

ных желез и способы его коррекции. Дисс.... канд. мед. наук. 1993.

5. Демидов С.М., Берзин С.А., Чиждова Н.В. Лечение пролиферативных дисплазий молочных желез рекомбинантным α -интерфероном «Роферон-А» // Уральское медицинское обозрение. – 1999 - №1. - С.72-75.
6. Дорофеев А.В. Комплексный подход к отбору больных для лечения рака молочной железы I-IIa-b стадий. Дисс.... канд. мед. наук. - С-Пб, 1996.
7. Мельников Д.Ю. Использование иммунодиагностического комплекса МСА и СА125 в скрининге и мониторинге рака молочной железы. Дисс.... канд. мед. наук. - С-Пб, 1994.
8. Сидоренко Л.Н. Гормонотерапия предрака и рака молочной железы. – Л.: Медицина, 1986. - 224с.
9. Jvensuu H., Toivanen A., Nerdman E. Effect of tamoxifen on immune functions // Cancer Treat. Rep. - 1986. – Vol.70, №3. - P.381-382.
10. Nollvadex Adjuvant Trial Organisation: controlled trial of tamoxifen as single adjuvant agent in the management of early breast cancer // Br J Cancer. – 1988. 57. P. 608-611.

УДК 614.255.257.003.1

Л.Г. Лапшина

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ РЫНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ В РОССИИ

Уральская государственная медицинская академия

Российский стоматологический рынок стал формироваться в 90-х годах, когда пришлось отказаться от тоталитарной экономики в стоматологии. Сейчас, по прошествии определенного периода, вполне логично задать вопрос: сложился ли рынок в рассматриваемой отрасли и в какой степени характеризуется его развитие?

Когда у нас начались экономические преобразования в стоматологии, никакой теории перехода к рыночной экономике не было. Практически сразу была принята линия, безоговорочно ориентированная на внедрение передовых образцов западной стоматологии, где необходимым считалось максимально сократить вмешательство государства в хозяйственную жизнь стоматологических клиник, по возможности минимизировать его регулирующие функции. Наши реформаторы предприняли попытку без учета российской специфики внедрить это в отечественную стоматологию. В результате государственная отечественная стоматология утратила свою главенствующую роль, а рынок наполнился многочисленными частными клиниками и кабинетами. По такому важному рыночному признаку, как наличие большого числа производителей стоматологических услуг с различной формой собственности и различной организационно-правовой формой, рынок стоматологических услуг имеет явную тенденцию приближения к рынку совершенной конкуренции. Так, на 1 января 2000 года субъекты стома-

тологического рынка в Свердловской области представлены 47 государственными стоматологическими поликлиниками (41 взрослая и 6 детских), 27 стоматологическими отделениями, 564 стоматологическими кабинетами. Указанными рыночными субъектами более 50% объема стоматологических услуг населению в Свердловской области осуществляется на платной основе, остальной объем стоматологической помощи предоставляется в рамках ФОМСа [1]. При этом негосударственный характер стоматологической службы без сомнения имеет возрастающие тенденции. Так подробно останавливаясь на количестве производителей стоматологических услуг, как о признаке достаточно развитого рынка, еще раз необходимо подчеркнуть, что данное обстоятельство имеет особое значение. Не случайно американские экономисты утверждают о своеобразном законе. Суть этого закона: чем больше хирургов, тем больше производится операций [2], т.е. производители стоматологических услуг уже своим присутствием на рынке порождают дополнительный спрос.

Было упущено из виду важнейшее обстоятельство: либерализация экономической деятельности в стоматологии - необходимое, но недостаточное условие для формирования эффективного рыночного механизма. Современная стоматология в огромной степени зависит сегодня от экономической стабильности в стране в целом, т.к. это сказывается на покупательной способности населения. В условиях цивилизованного рынка, в случаях, когда спад производства вызван дефицитом спроса, некоторые экономисты считают, что необходимо стимулировать совокупный спрос при наличии незагруженной мощности (кейнсианская экономическая теория).

Однако кейнсианская теория имеет в виду ситуацию, при которой у рыночных потребителей стоматологических услуг деньги есть, однако вкладывать их именно в данные услуги они не желают. Особенностью чисто российской ситуации является дефицит спроса как последствие недостатка денег у предприятия и населения. Как видим, при внешнем сходстве проблем содержание их разное. По предварительным данным Госкомстата РФ численность населения с денежными доходами ниже прожиточного минимума по состоянию на 01.01.2000 года составляла 26,3% в общей численности населения страны [3]. Эти данные свидетельствуют о том, что 38,5 млн. человек ориентируются в использовании своих денежных доходов на решение проблемы жизнеобеспечения и выживаемости, естественно, что в их структуре затраты на стоматологическую помощь стоят далеко не на первом месте.

Руководители стоматологических предприятий, разумеется, должны быть в курсе современных экономических требований, но сегодня мы должны понимать, что имеем в России дело не с той экономической системой, в которой сложились экономические теории в западных странах. Только высокая (или хотя бы средняя, но стабильная) покупательная способность создает условия для нормальной, т.е. корректной конкуренции на стоматологическом рынке.

Положительные и отрицательные эффекты от применения дешевых технологий

Показатели	Выгоды			Потери		
	Экономические	Моральные	Медицинские	Экономические	Моральные	Медицинские
Уменьшение себестоимости 1 УЕТ	+	+	-	-	-	+
Ухудшение качества стоматологического обслуживания	-	-	-	+	+	+
Уменьшение запущенных форм заболевания	+	+	+	-	-	-
Использование устаревшего и отечественного стоматологического оборудования	+	-	-	-	+	+
Деонтологические и юридические последствия применения дешевых технологий	-	-	-	+	+	+
Увеличение обращаемости, т.е. спрос	+	+	+	-	-	-

Условные обозначения: + положительный результат; - отрицательный результат.

Вместе с тем, пока что у нас на лицо конкуренция некорректная, когда большая часть конкурентов предпочитает воспользоваться стоматологическими услугами подешевле, хотя они заведомо худшего качества или технологически устаревшие.

Одним из основных признаков рынка является наличие конкуренции. О конкуренции можно говорить с определенными оговорками, т.к. во многих случаях она, к сожалению, подменяется диктатом производителя стоматологических услуг. Конкуренция предполагает, что производители стремятся уложиться в планируемые издержки, а по возможности их снизить. Рынок призван подхлестывать производителей стоматологических услуг посредством прогрессивных технологий максимально удовлетворять потребности пациента. Наши производители во многом опираются на провозгласившийся лозунг реформаторов начала 90-х годов о том, что на рынке главное - это свободная цена. И действительно, он бы работал в условиях настоящей конкуренции. Наш же производитель стоматологических услуг может повысить цену, ухудшить качество и сократить объем производства, особо не ощутив при этом уменьшения доходности своего предприятия.

И можно сколь угодно долго биться над расширением, улучшением, совершенствованием и т.д. - все равно продвижение дорогостоящих стоматологических технологий будет зависеть от покупательского спроса. Нет спроса - нет перспектив экономического роста. Поэтому игнорировать спрос на недорогие стоматологические технологии, материалы и оборудование в существующих экономических условиях было бы неразумно. Вот почему особая забота руководителей и экономистов стоматологических учреждений - это введение в ассортимент предоставляемых стоматологических услуг недорогих технологий для населения с доходом средним и ниже среднего.

Положительные экономические результаты могут иметь место при применении одновременного предоставления наряду с современными дорогостоящими стоматологическими установками, более дешевых видов стоматологических услуг. Особенно ощу-

тимые потери стоматологических учреждений от работы в условиях неполной загрузки проявляются при анализе издержек в части их условно-постоянных затрат в расчете на оказание одной услуги, в состав которых входят амортизация или стоимость аренды здания, износ оборудования, мебели, коммунальные платежи и т.д.

При одновременном оказании в одном учреждении дорогостоящих и более дешевых технологий не должен упускаться из виду чрезвычайно сложный вопрос о юридических последствиях применения дешевых, а, значит, и менее эффективных методов лечения. В условиях расширения прав пациентов, закрепленных в законодательстве РФ и приказе Министрства здравоохранения СССР №222 от 20.09.1993 г., возможно увеличение претензий к врачам вплоть до предъявления судебных исков. Поэтому применение более дешевых технологий должно сопровождаться соответствующим юридическим оформлением отношений с пациентом.

Таким образом, создание для пациента условий вариантности при выборе того или иного приемлемого по стоимости метода стоматологического лечения на основе достижений отечественного и мирового опыта - наиболее реальный путь увеличения спроса на стоматологические услуги, а, значит, и эффективности деятельности стоматологических учреждений.

Выводы

1. Для формирования цивилизованного рынка стоматологических услуг необходимо усиление регулирующей роли государства.

2. На данном этапе развития рынка низкий платежеспособный спрос населения вызывает необходимость широкого применения недорогих стоматологических технологий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ронь Г.И. «Грядущие изменения отрасли» // Уральское стоматологическое обозрение. - 1999. - № 3(9). - С.3.

- Макконнелл К.К., Брюс С.Л. «Экономика: принципы, проблемы и политика». - М.: Республика. 1992. - Т.1. - С.79.
- Газета «Экономика и жизнь» №7, 2000 г.

УДК 616.921.5:616-084

А.В. Слободенюк, Н.Ю. Настасва, Ю.В. Григорьева, И.А. Мальчиков, Л.Н. Терентьева

ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА И ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Уральская государственная медицинская академия
Екатеринбургский НИИ вирусных инфекций
Центр Госсанэпиднадзора г. В. Пышма

Во всех странах мира заболеваемость населения гриппом и другими ОРЗ в сравнении с другими инфекциями занимает ведущее место. Основной возрастной группой населения, вовлекаемой в эпидемический процесс гриппа, являются дети, среди которых эти заболевания по официальной отчетности составляют 57% [8], хотя в действительности этот показатель значительно выше. По данным Г.Г. Онищенко [6], в России на долю гриппа и ОРЗ приходится 90% от суммы всех инфекционных заболеваний.

В этиологии регистрируемых ОРЗ на долю гриппа приходится около 25-30% случаев, остальная часть заболеваний вызывается вирусами негриппозной этиологии [5].

Несмотря на многочисленные научные разработки по специфической и неспецифической профилактике гриппа и ОРЗ [2,4,7,8], эта проблема продолжает оставаться актуальной.

Разработки последних лет свидетельствуют о перспективе метода неспецифической профилактики гриппа и ОРЗ, особенно у людей, относящихся к группе высокого риска инфицирования [3].

Повышение неспецифической резистентности организма к респираторным инфекциям вирусной этиологии может быть реализовано при условии широкого выбора для этих целей высокоэффективных, доступных и безвредных препаратов.

Целью исследования являлось сравнение результатов эпидемиологической эффективности детской гриппозной вакцины и фитопрепарата эраконд в наблюдениях на детях дошкольного и школьного возраста.

Материалы и методы

Исследования выполнены в период с ноября 1997г. по май 1998г. в г. В. Пышма Свердловской области. В наблюдениях находились дети 1-2 классов и дети дошкольных учреждений (534 чел.).

Формирование опытных и контрольных групп проводилось методом случайной выборки. Из детей дошкольного возраста, включенных в наблюдение, были сформированы 3 группы, из которых 362 человек были вакцинированы против гриппа, 112 человек дополнительно к вакцинации получили экстренную неспецифическую защиту в период начавшейся эпидемии и 301 человек составили контрольную группу.

В дошкольных учреждениях изучалась эпидемиологическая эффективность специфической защиты от гриппа (293 чел.) и эффективность экстренной защиты от гриппа и ОРЗ в эпидемический и постэпидемический периоды (231 чел.).

Для вакцинации применяли интраназальную живую вакцину для детей 3-14 лет Иркутского предприятия иммунобиологических препаратов, состоящую из антигенов вирусов гриппа А (H1N1), А (H3N2) с инфекционным титром 6,5 Ig ЭИД₅₀ и В с инфекционным титром 6,0 Ig ЭИД₅₀ (ср. 172).

Для экстренной профилактики гриппа и ОРЗ использовали фитопрепарат эраконд (ТУ 494К-А042-006-97) по 0,5г на прием перорально в течение 7 дней.

Иммуногенную реактивность вакцины определяли с типоспецифическими диагностикумами в РТГА по содержанию антигемагглютининов в парных сыворотках крови привитых.

Учет суммарной заболеваемости гриппом и ОРЗ в наблюдаемых коллективах проводили в период эпидемии гриппа (февраль-март) и за период с февраля по март 1998г. Эффективность препаратов рассчитывали по соотношению показателей заболеваемости в опытной и контрольной группах и выражали в индексах эффективности [1]. Достоверность результатов оценивали при уровне доверия 0,05.

Таблица 1

Иммуногенная активность живой гриппозной детской вакцины у привитых детей 1-2 классов

Серотип вакцино- ного вируса	Число обследо- ванных	Исходный титр анти- тел	Среднеарифметические титры антител (в обратных величинах)		Кратность прироста титров антител	Кол-во серокон- версий (%)	Всего серо- конверсий в группе (%)	Всего лиц с титром антител 1:40 и выше после прививки (%)
			до прививки	после прививки				
А(H1N1)	24	< 1:20	14,2	49,2	3,4	25,0	10,3	80,8
	44	> 1:40	87,5 61,4±6,0	98,2 75,5±6,2	1,1	2,3		
А(H3N2)	40	< 1:20	14,5	25,5	1,7	5,0	2,9	57,3
	28	> 1:40	67,1 34,4±3,3	63,5 40,0±2,8	-	-		
В	63	< 1:20	12,4	16,9	1,3	1,6	1,5	11,7
	5	> 1:40	40,0 14,2±1,2	40,0 17,8±0,9	-	-		