

*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

Автореферат  
диссертации на соискание учёной степени  
доктора медицинских наук

Москва – 2020

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

**Научные консультанты:**

доктор медицинских наук, профессор  
доктор медицинских наук, профессор

**Гринин Василий Михайлович**  
**Ушаков Рафаэль Васильевич**

**Официальные оппоненты:**

**Копецкий Игорь Сергеевич** – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра терапевтической стоматологии, заведующий кафедрой

**Сипкин Александр Михайлович** – доктор медицинских наук, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», факультет усовершенствования врачей, кафедра челюстно-лицевой хирургии и госпитальной хирургической стоматологии, заведующий кафедрой

**Салеев Ринат Ахмедуллович** – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Казанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра ортопедической стоматологии, профессор кафедры; декан стоматологического факультета

**Ведущая организация:**

Академия постдипломного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства»

Защита диссертации состоится «18» марта 2021 года в 13:00 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.07 на базе ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119991 Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр.2.

С диссертацией можно ознакомиться в ЦНМБ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119034 Москва, Zubovskiy bulvar, d.37/1 и на сайте организации [www. sechenov.ru](http://www.sechenov.ru)

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020 г.

Учёный секретарь диссертационного совета  
кандидат медицинских наук, доцент



**Дикопова Наталья Жоржевна**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**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.

б) 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 последиplomной 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), 13<sup>th</sup> 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, области исследований – пп.1-3, 6.

**Публикации.** По теме диссертации опубликована 31 работа, в том числе 20 статей в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки России, и 1 в зарубежной издании, индексируемом международной базой Scopus.

**Объём и структура диссертации.** Диссертация изложена на 397 страницах машинописного текста компьютерной вёрстки, состоит из введения, обзора литературы, главы «Материал и методы исследования», глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, иллюстрирована 76 таблицами и 73 рисунками. Список литературы содержит 396 публикаций, в том числе 342 отечественных и 54 зарубежных авторов.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### **Материал и методы исследования.**

Исследование выполнялось на базе ЧССО «Доктор Мартин», расположенной в разных районах г.Москвы и имеющей в своём составе 6 ЧСМО, зуботехническую лабораторию, объединённых в сетевую структуру с единым центром, несущим управляющую, контролирующую, методическую функции и роль головной клиники, собственный торговый дом. Пациенты группы сравнения отобраны на базе 5 несетевых ЧСМО, расположенных в тех же районах Москвы и по основным показателям сравнимых с ЧССО (кресельная мощность, количество врачей, их нагрузка, количество пациентов, объём и структура оказываемой помощи и др.).

Всего в исследование включено 823 пациента (554 - ЧССО и 269 - несетевых ЧСМО). Выборочная совокупность отобрана методом сплошного наблюдения из числа лиц, обращавшихся в сетевые и несетевые ЧСМО, и сформирована репрезентативной и достаточной по объёму выборки, в соответствии с формулой случайной бесповторной выборки с предельной ошибкой  $\Delta = 5,0\%$  при 95,0% доверительности ( $t=2$ ). При этом минимальный объём выборочной совокупности (при допустимых значениях предельной ошибки репрезентативности) составил 266-285 чел., что было меньше отобранного объёма исследования и обеспечило статистическую

достоверность. Обе совокупности разделены на 2 репрезентативные группы (пациенты, получавшие помощь на основе дентальной имплантации либо без неё: в ЧССО 278 и 276 чел., в несетевых ЧСМО 195 и 74 чел<sup>1</sup>). Объём лечебно-профилактических мероприятий включал в себя санацию рта, хирургический и ортопедический этапы дентальной имплантации, зубопротезирование (рис. 1).

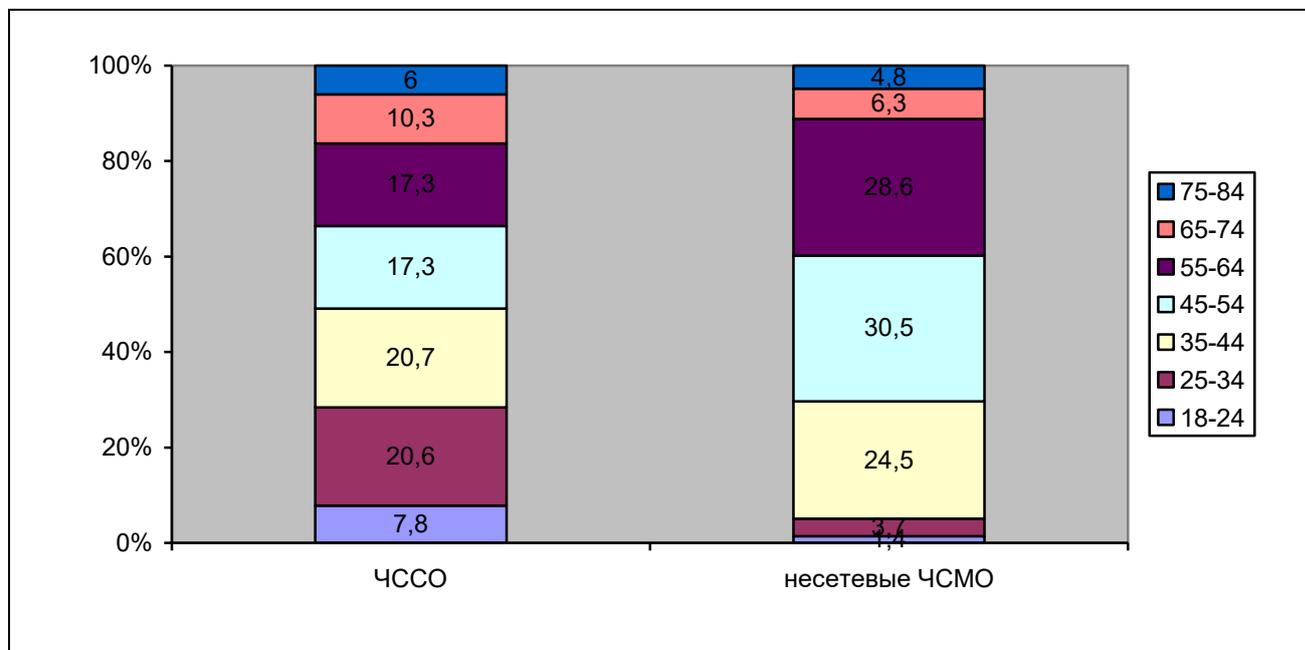


Рисунок 1. Возрастное распределение в сравниваемых совокупностях (%)

Критерии включения в исследование: пациенты с разрушением или отсутствием зубов, нуждающиеся в санации рта, в проведении операции дентальной имплантации и протезировании на имплантатах, пациенты с устойчивостью дентальных имплантатов после их установки не менее 55 единиц ISQ, подписавшие форму информированного добровольного согласия. Критерии исключения из исследования: острые заболевания полости носа и верхнечелюстных пазух, сопутствующие заболевания, являющиеся противопоказанием к проведению дентальной имплантации (сахарный диабет I и II типов, болезни щитовидной железы, остеопороз и другие нарушения минерального обмена и др.), пациенты с устойчивостью дентальных

<sup>1</sup> Раздел исследования в отношении несетевых ЧСМО выполнялся совместно с Фёдоровым В.Е. В части стоматологических показателей объёма оказанной помощи и финансово-экономических данных использовались совместные с ним результаты.

имплантатов после их установки менее 55 единиц ISQ, пациенты, не подписавшие форму информированного добровольного согласия.

При сборе анамнеза фиксировались сопутствующие заболевания. Обследование проводили по общепринятой методике, включающей опрос и осмотр больного. Постоянное протезирование проведено у всех пациентов. Критериями его проведения было наличие признаков остеоинтеграции: отсутствие воспалительных изменений, хорошее формирование эпителиальной манжетки и формирователя десны или временного абатмента, устойчивость имплантата (коэффициент стабильности имплантата ISQ не менее 65), отсутствие резорбции костной ткани в периимплантационной зоне.

Отдаленные результаты лечения оценивались в сроки 1 и 2 года. Устойчивость дентальных имплантатов выявляли после их установки, а также перед фиксацией временных и постоянных ортопедических конструкций на имплантатах. Критериями оценки эффективности полученной 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.

Оценивали показатели заболеваемости, нуждаемости, общий объём оказанной помощи. В характеристику стоматологического здоровья включались интенсивность кариеса, пульпита и периодонтита по индексу КПУ, 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.), установленных дентальных имплантатов (на 1 чел.), уровень гигиены рта по индексу Green-Vermillion, клиническое состояние тканей пародонта по индексам Russel, РМА. Анализировались корреляции между показателями

заболеваемости и характеристиками объёма оказанной помощи, с учётом возраста и других факторов. Эффективность организации стоматологической помощи определялась по анализу общего числа и структуры посещений, количества вылеченных зубов, комплексность с учётом числа врачей разных специальностей, участвующих в лечении.

В финансово-экономическом анализе рассчитывалась общая стоимость стоматологического лечения (т.е. общие затраты пациентов), в том числе на разных этапах (санация рта, дентальная имплантация, зубопротезирование) согласно методикам, изложенным в монографиях по организации здравоохранения (Шеремет А.Д., 1996; Шилова В.В., 2000; Шипова В.М., 2016; Gondivkar S.M., 2017). Детализация бюджетирования включала в себя оценку расходов ЧСМО на оказание стоматологической помощи и её этапов, стоимости и эффективности дисконтных программ. Рассчитывалась также чистая доходность стоматологической организации; показатели определялись в пересчёте на 1 пациента, 1 пролеченный или удалённый зуб (в т.ч. по возрастные значения), долевая структура, количество ошибок и осложнений проведённого лечения и бесплатного перелечивания пациентов (за счёт ЧСМО), 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 10 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, 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.

Статистический анализ проведён методами описательной и математической статистики с использованием программы Microsoft Excel и пакета прикладных программ Statistica. Определялись средние, ошибки средних, относительные величины, доверительные интервалы, достоверность различий параметров для сравниваемых групп, корреляции между несвязанными параметрами с помощью критериев Пирсона и Спирмена. Статистически значимыми считались различия при  $p < 0,05$ .

### **РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

У пациентов, получивших помощь на основе дентальной имплантации, по сравнению с пациентами без дентальной имплантации интенсивность кариеса, пульпита, периодонтита составили, соответственно, 1,93 и 2,63 зубов, 1,15 и 1,25 зубов,  $p < 0,05$ ). С возрастом увеличивалась потеря зубов и, соответственно, возрастала потребность в дентальной имплантации: если в 18-24 лет на 1 пациента генеральной совокупности приходилось 1,08 установленных дентальных имплантатов, то в 25-34 лет - уже 1,58 имплантатов, в 35-44 лет – 1,69 имплантатов, в 55-64 лет – 2,62 имплантатов, в 75-84 лет – 3,89 имплантатов.

У пациентов первой группы достоверно больше (в 7,1 раз,  $p < 0,01$ ) был объём зубопротезной помощи и количество искусственных зубных коронок ( $p < 0,01$ ), а также зубов, включённых в лечение (8,85 и 5,95 зубов,  $p < 0,05$ ).

Сравнивая показатели сетевых и несетевых клиник выявлено, что среднее количество пролеченных зубов у пациентов несетевых ЧСМО с дентальной имплантацией было меньше аналогичного показателя в ЧССО (5,81 и 3,47,  $p < 0,05$ ; без дентальной имплантации 2,8 и 3,91 зубов,  $p < 0,05$ ). Количество удалённых зубов у пациентов с дентальной имплантацией в несетевых ЧСМО

и ЧССО составило 2,80 и 3,04 ( $p < 0,05$ ), без дентальной имплантации – 2,10 и 2,04 ( $p > 0,1$ ). 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 в ЧССО больше объём помощи по лечению и сохранению зубов и по достижению санированности пациентов. У пациентов несетевых ЧСМО с дентальной имплантацией было больше число пролеченных (3,47 и 2,8 зубов) и удалённых (2,80 и 2,10 зубов).

Количество установленных дентальных имплантатов, безусловно, не зависит от типа медицинской организации (ЧССО или несетевая ЧСМО), а определяется преимущественно клинической ситуацией конкретного пациента. Поэтому средние количества установленных дентальных имплантатов не показали значимых различий (3,51 и 2,63,  $p > 0,1$ ). При этом выявлена взаимосвязь возраста пациентов и объёма выполненной дентальной имплантации ( $r = 0,590$ ,  $p < 0,001$ ), с наличием трёх пиков нуждаемости в дентальной имплантации и, вследствие этого, увеличения её объёма – в 35-44 лет, 55-64 лет и в 75-84 лет. Это может служить критерием прогнозирования объёма оказываемой помощи на основе дентальной имплантации.

На 1 пациента с дентальной имплантацией в ЧССО приходилось в среднем 3,51 установленных дентальных имплантата (от  $1,08 \pm 0,84$  до  $7,92 \pm 2,81$  в разных возрастных подгруппах), в пересчёте на всю совокупность пациентов ЧССО – 2,14 имплантатов (в несетевых ЧСМО 0,82 имплантатов).

Объём оказанной помощи в пересчёте на среднее число пролеченных и удалённых зубов на 1 пациента в несетевых ЧСМО составил: у пациентов с дентальной имплантацией и без неё 6,27 и 4,9 зубов; такая же зависимость имела место у пациентов ЧССО (8,85 и 5,95 зубов,  $p < 0,05$ ). Вероятно, это связано как с большей заинтересованностью пациентов, так и с более чёткими разъяснениями необходимости полной санации одонтогенных очагов для профилактики осложнений дентальной имплантации врачами. При этом доля санированных от общего числа обратившихся в ЧССО составила 85,7% (в несетевых ЧСМО 53,6%,  $p < 0,05$ ).

Важным показателем эффективной организации стоматологической помощи и её комплексности является среднее количество врачей-стоматологов разных специальностей, лечивших пациента. На 1 пациента генеральной совокупности ЧССО в среднем приходилось 2,76 врачей-стоматологов разных специализаций, в т.ч. на 1 пациента с дентальной имплантацией и без неё 2,85 и 2,14 врачей ( $p < 0,05$ ). В несетевых ЧСМО показатели составили по 1,8 врачей ( $p < 0,05$ ). У пациентов ЧССО с дентальной имплантацией установлена положительная корреляция данного показателя 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 в группе без дентальной имплантации ( $r = 0,225$ ,  $p < 0,05$ ;  $r = 0,942$ ,  $p < 0,005$ ).

В целом, количество врачей-специалистов на 1 пациента не коррелировало с общим числом пролеченных зубов ( $r = 0,270$ ,  $p > 0,1$ ), но коррелировало с общим числом посещений стоматологической организации ( $r = 0,455$ ,  $p < 0,001$ ). Не получено корреляции с числом посещений по поводу дентальной имплантации ( $r = 0,01$ ,  $p > 0,1$ ), но имелась существенная корреляция с числом посещений по поводу санации рта ( $r = 0,478$ ,  $p < 0,001$ ).

В ЧССО среднее число посещений составило  $9,26 \pm 3,91$  на 1 пациента, в том числе  $4,23 \pm 2,89$  посещений (44,0%) по поводу санации рта,  $1,45 \pm 0,79$  посещений по поводу дентальной имплантации (16,0%) и  $2,95 \pm 0,88$  посещений по поводу зубопротезирования (40,0%). В несетевых ЧСМО среднее число посещений составило  $5,7 \pm 1,8$  на 1 пациента, в том числе  $1,2 \pm 0,9$  по поводу дентальной имплантации,  $2,5 \pm 1,2$  по поводу санации рта,  $2,0 \pm 0,9$  по поводу зубопротезирования (в структурном выражении 21,0%, 44,0%, 35,0% соответственно). Очевидно, что комплексное лечение с использованием дентальной имплантации существенно увеличивает число посещений стоматологической клиники.

Число посещений по поводу санации рта у пациентов ЧССО с дентальной имплантацией в среднем составило 4,45 (в 2 раза больше, чем по поводу дентальной имплантации, и в 1,14 раза больше аналогичного показателя у лиц

без 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 её характере у пациентов с дентальной имплантацией. Количество посещений клиники коррелировало с возрастом пациентов ( $r=0,345$ ,  $p<0,001$ ), особенно у лиц с дентальной имплантацией ( $r=0,79$ ,  $p<0,005$ ).

В несетевых ЧСМО число посещений пациентов для санации рта было в 1,5 раза больше у лиц с дентальной имплантацией (3,1 и 2,1), что обусловлено необходимостью большего объёма стоматологического лечения. В аналогичных группах ЧССО установлены большие значения (4,45 и 3,89,  $p<0,05$ ), что свидетельствует о лучшей организации лечебного процесса в ЧССО: у пациентов с дентальной имплантацией, получавших помощь в ЧССО и несетевых ЧСМО, 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 посещения, по поводу санации рта – 4,45 и 3,1 посещения; по поводу зубопротезирования у пациентов ЧССО и несетевых ЧСМО с дентальной имплантацией - 4,30 и 3,80 ( $p<0,05$ ), без имплантации – 0,60 и 0,30 ( $p<0,05$ ), что также говорит о большей законченности стоматологического лечения в ЧССО и большем объёме лечения.

Доля посещений по поводу дентальной имплантации в структуре посещений в несетевых ЧСМО была выше (25,8% против 24,3%), что объясняется прежде всего объёмом помощи по дентальной имплантации в структуре ЧССО, меньшими затратами времени пациентов и меньшим количеством посещений.

Практически независимо от возраста пациентов кратность их посещений стоматологической организации по поводу дентальной имплантации остаётся неизменной –  $r=0,177$ ; этого нельзя сказать о показателе посещений по поводу санации рта и о показателе общего числа посещений ( $r=0,358$  и  $r=0,364$ ), увеличение которых свидетельствовало об увеличении объёма помощи пациентам в зависимости от их возраста. Отсюда, при ранжировании оказания

стоматологической помощи, ряд этапов (в случае сетевой организации) могут быть перенесены из головного учреждения в учреждение первичного звена, что позволяет не только разгрузить головную клинику, но и даёт возможность пациенту получать помощь в территориально более близкой клинике.

Независимо от возраста пациентов общее число посещений коррелировало с общим количеством вылеченных зубов, а также с общим числом посещений стоматологической организации ( $r=0,455$ ,  $p<0,001$ ). Не получено 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 отмечена с количеством пролеченных зубов и более сильная – с числом посещений для санации рта ( $r=0,834$ ,  $p<0,005$ ).

Пациенты, получавшие помощь на основе дентальной имплантации, более ориентированы на комплексную санацию рта (привержены лечебно-профилактическим мероприятиям), на полноценное восстановление зубных рядов, т.е. на законченное целостное стоматологическое лечение. Доля санированных от числа нуждавшихся в санации в ЧССО и несетевых ЧСМО составила 96,3% и 75,2%. Средняя доля санированных от числа нуждающихся в санации в несетевых ЧСМО была больше у лиц с дентальной имплантацией (68,7% против 39,6%), однако данные показатели были всё равно существенно ниже аналогичных значений у пациентов ЧССО (96,3% и 75,2%,  $p<0,005$ ).

Другими словами, выбор пациентом вида стоматологической помощи на основе дентальной имплантации (при наличии клинических показаний) приводит к расширению объёма оказываемой помощи, включая зубопротезирование и сопутствующее лечение по санации рта, способствует комплексности оказываемой стоматологической помощи. Вышесказанное свидетельствует о более эффективной организации оказания помощи в ЧССО в виде обеспечения преемственности разных врачей-специалистов и комплексного характера. В большинстве несетевых ЧСМО преобладал

локалистичный подход в лечебном процессе (фиксация внимания врача только на конкретных жалобах пациента или на заболевании, по поводу которого пациент обратился в клинику).

Общая стоимость всего стоматологического лечения в ЧССО в пересчёте на 1 пациента составила 512809,01 руб., в т.ч. средняя стоимость дентальной имплантации 97708,64 руб. (19,0%), зубопротезирования 269539,18 руб. (52,5%), санации рта 145561,19 руб. (28,5%). В несетевых ЧСМО средняя стоимость всей оказанной помощи составила 549101,40 руб. на 1 пациента (больше, чем в ЧССО, на 36292,39 руб.), в т.ч. в случае получения помощи на основе дентальной имплантации - 714033,50 руб., без дентальной имплантации – 384959,00 руб. (в ЧССО 694703,00 руб. и 330903,01 руб.).

У пациентов ЧССО с дентальной имплантацией средняя стоимость санации рта была ниже, чем у такой же категории пациентов в несетевых ЧСМО (174535,06 руб. и 192146,43 руб.), без дентальной имплантации – 116581,04 руб. и 160247,07 руб. Средняя сумма расходов пациентов ЧССО с дентальной имплантацией в пересчёте на 1 пролеченный и/или удалённый зуб составила 48612,47 руб., а у лиц без дентальной имплантации – почти в 2 раза меньше (25116,43 руб.),  $p < 0,05$ .

Стоимость стоматологической помощи без дентальной имплантации в несетевых ЧСМО была заметно выше, чем в ЧССО (в среднем на 14,1%), особенно в стоимости санации рта (на 27,3%) и зубопротезирования (на 4,7%).

У пациентов ЧССО и несетевых ЧСМО с дентальной имплантацией сумма расходов в пересчёте на 1 пролеченный и/или удалённый зуб коррелировала с числом зубов, включённых в лечение ( $r=0,540$ ,  $r=0,459$ ,  $p < 0,001$ ). Однако подобных зависимостей не установлено для пациентов без дентальной имплантации ( $r=-0,303$ ,  $r=-0,079$ ,  $p > 0,05$ ). Наличие или отсутствие такой взаимосвязи свидетельствует об определённой комплексности оказания помощи, большем её разнообразии и объёме в случае получения на основе дентальной имплантации. 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.

Общая стоимость получения стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в несетевых ЧСМО превышала аналогичные показатели в ЧССО (особенно у пациентов 18-24 лет, 25-34 лет, 45-54 лет – на 24,0%, 18,6%, 16,2% соответственно). Наиболее значительная разница касалась дентальной имплантации – у пациентов 18-24 лет (43,7%), 35-44 лет (21,4%), санации рта – у 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.

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.

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.

Средние расходы ЧССО в пересчёте на 1 пациента с дентальной имплантацией были более чем в 2 раза больше, чем у пациентов без дентальной имплантации (509301,87 руб. и 239569,29 руб.,  $p < 0,005$ ). Существенную долю расходов в данном случае составили расходы на непосредственно дентальную имплантацию (в среднем 146848,44 руб. на 1 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.).

Затраты ЧССО на зубопротезирование 1 пациента в случае дентальной имплантации или без неё составили в среднем 233912,46 руб. и 156507,31 руб. ( $p < 0,05$ ), на санацию рта – 128540,97 руб. и 83061,98 руб. ( $p < 0,05$ ). 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 (как в той, так и в другой группе затраты на зубопротезирование были почти в 2 раза больше затрат на санацию рта). Похожей была структура расходов несетевых ЧСМО (47,1%, 26,4%, 26,5%; 59,2%, 40,8%).

Обращает на себя внимание существенная разница в расходах на весь объём стоматологической помощи, составившая в пересчёте на 1 пролеченный и удалённый зуб в ЧССО и несетевых ЧСМО 50093,71 руб. и 84419,23 руб. соответственно. При этом объём расходов ЧССО по санации рта в пересчёте на 1 пациента в группе с дентальной имплантацией был в 1,5 раза выше, чем без неё – 128540,97 руб. и 83061,98 руб. ( $p < 0,05$ ).

Унифицированная система организации дентальной имплантации в ЧССО (хирургический и ортопедический этапы) 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 систем (брендов) имплантатов и методов дентальной имплантации для сложных клинических ситуаций и более взыскательных и обеспеченных категорий пациентов.

Таблица 1 – Структура доходности при оказании стоматологической помощи в ЧССО и несетевых ЧСМО, в пересчёте на 1 пациента, руб.

Этап оказания помощи	ЧССО		Несетевые ЧСМО	
	Помощь на основе дентальной имплантации	Помощь без дентальной имплантации	Помощь на основе дентальной имплантации	Помощь без дентальной имплантации
Зубопротезирование	90838,96 (49,0%)	57814,65 (63,3%)	62017,01 (47,3%)	40170,79 (55,0%)
Дентальная имплантация	48568,08 (26,2%)	--	30793,81 (23,4%)	--
Санация рта	45994,09 (24,8%)	33519,06 (36,7%)	38323,07 (29,3%)	32853,84 (45,0%)
Итого	185401,13 (100,0%)	91333,71 (100,0%)	131133,89 (100,0%)	73024,63 (100,0%)

Показатели доходности ЧССО и несетевых ЧСМО от оказания стоматологической помощи приведены в таблице 1. Видно, что выбор получения помощи на основе дентальной имплантации, нежели без неё, существенно увеличивает доходность клиники (почти в 2 раза) независимо от вида (сетевые или несетевые), причём не только за счёт непосредственно дентальной имплантации, но особенно за счёт зубопротезирования и санации рта; последнее мы связываем с существенным расширением объёма помощи, её комплексностью и более частой завершённостью в случае оказания на основе дентальной имплантации.

Доходность ЧССО в 1,5 раза выше, чем несетевых ЧСМО (как в целом, так и по отдельным этапам), независимо от её вида (на основе или без дентальной имплантации). В обоих случаях наибольший вклад в итоговую доходность вносит прибыль от зубопротезирования, почти вдвое меньше (равными долями) – прибыль от санации рта и дентальной имплантации.

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 помощи; на это же указывает большее число пролеченных либо удалённых зубов (8,85 и 5,95 зубов).

Доля чистой прибыли в общей структуре стоимости стоматологической помощи составляет 26,8% для ЧССО и 17,0% для несетевых ЧСМО. Другими словами, на каждую тысячу рублей, оплаченных пациентом за стоматологическую помощь, прибыль ЧССО и несетевых ЧСМО составляет 268,34 руб. и 169,80 руб. соответственно ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, даже при наличии эффективных дисконтных программ в ЧССО доходность её оказалась выше, чем в несетевых ЧСМО, независимо от вида помощи (на основе дентальной имплантации или без неё). Выбор пациента при обращении в стоматологическую организацию в части получения стоматологической помощи именно на основе дентальной имплантации (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 и достоверно больший объём зубопротезирования и санации рта, большей комплексности оказанной помощи и её завершённости.

Существенным фактором привлечения пациентов и увеличения объёма требуемой стоматологической помощи является возможность снижения стоимости стоматологических услуг. 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 с разной степенью дисконта: на отдельные виды обезболивания 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%. 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 «Biorontostar» (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%.

Другими словами, дисконтирование в условиях ЧССО подвержено существенной дифференциации, с разной степенью 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), а также 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 - дисконт на неё был очень мал (в пределах 0,3-7%). В целом, 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 стоматологического приёма – 26,4%. В случае оказания комплексной помощи часто использовались т.н. «пакетные» скидки, включающие в себя разный уровень дисконта на отдельных этапах оказания помощи, но в целом продающиеся пациенту как единый пакет услуг по фиксированной цене (сводный уровень дисконта достигал 50-60%). Такие «пакетные» скидки также дополнительно мотивировали пациента к получению комплексной помощи.

За 2019 год те или иные виды скидок на стоматологическую помощь в ЧССО были предоставлены 4079 из 11750 пациентов (34,7%), в 2018 году - 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 – 5,5%.

Среди пациентов 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.

У пациентов с дентальной имплантацией 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%.

Одним из критериев успешности ЧСМО на рынке стоматологических услуг является удовлетворённость пациентов, которая способствует их удержанию в условиях рыночной конкуренции: удовлетворённость пациентов с дентальной имплантацией была существенно выше, чем без неё ( $4,75 \pm 0,25$  баллов и  $4,43 \pm 0,46$  баллов,  $p < 0,05$ ).

При этом в обеих группах выше всего была удовлетворённость качеством лечения, на втором месте у пациентов без дентальной имплантации -

удовлетворённость сервисом лечебно-диагностического процесса, а у 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 ( $4,84 \pm 0,16$  баллов и  $4,72 \pm 0,28$  баллов), удовлетворённости сервисом ( $4,82 \pm 0,17$  баллов и  $4,57 \pm 0,37$  баллов), сроками лечения ( $4,84 \pm 0,16$  баллов и  $4,67 \pm 0,32$  баллов) и особенно – удовлетворённости ценами на лечение ( $4,54 \pm 0,46$  баллов и  $3,77 \pm 0,67$  баллов).

Наиболее высокая удовлетворённость как в целом, так и по отдельным составляющим была у пациентов наиболее трудоспособного возраста 25-34 лет, 35-44 лет, 45-54 лет; ощутимо снижалась удовлетворённость по отдельным параметрам у пациентов 55-64 лет и старше.

Распределение врачей разных специальностей и квалификации по клиникам сети в целом равномерное; более высококвалифицированные врачи преобладают в головной клинике сети, при этом определённая часть врачей - совместители в клиниках первичного звена (от 25 до 30%, в среднем 29,7%). 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).

Средний стаж работы врачей-стоматологов ЧССО составил  $16,0 \pm 3,8$  лет. За последние 5 лет на 1 врача-стоматолога ЧССО приходилось  $12,9 \pm 1,5$  пройденных образовательных циклов тематического и профессионального усовершенствования и  $511,8 \pm 160,6$  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.

Существенной взаимозависимости частоты и объёма усовершенствования врачей от их стажа работы нами не установлено. 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.

Сетевые структуры ЧСМО, объединённые единым центром и решающие единую задачу преемственности и последовательности лечебно-диагностического процесса, как показало наше исследование, достаточно удачно вписываются 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). Кроме этого, в структуре ЧССО существует также собственная зуботехническая лаборатория, предоставляющая минимальные наценки собственным стоматологическим организациям холдинга (+10,0% от себестоимости, в отдельных случаях до 42,8%), и собственное торговое-закупочное подразделение (торговый дом «Медестика»), который продаёт расходные стоматологические инструменты и материалы как собственным клиникам, входящим в данный холдинг, так и сторонним организациям. Для собственных клиник наценка была минимальной (+3,0%) - на средства гигиены рта и профилактики стоматологических заболеваний, на отдельные расходные материалы (адгезивы, протравки, прокладки), на композитные и цементные пломбировочные материалы, на ассортимент аксессуаров для проведения реставраций зубов (коффердамы, матрицы, клинья и др.), имплантаты и сопутствующие материалы и пр.

В этой связи ЧССО – наиболее подходящая организационно-функциональная модель медицинской организации для частного сектора, в наиболее полной мере реализующая маркетингово-сервисные составляющие качества оказания медицинской помощи.

Данное положение может быть проиллюстрировано краткой выпиской и фотопротоколом комплексного лечения. Пациентка С., 1956 г.р. 26.02.2015 г. обратилась в клинику сети «Доктор Мартин». Диагноз: Частичное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях, хронический периодонтит 1.5, 1.6, 1.7,

1.8, 2.4, 2.7, 3.2 (рис. 2). После комплексной консультации и дополнительного обследования (КТ, компьютерное планирование) в головной клинике был согласован план лечения, включающий: санацию рта, снятие имеющихся коронок и мостовидного протеза, удаление зубов 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 2.4, 2.7, 3.2, временное протезирование, планирование и проведение стоматологической имплантации в области отсутствующих зубов в количестве 15 единиц, параллельно с реконструктивными вмешательствами, временное и постоянное несъемное протезирование на зубах и имплантатах.



Рисунок 2. ОПТГ Пациентки С., 1956 г.р. от 26.02.2015г

В клинике первого звена (по обращению) проведены подготовительные мероприятия: лечение и удаление (по показаниям) зубов, изготовление диагностических моделей и временных протезов.



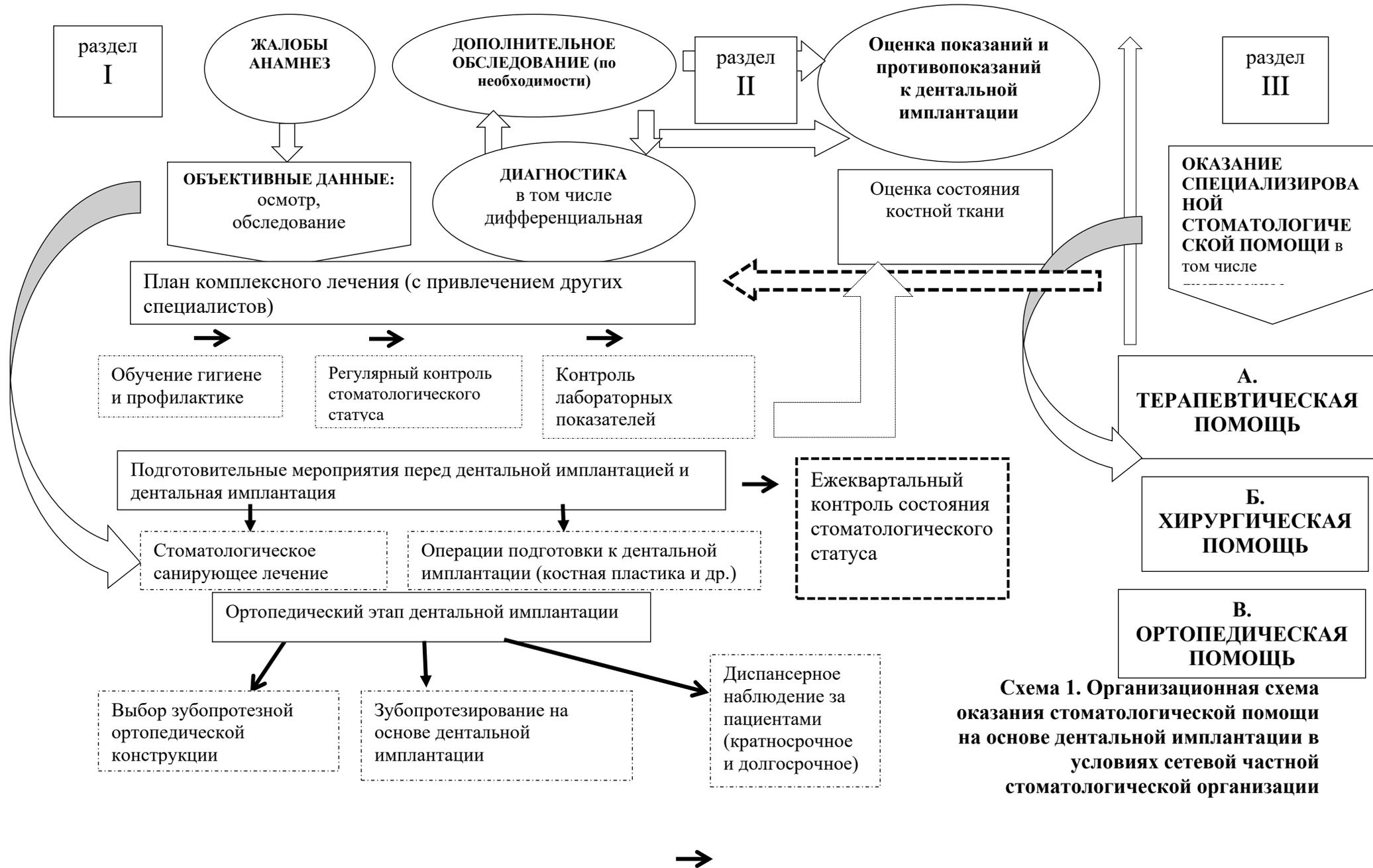
Рисунок 3. Продолжение лечения пациентки С.

Для последующего лечения пациентка направлена в головную клинику сети, где проведена дентальная имплантация и корректирующие операции. Установлены трабекулярные имплантаты Zimmer (на рис. 3 представлен фотопротокол этапов комплексного лечения). Для последующего динамического наблюдения, проведения плановых профилактических осмотров и осуществления профессиональной гигиены рта направлена в одну из клиник первичного звена сети. На рис. 4 представлено фото пациентки С. через 1,5 года после 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, выполнены 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.



Рисунок 4. Вид ортопедических конструкций на дентальных имплантатах через 1,5 года после завершения комплексного лечения



**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**

ЧССО, работая с таким технологическим и затратным видом оказания помощи, как стоматологическая помощь на основе дентальной имплантации, должна особо тщательно контролировать уровень стоматологического здоровья прикрепленных пациентов. 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. Безусловно, при дентальной имплантации оправдано широкое применение медицинских информационных систем (Серёгин С.С., 2016), что особенно эффективно при диспансерном наблюдении пациентов и оценке результатов имплантации в ЧССО, в том числе у лиц с факторами риска.

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. (2012), и это также полностью подтвердило 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.

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.

## 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, её 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 клиничко-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 ( $4,75 \pm 0,25$  и  $4,43 \pm 0,46$  баллов) – за счёт качества лечебной помощи ( $4,84 \pm 0,16$  и  $4,72 \pm 0,27$  баллов), удовлетворённости сервисом ( $4,82 \pm 0,18$  и  $4,57 \pm 0,37$  баллов), сроками лечения ( $4,84 \pm 0,16$  и  $4,67 \pm 0,32$  баллов) и особенно – ценами на лечение ( $4,54 \pm 0,46$  и  $3,77 \pm 0,67$  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  $16,0 \pm 3,8$  лет. За последние 5 лет на 1 врача-стоматолога ЧССО приходилось  $12,9 \pm 1,5$

пройденных образовательных циклов тематического и профессионального усовершенствования и  $511,8 \pm 160,6$  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, ортодонтотв) 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 РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:**

1. Буляков Р.Т., Деркач В.В., Гринин В.М., Саркисян М.С., Тумасян Г.С. Причины обращения пациентов за стоматологической лечебно-профилактической помощью в учреждения негосударственного сектора // **Dental Forum**, 2010, № 4, - С. 12-13
2. Буляков Р.Т., Деркач В.В., Гринин В.М., Саркисян М.С., Тумасян Г.С. Особенности обращения пациентов за стоматологической помощью в платные

учреждения в условиях крупного города // **Dental Forum**, 2010, № 4, - С. 13-14

3. Буляков Р.Т., Деркач В.В., Гринин В.М., **Саркисян М.С.**, Курбанов С.Д. Анализ причин и факторов обращаемости населения за платной стоматологической помощью в современных условиях // **Вестник медицинского стоматологического института**, 2010, №3,- С.35-37

4. Буляков Р.Т., Деркач В.В., Гринин В.М., **Саркисян М.С.**, Курбанов С.Д. Клинико-организационные особенности оказания терапевтической стоматологической помощи населению крупного города на современном этапе // **Вестник медицинского стоматологического института**, 2010, №4,- С.65-67

5. Фёдоров В.Е., **Саркисян М.С.**, Ушаков Р.В., Гринин В.М. Оказание стоматологической помощи на основе дентальной имплантации: особенности посещаемости пациентов и возрастные аспекты // **Вестник медицинского стоматологического института**, 2010, №3,- С.18-19

6. Гринин В.М., Вязникова Д.С., Буляков Р.Т., **Саркисян М.С.**, Тумасян Г.С. Социально-гигиеническая характеристика пациентов, обратившихся за пародонтологической помощью // **Вестник медицинского стоматологического института**, 2011, №2(17), - С.81-83

7. Гринин В.М., Каплан Б.М. Тумасян Г.С. Буляков Р.Т., **Саркисян М.С.**, Ермаков Ю.В. Характеристика врачебного состава стоматологических учреждений разных организационно-правовых форм // **Российская стоматология**, 2011, №3, - С.51-55

8. Фёдоров В.Е., **Саркисян М.С.**, Ушаков Р.В., Гринин В.М. Основные финансово-экономические показатели затрат пациентов при оказании стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в частных стоматологических организациях // **Стоматология для всех**, 2010, №4, - С.26-27

9. Вязникова Д.С., Гринин В.М., Буляков Р.Т., **Саркисян М.С.** Особенности обращаемости пациентов и организации терапевтической стоматологической помощи в медицинских учреждениях частного сектора // **Dental Forum**, 2011, №2(38),- С.66-68

10. Вязникова Д.С., Гринин В.М., Буляков Р.Т., **Саркисян М.С.**, Тумасян Г.С. Особенности обращаемости пациентов на пародонтологическом приёме в условиях

крупного города // **Вестник медицинского стоматологического института**, 2011, №1(16), - С.26-27

11. Буляков Р.Т., Гринин В.М., Тумасян Г.С., **Саркисян М.С.** Организационные и клинические особенности обращаемости населения крупного города за терапевтической стоматологической помощью в условиях рынка // **Проблемы управления здравоохранением**, 2011, № 2(57), - С.73-77

12. Гринин В.М., Буляков Р.Т., Тумасян Г.С., **Саркисян М.С.** Изучение показателей удовлетворённости пациентов при получении терапевтической стоматологической помощи в условиях государственных и частных медицинских учреждений // **Проблемы управления здравоохранением**, 2011, № 2(57), - С.87-89

13. **Саркисян М.С.**, Гринин В.М., Ушаков Р.В. Финансово-экономический анализ затрат пациентов при получении стоматологической помощи в частных стоматологических организациях // В сб.: «Организация лечебно-профилактической помощи населению и вызовы глобализации», Матер.международной научно-практ.конф., М., Изд.ННИИОЗ РАМН, 2012, - С.89-91

14. Гринин В.М., **Саркисян М.С.**, Ушаков Р.В. Демографические факторы в оценке потребности населения в стоматологической помощи //В сб.: «Организация лечебно-профилактической помощи населению и вызовы глобализации», Матер.международной научно-практ.конф., М., Изд.ННИИОЗ РАМН, 2012,- С.173-176

15. Гринин В.М., Бозров М.Р., **Саркисян М.С.**, Комаров П.Д. Современная перестройка финансирования стоматологической службы как звено повышения эффективности её функционирования в условиях крупного города //В сб.: Современные технологии лечения стоматологических заболеваний, Матер. 8 Межрегиональной научно-практ.конф., посв. 70-летию Рязанского ГМУ им.И.П.Павлова, 55-летию Рязанской стом.ассоциации и 85-летию проф.Э.С.Тихонова, Рязань, 2013,- С.31-33

16. **Саркисян М.С.**, Хитаришвили М.В. Искусственный аналог зуба //Бизнес России , 2013, №7-8, - С.107

17. Гринин В.М., Ушаков Р.В. Потребность населения мегаполиса в стоматологической помощи на основе дентальной имплантации // **Вестник**

**Национального медико-хирургического центра имени Н.И. Пирогова**, 2013, №1, - С.59-61

18. Гринин В.М., Еркян И.М., **Саркисян М.С.**, Бозров М.Р., Николаев С.В., Дашкова О.П. Обращаемость населения за стоматологической помощью в государственные и частные медицинские организации в современных условиях // **Вестник Национального медико-хирургического центра имени Н.И. Пирогова**, 2014, т.9, №2, - С. 83-85

19. **Саркисян М.С.** На качестве не экономим // Журнал "Nobel Biocare", 2015/1(23),- С.59-61

20. **Саркисян М.С.** Стоматологическое лечение как вариант инвестиций // "Forbes", 2015, №8, - С.9

21. Гринин В.М., **Саркисян М.С.**, Еркян И.М. Удовлетворённость пациентов, получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации в частных стоматологических организациях // **Стоматология**, 2016, №6, - С. 122-123

22. Гринин В.М., **Саркисян М.С.**, Кузнецова Н.К., Суворова М.Н., Емелина Г.В. Сервисные и клинические составляющие оценки удовлетворённости пациентов, получавших стоматологическую помощь на основе дентальной имплантации в частных стоматологических организациях // **Стоматология**, 2016, №6, - С.123-124

23. Гринин В.М., **Саркисян М.С.**, Еркян И.М. Получение новой (дополнительной) врачебной специальности работающими врачами-стоматологами: практическая реализация последипломного образования в свете современных правовых реалий // **Стоматология**, 2016, №6, - С.61-63

24. Абакаров С.И., Гринин В.М., Каялов Р.М., **Саркисян М.С.** Различия целей и причин обращений пациентов в государственные и частные стоматологические медицинские организации // **Стоматология**, 2017, №6, вып.2, - С.101

25. Каялов Р.М., Абакаров С.И., Гринин В.М., **Саркисян М.С.** Удовлетворённость пациентов стоматологической помощью, оказанной врачами-стоматологами различной квалификации // **Стоматология**, 2017, №6, вып.2, - С.108-109

26. **Саркисян М.С.** Искусство быть врачом // Журнал "Nobel Biocare", 2018/3(34), - С.54-56

27. Гринин В.М., **Саркисян М.С.**, Гостева Н.С., Соловьёва О.А., Еркян И.М. Особенности комплектования врачебными кадрами частного стоматологического сектора // **Стоматология**, 2019, №6, - С.81-86
28. Каялов Р.М., Абакаров С.И., Гринин В.М., Гостева Н.С., **Саркисян М.С.**, Соловьёва О.А. Демографические различия удовлетворённости пациентов стоматологической терапевтической помощью в государственных и частных медицинских организациях // **Стоматология**, 2019, №6, доп. Выпуск / Матер.ХХI Ежегодного научного форума «Стоматология-2019», - С.14-15
29. Каялов Р.М., Гринин В.М., Абакаров С.И., Гостева Н.С., **Саркисян М.С.**, Соловьёва О.А. Качество и удовлетворённость терапевтической стоматологической помощью в государственных и частных медицинских организациях, // **Стоматология**, 2019, №6, доп. выпуск / Матер.ХХI Ежегодного научного форума «Стоматология-2019», - С.14-15
30. **Саркисян М.С.**, Гринин В.М., Ушаков Р.В., Гостева Н.С., Соловьёва О.А. Дисконтирование в условиях частной сетевой стоматологической организации // **Стоматология**, 2019, №6, доп. выпуск / Матер.ХХI Ежегодного научного форума «Стоматология-2019», - С.23-24
31. Zekiy A.O., Bogatov E.A., Voronov I.A., **Sarkisyan M.S.**, Llaka E. Change in the Dominant Side of Chewing as a Serious Factor for Adjusting the Prophylaxis Strategy for Implant-Supported Fixed Dental Prosthesis of Bounded Lateral Defects // **European Journal of Dentistry**, 2020, doi.org/10.1055/s-0040-1715551 issn 1305-7456

#### Сокращения:

ЧССО – частная сетевая стоматологическая организация,

несетевая ЧСМО – несетевая частная стоматологическая медицинская организация