5,6%. Другими словами, не менее трети всех обратившихся пациентов ЧССО получили скидки на стоматологическую помощь со средневзвешенным размером дисконта 15,8%. В пересчёте на всю совокупность пациентов ЧССО размер дисконта составляет не менее 5,5% (табл. 71, рис. 44, 45).

Среди пациентов, получавших стоматологическую помощь без дентальной имплантации, средняя эффективность использования дисконтных программ (рассчитанная с учётом упущенной прибыли клиники) составила 6816807,92 руб. на данную группу, или 26018,35 руб. дополнительно полученной прибыли на одного пациента.

Таблица 69.

Количество пациентов, получивших те или иные скидки на стоматологическую помощь в клиниках ЧССО в 2019 году

Размер скидки	Клиника 1	Клиника 2	Клиника 3	Клиника 4	Клиника 5	Итого по ЧССО
0 %	1094	2076	1175	2259	1067	7671
5 %	2	42	12	68	36	160
10 %	69	545	77	574	161	1426
15 %	10	88	17	176	36	327
20 %	155	917	172	624	145	2013
25 %	0	16	2	0	0	18
30 %	14	102	10	8	1	135
Всего	1344	3786	1465	3709	1446	11750
Доля пациентов, получивших скидки, %	18,6	45,2	19,8	39,1	26,2	34,7

Таблица 70.

Количество пациентов, получивших те или иные скидки на стоматологическую помощь в клиниках ЧССО в 2018 году

Размер скидки	Клиника 1	Клиника 2	Клиника 3	Клиника 4	Клиника 5	Итого по ЧССО
0 %	784	2041	1042	2685	1010	7562
5 %	2	36	5	74	21	138
10 %	48	510	89	560	168	1375
15 %	1	82	31	168	51	333
20 %	125	1024	184	664	138	2135
25 %	3	10	0	0	0	13
30 %	7	48	1	9	0	65
Всего	970	3751	1352	4160	1388	11621
Доля пациентов, получивших скидки, %	13,2	45,6	22,9	35,4	27,2	36,0

Таблица 71.

Размер дисконта на стоматологическую помощь в клиниках ЧССО (%)

Размер скидки	Клиника 1	Клиника 2	Клиника 3	Клиника 4	Клиника 5	Итого по ЧССО
Средний размер дисконта для пациентов, получивших скидки в 2018 г	13,2	45,6	22,9	35,4	27,2	36,0
Средний размер дисконта для пациентов, получивших скидки в 2019 г	18,6	45,2	19,8	39,1	26,2	34,7
Средняя скидка по всей совокупности пациентов данной клиники в 2018 г	3,4	7,7	3,8	5,3	3,9	5,6
Средняя скидка по всей совокупности пациентов данной клиники в 2019 г	3,4	7,6	3,4	5,8	3,7	5,5

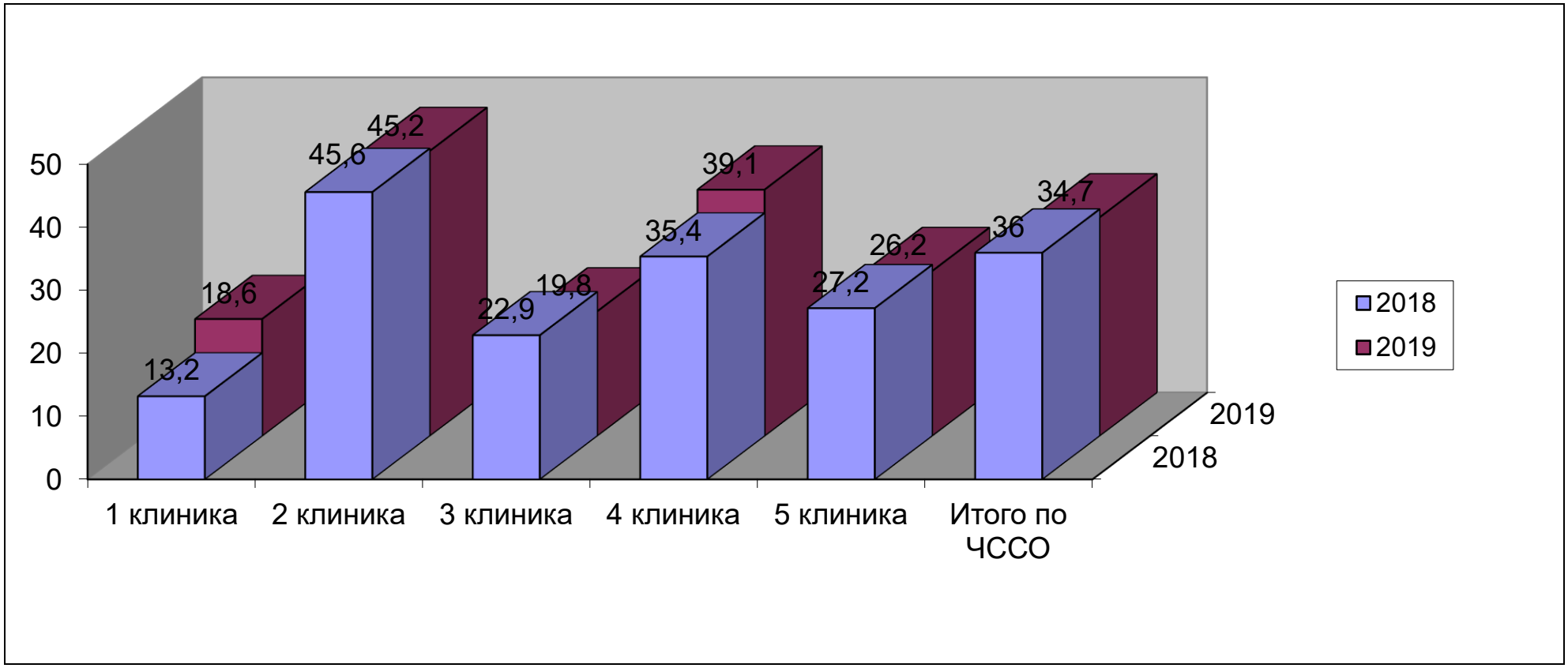


Рис. 43. Доли пациентов, получивших те или иные скидки в клиниках ЧССО (%)

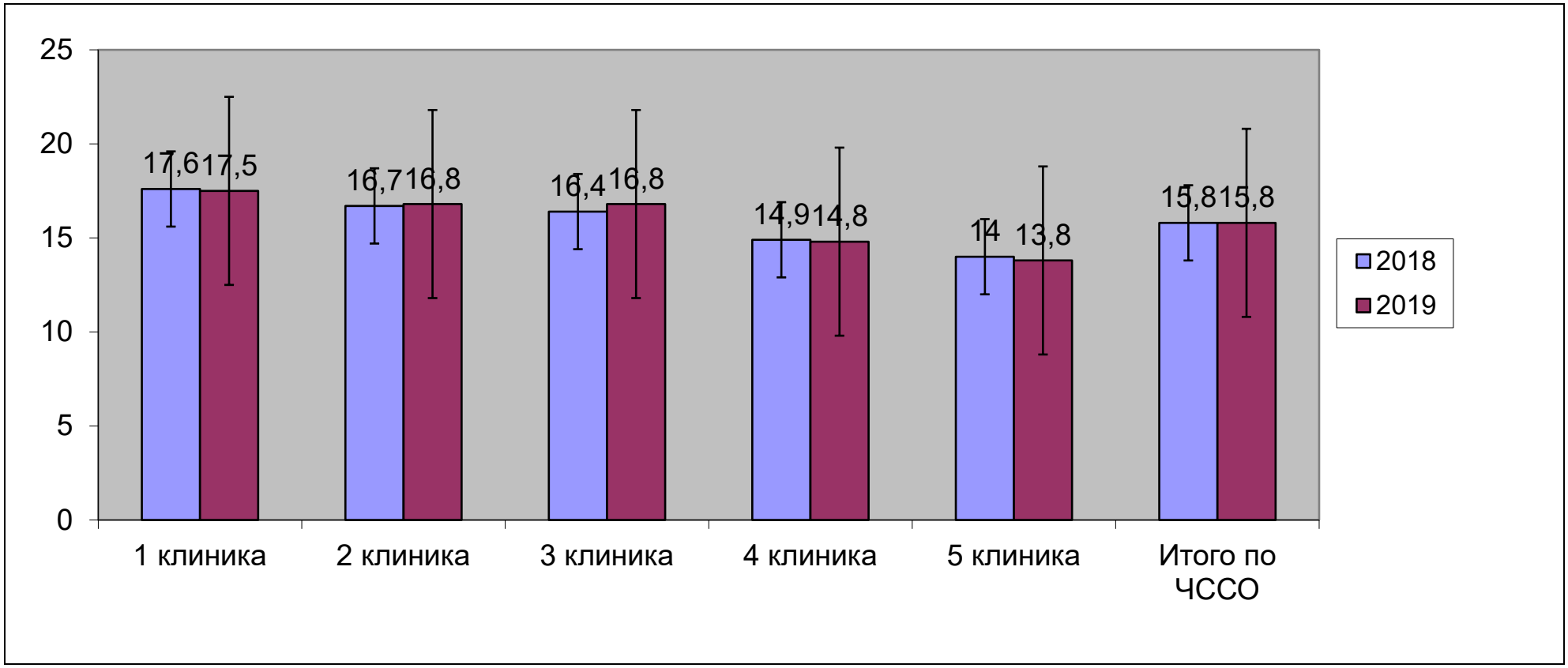


Рис. 44. Средний размер дисконта для пациентов, получивших те или иные скидки в клиниках ЧССО (%)

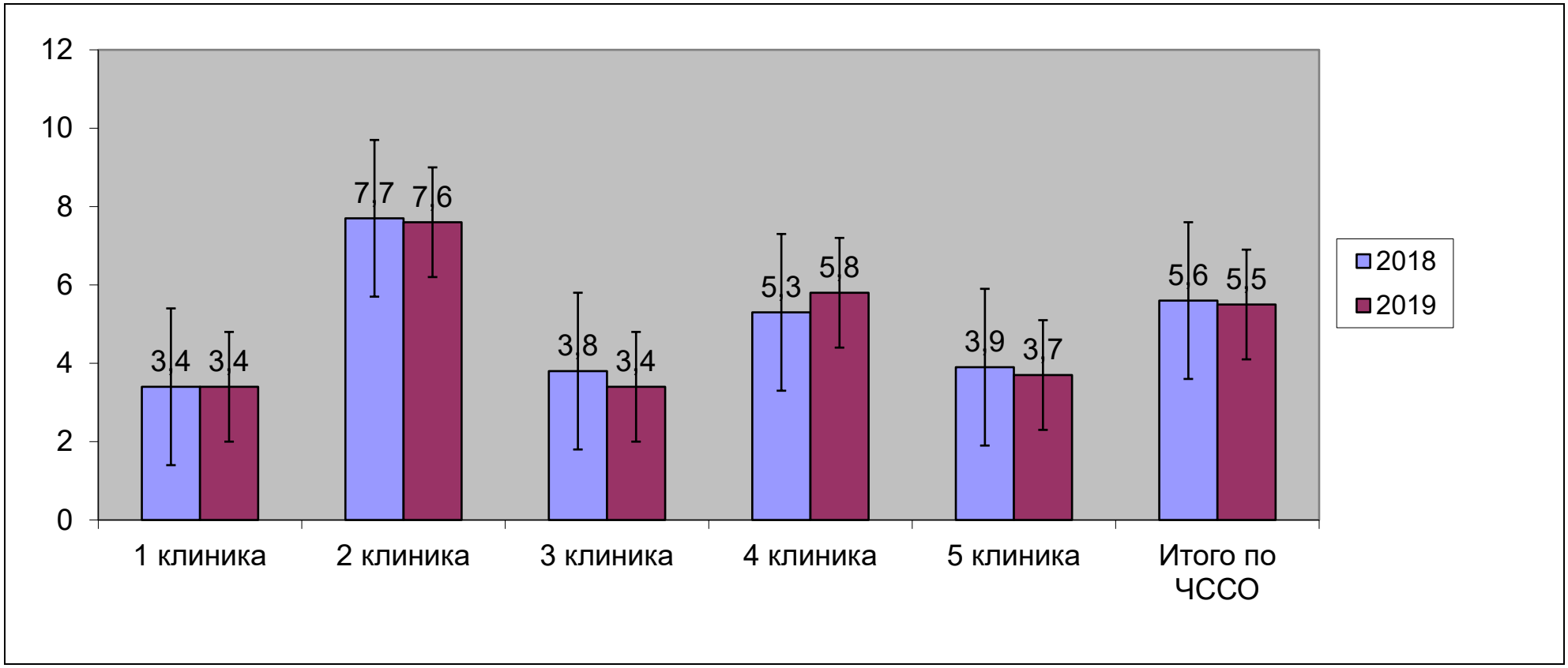


Рис. 45. Средний размер дисконта для всей совокупности пациентов каждой клиники ЧССО (%)

То есть эффективность дисконтных программ (способствующих удержанию пациента, расширению с его согласия объёма оказываемой ему стоматологической помощи, привлечению новых пациентов и др.), оказалась даже выше, чем рассчитанная недополученная прибыль от лечения 1 пациента без дисконтирования. В группе пациентов, получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, эффективность дисконтной программы в данной группе была отрицательная (-10716,16 руб. на одного пациента), что обусловлено высоким уровнем дисконтирования. Другими словами, высокий уровень дисконтирования сильно снижал возможную прибыль от реализации дисконтных программ (способствующих удержанию пациента, расширению с его согласия объёма оказываемой ему стоматологической помощи, привлечению новых пациентов и др.), то есть эта прибыль не смогла перекрыть возможный недополученный доход от лечения 1 пациента без дисконтных программ.

Очевидно, что для обеспечения доходности стоматологической клиники и в то же время для предотвращения оттока потенциальных пациентов-потребителей медицинских услуг, средний уровень дисконтирования должен находиться не ниже 50,0%.

Определённые различия были установлены и в отношении материально-технического обеспечения лечебного процесса стоматологических клиник, входящих в сетевое объединение. В структуре ЧССО существует собственное торгово-закупочное подразделение (собственный торговый дом «Медестика»), который продаёт расходные стоматологические инструменты и материалы как собственным клиникам, входящим в данный холдинг, так и сторонним стоматологическим организациям.

Установлено, что для собственных стоматологических организаций торговый дом устанавливает цены со скидкой, в целом составляющей 52,80%. При этом в части отдельных составных частей лечебного процесса скидка на отпускаемые товары и услуги была различной. Так, самой большой была скидка

на средства гигиены рта и профилактики стоматологических заболеваний – она составила 78,17%. Существенной была также скидка на отдельные стоматологические расходные материалы: на адгезивы, протравки, прокладки (скидка 30,2%), на композитные пломбировочные материалы (скидка 25,17%), на цементные пломбировочные материалы (скидка 48,27%), на ассортимент аксессуаров для проведения реставраций зубов (коффердамы, матрицы, клинья и др. – скидка 32,77%).

В структуре ЧССО существует также собственная зуботехническая лаборатория, предоставляющая скидки собственным стоматологическим организациям холдинга: зуботехническая лаборатория «Доктор Мартин» (скидка 42,8%). Все вышеперечисленные дисконтные мероприятия в комплексе способствуют сохранению цен на стоматологические услуги для пациентов на приемлемом невысоком уровне и способствуют удержанию потенциальных пациентов на первых этапах лечебного процесса.

ГЛАВА 5.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЧАСТНОЙ СЕТЕВОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

5.1. Клинико-организационная эффективность оказания стоматологической помощи с применением дентальной имплантации в частой сетевой стоматологической организации

Суммируя изложенное в предшествующих главах работы, оптимальной структурой организации стоматологической помощи в сетевой форме с использованием высокотехнологических методов лечения (дентальная имплантация безусловно относится к таковым) является создание головной организации с максимально высоким уровнем оснащения и квалификации персонала. При этом головная клиника берет на себя не только проведение сложного стоматологического лечения, но и консультативного и экспертного центра сети клиник. Это позволяет организовать этапность лечения и последующего динамического наблюдения, а так же снизить число отрицательных результатов лечения, конфликтных ситуаций , связанных с качеством лечения и обеспечить доступность высокотехнологических видов стоматологической помощи более широкому кругу пациентов.

На схемах 1 и 2 представлены организационная схема оказания стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в условиях сетевой частной стоматологической организации и роль головной стоматологической клиники в реализации медицинских, организационных, экспертных функций в условиях ЧССО.

В качестве иллюстрации приведём выписку из карты стоматологического больного. Пациентка С., 1956 г.р., 26.02.2015 г. обратилась в клинику ЧССО «Доктор Мартин» по адресу ул.Новочеремушкинская д.50 на консультацию с жалобами на частичное отсутствие зубов верхней и нижней челюстей, этетические и функциональные недостатки используемой

ортопедической конструкции. Был поставлен диагноз: Частичное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях, Хронический периодонтит1.5.1.6.1.7.1.8,2.4.2.7,3.2 (ортопантомограмма на рис. 46).



Рис. 46. Ортопантомограмма пациентки С., 1956 г.р. от 26.02.2015г.

План лечения:

-санация полости рта,

-снятие имеющихся коронок и мостовидного протеза,

-оценка состояния зубов,

-удаление корня 1.4 и зубов 1.5.1.6.1.7.1.8,2.4.2.7,3.2,

-решение о временном протезировании пластинчатыми частично –съемными протезами на в/ч и н/ч,

-планирование стоматологической имплантации на в/ч и н/ч в области отсутствующих зубов в количестве 15 единиц ,

-временное и постоянное несъемное протезирование на зубах и имплантатах.

В клинике первого звена ЧССО (по обращению) проведена санация: проведено лечение 1.1,1.2,1.3, 2.1, 2.2, 2.3, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 3.1, 3., 4.5 Удалены зубы 1.4,1.5,1.6,1.7.1.8,2.4,2.7.

22.04.2015 - получены оттиски с в/ч и н/ч для изготовления диагностических моделей с моделировкой отсутствующих зубов для планирования имплантации и изготовления временных пластиночных протезов.

Для последующего высокотехнологического лечения пациентка направлена в головную клинику сети. 10.06.2015г. проведена консультация с диагностическими моделями и КЛКТ для планирования дентальной имплантации в области отсутствующих зубов верхней и нижней челюстей.

По данным рентгенологических исследований выявлен недостаточный объем костной ткани в/ч и н/ч и установлена необходимость проведения операции синус-лифтинг на в/ч. Для лечения пациента рекомендованы трабекулярные имплантаты фирмы Zimmer (США).

20.06.2015 г. -проведена дентальная имплантация и НКР на нижней челюсти согласно плану лечения. Установлены трабекулярные имплантаты Zimmer на уровне 4.6,4.7,3.2,3.4-3.7. 07.07.2015 г проведена дентальная имплантация, операция синус-лифтинг и НКР на верхней челюсти согласно плану лечения. Установлены трабекулярные имплантаты Zimmer на уровне 1.4,1.5,1.6,1.7,2.4,2.5,2.6,2.7. На рис. 47 представлена ОПТГ после хирургического вмешательства

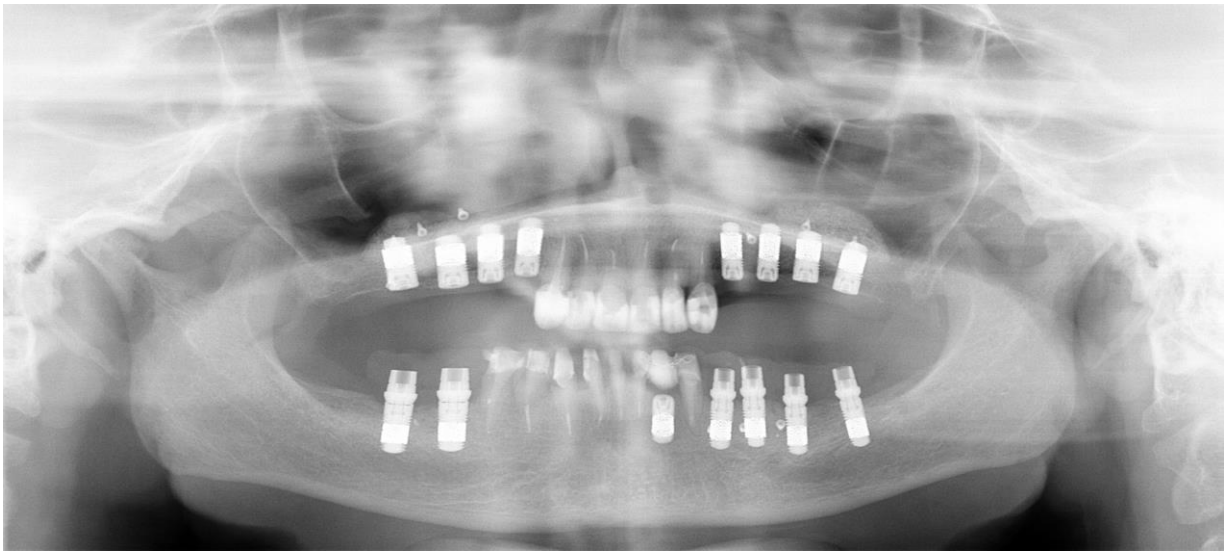


Рис. 47. Ортопантомограмма пациентки после дентальной имплантации

22.12.2015 г. Выполнены припасовка и фиксация временных коронок винтовой системы фиксации на имплантаты, установленные на в/ч , примерка wax-up и обсуждение формы зубов, коррекция по окклюзии. 25.12.2015 г.-

получены оттиски для изготовления индивидуальных ложек и трансфер-чеков (подготовка к постоянному протезированию)

14.01.2016 г. Произведено препарирование зубов 1.3-2.3,4,5-3,1,3,3 для коронок на основе диоксида циркония, припасовка трансферов на установленные на верхней и нижней челюстях имплантаты, получение оттисков с в/ч и н/ч силиконовой массой для изготовления постоянных коронок на зубы, винтовой системы фиксации на имплантаты в/ч и н/ч и цементной системы фиксации на циркониевый абатмент на имплантат 3.2. Определение центрального соотношения челюстей с помощью силиконовой массы. Изготовлены временные коронки на зубы с помощью временной пластмассы Luxatemp, зафиксированы на временный цемент Temp-bond. Определен цвет постоянных конструкций.

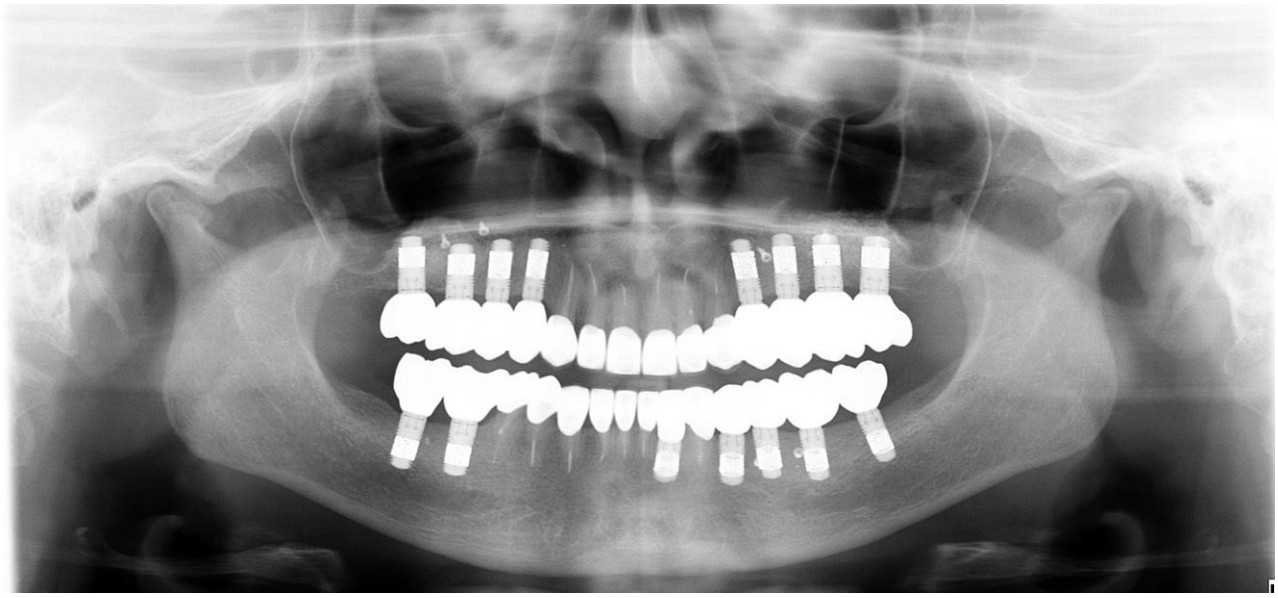


Рис. 48. Итоговая ортопантомограмма после завершения комплексного лечения.

Проведена коррекция по окклюзии. 07.02.2016 г. припасовка и фиксация постоянных цельноциркониевых коронок на зубы 1.3-2.3, 4,5-3,1,3.2,3,3 на цемент Fudji, припасовка цельноциркониевого абатмента на имплантат 3.2 и фиксация коронки на цемент Fudji, припасовка и фиксация винтами коронок на имплантатах 4.6,4.7,3.4-3.7.

Ниже представлен фотопротокол (рисунки 48-50 этапов комплексного лечения и итоговая ортопантомограмма).

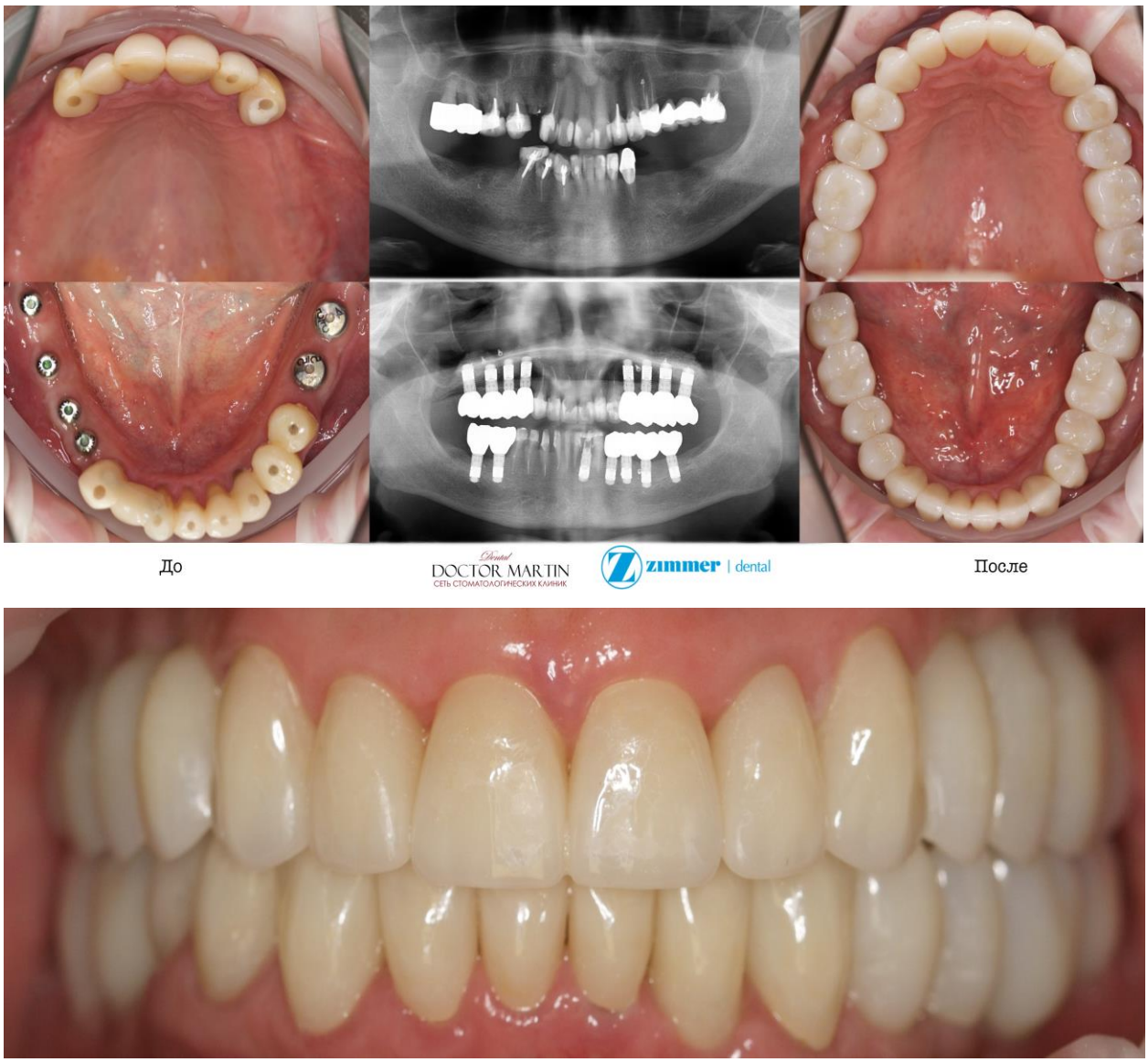


Рис. 49-50. Фотопротокол пациентки С., 1956 г.р., этапы лечения.

Для последующего динамического наблюдения, проведения плановых профилактических осмотров и осуществления профессиональной гигиены направлена в одну из клиник первичного звена сети. На рис. 51 представлено фото пациентки С., 1956 г.р. через 1,5 года после комплексного лечения.



Рис. 51. Вид ортопедических конструкций на дентальных имплантатах через 1,5 после завершения комплексного лечения.

При проведении комплексного лечения в клинике первичного звена в рамках своей компетенции проведены основные подготовительные мероприятия, включая санацию рта, устранение хронических воспалительных очагов, проведены необходимые диагностические мероприятия (диагностические модели и пр.), что позволило не загружать высоко оснащённые рабочие места и высококвалифицированных специалистов «рутинной» работой. Это не могло не сказаться на эффективности использования техники и рабочего времени специалистов на следующем этапе, распределить нагрузку и прибыль между клиниками.

Надо отметить ещё одну важную сторону: как показало наше исследование, сетевая форма организации ЧСМО обеспечивает высокое качество лечебно-диагностического процесса, поскольку наличие единого центра,

обеспечивающего участие высококвалифицированных специалистов и реализацию функций контроля, обеспечивает также преемственность и комплексность лечебного процесса, особенно важные для пожилых пациентов (т.н. клиенто-ориентированность), а также вырабатывает единую политику для всех организаций сети.

Наличие в структуре ЧССО головной клиники с центром управления и контроля и порядка 5-7 равноценных клиник первичного звена, осуществляющих приём основного числа пациентов, позволяет решить вопросы: 1) эффективного оказания стоматологической помощи, 2) контроля качества её оказания, 3) управления ресурсами клиник, в том числе торгово-закупочными, 4) реализации грамотной ценовой политики, в том числе максимально адаптированной для разных возрастных и социальных категорий пациентов, 5) осуществления дисконтных программ для привлечения пациентов и повышения маркетинговой эффективности деятельности всей ЧССО, 6) управления персоналом (перемещение его внутри сетевой структуры, повышение квалификации, переобучение на дополнительные специальности и т.п.), 7) стратегического планирования деятельности ЧССО, ее развитие, разработка стратегии позиционирования на рынке и т.д.

В качестве иллюстрации представленных принципов оказания этапной помощи в рамках разработанной концепции, считаем возможным привести выписку из карты стоматологического пациента с проведением сложного, высокотехнологического лечения с применением дентальной имплантации.

Пациент К., 1959 г.р. обратился к врачу стоматологу-хирургу клиники №5 19.05.2015 г. с жалобами подвижность зубов, на болезненные ощущения в области зубов верхней челюсти во время приема пищи, запах изо рта. Объективно: Мостовидный протез в/ч с опорами на зубы 1.7, 1.3, 2.3, 2.7, подвижен в вестибуло-оральном направлении, рецессия десны, деструкция твердых тканей указанных зубов ниже уровня кости. На ортопантомограмме (рис.52) разрежение костной ткани вокруг корней опорных зубов. D-s: Хронический периодонтит 1.7,1.3,2.3,2.7, кариес корней.

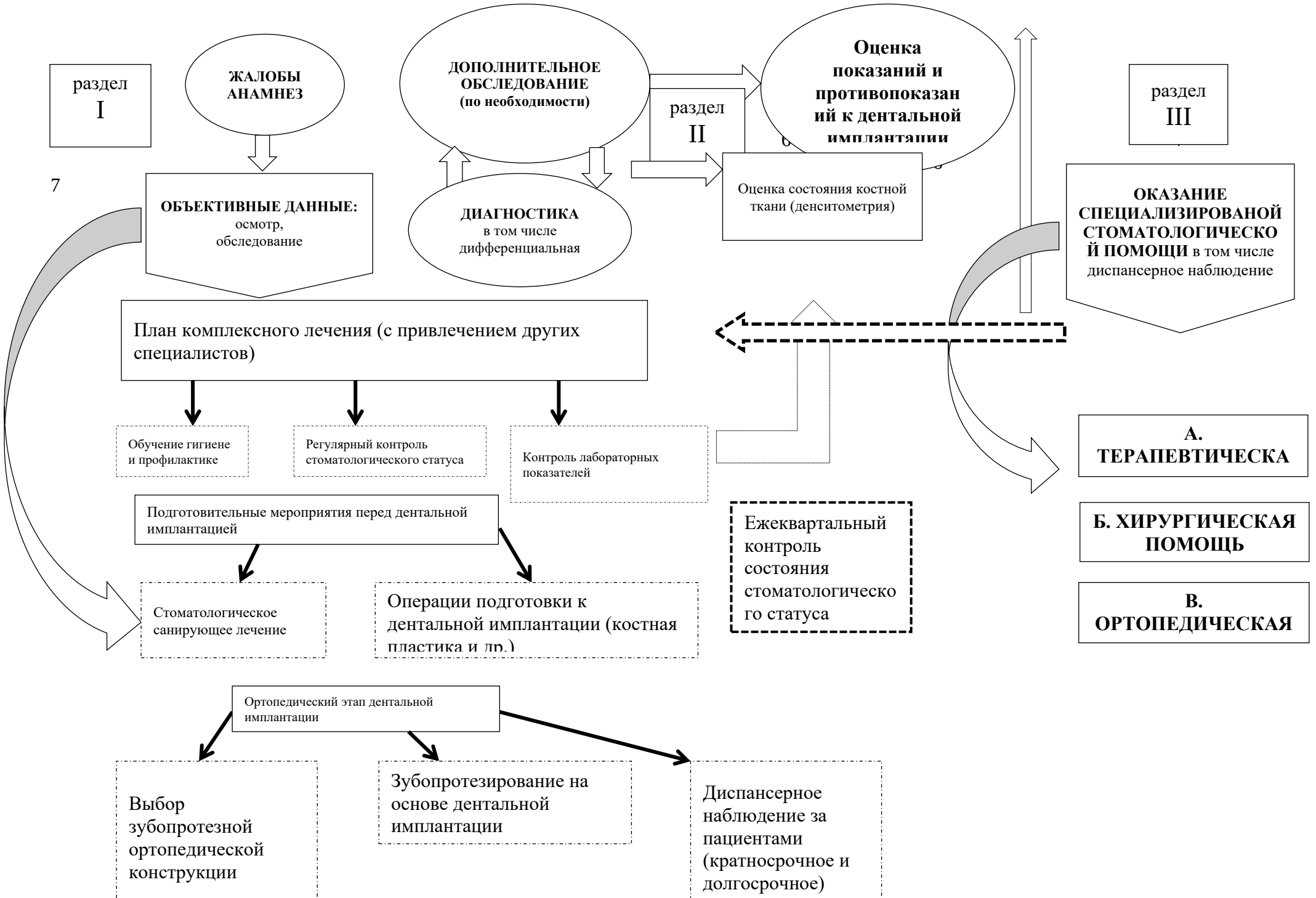

раздел I
ЖАЛОБЫ АНАМНЕЗ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ (по необходимости)
раздел II
Оценка показаний и противопоказаний к дентальной имплантации
раздел III
7
ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ: осмотр, обследование
ДИАГНОСТИКА в том числе дифференциальная
Оценка состояния костной ткани (денситометрия)
ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ в том числе диспансерное наблюдение
План комплексного лечения (с привлечением других специалистов)
Обучение гигиене и профилактике
Регулярный контроль стоматологического статуса
Контроль лабораторных показателей
Подготовительные мероприятия перед дентальной имплантацией
Стоматологическое санирующее лечение
Операции подготовки к дентальной имплантации (костная пластика и др.)
Ежеквартальный контроль состояния стоматологического статуса
А. ТЕРАПЕВТИЧЕСКА
Б. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
В. ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ
Ортопедический этап дентальной имплантации
Выбор зубопротезной ортопедической конструкции
Зубопротезирование на основе дентальной имплантации
Диспансерное наблюдение за пациентами (кратносрочное и долгосрочное)

Схема 1. **ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В УСЛОВИЯХ СЕТЕВОЙ ЧАСТНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**



Схема 2. Организационно-функциональная схема деятельности головной (центральной) стоматологической организации сети ЧССО

Рекомендовано: удаление зубов 1.7, 1.3, 2.3, 2.7; изготовление временного полного съемного протеза на в/ч; через 2-3 месяца проведение лечения в головной клинике с использованием дентальной имплантации на верхней челюсти.

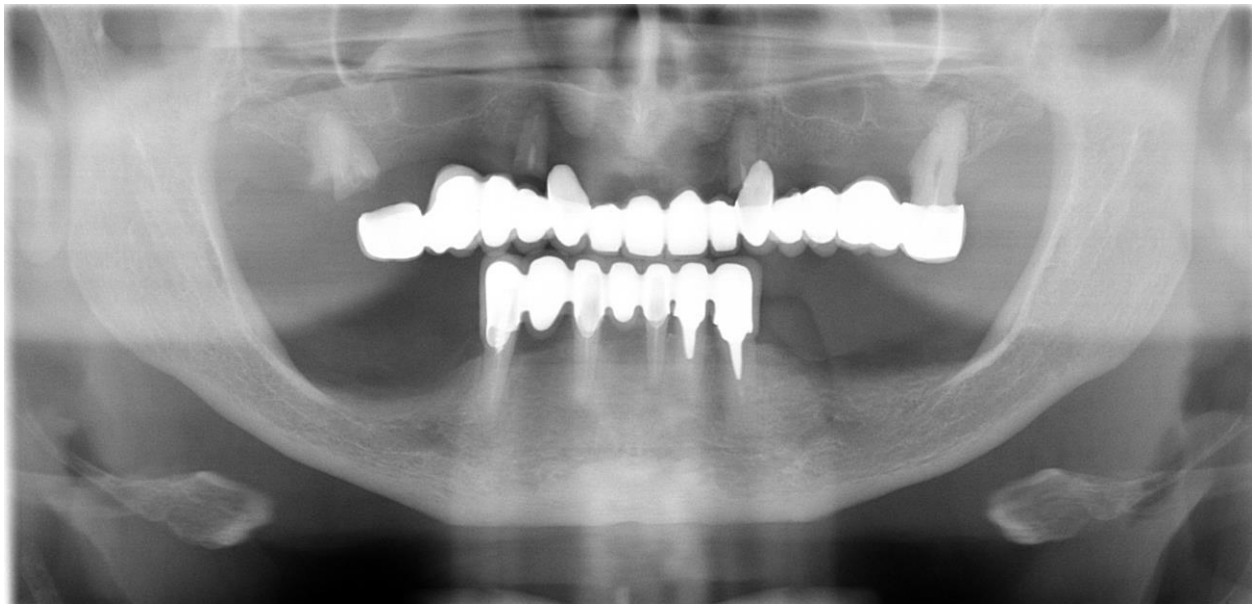


Рис. 52. Ортопантомограмма пациента К. до лечения

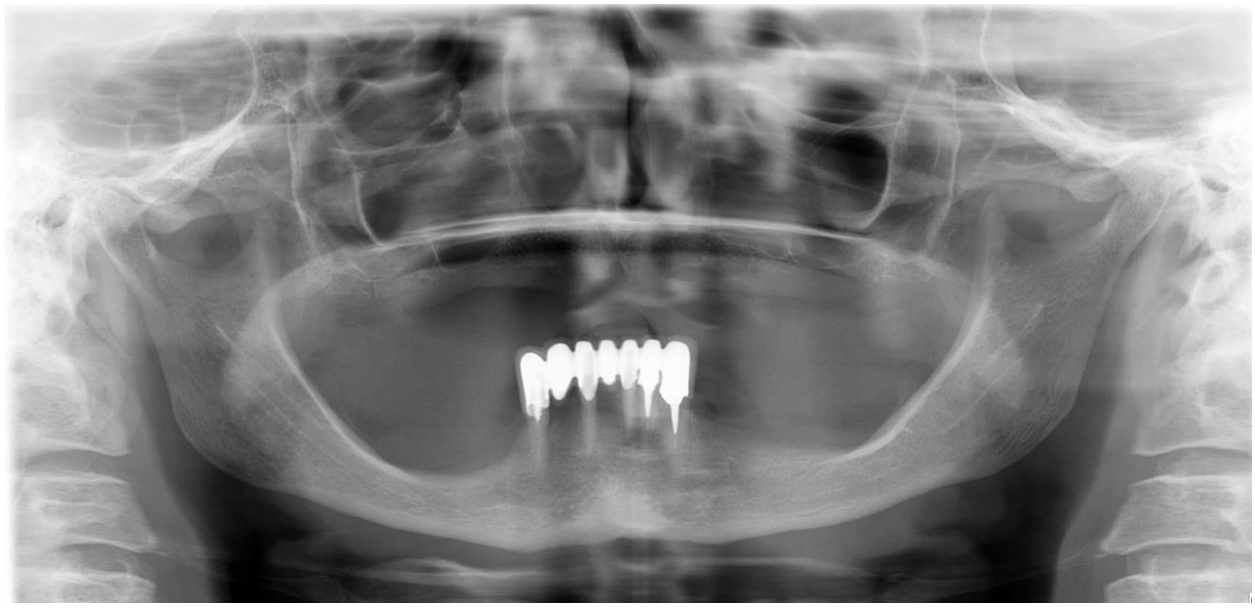


Рис. 53. Ортопантомограмма пациента К. после санации рта.

19.05.2009 получены оттиски для изготовления ПСП, проведено удаление зубов 1.7, 1.3, 2.3, 2.7. Для снижения вероятности уменьшения объема костной ткани после удаления зубов в лунки введен костно-пластический материал**,** наложены швы. Пациент на осмотр, фиксацию

протеза и планирование дальнейшего лечения направлен в отделение головной клиники.

Второй этап комплексного лечения проведён в головной клинике ЧССО. Даны комплексная консультация стоматолога-хирурга и стоматолога-ортопеда головной клиники. Рекомендовано на 2 этапе:

- клинико-лабораторное рентгенологическое исследование КЛКТ в/ч и н/ч;
- изготовление диагностических моделей (ортопедическая диагностика);
- проведение операции синус-лифтинг справа и слева на в/ч, антропластика, дентальная имплантация в области отсутствующих зубов 1.7, 2.7, 1.3, 1.2, 2.2, 2.3 и направленная костная реконструкция (далее НКР);
-отсроченная имплантация в области зубов 1.4, 1.5, 2.4, 2.5,
-временное несъёмное протезирование.

В головной клинике сети 04.09.2015 проведена операция двухстороннего синус-лифтинга в/ч, НКР, артропластика, установка имплантатов Nobel Conical Connection на уровне 1.7, 2.7, 1.3, 1.2, 2.2, 2.3. Ниже представлена ортопантомограмма (рис. 54).

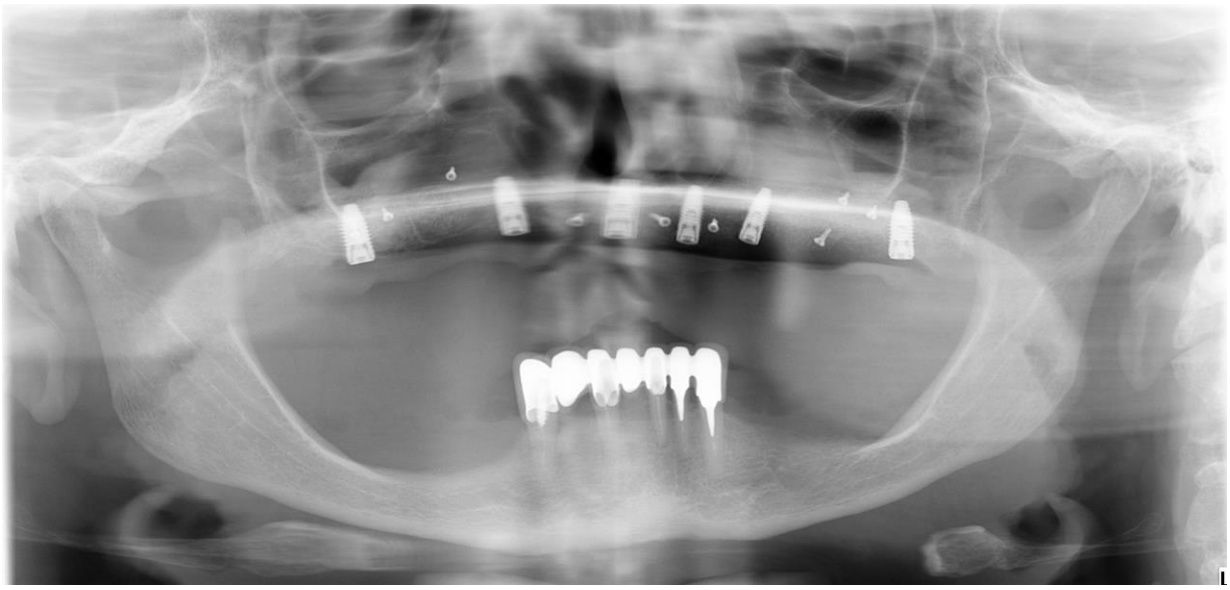


Рис. 54. Ортопантомограмма пациента К. после дентальной имплантации и синуслифтинга

12.02.2016 г. Осуществлено проведение дентальной имплантации, установка имплантатов Nobel Conical Connection на верхней челюсти в

области 1.4, 1.5, 2.4, 2.5. Установка формирователей десны на имплантаты в области 1.7, 2.7, 1.3, 1.2, 2.2, 2.3.

16.05.2016 г. Осмотр .Жалоб нет. Рис. 55.



Рис. 55. Проведена дентальная имплантация в зоне проведенного ранее синуслифтинга.



Рис. 56. Ортопантомограмма пациента К. после дентальной имплантации.

Третий этап – временное протезирование с использованием опоры на имплантаты и послеоперационное наблюдение - проводилось в клинике первичного звена ЧССО.

29.03.2016 г. Получение сложных силиконовых оттисков при помощи трансферов, позиционированных на уровне имплантатов для изготовления индивидуальной ложки и прикусного воскового шаблона.

31.03.2016г. Получение оттисков при помощи индивидуальной ложки и трансфер-чеков для изготовления условно-съемного протеза с опорой на имплантатах и винтовой фиксацией.

28.04.2016г Припасовка и фиксация условно–съемного протеза на имплантатах (рис. 57).



Рис. 57. Пациент К.: условно-съемный протез с опорой на имплантаты.

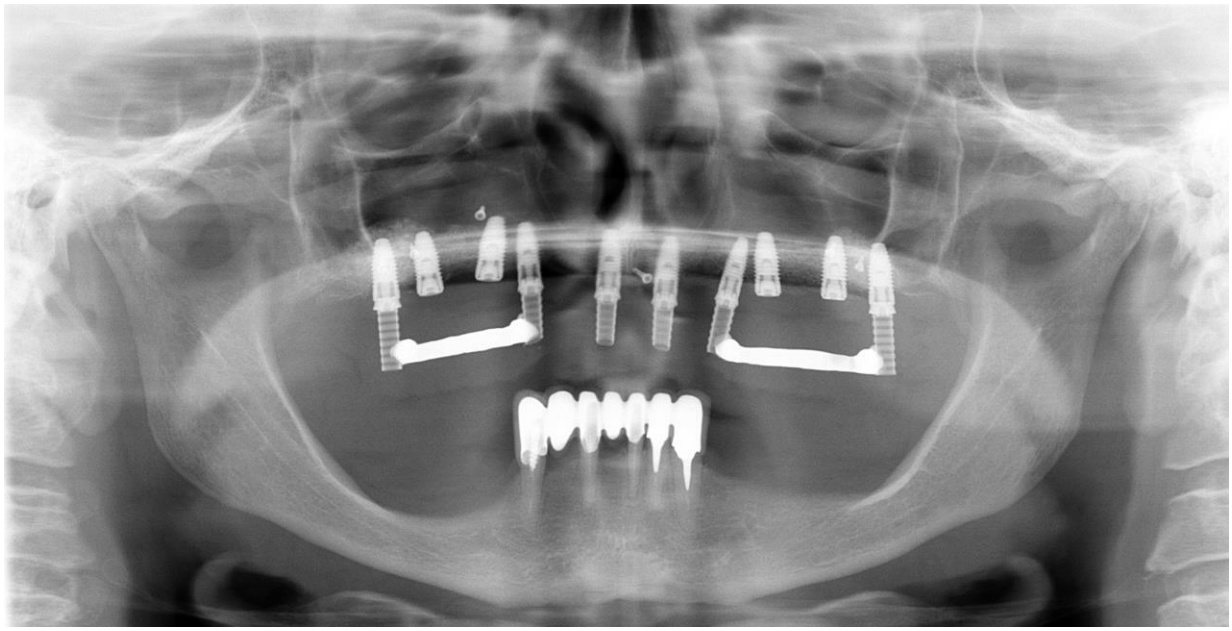


Рис. 58. Ортопантомограмма пациента К. с временным условно-съемным протезом

Четвёртый этап - постоянное протезирование в головной клинике ЧССО. 07.10.2016 г. Установка формирователей десны на имплантатах в области 1.4, 1.5, 2.4, 2.5, коррекция протеза.

27.10.2016г. получены оттиски при помощи восковых шаблонов для изготовления полного фрезерованного протеза из оксида циркония для в/ч с фиксацией на имплантатах на абатментах «Multiunit» (рис. 59).

30.11.2016 г. фиксация протеза на имплантатах. Получение слепков для изготовления частично-съёмного Akry Free протеза на н/ч.



а б

Рис. 59. Пациент К.: фиксация постоянного протеза с опорой на имплантаты (а), постоянный протез (б).

20.12.2016 Фиксация частичного съемного протеза на н/ч, коррекция десневого прилегания.



Рис. 60. Пациент К. : условно-съемный протез с опорой на имплантаты.

27.12.2016 г. Осмотр: жалоб нет. Даны рекомендации по гигиене.

Осмотр через полгода: жалоб нет. Эстетические и функциональные результаты удовлетворительные (рис. 60).

Приведённые клинические примеры показывают единство подхода к комплексному стоматологическому лечению с применением дентальной имплантации на всех этапах лечения внутри ЧССО.

Таким образом, при формировании сетевых структур ЧСМО следует организовывать единый центр (головную клинику) с наделением его соответствующими функциями, что обеспечит единообразие, преемственность и последовательность лечебно-диагностического процесса, эффективное управление кадрами, концентрацию сложного (дорогостоящего) оборудования (для высокого уровня и качества лечебно-диагностического процесса), социальную и экономическую адаптированность для разных возрастно-социальных групп населения (за счёт использования менее затратных методов и материалов, комплексных дисконтных программ) с проведением подготовительных, реабилитационных, базовых лечебных, профилактических и контрольных мероприятий во втором (подчинённом) звене и основных – в головной клинике по соблюдению комплексного лечения с использованием такого высокотехнологичного метода, как дентальная имплантация.

5.2. Показатели образовательной деятельности врачей ЧССО

Одним из важнейших аспектов деятельности ЧССО является единообразие подходов в лечении стоматологических заболеваний с использованием современных, передовых технологий. Помимо распределения материально-технических ресурсов, большое значение имеет кадровый потенциал, обеспечивающий качественную помощь на всех этапах лечения. Быстрый прогресс стоматологических технологий требует непрерывного совершенствования приобретённых компетенций и освоение новых, что (в сетевой организации) должно контролироваться головной клиникой. Как известно, непрерывное медицинское образование (НМО) – это система образования, обеспечивающая непрерывное совершенствование

профессиональных знаний и навыков в течение всей жизни, а также постоянное повышение профессионального уровня и расширение профессиональных компетенций. В этой связи, мы посчитали необходимым оценить не только квалификацию персонала (в первую очередь врачей) сети, но и оценить из образовательную активность.

Анализ показателей усовершенствования врачей приведён в таблице 72, показывающей значения в разных клиниках сети. Клиника №1 является головной в ЧССО, и в ней сосредоточены наиболее подготовленные и квалифицированные врачи, их средний стаж работы составляет 19,3±1,2 лет. При этом за последние 5 лет на 1 врача приходилось в среднем 746,2±112,4 освоенных учебных часов, затраченных на разные обучающие циклы, и в среднем 14,8±1,2 циклов усовершенствования. Почти все врачи данной клиники окончили клиническую ординатуру, имеют по 1-3 разных врачебных специальности с соответствующими сертификатами. При этом в 41,0% случаев обучающие циклы были профинансированы ЧССО, т.е. врачи были направлены на них в целях повышения квалификации или переобучения на дополнительные врачебные специальности.

Клиника №2 (круглосуточное отделение) также характеризуется довольно высокими показателями: средний стаж работы врачей составил 19,9±3,7 лет, среднее число обучающих циклов, пройденных за последние 5 лет на 1 врача, - 9,8±1,2 циклов, среднее число учебных часов – 393,4±90,6 часов. В 37,0% случаев из числа обучающих циклов для врачей они были профинансированы ЧССО для переобучения врачей-стоматологов на новые (дополнительные) специальности.

В клинике №3 (ул.Волгина) средний стаж работы врачей составил 9,8±2,5 лет, среднее число пройденных обучающих циклов на 1 врача – 17,2±3,6 циклов (на 17,0% больше, чем в головной клинике; это объясняется преобладанием здесь молодых врачей, которые активно обучаются на разных циклах). У них же было меньше среднее количество пройденных обучающих часов – 526,7±108,9 часов (на 42,0% меньше по сравнению с головной

клиникой), накопленных за последние 5 лет. В 32,0% случаев образовательные циклы были профинансированы ЧССО.

В клинике №4 (Солянский тупик) средний стаж работы врачей составил 13,0±2,2 лет (на 49,0% меньше, чем в головной клинике), среднее количество образовательных циклов за последние 5 лет на 1 врача – 14,7±2,3 циклов (почти такое же, как в головной клинике), среднее количество обучающих часов, пройденных на 1 врача, - 429,3±127,1 часов (меньше на 74,0%, чем в головной клинике). В 35,0% случаев образовательные циклы для врачей были профинансированы ЧССО (врачи направлены для переобучения на дополнительные специальности).

В клинике №5 средний стаж работы врачей составил 13,0±2,8 лет, среднее число пройденных за последние 5 лет образовательных циклов на 1 врача – 9,1±1,9 циклов, среднее число обучающих часов – 335,6±134,3 часов (меньше, чем в головной клинике на 63,0% и в 2,23 раз соответственно). В 38,0% случаев образовательные циклы были профинансированы ЧССО.

Таким образом, полученные сведения показывают, что распределение врачей по клиникам сети в целом равномерное; более высококвалифицированные врачи преобладают в головной клинике сети. В этой связи мы отметили, что определённая доля высококвалифицированных врачей головной клиники являются также совместителями. В каждой из клиник сети доля совместителей из головной клиники составляет 25-30% (в среднем 29,7%), то есть примерно треть врачей. Другими словами, такая ротация наиболее квалифицированных врачей сети позволяет унифицировать требования и алгоритмы лечебного приёма, очевидно, повысить качество оказываемой помощи, осуществлять планомерный контроль за работой более молодых врачей (наставничество).

В целом, средний стаж работы врачей-стоматологов ЧССО составил 16,0±3,8 лет. За последние 5 лет на 1 врача-стоматолога ЧССО приходилось 12,9±1,5 пройденных образовательных циклов тематического и профессионального усовершенствования и 511,8±160,6 освоенных учебных

часов. Во всех клиниках ЧССО существует ротация врачебных кадров, в соответствии с которой доля высококвалифицированных врачей из головной клиники ЧССО во всех клиниках сети (совместителей) составляет в среднем 29,7%. Администрация ЧССО заинтересована в переобучении врачей на дополнительные специальности и повышении их квалификации, в связи с чем не менее 36,6% образовательных циклов для врачей за истекшие 5 лет были профинансированы ЧССО.

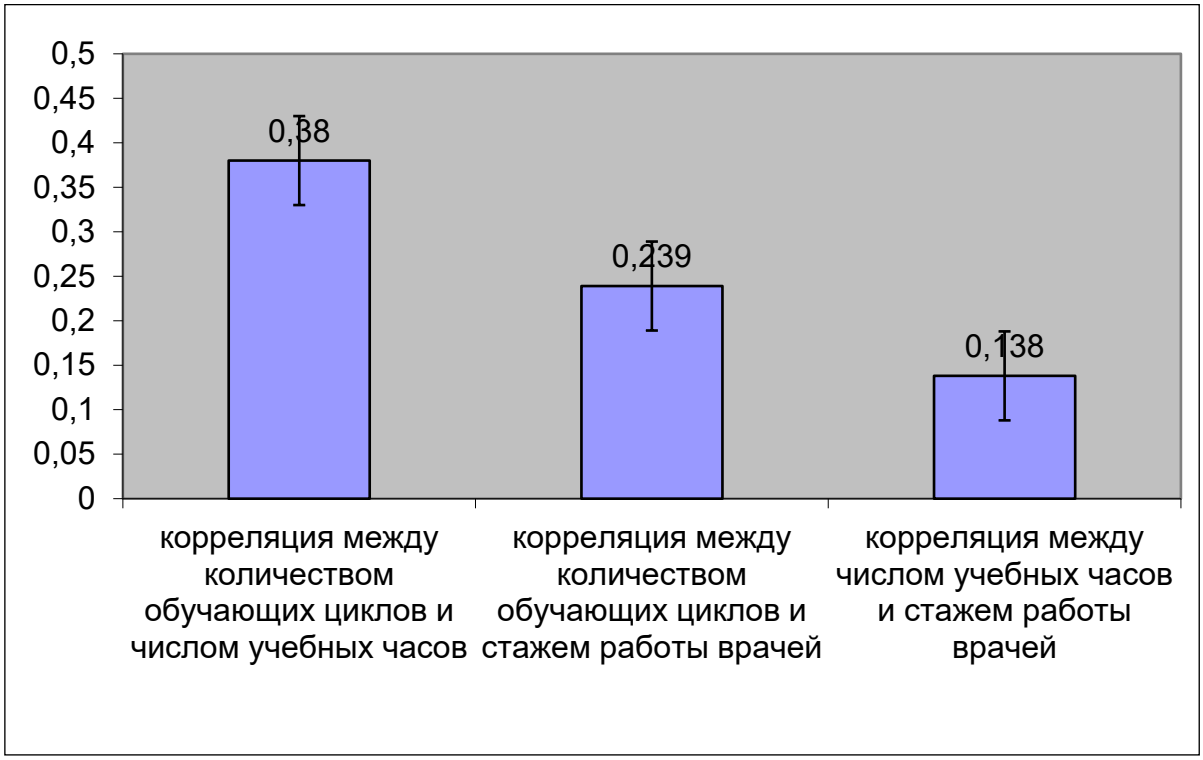


Рис. 61. Корреляции основных показателей образовательной активности врачей-стоматологов ЧССО, ед.

Таблица 72.

Показатели усовершенствования врачей-стоматологов ЧССО за последние 5 лет

Клиники ЧССО	Количество обучающих циклов, на 1 врача	Количество учебных часов, на 1 врача	Стаж работы врачом-стоматологом, лет	Доля высококвалифицированных совместителей из головной клиники ЧССО, %	Доля обучающих циклов, оплаченных ЧССО, %
Клиника №1	14,8±1,2	746,2±112,4	19,3±3,4	--	41,0
Клиника №2	9,8±1,2	393,4±90,6	19,9±3,7	30,0	37,0
Клиника №3	17,2±3,6	526,7±108,9	9,8±2,5	34,0	32,0
Клиника №4	14,7±2,3	429,3±127,1	13,0±2,2	25,0	35,0
Клиника №5	9,1±1,9	335,6±134,3	13,0±2,8	30,0	38,0
Всего по ЧССО	12,9±1,5	511,8±160,6	16,0±3,8	29,7	36,6

Интересно, что существенной взаимозависимости частоты и объёма усовершенствования врачей от их стажа работы не получено (рис. 61). Другими словами, мы предполагали, что по мере взросления в профессиональном плане врач будет всегда стремиться повышать свою квалификацию (как говорится, «чем больше освоен в профессии, тем больше возникает вопросов и разных нерешённых задач»). Отчасти это так, однако полноценной зависимости по всей совокупности врачей-стоматологов ЧССО не установлено: количество пройденных циклов повышения квалификации со стажем работы врачей имело корреляцию средней силы ($r=0,239$, $p<0,05$), количество учебных часов за последние 5 лет со стажем работы – слабую связь ($r=0,138$, $p>0,05$), то есть желание повышать свою квалификацию и дальше учиться в профессиональном плане зависит больше от индивидуальных личностных мотиваций, устремлений врача, что мы наблюдали в отдельных частных примерах (скажем, молодые врачи с небольшим стажем работы стремились активно посещать тематические курсы усовершенствования, осваивать новые врачебные специальности, с другой стороны, врачи с уже большим стажем работы не всегда стремились посещать новые циклы или проходить тематическое усовершенствование, что отрицательно сказывалось на количестве пройденных циклов или учебных часов). Положительная корреляция средней силы установлена лишь между числом обучающих циклов усовершенствования за последние 5 лет и количеством учебных часов на одного врача ($r=0,380$, $p<0,05$).

Важным, на наш взгляд, представляется не только образовательная траектория каждого отдельного врача, но и подход, обеспечивающий единство тактики диагностики, комплексного лечения и последующего наблюдения. В рамках сети это координируется головной клиникой (схема 2) и руководство (эксперты) сети должны представлять компетенции каждой клиники, каждого врача в оказании отдельных видов стоматологической помощи и в целом к комплексному подходу в реализации поставленных задач.

5.3. Характеристика неудачных результатов стоматологического лечения на основе дентальной имплантации в ЧССО.

Важным, с точки зрения понимания эффективности работы ЧССО, является анализ осложнений стоматологического лечения и возможностей для профилактики и лечения этих осложнений.

В таблице 73 проанализированы совокупные статистические данные по количеству неудачных результатов стоматологического лечения на основе дентальной имплантации в клиниках ЧССО. Видно, что, несмотря на разный объём стоматологической помощи в разных клиниках сети, средняя доля неудачных случаев дентальной имплантации составила примерно 1,1% (колеблясь в разных клиниках от 1,0% до 1,8%). Основной объём потери первоначально установленных дентальных имплантатов касался хирургического этапа данного лечения и происходил в сроки 0-первого года их функционирования. Среднее количество функционирующих имплантатов составило 83,0% (колеблясь от 77,8% до 100,0%). Доля потерь дентальных имплантатов вследствие некачественного ортопедического этапа лечения и функционирования их на сроках от 1 года до 5 лет составила 17,0% (колеблясь в разных стоматологических организациях сети от 12,5% до 22,2%).

Основными факторами, способствующими потере дентальных имплантатов и ортопедических конструкций на их основе, были:

1) недостаточный уровень гигиены рта, включая случаи низкой приверженности пациентов к лечению и низкое следование пациентов рекомендациям лечащего врача-стоматолога – это было преимущественно на хирургическом этапе лечения (ранние сроки),

Таблица 73.

Доля и количество исправлений за счёт клиники (негативных результатов) дентальной имплантации в клиниках ЧССО

Стоматологическая клиника	Хирургический этап дентальной имплантации, в течение 0-1 года	Доля от общего количества отторжений в данной клинике	Ортопедический этап дентальной имплантации, в течение 1-5 лет	Доля от общего количества отторжений в данной клинике	Всего исправлений по дентальной имплантации	Доля от общего количества поставленных имплантатов	Всего поставленных единиц имплантатов в данной организации	Финансовые потери организации, руб.	Доля от общего количества финансовых потерь
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	Абс.	%
№1 (арх.Власова)	33	82,5	7	17,5	40	1,0	4015	246920,00	67,8
№2 (Новочерёмушкинская ул.)	7	77,8	2	22,2	9	1,5	602	55620,00	15,3
№3 (Товарищеский пер.)	7	87,5	1	12,5	8	1,8	445	49120,00	13,5
№4 (ак.Волгина)	2	100,0	--	--	2	1,0	208	12340,00	3,4
Итого	49	83,0	10	17,0	59	1,1	5270	364000,00	100,0

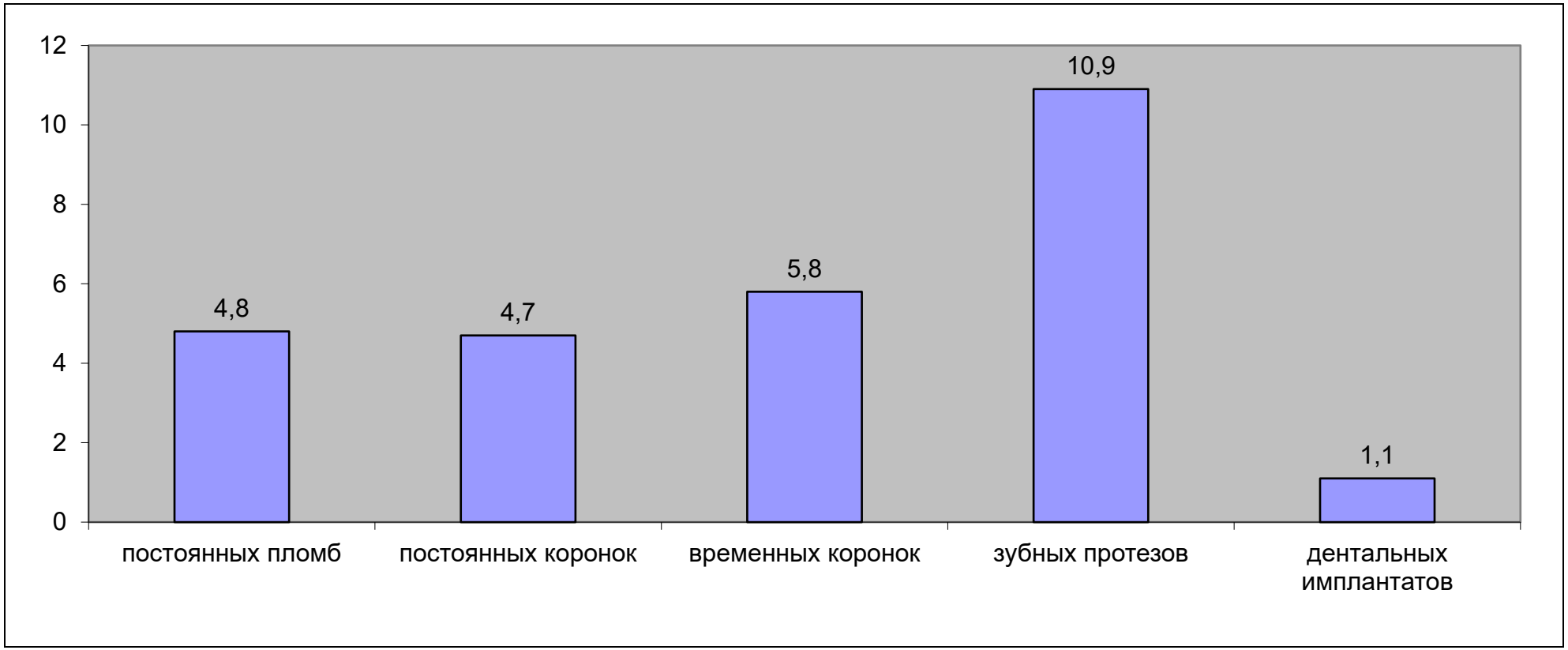


Рис. 62. Доля случаев бесплатного перелечивания в зависимости от вида стоматологического лечения, %

Таблица 74.

Количество случаев бесплатного перелечивания пациентов (вследствие некачественного стоматологического лечения или возникших осложнений)

Стоматологическая клиника	Количество пломб	Количество постоянных зубных коронок	Количество зубных протезов	Количество временных зубных коронок	Количество дентальных имплантатов
№1 (арх.Власова)	41	44	15	148	40
№2 (Новочерёмушкинская ул.)	54	18	7	37	9
№3 (Товарищеский пер.)	10	65	7	3	8
№4 (ак.Волгина)	134	12	11	24	2
Итого перелечиваний	239	139	40	212	59
Общее количество выполненных работ	4884	2960	364	3618	5270
Доля случаев бесплатного перелечивания	4,8%	4,7%	10,9%	5,8%	1,1%

2) несогласованное проведение этапов лечения между разными врачами-специалистами,

3) статическая, динамическая, окклюзионная перегрузка или неравномерная нагрузка – преимущественно на этапе ортопедического лечения.

Дополнительно добавим, что дезинтеграция имплантата после начала его функционирования в процессе как временного протезирования, так и постоянного функционирования ортопедических конструкций, встречалась в единичных случая, по причине инфекционного воспаления в области хирургического вмешательства - также в единичных случаях. При этом финансовые потери по всем стоматологическим организациям сетевой структуры составили 364000 рублей, что варьировало в зависимости от мощности клиник и объёма устанавливаемых там дентальных имплантатов.

В таблице 74 проанализировано количество дефектов стоматологической помощи (получаемой пациентами ЧССО), в том числе и оказываемой на основе дентальной имплантации. В целом потребовало исправления 4,8% ранее наложенных постоянных пломб и 4,7% ранее изготовленных искусственных зубных коронок (рис. 62). Несколько большее количество было исправлено зубных протезов (10,9%) и 5,8% ранее изготовленных временных зубных коронок. Отметим, что количество повторно установленных дентальных имплантатов отличалось минимальной долей среди других сравниваемых видов стоматологических работ и составило всего 1,1%. Все исправления (переделки) стоматологических работ осуществлялись за счёт стоматологических организаций (т.е. бесплатно для пациента), но тем не менее за последние 5 лет ЧССО понесла финансовые потери: по терапевтической стоматологической помощи 410000 рублей, по хирургической стоматологической помощи (кроме дентальной имплантации) 120000 рублей, по дентальной имплантации 364000 рублей. За этот же период пациентам было возвращено денежных средств в размере 5400 рублей. При этом возвраты

излишне уплаченных сумм мы не учитывали (это статистика по всем стоматологическим организациям ЧССО).

Вместе с тем, при возникновении осложнений (особенно связанных со сложными анатомическими особенностями зоны хирургического вмешательства (необходимость костной пластики, коррегирующих операций, ортодонтического лечения и пр.), сетевая структура позволяет провести коррекцию лечения или провести повторное лечение в условиях головной клиники с одновременным анализом причин возникновения осложнений.

Данное суждение можно проиллюстрировать клиническим примером.

Пациент Л., 47 лет, обратился клинику 2 сети «Доктор Мартин» с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, дефект бюгельного протеза. Объективно: в полости рта – частичная вторичная адентия на нижней челюсти (1 класс по Кеннеди). Реабилитация с помощью бюгельного протеза, изготовленного более 10 лет назад. На верхней челюсти – мостовидный протез с опорой на зубы 1.3, 1.5. Ортопантомограмма представлена на рис. 63.

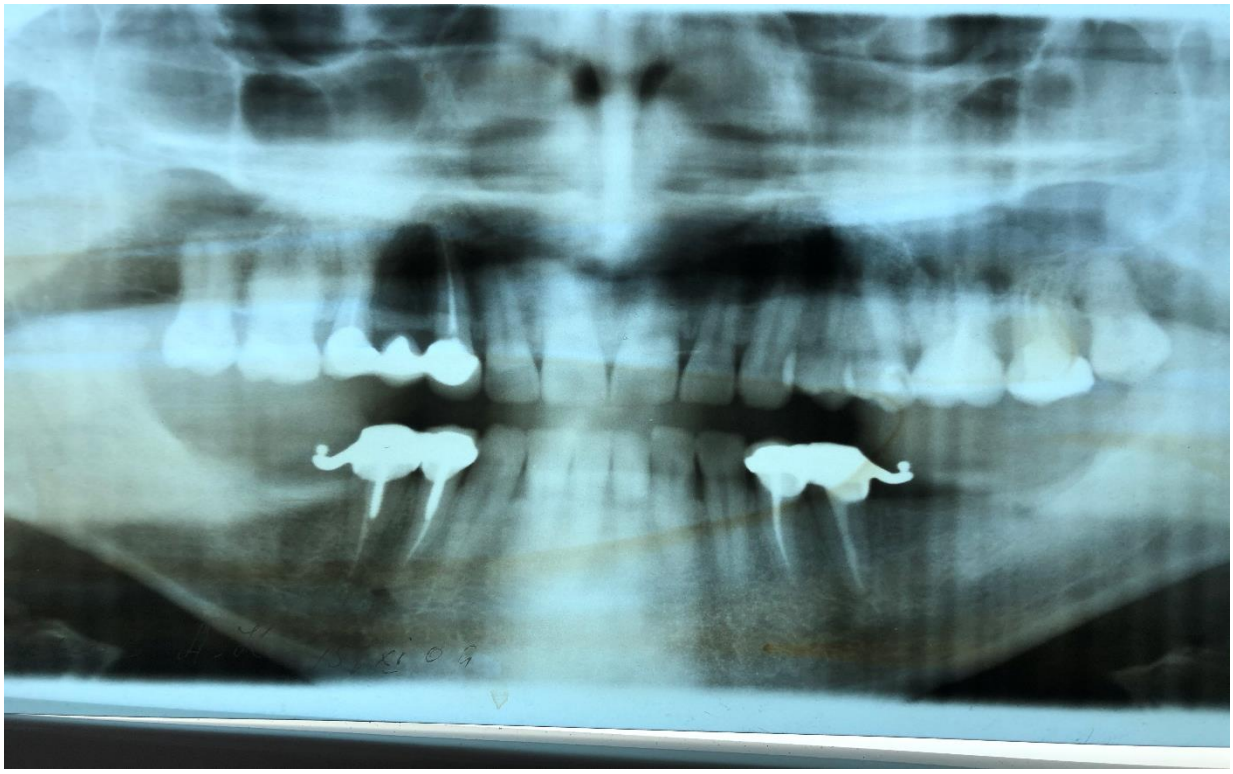


Рис. 63. Ортопантомограмма пациента Л. до начала лечения

Диагноз: К08.1 частичная вторичная адентия; Z97.2 наличие несъемного мостовидного протеза на верхней челюсти, наличие съемного

бюгельного протеза на нижней челюсти. Несоответствие бюгельного протеза протезному ложу, нарушение целостности бюгельного протеза.

Лечение. Для восстановления жевательной эффективности в клинике № 2 сети решено провести имплантацию на уровне отсутствующих зубов 3.6, 3.7, 4.6, 4.7., изготовление металлокерамических опорных коронок 3.5, 3.4, 4.4, 4.5. Проведена операция дентальной имплантации на уровне 3.6, 3.7, 4.6, 4.7. Ортопантомограмма пациента Л. после лечения представлена на рис. 64.

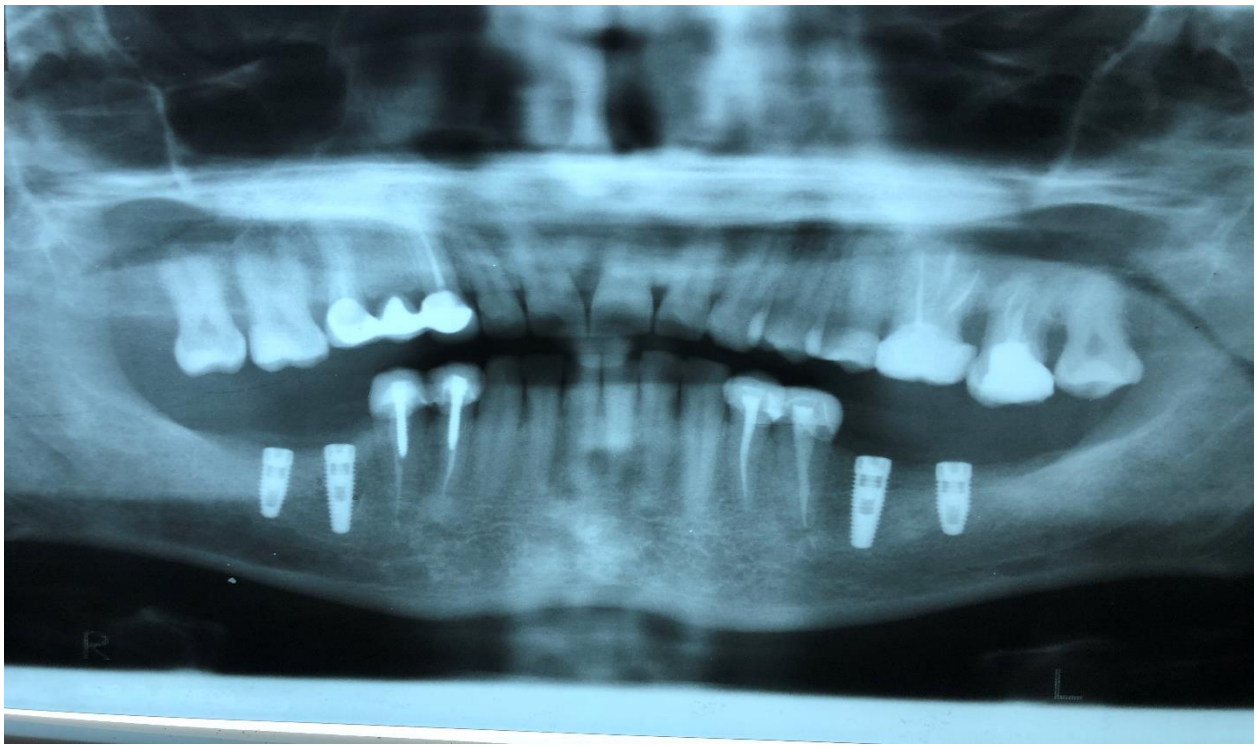


Рис. 64. Ортопантомограмма пациента Л. после проведения дентальной имплантации.

Через 4 месяца после имплантации и завершения процесса остеоинтеграции проведено протезирование вначале временными коронками с опорой на дентальные имплантаты, затем постоянными коронками из диоксида циркония винтовой фиксации (рис. 65).

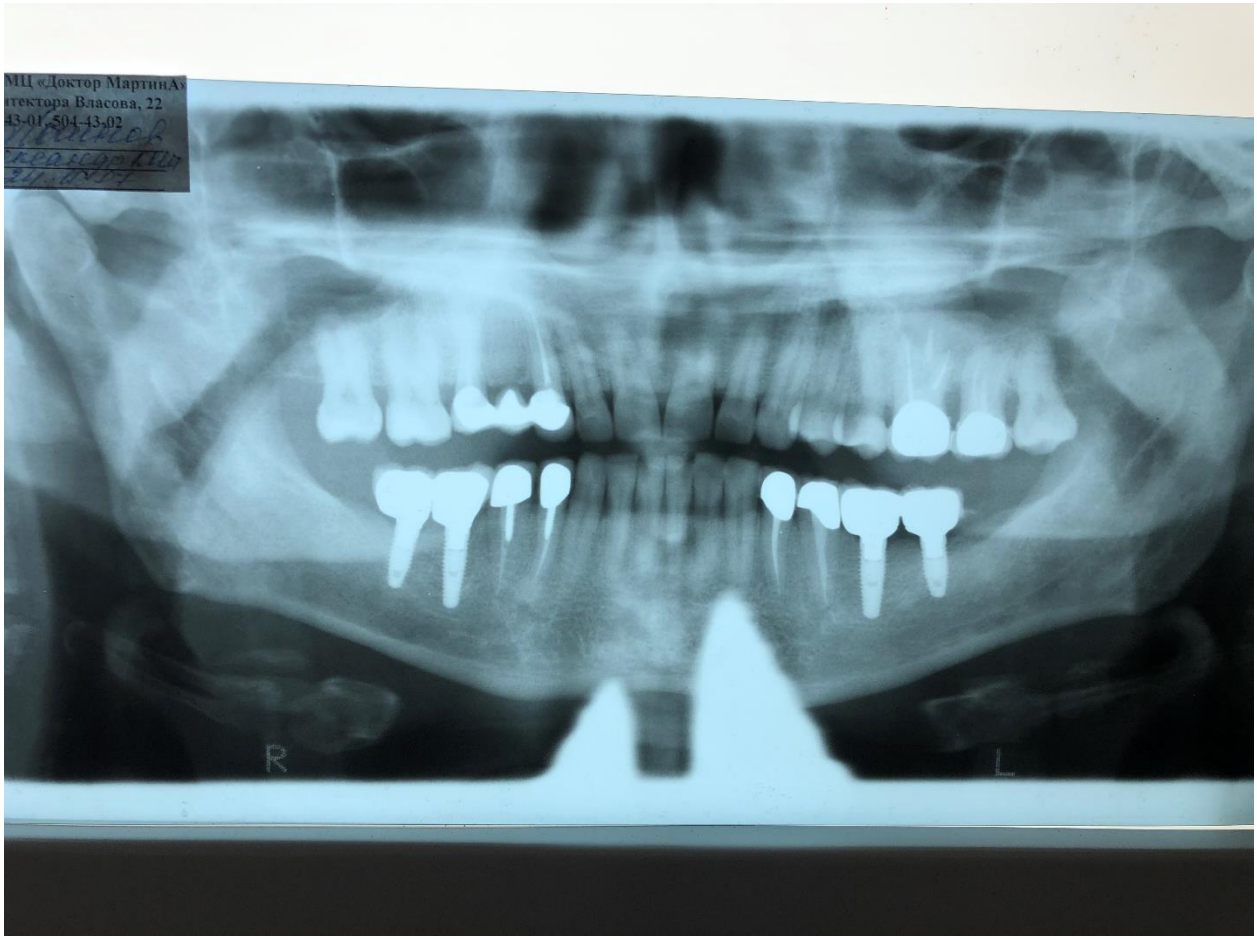


Рис. 65. Ортопантомограмма пациента Л. после проведенного комплексного лечения.

Спустя 24 месяца появились жалобы на боль при жевании, подвижность имплантатов, неприятный запах изо рта, гнойное отделяемое.

Пациент все это время на контрольные осмотры не являлся.

Объективно: в области имплантатов, установленных на уровне 4.6, 4.7, 3.6, отмечается потеря более 50% объема кости, поддерживающей имплантат. Неконтролируемое образование воспалительного экссудата, прогрессирующая потеря кости, отмечается боль при пальпации, перкуссии. Периимплантационная глубина зондирования свидетельствует, что более половины кости в области имплантатов 4.6, 4.7, 3.6 потеряно. Отмечается рецессия, оголение резьбы имплантата. В области зубов 2.7, 3.5 – патологические зубодесневые карманы, подвижность зубов 3 степени, выделение гнойного экссудата. Во рту отмечены обширные назубные отложения. Ортопантомограмма пациента Л. представлена на рис. 66.

Ds.: K10.2 воспалительные заболевания челюстей – периимплантит в области 4.6, 4.7, 3.6. K04.6 периапикальный абсцесс 2.7.



Рис. 66. Ортопантомограмма пациента Л. через 24 месяца после лечения.

Лечение: После выполнения профессиональной гигиены рта проведено удаление зубов 2.7, 3.5, удаление несостоятельных имплантатов 4.6, 4.7, хирургическая ревизия в области имплантата 3.6. Медикаментозная терапия.

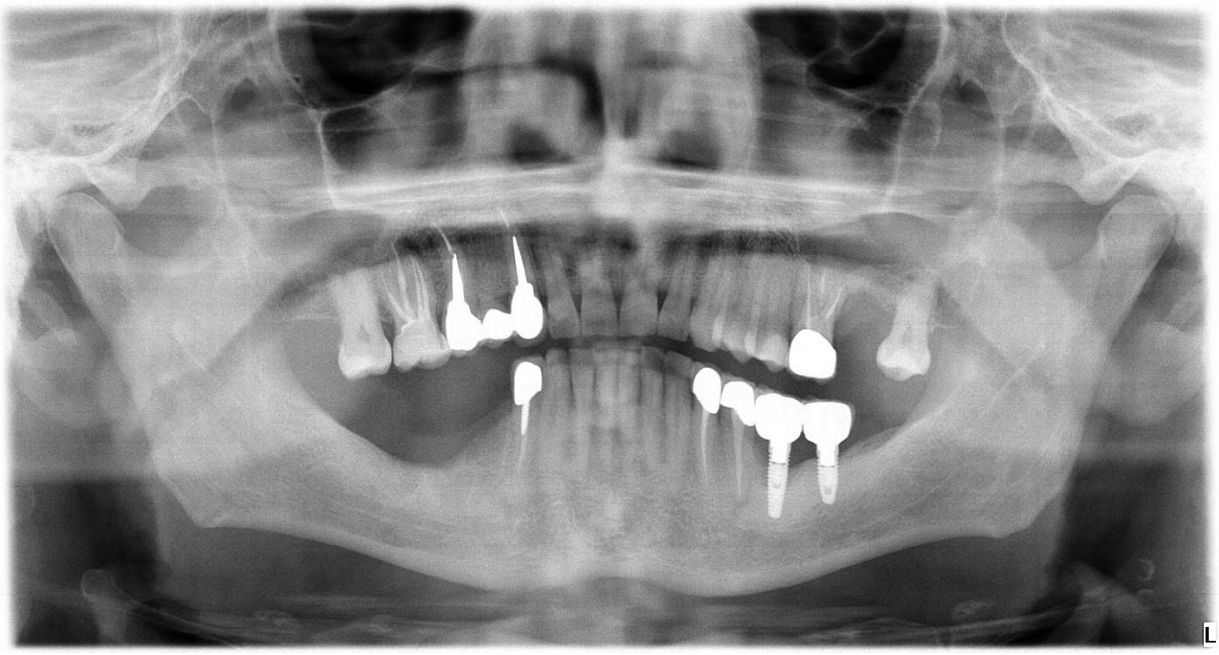


Рис. 67. Состояние через полгода после удаления имплантатов на уровне 4.6, 4.7, удаление зуба 2.7.

Спустя полгода после удаления имплантатов отмечена выраженная атрофия альвеолярной части нижней челюсти в области ранее установленных имплантатов (рис. 67.). Учитывая необходимость проведения костной пластики, дальнейшее лечение было решено проводить в головной клинике сети. Проведено одномоментная аугментация и повторная установка имплантатов на уровне 3.6, 3.7, первичная установка имплантатов на уровне 2.7, 3.5 (рис. 68).

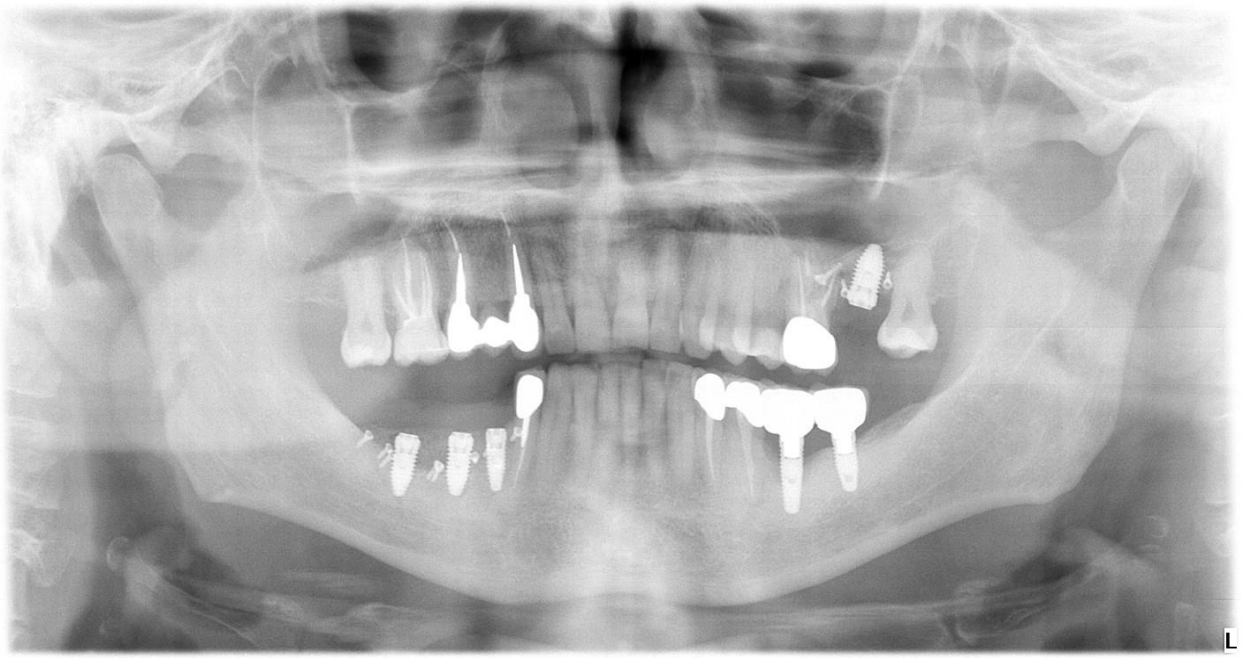


Рис. 68. Ортопантомограмма пациента Л. после костной пластики и повторной дентальной имплантации.

Как видно из приведённой выписки, потеря дентальных имплантатов в результате формирования периимплантита в относительно короткие сроки, вероятно, связана с сохранением в полости рта хронического очага инфекции в области зубов 27 и 35, а также несоблюдением пациентом гигиены рта и отсутствием динамического наблюдения в период адаптации конструкции и непосредственно после этого. Кроме этого, пациентом предъявлялись определённые претензии - в частности, к тактике проводимого лечения. Хотя, как показала внутренняя экспертиза качества проведённого лечения, объективных оснований для этого не было.

Перевод пациента на повторную имплантацию в головную клинику в данном случае обусловлен существенным ухудшением клинической ситуации, связанной с периимплантитом, что диктовало необходимость проведения более сложного хирургического вмешательства. Кроме этого, это позволило избежать возможной конфликтной ситуации, связанной с развитием осложнений и провести повторную дентальную имплантацию с минимальными финансовыми и имиджевыми потерями для организации, чем это было бы в несетевой клинике. Это обусловлено и более низкой себестоимостью лечения (в связи с более низкими затратами, см. главу 4) и возможностью оказать помощь на более высоком технологическом уровне внутри ЧССО. Важным, с нашей точки зрения, является и нарушение пациентом предложенной, по окончанию лечения в клинике первичного звена ЧССО индивидуальной траектории контрольных осмотров и профилактических мероприятий, что не могло не сказаться на отдалённых результатах лечения.

Данный пример еще раз показывает необходимость согласованной работы специалистов, работающих в клинике первичного звена и головной клинике, с одной стороны, и специалистов разного профиля (хирургов, ортопедов и т.д.), с другой. Отсюда напрашивается вывод о целесообразности проведения обучения врачей сети комплексно, с преподаванием смежных разделов (тем) специальности (о чем уже говорилось выше). Это позволит узкому специалисту (например, выполняющему хирургический этап дентальной имплантации) иметь достаточное представление (знания, компетенции) по последующим и предшествующим этапам комплексного лечения и использовать их для снижения числа осложнений (неудач) дентальной имплантации. Такое обучение следует проводить с участием всех специалистов головной клиники и клиник второго (первичного) звена.

5.4. Характеристика удовлетворённости как критерий оценки эффективности оказания стоматологической помощи в частной сетевой стоматологической организации

Мы проанализировали особенности удовлетворённости пациентов обеих групп оказанной стоматологической помощью в условиях частных стоматологических организаций (табл. 75, 76, рис. 39-43). В исследовании участвовали 2 группы: 276 пациентов, получивших стоматологическую помощь без дентальной имплантации, и 278 пациентов, получивших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации. Установлено, что в целом удовлетворённость пациентов первой группы была существенно выше, чем второй (4,75±0,25 баллов и 4,43±0,46 баллов соответственно).

Более детальный анализ позволил установить, что итоговые показатели удовлетворённости пациентов сильно различались в зависимости от возраста обследуемых. Так, у пациентов, получивших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, самая высокая удовлетворённость была отмечена в самой молодой возрастной подгруппе – 18-24 лет (4,87±0,13 баллов). В дальнейшем, по мере увеличения возраста пациентов, удовлетворённость полученной помощью планомерно снижалась: в возрасте 25-34 лет она составила 4,53±0,46 баллов, в возрасте 35-44 лет – 4,60±0,37 баллов. В дальнейшем удовлетворённость ещё более снижалась: в возрасте 45-54 лет – 4,43±0,46 баллов, а в возрасте 55-64 лет – всего 4,15±0,46 баллов. На таком же примерно уровне она была и в возрастной подгруппе 65-74 лет (4,28±0,45 баллов), лишь в самой старшей возрастной подгруппе она немного повысилась – до 4,50±0,50 баллов).

В группе пациентов, получивших стоматологическую помощь без дентальной имплантации, в самой молодой возрастной подгруппе 18-24 лет средняя удовлетворённость составила 4,64±0,36 баллов, а в дальнейшем она (в отличие от предыдущей группы) увеличивалась: в возрастных подгруппах 25-34 лет, 35-44 лет, 45-54 лет составила соответственно 4,81±0,19 баллов, 4,80±0,20 баллов, 4,83±0,17 баллов. Снижение значений удовлетворённости отмечено лишь

у пациентов старше 55 лет, составив в возрастной подгруппе 55-64 лет 4,68±0,32 баллов, 65-74 лет – 4,41±0,59 баллов, 75-84 лет – 4,58±0,42 баллов. Полученные данные позволяют также отметить, что во всех возрастных подгруппах (независимо от возраста) удовлетворённость была выше у пациентов, получивших обычный набор стоматологической помощи по сравнению с теми, кто получил стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации.

Более детальный анализ отдельных составляющих показателей удовлетворённости показал, что в группе пациентов, получивших помощь на основе дентальной имплантации, выше всего была удовлетворённость качеством оказанного лечения (4,72±0,28 баллов), на втором месте – удовлетворённость сроками лечения (4,67±0,32 баллов). Меньше была удовлетворённость сервисом медицинской организации (4,57±0,37 баллов) и ещё меньше - удовлетворённость ценами на стоматологические услуги (3,77±0,67 баллов). Оценивая различия в разных возрастных подгруппах данной группы пациентов, отметим, что в части удовлетворённости качеством лечебного процесса достаточно высокая удовлетворённость была у молодых пациентов – в возрасте 18-24 лет (4,75±0,25 баллов), 25-34 лет (4,75±0,25 баллов), 35-44 лет (4,77±0,23 баллов). В более зрелых возрастных группах удовлетворённость снижалась (45-54 лет – 4,67±0,31 баллов, 55-64 лет – 4,63±0,31 баллов), увеличившись лишь в самых старших возрастных подгруппах: в возрасте 65-74 лет (4,75±0,25 баллов) и в возрасте 75-84 лет (5,0±0,00 баллов).

Достаточно высокой у пациентов данной группы была удовлетворённость сроками лечения, которая также была выше у респондентов молодых и зрелых возрастных подгрупп (18-24 лет – 4,75±0,25 баллов, 25-34 лет – 4,62±0,32 баллов, 35-44 лет – 4,86±0,14 баллов, 45-54 лет – 4,80±0,13 баллов). Существенный спад показателя мы отметили в возрастной подгруппе 55-64 лет (4,31±0,31 баллов), однако в более старших возрастных подгруппах его значения вновь увеличились: в возрасте 65-74 лет – 4,75±0,25 баллов, в возрасте 75-84 лет – 4,50±0,41 баллов.

Примерно такие же показатели удовлетворённости у пациентов данной группы были отмечены нами в части удовлетворённости сервисом получения

медицинской помощи: максимальные уровни удовлетворённости зафиксированы в самой молодой и в самой пожилой возрастных подгруппах (5,0±0,00 баллов и 5,0±0,00 баллов соответственно), чуть меньше – в молодой возрастной подгруппе 25-34 лет (4,75±0,25 баллов). В остальных подгруппах данные показатели существенно снижались: у пациентов в возрасте 35-44 лет значение составило 4,63±0,35 баллов, 45-54 лет – 4,60±0,38 баллов, особенно уменьшившись до минимума в возрасте 55-64 лет (4,36±0,37 баллов) и 65-74 лет (4,37±0,36 баллов).

Как уже отмечалось выше, меньше всего у пациентов обследованной группы была удовлетворённость ценами за полученные медицинские услуги. Однако и в данном случае наибольшую удовлетворённость продемонстрировали пациенты самых молодых возрастных подгрупп: 25-34 лет – 4,0±0,68 баллов, 35-44 лет – 4,13±0,66 баллов. Примечательно, что в возрасте 18-24 лет удовлетворённость пациентов по данной позиции составила 5,0±0,00 баллов (абсолютный максимум), что говорит о том, что респондентов данного возраста уровень цен вообще не волновал. У пациентов более старших возрастных подгрупп оценка удовлетворённости ценами за медицинские услуги была более адекватной, то есть более низкой: в возрасте 45-54 лет она составила 3,67±0,68 баллов, в возрасте 55-64 лет – 3,31±0,67 баллов, в возрасте 65-74 лет – 3,25±0,67 баллов, в возрасте75-84 лет – 3,50±0,77 баллов.

Анализ аналогичных показателей удовлетворённости в группе пациентов, получивших стоматологическую помощь без дентальной имплантации, показал несколько иные тенденции. Выше всего в данной группе пациентов была их удовлетворённость качеством лечения, сроками, сервисом медицинской организации (практически равные показатели); ниже, как и в предыдущей группе, была удовлетворённость ценами за медицинские услуги. При этом каждый из анализируемых показателей продемонстрировал те или иные повозрастные колебания значений. Показатель удовлетворённости качеством лечебного процесса продемонстрировал более высокие значения в молодых и средних по возрасту группах респондентов: в возрасте 18-24 лет – 4,81±0,19 баллов, 25-34 лет – 4,91±0,09 баллов, 35-44 лет – 4,95±0,05 баллов, 45-54 лет – 4,84±0,16 баллов.

Существенное снижение показателей отмечено у пациентов старше 55 лет, составив в возрастной подгруппе 55-64 лет 4,66±0,31 баллов, 65-74 лет – 4,45±0,29 баллов, 75-84 лет – 4,67±0,33 баллов. Данные показатели по всем возрастным подгруппам (кроме самой старшей 75-84 лет) в данной группе пациентов были выше по сравнению с пациентами, получавшими стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации.

Примерно такая же в среднем удовлетворённость пациентов, получавших стоматологическую помощь без дентальной имплантации, была отмечена в части удовлетворённости сроками лечебного процесса. Как и в случае удовлетворённости качеством лечения, удовлетворённость сроками была выше у пациентов молодых и средних возрастных подгрупп, составив в возрасте 18-24 лет 4,81±0,19 баллов, 25-34 лет – 4,89±0,11 баллов, а в возрасте старше 55 лет она планомерно снижалась (в возрастной подгруппе 55-64 лет – 4,72±0,23 баллов, 65-74 лет – 4,63±0,31 баллов). Увеличение удовлетворённости сроками лечебного процесса отмечено лишь в самой пожилой возрастной подгруппе 75-84 лет (5,0±0,00 баллов).

Почти такие же показатели удовлетворённости в целом отмечены в отношении удовлетворённости сервисом медицинской организации (4,82±0,17 баллов). Однако, у самых молодых респондентов данная удовлетворённость была наименьшей (4,38±0,37 баллов), в дальнейшем с увеличением возраста постепенно возрастая: в возрастной подгруппе пациентов 25-34 лет показатель составил 4,77±0,23 баллов, достигнув максимума у пациентов 35-44 лет (4,94±0,06 баллов). Примерно на таком же уровне удовлетворённость сервисом держалась в возрастных подгруппах пациентов наиболее зрелого, трудоспособного возраста 45-54 лет (4,84±0,16 баллов) и 55-64 лет (4,91±0,09 баллов). В дальнейшем в 65-74 лет уровень удовлетворённости снизился до 4,63±0,36 баллов, существенно увеличившись до 5,0±0,00 баллов в самой пожилой возрастной подгруппе 75-84 лет.

Меньше всего в группе пациентов, получивших стоматологическую помощь без дентальной имплантации, была их удовлетворённость ценами (4,54±0,46

баллов). При этом определённые различия также были обнаружены в зависимости от возраста респондентов. Самые большие значения удовлетворённости ценами были отмечены в возрастных подгруппах 25-34 лет (4,70±0,27 баллов), 45-54 лет (4,75±0,25 баллов), что отражает прежде всего экономические, покупательные возможности пациентов наиболее зрелых и трудоспособных возрастов. Меньше были показатели удовлетворённости ценами у пациентов возрастных подгрупп 18-24 лет (4,57±0,43 баллов), 35-44 лет (4,47±0,53 баллов) и 55-64 лет (4,40±0,60 баллов). У пациентов более старших и пожилых возрастных подгрупп анализируемый показатель ещё более снижался, что вполне закономерно и согласуется с их экономическими возможностями (65-74 лет – 3,91±0,29 баллов; 75-84 лет – 3,67±0,69 баллов).

В целом, сравнивая обе группы пациентов по анализируемым показателям удовлетворённости, отметим, что как в той, так и в другой группе среди всех параметров удовлетворённости выше всего была удовлетворённость качеством лечения. На втором месте по величине удовлетворённости в группе пациентов, получивших стоматологическую помощь без дентальной имплантации, - удовлетворённость сервисом лечебно-диагностического процесса, а в группе пациентов с дентальной имплантацией – удовлетворённость сроками оказания помощи. Ниже всего в той и в другой группах пациентов была удовлетворённость ценами (4,54±0,46 баллов и особенно низкая 3,77±0,67 баллов у пациентов с дентальной имплантацией). В целом, также отметим, что практически по всем анализируемым параметрам удовлетворённости она была ниже у пациентов с дентальной имплантацией – это касалось качества лечебной помощи (4,84±0,16 баллов и 4,72±0,28 баллов), удовлетворённости сервисом (4,82±0,18 баллов и 4,57±0,43 баллов), сроками лечения (4,84±0,16 баллов и 4,67±0,32 баллов) и особенно – удовлетворённости ценами на лечение (4,54±0,46 баллов и 3,77±0,67 баллов). Общий показатель удовлетворённости оказанной медицинской помощью у пациентов группы с дентальной имплантацией также был существенно выше по сравнению с теми, кто получил стоматологическую помощь без дентальной имплантации (4,75±0,25 баллов и 4,43±0,46 баллов соответственно).

Кроме того, в той и в другой группах пациентов мы отметили интересные тенденции. Наиболее высокая удовлетворённость как в целом, так и по отдельным составляющим была у пациентов молодого-среднего (зрелого) возраста – 25-34 лет, 35-44 лет, 45-54 лет, как наиболее трудоспособного возраста. Ощутимо снижается удовлетворённость (как в целом, так и по отдельным параметрам) у пациентов в возрастной подгруппе 55-64 лет и старше, хотя по отдельным составляющим имели место те или иные колебания значений. Так, в группе пациентов с дентальной имплантацией достаточно высокая удовлетворённость практически по всем параметрам отмечена в самой молодой возрастной подгруппе пациентов 18-24 лет (в группе пациентов без дентальной имплантации такого факта не отмечено). Достаточно высокая удовлетворённость в той и в другой группах пациентов отмечена у самых пожилых пациентов в возрастной подгруппе 75-84 лет – в части удовлетворённости сервисом, качеством, сроками лечения – что, очевидно, свидетельствует о снижении требовательности к лечебному процессу в данной возрастной подгруппе пациентов.

Таблица 75.

Показатели удовлетворённости пациентов ЧССО, получивших стоматологическую помощь без дентальной имплантации (в баллах по 5-балльной шкале, абс.)

Возраст пациентов, лет	Удовлетворённость сервисом медицинской организации	Удовлетворённость качеством оказанной медицинской помощи	Удовлетворённость ценами	Удовлетворённость сроками оказания помощи	Удовлетворённость в целом
18-24	4,38±0,37	4,81±0,19	4,57±0,43	4,81±0,19	4,64+0,36
25-34	4,77±0,23	4,91±0,09	4,70±0,27	4,89±0,11	4,81±0,19
35-44	4,94±0,06	4,95±0,05	4,47±0,53	4,85±0,15	4,80±0,20
45-54	4,84±0,16	4,84±0,16	4,75±0,25	4,89±0,11	4,83±0,17
55-64	4,91±0,09	4,66±0,31	4,40±0,60	4,72±0,23	4,68±0,32
65-74	4,63±0,36	4,45±0,29	3,91±0,29	4,63±0,37	4,41±0,59
75-84	5,0±0,00	4,67±0,33	3,67±0,69	5,0±0,00	4,58±0,42
Всего	4,82±0,17	4,84±0,16	4,54±0,46	4,84±0,16	4,75±0,25

Таблица 76.

Показатели удовлетворённости пациентов ЧССО, получивших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации (в баллах по 5-балльной шкале, абс.)

Возраст пациентов, лет	Удовлетворённость сервисом медицинской организации	Удовлетворённость качеством оказанной медицинской помощи	Удовлетворённость ценами	Удовлетворённость сроками оказания помощи	Удовлетворённость в целом
18-24	5,0±0,00	4,75±0,25	5,0±0,00	4,75±0,25	4,87±0,13
25-34	4,75±0,25	4,75±0,25	4,0±0,68	4,62±0,32	4,53±0,46
35-44	4,63±0,35	4,77±0,23	4,13±0,66	4,86±0,14	4,60±0,37
45-54	4,60±0,38	4,67±0,31	3,67±0,68	4,80±0,13	4,43±0,46
55-64	4,36±0,37	4,63±0,31	3,31±0,67	4,31±0,31	4,15±0,46
65-74	4,37±0,36	4,75±0,25	3,25±0,67	4,75±0,25	4,28±0,45
75-84	5,0±0,00	5,0±0,00	3,50±0,77	4,50±0,41	4,50±0,50
Всего	4,57±0,37	4,72±0,28	3,77±0,67	4,67±0,32	4,43±0,46

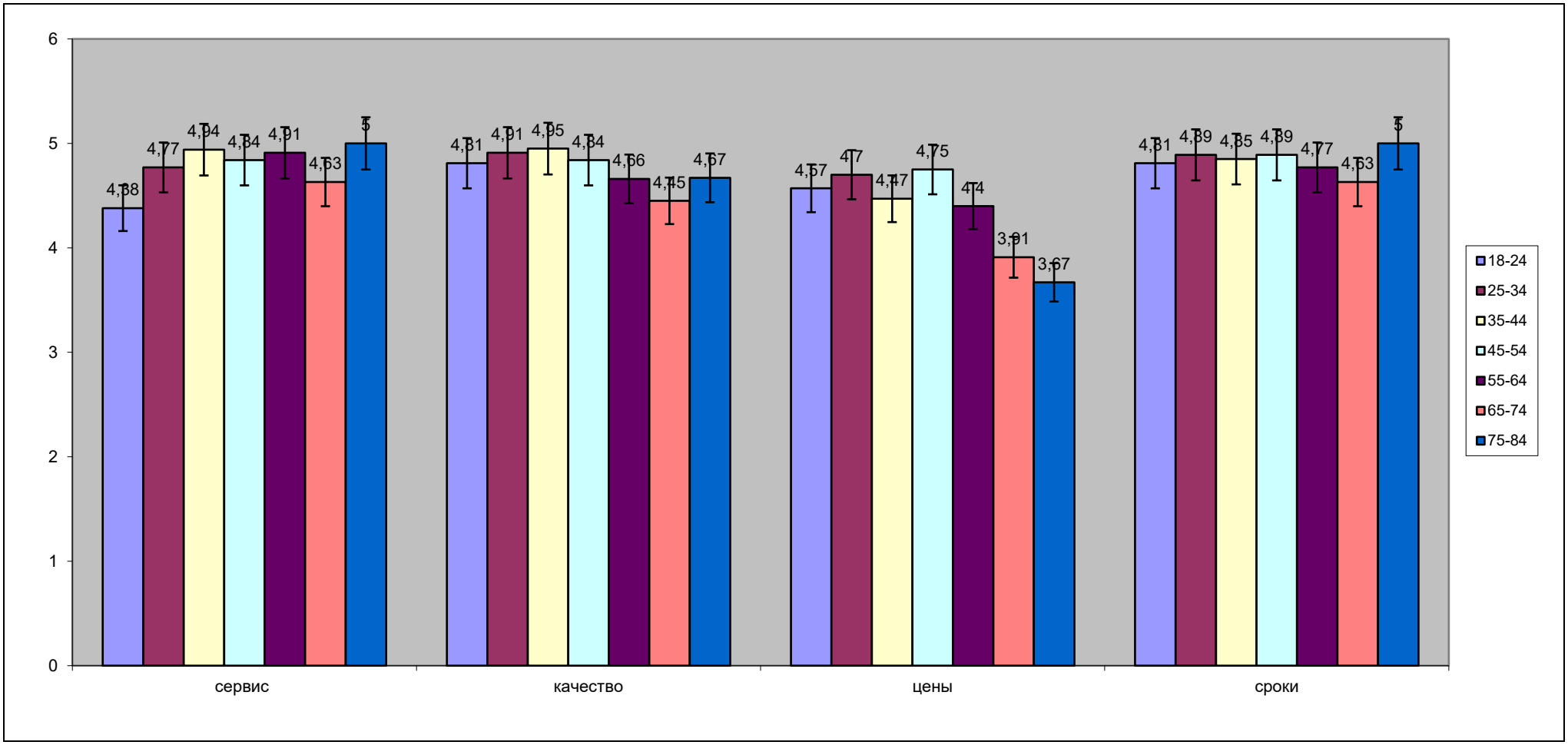


Рис. 69. Средние показатели удовлетворённости в группе пациентов, получивших стоматологическую помощь без дентальной имплантации (в баллах по 5-балльной шкале)

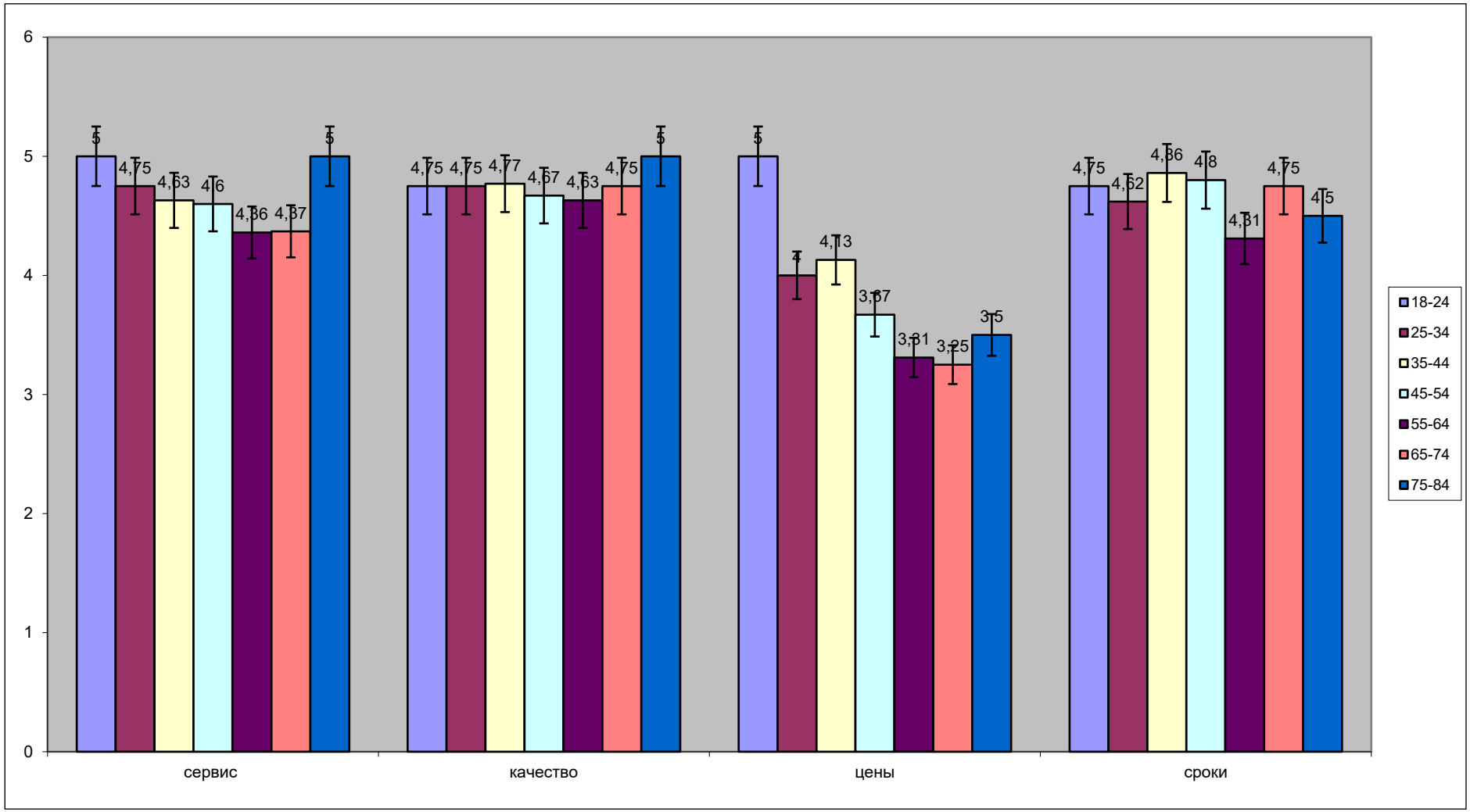


Рис. 70. Средние показатели удовлетворённости в группе пациентов, получивших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации (в баллах по 5-балльной шкале)

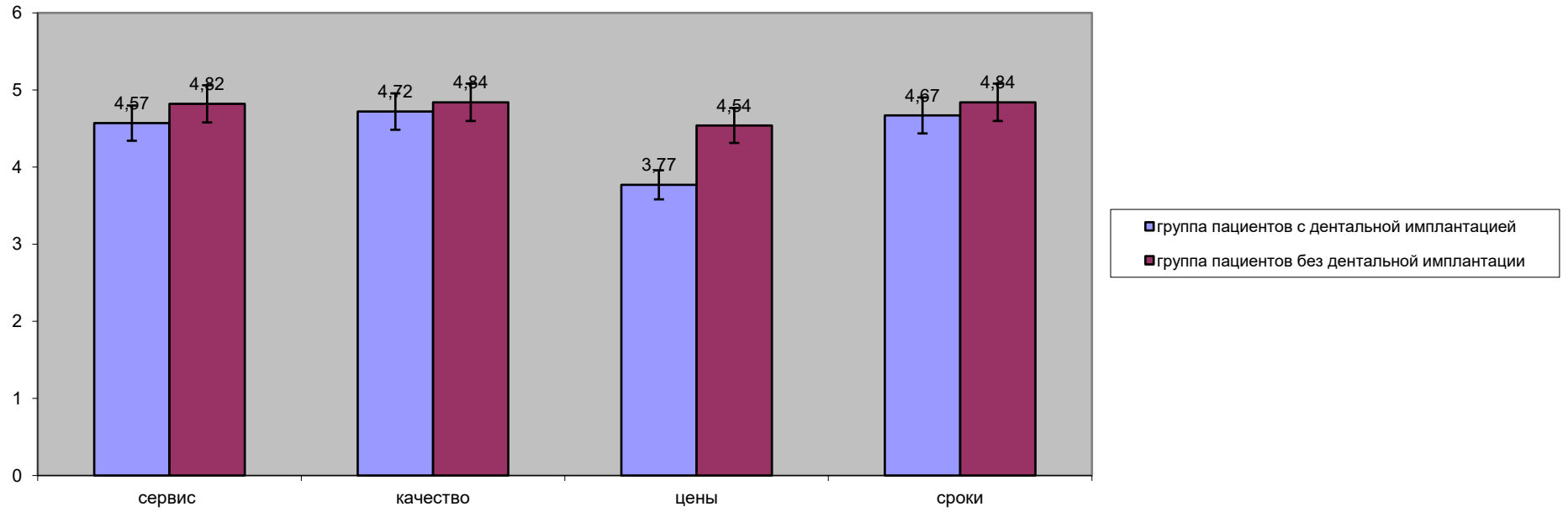


Рис. 71. Сравнительная удовлетворённость сервисом, сроками, ценами и качеством оказанной помощи в группах пациентов, получивших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации и без неё (в баллах по 5-балльной шкале)

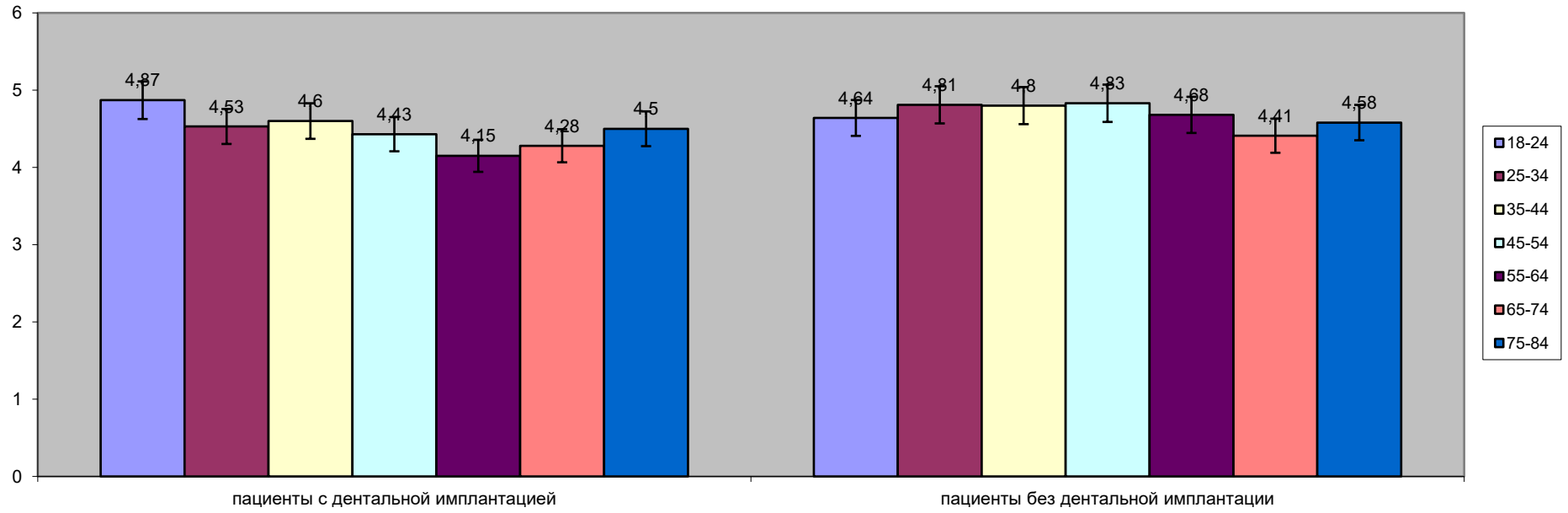


Рис. 72. Повозрастные показатели итоговой удовлетворённости в группах пациентов, получивших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации и без неё (в баллах по 5-балльной шкале)

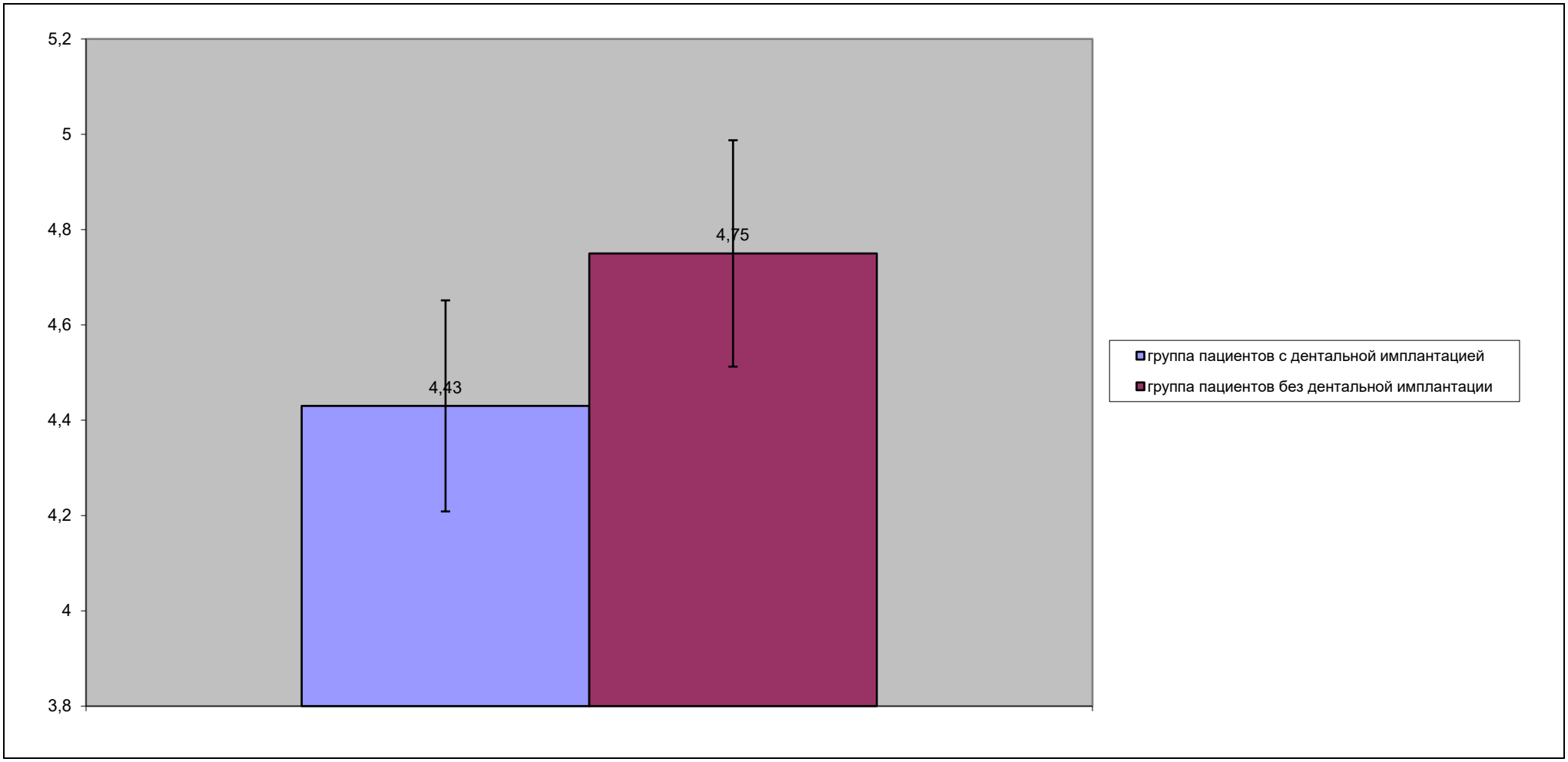


Рис. 73. Итоговые показатели удовлетворённости полученной стоматологической помощью в группах пациентов, получивших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации и без неё (в баллах по 5-балльной шкале)

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Роль частных клиник в оказании стоматологической помощи населению довольно велика, и с каждым годом возрастает на волне снижающегося бюджетного финансирования отрасли, сервисных и иных предпочтений населения, динамикой обращаемости (спроса) в государственный, муниципальный и частный сектора рынка и т.д. Дальнейшее развитие частного стоматологического медицинского сектора, очевидно, будет состоять в скорейшем расширении объёма лицензирования для частной практики, внедрении института саморегулирования, введения понятия «государственно-частное партнёрство» в стоматологии и расширении на основе этого сотрудничества государственных и частных медицинских организаций [143].

При этом на рынке стоматологических услуг в крупных городах сосуществуют 2 формы организации деятельности частных клиник: это самостоятельные частные клиники разной так называемой «кресельной» мощности (от 1-2 стоматологических кресел до 8-10) и крупные сетевые предприятия, объединённые в структурно-функциональном выражении в единую сеть. При этом такие частные клиники, формально сохраняя самостоятельность внутри сети (по отдельным аспектам обращаемости пациентов, финансирования и т.д.), на деле в функциональном отношении взаимозависимы друг от друга. Особенно это касается таких направлений функционального объединения, как разные виды оказания помощи, комплектация клиник соответствующими врачами, специальное материально-техническое обеспечение лечебного процесса и т.д. Стоит отметить также иногда влияющие на конечный результат территориальные различия, особенности обращаемости пациентов, их заболеваемости и т.д.

В этой связи одним из первых этапов нашего исследования было изучение особенностей стоматологической заболеваемости пациентов, обращающихся за стоматологической помощью в ЧССО. Существенным было также и то, что мы изучали различия оказываемой помощи пациентам, получавшим

стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, и получавших стоматологическую помощь без дентальной имплантации.

Стоматологическая помощь на основе дентальной имплантации – современная и высокоэффективная технология стоматологического лечения, основанная на использовании дентальных имплантатов, замещающих собой отсутствующие (утраченные) зубы, в качестве опоры для функционирования ортопедических конструкций.

Анализ особенностей стоматологической заболеваемости пациентов имеет большое значение в определении объёмов оказываемой помощи, ближайшем и отдалённом планировании организации её оказания. Стоматологическая заболеваемость разных категорий пациентов достаточно широко изучена кругом авторов [75, 193], в том числе её повозрастные показатели, поскольку возраст, по мнению авторов [106, 133], является одним из наиболее значимых факторов, влияющих на интенсивность и распространённость стоматологических заболеваний. Анализ повозрастных показателей стоматологической заболеваемости контингентов населения, обращающихся в ЧССО, проведённый нами, в целом не показал существенных расхождений с результатами известных эпидемиологических обследований. Проводя такой анализ, мы преследовали цель – уточнить, какой контингент пациентов с точки зрения стоматологического здоровья обращается в ЧССО за оказанием помощи на основе дентальной имплантации, и если есть различия с другими возрастными и социальными группами пациентов, то чем они обусловлены. Существенных различий нами не установлено, однако обнаружены интересные локальные факты по отдельным повозрастным показателям. Среднее значение индекса КПУ в совокупностях (пациенты ЧССО и пациенты несетевых ЧСМО) было в целом сравнимым, при этом интенсивность кариозных, запломбированных и удалённых зубов нарастала пропорционально возрасту респондентов; это же касалось и интенсивности нелечёных кариеса, пульпита, периодонтита. Существенное увеличение данного показателя отмечено у пациентов 55-64 лет (предпенсионный и пенсионный возраст респондентов),

что мы связываем прежде всего со снижением социальных и личностных мотиваций в этом возрасте, в том числе к сохранению своего стоматологического здоровья, угасанием интереса к себе в профессиональном, социальном и личностном плане. У пациентов 65-74 лет интенсивность кариеса остаётся достаточно высокой, а у лиц 75-84 лет опять достигает пика. Полученные сведения помогут грамотному планированию объёмов оказания стоматологической помощи разным контингентам пациентов, различающимся по возрасту.

Анализ интенсивности осложнений кариеса (пульпита и периодонтита) у пациентов показал примерно одинаковые показатели, не сильно различающиеся по возрасту. Различий с известными эпидемиологическими обследованиями других авторов также не установлено.

Характерно, что в группе лиц, получивших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, средняя интенсивность нелечёного кариеса существенно ниже по сравнению с пациентами без дентальной имплантации – почти в 2 раза (1,93 зубов и 2,63 зубов соответственно, $p<0,05$). Соответственно меньше была и повозрастная интенсивность кариеса зубов, хотя такая же тенденция увеличения значений с возрастом пациентов нами отмечалась и в этой группе. Другими словами, у пациентов, обращавшихся в ЧССО, установлена определённая динамика интенсивности кариеса зубов в разные возрастные периоды, что позволило прогнозировать объёмы оказания стоматологической помощи. Кроме того, доказано, что пациенты, получавшие помощь по поводу дентальной имплантации, имели существенно более низкую интенсивность нелечёного кариеса зубов (почти в 2 раза), что свидетельствует о их внимании к своему стоматологическому здоровью и ранее предшествовавшей активной лечебно-профилактической санационной работе.

Доля пульпита и периодонтита составляла в среднем около трети в структуре поражений зубов, по поводу которых пациенты обращались за стоматологической помощью в частные стоматологические организации. При этом различия у лиц, получивших стоматологическую помощь по поводу

дентальной имплантации или без таковой, в целом подтвердил вышеописанные тенденции - заболеваемость была меньше у пациентов с дентальной имплантацией (1,15 зубов и 1,25 зубов соответственно).

Существенное увеличение пародонтальной заболеваемости (в 2 раза) мы наблюдали у пациентов 55-64 лет, что связывали преимущественно с ухудшением состояния тканей пародонта и с декомпенсацией возможностей организма в этом возрасте. Об этом же свидетельствуют и другие авторы [92, 148, 217]. Существенных различий по состоянию тканей пародонта в группах пациентов ЧССО (получавших помощь на основе дентальной имплантации и без имплантации) нами не получено, в отличие от вышеприведённых показателей по кариесу, пульпиту и периодонтиту.

Данные повозрастных особенностей обращений в ЧССО за зубопротезированием не показали существенных расхождений с мнением других авторов [17, 28, 36, 70, 106]. При этом у данного контингента пациентов объём зубопротезирования существенно увеличивался с возрастом (от 18 до 45 лет). В дальнейшем, начиная с возраста 45 лет и старше, у них мы наблюдали снижение объёма – видимо, вследствие уменьшения у пациентов потребности в зубопротезировании из-за ранее сделанного первичного протезирования.

Стоматологическая помощь на основе дентальной имплантации – современная и высокоэффективная технология стоматологического лечения, базирующаяся на использовании дентальных имплантатов, замещающих собой отсутствующие (утраченные) зубы, в качестве опоры для функционирования ортопедических конструкций [30, 56, 65, 66, 84, 106, 112, 347, 349, 353, 355, 356-358]. Вследствие своей дороговизны, данный вид стоматологической помощи меньше используется в государственных (муниципальных) медицинских организациях по сравнению с частными, и, по мнению [30, 44, 56, 66, 84], своё наиболее широкое распространение он получил в ЧСМО [198, 205, 247, 259, 263]. При этом отметим, что оказание такого рода помощи в ЧСМО сопряжено с рядом клинических и организационных трудностей, сложностью рационального планирования лечения, обеспечения комплексности подходов,

преемственности разных специалистов и т.д. [364, 366-368, 370, 374]. В этой связи наиболее эффективным и отвечающим долгосрочным перспективам с точки зрения качества данный вид оказания стоматологической помощи будет применим в условиях частного сектора, но преимущественно в ЧССО, которые существенно выигрывают в оказании помощи благодаря своей организационно-функциональной структуре, единообразию подходов и алгоритмов оказания помощи во всех клиниках сети [207, 278, 382, 384].

Особенно вышесказанное касается оказания стоматологической ортопедической помощи на основе дентальной имплантации, позволяющей эффективно восстановить жевательную и эстетическую функцию, но при этом являющейся достаточно дорогостоящей и, очевидно, вследствие этого оказываемой преимущественно в медицинских стоматологических организациях частного сектора [167, 250, 253, 264, 267, 275, 282, 324, 338].

Анализируя уровень стоматологического здоровья, мы отметили, что с возрастом у пациентов ЧССО также увеличивалась распространённость потери зубов и, соответственно, потребность в дентальной имплантации. По нашим данным, в самой молодой возрастной группе 18-24 лет на 1 пациента приходилось 0,44 установленных дентальных имплантатов, в возрасте 25-34 лет - уже 0,68 имплантатов, в возрасте 35-44 лет – 1,47 имплантатов, в возрасте 45-54 лет – несущественное снижение (0,87 дентальных имплантатов), а в возрасте 55-64 лет – максимальное значение показателя (1,58 дентальных имплантатов). В возрасте 65-74 лет на 1 пациента приходилось 1,12 установленных дентальных имплантатов, а в возрасте 75-84 лет – 2,2 дентальных имплантатов.

Полученные нами сведения показывают, что пациенты, получавшие стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, более внимательно относятся к своему стоматологическому здоровью, в связи с чем у них ниже показатели заболеваемости кариесом зубов, пульпитом, периодонтитом, патологией пародонта.

Характеризуют объёмы оказанной помощи в ЧССО также показатели числа посещений и структура разных посещений; мы проанализировали общее число

посещений пациентов в стоматологическую организацию, складывающихся из числа посещений по поводу стоматологического лечения и числа посещений по поводу дентальной имплантации. Установлено, что по всей генеральной совокупности средние значения показателей составили 8,26 посещений и 1,02 посещений на 1 пациента; общее количество посещений в стоматологическую организацию составило в среднем 9,27 посещений. Среднее число посещений по поводу дентальной имплантации имело тенденцию нарастания с возрастом (вероятно, из-за увеличения объёма дентальной имплантации, а также увеличения доли полиморбидности среди пациентов), и своих максимальных значений достигало в возрастные периоды 45-54 лет и 55-64 лет; при этом в среднем на 1 пациента приходилось 1,03 посещения, то есть процесс дентальной имплантации в ЧССО был достаточно эффективно организован. Среднее число посещений стоматологической организации по поводу сопутствующего стоматологического лечения также обнаружило тенденцию увеличения с возрастом, причём максимальные значения отмечались в возрасте 55-64 и 65-74 лет. Разница между этими двумя показателями составляла 8-9 раз (достигая максимума в 10-11 раз). Общее количество обращений в ЧССО также обнаружило тенденцию существенного увеличения с возрастом, при этом «львиную» долю в структуре посещений составляли именно посещения по поводу стоматологического лечения (89,0%), остальные 11,0% приходились на посещения по поводу дентальной имплантации. Отметим, что полученные сведения являются оригинальными; подобных результатов в литературе мы не встретили.

Анализ повозрастной структуры посещений пациентов ЧССО позволил получить интересные сведения. В частности, установлено, что в молодых возрастных группах практически 93,8-99,0% посещений приходилось на сопутствующее стоматологическое лечение и лишь 1-6,2% - на дентальную имплантацию. В средних по возрасту группах пациентов последний показатель увеличился до 11,8% (в группе 35-44 лет) и до 18,8% (в группе 45-54 лет), что, очевидно, мы связываем с возросшим объёмом дентальной имплантации в этих

группах пациентов; в них же, соответственно, было ниже количество посещений по поводу стоматологического лечения (их доля составила 88,2% и 81,2%). В возрастной группе 55-64 лет посещения по поводу дентальной имплантации составили 11,7%, по поводу сопутствующего стоматологического лечения – 88,3%; в возрастной группе 65-74 лет – 9,2% и 90,8% соответственно. Другими словами, структура посещений пациентами ЧССО такова, что на 1 посещение по поводу дентальной имплантации приходилось 8-9 посещений по поводу сопутствующего стоматологического лечения.

Характеризуя объём выполненной дентальной имплантации, отметим, что в среднем на 1 пациента всей совокупности больных ЧССО приходилось 1,03 установленных дентальных имплантата, в том числе в группе пациентов, целенаправленно обращавшихся за дентальной имплантацией, на одного пациента приходилось в среднем 4,3 установленных дентальных имплантата. Обсуждая эпидемиологическое показатели распространённости среди пациентов во всех возрастных группах дентальной имплантации, отметим, что в самой молодой возрастной группе 18-24 лет на одного пациента приходилось в среднем 0,5 дентальных имплантатов, в возрастной группе 25-34 лет – 0,29 дентальных имплантатов. Существенное увеличение значений мы отметили в возрастной группе 35-44 лет – на одного пациента в среднем приходилось 1,46 дентальных имплантатов; чуть меньше – в следующей возрастной группе 45-54 лет (0,87 дентальных имплантатов). Следующее существенное увеличение значений мы отметили в возрастной группе 55-64 лет – на одного пациента в среднем приходилось 1,58 установленных дентальных имплантатов; почти столько же (1,47 дентальных имплантатов) приходилось на одного пациента в следующей возрастной группе 65-74 лет. В самой пожилой возрастной группе 75-84 лет в среднем данный показатель составил 2,2 установленных дентальных имплантатов.

В группе пациентов ЧССО, получивших помощь на основе дентальной имплантации, среднее количество установленных имплантатов составило: в самых молодых возрастных подгруппах 18-24 лет и 25-34 лет – по 2,75

дентальных имплантатов, в возрастной подгруппе 35-44 лет – в 2 раза больше (5,32 дентальных имплантатов). В возрасте 45-54 лет на одного пациента данной группы приходилось 3,27 установленных дентальных имплантатов. Существенное увеличение объёма дентальной имплантации мы отметили в следующей возрастной группе 55-64 лет – 5,16 дентальных имплантатов, а в возрастной группе 65-74 лет – 3,5 установленных дентальных имплантатов. В самой старшей возрастной группе 75-84 лет среди пациентов, получивших дентальную имплантацию, на одного пациента приходилось в среднем 5,5 установленных дентальных имплантатов.

Важным показателем эффективной организации стоматологической помощи является среднее количество врачей-стоматологов разных специальностей, лечивших пациента. В условиях ЧССО показатель составил в среднем 2,76 в пересчёте на 1 пациента. В возрасте 35-44 лет он составил 2,88 врачей, и примерно на таком же уровне держался в следующей возрастной подгруппе 45-54 лет (2,62 врачей). У пациентов возраста 55-64 лет показатель достиг своего максимума, составив 4,09 врачей-стоматологов в пересчёте на одного пациента. В старших возрастных подгруппах показатель снижался: у пациентов в возрасте 65-74 лет - 2,65 врачей-стоматологов, в возрасте 75-84 лет – 2,0 врачей-стоматологов.

Большое значение в характеристике оказания стоматологической помощи занимает показатель объёма помощи. Это важная величина, первостепенное значение которой подчёркивают многие исследователи [34, 48, 78]. Мы впервые сравнили показатели объёма оказанной помощи 2 группам пациентов ЧССО - получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации и без дентальной имплантации. Установлено, что у пациентов первой группы достоверно больше (в 13,0 раз, $p<0,01$) был объём зубопротезной помощи: на 1 пациента в данных группах приходилось 0,65 случаев и 0,05 случаев зубопротезирования по поводу потери зубов), в том числе на 1 пациента этих групп приходилось 1,72 и 0,24 изготовленных искусственных зубных коронок (в 7,2 раз, $p<0,01$). Все повозрастные значения в данной группе были

существенно больше, чем в группе пациентов без имплантации ($p<0,01$). Итоговые показатели также существенно различались (в 7,2 раз - 0,24 и 1,72 изготовленных коронок соответственно, $p<0,01$).

О некоторых особенностях объёма оказанной стоматологической помощи в двух данных группах пациентов свидетельствует также среднее количество зубов, включённых в лечение. В группе пациентов без имплантации на 1 пациента в среднем приходилось 2,90 лечённых зубов, а в группе пациентов с дентальной имплантацией – почти в 2 раза меньше (1,58 лечённых зубов).

У пациентов ЧССО, получивших помощь на основе дентальной имплантации, достоверно больше (в 7,1 раз, $p<0,01$) был объём зубопротезной помощи: 1,21 случаев и 0,17 случаев зубопротезирования по поводу потери зубов в пересчёте на 1 пациента, в том числе 2,67 и 1,62 изготовленных зубных коронок на 1 пациента (в 1,4 раз, $p<0,01$). Вероятно, полученные различия при наличии дентальной имплантации можно объяснить большей заинтересованностью врачей в увеличении объёма оказываемой помощи, в достижении её комплексности, что резко увеличивает доходность (одной из сторон деятельности частных организаций является извлечение дохода); в связи с этим пациенты более активно мотивировались на больший объём стоматологической помощи, особенно ортопедической. Это подтвердили наши данные пилотных опросов врачей, которые, впрочем, мы не проводили расширенно, поскольку это не входило в задачи нашего исследования.

Об объёме оказанной стоматологической помощи свидетельствует среднее количество зубов, включённых в лечение (3,87 и 3,91 зубов в пересчёте на 1 пациента). В целом, нами установлено, что пациенты, получавшие помощь на основе дентальной имплантации, более ориентированы на комплексную санацию рта (привержены лечебно-профилактическим мероприятиям), а также они более ориентированы на полноценное восстановление целостности зубных рядов (на зубопротезирование), то есть на законченное целостное стоматологическое лечение. Также установлена взаимосвязь с возрастом объёма дентальной имплантации ($r=0,590$, $p<0,001$), при этом отмечены три

пика существенного увеличения объёма и, вследствие этого, нуждаемости в дентальной имплантации – в 35-44 лет, 55-64 лет и в 75-84 лет. Полученные сведения помогут планировать и прогнозировать объём оказываемой стоматологической помощи пациентам на основе дентальной имплантации.

В наших наблюдениях пациенты, получавшие стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, более ориентированы на санацию рта (они более привержены лечебно-профилактическим мероприятиям в отношении кариеса, пульпита, периодонтита, болезней пародонта), а также они более ориентированы на восстановление целостности зубного ряда (на зубопротезирование), то есть на законченное комплексное стоматологическое лечение, включая санацию рта.

Характеризует организацию лечебно-диагностического процесса количество посещений пациентами стоматологической клиники (11,57 и 4,49 по общему количеству посещений, разница в 2,29 раз, $p<0,05$), то есть мотивация пациента к получению дентальной имплантации и зубопротезирования на её основе существенно увеличивает число посещений стоматологической клиники, которое также коррелировало с увеличением возраста пациентов ($r=0,79$, $p<0,005$).

Вместе с тем, для эффективной организации стоматологической помощи в частных медицинских организациях и особенно – для планирования объёмов её оказания, прогнозирования посещаемости пациентами определённых возрастных групп и т.д., значимым является анализ показателя числа посещений для проведения санации рта (поскольку он, помимо вышеперечисленного, также косвенно свидетельствует об уровне стоматологического здоровья пациентов разных возрастов); безусловно, по данным разных авторов [343, 348, 375-377, 379], он занимает довольно большую долю в структуре посещаемости частной стоматологической организации. Число посещений по поводу стоматологического лечения у пациентов ЧССО с дентальной имплантацией составило в среднем 4,45 (в 2 раза больше количества посещений по поводу дентальной имплантации, и в 1,14 раза больше аналогичного показателя у

пациентов без дентальной имплантации), число посещений по поводу зубопротезирования - 4,30 и 0,60 у лиц с дентальной имплантацией и без неё, что свидетельствует об увеличении объёма помощи и комплексном, законченном характере её у пациентов с дентальной имплантацией. Полученные сведения позволят прогнозировать объёмы оказания помощи и потребность в ней в соответствующие возрастные периоды.

При этом количество посещений клиники зависело от возраста пациентов ($r=0,345$, $p<0,001$), особенно у пациентов, получивших помощь на основе дентальной имплантации ($r=0,79$, $p<0,005$), что позволяет прогнозировать объёмы оказания помощи и потребность в ней в соответствующие возрастные периоды пациентов.

Очевидно, что данная динамика указывает на увеличение объёма лечения по достижению санации рта вследствие ухудшения с возрастом состояния стоматологического здоровья, ухудшения состояния зубов и зубных рядов пациентов. В этом наши данные полностью подтвердили мнение других авторов [361, 382, 394]. Анализ обращаемости пациентов несетевых ЧСМО показал, что практически для всех возрастных подгрупп число обращений было существенно (в 3,8 раз) больше в случае получения стоматологической помощи на основе дентальной имплантации; это вполне очевидно, поскольку большая доля посещений (порядка 25,8%) приходилась непосредственно на дентальную имплантацию. Вместе с тем, количество обращений по поводу санации рта в группе пациентов, получавших помощь на основе дентальной имплантации, было больше (3,1 и 2,1 посещений соответственно, в 1,47 раза). Вероятно, последний факт обусловлен необходимостью большего объёма стоматологического лечения. Сравнение с аналогичными группами пациентов, получавшими стоматологическую помощь на основе и без дентальной имплантации в условиях ЧССО, установило существенно большие показатели (4,45 и 3,89, $p<0,05$), что свидетельствует о лучшей организации лечебного процесса в ЧССО. Так, у пациентов с дентальной имплантацией, получавших помощь в ЧССО и несетевых ЧСМО, среднее общее количество посещений

составило 11,57 и 9,3 соответственно ($p<0,05$), в том числе по поводу дентальной имплантации – 2,82 и 2,4 посещений, по поводу стоматологического лечения – 4,45 и 3,1 посещений. По поводу зубопротезирования количество посещений в группах пациентов ЧССО и несетевых ЧСМО, получавших помощь на основе дентальной имплантации, составило 4,30 и 3,80 ($p<0,05$), а в группах без имплантации – 0,60 и 0,30 ($p<0,05$), что также говорит о большей законченности стоматологического лечения в ЧССО и большем объёме лечения.

У пациентов без дентальной имплантации в ЧССО и несетевых ЧСМО общее количество посещений составило 4,49 и 2,4, в том числе по поводу стоматологического лечения – 3,89 и 2,1 ($p<0,05$).

Нами установлено, что практически независимо от возраста пациентов кратность их посещений стоматологической организации по поводу дентальной имплантации остаётся практически неизменной – $r=0,177$ (лишь у пациентов пожилого и старческого возраста существенно повысившись из-за того, что врачи-стоматологи, занимающиеся имплантацией, оказывали меньший объём помощи в 1 посещение вследствие, вероятно, таких факторов, как плохое самочувствие, наличие соматических болезней или с учётом возраста пациентов). Этого нельзя сказать о показателе посещений по поводу сопутствующего стоматологического лечения и о показателе общего числа посещений ($r=0,358$ и $r=0,364$), увеличение которых наглядно свидетельствует об увеличении объёма помощи пациентам в зависимости от их возраста. Данные показатели также помогут грамотному планированию и прогнозированию объёма стоматологической помощи населению, оказываемой в частных стоматологических организациях, независимо от возраста.

Среднее количество пролеченных зубов у пациентов несетевых ЧСМО, получивших помощь на основе дентальной имплантации, составило 3,47, что было меньше аналогичного показателя в ЧССО (5,81 зубов, $p<0,05$); такое же количество у пациентов без дентальной имплантации составило соответственно 2,8 зубов и 3,91 зубов ($p<0,05$).

Аналогичный анализ, проведённый по сравниваемым группам по количеству удалённых зубов, составил: в группах несетевых ЧСМО и ЧССО с дентальной имплантацией – 2,80 и 3,04 зубов ($p<0,05$), в группах без дентальной имплантации – 2,10 и 2,04 зубов ($p>0,1$). Полученные сведения показывают, что, поскольку количества удалённых зубов в ЧССО и несетевых ЧСМО были в целом сравнимы, а существенно различались количества пролеченных зубов (в большую сторону в ЧССО), то, очевидно, в ЧССО больше объём помощи по лечению и сохранению зубов и по достижению санированности пациентов. Кроме того, пациенты с дентальной имплантацией чаще подвергались удалению зубов (т.е. радикальному подходу к лечению).

Количество установленных дентальных имплантатов, безусловно, не зависит от типа медицинской организации (ЧССО или несетевая ЧСМО), а определяется клинической ситуацией во рту пациента. Поэтому средние количества установленных дентальных имплантатов, приходящихся на 1 пациента в группах лиц, получивших помощь на основе дентальной имплантации в ЧССО и в несетевых ЧСМО, не показали значимых различий (3,51 и 2,63, $p>0,1$). При этом установлена взаимосвязь возраста пациентов и объёма выполненной им дентальной имплантации ($r=0,590$, $p<0,001$), с наличием трёх пиков увеличения объёма и, вследствие этого, нуждаемости в дентальной имплантации – в 35-44 лет, 55-64 лет и в 75-84 лет. Это может служить обеспечением рационального планирования и прогнозирования объёма оказываемой стоматологической помощи на основе дентальной имплантации.

Очевидно, что независимо от вида медицинской организации (ЧССО или несетевые ЧСМО), количество посещений было больше в случае получения пациентами стоматологической помощи на основе дентальной имплантации – это было связано не только с обращениями непосредственно по поводу хирургического и ортопедического этапов дентальной имплантации, но и с расширением объёма санации рта, подготовки к дентальной имплантации и прочее.

К подобным результатам пришёл Фёдоров В.Е. [284], в материале которого лишь каждый пятый пациент (21,1%) обращался в частную стоматологическую организацию за непосредственно дентальной имплантацией, а полный объём стоматологической помощи, включая подготовительные мероприятия, получили лишь 41,0% пациентов, изначально обращавшихся в частную клинику.

Объём оказанной стоматологической помощи, рассчитанный в пересчёте на среднее число пролеченных и удалённых зубов, в несетевых ЧСМО показал существенные различия в зависимости от особенностей оказанной стоматологической помощи: в группе получивших помощь на основе дентальной имплантации он составил 6,27 зубов на одного пациента, а в группе без дентальной имплантации – 4,9 зубов на одного пациента (почти в 1,5 раза больше). Такая же зависимость имела место и у пациентов, получавших стоматологическую помощь в ЧССО: 8,85 зубов и 5,95 зубов на одного пациента соответственно. Отметим, что в ЧССО данные показатели в обеих группах были существенно выше, чем в несетевых ЧСМО (в 1,4 и 1,2 раза, $p<0,05$).

В структуре посещений пациентов, получавших помощь на основе дентальной имплантации в ЧССО и несетевых ЧСМО, доля посещений по поводу дентальной имплантации составила 24,4% и 25,8% (при прочих равных характеристиках качества лечения, стоимости и прочее), то есть была примерно одинаковыми. Повозрастная динамика структуры в обеих группах не обнаружила существенных различий, что свидетельствует об объективных предпочтениях пациентов и приверженности их стоматологическому лечению в определённые возрастные периоды, что можно использовать для планирования и прогнозирования оказания стоматологической помощи.

Количество врачей-стоматологов специалистов, лечивших пациента, также характеризует организацию и объём оказываемой стоматологической помощи. Безусловно, в рамках преемственности и комплексности оказания стоматологической помощи количество разных врачей-специалистов увеличивалось с увеличением возраста пациентов, то есть отражало увеличение

объёма и сложности оказываемой стоматологической помощи вследствие прогрессирующего с возрастом ухудшения стоматологического здоровья. У пациентов ЧССО, получавших помощь на основе дентальной имплантации, на 1 пациента приходилось в среднем 2,85 врачей-стоматологов разных клинических специальностей, без дентальной имплантации – 2,14 ($p<0,05$). У пациентов в несетевых ЧСМО данные показатели составили по 1,8 врачей (существенно меньше, чем в ЧССО). Очевидно, это объясняется комплексным подходом к организации оказания помощи в ЧССО, большей заинтересованностью пациентов и врачей ЧССО в достижении полноценной санации рта и восстановления зубных рядов посредством зубопротезирования.

Количество врачей-специалистов на 1 пациента коррелировало с общим количеством пролеченных зубов ($r=0,270$, $p>0,1$), а также с общим числом посещений стоматологической организации ($r=0,455$, $p<0,001$). Характерно, что не получено никакой корреляции искомого показателя с числом посещений пациентов по поводу дентальной имплантации ($r=0,01$, $p>0,1$), зато имелась существенная корреляция с числом посещений по поводу санации рта ($r=0,478$, $p<0,001$).

У пациентов без дентальной имплантации в несетевых ЧСМО небольшая корреляция получена с общим числом пролеченных зубов ($r=0,201$, $p>0,1$) и более сильная – с числом посещений для санации рта ($r=0,834$, $p<0,005$). Сравнивая обе данные группы пациентов несетевых ЧСМО, получавших стоматологическую помощь на основе и без дентальной имплантации, отметим, что у них имелось равное количество врачей-специалистов на 1 пациента (1,8 и 1,8 врачей соответственно); у них же на одного пациента приходилось существенно больше посещений по поводу санации рта (3,1 и 2,1 посещений, в 2 раза больше). В целом, полученные сведения отражают комплексность оказываемой стоматологической помощи и преемственность разных врачей-специалистов в зависимости от возраста пациентов. Данный показатель поможет планированию стоматологической помощи, в том числе отражает занятость разных специалистов на разных этапах её оказания.

Также у пациентов несетевых ЧСМО, получавших помощь на основе дентальной имплантации, было больше число пролеченных зубов (3,47 зубов и 2,8 зубов) и удалённых зубов (2,80 и 2,10 зубов), поскольку пациенты второй группы обращались в основном для лечения конкретных видов стоматологической патологии.

Средняя доля санированных от числа нуждающихся в санации у пациентов несетевых ЧСМО была больше у лиц, получивших помощь на основе дентальной имплантации (68,7% против 39,6%), однако данные показатели были всё равно существенно ниже аналогичных значений у пациентов ЧССО (96,3% и 75,2%, $p<0,005$).

У пациентов ЧССО, получавших помощь на основе дентальной имплантации, установлена положительная корреляция количества врачей-специалистов, приходящихся на одного пациента, с общим числом пролеченных зубов ($r=0,294$, $p<0,05$) и сильная связь - с числом посещений по поводу санации рта ($r=0,755$, $p<0,005$). Такие же взаимозависимости получены и для пациентов ЧССО, получавших помощь без дентальной имплантации ($r=0,225$, $p<0,05$; $r=0,942$, $p<0,005$). Полученные корреляции аналогичны взаимосвязям у пациентов несетевых ЧСМО, получавших стоматологическую помощь как на основе, так и без дентальной имплантации.

При этом максимальные значения показателя общего числа посещений в ЧССО приходились на возрастные подгруппы пациентов зрелого и пожилого возраста, что мы связываем, очевидно, с увеличением объёма и разнообразия оказываемых видов стоматологической помощи из-за нарастания количества патологий, т.е. её комплексности. По всем возрастным подгруппам данной группы пациентов это коррелировало с общим количеством вылеченных зубов ($r=0,270$, $p>0,1$), а также с общим числом посещений стоматологической организации ($r=0,455$, $p<0,001$). Однако, не получено никакой корреляции искомого показателя с числом посещений пациентов по поводу дентальной имплантации ($r=0,01$, $p>0,1$), зато имелась существенная корреляция с числом посещений по поводу санации рта ($r=0,478$, $p<0,001$).

В несетевых ЧСМО небольшая корреляция получена с общим числом вылеченных зубов (r=0,201, p>0,1) и более сильная – с числом посещений для санации рта (r=0,834, p<0,005).

Всё вышесказанное свидетельствует о более эффективной организации оказания стоматологической помощи в ЧССО в виде обеспечения преемственности разных врачей-специалистов и комплексности оказания помощи. В большинстве несетевых ЧСМО преобладал локалистичный подход в лечебном процессе (фиксация внимания врача только на конкретных жалобах пациента). Эти в корне разные организационные подходы были характерны для сетевой и несетевой форм частных стоматологических медицинских организаций.

Отметим, что у пациентов ЧССО, получавших помощь на основе дентальной имплантации, установлена положительная корреляция количества врачей-специалистов, приходящихся на одного пациента, с общим числом вылеченных зубов (r=0,294, p<0,05) и сильная связь - с числом посещений по поводу санации рта (r=0,755, p<0,005). Такие же взаимозависимости получены и для пациентов ЧССО, получавших помощь без дентальной имплантации (r=0,225, p<0,05; r=0,942, p<0,005). Полученные корреляции аналогичны взаимосвязям у пациентов несетевых ЧСМО, получавших стоматологическую помощь как на основе, так и без дентальной имплантации.

В этом наши результаты полностью согласуются с работой Фёдорова В.Е. [284], у которого общая стоимость стоматологического лечения коррелировала с числом посещений медицинской организации и с количеством врачей-специалистов, выполнявшими те или иные лечебные задачи. Стоимость дентальной имплантации, по данным Фёдорова В.Е. [284], коррелировала с числом устанавливаемых имплантатов.

Таким образом, обращаемость в ЧССО обусловлена интенсивностью кариеса, пульпита, периодонтита у пациентов и необходимостью зубопротезирования; меньшее значение имеет обращаемость по поводу пародонтальной патологии. Обращаемость по поводу зубопротезирования не

менее чем в 70% случаев обусловлена потребностью в дентальной имплантации, последняя обнаружила тесную корреляцию с возрастом ($p<0,001$).

При этом для всей совокупности пациентов ЧССО среднее число посещений стоматологической клиники составило 9,26±3,91 на 1 пациента, в том числе 4,23±2,89 посещений по поводу санирующего стоматологического лечения, 1,45±0,79 посещений по поводу дентальной имплантации и 2,95±0,88 посещений по поводу зубопротезирования (т.е. не менее 16,0% посещений приходилось на дентальную имплантацию, 44,0% на лечение по санации рта и 40,0% на зубопротезирование).

В несетевых ЧСМО общее среднее число посещений составило 5,7±1,8 на 1 пациента, в том числе 1,2±0,9 по поводу дентальной имплантации, 2,5±1,2 по поводу санации рта, 2,0±0,9 по поводу зубопротезирования (в структурном выражении 21,0%, 44,0%, 35,0% соответственно).

На 1 пациента с дентальной имплантацией в ЧССО приходилось в среднем 3,51 установленных дентальных имплантата (от 1,08±0,84 до 7,92±2,81 дентальных имплантатов в разных возрастных подгруппах), в пересчёте на всю совокупность пациентов ЧССО – 2,14 имплантатов (в несетевых ЧСМО 0,82 имплантатов). Установлена взаимосвязь с возрастом пациентов объёма дентальной имплантации ($r=0,590$, $p<0,001$), при этом отмечены три пика увеличения объёма и увеличения нуждаемости в дентальной имплантации – 45-54 лет, 65-74 лет, 75-84 лет.

На 1 пациента в ЧССО в среднем приходилось 2,76 врачей-стоматологов разных специализаций. Доля санированных от общего числа обратившихся в ЧССО составила 85,7% (в несетевых ЧСМО 53,6%, $p<0,05$).

Существенной стороной деятельности частной медицинской организации и одной из важнейших её характеристик является финансово-экономическая деятельность. Это полностью укладывается в концепцию существования частных предприятий и самой предпринимательской деятельности, поскольку в основе предпринимательства и частных организаций, согласно ГК РФ, лежит

извлечение прибыли. Кроме того, на экономически обоснованном рынке стоматологических услуг, стоматологической техники и материалов лишь экономически процветающая клиника может обеспечить высокий уровень качества оказываемой помощи, внедрение самых современных технологий, контроль за результатами лечения и т.д. В этой связи сферой нашего интереса являлось получение всесторонней информации об экономической эффективности деятельности сетевых и несетевых ЧСМО, специализирующихся на оказании помощи на основе дентальной имплантации.

Анализ стоимостного аспекта оказания помощи обнаружил прямую взаимосвязь с возрастом пациентов независимо от вида оказанной помощи – это полностью подтвердило мнения других авторов [331, 336], связавших данный результат прежде всего с увеличением объёма стоматологического лечения из-за возраста пациентов. Нами установлена нелинейная зависимость данного показателя от возраста: наиболее существенные увеличения значений стоимости услуг по зубопротезированию отмечены в возрастных группах 35-44 лет и 55-64 лет. Спад значений данного показателя в возрастной группе 45-54 лет объясняется именно предшествующим периодом подъёма, поскольку данные возрастные периоды характеризуются наибольшей социально-трудовой и профессиональной активностью и, соответственно, наибольшим вниманием людей к своему здоровью.

Достаточно интересную зависимость от возраста пациентов обнаружил показатель стоимости лечения по санации рта. Поскольку данный показатель в широком смысле характеризует уровень стоматологического здоровья (лечение кариеса, замена пломб, эндодонтическое лечение, терапия болезней пародонта и т.д.), то он обнаружил достаточно сильную зависимость с возрастом пациентов (что, очевидно, обусловлено возрастающим объёмом стоматологического лечения), при этом разница между максимальным и минимальным значениями показателя достигает 4,36 раз. Для всей совокупности пациентов ЧССО средняя стоимость услуг по непосредственно дентальной имплантации составила 97708,64 руб., стоимость зубопротезных

работ – в 2 раза больше (269539,18 руб.), стоимость сопутствующего лечения по санации рта – в 1,5 раза больше (145561,19 руб.). Общая стоимость всего стоматологического лечения в пересчёте на 1 пациента составила 512809,01 руб. К аналогичным результатам пришёл Фёдоров В.Е. [284], по данным которого стоимость непосредственно дентальной имплантации для пациентов была существенно меньше, чем стоимость подготовительных этапов.

В структурном выражении примерно половину стоимости лечения составило зубопротезирование (52,5%), почти пятую часть (19,0%) – стоимость дентальной имплантации и остальное (28,5%) – стоимость санации рта и сопутствующего стоматологического лечения. У пациентов несетевых ЧСМО средняя стоимость всей оказанной помощи составила 549101,40 руб. на 1 пациента (больше, чем в ЧССО, на 36292,39 руб.). Подобные данные получил Фёдоров В.Е. [284], установивший, что при оказании такого рода помощи примерно половина клинико-организационных и экономических расходов приходится на подготовительные этапы стоматологического лечения (терапевтический, хирургический), и половина – собственно на хирургический и ортопедический этапы дентальной имплантации.

Средняя стоимость санации рта, сопутствующей дентальной имплантации, сильно различались в ЧССО и несетевых ЧСМО: показатели в пересчёте на 1 пролеченный и/или удалённый зуб были больше у пациентов среднего возраста (35-44 лет, 45-54 лет, 55-64 лет) и ниже – у лиц молодого, а также пожилого и старческого возраста, что, очевидно, связывается с разным объёмом стоматологической помощи и изменениями нуждаемости в ней. У пациентов ЧССО, получивших помощь без дентальной имплантации, отмечена такая же тенденция взаимосвязи с возрастом: увеличивалась сумма расходов в пересчёте на 1 пролеченный и/или удалённый зуб (пациенты 18-24 лет – 18322,57 руб., 25-34 лет – 59834,56 руб., 35-44 лет – 15348,28 руб., 45-54 лет – 22769,91 руб.), при этом почти в 2 раза большее значение приходилось на пациентов возрастной подгруппы 55-64 лет (51355,05 руб.), что, очевидно, связывается с большим объёмом стоматологической помощи этой категории пациентов. У пациентов

более старшего возраста данный показатель снижался, что свидетельствует о постепенном уменьшении среднего объёма стоматологической помощи.

Средняя сумма расходов пациентов в пересчёте на 1 пролеченный и/или удалённый зуб в группе лиц, получавших помощь на основе дентальной имплантации, составила 48612,47 руб., а в группе без дентальной имплантации – почти в 2 раза меньше (25116,43 руб.). Другими словами, выбор пациентом вида стоматологической помощи на основе дентальной имплантации (безусловно, при наличии клинических показаний) приводит к расширению объёма оказываемой помощи, включая зубопротезирование и сопутствующее лечение по санации рта, способствует комплексности оказываемой стоматологической помощи.

У пациентов несетевых ЧСМО в случае получения помощи на основе дентальной имплантации общая стоимость лечения составила 82042,77 руб., а в случае получения помощи без дентальной имплантации – в 3 раза меньше (26651,84 руб.). Это также показало, что выбор стоматологической помощи на основе дентальной имплантации способствует увеличению объёма сопутствующего стоматологического лечения, его комплексности.

Сравнивая обе группы пациентов (ЧССО и несетевых ЧСМО), отметим ещё тенденции. У лиц, получавших помощь на основе дентальной имплантации, средняя стоимость лечения по санации рта была в 1,6 раз выше, чем у такой же категории пациентов в несетевых ЧСМО (137773,26 руб. и 82042,77 руб. в пересчёте на 1 пролеченный и/или удалённый зуб). С другой стороны, у пациентов ЧССО и несетевых ЧСМО без дентальной имплантации существенных различий по анализируемому показателю не отмечалось (29235,96 руб. и 26651,84 руб. соответственно).

Для групп пациентов ЧССО и несетевых ЧСМО, получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, сумма расходов в пересчёте на 1 пролеченный и/или удалённый зуб коррелировала с числом зубов, включённых в лечение ($r=0,540$, $r=0,459$, $p<0,001$). Характерно, что подобных взаимозависимостей не было отмечено для групп пациентов

ЧССО и несетевых ЧСМО, получавших стоматологическую помощь без дентальной имплантации (r=-0,303, r=-0,079, p>0,05). Наличие или отсутствие такой взаимосвязи свидетельствует об определённой комплексности оказания стоматологической помощи, большем её разнообразии и большем объёме в случае получения её пациентами на основе дентальной имплантации (по сравнению с помощью без дентальной имплантации). Кроме того, полученные сведения позволяют прогнозировать динамику расходов и объём стоматологической помощи тем или иным возрастным категориям населения.

Для обоснования финансово-экономической эффективности деятельности ЧССО мы проанализировали реальные расходы ЧССО по обеспечению стоматологического лечения пациентов, в том числе и на основе дентальной имплантации. В среднем сумма расходов на стоматологическое лечение 1 пациента генеральной совокупности составила 375201,89 руб., в том числе расходы на дентальную имплантацию составили 75770,29 руб. на 1 пациента, расходы на зубопротезирование – 194019,85 руб., на стоматологическое лечение по санации рта – 105411,75 руб.

Средняя стоимость стоматологического лечения по санации рта в пересчёте на 1 пролеченный и удалённый зуб у пациентов несетевых ЧСМО (группа получивших дентальную имплантацию) составила 30645,36 руб. (почти в 2 раза больше аналогичного показателя у пациентов ЧССО, p<0,05). При этом максимальные значения показателя имелись у пациентов старших возрастов (65-74 лет – 36239,98 руб., 75-84 лет – 34374,65 руб.). У пациентов средних возрастов значения показателя находились в пределах 29,3-29,9 тысяч рублей, а минимальное значение отмечено у пациентов 35-44 лет (22799,51 руб.).

Средняя стоимость 1 установленного дентального имплантата у пациентов данной группы несетевых ЧСМО составила 70382,43 руб. (в 1,2 раза больше, чем у пациентов ЧССО – 57001,24 руб.), при этом наибольшие значения показателя мы обнаружили у пациентов молодого возраста (18-24 лет – 81916,67 руб., 25-34 лет – 75073,53 руб.) по сравнению с пациентами старших возрастов (65-74 лет – 67785,36 руб., 75-84 лет – 69729,19 руб.). Данные показатели как у

молодых пациентов, так и у лиц пожилого и старческого возраста были существенно больше по сравнению с показателями у пациентов ЧССО, что мы связываем прежде всего с использованием дисконтных программ в ЧССО.

Средняя стоимость стоматологического лечения по санации рта у пациентов без дентальной имплантации в несетевых ЧСМО составила 30816,74 руб. в пересчёте на 1 зуб из числа пролеченных и удалённых; у пациентов ЧССО данный показатель составил 19601,95 руб. (меньше в 1,6 раза, $p<0,05$, что мы связываем прежде всего с применением ряда дисконтных программ в ЧССО). При этом наибольшие значения показателя были отмечены у самых молодых или у самых пожилых пациентов (18-24 лет – 40898,25 руб., 65-74 лет – 49021,57 руб., 75-84 лет – 42040,11 руб.), а у лиц средних возрастов показатель находился в границах 34-35 тысяч рублей. В целом, данный показатель не показал существенных различий у пациентов несетевых ЧСМО с дентальной имплантацией (30645,36 руб., $p>0,1$); при этом в первой группе наблюдались больший диапазон значений колебаний данных, у пациентов с дентальной имплантацией диапазон разброса данных был существенно меньше.

Общая стоимость получения стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в несетевых ЧСМО существенно превышала аналогичные показатели в ЧССО (особенно в отношении пациентов молодых и средних возрастов 18-24 лет, 25-34 лет, 45-54 лет – на 24,0%, 18,6%, 16,2% соответственно), что, очевидно, связано с реализацией в ЧССО разнообразных дисконтных программ. Особенно значительно такая разница касалась непосредственно дентальной имплантации (её хирургического этапа) – для пациентов 18-24 лет (43,7%), 35-44 лет (21,4%), стоматологического лечения – для пациентов 25-34 лет (22,9%). Разница в стоимости зубопротезирования на основе дентальной имплантации (ортопедический этап) составляла в среднем 3,6% – прежде всего за счёт внедрения в ЧССО эффективных дисконтных программ.

Стоимость стоматологической помощи без дентальной имплантации в несетевых ЧСМО была заметно выше, чем в ЧССО (в среднем на 14,1%).

Особенно это проявлялось в стоимости лечения по санации рта (на 27,3%), менее – в стоимости зубопротезирования (на 4,7%).

В целом, различия в расходах пациентов, получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, в ЧССО и несетевых ЧСМО составили -2,7% (без дентальной имплантации -14,1%), при этом наибольшие различия касались расходов пациентов по стоматологическому лечению в части санации рта (-9,2% и -27,3%), в меньшей степени – стоимости расходов по зубопротезированию (-3,6% и -4,7%). Данные различия мы связываем прежде всего с реализацией эффективных дисконтных программ в ЧССО.

Очевидно, реализация дисконтных программ в ЧССО существенно удешевляет стоимость стоматологической помощи для пациентов; причём величина дисконта взаимосвязана с объёмом полученной помощи.

Увеличение разницы по дисконту с возрастом пациентов мы связываем именно с увеличением объёма оказанной стоматологической помощи. Стоит также отметить, что величина дисконта для данного вида помощи (стоматологическая помощь без дентальной имплантации) нарастала прямо пропорционально с увеличением возраста пациентов, чего не было отмечено в другой группе пациентов (стоматологическая помощь на основе дентальной имплантации). В последнем случае подобной зависимости не имелось, а, наоборот, максимальный размер дисконта был отмечен у пациентов молодой возрастной подгруппы (31,8%), достаточно большие объёмы дисконта отмечены также в молодых и зрелых возрастных подгруппах 25-34 лет (12,9%) и 45-54 лет (17,7%).

Стоит также отметить, что разница между стоимостью стоматологического лечения и непосредственно расходами ЧССО на данное лечение также оказалась существенной, что побудило нас подобным образом проанализировать повозрастные показатели «чистой» доходности ЧССО у двух данных групп пациентов. В группе пациентов, получавших помощь на основе дентальной имплантации, минимальная средняя доходность ЧССО в пересчёте на 1 пролеченный и удалённый зуб составила: для лиц 18-24 лет – 29082,38 руб.,

у пациентов 25-65 лет показатель держался примерно на одном уровне 16-19 тысяч рублей, лишь у лиц старше 65 лет обнаружил заметное увеличение: у пациентов 65-74 лет он составил 21456,14 руб., 75-84 лет – 29280,86 руб.

У пациентов ЧССО без дентальной имплантации показатели также почти не менялись от возраста, находясь в пределах 14-15 тысяч рублей, при этом также несколько увеличиваясь в пожилом и старческом возрасте (15239,95 руб. и 18615,85 руб.).

Мы отметили существенное увеличение значений доходности у пациентов, получавших помощь на основе дентальной имплантации (20949,28 руб. и 15350,20 руб., в 1,36 раз, $p<0,05$). Вообще во всех возрастных подгруппах имела место существенная разница значений доходности (в отношении пациентов 25-34 лет – в 1,14 раз, 35-44 лет – 1,30 раз, 65-74 лет – 1,41 раз, 75-84 лет – 1,57 раз). Подобные различия мы связываем с существенным увеличением объёма стоматологической помощи у пациентов, получавших помощь на основе дентальной имплантации, а также с тем, что они чаще получали комплексную помощь и чаще доводили её до конца (т.е. до полной санации).

Анализ затрат (расходов) стоматологической медицинской организации важен для понимания её доходности, т.е. финансовой эффективности; при этом под затратами (или расходами) ЧССО нами понимались все расходы медицинской организации на обеспечение лечебного процесса, заработную плату персонала, сервис ожидания приёма, коммунальные платежи, рекламу и т.д., то есть на все статьи бюджета расходов, для того чтобы у нас было понимание оставшихся средств как «чистой прибыли» (которая важна с точки зрения оценки экономической эффективности организации стоматологической помощи в ЧССО). Средние расходы ЧССО что при оказании помощи без дентальной имплантации составили 239569,29 руб. на 1 пациента, при дентальной имплантации – в 2 раза больше (509301,87 руб., $p<0,01$). Безусловно, подобное различие объясняется: 1) затратами на собственно дентальную имплантацию в соответствующей группе пациентов, 2) существенно большими в этом случае затратами на зубопротезирование и лечение по санации рта.

В наших наблюдениях затраты ЧССО на зубопротезирование 1 пациента в случае дентальной имплантации или без неё составили в среднем 233912,46 руб. и 156507,31 руб. (больше в 1,5 раза, $p<0,05$), а средние затраты на лечение по санации рта – 128540,97 руб. и 83061,98 руб. (в 1,54 раза, $p<0,05$).

При этом в структуре расходов ЧССО на оказание помощи с дентальной имплантацией 28,8% приходилось на собственно дентальную имплантацию, около половины (45,9%) – на зубопротезирование и около четверти (25,3%) – на лечение по санации рта. У пациентов без дентальной имплантации на зубопротезирование приходилось 65,3% всех расходов и оставшиеся 34,7% - на лечение по санации рта. Характерно, что как в той, так и в другой группах пациентов ЧССО затраты на зубопротезирование были почти в 2 раза больше затрат на лечение по санации рта.

Общий показатель расходов ЧССО в пересчёте на 1 пациента в случае оказания стоматологической помощи на основе дентальной имплантации был более чем в 2 раза больше, чем у пациентов без дентальной имплантации (509301,87 руб. и 239569,29 руб., $p<0,005$). Очевидно, что существенную долю расходов в данном случае составили расходы на непосредственно дентальную имплантацию (в среднем 146848,44 руб. на одного пациента), а также значительно большие затраты на санацию рта и на зубопротезирование (128540,97 руб. и 83061,98 руб.; 233912,46 руб. и 156507,31 руб.).

Средний показатель расходов стоматологической клиники на зубопротезирование (в пересчёте на 1 пациента) в группе лиц, получивших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, был в 1,5 раза больше, чем у пациентов без дентальной имплантации (233912,46 руб. и 156507,31 руб., $p<0,01$). Полученное различие, очевидно, объясняется увеличением объёма оказываемой помощи, а также предпочтениями пациентов первой группы получить комплексное законченное стоматологическое лечение, в то время как во второй группе пациенты были ориентированы большей частью на разовые случаи стоматологического лечения. Кроме того, нами установлены различия и динамика повозрастных показателей.

Также в группе пациентов, получивших помощь на основе дентальной имплантации, сумма расходов ЧССО на санацию рта была примерно в 2 раза меньше суммы расходов на зубопротезирование (233912,46 руб. и 128540,97 руб. соответственно); такая же пропорция имела место у пациентов без дентальной имплантации (156507,31 руб. и 83061,98 руб.).

Характерно, что объём расходов ЧССО по санации рта у пациентов с дентальной имплантацией был в 1,5 раза выше, чем у пациентов без неё – 128540,97 руб. и 83061,98 руб. ($p<0,05$). Подобное различие объясняется, помимо увеличения объёма помощи и комплексности подхода, большим количеством санированных лиц и тем, что пациенты с дентальной имплантацией более привержены доводить стоматологическое лечение до конца, а также их мотивированностью на комплексность лечения.

В структуре финансово-экономических расходов ЧССО на оказание стоматологической помощи без дентальной имплантации у молодых пациентов 18-24 лет 53,8% расходов приходилось на зубопротезирование, а оставшиеся 46,2% - на санацию рта. У пациентов средних и старших возрастов 2/3 всех расходов (65-67%) приходилось на зубопротезирование, а 33-34% - на лечение по санации рта.

При этом основную долю затрат ЧССО при оказании стоматологической помощи на основе дентальной имплантации составили расходы на зубопротезирование (45,9%); на втором месте, с примерно равными долями – расходы на дентальную имплантацию и лечение по санации рта (28,8% и 25,3%). У пациентов ЧССО, получивших помощь без дентальной имплантации, структура расходов медицинской организации была иной – основная доля тратилась на обеспечение зубопротезирования (65,3%), около трети (34,7%) – на лечение по санации рта.

У пациентов несетевых ЧСМО, получивших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, основная часть затрат медицинской организации приходилась на зубопротезирование (47,1%), остальное

практически равными долями приходилось на дентальную имплантацию (26,4%) и лечение по санации рта (26,5%).

В отношении пациентов несетевых ЧСМО без дентальной имплантации основная часть всех расходов клиники приходилась на зубопротезирование (59,2%) и остальные 40,8% - на лечение по санации рта. У аналогичной группы пациентов ЧССО данные показатели составили 65,3% и 34,7% ($p<0,05$).

Сравнивая полученные результаты с аналогичными показателями в ЧССО, отметим, что изучаемая структура расходов в ЧССО и в несетевых ЧСМО существенно различалась. Так, в несетевых ЧСМО доля расходов на дентальную имплантацию была несколько ниже, чем в ЧССО (28,8% против 26,4%), стоимость зубопротезирования на её основе – также ниже (45,9% и 47,1%). Доли расходов на стоматологическое лечение были примерно одинаковыми (25,3% и 26,5%). В отношении пациентов, получавших стоматологическую помощь без дентальной имплантации, в ЧССО и несетевых ЧСМО структура расходов пациентов также обнаружила существенные различия. Доли расходов на зубопротезирование в ЧССО и в несетевых ЧСМО составили соответственно 65,3% и 59,2%, доли расходов на лечение по санации рта – 34,7% и 40,8%. Различий по отдельным возрастным подгруппам пациентов не имелось, что позволяет заключить, что существенных различий в особенностях организации обычной стоматологической помощи (без дентальной имплантации) в ЧССО и в несетевых ЧСМО не имелось, а основные различия касались организации стоматологической помощи на основе дентальной имплантации. Унифицированная система организации дентальной имплантации в ЧССО (хирургический и ортопедический этапы её) позволяет удешевить её для основных категорий пациентов (наиболее массовые, востребованные варианты дентальной имплантации), с другой стороны, в ЧССО есть дифференцированный подход в виде более дорогих имплантатов и методов дентальной имплантации для более взыскательных и обеспеченных категорий пациентов. При этом доля расходов на зубопротезирование на основе дентальной имплантации в ЧССО была несколько выше, что объясняется

перераспределением в структуре, а показатели расходов на стоматологическое лечение были примерно одинаковыми в ЧССО и в несетевых ЧСМО, что доказывает одинаковость организации стоматологической помощи (терапевтической и хирургической) в ЧССО и в несетевых ЧСМО. Кроме того, как мы показали в настоящей работе, цены на большинство стоматологических услуг как по лечению, так и по дентальной имплантации в ЧССО подвержены дисконтированию, что ещё более увеличивает их доступность для пациентов.

Сравнение долевой структуры обращений пациентов для получения помощи на основе дентальной имплантации в ЧССО и в несетевых ЧСМО показало, что в целом доля посещений по поводу непосредственно дентальной имплантации в несетевых ЧСМО была несколько выше, чем в ЧССО (25,8% против 24,3%), что объясняется прежде всего централизацией помощи по дентальной имплантации в структуре ЧССО, меньшими затратами времени пациентов и меньшим количеством посещений.

Различия показателей в зависимости от возраста пациентов в целом подтвердили вышеозначенную тенденцию. Вместе с тем, отдельные пиковые различия показателя по отдельным возрастным подгруппам отражают, прежде всего, изменения в уровне стоматологического здоровья пациентов и, соответственно, разную потребность в дентальной имплантации.

Анализ доходности ЧССО (за вычетом из прибыли клиники её расходов) позволил установить, что, с учётом объёма стоматологической помощи она колебалась в довольно широких пределах: в части оказания помощи на основе дентальной имплантации общая доходность с 1 принятого пациента составила 185401,13 руб., увеличиваясь с возрастом пациентов от 55847,36 руб. в 18-24 лет до 321503,86 руб. 75-84 лет ($p<0,01$).

Наибольшую долю в структуре общей доходности от оказания стоматологической помощи на основе дентальной имплантации составила доходность от зубопротезирования: в среднем 90838,96 руб. на 1 пациента, при этом показатель увеличивался от 26312,05 руб. у самых молодых пациентов до 155218,28 руб. у самых пожилых. Доходность от непосредственно дентальной

имплантации составила в среднем 48568,08 руб. на 1 пациента, доходность от стоматологического лечения по санации рта – 45994,09 руб. на 1 пациента.

Аналогичные показатели, рассчитанные в отношении пациентов ЧССО, получивших помощь без дентальной имплантации, были существенно ниже: общая доходность от оказания помощи составила 91333,71 руб. на 1 пациента (почти в 2 раза меньше, $p<0,05$), доходность от лечения по санации рта – 33519,06 руб. (в 1,5 раза меньше, $p<0,05$), доходность от зубопротезирования – 57814,65 руб. (в 1,6 раз меньше, $p<0,05$). Динамика повозрастных значений была примерно такая же, как и в предыдущей группе.

Характерно, что аналогичные показатели, рассчитанные для несетевых ЧСМО в отношении пациентов, получивших помощь на основе и без дентальной имплантации, были иными, хотя повозрастная динамика значений - примерно схожей: в группе пациентов с дентальной имплантацией общая доходность медицинской организации от оказания стоматологической помощи составила 131133,89 руб. на 1 пациента (в 1,4 раза меньше, чем в ЧССО, $p<0,05$).

Прибыль от дентальной имплантации в несетевых ЧСМО составила 30793,81 руб. на 1 пациента (в ЧССО в 1,5 раза больше, 48568,08 руб., $p<0,05$, в том числе для пациентов всех возрастных подгрупп), прибыль от зубопротезирования - 62017,01 руб. на 1 пациента (в 1,5 раза ниже, чем в ЧССО - 90838,96 руб., $p<0,05$), прибыль от санации рта - 38323,07 руб. (на 1 пациента), что было в 1,2 раза меньше, чем аналогичный показатель в ЧССО. Существенных повозрастных различий не имелось, практически в отношении всех возрастных подгрупп доходность от санации рта была в 1,2-1,3 раза больше по сравнению с прибылью от дентальной имплантации, и в 1,6-1,7 раз меньше прибыли от зубопротезирования.

У пациентов несетевых ЧСМО без дентальной имплантации средняя прибыль клиники на 1 пациента составила 73024,63 руб. (в 1,8 раз меньше по сравнению с прибылью на 1 пациента при дентальной имплантации), прибыль от зубопротезирования - 40170,79 руб. на 1 пациента (в группе с дентальной имплантацией – 62017,01 руб., $p<0,05$), прибыль от санации рта – 32853,84 руб.

(в группе с дентальной имплантацией – 38323,07 руб., $p<0,05$). Данные различия мы связываем прежде всего с большим объёмом стоматологической помощи пациентам в случае выполнения им дентальной имплантации, а также большей комплексностью её оказания при дентальной имплантации; вероятно, роль играет также частота случаев законченности лечения (пациенты с дентальной имплантацией более подвержены достижению санации рта).

Сравнивая показатель доходности разных типов медицинских организаций (несетевых ЧСМО и ЧССО) у пациентов без дентальной имплантации, отметим, что общая доходность от оказания стоматологической помощи в ЧССО была выше: показатели составили 91333,71 руб. и 73024,63 руб. на 1 пациента соответственно, в том числе доходность от зубопротезирования 57814,65 руб. и 40170,79 руб. (в 1,25 раз и 1,44 раз, $p<0,05$). Показатели доходности от санации рта были почти одинаковыми, т.е. существенных различий в данном факторе между ЧССО и несетевыми ЧСМО не установлено (33519,06 руб. и 32853,84 руб., $p>0,1$).

При этом для ЧССО наибольший вклад в итоговую доходность вносит доходность от зубопротезирования, причём в обеих группах пациентов (получивших помощь на основе и без дентальной имплантации – 49,0% и 63,3%); доля прибыли от лечения по санации рта в структуре доходности составляла 24,8% и 36,7% соответственно, а доля прибыли от дентальной имплантации (в соответствующей группе пациентов) – 26,2%.

Аналогичные сравниваемые показатели в несетевых ЧСМО также продемонстрировали наибольшую долю в структуре доходности – прибыль от зубопротезирования (47,3% и 55,0% у пациентов, получивших помощь на основе и без дентальной имплантации). Доля прибыли от лечения по санации рта составила соответственно 29,3% и 45,0%, а доля прибыли от дентальной имплантации (в соответствующей группе пациентов) – 23,4%.

Сравнение структуры доходности в обеих совокупностях (ЧССО и несетевые ЧСМО) показало, что доли прибыли от зубопротезирования и дентальной имплантации были больше в ЧССО, а доля прибыли от лечения по

санации рта – больше в несетевых ЧСМО. Полученные различия свидетельствуют о разной организации оказания стоматологической помощи в ЧССО и несетевых ЧСМО (в части ориентированности преимущественно на оказание комплексной стоматологической помощи в ЧССО и её незавершённость в несетевых ЧСМО), а также о разных предпочтениях пациентов (как было нами показано выше, в ЧССО пациенты чаще сами были настроены на полноценную санацию рта, в то время как в несетевых ЧСМО доля санированных была существенно ниже, чем в ЧССО).

Зависимость «чистой» прибыли ЧССО от объёма оказанной стоматологической помощи в пересчёте на 1 пролеченный и/или удалённый зуб показала: в отношении пациентов с дентальной имплантацией наименьшее значение показателя отмечено у лиц молодого и среднего возраста (25-34 лет – 18264,39 руб., 35-44 лет – 19031,06 руб., 45-54 лет – 15692,68 руб., 55-64 лет – 18985,79 руб.), увеличение значений - у лиц старших возрастов (65-74 лет – 21456,14 руб., 75-84 лет – 29280,86 руб.). В группе пациентов без дентальной имплантации искомый показатель не обнаружил выраженных повозрастных различий, находясь в среднем на уровне 14-16 тысяч рублей, при этом минимальное значение 12753,27 руб. имело место у лиц 45-54 лет, максимальное – у лиц 75-84 лет (18615,85 руб.). В целом, показатель «чистой» прибыли ЧССО в пересчёте на 1 пролеченный и/или удалённый зуб был существенно выше у пациентов с дентальной имплантацией, нежели без неё (20949,28 руб. и 15350,20 руб., $p<0,05$), что мы связываем с увеличением объёма оказанной стоматологической помощи; также это подтверждает и различие в среднем количестве пролеченных либо удалённых зубов в этих группах пациентов (8,85 зубов и 5,95 зубов).

Суммарный анализ «чистой» доходности во всех сравниваемых группах пациентов показал, что для ЧССО средний показатель в отношении пациентов с дентальной имплантацией составил 185401,13 руб. на 1 пациента, без имплантации – 91333,71 руб. (в несетевых ЧСМО – соответственно 131133,89 руб. и 73024,63 руб.). Другими словами, даже при наличии эффективных

дисконтных программ в ЧССО доходность оказалась выше, чем в несетевых ЧСМО – это справедливо для всех групп пациентов (независимо, получивших помощь с дентальной имплантацией или без имплантации). В структуре «чистой» доходности максимальный вклад для всех групп пациентов приходился на доходность от зубопротезирования: в отношении групп пациентов с дентальной имплантацией (ЧССО – 49,0%, несетевые ЧСМО – 47,3%), без дентальной имплантации (ЧССО – 66,1%, несетевые ЧСМО – 55,0%). Примерно треть в структуре доходности обеспечивалась прибылью от лечения по санации рта: в отношении пациентов с дентальной имплантацией (ЧССО – 24,8%, несетевые ЧСМО – 29,3%), без дентальной имплантации (ЧССО – 33,9%, несетевые ЧСМО – 45,0%). Примерно такая же по объёму доля доходности в структуре приходилась на прибыль от дентальной имплантации (ЧССО – 26,2%, несетевые ЧСМО – 23,4%).

Таким образом, выбор пациента при обращении в стоматологическую организацию в части получения стоматологической помощи именно на основе дентальной имплантации (безусловно, при наличии соответствующих показаний и клинических возможностей) в качестве альтернативного варианта лечения существенно увеличивает доходность данной клиники. При этом на увеличение доходности влияет не только непосредственно дентальная имплантация, но весьма существенно – увеличение доходности за счёт зубопротезирования, а также за счёт подготовительного лечения по санации рта.

Проведённый анализ позволил установить определённые закономерности. Доходность любой частной медицинской организации при оказании помощи увеличивалась с возрастом пациентов (что связано с увеличением объёма оказываемой стоматологической помощи), с выбором оказываемой помощи в части дентальной имплантации (безусловно, при наличии клинических показаний), а также при сетевой форме организации клиник по сравнению с несетевыми ЧСМО. Больше всего в структуре доходности составляет доход от зубопротезирования, на втором месте с примерно равными долями – доход от непосредственно дентальной имплантации и от подготовительного лечения по

санации рта. Выбор пациентом получения стоматологической помощи на основе дентальной имплантации (при наличии соответствующих показаний) существенно (более чем в 2 раз) удорожает стоимость всех этапов стоматологического лечения (включая лечение по санации рта и зубопротезирование) и соответственно увеличивает доход стоматологической клиники.

Стоимость всей оказанной стоматологической помощи в пересчёте на 1 пролеченный и/или удалённый зуб в общей совокупности пациентов ЧССО составила 68465,82 руб. (в 1,5 раза меньше, чем у пациентов несетевых ЧСМО, 101685,44 руб.); последний факт мы связываем прежде всего с активно реализуемыми в ЧССО дисконтными программами, особенно у пациентов зрелого и пожилого возраста. У молодых пациентов 18-24 лет данные показатели в ЧССО и несетевых ЧСМО составили 62960,48 руб. и 95812,21 руб., у пациентов 25-34 лет – 56656,20 руб. и 80802,02 руб. Примерно на таком же уровне эти показатели были у пациентов 35-44 лет (56767,72 руб. и 70288,07 руб.). У пациентов более старших возрастов 45-54 лет в ЧССО данный показатель существенно снизился, достигнув локального минимума для всех возрастных подгрупп (51490,79 руб.), а в несетевых ЧСМО, наоборот, вырос до 100084,66 руб. (разница почти в 2 раза); данный факт мы связываем с активной реализацией дисконтных программ в ЧССО. У пациентов 55-64 лет эти показатели составили 64821,17 руб. и 87319,66 руб. Существенное увеличение значений анализируемого показателя мы отметили у пациентов пожилых возрастов: 65-74 лет (72461,47 руб. и 123209,41 руб.), 75-84 лет (99239,39 руб. и 123664,12 руб.).

Средние значения доходности в ЧССО и несетевых ЧСМО в пересчёте на 1 пролеченный и удалённый зуб составили 18372,11 руб. и 17266,21 руб.

Обращает на себя внимание существенная разница в расходах на проведение всего объёма стоматологического лечения, составившая в пересчёте на 1 пролеченный и удалённый зуб в ЧССО и несетевых ЧСМО 50093,71 руб. и 84419,23 руб. соответственно.

Анализ средних уровней цен в ЧССО и аналогичных по классу обслуживания несетевых ЧСМО показал, что сетевое объединение придерживается политики существенного снижения (дисконтирования) стоимости ряда наиболее востребованных стоматологических услуг. Так, наиболее существенное снижение цен ЧССО предлагает на: различные анализы крови и виды рентгеновского обследования (на 38,0% дешевле), основные манипуляции хирургического стоматологического приёма (в среднем на 21,0% дешевле). Достаточно дёшево для собственных пациентов ЧССО по сравнению со сторонними стоматологическими организациями предлагает изготовление вкладок из кобальто-хромового сплава (на 15-25% дешевле) и несъёмное протезирование на дентальных имплантатах (в среднем на 10-25% дешевле).

Другие стоматологические услуги обнаружили разную степень дисконта (снижения цен): на отдельные виды стоматологическое обезболивания дисконт составил 6,7%, на отбеливание зубов 6,7%, на большинство манипуляций стоматологического терапевтического приёма 18,2-33,2% (в том числе на эндодонтические манипуляции с использованием микроскопа – 23,9%). Ультразвуковая обработка поверхностей зуба (скейлинг) имеет дисконт в 20,3%. Характерно, что большинство пародонтологических вмешательств вообще не имело какого-либо дисконта (0,0%) – это касалось любых пародонтальных операций, реконструктивных операций в области костных карманов, пластики уздечек губ и языка, реконструктивных вмешательств в области десневого края. Очень небольшой дисконт имелся для большинства имплантологических манипуляций: взятие мягкотканого трансплантата в области твёрдого нёба 13,7%, использование имплантатов фирмы “Nobel” – всего 0,3%, «Replace Select” – 1,4%, трабекулярных имплантатов системы “Zimmer” – 2,3%. Операции в условиях дефицита костного объёма с использованием различных костно-пластических материалов – дисконт составил 6,8%, при реконструкции альвеолярного отростка челюстей – всего 1,9%.

Кроме того, фирма “Nobel” при установке имплантатов “Nobel” предоставляет пожизненную гарантию, и такие имплантаты могут быть заменены бесплатно при их отторжении; это, безусловно, также снижает финансовую нагрузку на ЧССО.

Существенным дисконтом отличаются услуги стоматологического ортопедического приёма (в среднем 29,4%), особенно услуги по изготовлению разного рода вкладок: вкладка обычная (дисконт 23,5%), вкладка титановая (24,8%), композитная вкладка «Bellglass” (25,0%), вкладка из спецсплава “Begocer” (23,0%), из сплава “Biopontostar” (26,6%).

Дисконт на самые распространённые стоматологические манипуляции был самым низким – это касалось изготовления виниров (7,9%), безметалловых коронок (6,5%), металлокерамических коронок (3,8%). Дисконт на съёмное зубопротезирование достигал трети от первоначальной цены (в среднем 32,3%), однако на съёмное зубопротезирование на дентальных имплантатах дисконт был меньше в 2 раза (16,4%). Самый большой дисконт был установлен для несъёмного зубопротезирования на дентальных имплантатах – 30,0%. На изготовление супраструктур дисконт составил 24,6%.

Подытоживая сказанное, отметим: дисконтирование в условиях ЧССО подвержено существенной дифференциации, показывая разные объёмы для разных стоматологических процедур. Наибольшему дисконтированию оказались подвержены услуги, направленные на привлечение пациентов в стоматологическую организацию (например, несъёмное зубопротезирование с использованием дентальной имплантации, отдельные виды зубных вкладок), либо малозатратные процедуры, также мотивирующие пациентов к преимущественному обращению в данную организацию (например, различные виды анализов и рентгеновских обследований), основные манипуляции хирургического стоматологического приёма – такие, как удаление зуба, вскрытие абсцессов, перевязка ран и т.п. В остальных случаях, если стоматологическая процедура была затратной по себестоимости либо не обеспечивала маркетинговых функций (привлечение пациентов) - дисконт на

неё был очень мал (в пределах 0,3-7%). Характерно, что отдельные манипуляции (в частности, пародонтологического приёма, костные операции при дентальной имплантации, применение инновационных видов имплантатов и т.п.) практически не имели никакого дисконта.

В целом, средний уровень дисконта для процедур терапевтического стоматологического приёма составил 24,6%, хирургического стоматологического приёма (кроме дентальной имплантации) – 26,7%, пародонтологического приёма – 0,0%, процедур дентальной имплантации – 7,2%, ортопедического стоматологического приёма – 26,4%, что полностью иллюстрирует закономерности, высказанные нами ранее.

За истекший 2019 год те или иные виды скидок на стоматологическую помощь в ЧССО были предоставлены 4079 из 11750 пациентов (34,7%), при этом средний размер дисконта для лиц, его получивших, составил 15,8%, а в пересчёте на всю совокупность пациентов ЧССО – 5,5%. Другими словами, не менее трети всех обратившихся пациентов ЧССО получили скидки на стоматологическую помощь со средневзвешенным размером дисконта 15,8%. В пересчёте на всю совокупность пациентов ЧССО размер дисконта составляет не менее 5,5%.

В 2018 году те или иные виды скидок на стоматологическую помощь были предоставлены 4059 из 11621 пациентов (36,0%), при этом средний размер дисконта для лиц, его получивших, составил 15,8%, а в пересчёте на всю совокупность пациентов ЧССО – 5,6%. Другими словами, не менее трети всех обратившихся пациентов ЧССО получили скидки на стоматологическую помощь со средневзвешенным размером дисконта 15,8%. В пересчёте на всю совокупность пациентов ЧССО размер дисконта составляет не менее 5,5%.

Среди пациентов, получавших стоматологическую помощь без дентальной имплантации, средняя эффективность использования дисконтных программ (рассчитанная с учётом упущенной прибыли клиники) составила 6816807,92 руб. на данную группу, или 26018,35 руб. дополнительно полученной прибыли на одного пациента.

В группе пациентов, получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации, эффективность дисконтной программы в данной группе была отрицательная (-10716,16 руб. на одного пациента), что обусловлено высоким уровнем дисконтирования. Очевидно, что для обеспечения доходности стоматологической клиники и в то же время для предотвращения оттока потенциальных пациентов-потребителей медицинских услуг, средний уровень дисконтирования должен находиться не ниже 50,0%.

Определённые различия были установлены и в отношении материально-технического обеспечения лечебного процесса стоматологических клиник, входящих в сетевое объединение. В структуре ЧССО существует собственное торгово-закупочное подразделение (собственный торговый дом «Медестика»), который продаёт расходные стоматологические инструменты и материалы как собственным клиникам, входящим в данный холдинг, так и сторонним стоматологическим организациям.

Установлено, что для собственных стоматологических организаций торговый дом устанавливает цены со скидкой, в целом составляющей 52,80%. При этом в части отдельных составных частей лечебного процесса скидка на отпускаемые товары и услуги была различной. Так, самой большой была скидка на средства гигиены рта и профилактики стоматологических заболеваний – она составила 78,17%. Существенной была также скидка на отдельные стоматологические расходные материалы: на адгезивы, протравки, прокладки (скидка 30,2%), на композитные пломбировочные материалы (скидка 25,17%), на цементные пломбировочные материалы (скидка 48,27%), на ассортимент аксессуаров для проведения реставраций зубов (коффердамы, матрицы, клинья и др. – скидка 32,77%).

В структуре ЧССО существует также собственная зуботехническая лаборатория, предоставляющая скидки собственным стоматологическим организациям холдинга: зуботехническая лаборатория «Доктор Мартин» (скидка 42,8%). Все вышеперечисленные дисконтные мероприятия в комплексе способствуют сохранению цен на стоматологические услуги для пациентов на

приемлемом невысоком уровне и способствуют удержанию потенциальных пациентов на первых этапах лечебного процесса.

Как одним из критериев успешности частной медицинской организации на рынке стоматологических услуг мы полагаем удовлетворённость пациентов; это также способствует удержанию пациентов в условиях конкуренции на рынке. В этой связи мы провели изучение удовлетворённости пациентов ЧССО оказанной помощью. В исследовании участвовали 2 группы: 236 пациентов, получивших стоматологическую помощь без дентальной имплантации, и 78 пациентов, получивших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации. Установлено, что в целом удовлетворённость пациентов первой группы была существенно выше, чем второй (4,75$\pm$0,25 баллов и 4,43$\pm$0,46 баллов соответственно). Конечно, итоговые показатели удовлетворённости пациентов сильно различались в зависимости от возраста обследуемых. О подобном ранее сообщали авторы [14, 74], и наши данные полностью подтверждают их выводы – самая высокая удовлетворённость отмечена у молодых пациентов по сравнению с более зрелыми и пожилыми возрастами.

Однако, независимо от возраста, удовлетворённость была выше у пациентов, получивших обычный набор стоматологической помощи по сравнению с теми, кто получил стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации. При этом в числе последних выше всего была удовлетворённость качеством оказанного лечения и сроками лечения, существенно меньше - сервисом клиники и ценами на стоматологические услуги.

У пациентов, получивших стоматологическую помощь без дентальной имплантации, выше всего была их удовлетворённость качеством лечения, сроками, сервисом медицинской организации (практически равные показатели); ниже, как и в предыдущей группе, была удовлетворённость ценами за медицинские услуги.

В целом, сравнивая обе группы пациентов по анализируемым показателям удовлетворённости, следует отметить, что как в той, так и в другой группе

среди всех параметров удовлетворённости выше всего была удовлетворённость качеством лечения. На втором месте у пациентов без дентальной имплантации - удовлетворённость сервисом лечебно-диагностического процесса, а в группе пациентов с дентальной имплантацией – удовлетворённость сроками оказания помощи. Ниже всего в обеих группах была удовлетворённость ценами. При этом практически по всем анализируемым параметрам удовлетворённости она была ниже у пациентов с дентальной имплантацией – это касалось качества лечебной помощи (4,84±0,16 баллов и 4,72±0,28 баллов), удовлетворённости сервисом (4,82±0,17 баллов и 4,57±0,37 баллов), сроками лечения (4,84±0,16 баллов и 4,67±0,32 баллов) и особенно – удовлетворённости ценами на лечение (4,54±0,46 баллов и 3,77±0,67 баллов). Общий показатель удовлетворённости оказанной медицинской помощью у пациентов группы с дентальной имплантацией также был существенно ниже по сравнению с теми, кто не получил стоматологическую помощь без дентальной имплантации (4,75±0,25 баллов и 4,43±0,46 баллов соответственно).

Кроме того, в той и в другой группах пациентов мы отметили интересные тенденции. Наиболее высокая удовлетворённость как в целом, так и по отдельным составляющим была у пациентов молодого, среднего (зрелого) возраста – 25-34 лет, 35-44 лет, 45-54 лет, как, очевидно, наиболее трудоспособного возраста. Ощутимо снижается удовлетворённость как в целом, так и по отдельным параметрам у пациентов в возрастной подгруппе 55-64 лет и старше.

Таким образом, наше исследование позволило установить, что основными получателями стоматологических услуг являются пациенты зрелого и пожилого возраста, на них же приходится наибольший объём оказанных стоматологических услуг (в этом наши результаты согласуются с Эмирвелиевой О.П. [337]). Мы также полностью подтвердили это в части оказания стоматологической помощи на дентальных имплантатах.

Как показал наш опыт (в этом мы также согласны с Эмирвелиевой О.П. [337]), для оказания стоматологической помощи пациентам зрелого и пожилого

возраста, требующих максимального объёма комплексной помощи и при этом нередко ограниченными в экономическом и социальном плане (особенно в части ортопедической стоматологии и высококвалифицированной хирургической помощи), наиболее эффективным и социально подготовленным будет создание организованных сетей ЧСМО с многоуровневой структурой и объединённых единым центром, что снижает затраты на получение стоматологических услуг и не снижает эффективность лечебного процесса.

Эмирвелиева О.П. [337] считает (и мы полностью подтвердили это мнение на собственном материале), что формирование рынка услуг ортопедической стоматологии (в том числе протезирование с использованием дентальных имплантатов) не связано с его техническим, научным, материальным обеспечением, а основная проблема – это недостаточная скоординированность профильных клиник на разных уровнях.

Мы считаем, что создание сетевых структур ЧСМО, объединённых единым центром и решающих единую задачу преемственности и последовательности лечебно-диагностического процесса, как показало наше исследование, достаточно удачно вписывается в решение этой проблемы – с одной стороны, позволяя обеспечивать высокий уровень и качество лечебно-диагностического процесса, а с другой – обеспечивая социальную и экономическую адаптированность для старших возрастных групп населения (за счёт внедрения дисконтных программ).

С нашим мнением полностью солидарен Салыбаев А.Д. [249], полагающий, что такая многопрофильная клиника – наиболее подходящая организационно-функциональная модель медицинской организации для частного сектора, в наиболее полной мере реализующая маркетингово-сервисные составляющие качества оказания медицинской помощи.

При этом мы показали, что такая сетевая структура, решая свои основные задачи по оказанию эффективной стоматологической помощи населению и по извлечению прибыли в части работы на стоматологическом рынке, показывает

высокую удовлетворённость обеих сторон (как сотрудников ЧССО, так и пациентов).

Надо сказать, что ЧССО, работая с таким высокотехнологическим и затратным видом оказания помощи, как стоматологическая помощь на основе дентальной имплантации, должна особо тщательно контролировать уровень стоматологического здоровья прикреплённых пациентов. Как показано в нашем исследовании, уровень стоматологического здоровья пациентов при дентальной имплантации требует регулярного динамического контроля (фактически аналога диспансерного наблюдения), что осуществимо, опять-таки лучше в условиях ЧССО – путём функционирования единой унифицированной информационной базы медицинской документации для разных клиник сети. Это наше мнение полностью согласуется с высказанными ранее пожеланиями Серёгина С.С. [256, 257], Стволыгина А.В. [266], Чавпецова В.Ф. [302, 303]. Мы полностью согласны с мнением Серёгина С.С. [256, 257], указывающего, что использование медицинских информационных систем при дентальной имплантации весьма эффективно при диспансерном наблюдении пациентов и оценке результатов имплантации особенно у лиц с факторами риска.

О том, что соблюдение принципов диспансеризации стоматологических пациентов в частной клинике способствует их удержанию, увеличению объёма лечебно-профилактической работы и, в конечном итоге, поддержанию её стабильной доходности, сообщал ранее Ермаков Ю.В. [99], и это также полностью подтвердило наше исследование.

Надо отметить ещё одну важную сторону: как показало наше исследование, сетевая форма организации ЧСМО обеспечивает высокое качество лечебно-диагностического процесса, поскольку наличие единого центра, обеспечивающего участие высококвалифицированных специалистов и реализацию функций контроля, обеспечивает также преемственность и комплексность лечебного процесса, особенно важные для пожилых пациентов (т.н. клиенто-ориентированность), а также вырабатывает единую политику для всех организаций сети.

Наличие в структуре ЧССО головной клиники с центром управления и контроля и порядка 5-7 равноценных клиник первичного звена, осуществляющих приём основного числа пациентов, позволяет решить вопросы: 1) эффективного оказания стоматологической помощи, 2) контроля качества её оказания, 3) управления ресурсами клиник, в том числе торгово-закупочными, 4) реализации грамотной ценовой политики, в том числе максимально адаптированной для разных возрастных и социальных категорий пациентов, 5) осуществления дисконтных программ для привлечения пациентов и повышения маркетинговой эффективности деятельности всей ЧССО, 6) управления персоналом (перемещение его внутри сетевой структуры, повышение квалификации, переобучение на дополнительные специальности и т.п.), 7) стратегического планирования деятельности ЧССО, ее развитие, разработка стратегии позиционирования на рынке и т.д.

Таким образом, в рамках настоящего исследования, учитывающего особенности функционирования частного медицинского сектора, обоснована социально-демографическая и экономическая природа стоматологического здоровья как главного условия функционирования частной медицинской организации – хозяйствующего субъекта, позволяющего осуществлять производительную деятельность (лечебно-профилактическая работа, извлечение прибыли). В ходе исследования даны количественные и стоимостные характеристики стоматологического здоровья, определяющие ценовые и неценовые детерминанты спроса и предложения на рынке частных стоматологических услуг как основных факторов его функционирования.

ВЫВОДЫ:

1) Разработанная и внедренная концептуальная модель оказания комплексной стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в условиях сетевой формы организации специализированных клиник позволяет обеспечивать: а) эффективное оказание стоматологической помощи в том числе на основе дентальной имплантации с позиций преемственности, комплексности и единообразия, б) контроль качества её оказания, в) управление ресурсами клиник, г) реализацию грамотной ценовой политики, максимально адаптированной для разных возрастных и социальных категорий пациентов, д) реализацию дисконтных программ для привлечения пациентов и повышения маркетинговой эффективности деятельности всей сети, е) управление персоналом (перемещение его внутри сети, повышение квалификации, переобучение на дополнительные специальности и т.п.), ё) стратегическое планирование деятельности ЧССО, ее развитие, разработку стратегии позиционирования на рынке и т.д.

2) Повозрастная динамика обращаемости пациентов ЧССО характеризуется увеличением объёмов помощи по поводу кариеса ($r=0,646$), пульпита и периодонтита ($r=0,569$), зубопротезирования ($r=0,719$), а также хирургического и ортопедического этапов дентальной имплантации ($r=0,768$, $r=0,779$). При этом отсутствует взаимосвязь числа посещений ЧССО по поводу дентальной имплантации с возрастом пациентов ($r=0,177$, $p<0,05$), в отличие от количества посещений по поводу санации рта и общего числа посещений (на 1 посещение по поводу дентальной имплантации приходится 3-5 посещений для санации рта и зубопротезирования, $p<0,05$). Доказана взаимосвязь объёма дентальной имплантации с возрастом пациентов ($r=0,690$, $p<0,001$), при этом статистическая зависимость имеет вид «синусоиды» с тремя пиками увеличения объёма и, вследствие этого, нуждаемости в дентальной имплантации – в 35-44, 55-64, 75-84 лет. Установлена комплексность оказываемой помощи и

преемственность разных врачей-специалистов в зависимости от возраста пациентов (2,49 и 1,8 врачей на 1 пациента в процессе лечения, $p<0,05$).

3) Повозрастная динамика стоимости зубопротезирования увеличивалась нелинейно и с наибольшим подъёмом у пациентов 45-54 лет, 55-64 лет; повозрастная стоимость лечения по санации рта возрастала линейно и прогрессивно (в 4,3 раза); общая стоимость всего стоматологического лечения составила 512809,01 руб. на 1 пациента, в т.ч. средняя стоимость хирургического этапа дентальной имплантации 97708,64 руб. (19,0% в структуре стоимости), зубопротезных работ – 269539,18 руб. (52,5%), лечения по санации рта – 145561,19 руб. (28,5%).

4) Установленные линейные и нелинейные закономерности динамики повозрастных показателей обращаемости и объёма оказанной помощи позволяют осуществлять прогнозирование для планирования и финансирования лечебных мероприятий в деятельности ЧССО, более эффективное распределение ресурсов, в том числе занятость разных специалистов на всех этапах её оказания.

5) Пациенты, получающие помощь на основе дентальной имплантации, имеют более низкую поражённость нелечёным кариесом, пульпитом и периодонтитом, более высокую интенсивность запломбированных зубов ($p<0,01$); у них же достоверно больше ($p<0,01$) был объём зубопротезной помощи (на 1 пациента приходилось 1,21 и 0,17 случаев протезирования по поводу потери зубов, в том числе 2,67 и 1,62 искусственных зубных коронок).

6) Установлены различия в саногенетическом поведении пациентов: пациенты с дентальной имплантацией почти всегда получали законченное лечение (санацию рта и зубопротезирование), в отличие от лиц без дентальной имплантации, которые чаще не доводили его до конца (уровень санированности составил 96,3% и 75,2%, $p<0,05$). Аналогичные различия установлены для сравнения ЧССО и несетевых ЧСМО (85,7% и 53,6%, $p<0,01$).

7) Ранжирование подразделений внутри ЧССО (с выделением головной клиники с единым центром управления и контроля) позволяет повысить

доступность и качество стоматологической помощи на основе дентальной имплантации за счет перераспределения потоков пациентов, оптимальной загрузки оборудования и специалистов на разных этапах её оказания, единого клинико-методического подхода в диагностике и лечении, более гибкого дисконтирования цен.

8) Анализ ресурсно-затратной части бюджета ЧССО показал:

- расходы ЧССО на санацию рта у пациентов с дентальной имплантацией были в 2 раза ниже расходов на зубопротезирование (128540,97 руб. и 233912,46 руб.; в несетевых ЧСМО 192146,43 руб. и 274763,92 руб.), а в группе пациентов без дентальной имплантации - 83061,98 руб. и 156507,31 руб. (в несетевых ЧСМО 127393,23 руб. и 184541,13 руб.), $p<0,01$;

- у пациентов с дентальной имплантацией основная часть затрат приходилась на зубопротезирование (45,9%), в 2 раза меньше – на дентальную имплантацию (28,8%) и санацию рта (25,3%); у пациентов без дентальной имплантации – на зубопротезирование (65,3%) и санацию рта (34,7%).

9) Установлены следующие особенности формирования доходной части бюджета ЧССО:

- доходность ЧССО у пациентов без дентальной имплантации составила 91333,71 руб. (с дентальной имплантацией – 186401,13 руб., $p<0,05$), при этом основная доля приходилась на доход от зубопротезирования (90838,96 руб., 48,7%), меньше – от санации рта (45994,09 руб., 24,7%) и дентальной имплантации (49568,08 руб., 26,6%); в несетевых ЧСМО доходность клиники от приёма пациентов с дентальной имплантацией и без неё составила 131133,89 руб. и 73024,63 руб.;

- средняя доходность ЧССО на 1 пролеченный и удалённый зуб у пациентов с дентальной имплантацией и без неё составила 20949,28 руб. и 15350,21 руб.;

- выбор пациента ЧССО в части получения стоматологической помощи на основе дентальной имплантации существенно (более чем в 2 раза) увеличивает доходность клиники, в т.ч. в части лечения по санации рта ($p<0,01$) и в части зубопротезирования ($p<0,01$).

10) Дисконтирование в условиях ЧССО подвержено существенной дифференциации: наибольшему дисконтированию подвержены профильные базовые услуги, носящие маркетинговые черты, либо малозатратные процедуры, мотивирующие к преимущественному обращению в данную организацию. Средний уровень дисконта для процедур терапевтического стоматологического приёма составил 24,6%, хирургического стоматологического приёма (кроме дентальной имплантации) – 26,7%, процедур дентальной имплантации – 7,2%, ортопедического приёма – 26,4%. Те или иные виды скидок на стоматологическую помощь в среднем предоставлены 34,7% пациентов, при этом средний размер дисконта для лиц, его получивших, составил 15,8%, а в пересчёте на всю совокупность пациентов ЧССО – 5,5%.

11) Удовлетворённость пациентов ЧССО, получающих помощь на основе дентальной имплантации, ниже (4,75±0,25 и 4,43±0,46 баллов) – за счёт качества лечебной помощи (4,84±0,16 и 4,72±0,27 баллов), удовлетворённости сервисом (4,82±0,18 и 4,57±0,37 баллов), сроками лечения (4,84±0,16 и 4,67±0,32 баллов) и особенно – ценами на лечение (4,54±0,46 и 3,77±0,67 баллов). С возрастом удовлетворённость снижается ($r=-0,617$, $r=-0,578$, $p<0,05$).

12) Средняя доля неудачных случаев дентальной имплантации в ЧССО составила 1,1% (на первый год функционирования приходилось 83,0% всех неудач, в срок 1-5 лет – остальные 17,0%). Основными факторами, способствующими потере дентальных имплантатов и ортопедических конструкций на их основе, были: а) недостаточный уровень гигиены рта, включая случаи низкой приверженности пациентов лечению и отсутствие следования рекомендациям лечащего врача-стоматолога – преимущественно на хирургическом этапе лечения (ранние сроки), б) несогласованное проведение этапов лечения между разными врачами-специалистами, в) статическая, динамическая, окклюзионная перегрузка или неравномерная нагрузка – преимущественно на этапе стоматологического ортопедического лечения.

13) Средний стаж работы врачей-стоматологов ЧССО составил 16,0±3,8 лет. За последние 5 лет на 1 врача-стоматолога ЧССО приходилось 12,9±1,5

пройденных образовательных циклов тематического и профессионального усовершенствования и 511,8±160,6 освоенных учебных часов. В ЧССО существует ротация врачебных кадров, в соответствии с которой доля высококвалифицированных врачей (в т.ч. из головной клиники) во всех клиниках сети (совместителей) составляет в среднем 29,7%. Администрация ЧССО заинтересована в переобучении врачей на дополнительные специальности и повышении их квалификации, в связи с чем не менее 36,6% образовательных циклов для врачей за истекшие 5 лет были профинансированы ЧССО.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1) При формировании сетевых структур ЧСМО следует организовывать единый центр (головную клинику) с наделением его соответствующими функциями, что обеспечит единообразие, преемственность и последовательность лечебно-диагностического процесса, эффективное управление кадрами, концентрацию сложного (дорогостоящего) оборудования (для высокого уровня и качества лечебно-диагностического процесса), социальную и экономическую адаптированность для разных возрастно-социальных групп населения (за счёт использования менее затратных методов и материалов, комплексных дисконтных программ) с проведением подготовительных, реабилитационных, базовых лечебных, профилактических и контрольных мероприятий во втором (подчинённом) звене и основных – в головной клинике по соблюдению комплексного лечения с использованием такого высокотехнологичного метода, как дентальная имплантация.

2) В сетевой структуре ЧСМО целесообразно широко внедрять различные дисконтные программы, обеспечивающие маркетинговую, клиническую и организационную эффективность. Они должны быть дифференцированы в зависимости от доходности разных видов (процедур) стоматологического лечения и адаптированы для разных возрастно-социальных групп населения. Для обеспечения доходности стоматологической клиники и для предотвращения оттока потенциальных пациентов-потребителей медицинских услуг средний уровень дисконтирования должен находиться не ниже 50,0%.

3) Пациентов, обращающихся в ЧСМО за получением стоматологической помощи, целесообразно мотивировать (при наличии показаний) к принятию решения по выбору лечения на основе дентальной имплантации, поскольку это обеспечивает более высокую их комплаентность, мотивированность на комплексное лечение и санацию рта, повышает доходность клиники.

4) При формировании групп динамического наблюдения (диспансеризации) с разными сроками контрольного осмотра, после проведённого комплексного

лечения частичной и полной потери зубов следует учитывать возрастные особенности пациента (это повлияет на частоту контрольных осмотров, обследований и последовательность участия специалистов), комплаентность (приверженность) соблюдению профилактических мероприятий графику контрольных посещений, объем проведённого лечения и его прогноз. Для удобства (повышения комплаентности) в случае сетевой структуры ЧСМО и наличии общей базы данных такое наблюдение целесообразно проводить в любой из клиник представленной сети.

5) Учитывая, что наиболее критичными (с точки зрения угрозы развития осложнений и потери имплантата) сроками являются послеоперационный период и период адаптации (1 год), среди пациентов старших возрастных групп индивидуальную «траекторию» (индивидуальный график, персональный алгоритм) контрольных осмотров необходимо составлять с учётом мнений стоматологов хирурга, ортопеда и гигиениста, принимавших участие в комплексном лечении.

6) Для контроля состояния периимплантатных тканей помимо клинического наблюдения рекомендуется проведение контрольной КТ зоны имплантации. При использовании аналогичного оборудования, централизованного расположения и единообразной интерпретации полученных результатов КТ оценка результатов лечения будет однотипной, что позволит выявить те или иные дефекты (ошибки) лечения с применением дентальных имплантатов как у отдельных специалистов, так и в отдельной клинике стоматологической сети и соответственно провести коррекцию или дополнительное обучения участвующих врачей по проблемной тематике.

7) Для снижения числа отрицательных результатов дентальной имплантации и осуществления комплексного стоматологического лечения рекомендуем включать в программы усовершенствования врачей основных стоматологических специальностей (хирургов, ортопедов, терапевтов, ортодонтов) для системы непрерывного профессионального образования, сведения о реабилитации пациентов с полным или частичным отсутствием

зубов, учитывающие все аспекты комплексного лечения и преемственности разных специалистов на этапах лечения.

8) Учитывая, что одной из главных причин потери дентальных имплантатов на разных этапах реабилитации пациентов с частичной и полной потерей зубов является несогласованная работа специалистов разного профиля, целесообразно проводить их обучение комплексно, с преподаванием смежных разделов (тем) специальности. Это позволит узкому специалисту (например, выполняющему хирургический этап дентальной имплантации) иметь достаточное представление (знания, компетенции) по последующим и предшествующим этапам комплексного лечения и использовать их для снижения числа осложнений (неудач) дентальной имплантации. Такое обучение следует проводить с участием всех специалистов головной клиники и клиник второго (первичного) звена.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абаева О.П. Научное обоснование и пути оптимизации реализации прав пациента в Российской Федерации, Дисс. …д.м.н., М., 2011,- 275 с.
2. Абакаров С.И., Курбанов О.Р., Гринин В.М. Особенности маркетинговых стратегий для негосударственных стоматологических учреждений //Стоматология, 2006, №4,- с.48-51
3. Абакаров С.И., Тумасян Г.С., Гринин В.М., Сорокин Д.В., Сафарян М.М. Функционирование и финансирование стоматологической службы – два взаимосвязанных механизма её существования в период рыночных отношений //Институт стоматологии, 2011, № 4(53),- С.12-13
4. Абакаров С.И., Тумасян Г.С., Гринин В.М., Сорокин Д.В., Сафарян М.М. Ресурсное обеспечение врачебной численности стоматологической службы в период рыночных отношений //Институт стоматологии, 2011, № 4(53),- С.8-9
5. Абдулаева К.А., Гринин В.М. Половые и социальные различия стоматологической заболеваемости лиц пожилого и старческого возраста //Клиническая стоматология, 2012, №3,- С.50-52
6. Абдуллатипов М.А. Маркетинговое исследование динамики обращаемости населения за ортопедической стоматологической помощью в крупные частные медицинские организации, Дисс. …к.м.н., М., 2011,- 137 с.
7. Агапов Н.Н., Копытов А.А. Стоматологический менеджмент, 2013,- 213 с.
8. Александрова О.Ю., Шаталов О.А., Рябов С.М. Организационно-правовые последствия изменения полномочий в сфере охраны здоровья граждан //Экономика здравоохранения, 2011, №9-10,- С.54-64
9. Алексеева Н.Ю., Ломакина Е.А. О новых подходах к управлению качеством медицинских услуг в учреждениях здравоохранения //Проблемы управления здравоохранением, 2011, № 2(57),- С.14-16

10. Алексеева С.О. Система управления внутренними экономическими отношениями в лечебно-профилактических учреждениях, Дисс. …к.э.н., СПб, 2005,- 187 с.

11. Алёшина О.А. Клинико-экспертная оценка ошибок и осложнений в ортопедической стоматологии при протезировании несъёмными протезами, Дисс. …к.м.н., Н.Новгород, 2011,- 157 с.

12. Андреева О. Показатели эффективности и качества медицинского обслуживания населения // Здравоохранение Рос. Федерации. — 2002. № 5. - С.24-25

13. Андреева С.Н. Системный анализ оценок, принятых в практике отечественной ортопедической стоматологии, Дисс. …к.м.н., М., 2004,- 207 с.

14. Антонов А.Н. Социально-демографические и мотивационные аспекты удовлетворённости стоматологической помощью в современных условиях, Дисс. …к.м.н., М., 2008,- 113 с.

15. Антонова Г.А., Пирогов М.В. Планирование медицинской помощи, ориентированное на пациента //Экономика здравоохранения, 2008, №12,- С.18-25

16. Апарин И.С. Негосударственная медицинская организация – эффективная модель качественного платного медицинского обслуживания, Дисс. …д.м.н., М., 2007,- 223 с.

17. Апресян Г.Н. Нуждаемость в ортопедической стоматологической помощи населения пожилого и старческого возраста и особенности её оказания в условиях бесплатного (льготного) зубного протезирования, Дисс. …к.м.н., М., 2005,- 95 с.

18. Арабчиков К.Н. Формирование конкурентоспособности предприятий частной системы здравоохранения, Дисс. …к.э.н., М., 2011,- 181 с.

19. Арутюнов А.В. Изучение синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов и методы его профилактики, Дисс. …к.м.н., М., 2005,- 138 с.

20. Афанасьев А.В. Анализ деятельности стоматологических поликлиник различных форм собственности, функционирующих в системе обязательного и добровольного медицинского страхования, Дисс. …к.м.н., М., 2010,- 135 с.

21. Афанасьева О.Ю. Причины, содержание и способы управления конфликтами в стоматологии, Дисс. …к.м.н., Волгоград, 2006, 161 с.

22. Ахмадеев А., Дарисова И., Салихова, Э. Рыночные ожидания и предпочтения населения в современной медицине // Экономика и управление. 2000. - №1. - С.23-31

23. Ахметов Е.М. Работа частной стоматологической компании в системе государственного заказа, Дисс. …к.м.н., Омск, 2009,- 191 с.

24. Бабенко Д.Н. Обеспечение устойчивого функционирования предприятия на основе управления его конкурентоспособностью, Дисс. …к.э.н., Краснодар, 2004,- 187 с.

25. Балохина С.А. Современное обоснование управления качеством медицинской помощи в условиях многоукладности здравоохранения, Дисс. …д.м.н., М., 2011,- 329 с.

26. Балуева Е.С. Оптимизация оказания стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста, Автореф.дисс. …к.м.н., Самара, 2013,- 24 с.

27. Баранов И.Н. Оценка деятельности организаций: подход Р.Каплана и Д.Нортона //Российский журнал менеджмента, 2004, №33,- С.63-70

28. Баркан И.Ю. Повышение эффективности ортопедического лечения больных при полном отсутствии зубов и сложных анатомических условиях на нижней челюсти посредством модифицированной конструкции протеза, Дисс. …к.м.н., Омск, 2005,- 151 с.

29. Барскова Т.Н. Повышение эффективности реформирования здравоохранения (организационно-управленческие аспекты), Дисс. …к.э.н., М., 2004, 189 с.

30. Баскова А.В. Особенности планирования дентальной имплантации в «зоне улыбки» у пациентов с различной мотивационной направленностью, Автореф.дисс. …к.м.н., М., 2018,- 25 с.

31. Бахтина И.С., Бойко А.Т. Основы научного управления, менеджмента и маркетинга в здравоохранении, СПб, 2003,- 182 с.

32. Баширов М.Б. Организационные аспекты профилактики заболеваний зубочелюстной системы стоматологическими учреждениями разных форм собственности, Дисс. …к.м.н., М., 2005,- 132 с.

33. Белецкий Г.В. Изучение закономерностей оказания ортопедической помощи в условиях рынка платных услуг, Дисс. …к.м.н., М., 2004,- 102 с.

34. Белый О.А., Абакаров С.И., Гринин В.М. Анализ основных учётно-отчётных показателей работы и норм выработки врачей-стоматологов на терапевтическом приёме //Экономика здравоохранения, 2011, № 5-6(156), - С.36-38

35. Бердышева Е.С. Ценообразование в медицине как социальный процесс, Дисс. …к.соц.н., М., 2010,- 195 с.

36. Берсанов Р.У. Функциональная и экономическая эффективность современных методов ортопедической реабилитации больных с частичной и полной адентией, Дисс. …д.м.н., М., 2016,- 379 с.

37. Бирлидис Г.В., Ремизов И.В., Калиниченко Е.П. Правовое обеспечение профессиональной деятельности медицинских работников. Ростов н/Д: Феникс, 2006. - 320 с.

38. Битеев В.Х., Мазин П.В., Пономарёв Г.Е. Крайняя необходимость и обоснованный риск в медицинских отношениях // Уголовное право. — 2001. № 3.-С. 22-24

39. Бобровская Л.Н. Качество стоматологической услуги как правовая категория // Медицинское право. 2007. - № 3. - С. 47-49

40. Бобунов Д.Н. Медико-организационные факторы оценки осложнений зубного протезирования у лиц старших возрастных групп, Автореф.дисс. …к.м.н., СПб, 2014,- 24 с.

41. Бондаренко Н.Н. Механизм объективной оценки в системе управления качеством оказания стоматологических услуг, Дисс. …д.м.н., М., 2007,- 308 с.

42. Ботова Д.И. Эффективность комплекса мероприятий по профилактике и лечению стоматологических заболеваний у лиц молодого возраста, находящихся на ортодонтическом лечении, Автореф.дисс. …к.м.н., Пермь, 2018,- 24 с.

43. Бочковский И.С. Совершенствование материально-технического обеспечения технологий ортопедического лечения стоматологических больных, Дисс. …к.м.н., Казань, 2010,- 112 с.

44.Бронштейн Д.А. Несъёмное протезирование при полном отсутствии зубов с использованием внутрикостных имплантатов в фронтальном отделе челюстей (клинические, биомеханические и экономические аспекты), Автореф.дисс. …д.м.н., М., 2018,- 46 с.

45.Будняк М.А. Организационные аспекты инфекционной безопасности пациентов и врачей в условиях стоматологического приёма, Дисс. …к.м.н., М., 2012,- 162 с.

46.Буийсен Мартин А.Й.М. Здравоохранительное право (концепции) // Медицинское право. 2003. - № 2. - С. 45-48

47.Булатов М.Р., Решетников В.А., Костюченко О.М., Игохин А.Б. Профессиональное развитие врачебного персонала: организация, документальное оформление и планирование //Проблемы управления здравоохранением, 2011, № 1(56),- С.11-16

48.Буляков Р.Т. Клинико-организационное и экономическое обоснование совершенствования стоматологической помощи сельскому населению Республики Башкортостан, Дисс. …д.м.н., М., 2011,- 358 с.

49.Быков Д.Ю. Социально-экономические проблемы развития рынка платных медицинских услуг в переходной экономике России: Дисс. …к.э.н., М., - 2003. - 182 с.

50.Вагнер В.Д., Булычёва Е.А. Качество стоматологической помощи: характеристики и критерии //Стоматология, 2017, т.96, №1,- С.23-24

51.Васильева Е.Е. Договор возмездного оказания медицинских услуг по законодательству Российской Федерации, Дисс. …к.ю.н., Томск, 2004,- 202 с.

52.Вейсгейм Л.Д. Влияние основных научных направлений в стоматологии на исследовательскую работу и качество оказания стоматологической помощи населению, Дисс. …д.м.н., Волгоград, 2006,- 286 с.

53.Викторов В.Н. Организационные, клинические особенности деятельности при централизации стоматологических поликлиник, Дисс. …к.м.н., Казань, 2014,- 231 с.

54.Вильк М.Ф., Никишин Ю.А. Особенности создания стоматологической медицинской организации, М., 2015,- 134 с.

55.Возный А.В. Научное обоснование совершенствования организации стоматологической ортопедической помощи населению (на примере Тюменской области), Дисс. …д.м.н., М., 2009,- 201 с.

56.Волковой О.А. Клинические и социологические подходы к обоснованию имплантационного зубного протезирования в условиях сочетания неблагоприятных факторов, Автореф.дисс. …к.м.н., Тверь, 2018,- 20 с.

57.Волчанский М.Е. Социология конфликта в медицине, Дисс. …д.соц.н., Волгоград, 2008,- 342 с.

58.Волнухин А.В. Научное обоснование современных направлений развития и повышения конкурентоспособности частных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, Автореф.дисс. …д.м.н., М., 2019,- 48 с.

59.Воронин В.А. Социальная динамика профессиональных ролей в стоматологии, Дисс. …к.м.н., Волгоград, 2007,- 153 с.

60.Вощина Е.И., Янушевич О.О., Гринин В.М., Лезгишвили А.Э. Роль некоторых маркетинговых параметров в работе стоматологических организаций разных форм собственности в современных условиях //Стоматология для всех, 2009, №3,- С.36-39

61.Вялков А.И. О необходимости внедрения новых экономических моделей в здравоохранении //Экономика здравоохранения, 2008, № 1(51),- С.3-8

62.Вялков А.И., Веремеенко А.В. Финансово-экономический учет как система нового и рационального использования финансовых и материальных ресурсов в медицинской организации // Экономист лечебного учреждения. — 2010.-№2

63.Вялков А.И., Веремеенко А.В. Финансовый план как система организации и контроля за доходами и расходами медицинских учреждений всех форм собственности // Экономист лечебного учреждения. — 2010. — №2

64.Вялков А.И., Сквирская Г.П. Логистические исследования в управлении здравоохранением //Проблемы управления здравоохранением, 2011, № 2(57),- С.6-13

65.Галлеев Р.М. Клинико-иммунологическая оценка полости рта при использовании съёмных протезов из различных материалов, Автореф.дисс. …к.м.н., Уфа, 2018,- 22 с.

66.Гончаров И.Ю. Планирование хирургического этапа дентальной имплантации при лечении пациентов с различными видами отсутствия зубов, дефектами и деформациями челюстей, Дисс. …д.м.н., М., 2009,- 345 с.

67.Горбунова В.Л., Сквирская Г.П., Николаев А.П. Системный подход к менеджменту ресурсов крупного многопрофильного лечебно-профилактического учреждения //Проблемы управления здравоохранением, 2010, №3,- С.22-26

68.Горячев Д.Н., Бадертдинов И.И., Горячев Н.А. Организационно-методические основы медицинского страхования в стоматологии, Метод.пособие, Казань, Медицина, 2016,- 44 с.

69.Горячев Д.Н., Зайнуллин Р.Р. Организация стоматологической клиники, Учебно-метод.пособие, Казань, Медицина, 2015,- 51 с.

70.Грачёв Д.И. Повышение эффективности ортопедического лечения и качества жизни больных с полным отсутствием зубов на нижней челюсти, Дисс. …к.м.н., М., 2012,- 182 с.

71.Григорьян Б.В. Совершенствование учёта труда врачей-стоматологов, работающих в системе обязательного медицинского страхования г.Москвы, Дисс. …к.м.н., М., 2005,- 154 с.

72.Григорян А.А. Роль рекламы в повышении уровня обращаемости населения за стоматологической помощью, Дисс. …к.м.н., М., 2004,- 153 с.

73.Гринин В.М., Абаев З.М., Афанасьева С.С. Эффективность оказания стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста //Вестник Национального медико-хирургического центра имени Н.И.Пирогова, 2015, т.10, №3, - С.60-65

74.Гринин В.М., Антонов А.Н., Курбанов О.Р., Тумасян Г.С. Удовлетворённость пациентов терапевтической стоматологической помощью в условиях современного рынка //Dental forum, 2008, №1,- с.52-54

75.Гринин В.М., Касимовская Н.А. Организация стоматологической помощи населению. Глава 6 //В кн.: Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения, Учебник, под.ред. чл.-корр. РАМН, проф. В.З.Кучеренко, ФИРО-386 от 20.07.2012., М., Изд. ГЭОТАР-Медиа, 2013,- 688 с. – С.399-428

76.Гринин В.М., Кузнецова Н.К., Кияшко В.В., Галлямов А.Г. Клинико-организационные особенности обращаемости населения за терапевтической стоматологической помощью в условиях крупного города //Журнал «Dental forum», 2008, №2,- С.55-58

77.Гринин В.М., Курбанов О.Р., Петраш Д.А., Тумасян Г.С. Экспертиза качества стоматологической помощи в современных условиях //Экономика и менеджмент в стоматологии. - 2007. - № 3(23). - С.84-86

78.Гринин В.М., Лезгишвили А.Э., Плиев А.В., Кузьмина А.В., Крутер И.В., Петраш Д.А. Основные клинико-организационные показатели работы врача-стоматолога на терапевтическом приёме //Стоматология для всех, 2009, №2 (47),- С.46-48

79.Гринин В.М., Никифоров В.С., Тумасян Г.С., Петраш Д.А. Гностический опыт в процессе совершенствования клинического мышления врача-стоматолога //Российская стоматология, 2010, том 3.- №1,- С.7-9

80.Гринин В.М., Ушаков Р.В., Антонов А.Н. Социально-демографические и мотивационные аспекты удовлетворённости стоматологической помощью в современных условиях //Стоматолог, 2008, №7,- С.3-11

81.Гринин В.М., Шестемирова Э.И. Демографическое старение в России на современном этапе //Вестник РАМН, 2015, №3,- С.348-354

82.Гуревич К.Г. Индивидуальные особенности регуляторных систем организма на стресс и методы их коррекции, Дисс. …д.м.н., М., 2003,- 252 с.

83.Гусейнова Г.Г. Медико-организационные подходы к повышению качества терапевтической стоматологической помощи и эффективности труда врачей, Автореф.дисс. …к.м.н., М., 2007,- 24 с.

84.Дагуева М.В. Клинико-экспериментальное обоснование непосредственной дентальной имплантации при включённых дефектах зубных рядов, Дисс. …к.м.н., Ставрополь, 2011,- 145 с.

85.Дашкина Г.Г. Особенности построения системы управленческого учёта в негосударственных стоматологических организациях, Дисс. …к.э.н., М., 2008,- 201 с.

86.Дегтярёва Э.П. Гигиена труда стоматологов-ортопедов медицинских учреждений различной формы собственности, Дисс. …к.м.н., Волгоград, 2004,- 136 с.

87.Дёмина А.В. Анализ ошибок и осложнений в практике терапевтической стоматологии (медико-правовые аспекты), Дисс. …к.м.н., М., 2003,- 216 с.

88.Дербаши М.И. Социально-гигиеническое исследование условий труда и заболеваемость зубных техников, Дисс. …к.м.н., М., 2005,- 121 с.

89.Дзугаев В.К. Социально-гигиеническое исследование условий труда и заболеваемость врачей стоматологического профиля, Дисс. …к.м.н., М., 2003,- 135 с.

90.Дмитриев А.Ю. Клинико-лабораторное обоснование эффективности профилактических мероприятий при ортопедическом лечении с использованием имплантатов, Автореф.дисс. …к.м.н., М., 2018,- 26 с.

91.Долгоаршинных А.Я. Разработка и реализация концепции оказания бесплатной стоматологической помощи детскому населению в условиях преимущественно негосударственного здравоохранения Казахстана, Дисс. …д.м.н., М., 2009,- 243 с.

92.Домашев Д.И. Научное обоснование совершенствования организации пародонтологической помощи взрослому населению, Автореф.дисс. …к.м.н., М., 2013,- 24 с.

93.Древина Г.Р. Научное обоснование контроля качества в терапевтической стоматологии на основе дифференцирования норм нагрузки врачей и алгоритмизации лечебного процесса, Дисс. …к.м.н., М., 2006,- 115 с.

94.Древина Г.Р., Ушаков Р.В., Гринин В.М. Применение системного подхода к оценке деятельности стоматологических учреждений //Стоматолог, 2005, №9,- С.6-8

95.Ёлдашев С.А. Методические основы нормирования труда в современной терапевтической стоматологической практике, Автореф.дисс. …к.м.н., М., 2004,- 24 с.

96.Емелина Г.В., Гринин В.М., Иванов П.В., Кузнецова Н.К. Сравнительный анализ стоматологической заболеваемости как основа спроса населения на стоматологические услуги //Вестник новых медицинских технологий, 2011, №2,- С.449-451

97.Епифанов В.А., Епифанов А.В. Медицинская реабилитация в стоматологии, Учебник, М., ГЭОТАР- Медиа, 2016,- 477 с.

98.Ерканян И.М., Дашкова О.П., Гринин В.М. Перспективы развития добровольного медицинского страхования в стоматологической службе //Стоматология для всех, 2013, №3(64),- С.34-36

99.Ермаков Ю.В. Эффективность групповой (семейной) диспансеризации в оказании терапевтической стоматологической помощи в частных стоматологических организациях, Автореф.дисс. …к.м.н., М., 2012,- 25 с.

100. Ермолаев В.Н. Организационное развитие малых коммерческих организаций на примере стоматологических клиник г.Москвы, Дисс. …к.соц.н., М., 2004, - 144 с.

101. Ермошина М.Ю. Экспертная оценка ошибок и осложнений в практике терапевтической стоматологии при лечении кариеса зубов и его осложнений (медико-правовые аспекты), Дисс. …к.м.н., М., 2006,- 178 с.

102. Жабоев М.М. Информационное сопровождение организации медицинской помощи больным стоматологическими заболеваниями в системе здравоохранения крупного города //Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2013, №5-6,- С.29-31

103. Жилинский Е.В. Кластерный подход к инновационному развитию российского здравоохранения //Власть, 2011, №4,- С.13-17

104. Зайцева И.В. Формирование и развитие рынка стоматологических услуг: на примере Хабаровского края, Дисс. …к.э.н., Хабаровск, 2004,- 141 с.

105. Зайцева И.Н. Обоснование предпринимательских решений на рынке высококвалифицированных услуг: на примере частной стоматологии, Дисс. …к.э.н., Новосибирск, 2007,- 161 с.

106. Зарипов А.Р. Клинико-эпидемиологические и социологические аспекты организации ортопедической помощи населению на основе дентальных имплантатов, Дисс. …к.м.н., Душанбе, 2005,- 142 с.

107. Заславский С.А. Преемственность в деятельности специалистов стоматологического профиля при оказании комплексной стоматологической помощи, Дисс. …д.м.н., М., 2005,- 361 с.

108. Захаров А.В. Клинико-организационные и экспертные принципы повышения качества стоматологической помощи населению, Дисс. …к.м.н., Омск, 2003,- 120 с.

109. Захарова О.А. Оптимизация работы многопрофильной государственной стоматологической поликлиники в условиях региона с дотационным финансированием, Дисс. …к.м.н., Воронеж, 2008,- 238 с.

110. Зинчук Ю.Ю. Критерии и индикаторы эффективности и качества медицинской помощи для пациента, учреждения и органа управления здравоохранением //Главврач, 2011, №2,- С.29-34

111. Зозуля Ю.В. Методологические основы управления сферой услуг здравоохранения, Дисс. …д.э.н., М., 2009,- 330 с.

112. Иванов С.Ю., Мураев А.А., Петров И.Ю. Основы дентальной имплантологии, Учебное пособие, М., ГЭОТАР-Медиа, 2017,- 149 с.

113. Иванова В.А., Орлова О.А. Улучшение качества медицинской помощи – стратегическое направление реформы здравоохранения //Главврач, 2011, №1,- С.42-48

114. Иванова О.М. Взаимодействие факторов индивидуального и общественного здоровья человека в условиях современной цивилизации, Дисс. …д.филос.н., Уфа, 2007,- 412 с.

115. Иншакова Н.Н. Формирование и развитие рынка платных медицинских услуг: организационно-экономические аспекты: Дисс. …к.э.н., Тольятти, 2005. - 187 с.

116. Истомина Е.В. Деонтологическое поведение стоматолога-ортопеда в зависимости от характерологических особенностей пациентов, Дисс. …к.м.н., М., 2007,- 163 с.

117. Кабанова А.В. Медико-экономические аспекты оказания стоматологической помощи взрослому населению в современных условиях, Дисс. …к.м.н., М., 2011,- 178 с.

118. Кадыров Ф.Н. Методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений, М., ИД Грантъ, 2005,- 448 с.

119. Казанцев В.С. Математические методы и новые информационные технологии в решении медицинских задач, Монография, Екатеринбург, 2002,- 80 с.

120. Калашников В.Н. Научное обоснование модели стратегического развития стоматологической службы региона и системы управления качеством медицинских услуг, Дисс. …д.м.н., М., 2008,- 352 с.

121. Калинина В.Н. Совершенствование стоматологической помощи населению в условиях смешанного финансирования, Дисс. …к.м.н., М., 2005,- 133 с.

122. Калмыков А.А. О медицинской активности контингента негосударственной коммерческой медицинской организации //Экономика здравоохранения, 2011, № 5-6(156), - С.39-42

123. Канукоева Е.Ю. Медико-организационная характеристика врачебного состава стоматологических учреждений и потребность в их последипломном обучении, Дисс. …к.м.н., М., 2008.- 114 с.

124. Каплан З.М. Медико-социальные основы формирования стоматологического здоровья молодёжи, Дисс. …к.м.н., М., 2007,- 171 с.

125. Караханян В.Т. Изучение эффективности деятельности негосударственных стоматологических учреждений с позиций организации и управления кадровым составом, Дисс. …к.м.н., М., 2004,- 125 с.

126. Карлова П.О., Казанцев В.С., Брыксина Н.В. К проблеме оценки качества работы консультативно-диагностических поликлиник //Проблемы управления здравоохранением, 2011, № 2(57),- С.26-30

127. Карпова О.В. Организация и качество стоматологической помощи в оценках медицинских работников //Здравоохранение РФ, 2015, т.59, №1,- С.36-39

128. Карцев А.А. Изучение спроса населения на ортопедическую стоматологическую помощь (социологические аспекты), Дисс. …к.м.н., М., 2006,- 89 с.

129. Касимовский К.К. Роль научного анализа в совершенствовании деятельности врачей частных медицинских организаций, Дисс. …к.м.н., М., 2005,- 225 с.

130. Каялов Р.М., Абакаров С.И., Гринин В.М. Качество стоматологической хирургической помощи и удовлетворённость ею пациентов государственных и муниципальных поликлиник //Стоматология, 2017, том 96, №5,- С.24-27

131. Киреев М.Ю. Организация работы стоматологических медицинских организаций на основе маркетинговой деятельности, Автореф.дисс. …к.м.н., Казань, 2012,- 19 с.

132. Кирсанова С.В. Клинико-социальная характеристика пациентов с частичным отсутствием зубов и внедрение критериев качества жизни для оценки эффективности их лечения, Дисс. …к.м.н., М., 2008,- 111 с.

133. Киселёва Е.А. Клинико-организационные аспекты профилактики и лечения хронических воспалительных и неопластических стоматологических заболеваний, Дисс. …д.м.н., М., 2011,- 251 с.

134. Кисин Г.Б. Совершенствование деятельности зуботехнических лабораторий различных форм собственности, Дисс. …к.м.н., М., 2005,- 174 с.

135. Клиническая стоматология, Учебник, под ред.В.Н.Трезубова, С.Д.Арутюнова, М., Практ.медицина, 2015,- 787 с.

136. Клюев А.М. Управление конкурентоспособностью стоматологической медицинской организации в условиях рынка, Дисс. …к.м.н., М., 2015,- 217 с.

137. Клюковкин К.С., Ротарь Р.Ю., Блинов А.В. Анализ кадрового обеспечения и его роль в оказании амбулаторно-поликлинической помощи в Санкт-Петербурге //Проблемы управления здравоохранением, 2011, №1,- С.31-34

138. Коваленчик А.Д. Организационные основы модели корпоративного партнёрства частной медицинской организации и муниципального учреждения здравоохранения, Дисс. …к.м.н., Иваново, 2006,- 115 с.

139. Коликов С.И., Латышев С.В. Планирование повышения квалификации стоматологов с учётом потребности практикующих врачей в консультативной помощи //Стоматология, 1999, №5,- С.67-68

140. Коломыткина О.В. Преодоление кризиса школьной стоматологии как медико-социальная задача, Дисс. …к.м.н., Волгоград, 2008,- 151 с.

141. Комарова Е.Ю. Совершенствование организации работы ортодонтических отделений (кабинетов) стоматологических поликлиник, Дисс. …к.м.н., М., 2008,- 211 с.

142. Копасов Е.А. Управление деятельностью и развитием коммерческих стоматологических клиник, Дисс. …к.м.н., Новосибирск, 2004,- 155 с.

143. Коробко К.И. Правовое регулирование частной медицинской практики, Дисс. …к.ю.н., СПб, 2010,- 180 с.

144. Косенко И.Б. Пути совершенствования профилактики стоматологических заболеваний и организации стоматологической помощи беременным в системе обязательного медицинского страхования, Дисс. …к.м.н., М., 2011,- 172 с.

145. Котаниди С.А. Социальный статус врача-стоматолога общей практики (на примере Волгоградской области), Дисс. …к.м.н., Волгоград, 2011,- 126 с.

146. Кресникова Ю.В. Клинико-эпидемиологическое исследование результатов ортопедического лечения больных с частичным отсутствием зубов, Дисс. … к.м.н., М., 2008,- 128 с.

147. Круговой А.Е. Состояние и пути оптимизации оказания стоматологической помощи населению Курской области, Дисс. …к.м.н., М., 2010,- 131 с.

148. Крутер И.В. Клинико-организационные особенности оказания стоматологической помощи при заболеваниях пародонта населению муниципального района крупного города, Дисс. …к.м.н., М., 2010,- 122 с.

149. Крутова Я.В. Научное обоснование медико-организационных мероприятий, направленных на оптимизацию качества правового сопровождения медицинских услуг хирургического профиля, Дисс. …к.м.н., Иваново, 2007,- 200 с.

150. Кудинова Н.А. Медико-социальная модель самосохранительного поведения пациентов стоматологического профиля, Автореф.дисс. …к.м.н., Волгоград, 2014,- 24 с.

151. Кузнецов С.В. Комплексная стоматологическая реабилитация пациентов пожилого и старческого возраста, Дисс. …д.м.н., М., 2014,- 215 с.

152. Кузовкова Ю.В. Концептуальные подходы к формированию системы управления рисками в стоматологической службе, Дисс. …к.м.н., М., 2006,- 191 с.

153. Кузьменко В.А. Неценовые способы повышения конкурентоспособности предприятия в условиях рыночной экономики, Автореф.дисс. …к.э.н., М., 2001,- 21 с.

154. Кузьменко Г.Г. Статус пациента стоматологической практики, Дисс. …к.м.н., Волгоград, 2008,- 148 с.

155. Кузьмина Н.Б. Социально-экономические условия формирования стоматологической помощи в России, Дисс. …д.э.н., М.. 2004,- 385 с.

156. Кузьмина Н.Б. Формирование механизма саморегулирования коммерческой деятельности на рынке медицинских услуг, Дисс. …к.э.н., М., 1999,- 168 с.

157. Куксенко В.М. Оптимизация медико-организационных аспектов деятельности стоматологических центров как структурной части территориальной системы здравоохранения, Дисс. …к.м.н., Иваново, 2005,- 207 с.

158. Кулагина Э.Н., Киселёв С.В., Разумовский А.В., Полина Н.А. Экономика и управление лечебно-профилактическим учреждением, Монография, Н.Новгород, НИМБ, 2006,- 163 с.

159. Кулаков А.А. Ценообразование на медицинские услуги в стоматологической практике, М., Таркомм, 2015,- 87 с.

160. Кураева Е.Ю. Судебно-медицинский анализ дефектов стоматологического протезирования с опорами на дентальные имплантаты (медико-правовые аспекты), Дисс. …к.м.н., М., 2010,- 152 с.

161. Курбанов О.Р. Функционирование и механизмы развития регионального рынка стоматологических услуг (на примере Республики Дагестан), Дисс. …д.м.н., М., 2009,- 424 с.

162. Курбанов О.Р., Абакаров С.И., Асхабова Л.М. Организация и управление качеством стоматологической помощи, Учебник, М., БИНОМ, 2015,- 391 с.

163. Курбанов О.Р., Абакаров С.И., Гринин В.М. Особенности маркетинговых стратегий для негосударственных стоматологических учреждений //Стоматология. – 2006. - №4. – С.48-51

164. Курбанов О.Р., Гринин В.М., Абакаров С.И., Тумасян Г.С., Ерканян И.М. Клинико-организационные особенности обращаемости пациентов на терапевтическом стоматологическом приёме в учреждениях разных форм собственности //Стоматолог, 2007, №8,- с.7-12

165. Курбанов С.Д. Медико-организационная характеристика оказания стоматологической помощи в городской многопрофильной поликлинике в современных условиях, Дисс. …к.м.н., М., 2011,- 101 с.

166. Курбетьев С.Г. Научное обоснование системы управления качеством и эффективностью стоматологической помощи в медицинских учреждениях с различной формой собственности в условиях рынка (на примере Хабаровского края), Дисс. …к.м.н., Хабаровск, 2005,- 155 с.

167. Кусевицкий Л.Я. Клинические подходы к реальным специфическим и обобщённой характеристикам различных средств и методов ортопедического стоматологического лечения, Дисс. …д.м.н., СПб, 2014,- 268 с.

168. Кусов С.В. Цена медицинской услуги как средство повышения доступности и качества помощи //Главврач, 2007, №12,- С.80-83

169. Кустов И.Н. Совершенствование организации ортопедической помощи населению в негосударственных стоматологических организациях, Дисс. …к.м.н., М., 2005,- 116 с.

170. Ларенцова Л.И., Гринин В.М., Любимова Д.В., Тумасян Г.С., Курбанов О.Р., Иванова Е.В., Долгоаршинных А.Я. Роль психических и социальных факторов в формировании синдрома «эмоционального выгорания» врачей-стоматологов //Стоматология, 2008, №1,- с.89-95

171. Лезгишвили А.Э., Гринин В.М. Обращаемость и объём лечебной работы как отдельные ресурсные составляющие деятельности частной стоматологической клиники //Российский стоматологический журнал, 2011, №3,- С.41-42

172. Лемберг И.А. Потребность в комплексной стоматологической помощи и мотивация населения к обращению за ней в средние по мощности частные структуры, Дисс. …к.м.н., М., 2009,- 107 с.

173. Леонов С.А. Анализ деятельности учреждений здравоохранения //Экономика лечебного учреждения, 2010, №5,- С.12-15

174. Леонтьев В.К. О вероятных изменениях структуры сети государственных и частных стоматологических клиник //Стоматология, 1999, №3,- С.54-56

175. Леонтьев В.К., Шиленко Ю.В. Социальная стоматология на современном этапе //Стоматология, 1999, №1,- С.5-9

176. Лепилин А.В. и др. Результаты анкетирования пациентов стоматологических клиник о применении метода дентальной имплантации //Стоматология, 2013, №3,- С.112-113

177. Лившиц С.А. Особенности управления финансовыми ресурсами в лечебно-профилактических организациях различных форм собственности, Дисс. …д.м.н., М., 2003,- 281 с.

178. Линденбратен А.Л., Зволинская Р.М., Голодненко В.Н. Оценка качества и эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений (методические материалы), М., НИИ им.Семашко, 1999,- 66 с.

179. Лозовая В.А. Организация и финансирование региональной системы здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования, Дисс. …к.э.н., СПб, 2000,- 204 с.

180. Ломагин В.В. Влияние факторов рыночных отношений на внедрение новых технологий в стоматологическую практику, Дисс. …к.м.н., М., 2003,- 181 с.

181. Лукашев А.М. Здоровье общества – основа благосостояния государства //Проблемы управления здравоохранением, 2010, №2.- С.11-16

182. Лысков А.Ф. О понятии эффективности затрат на персонал и её оценки //Кадры предприятия, 2003, №10,- С.18-20

183. Любова О.Ю. Экспертные критерии оценки эффективности применения стандартов при оказании стоматологической помощи населению Архангельской области, Дисс. …к.м.н., М., 2008,- 174 с.

184. Мажаренко В.А. Стоматология как профессия: опыт социологического анализа, Дисс. …д.м.н., Волгоград, 2012,- 329 с.

185. Макаров А.С. Экономические показатели в оценке деятельности частных стоматологических организаций //В сб.науч.трудов «Здоровье и здравоохранение», Матер.научной конф. Рязань, 2011, - С.25-27

186. Макарова А.А. Изучение объективной визуализации как фактора мотивации пациента к комплексной санации полости рта, Дисс. …к.м.н., М., 2010,- 92 с.

187. Максимовский Ю.М., Гринин В.М., Древина Г.Р., Бродский С.А. Анализ качества работы врачей стоматологов-терапевтов в зависимости от степени алгоритмизации лечебного процесса //Стоматолог, 2006, №3,- с.15-18

188. Малинин А.Н. Изучение потребности в стоматологической терапевтической помощи взрослого населения для разработки планово-экономического обоснования её удовлетворения (на примере малого города), Дисс. …к.м.н., СПб, 2011,- 210 с.

189. Малюков А.В. Страхование профессиональной ответственности врачей как форма социальной защиты, Дисс. …к.м.н., Волгоград, 2009,- 137 с.

190. Мамаев А.Н. Основы медицинской статистики, М., Практическая медицина, 2011,- 128 с.

191. Манашеров Т.О. Генезис предпринимательства в стоматологии в постсоветской России, Новосибирск, Сибирское научное изд-во, 2013,- 282 с.

192. Манашеров Т.О. Формирование рынка стоматологического обслуживания населения, Дисс. …к.э.н., Сочи, 2005,- 136 с.

193. Масумова В.В. Потребность в эндодонтическом лечении и его качество в Саратовском регионе, Дисс. …к.м.н., Волгоград, 2005,- 122 с.

194. Махова О.А. Научное обоснование маркетингового подхода к оказанию платных медицинских услуг в государственных амбулаторно-поликлинических учреждениях, Дисс. …к.м.н., СПб, 2007,- 194 с.

195. Медик В.А., Токмачёв М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения, М., Медицина, 2006,- 528 с.

196. Мескон М.Х., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента: пер. с англ., М., Дело, 2002,- 542 с.

197. Мещеряков Д.Г. Теоретическое обоснование и разработка механизмов повышения эффективности стоматологической помощи населению, Дисс. …д.м.н., М., 2006,- 320 с.

198. Миргазизов Р.М. Оценка точности изготовления соединительных узлов зубных протезов, опирающихся на внутрикостные имплантаты, Дисс. …к.м.н., М., 2007,- 104 с.

199. Михальченко А.В. Психофизиологические аспекты фонетической адаптации человека на этапах стоматологической реабилитации, Дисс. …к.м.н., Волгоград, 2009,- 149 с.

200. Михальченко Д.В. Стоматологическая услуга как социальное взаимодействие врача и пациента, Дисс. …д.м.н., Волгоград, 2012,- 336 с.

201. Мкртумян М.М. Особенности обращаемости населения муниципального района в медицинские стоматологические организации //Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2016, №9-10,- С.14-18

202. Мнацаканян А.С. Гражданско-правовая ответственность исполнителя медицинских услуг, Дисс. …к.ю.н., Краснодар, 2008,- 213 с.

203. Молдавская Н.А. Организация нормирования труда врачей-стоматологов детских при применении современных технологий, Дисс. …к.м.н., М., 2006,- 136 с.

204. Московец О.Н. Зависимость болевого восприятия от эмоционального состояния у пациентов на амбулаторном стоматологическом приёме, Дисс. …д.б.н., М., 2005,- 256 с.

205. Муллоджанов Г.Э. Медико-социальные аспекты и комплексное обоснование тактики имплантологического и ортопедического лечения у соматических больных, Автореф. дисс. …д.м.н., Душанбе, 2017,- 42 с.

206. Мурзова Т.В. Социологическое исследование мнения пациентов с целью повышения качества стоматологической помощи //Проблемы управления здравоохранением, 2010, №4,- С.34-42

207. Мухин А.В. Клинико-организационные аспекты совершенствования деятельности центра дентальной имплантации, Дисс. …к.м.н., Красноярск, 2008,- 160 с.

208. Мушников Д.Л., Васильева Т.П., Сазанов В.В., Осипов М.Ю., Живой А.И., Водолажская С.В., Васильев М.Д. Методологические и тактические аспекты комплексной оценки культуры медицинского учреждения //Проблемы управления здравоохранением, 2011, № 1(56),- С.26-30

209. Наам М.Н. Учёт и управление затратами с сфере услуг: на примере медицинских организаций, Дисс. …к.э.н., М., 2005,- 240 с.

210. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи, М., Медицина, 2000,- 368 с.

211. Найговзина Н.Б., Лучинский А.В. Государственные гарантии на медицинскую стоматологическую помощь в амбулаторных условиях //Стоматология, 2015, №4,- С.12-15

212. Негашев Е.В., Шеремет А.Д. Методики финансового анализа, М., Экслибрис, 2010,- 128 с.

213. Некрылов В.А. Проблемы управления стоматологической службой региона и пути их решения в условиях организационно-экономического реформирования, Дисс. …д.м.н., Воронеж, 2013,- 317 с.

214. Нецепляев Д.А. Общее и особенное в профессиональной деятельности врачей частных и государственных медицинских учреждений, Дисс. …к.м.н., Волгоград, 2011,- 144 с.

215. Нимаев Б.Ц. Концептуальные подходы к совершенствованию стоматологической помощи на основе развития общей врачебной (семейной) практики, Дисс. …д.м.н., М., 2009,- 187 с.

216. Новинькова Ж.Л. Совершенствование управления качеством медицинских услуг на микроэкономическом уровне в условиях трансформации экономики: на примере медицинских учреждений в стоматологии, Дисс. …к.э.н., Саратов, 2005,- 224 с.

217. Олейник О.И. Разработка методов и оценка эффективности результатов индивидуальной профилактики воспалительных заболеваний пародонта, Дисс. …д.м.н., Воронеж, 2014,- 331 с.

218. Организация и оснащение стоматологической поликлиники, Учебное пособие, под ред.Э.А.Базикяна, М., ГЭОТАР-Медиа, 2016,- 90 с.

219. Организация медицинской помощи в Российской Федерации /Решетников В.А., Алексеева В.М., Манерова О.А., Эккерт Н.В., Голубева А.П., Трегубов В.Н., Гринин В.М., Шестаков Г.С., Касимовская Н.А. и др. //Учебник, М., Изд.МИА, 2018,- 432 с.

220. Павлов Н.Б. Обоснование стратегии организации стоматологической помощи взрослому населению на основе её интеграции с системой здравоохранения на муниципальном уровне, Дисс. …д.м.н., М., 2012,- 291 с.

221. Павлова С.Г. Научное обоснование деятельности стоматологических коммерческих организаций в системе профилактики болезней зубов и полости рта среди детского населения крупного города, Автореф.дисс. …к.м.н., СПб, 2007,- 24 с.

222. Петраш Д.А. Сравнительный анализ клинических и организационных технологий при оценке качества в терапевтической стоматологии, Дисс. …к.м.н., М., 2009,- 114 с.

223. Петрова Н.Г., Балохина С.А., Мартиросян М.М. и соавт. Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи //Проблемы управления здравоохранением, 2009, №1,- С.59-61

224. Пирогов М.В. Клинико-экономическая стандартизация как обязательное условие повышения экономической эффективности медицинского учреждения при одноканальном финансировании //Главврач, 2007, №9,- С.58-70

225. Плюхин Д.В. Научное обоснование потребности населения города Челябинска в стоматологической помощи и управление качеством услуг, Дисс. …к.м.н., Пермь, 2009,- 173 с.

226. Полозова И.Г. Разработка клинико-организационных мероприятий по совершенствованию оказания терапевтической стоматологической помощи в негосударственных учреждениях, Автореф.дисс. …к.м.н., М., 2005,- 25 с.

227. Полякова Ю.В. Современные тенденции научных исследований в стоматологии, Дисс. …к.м.н., М., 2008, 102 с.

228. Попкова Ю.В. Региональные тенденции развития негосударственного сектора здравоохранения: взгляд пациентов и медицинских работников, Дисс….к.м.н., Волгоград, 2006,- 177 с.

229. Попова И.Н. Совершенствование организационно-методического обеспечения деятельности государственных и муниципальных стоматологических учреждений, Дисс. …к.м.н., Хабаровск, 2007,- 178 с.

230. Попова Т.А., Журавлёва Е.Ю., Хамидуллин Р.Х. Управление качеством медицинской помощи в муниципальном здравоохранении //Главврач, 2010, №4,- С.48-63

231. Попова Т.Г. Критерии экспертной оценки профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи на всех этапах стоматологического лечения, Дисс. …д.м.н., М., 2008,- 249 с.

232. Предтеченский Н.Н. Клинико-организационное изучение оказания ортопедической стоматологической помощи населению в стоматологических учреждениях негосударственного сектора, Дисс. …к.м.н., Тверь, 2004,- 146 с.

233. Прокопьев К.А. Стратегическое планирование в управлении стоматологической помощью взрослому населению мегаполиса, Дисс. …к.м.н., Новокузнецк, 2009,- 148 с.

234. Прокудин И.Н. Организация стоматологической помощи и потребность в ортопедическом лечении городского населения, Дисс. …к.м.н., М., 2007,- 156 с.

235. Проценко А.С. Состояние стоматологического здоровья студенческой молодёжи Москвы и пути его улучшения, Дисс. …к.м.н., М., 2010,- 173 с.

236. Пуйда С.И. Формирование взаимоотношений врача и пациента на стоматологическом терапевтическом приёме, Дисс. …к.м.н., М., 2008,- 100 с.

237. Пухов С.Е. Научное обоснование системы контроля качества медицинской помощи в стоматологической медицинской организации, Дисс. …к.м.н., СПб, 2004,- 139 с.

238. Разумовский А.В., Полина Н.А. Финансовое состояние лечебного учреждения и его анализ //Экономика здравоохранения, 2011, № 5-6(156), - С.43-45

239. Расторгуева Т.И., Щепин В.О. Перспективная модель управления человеческими ресурсами медицинского учреждения //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2009, №1,- С.27-32

240. Рахимов Р.М. Автоматизация медицинского документооборота частной стоматологической клиники, Дисс. …к.м.н., Самара, 2012,- 166 с.

241. Рева И.Е. Комплексное медико-социальное исследование профессиональной деятельности среднего медицинского персонала стоматологического профиля, Дисс. …к.м.н., Волгоград, 2011,- 141 с.

242. Ревазова З.Э. Концептуальные подходы к совершенствованию стоматологической помощи пациентам с болезнями пародонта, Автореф.дисс. …д.м.н., М., 2015,- 38 с.

243. Рогачкова Е.А. Состояние организации и обеспечение технологий терапевтического лечения стоматологических больных, Дисс. …к.м.н., М., 2009,- 151 с.

244. Родина Т.С. Медико-социальная характеристика и удовлетворённость стоматологической помощью пациентов медицинских организаций различных форм собственности, Дисс. …к.м.н., Рязань, 2010,- 145 с.

245. Романова Е.Н. Медико-экономическая оценка платных медицинских услуг, Дисс. …к.м.н., М., 2003,- 137 с.

246. Ромашко Н.А. Развитие медицинского страхования в России на региональном уровне, Дисс. …к.э.н., Саратов, 2012,- 235 с.

247. Рукина Е.А. Оптимизация хирургической тактики метода непосредственной дентальной имплантации, Автореф.дисс. ...к.м.н., М., 2018,- 24 с.

248. Сабитов Н.Х. Организационно-экономический механизм функционирования сферы медицинских услуг в условиях рыночных отношений, Дисс. …д.э.н., М., 2001,- 340 с.

249. Сальбаев А.Д. Оптимизация оказания хирургической помощи в условиях частной многопрофильной хирургической клиники, Дисс. …к.м.н., Бишкек, 2005,- 128 с.

250. Санодзе Д.О. Медико-организационное обоснование современных принципов оказания ортопедической стоматологической помощи больным с челюстно-лицевыми дефектами, Дисс. …к.м.н., М., 2010,- 195 с.

251. Сафонова М.Ю. Научное обоснование совершенствования управления медицинским персоналом в условиях инновационной деятельности, Дисс. …к.м.н., М., 2011,- 196 с.

252. Свистунова Е.Г., Проценко А.С., Каспарова Э.А. Новые социально-экономические принципы регулирования в здравоохранении //Экономика здравоохранения, 2011, №9-10,- С.5-10

253. Святненко Б.И., Терентьев А.В., Грачёв Д.И. Организационно-методические основы оценки качества ортопедической стоматологической помощи с использованием дентальных имплантатов //Проблемы управления здравоохранением, 2010, №4,- С.52-57

254. Семенченко Е.Г. Социально-гигиеническое исследование стоматологического здоровья подростков как основа организации комплексных оздоровительных мероприятий на уровне первичной медицинской помощи, Дисс. …к.м.н., М., 2006,- 134 с.

255. Серебрянский О.Ю. Управление медицинскими организациями в рыночной экономике: на примере организаций амбулаторно-поликлинического звена, Дисс. …к.э.н., М., 2006,- 165 с.

256. Серёгин С.С. Использование медицинских информационных систем в клинике при дентальной имплантации, Дисс. …к.м.н., М., 2016,- 127 с.

257. Серёгин С.С. К вопросу о диспансерном наблюдении и оценке результатов имплантации у пациентов с факторами риска //Стоматология, 2016, т.95, №1,- С.73-76

258. Серёгина И.Ф. Качество и доступность медицинской помощи – суть реформы здравоохранения //Здравоохранение: журнал для руководителя, 2004, №12,- С.15-20

259. Сечко О.Ю. Повышение эстетических показателей лечения пациентов с использованием имплантатов ЛИКО, Дисс. …к.м.н., М., 2009,- 100 с.

260. Сивцева В.Е. Организационно-экономический механизм взаимодействия субъектов рынка медицинских услуг: Дисс. …к.э.н., СПб., 2006.-183 с.

261. Синицына Г.Н. Повышение качества оказания стоматологической помощи населению особой экономической зоны Калининградской области, Дисс. …к.м.н., Смоленск, 2004,- 168 с.

262. Смайловская М.С. Маркетинговые подходы к управлению здравоохранением, Дисс. …д.э.н., М., 2006,- 340 с.

263. Смбатян Б.С. Восстановление костной ткани при лечении пациентов с использованием дентальных имплантатов в различных клинических ситуациях, Дисс. …д.м.н., М., 2012,- 174 с.

264. Собир Р.К. Клинико-экспертная оценка ошибок и осложнений при ортопедическом лечении с использованием замковых креплений, Дисс. …к.м.н., М., 2009,- 125 с.

265. Сорокин Д.В. Научно-организационные основы развития стоматологических специальностей в современных условиях, Дисс. …д.м.н., М., 2013,- 440 с.

266. Стволыгин А.В. Пути повышения медицинской информированности пациентов частной стоматологической медицинской организации, Автореф.дисс. …к.м.н., М., 2014,- 24 с.

267. Стрельников Е.В. Отдалённые результаты имплантации у больных с частичной и полной потерей зубов, Автореф.дисс. …к.м.н., Тверь, 2017,- 19 с.

268. Суслин С.А. Современные подходы к определению качества медицинской помощи //Здравоохранение, 2010, №9,- С.25-32

269. Таранов А.М., Халецкий И.Г., Васильева Т.П., Кучеренко В.З., Мушников Д.Л., Чумаков А.С. Управление кадровым потенциалом учреждений здравоохранения (социально-гигиенические, социально-психологические и организационно-методические аспекты), Монография, М., ФФОМС, 2005,- 232 с.

270. Тарасова Ю.Г. Повышение качества лечения пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта, Дисс. …д.м.н., Ижевск, 2013,- 359 с.

271. Тё Е.А. Клинико-организационные аспекты формирования перспективной модели стоматологической помощи населению субъекта федерации, Дисс. …д.м.н., Кемерово, 2004,- 233 с.

272. Тё И.А. Медико-социальные аспекты организации и развития амбулаторной стоматологической помощи населению крупного регионального центра в условиях рыночной экономики, Дисс. …к.м.н., Кемерово, 2004,- 147 с.

273. Тё И.А. Роль аккредитации и сертификации в повышении качества стоматологической помощи, Дисс. …д.м.н., Кемерово, 2009,- 322 с.

274. Текучева С.В. Медико-социальные и организационные аспекты обращаемости и оказания ортодонтической помощи в современных условиях, Дисс. …к.м.н., М., 2011,- 208 с.

275. Терентьев А.В. Методические подходы к оценке качества ортопедического стоматологического лечения пациентов с использованием дентальных имплантатов при полном и частичном отсутствии зубов, Дисс. …к.м.н., М., 2011,- 147 с.

276. Тернов С.Ф. Формирование общественно-эффективного спроса в социальном секторе экономики России: на примере рынка медицинских услуг, Дисс. …кэ.н., Томск, 2007,- 172 с.

277. Титова А.О. Организационно-экономический механизм регулирования рынка медицинских услуг как социально-экономической системы, Дисс. ..к.э.н., Саратов, 2009,- 201 с.

278. Трезубов В.В. Концептуальные, клинические и организационные подходы к системе экспертных оценок качества ортопедической стоматологической помощи населению, Автореф.дисс. …д.м.н., М., 2012,- 35 с.

279. Трифонов Б.В. Совершенствование организации и управления региональной стоматологической службой на основе мониторинга и ситуационного моделирования, Дисс. …д.м.н., М., 2009,- 262 с.

280. Трофименко А.Е. Изучение локального рынка фармацевтических услуг и товаров в стоматологии, Дисс. …к.фарм.н., Пятигорск, 2006,- 138 с.

281. Троценко А.Г. Интерактивный маркетинг в совершенствовании деятельности стоматологических организаций, Дисс. …к.м.н., М., 2007,- 195 с.

282. Фарашян А.В. Сравнительное клинико-экономическое исследование методов лечения частичной вторичной адентии с использованием различных несъёмных ортопедических конструкций, Дисс. …к.м.н., М., 2005,- 146 с.

283. Фёдоров А.В. Организационная структура стоматологической помощи в условиях современного рынка стоматологических услуг, Дисс. …к.м.н., М., 2007,- 121 с.

284. Фёдоров В.Е. Клинико-организационные особенности оказания стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в частных стоматологических организациях, Дисс. …к.м.н., М., 2011,- 116 с.

285. Федосеев А.Я. Изучение особенностей обращаемости населения за стоматологической помощью в коммерческие структуры, Дисс. …к.м.н., М.. 2005,- 101 с.

286. Филатенкова С.В. Критерии эффективности труда медицинских работников как основа выплат стимулирующего характера по конечным результатам //Здравоохранение РФ, 2011, №1,- С.35-39

287. Филатов В.Б., Кальфа Ю.И., Погорелов Я.Д., Жиляева Е.П. Организационные технологии в здравоохранении, под ред. В.Б.Филатова, М., НИИ им.Семашко, 2001,- 108 с.

288. Филимонов А.В. Социальная роль частной стоматологии в современных условиях, Дисс. …к.м.н., Волгоград, 2008,- 139 с.

289. Филимонова Л.Б. Обеспечение качества медицинских услуг населению в условиях базовой стоматологической поликлиники, Дисс. …к.м.н., Н.Новгород, 2009,- 122 с.

290. Фирсова И.В. Концепция комплаентности в стоматологической практике, Дисс. …д.м.н., Волгоград, 2009,- 290 с.

291. Фокина Т.Ю. Личностно-психологические аспекты синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов, Дисс. …к.м.н., М., 2009,- 188 с.

292. Хабаев С.Г. Бюджетирование, ориентированное на результат, в здравоохранении, Монография, М., ИД Финансы и кредит, 2009,- 136 с.

293. Хайруллина И.С. Обоснование способов обеспечения населения бесплатными медицинскими услугами, Дисс. …к.э.н., СПб, 2011,- 192 с.

294. Хальфин Р.А., Огнева Е.Ю., Мадьянова В.В. Качественные критерии оценки медицинской помощи в учреждениях здравоохранения муниципального уровня //Экономика здравоохранения, 2010, №11-12,- С.12-20

295. Харченко С.В. Медико-правовой анализ ошибок и осложнений в практике хирургической стоматологии, Дисс. …к.м.н., М.. 2005,- 177 с.

296. Хлынин С.В. Научное обоснование совершенствования медицинской помощи больным с заболеваниями пародонта на муниципальном уровне, Дисс. …к.м.н., СПб, 2011,- 153 с.

297. Ходненко О.В. Резервы предотвратимости стоматологических заболеваний, Дисс. …к.м.н., М., 2010,- 159 с.

298. Хоскинг А. Курс предпринимательства: Практическое пособие. Пер. с англ. —М.: Международные отношения, 1993. — 352 с.

299. Хроменкова К.В. Стоматологическая помощь детям в государственных и частных стоматологических клиниках, Дисс. …к.м.н., М., 2005,- 132 с.

300. Хубаев С.С. Совершенствование стоматологической помощи населению в условиях смешанного финансирования, Дисс. …к.м.н., Ставрополь, 2009,- 113 с.

301. Хубутия Б.Н. Управление качеством ортопедической стоматологической помощи в современных условиях, Дисс. …к.м.н., М., 2005,- 171 с.

302. Чавпецов В.Ф., Калабутин В.М., Карачевцева М.А., Михайлов С.М. Единая система управления качеством медицинской помощи //Качество медицинской помощи и стандартизация, 2009, №9,- С.62-71

303. Чавпецов В.Ф., Михайлов С.М., Карачевцева М.А. Основы экспертизы качества медицинской помощи и автоматизированная технология его оценки, Метод.пособие, Изд.16, перераб. и дополн., СПб, 2008,- 47 с.

304. Чекунков О.В. Технологии ортопедического лечения дефектов зубов и зубных рядов и их материально-техническое обеспечение, Дисс. …к.м.н., М., 2006,- 168 с.

305. Ченцов Ю.И. Медико-демографическая характеристика врачей-стоматологов и потребность в их последипломном обучении, Дисс. …д.м.н., М., 2003,- 319 с.

306. Ченцов Ю.И., Максимовский Ю.М. Работа и заработная плата врачей стоматологического профиля – мнения, проблемы //Экономика и менеджмент в стоматологии, 2002, № 1(16),- С.32-36

307. Чернов П.В. Оптимизация работы стоматологической поликлиники на основе информационных технологий, Автореф.дисс. …к.м.н., М., 2005,- 21 с.

308. Чернов П.В. Рационализация функционирования городской стоматологической службы на основе прогностического моделирования и алгоритмизации работы структурных подразделений, Дисс. …д.м.н., Воронеж, 2009,- 237 с.

309. Чижов Ю.В. Клинико-статистический анализ заболеваний зубов и тканей полости рта и обоснование системы стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста, Дисс. …д.м.н., СПб, 2005,- 382 с.

310. Шайдуллина Л.И. Управление качеством медицинской помощи во внебольничных медицинских учреждениях негосударственного сектора здравоохранения (на примере г.Казани), Дисс. …к.м.н., Казань, 2008,- 180 с.

311. Шайхутдинова А.И. Совершенствование комплекса реабилитации пациентов с кариесом зубов и его осложнениями, Автоеф.дисс. …к.м.н., Казань, 2013,- 17 с.

312. Шамшурина Н.Г. Маркетинг и менеджмент в здравоохранении, М., МАП, 1999,- 37 с.

313. Шамшурина Н.Г. Развитие системы динамических отношений в здравоохранении, ориентированных на улучшение здоровья населения, Дисс. …д.э.н., М., 2002,- 360 с.

314. Шапиро А.П., Алимский А.В. Изучение мнения населения о качестве и культуре оказания ему стоматологической помощи, Сб.научн.трудов ЦНИИС, М., 1992,- С.54-56

315. Шарова Т.Н. Повышение эффективности лечебно-профилактических мероприятий путём оптимизации взаимодействия врача-стоматолога с пациентами, испытывающими эмоциональное напряжение, Дисс. …к.м.н., Омск, 2009,- 162 с.

316. Шведенко И.В. Управление ресурсами стоматологической службы на примере Приморского края, Дисс. …к.м.н., Хабаровск, 2009,- 215 с.

317. Швецова Р.С. Об управлении качеством труда врача в системе общей врачебной практики //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2009, №5,- С.37-41

318. Шеремет А.Д., Сайфулин Р.С. Методика финансового анализа, М., Инфра, 1996,- с.38

319. Шестаков В.Т., Шевченко О.В. Методология управленческого решения в стоматологии, М., ГЭОТАР-Медиа, 2017,- 102 с.

320. Шилина С.В. Социально-психологические факторы взаимоотношений врача и пациента в современной стоматологической практике, Дисс. …к.м.н., Волгоград, 2004,- 125 с.

321. Шилова В.В., Лебедева Н. Стоимостные оценки медицинских услуг (методика расчёта), М, Геопресс, 2000,- 200 с.

322. Шильникова Н.Ф., Ходакова О.В., Богатова И.В. Экспертная оценка эффективности первичной медико-санитарной помощи, оказываемой амбулаторно-поликлиническими учреждениями //Экономика здравоохранения, 2011, №9-10,- С.10-14

323. Шипова В.М., Абаев З.М. Нормы труда в стоматологии, М., ГЭОТАР-Медиа, 2016,- 166 с.

324. Широков Ю.Ю. Влияние немедленной жевательной нагрузки на опорные ткани при ортопедическом лечении с применением дентальных имплантатов, Автореф.дисс. …к.м.н., М., 2018,- 24 с.

325. Шлыков М.В. Диагностические аспекты психокоррекции функциональных резервов у больных стоматологического профиля, Дисс. …к.псих.н., М., 2010,- 181 с.

326. Шлыкова Е.А. Медико-социальные аспекты заболеваемости тканей пародонта взрослого населения и пути её профилактики в Воронежской области, Автореф.дисс. …к.м.н., Воронеж, 2015,- 22 с.

327. Шляпников В.В., Калмыков А.А. Обеспечение реализации Программы государственных гарантий в здравоохранении при оказании медицинской помощи контингенту негосударственных коммерческих медицинских организаций //Экономика здравоохранения, 2011, № 5-6(156), - С.15-18

328. Шматов К.В. Научное обоснование совершенствования системы управления частной стоматологической организацией, Дисс. …к.м.н., Оренбург, 2012,- 147 с.

329. Штерн К.В. Клинико-организационные аспекты страхования профессиональной ответственности врачей-стоматологов, Дисс. …к.м.н., Кемерово, 2014,- 190 с.

330. Шуваева Ю.В. Социально-гигиенические и организационные аспекты ортодонтической помощи населению крупного города в современных условиях, Дисс. …к.м.н., СПб, 2002, 182 с.

331. Шульмин А.В., Воронюк О.В., Аверченко Е.А., Смердин С.В. Оценка эффективности информационных потоков в системе здравоохранения //Экономика здравоохранения, 2011, № 5-6(156), - С.23-27

332. Щепин В.О., Габуева Л.А. Экономическая и правовая основы государственного и частного здравоохранения //Здравоохранение, 2005, №4,- С.23-25

333. Щепин В.О., Габуева Л.А., Дейнеко Л.Г. Анализ финансовой деятельности медицинской организации //Здравоохранение, 2004, №11,- С.47-53

334. Щепин О.П., Линденбратен А.Л., Голодненко В.Н. Актуальные проблемы оценки качества медицинской помощи населению //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 1996, №3,- С.24-29

335. Щербаков Я.Г. Изучение уровня обеспечения стоматологических учреждений новым оборудованием и материалами и разработка предложений по его совершенствованию, Дисс. …к.м.н., М., 2013,- 172 с.

336. Щербакова Т.Е. Оптимизация стоматологической терапевтической помощи в условиях стоматологической поликлиники, Дисс. …к.м.н., Смоленск, 2013,- 157 с.

337. Эмирвелиева О.П. Социальная оптимизация услуг ортопедической стоматологии на региональном уровне, Дисс. …к.м.н., Волгоград, 2007,- 152 с.

338. Эргашев Ю.У. Гигиеническая оценка влияния зубных протезов на состояние полости рта, Дисс. …к.м.н., Иркутск, 2002,- 114 с.

339. Юн О.П. Распространённость и лечение болевых синдромов шейно-плечевой области у стоматологов, Дисс. …к.м.н., Пермь, 2010,- 136 с.

340. Янсон С.Д. Новые формы организации стоматологической помощи – реальная потребность населения //Экономика и менеджмент в стоматологии, 2002, № 1(6),- С.49-55

341. Янсон С.Д. Семейная стоматология (социальные и медицинские аспекты), Дисс. …к.м.н., М., 2003,- 134 с.

342. Ясько Б.А. Психология медицинского труда: личность врача в процессе профессионализации, Дисс. …д.псих.н., Краснодар, 2004,- 458 с.

343. Afshari F.S., Sukotjo C., Alfaro M.F., McCombs J., Campbell S.D., Knoernschild K.L., Yuan J.C. Integration of Digital Dentistry into a Predoctoral Implant Program: Program Description, Rationale, and Utilization Trends //J Dent Educ. 2017 Aug;81(8):986-994

344. Aldosari M.A., Tavares M.A., Matta-Machado A.T.G., Abreu MHNG. Factors associated with patients' satisfaction in Brazilian dental primary healthcare //PLoS One. 2017 Nov 16;12(11)

345. Al-Sabbagh M, Jenkins DW, de Leeuw R, Nihill P, Robinson FG, Thomas MV Programmatic assessment of a university-based implant training program using patient-reported outcomes //J Dent Educ. 2014 Nov;78(11):1534-41

346. Bailit H.L. The Oral Health Care Delivery System in 2040: Executive Summary //J Dent Educ. 2017 Sep;81(9):1124-1129

347. Barfeie A., Wilson J., Rees J. Implant surface characteristics and their effect on osseointegration //Br Dent J. 2015 Mar 13;218(5):E9

348. Barrak I.Á., Varga E., Piffko J. Navigation in implantology: Accuracy assessment regarding the literature Fogorv Sz. 2016 Jun;109(2):61-8

349. Bartold P.M. Dental implants--from experimental dreams to mainstream practice //Aust Dent J. 2015 Mar;60(1):1

350. Boynes S.G., Lauer A., Deutchman M., Martin A.B. An Assessment of Participant-Described Interprofessional Oral Health Referral Systems Across Rurality //J Rural Health. 2017 Sep;33(4):427-437

351. Brown L. The national politics of Oregon's rationing plan //Health Affairs, 1991, Summer,- P.28-51

352. Brown R.S., Mashni M. Emerging Dental Specialties and Ethics //J Am Coll Dent. 2015 Summer;82(3):31-34

353. Brown R.S., Mashni M. Emerging Dental Specialties and Ethics //J Am Coll Dent. 2015 Summer;82(3):31-8

354. Cheung M.C., Kao P., Lee N., Sivathasan D., Vong C.W., Zhu J., Polster A., Darby I. Interest in dental implantology and preferences for implant therapy: a survey of Victorian dentists //Aust Dent J. 2016 Dec;61(4):455-463

355. Choudhry S., Yasmeen R., Hossain Bokhari S.A., Wajid G., Khan A.A. Dental graduates perspective of professionalism competences from a developing country //J Pak Med Assoc. 2017 Sep;67(9):1339-1345

356. Chrcanovic B.R., Kisch J., Albrektsson T., Wennerberg A. Impact of Different Surgeons on Dental Implant Failure //Int J Prosthodont. 2017 September/October;30(5):445–454

357. Chu S.J., Salama M.A. Implant Dentistry: Innovations, Improvements Creating an Ever-Advancing Landscape Compend Contin Educ Dent. 2015 Sep;36(8):612-4

358. Clark W.A., Garber D.A., Salama M.A., Goldstein R.E. The Implant Practice //Dent Today. 2016 Apr;35(4):84, 86, 88

359. Daneshvar S.S., Matthews D.C., Michuad P.L., Ghiabi E. Success and Survival Rates of Dental Implants Restored at an Undergraduate Dental Clinic: A 13-Year Retrospective Study with a Mean Follow-up of 5.8 Years //Int J Oral Maxillofac Implants. 2016 Jul-Aug;31(4):870-5

360. Donabedian A. The quality of medical care methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs //Science, 1978, vol.200,- P.856-864

361. D'Souza R.N., Colombo J.S. How Research Training Will Shape the Future of Dental, Oral, and Craniofacial Research //J Dent Educ. 2017 Sep;81(9):eS73-eS82

362. Fu M.W., Fu E., Lin F.G., Chang W.J., Hsieh Y.D., Shen E.C. Correlation Between Resonance Frequency Analysis and Bone Quality Assessments at Dental Implant Recipient Sites Int J Oral Maxillofac Implants. 2017 Jan/Feb;32(1):180-187

363. Gondivkar S.M., Gadbail A.R., Sarode S.C., Patil S. Quality of Life Assessment should be Part of Oral Health Evaluations in Day-to-day Practice. //J Contemp Dent Pract. 2017 Oct 1;18(10):857-858

364. Hawkins B.J. Cost-benefit analysis as a tool to evaluate capital acquisitions //Hospitals, 1978, vol.52,- P.62

365. Hirata R., Bonfante E.A., Machado L.S., Tovar N., Coelho P.G. Mechanical Evaluation of Two Grades of Titanium Used in Implant Dentistry //Int J Oral Maxillofac Implants. 2015 Jul-Aug;30(4):800-5

366. Hunt R.J., Ojha D. Oral Health Care Quality Measurement and Its Role in Dental Education //J Dent Educ. 2017 Dec;81(12):1395-1404

367. Jayachandran S., Bhandal B.S., Hill K.B., Walmsley A.D. Maintaining dental implants--do general dental practitioners have the necessary knowledge? //Br Dent J. 2015 Jul 10;219(1):25-8

368. Klinge B, Flemming T, Cosyn J, De Bruyn H, Eisner BM, Hultin M, Isidor F, Lang NP, Lund B, Meyle J, Mombelli A, Navarro JM, Pjetursson B, Renvert S, Schliephake H The patient undergoing implant therapy. Summary and consensus statements. The 4th EAO Consensus Conference 2015 //Clin Oral Implants Res. 2015 Sep;26 Suppl 11:64-7

369. Lima de Andrade C., Carvalho M.A., Bordin D., da Silva W.J., Del Bel Cury A.A., Sotto-Maior B.S. Biomechanical Behavior of the Dental Implant Macrodesign //Int J Oral Maxillofac Implants. 2017 Mar/Apr;32(2):264-270

370. Luangchana P., Pornprasertsuk-Damrongsri S., Kiattavorncharoen S., Jirajariyavej B. Accuracy of linear measurements using cone beam computed tomography and panoramic radiography in dental implant treatment planning //Int J Oral Maxillofac Implants. 2015 Nov-Dec;30(6):1287-94

371. Manzano-Moreno F.J., Herrera-Briones F.J., Bassam T., Vallecillo-Capilla M.F., Reyes-Botella C. Factors Affecting Dental Implant Stability Measured Using the Ostell Mentor Device: A Systematic Review Implant Dent. 2015 Oct;24(5):565-77

372. Mark Bartold P., Townsend G., Brook A. The face, the future and dental practice: how research in cranio-facial biology will influence patient care //Austr.Dent.J., 2014, vol.59,- p.196

373. Maxey H.L., Farrell C., Gwozdek A. Exploring Current and Future Roles of Non-Dental Professionals: Implications for Dental Hygiene Education //J Dent Educ. 2017 Sep;81(9):eS53-eS58

374. McCauley L.K. The Future of Dental Schools in Research Universities and Academic HealthCenters //J Dent Educ. 2017 Sep;81(9):eS91-eS96

375. Mestas G., Alarcón M., Chambrone L. Long-Term Survival Rates of Titanium Implants Placed in Expanded Alveolar Ridges Using Split Crest Procedures: A Systematic Review //Int J Oral Maxillofac Implants. 2016 May-Jun;31(3):591-9

376. Möhlhenrich S.C., Modabber A., Steiner T., Mitchell D.A., Hölzle F. Heat generation and drill wear during dental implant site preparation: systematic review //Br J Oral Maxillofac Surg. 2015 Oct;53(8):679-89

377. Nicholson K. Implant Dentistry in General Practice. Part 1: Introduction Dent Update. 2016 Jun;43(5):410-2, 415-6

378. Papageorgiou S.N., Kloukos D., Petridis H., Pandis N. An Assessment of the Risk of Bias in Randomized Controlled Trial Reports Published in Prosthodontic and Implant Dentistry Journals //Int J Prosthodont. 2015 Nov-Dec;28(6):586-93

379. Parkash H. Computer aided implantology: Changing trends Indian J Dent Res. 2015 May-Jun;26(3):223-4

380. Pikos M.A., Tischler M. Latest Trends in Implant Dentistry //Dent Today. 2015 Sep;34(9):86-7.

381. Polverini P.J., Krebsbach P.H. Research and Discovery Science and the Future of Dental Education and Practice //J Dent Educ. 2017 Sep;81(9):eS97-eS107

382. Polychronopoulou A. The reporting quality of meta-analysis results of systematic review abstracts in periodontology and implant dentistry is suboptimal //J Evid Based Dent Pract. 2014 Dec;14(4):209-10

383. Queridinha B.M., Almeida R.F., Felino A., de Araújo Nobre M., Maló P. Partial Rehabilitation with Distally Tilted and Straight Implants in the Posterior Maxilla with Immediate Loading Protocol: A Retrospective Cohort Study with 5-Year Follow-up //Int J Oral Maxillofac Implants. 2016 Jul-Aug;31(4):891-9

384. Ryan P, Zarringhalam P, Gibbons AJ Dental evaluation prior to medical treatment: who to refer? //Br J Gen Pract. 2015 Jan;65(630):e58-60

385. Sanz M, Donos N, Alcoforado G, Balmer M, Gurzawska K, Mardas N, Milinkovic I, Nisand D, Rocchietta I, Stavropoulos A, Thoma DS, Torsello F Therapeutic concepts and methods for improving dental implant outcomes. Summary and consensus statements. The 4th EAO Consensus Conference 2015 //Clin Oral Implants Res. 2015 Sep;26 Suppl 11:202-6

386. Stanford C.M., Barwacz C., Raes S., De Bruyn H., Cecchinato D., Bittner N., Brandt J. Multicenter Clinical Randomized Controlled Trial Evaluation of an

Implant System Designed for Enhanced Primary Stability //Int J Oral Maxillofac Implants. 2016 Jul-Aug;31(4):906-15

387. Steinebrunner L, Harder S, Wolfart S, Freitag-Wolf S, Kern M The Precision of Mechanical Torque Wrenches Used for Implants in Dental Offices //Int J Prosthodont. 2015 Sep-Oct;28(5):527-30

388. Su B.M., Park J.S., Chan D.K Impact of Primary Language and Insurance on Pediatric Hearing Health Care in a Multidisciplinary Clinic //Otolaryngol Head Neck Surg. 2017 Oct;157(4):722-730

389. Svandová E, Veselá B, Křivánek J, Hampl A, Matalová E. Recent approaches in tooth engineering research Folia //Biol (Praha). 2014;60 Suppl 1:21-9

390. Tischler M. Future Trends in Implant Dentistry //Dent Today. 2015 Sep;34(9):82, 84

391. Tischler M. The Future of Implant Dentistry //Dent Today. 2016 Sep;35(9):84-5

392. Tischler M. The Implant Practice //Dent Today. 2016 Apr;35(4):82-3

393. Wang G., Gao X., Lo E.C. Public perceptions of dental implants: a qualitative study //J Dent. 2015 Jul;43(7):798-805

394. Wojtyńska E, Bączkowski B, Przybyłowska D, Cierech M, Mierzwińska-Nastalska E, Zadurska M A multidisciplinary treatment of patients with craniofacial disorders. Own experience //Dev Period Med. 2015 Oct-Dec;19(4):464-467

395. Yue C., Zhao B., Ren Y., Kuijer R., van der Mei H.C., Busscher H.J., Rochford E.T. The implant infection paradox: why do some succeed when others fail? Opinion and discussion paper //Eur Cell Mater. 2015 Jun 5;29:303-10

396. Zimmermann C., Meurer M.I., Lacerda J.T., Mello A.L., Grando L.J. The use of tools to support oral lesion description in oral medicine referrals //Braz Oral Res. 2017 Nov 27-31