

УДК 616.31 : 339.13]. 001.18 (571.62-25)

В.Г. Дьяченко¹, С.С. Галёса², С.А. Галёса², С.М. Черкасов¹

О перспективах реформировании стоматологической помощи жителям г. Хабаровска

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

²Стоматологическое учреждение «РЕГИОН», г. Хабаровск

Контактная информация: В.Г. Дьяченко, e-mail: ozd_fesmu@mail.ru.

Резюме

Проведен анализ информации об уровне стоматологического здоровья, динамике соотношения государственных и негосударственных стоматологических организаций и перспективах разработки стратегии реформирования производства стоматологических услуг жителям г. Хабаровска. В условиях финансового кризиса и экономических санкций ресурсное обеспечение программы государственных гарантий оказания бесплатной стоматологической помощи горожанам оказывается в зоне риска. Одним из реальных механизмов выхода из сложившейся ситуации является расширение государственно частного партнерства.

Ключевые слова: слова: рынок, реформы, стоматологическая организация, государственно-частное партнерство

V. Dyachenko¹, S. Galyosa², S. Galyosa², S. Cherkasov¹

About prospect of reforming dental care for inhabitant of Khabarovsk

¹Far East state medical university, Khabarovsk

²Dental agency "Region", Khabarovsk

e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Summary

The analysis of information on the level of dental health was made, the dynamics of ratio of public and private dental organizations and prospects of the development strategy for reforming production of dental services to residents of Khabarovsk. Resource providing of government guarantee program providing free dental care to citizens is in the risk zone, because of financial crisis and economic sanctions. One of real mechanisms to break the deadlock is the expansion of public-private partnership.

Key words: market, reforms, dental organization, public-private partnership

Введение

В основе российских реформ конца XX века лежал переход к рынку, как образцу «правильного» жизнеустройства общества, якобы устраняющего ненавистную «уровниловку». Е.Т. Гайдар рассуждал о том, что «Либеральные идеи в том виде, в котором они сформировались к концу XVIII века, предполагали акцент на свободу, равенство, самостоятельную ответственность за свою судьбу. В свободной стране каждый сам выбирает свое будущее, несет ответственность за свои успехи и неудачи» [3]. Именно представители неолиберальной доктрины отечественных рыночных реформ рассуждали следующим образом: «Бороться надо не с бедностью, а с бедными».

Дальневосточники сегодня пожинают результаты рыночных реформ и программ борьбы с бедностью, как отражение реализации неолиберальной доктрины развития России. Один из её разработчиков А.Чубайс писал в своей «теоретической» статье в марте 1990 года: «К числу ближайших социальных последствий ускоренной рыночной реформы относятся: общее снижение уровня жизни; рост дифференциации цен и доходов населения: возникновение массовой безработицы... Население должно четко усвоить, что правительство не гарантирует место работы и уровень жизни, а гарантирует только саму жизнь» [18].

Со времени начала реализации рыночных реформ прошло более 20 лет. В конечном итоге сегодня нужны ответы на простые вопросы: «Рассматривают ли сегодняшние реформаторы проблему бедности дальневосточников в русле мышления, заданного на первом этапе рыночных реформ - или они принципиально отходят от постулатов и логики 90-х годов?». «Если отходят от этих постулатов, то какова идеология и стратегия вновь созданной «бригады» инновационного развития ДФО на период до 2025 года?». «Каким образом непрекращающиеся реформы здравоохранения региона отразятся на здоровье дальневосточников?». «По какому пути пойдет развитие различных служб производства медицинских услуг в обозримом будущем?».

Анализ ситуации в Дальневосточном федеральном округе (ДФО) показывает, что в современной России человеческий капитал продолжает считаться только социальным фактором развития, то есть затратным фактором, с точки зрения экономической теории. Инвестиции в воспитание, в образование и здравоохранение отечественными неолибералами считаются непроизводительными и затратными. Хотя достаточно давно, со второй половины XX столетия в экономически развитых странах отношение к человеческому капиталу кардинально изменилось [14, 15].

Как следствие такого подхода, в Дальневосточных территориях России не учитывается огромный экономический ущерб от потерь капитала здоровья трудоспособного населения.

Не всегда используется анализ эффективности при внедрении новых программ с целью преобразования и совершенствования системы здравоохранения, и чаще всего отсутствуют сведения о количественных соотношениях затрат и результатов, что приводит к нерациональному использованию ресурсов. К сожалению, за период реализации региональных программ модернизации (2011-2012 гг.) в ДФО со значительными финансовыми вложениями из средств федерального бюджета повсеместно не достигли запланированных результатов, а самое главное, прогнозные модели результатов программ не были подвергнуты независимым экспертным оценкам.

Ухудшение доступности, качества и безопасности медицинской помощи населению Дальнего Востока России в целом и жителям отдельных населенных пунктов было обусловлено рядом причин системного характера. Прежде всего, это стало следствием роста экономической напряженности в регионе, снижения уровня экологического и санитарно-эпидемиологического благополучия и наконец, невероятной глубиной падения объемов профилактических мер по охране здоровья. Вхождение региональной медицины в «дикий рынок», «перестройка» и несколько этапов «модернизации» баз учета региональных особенностей нанесли невосполнимый удар по

уровню качества жизни большей части населения ДФО [4, 5].

В то же время следует отметить, что уровень жизни и показатели номинальных доходов населения ДФО сопоставимы с их уровнем у жителей центральных регионов России. Однако это только видимость... С учетом разницы в ценах и в потребительских минимумах современное отставание реального уровня душевых потребительских расходов населения ДФО от среднероссийских показателей следует оценить в 20-25%. А если учесть еще и стоимость дальневосточных транспортных тарифов, разница в уровне реального потребления значительно превысит 35-40%.

Именно в этой связи на современном этапе развития ДФО, формирования территорий опережающего развития (ТОР) имеет место острая необходимость ориентации социальной политики региона на экономически развитые субъекты РФ, такие как Москва, Тюменская область и др. И здесь, прежде всего, речь идет об образовании и здравоохранении. Важнейшей задачей в этой связи является формирование постоянного населения региона (поселенческого ядра) с высокими показателями здоровья и качества жизни в местах дислокации ТОРов, что снизит миграционные устремления значительной части дальневосточников.

Многолетние наблюдения за состоянием стоматологического здоровья дальневосточников указывают на его связь с экономикой и социальной стороной жизни людей [5, 9]. Его уровень существенно зависит от того, как они

живут, какие блага они потребляют, какова доступность социальных услуг и т.п. Очевидно, что стоматологическое здоровье всех дальневосточников складывается из здоровья каждого отдельного индивида, и чем выше уровень доступности, качества и безопасности медицинских услуг, тем выше потенциал развития регионального сообщества [11, 13, 25].

Одной из ключевых проблем кризисного состояния стоматологического здоровья населения Дальнего Востока России, на наш взгляд, является механизм формирования социально обусловленных различий в доступности стоматологических услуг различным социальным группам населения. В условиях рыночной трансформации региона эта проблема приобрела особую актуальность. Произошло существенное перераспределением доступа ко многим социальным, психологическим и экономическим ресурсам, оказывающим влияние на благосостояние и здоровье населения [21, 22, 23, 24]. В зоне повышенного социального риска по снижению уровня доступности, качества и безопасности стоматологической помощи оказалась значительная часть дальневосточников, причем это сопровождалось устойчивым ростом тяжести и глубины патологии зубочелюстной системы.

В ДФО пока действует достаточно сложная система финансирования произ-

водства стоматологических услуг, которая имеет несколько источников: федеральный бюджет, бюджет субъекта Федерации, личные средства пациента (прямые платные услуги и теневые схемы платежей), обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, оплата через благотворительные фонды и организации, бюджет муниципального образования, бюджеты коммерческих структур. Несмотря на значительное число источников оплаты стоматологических услуг, в течение последних лет ведущую роль играют личные платежи дальневосточников за оказанные стоматологические услуги [19, 20].

Немногочисленные региональные исследования участия пациентов в прямой оплате производимых стоматологических услуг показывают, что составляющая прямых платежей населения в структуре покрытия затрат на стоматологическую помощь значительна [10, 19]. По нашим оценкам дальневосточники из своих личных средств оплачивают до 50-60% услуг государственных стоматологических клиник, что же относительно региональных столиц ДФО, то уровень оплаты услуг за счет личных средств превышает 85%.

С конца XX века в Российской Федерации появилась законодательная возможность создания предприятий с различными формами собственности, в том числе и стоматологических организаций [8,16]. Открылся международный рынок товаров стоматологического назначения, и вместе с ними пришли новые, для нашей страны, технологии лечения стома-

тологических заболеваний [13]. Открылись границы и дальневосточники получили свободный доступ на рынки стоматологических услуг Китая, Южной Кореи, Таиланда, Японии и других стран Азиатско-Тихоокеанского региона (АТР).

По мере развития рыночных отношений в регионе началась трансформация и производителей стоматологических услуг. С одной стороны государственная и частная системы стоматологической помощи населению до настоящего времени развиваются параллельно, ограниченно взаимодействуя друг с другом, с другой стороны ежегодно наблюдается рост конкуренции между ними. Как государственные, так и негосударственные стоматологические организации имеют свои преимущества и недостатки: у государственных - инфраструктура и финансирование, у негосударственных - эффективное управление, современное оборудование и более квалифицированные кадры. На сегодняшний день обе группы стоматологических организаций испытывают трудности и не всегда могут позволить себе развиваться без консолидации усилий, без единых стандартов и единой системы контроля и управления [2].

По мере укрепления рыночных отношений социальная дифференциация дальневосточного общества зашла очень далеко, однако старые механизмы социальной интеграции были разрушены по-

что до основания, что сделало очевидным факт того, что ни о какой однородности и едином мейнстриме развитии дальневосточного общества речь уже не идет. Доходы разных социальных групп населения ДФО стали дифференцированными настолько, что стали ведущим фактором доступности, качества и безопасности стоматологической помощи. Эти процессы следует рассматривать через призму концепции горизонтальной стратификации, индивидуализации рисков и формирования социальной эксклюзии [12, 13, 26]. Термин «социальная эксклюзия» используется с 1974 года для обозначения социально незащищенных категорий населения [27, 28]. Европейская комиссия и Совет Европы связывают социальную эксклюзию с неадекватной реализацией социальных прав [7]. По нашему мнению уровень доступности стоматологических услуг, для социально незащищенных категорий населения ДФО, т.е. групп дальневосточников попавших в поле социальной эксклюзии, резко снизился.

С развитием в течение последнего десятилетия в нашей стране в коммерческих стоматологических организациях современных технологий четко обозначились недостатки государственной системы стоматологической помощи. Прежде всего, это связано со снижением финансовых ассигнований на здравоохранение при высокой потребности в стоматологической помощи и высокой стоимости современных технологий. Анализ формирования рынка стоматологических услуг в России сви-

детельствует, что наиболее оптимальной организацией стоматологической помощи являются малые и средние негосударственные стоматологические организации [1, 6]. Именно такие организации способны предоставлять населению современные высококачественные стоматологические технологии, расширяя возможности потребительского выбора.

В стоматологии, как и любой другой области деятельности человека, может быть выделено две стороны. Одна – профессиональная, которая составляет социальный аспект стоматологической деятельности, другая – экономическая, которая предполагает определенный круг производственных и хозяйственных отношений между производителем стоматологических услуг и их потребителем (пациентом).

Спрос на конкретную стоматологическую услугу различен и зависит от личности пациента и его платежеспособности. Объективное расслоение общества по степени благосостояния породило стоматологические учреждения разных форм собственности, которые оказывают услуги контингентам определенной социальной группы. Процесс классификации потребителей по группам с различными нуждами и потребностями, характеристиками или поведением принято называть сегментацией рынка стоматологических услуг. Разделение рынка стоматоло-

гических услуг на сегменты в определенной степени может характеризовать потребителей в данном сегменте в соответствии с их состоянием здоровья.

Сопоставление объема спроса и предложений на рынке стоматологических услуг позволяет выделить следующие сегменты.

- ✓ *Профилактический сегмент рынка стоматологических услуг - рынок, на котором преобладает спрос и предложение на профилактические услуги. Потребителей на этом рынке характеризует высокая степень качества жизни и желание изменения этой степени в сторону увеличения.*
- ✓ *Лечебный сегмент рынка стоматологических услуг - рынок, в котором преобладают потребность, спрос и предложение на лечебно-диагностические услуги. Доля потребности и предложений в стоматологической помощи высока. Такой рынок соотносен с заболеваемостью населения и подлежит специфической сегментации.*
- ✓ *Социальный сегмент рынка стоматологических услуг - рынок, где предложение медико-социальных услуг направлено на поддержание таких состояний потребителей, при которых объективно не удастся их изменение в сторону повышения качества жизни.*

Оценка многолетней динамики влияния рыночных преобразований на формирование структуры стоматологических организаций, исследование мотиваций поведения потреби-

О перспективах реформирования стоматологической помощи жителям г. Хабаровска

логических организаций и перспективах реорганизации производства стоматологических услуг жителям г. Хабаровска.

ляется полезным инструментом измерения результатов политики охраны стоматологического здоровья, проводимой правительством региона и региональных столиц. В этой связи **целью** нашей работы явилось расширение объема информации об уровне стоматологического здоровья, динамике соотношения государственных и негосударственных стомато-

логических организаций и перспективах реорганизации производства стоматологических услуг жителям г. Хабаровска.

Материалы и методы

Проведена оценка стоматологического статуса 699 человек, проживающих в г. Хабаровске. Из них 15,45% - дети в возрасте 12 лет (108 человек) и 84,55% - взрослые ключевых возрастных групп (Рис. 1).

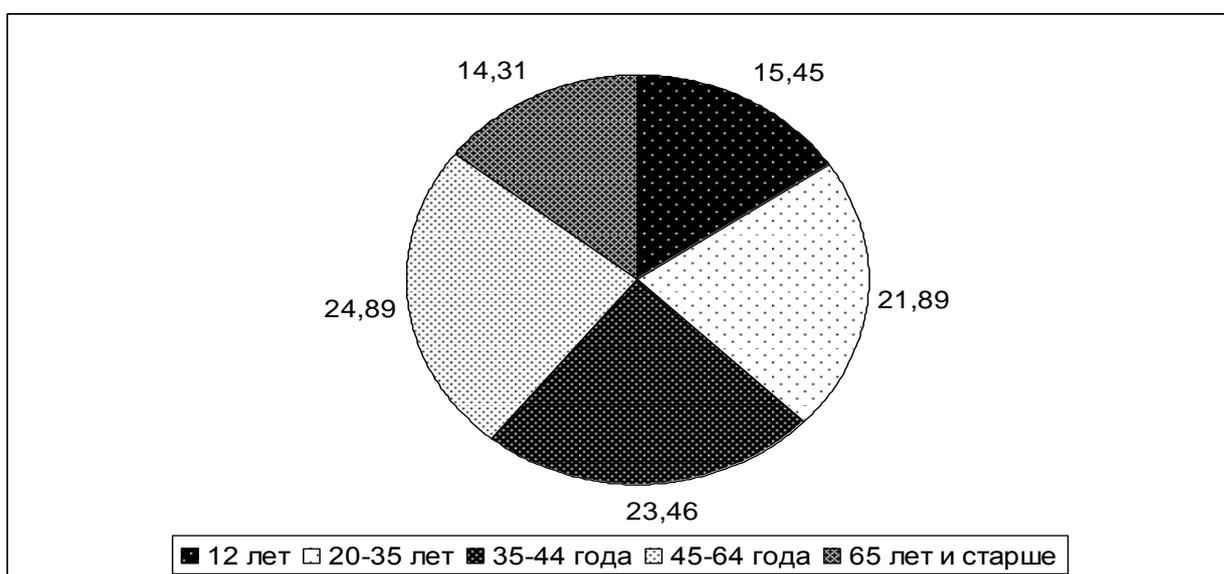


Рис. 1. Распределение обследованных жителей г. Хабаровска по возрасту

Использовалась стандартная карта ВОЗ для оценки стоматологического статуса (1997), включающая ряд параметров: распространенность и интенсивность кариеса зубов; распространенность некариозных поражений; распространенность зубочелюстных аномалий; ортопедический статус и потребность в протезировании. Параллельно подвергнуты анализу законченные НИР, посвященные перспективам развития региональной стоматологии (2004-2014 гг.), лицензионные

документы по состоянию на 01.11.2014 г. стоматологических организаций всех форм собственности и сводные данные об экономической деятельности государственных стоматологических организаций г. Хабаровска в 2013 г. Проведены социологические опросы потребителей стоматологических услуг по специально разработанным анкетам. Статистическая обработка материалов исследования проводилась на персональном компьютере IBM PC с использованием пакета статистических прикладных программ Statistica 6.0.

Обсуждение результатов

Динамика реализации рыночных механизмов в стоматологии г. Хабаровска неоднозначна. Для этого имеются свои причины, связанные с трансформацией производства медицинских услуг в целом. Если до 1990 г. в России государственная медицина была единственным легальным форматом производства услуг, а коммерческий рынок существовал только в виде теневых платежей медицинским работникам, то в последующий временной период коммерческий сектор постепенно становился легальным и «вышел из тени». Государственный сектор производства стоматологических услуг сдавал свои позиции, а сектор коммерческой стоматологии, напротив, становился более популярным по мере роста благосостояния населения и формирования т.н. «среднего класса». В этой связи следует обратить внимание на то, что по мере становления стоматологического рынка в г. Хабаровске параллельно формировалась система социаль-

ного неравенства при потреблении стоматологических услуг, источником которой стали рыночные преобразования последних десятилетий. В этой связи следует отметить, что уровень производительности труда на предприятиях города, к сожалению, в разы отстает от соседей по АТР (Япония, КНР, Южная Корея).

В настоящее время в регионе принята «Стратегия социального и экономического развития Хабаровского края на период до 2025 года» [17]. В ней одной из главных целей является устойчивое повышение благосостояния населения региона, что должно привести к изменению социальной структуры и условий социальной мобильности. Стратегия определяет условия, которые сформируют определенную социальную структуру с многочисленным средним классом, именно его следует рассматривать в качестве потенциального потребителя стоматологических услуг в коммерческом секторе.

Для реализации процесса планирования экономического обоснования и управления производством услуг в стоматологии, их продвижения к потребителям необходима информация о числе потенциальных потребителей.

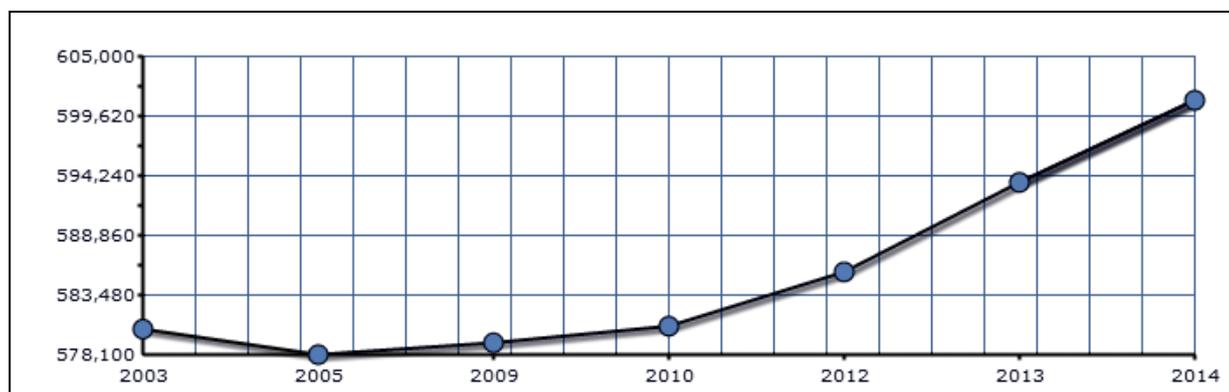


Рис. 2. Динамика численности населения города Хабаровска 2003-2014 гг.

За последние 11 лет численность населения города Хабаровска возросла на 1,92% за счет населения старше трудоспособного возраста. Численность же населения моложе трудоспособного и трудоспособного возраста с каждым годом уменьшается и с 2003 года за 11 лет уменьшилась на 4,5% и 0,4% соответственно. В то же время, увеличение численности взрослого населения способствуют увеличению спроса на стоматологические услуги (Рис. 2).

Сегодня становится очевидным то, что для роста производительности труда необходимы не только инновационное развитие промышленности, но и такой уровень доходов, который позволил бы обучаться и повышать уровень квалификации жителей города. Если темпы роста заработной платы до 2025 г. сохранятся на уровне 2000 - 2010 гг., то Хабаровский край может приблизиться к экономически развитым странам АТР по уровню жизни, а, следовательно, и по уровню потребления стоматологических услуг (Рис.3).

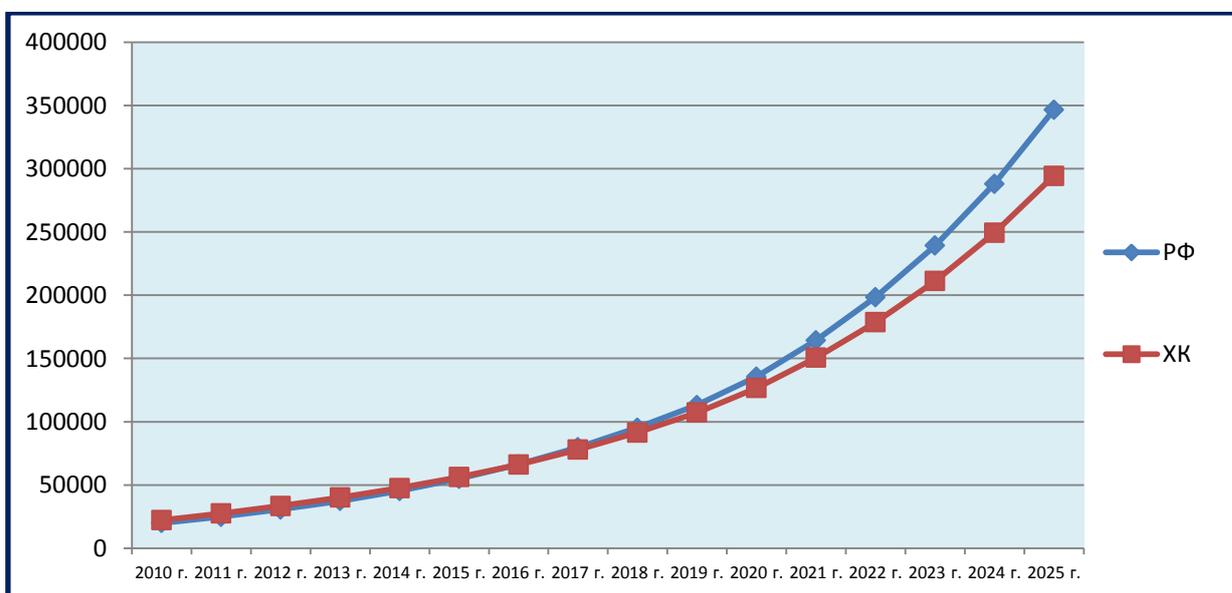


Рис. 3. Прогноз динамики роста средней заработной платы в России и Хабаровском крае, руб.

В то же время, если рассматривать ситуацию с точки зрения оценки соотношения минимальной и средней заработной платы (индекс Кейтца), то в Хабаровске он ниже 20%, в России - 22%, а, например, в странах Европейского Союза он составляет 60%, в то время, как Международная организация труда, рекомендует удержание этого показателя на уровне 50%. Уровень индекса Кейтца в столице ДФО 20-22%, свидетельствует о

разбалансированности механизмов регулирования заработной платы (Литвинцева, Г. П., 2010). Именно этот факт не может настраивать на позитивный лад низкодоходные группы населения г. Хабаровска с точки зрения того, что в условиях мирового экономического кризиса и международных санкций, удастся сохранить достигнутый к 2012-2014 гг. уровень финансирования программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской (в т.ч. стоматологической) помощи населению.

Вероятнее всего, в обозримом будущем сформируется ситуация, когда значительную часть стоматологических услуг придется производить в коммерческом секторе с соответствующей оплатой их потребления за счет личных средств жителей города.

А между тем уровень стоматологического здоровья хабаровчан далёко не оптимален. В частности, распространен-

ность кариеса постоянных зубов среди остается высокой: кариозные поражения постоянных зубов регистрируется у 12-летних детей в 92% случаев, а у взрослых в 98-100%. Уровень КПУ у 12-летних детей превышает показатель 3,0, а у горожан в возрасте 20-24 лет он достигает уровня $8,93 \pm 0,25$, что указывает на перспективы роста объема рынка стоматологических услуг в обозримом будущем (Табл. 1).

Таблица 1. Интенсивность и распространенность кариеса зубов у жителей г. Хабаровска

Возраст (лет)	Распространенность кариеса зубов	Интенсивность кариеса зубов			
		К	П	У	КПУ
12	$92,45 \pm 2,57\%$	$1,74 \pm 0,15$	$1,90 \pm 0,15$	$0,02 \pm 0,00$	$3,66 \pm 0,16$
20-34	$98,69 \pm 0,92\%$	$3,99 \pm 0,19$	$3,97 \pm 0,19$	$0,97 \pm 0,09$	$8,93 \pm 0,25$
35-44	100%	$4,12 \pm 0,17$	$6,55 \pm 0,25$	$3,07 \pm 0,20$	$13,74 \pm 0,29$
45-59	100%	$4,55 \pm 0,22$	$6,26 \pm 0,26$	$4,88 \pm 0,27$	$15,69 \pm 0,28$
60 и >	100%	$2,50 \pm 0,16$	$8,29 \pm 0,45$	$9,70 \pm 0,64$	$20,49 \pm 0,44$

Если уровень пораженности тканей пародонта воспалительными инфекциями у детей в возрасте 12 лет относительно невелик, то высокая распространенность заболеваний пародонта у взрослых горожан является отражением значительного снижения профилактических меро-

приятий, а именно всех мер по соблюдению гигиены зубочелюстной системы.

Уровень распространенности болезней пародонта тесно связан с возрастом. Распространенность заболеваний пародонта в возрастной группе «20-34 года» составила 92,15%; в группе «35-44» - 97,56%; а в группах «45-59» и «60 и старше» - 100% (Табл. 2).

Таблица 2. Среднее количество секстантов с признаками поражения тканей пародонта у жителей г. Хабаровска

Возраст	Здоровый	Кровоточивость десен	Зубной камень	Карман 4-5 мм	Карман 6 мм и >	Исключенные секстанты
12	$4,74 \pm 0,09$	$1,19 \pm 0,08$	$0,07 \pm 0,01$	0	0	0
20-34	$2,38 \pm 0,14$	$2,53 \pm 0,12$	$1,01 \pm 0,08$	$0,07 \pm 0,01$	0	$0,01 \pm 0,00$
35-44	$1,39 \pm 0,09$	$2,50 \pm 0,09$	$1,50 \pm 0,08$	$0,23 \pm 0,03$	0	$0,38 \pm 0,05$
45-59	$1,06 \pm 0,06$	$2,57 \pm 0,10$	$1,03 \pm 0,05$	$0,34 \pm 0,04$	$0,19 \pm 0,03$	$0,81 \pm 0,07$
60 и >	$1,05 \pm 0,11$	$1,22 \pm 0,09$	$1,22 \pm 0,11$	$0,57 \pm 0,07$	0	$1,94 \pm 0,18$

Среди горожан в возрасте 20 - 34 лет среднее значение секстантов с кровоточивостью $2,55 \pm 0,12$, с зубным камнем -

$1,01 \pm 0,08$, наличием пародонтального кармана до 5 мм - $0,07 \pm 0,01$. Только у $2,39 \pm 0,14$ обследованных

дованных секстантов не было выявлено признаков поражения тканей пародонта.

У горожан в возрасте 35 - 44 года количество секстантов с кровоточивостью $2,50 \pm 0,09$, с зубным камнем - $1,50 \pm 0,08$, наличием пародонтального кармана до 5 мм - $0,23 \pm 0,03$. В $1,39 \pm 0,09$ случаях изменений выявлено не было.

В группе обследуемых в возрасте 45 - 59 лет количество секстантов со здоровым пародонтом уменьшилась до $1,05 \pm 0,06$, однако увеличилось количество секстантов: с кровоточивостью, - $2,55 \pm 0,10$, с зубным камнем, - $1,03 \pm 0,05$, наличием пародонтального кармана до 5 мм - $0,34 \pm 0,04$. В данной возрастной группе регистрировались секстанты с пародонтальным карманом более 6 мм - $0,19 \pm 0,03$.

Сформировавшаяся тенденция увеличения распространенности патологии,

связана не только с дефектами ухода за полостью рта и недостатками профессиональных гигиенических мероприятий, но и с высоким уровнем в структуре кариеса и пародонтита декомпенсированных форм заболеваний у лиц старшей возрастной группы и у трудоспособного населения. Следствием сформировавшейся тенденции стали случаи ранней потери постоянных зубов, что сопровождается повышением спроса на различные варианты протезирования с целью восстановления основных функций зубочелюстной системы.

При оценке нуждаемости в протезировании жителей г. Хабаровска были получены следующие данные: для восстановления зубов и функции жевания группа в возрасте 20 - 34 лет нуждались в одном виде протеза $36,6 \pm 3,89\%$ обследуемых; в комбинированном протезировании, - $4,58 \pm 1,69\%$, которое подразумевало мостовидный и съемный протезы (Табл. 3).

Таблица 3. Жители г. Хабаровска, нуждающиеся в зубном протезировании (%)

Возраст	Протезирования не требуется	Потребность в протезировании			
		Нуждаемость в одном виде протеза	Комбинированное протезирование	Необходимость в одиночном и комбинированном протезировании	Нуждаемость в полном протезировании
12	100	0	0	0	0
20-34	$58,82 \pm 3,98$	$36,60 \pm 3,89$	$4,58 \pm 1,69$	0	0
35-44	$27,44 \pm 3,48$	$45,73 \pm 3,89$	$26,83 \pm 3,46$	0	0
45-60	$13,79 \pm 2,61$	$37,93 \pm 3,68$	$43,68 \pm 3,76$	$1,15 \pm 0,81$	$3,45 \pm 1,38$
60 и >	$10,00 \pm 3,00$	$16,00 \pm 3,67$	$56,00 \pm 4,96$	$8,00 \pm 2,71$	$10,00 \pm 3,00$

С возрастом нуждаемость в протезировании возрастает. Пациенты в возрасте от 45 до 60 лет нуждались в одном виде протеза в $37,93 \pm 3,68\%$, в комбинирован-

ном,- в $43,68 \pm 3,76\%$ случаев. У лиц 60 лет и старше потребность в протезировании высокая, особенно в полном и частичном съемном,

что связано с отсутствием большого количества зубов.

Система производства стоматологических услуг населению г. Хабаровска в течение последних 20 лет претерпела и продолжает претерпевать коренные перемены, как за счет реализации инновационных технологий, так и за счет изменения форм собственности стоматологических организаций (СО). В то же время следует отметить, что изменения структуры стоматологических организаций выстраивались под все продолжающимся и усиливающимся давлением рыночных

предпочтений потребителей стоматологических услуг.

Если в начале 1990-х годов в г. Хабаровске преобладали государственные стоматологические организации, то, по мере развития рыночных отношений, сформировалась тенденция оттока значительной части пациентов в негосударственные стоматологические организации. Рост заболеваемости зубочелюстной системы, стимулировал рост потребления стоматологических услуг, что в свою очередь становилось стимулом формирования сектора производителей стоматологических услуг с частным капиталом (Рис. 4).

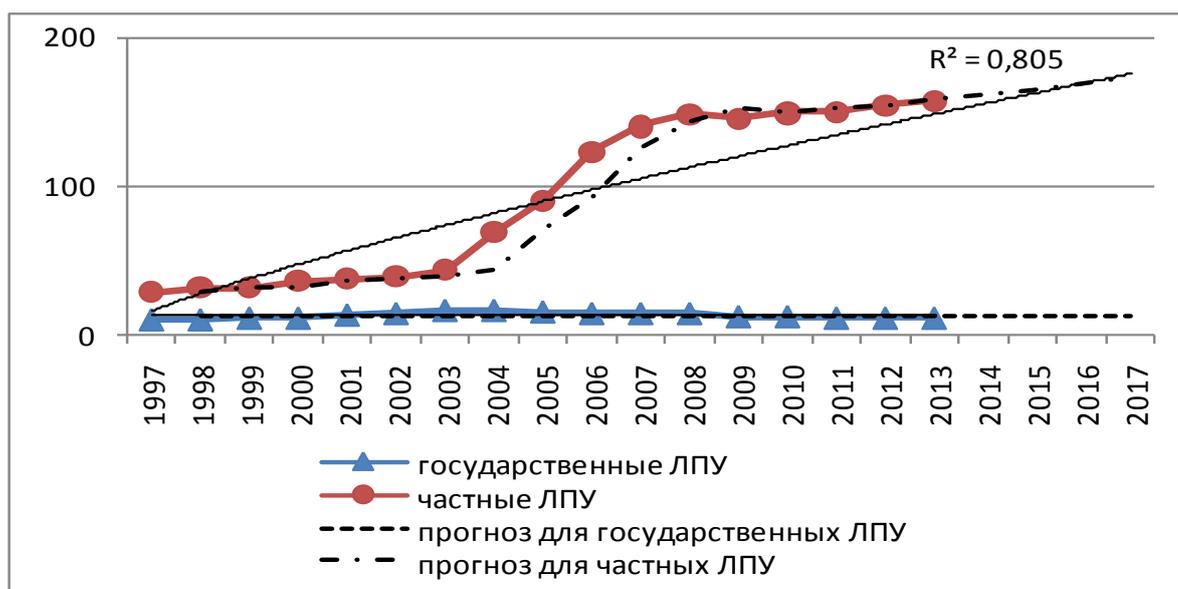


Рис. 4. Динамика изменения соотношения производителей стоматологических услуг в государственном и частном секторе (г. Хабаровск, 1997-2013 гг.).

За последние 10 лет количество частных стоматологических организаций в г. Хабаровске возросло в 3,7 раза, что же относительно государственного сектора производства стоматологических услуг, то здесь отмечается лишь уменьшение числа структурных единиц.

Анализ ситуации в г. Хабаровске показал, что при выборе способа организации процесса обслуживания населения, большинство коммерческих и некоммерческих стоматологических организаций на первый взгляд мало чем отличаются друг от друга. Как правило, все они используют стандартные элементы организации своей работы, такие как предвари-

тельная запись, согласование плана лечения, оптимальная ценовая политика, ориентированная на привлечение максимального числа клиентов и др.

Вместе с тем, преимущественно негосударственные стоматологические организации стремятся к экономическому успеху, рентабельной деятельности и прогрессу. Большинство из них уделяют особое внимание детальной отработке стандартных элементов производства стоматологических услуг, находясь в постоянном поиске прогрессивных форм и методов их исполнения. К 2014 году коммерческий сектор на рынке стоматологических услуг краевой столицы по количественным характеристикам значи-

тельно превысил государственный сектор (Рис. 5).

Технологическое оборудование многих государственных стоматологических организаций уступает оборудованию большинства коммерческих клиник города. Последние пребывают в лучших конкурентных условиях и могут позволить себе производить услуги на более качественном и надежном оборудовании, пользоваться высокими технологиями и выигрывать конкурентную борьбу за пациентов.

Сложившееся к 2014 г. соотношение числа государственных и негосударственных стоматологических организаций отражает влияние рыночных преобразований на структуру производителей стоматологических услуг населению города (Табл. 4).

Таблица 4. Число стоматологических организаций разных форм собственности в г. Хабаровске (01.11.2014)

Стоматологические организации		Центральный район	Кировский район	Индустриальный район	Железнодорожный район	Краснофлотский район	Всего
Государственные СО	Число СО	2	1	2	1	1	7
	Число кресел	30	22	54	47	25	178
Негосударственные СО	Число СО	45	17	51	34	12	159
	Число кресел	135	51	147	102	36	471

На 7 стоматологических организаций государственного сектора в г. Хабаровске приходится 159 СО в негосударственном секторе. Если еще десять лет назад такое соотношение не «бросалось в глаза», по-

скольку государственные стоматологические поликлиники имели от 22 до 54 кресел, были многолетними устойчивыми производителями на рынке стоматологических услуг, что позволяло им доминировать по видам и объемам

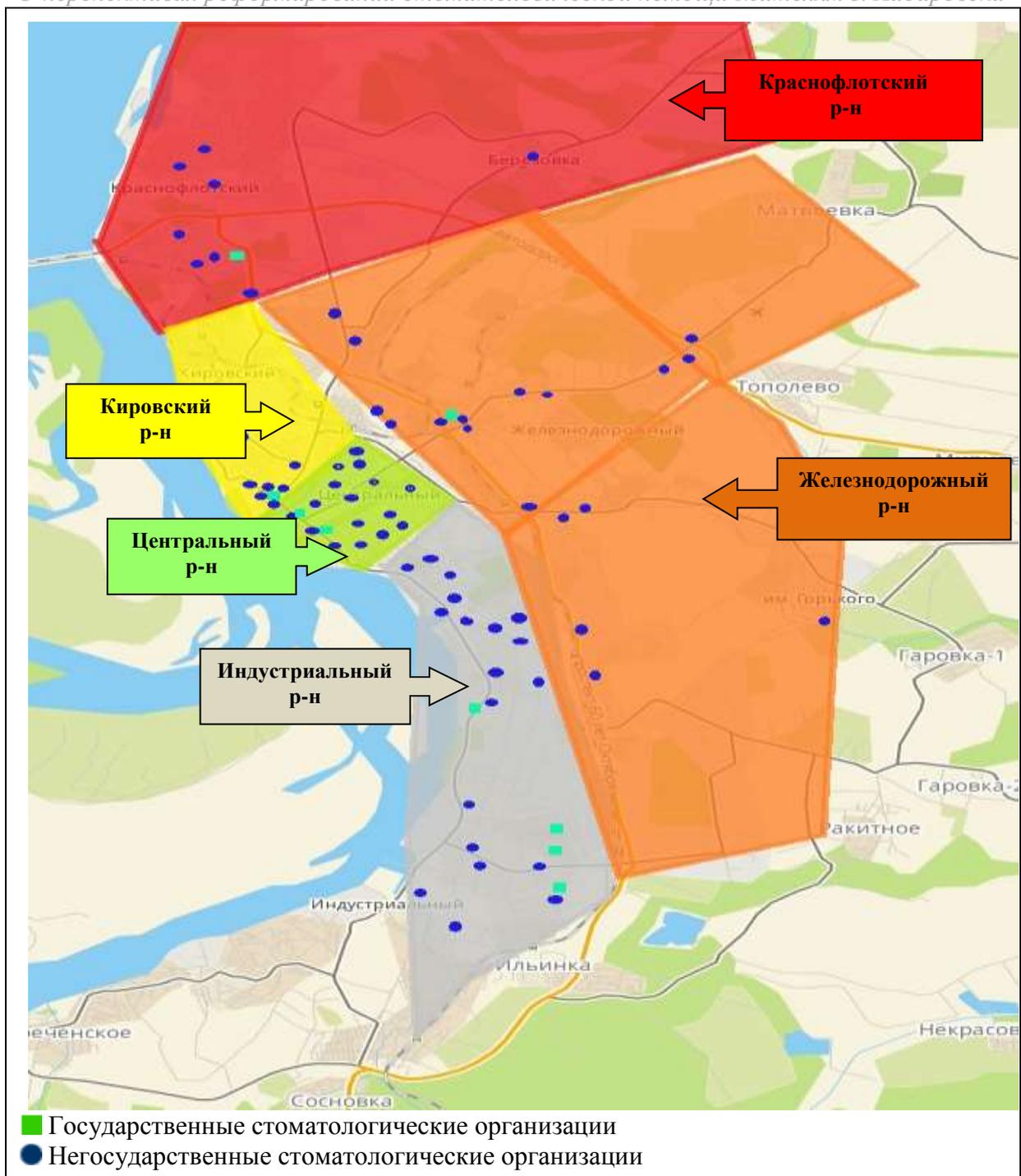


Рис. 5. Дислокация государственных и негосударственных стоматологических организаций на территории районов г. Хабаровска на 01.11.2014 г.

стоматологической помощи населению. Частный же сектор был представлен в своей большей части малыми предприятиями с числом кресел от 2 до 4. Однако, по мере роста числа негосударственных стоматологических организаций, несмотря на их относительно небольшую мощ-

ность, в 2014 г. по числу кресел негосударственный сектор в стоматологии города уже превышал государственный сектор более чем в 2 раза (178 кресел в ГСО и 471 кресло в НСО).

К сожалению, сравнить производственные показатели государственного и негосударственного секторов производства стоматоло-

гических услуг в г. Хабаровске в настоящее время не представляется возможным. Представители негосударственного сектора не представляют статистических данных о своей деятельности в органы медицинской статистики МЗ Хабаровского края.

Что же относительно государственных стоматологических организаций, то они формируют достаточный объем информации о своей структуре и производственной деятельности в органы государственной статистики. Среди 7 государственных стоматологических организа-

ций г. Хабаровска в 2013 г. с точки зрения балансовой стоимости недвижимого имущества первое место занимает КГБУЗ ДСП № 22 (34 297, 3 тыс. руб.), КГБОУ ВПО ИКПСЗ (28 484 тыс. руб.) а наименьший показатель у КГБУЗ СП Регион (5 914,4 тыс. руб.). По общей площади объектов недвижимости в группе лидеров, кроме КГБУЗ СП № 18 (2 816 м²), находятся КГБУЗ ДСП № 22 (2 194 м²) и КГБОУ ВПО ИКПСЗ (2 194 м²), а наименьший показатель 749 м², - у КГБУЗ СП Регион. Достаточно сходная картина, с определенными вариациями, наблюдается по штатным должностям персонала, в т.ч. врачей (табл. 5).

Таблица 5. Некоторые показатели деятельности государственных стоматологических учреждений г. Хабаровска в 2013 году (Часть 1)

Наименование показателей	КГБУЗ СП №18	КГБУЗ ДСП № 22	КГБУЗ СП № 25
Балансовая стоимость недвижимого имущества (тыс. руб.)	28 484	34 297	28 910
Общая площадь объектов недвижимого имущества (м ²)	2 816	2 194	1 999
Количество штатных единиц персонала (на конец 2013 г.)	283,5	174	312
В т.ч. врачей	73,5	54,75	102,5
Поступило средств всего (руб.)	69 680 778	61 527 494	92 742 374
от платных услуг	16 238 385	29 151 287	43 555 374
от государственного задания	11 896 640	2 036 490	8 291 600
субсидии на иные цели	500 000		3 654 460
ОМС	41 045 753	30 339 717	37 240 940
Расходы всего	70 835 575	63 878 438	96 242 404
Число кресел	32	24	44
Площадь на 1 кресло (м ²)	88	91	45
Доход (без субсидии на иные цели) на 1 должность всего персонала (руб.)	244 024	353 606	285 538
Доход (без субсидии на иные цели) на 1 должность врача (руб.)	941 235	1 123 790	869 150
Доход (без субсидии на иные цели) на 1 кресло (руб.)	2 161 899	2 563 646	2 024 725

Таблица 5. Некоторые показатели деятельности государственных стоматологических учреждений г. Хабаровска в 2013 году (Часть 2)

Наименование показателей	КГБУЗ СП №19	КГБОУ ДПО ИПКСЗ	КГБУЗ СП Регион	КГБУЗ СП № 20
Балансовая стоимость недвижимого имущества (тыс. руб.)	13 469	28 484	5 913	6 910
Общая площадь объектов недвижимого имущества (м ²)	1 022	2 194	749	1 848
Количество штатных единиц персонала (на конец 2013 г.)	128	217,75	123	167,5
В т.ч. врачей	37,5	58,5	28	58
Поступило средств всего (руб.)	52 150 878	75 908 380	101 758 274	60 925 700
от платных услуг	18 719 179	29 123 200	48 065 694	31 000 000
от государственного задания	5 137 190	6 038 450	22 557 852	5 858 200
субсидии на иные цели	1 050 000	3 838 300	25 000 000	1 228 060
ОМС	27 244 509	36 908 430	6 134 728	22 839 440
Расходы всего	55 875 155	75 908 380	99 914 826	63 056 970
Число кресел	22	25	9	21
Площадь на 1 кресло (м ²)	46	88	83	88
Доход (без субсидии на иные цели) на 1 должность всего персонала (руб.)	399 226	330 976	491 151	356 404
Доход (без субсидии на иные цели) на 1 должность врача (руб.)	1 362 690	1 231 967	2 157 554	1 029 270
Доход (без субсидии на иные цели) на 1 кресло (руб.)	2 322 767	2 882 803	6 712 391	2 842 745

* Источник: Отчёт о деятельности государственных учреждений за 2013 год (<http://www.zdrav.khv.ru/>).

Однако, при анализе доходной части финансового плана стоматологических учреждений г. Хабаровска, картина меняется. В лидеры по показателю поступления средств выходит КГБУЗ СП Регион, уровень поступлений за 2013 г. составляет 101 758 275 руб., второе место занимает КГБОУ ДПО ИПКСЗ - 75 908 380 руб., а группу аутсайдеров по данному показателю представляют КГБУЗ СП №19 (52 150 878 руб.) и КГБУЗ СП № 20 (60 925 700). Аналогичным образом выглядит структура расходов стоматологических учреждений г. Хабаровска, причем у части из них (КГБУЗ СП № 20, КГБУЗ СП № 25, КГБУЗ ДСП № 22 и КГБУЗ СП

№18) расходы превалируют над доходами.

С точки зрения производительности труда и эффективности функционирования государственных стоматологических организаций в г. Хабаровске весьма интересным является относительная величина дохода на 1 кресло. По данному показателю имеются существенные различия. Наименьший уровень дохода на 1 кресло (1 895 488 руб.) в 2013 году показала КГБУЗ СП № 25, а наибольший (6 712 391 руб.) - КГБУЗ СП Регион. В среднем уровень дохода на 1 кресло в 2013 г. в государственном секторе составил 3,051 млн. руб.

Отсутствие данных по деятельности негосударственных стоматологических учреждений г. Хабаровска (характеристика производственных мощностей, балансовая стоимость

производственных фондов, виды и объемы, ценовые и качественные характеристики произведенных услуг, затраты и др.) позволяет лишь косвенно оценивать объем производства в этом секторе услуг. Однако, если экстраполировать данные о доходах на 1 кресло в государственном секторе на негосударственный сектор производства стоматологических услуг в г. Хабаровске, то ориентировочно суммарный уровень доходов негосударственного сектора производителей стоматологических услуг (471 кресло) за календарный год может достигать 1 млрд. 437 млн. руб.

В связи с тем, что г. Хабаровск находится в непосредственной близости от

границы с Китаем (15 км.), стоматологические учреждения города начинают реально конкурировать по ценам, видам и качеству предоставляемых услуг с клиниками КНР, расположенными в приграничных городах провинции Хэйлуцзян (Хэйхэ, Удалянчи, Фуюань и др.).

Усугубляет ситуацию на рынке стоматологических услуг г. Хабаровска расширение объемов т.н. медицинского (стоматологического) туризма в Южную Корею за счет «безвизового въезда» с 01.01.2014, Китай и Таиланд. Изменение стоимости различных видов стоматологических услуг происходит равномерно, однако наибольшие темп роста цен показывают ортопедические услуги (Рис.6).

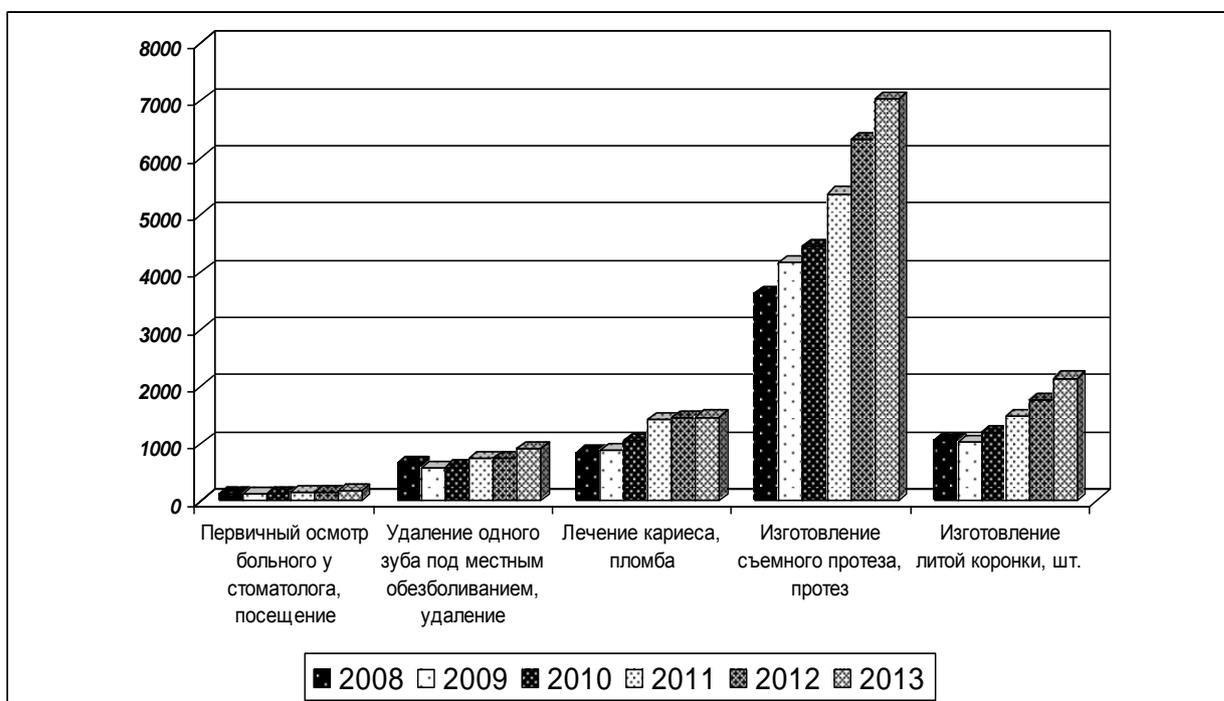


Рис. 6. Динамика средних потребительских цен на стоматологические услуги в г. Хабаровске в 2008-2013 гг.

Средние потребительские цены в г. Хабаровске на стоматологические услуги

в последние годы имеют устойчивую тенденцию к росту.

Организация стоматологической помощи населению в условиях рынка имеет массу нюансов, что требует взвешенного подхода к планированию мер по модернизации стоматологической помощи населению. Для обоснования совершенствования механизмов, регулирующих стоматологический региональный рынок

В последнее десятилетие на Дальнем Востоке России было закончено несколько диссертационных исследований, посвященных перспективам развития стоматологии дальневосточного региона в условиях рыночной экономики.

✓ Галёса С.А. *Научное обоснование организации стоматологической помощи в территории с низкой плотностью населения в новых социально-экономических условиях (на примере Хабаровского края)*, (шифр 14.00.33., 2004)

✓ Курбетьев С.Г. *Научное обоснование системы управления качеством и эффективностью стоматологической помощи в медицинских учреждениях различной формы собственности в условиях рынка (на примере Хабаровского края)* (шифр 14.00.33., 2005)

✓ Гончарик И.Г. *Совершенствование организации круглосуточной экстренной стоматологической помощи детям крупного административного центра (на примере г. Хабаровска)* (шифр 14.00.33., 2009)

✓ Шведенко И. В. *Управление ресур-*

со стороны государственных структур требуется планирование и реализация исследований причинно-следственных связей ухудшения параметров стоматологического здоровья жителей г. Хабаровска и результатов деятельности производителей стоматологических услуг всех форм собственности.

сами стоматологической службы на примере Приморского края (шифр 14.00.33., 2009)

✓ Осетрова Т.С. *Научное обоснование повышения эффективности организации стоматологической помощи детям с зубочелюстными аномалиями (на примере Хабаровского края)* (шифр 14.00.33., 2010)

✓ Чабан А.В. *Научное обоснование совершенствования оказания ортодонтической помощи населению Дальневосточного Федерального Округа* (шифр 14.01.14., 2011)

✓ Чабан А.В. *Совершенство организации ортодонтической помощи населению Дальневосточного федерального округа* (шифр 14.02.03., 2014).

✓ Черкасов С.М. *Основные направления расширения потребительского выбора и формирование поведения пациентов на рынке стоматологических услуг (на примере г. Хабаровска)* (шифр 14.02.03., 2014).

Перечисленные исследования в рамках тематики реформирования стоматологической помощи, как правило, были реализованы на уровне статистического и описательного анали-

за. В них весьма ограниченно использовался аппарат математической статистики как основы количественного исследования медико-экономической эффективности стоматологических организаций различных форм собственности, практически не применялись оптимизационные методы исследования влияния рынка на организационные модели стоматологической помощи населению, полностью игнорировался поступательный рост коммерческого сектора производителей стоматологических услуг в столице ДФО.

На стоматологическом рынке г. Хабаровска важным моментом является анализ поведения производителей и потребителей услуг. При опросе 969 пациентов (524 женщины и 445 мужчин), средний возраст которых составил $33,22 \pm 1,01$ года, выявлено, что большинство, хотя и работают ($60,89 \pm 1,55\%$), но относят себя к лицам со средним доходом ($65,43 \pm 1,53\%$).

В результате, при анализе мотиваций поведения пациентов на рынке стоматологических услуг в г. Хабаровске был отмечен ряд особенностей (рис. 7).

Для углубленной оценки факторов, влияющих на критерий выбора стоматологического учреждения, отношение к платным стоматологическими услугами и обращению за ними было проведено распределение респондентов по кластерам. В результате кластеризации респонденты

были распределены на 4 группы (251, 203, 287 и 228 человек соответственно). Основные факторы, повлиявшие на разделение по кластерам - возраст, уровень образования и благосостояния, критерий выбора стоматологического учреждения, отношение к платным услугам и факт обращения за платной стоматологической помощью, а также варианты взаимоотношения с врачом. Было выявлено, что все эти параметры значимо влияют на отношение респондента к определенному кластеру ($p < 0,01$). Кроме этого, факторами, определяющими принадлежность к кластеру, послужили обращение в государственное либо частное стоматологическое учреждение ($p < 0,05$) и критерии качества предоставляемых услуг ($p < 0,01$).

Основными причинами неудовлетворенности частной клиникой стали: отсутствие необходимого оборудования в одном месте и необходимость лечения в двух и более клиниках из-за нехватки специалистов ($32,64 \pm 1,21\%$) и высокие тарифы на стоматологические услуги ($17,11 \pm 0,91\%$).

Качество стоматологической помощи оценивают как хорошее и отличное в коммерческих ЛПУ $49,99 \pm 3,44\%$, а в государственных - $22,72 \pm 2,92\%$ респондентов. В целом, $48,18 \pm 3,37\%$ считают состояние стоматологической помощи в частных и государственных

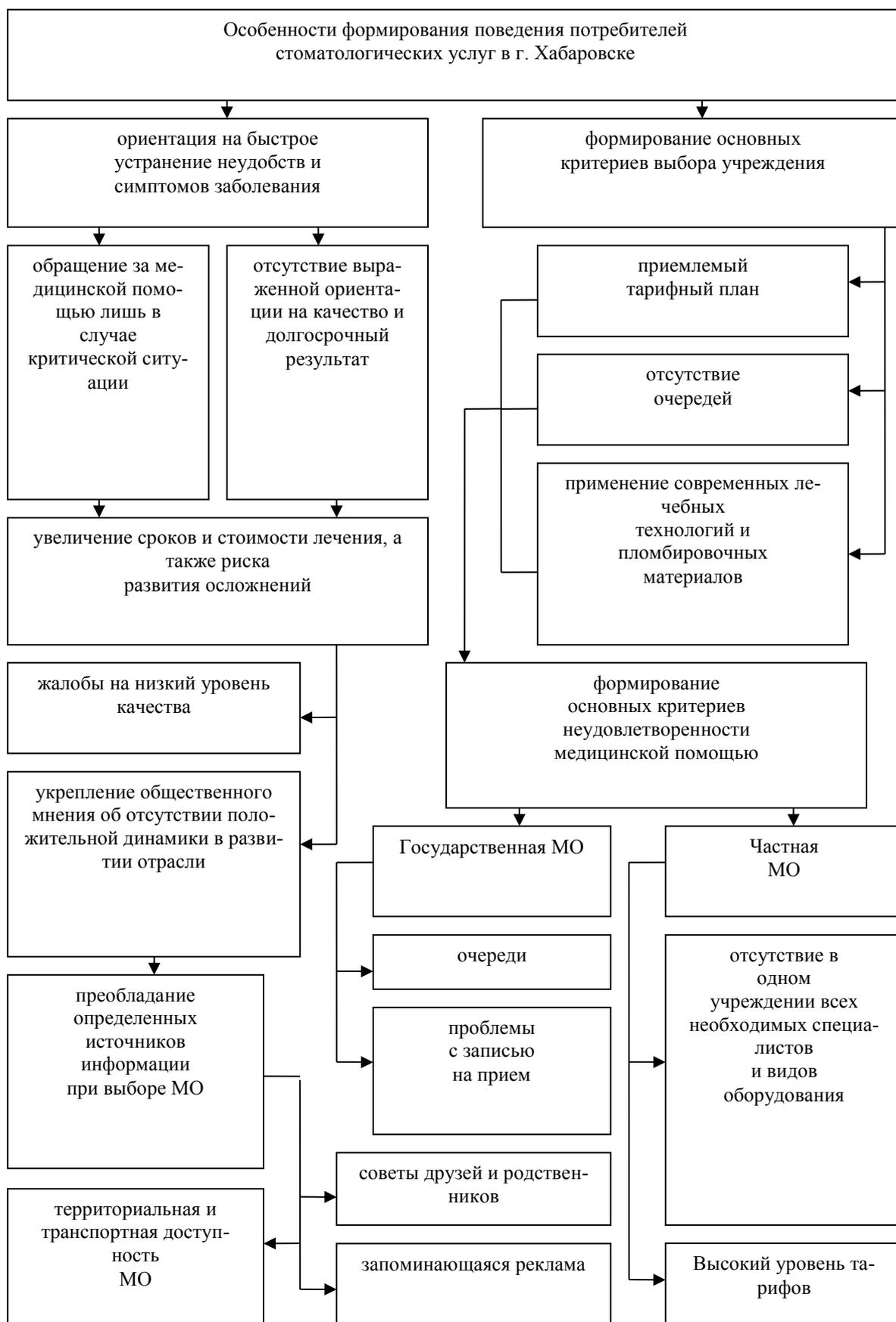


Рис. 7. Мотивации поведения потребителей стоматологических услуг в г. Хабаровске.

Модельная организация государственно-частного партнерства в здравоохранении на территориальном уровне государственного управления

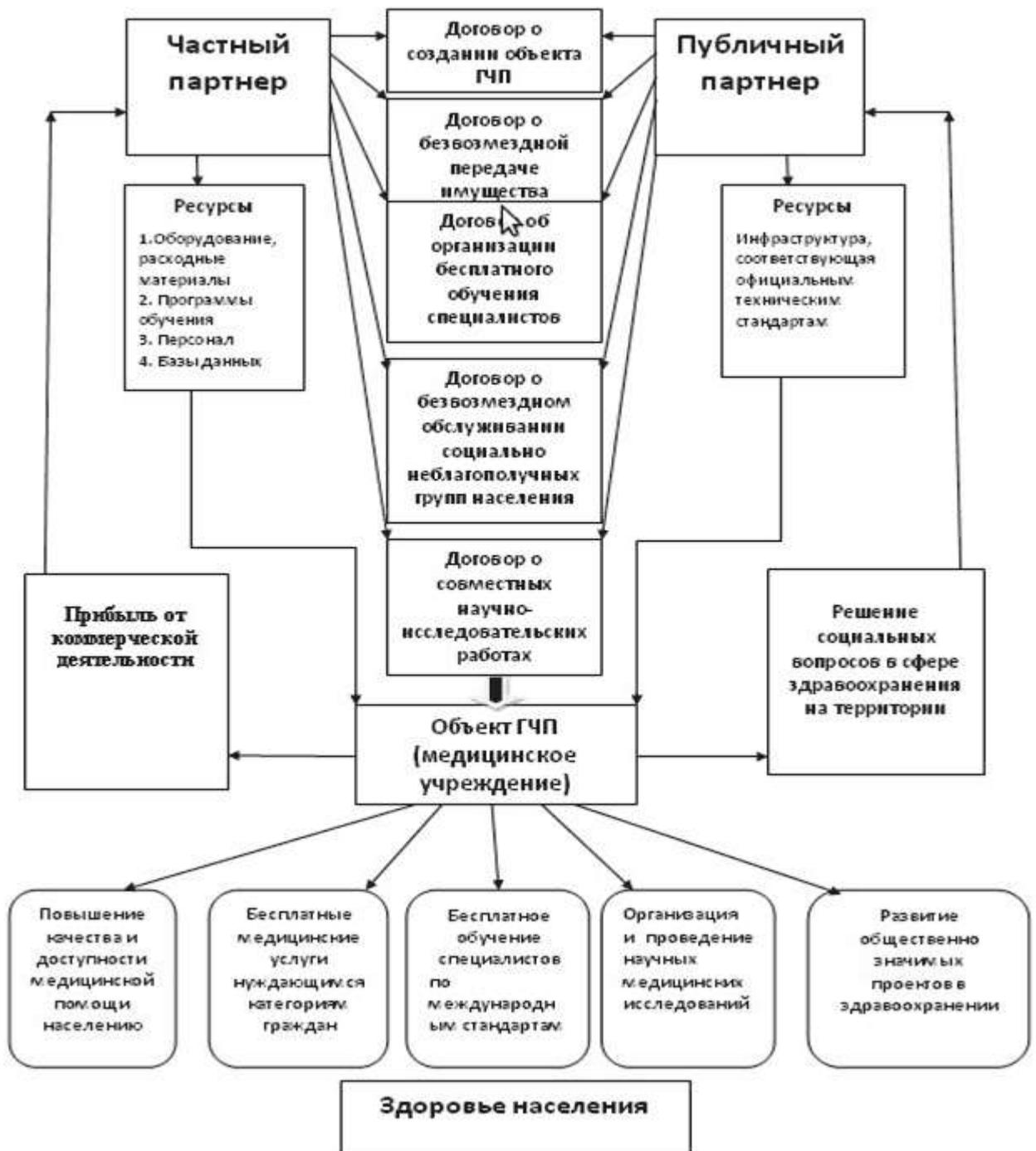


Рис. 8. Основные элементы модели государственно-частного партнерства в стоматологии.

ЛПУ стоматологического профиля удовлетворительным, однако $68,64 \pm 4,11\%$ не усматривают положительной динамики в развитии отрасли, полагая, что в бли-

жайшие пять лет организация стоматологической помощи населению или ухудшится или останется на прежнем уровне.

Заключение

Системный анализ производства стоматологических услуг в г. Хабаровске показал, что на фоне снижения уровня стоматологического здоровья жителей города, в течение последнего десятилетия произошли определенные диспропорции между государственными и негосударственными стоматологическими учреждениями. В сложившейся ситуации на фоне стабильного переоснащения ЛПУ частного сектора современным медицинским оборудованием, внедрения прогрессивной оплаты труда врачей и ассистентов (доля в % от уровня заработанных средств) государственные ЛПУ стоматологического профиля продолжают терять квалифицированный медицинский персонал. Кроме того наблюдается стабильный отток пациентов из государственных в частные ЛПУ. На этом фоне эффективность работы государственных стоматологических ЛПУ снижается, в том числе и за счет потери сегментов рынка стоматологических услуг в г. Хабаровске.

Для изменения положения и повышения эффективности функционирования государственных стоматологических организаций г. Хабаровска следует рассматривать организацию стоматологической службы города в рамках реализации модели государственно-частного партнерства (Рис.8).

Реализация проекта ГЧП по привлечению

частного капитала для повышения доступности жителям города стоматологических услуг. Объединение ресурсов в рамках ГЧП позволит решить задачи в области повышения качества и безопасности стоматологической помощи социально незащищенным группам населения.

Список литературы

1. Вагнер В.Д., Чабан А.В., Галёса С.А. Перспективы развития стоматологической помощи в Дальневосточном федеральном округе // Институт стоматологии. 2010. № 3 С. 22-23.
2. Варнавский В.Г. Партнерство государства и частного сектора: формы, проекты, риски [Электронный ресурс] / Официальный сайт Института Мировой Экономики и Международных Отношений. Доступ URL: <http://www.imemo.ru/>.
3. Гайдар Е.Т. Богатые и бедные. Становление и кризис системы социальной защиты в современном мире. Статья первая Вестник Европы. № 10. 2004.
4. Галёса С.А., Садовский В.В., Дьяченко В.Г., Оскольский Г.И. Стратегические направления реформирования стоматологии на Дальнем Востоке России // Экономика и менеджмент в стоматологии. 2004. №1 (12). С. 40-45.
5. Галёса С.А. Особенности мотиваций потребителей на рынке стоматологических услуг в Хабаровском крае // Экономика и менеджмент в стоматологии. 2004. №1 (12). С. 36-39.
6. Галёса С.А., Кравченко В.А. Соотношение стоматологических лечебно-

- профилактических учреждений и кадровый потенциал государственного и негосударственного сектора здравоохранения Хабаровского края // Здравоохранение Дальнего Востока. 2004. № 2. С.49-51.
7. Гомьен Д., Харрис Д., Зваак Л. Европейская конвенция о правах человека и Европейская социальная хартия: право и практика. М.: Изд-во Московского независимого института международного права, 1998.
8. Горбатова Л.Н. Государственно-частное партнерство - как ресурс модернизации здравоохранения Архангельской области. [Электронный ресурс] // Доступ URL: www.nsmu.ru/press/Report_GorbatovoyL.N.ppt.
9. Дьяченко В.Г., Галеса С.А. Управление стоматологической помощью в новых экономических условиях. Хабаровск. АМУРБЛАНКИЗДАТ» 2004. 586 с.
10. Дьяченко В.Г., Галеса С.А., Пьетрок М.Т., Павленко И.В. Введение в общую врачебную практику в стоматологии. Учебное пособие под. Ред. В.Г. Дьяченко. Москва-Тверь: ООО «Издательство «ТРИАДА». 2009. 312 с.
11. Дьяченко В.Г., Галеса С.А., С.Г. Курбетев. Управление качеством услуг в современной стоматологии. Хабаровск. Амуриздат. 2005. 586с.
12. Дьяченко В.Г., Пригорнев В.Б., Руссу Е.Ю. Модернизация здравоохранения Дальнего Востока России // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2011. № 4. С.16-18.
13. Дьяченко В.Г., Пригорнев В.Б., Солохина Л.В. и др. Здравоохранение Дальнего Востока России в условиях рыночных реформ. Под редакцией В.Г. Дьяченко. Хабаровск. 2013. Изд. Центр ГБОУ ВПО ДВГМУ. 684 с.
14. Корчагин Ю. А. Российский человеческий капитал: фактор развития или деградации? Воронеж: ЦИРЭ. 2005.
15. Литвинцева Г.П., Стукаленко Е.А. Результативность социальных институтов в сфере государственной политики доходов населения России с учетом регионального фактора // JOURNAL OF INSTITUTIONAL STUDIES 2010. Том 2. № 2 С. 41.
16. Мадьянова В.В., Попова Я.В. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения на примере города Москвы // Экономика здравоохранения. № 3-4. 2011. С. 4-44.
17. Стратегия социального и экономического развития Хабаровского края на период до 2025 года : Постановление Правительства Хабаровского края от 13.01.2009 № 1-пр [Электронный ресурс] - Доступ URL: <http://docs.cntd.ru/document/995132001>.
18. Фадеев А.В. Тень Чубайса над ЖКХ. М.: Алгоритм. 2003. 80 с.

19. Черкасов С.М. Рынок стоматологических услуг и его функции // Здоровоохранение Дальнего Востока 2013. № 4. С 13-16.
20. Черкасов С.М., Галеса С.А., Дьяченко В.Г. Взаимоотношения производителей и потребителей стоматологических услуг // Дальневосточный медицинский журнал. 2013. №1. С. 137-141.
21. Шейман И.М. Первый опыт реализации системы «поликлиника-фондодержатель» // Менеджер здравоохранения. 2011. №5. С. 15-26.
22. Шейман И.М. Расширение потребительского выбора в здравоохранении: насколько оправданы ожидания? // Экономическая политика. 2011. № 4. С.107—127.
23. Шейман И. М. Шишкин С. В. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи // Главврач. 2009. № 8. С. 10-14
24. Шейман, И. М. Управление рисками при реструктуризации здравоохранения (продолжение) // Здоровоохранение 2011. № 9. С. 28-33.
25. Щепин О.П., Тишук Е.А. Современное состояние и тенденции заболеваемости населения Российской Федерации. Здоровоохранение РФ. 2001; 6: 3-7.
26. Abrahamson P. Postmodern Governing of Social Exclusion: Social Integration or Risk Management // Sociologisk Rapportserie. 1998. N 13. Kobenhavns Universitet: Sociologisk Institut. Mangan K.S. Should medical schools admit more applicants // The chronicle of higher education. 2000. August 4. V. XLVI. N 48. P. A42.
27. Gore Ch. Introduction: Markets, citizenship and social exclusion // Social Exclusion: Rhetoric Reality Responses / International Institute for labour studies. United Nations development program; Ed. by G. Rodgers, Ch. Gore, J. Figueiredo. Geneva, 1994.
28. Tchernina N. Patterns and processes of social exclusion in Russia // Social Exclusion: Rhetoric Reality Responses / International Institute for labour studies. United Nations development program; Ed. by G. Rodgers, Ch. Gore, J. Figueiredo. Geneva, 1994. P. 131-146 .