**РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ВОЛГО-ВЯТСКАЯ АКАДЕМИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ**

**ФИЛИАЛ ВОЛГО-ВЯТСКОЙ АКАДЕМИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ В Г.ЧЕБОКСАРЫ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Кафедра Управления

**ДИПЛОМНЫЙ ПРОЕКТ**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ РЫНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ**

**ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**Специальность:** Государственное

и муниципальное управление

**Специализация:**

Региональное управление

**Выполнил:**

студент группы 02-Г-21

Донсков Дмитрий Владимирович

**Научный руководитель:**

к. э .н., доцент

Тарасов В.Т.

Чебоксары

2006 г.

**АННОТАЦИЯ**

В дипломном проекте исследуется вопросы функционирования рынка стоматологических услуг на территории Чувашской Республики с целью определения перспектив его дальнейшего развития и разработки предложений по совершенствованию механизма его государственного регулирования.

В этой связи рассмотрены сущность и содержание рынка стоматологических услуг Чувашской Республики, методы его государственного регулирования, оценивается их эффективность и обосновывается баланс их сочетания.

Особое место в проекте уделяется стратегическому анализу сложившейся ситуации на рынке стоматологических услуг Чувашской Республики, на основе которого предложена концепция механизма его регулирования и разработаны предложения по его дальнейшему совершенствованию.

**СОДЕРЖАНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ РЫНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

1.1 Понятие и виды стоматологических услуг

1.2 Рынок стоматологических услуг и его характеристики

1.3 Механизм государственного регулирования рынка стоматологических услуг

1.3.1 Нормативно-правовое регулирование

1.3.2 Методы государственного регулирования

1.3.3 Органы государственного регулирования услуг

1.4 Зарубежный опыт функционирования рынка стоматологических услуг

1.5 Методологические основы формирования концепции государственного регулирования рынка стоматологических услуг

ГЛАВА II. АНАЛИЗ РЫНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ И МЕХАНИЗМА ЕГО ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

2.1 Внешний анализ рынка стоматологических услуг ЧР

2.1.1 Анализ дальнего окружения

2.1.2 Анализ ближнего окружения

2.2 Внутренний анализ рынка стоматологических услуг ЧР

2.3 SWOT- анализ разных секторов рынка стоматологических услуг ЧР.

2.4 Анализ методов государственного регулирования рынка стоматологических услуг Чувашской Республики

2.5 Обобщение результатов анализа и формулирование проблем государственного регулирования рынка стоматологических услуг Чувашской Республики

ГЛАВА III. КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ РЫНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМА ЕГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

3.1 Основные направления развития рынка стоматологических услуг Чувашской Республики

3.2 Проектирование мероприятий по совершенствованию механизма государственного регулирования рынка стоматологических услуг Чувашской республики

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ПРИЛОЖЕНИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Коренное реформирование здравоохранения в России в течение последних пятнадцати лет, сопровождается развитием рыночных отношений в здравоохранении.

В первую очередь развитие рынка коснулось стоматологии. Во-первых, стоматологи во всем мире, независимо от принятой в стране системы здравоохранения, имеют наиболее обширный опыт оказания платных услуг населению, во-вторых, в начале 90-х годов в России появилось множество частных стоматологических организаций, предлагающих населению платные стоматологические услуги. В этих условиях вопросы современного менеджмента и маркетинга в стоматологии приобрели особую актуальность, которая сохраняется до настоящего времени.

Между тем многие вопросы менеджмента и маркетинга в стоматологии остаются недостаточно изученными. Прежде всего, следует иметь в виду, что рыночные отношения в здравоохранении, и в стоматологии в частности, строятся в нашей стране на базе значительно разрушенной государственной системы здравоохранения, которая действовала на протяжении многих десятков лет. Психология и врачей, и пациентов, в массе своей не знающих, что такое частная практика, совершенно иная, чем у людей, считающих **куплю-продажу** медицинских услуг естественным процессом. Наконец, резко отличаются принятые в государственных учреждениях в прошлые годы административные методы управления от современных с преобладанием экономических и социально-психологических методов. Внедрение рыночных методов хозяйствования в стоматологии показало, что государственная система стоматологического обслуживания имеет еще определенный потенциал реформирования. Таким образом, формирование рынка стоматологических услуг, появление большого числа частных стоматологических организаций, определенный потенциал дальнейшего реформирования государственных стоматологических организаций обуславливают практические исследования вопросов менеджмента и государственного регулирования сферы. В связи с этим на протяжении 2002-2005г.г. нами проводилось комплексное медико-организационное исследование в системе стоматологической службы Чувашской Республики, нацеленное на анализ происходящих изменений в организации стоматологической помощи населению в последние годы и направленное на совершенствование современной стоматологической службы в республике.

Для более полного понимания проблемы дадим определения понятиям рынок стоматологических услуг и государственное регулирование рынка стоматологических услуг.

**Рынок стоматологических услуг** – система взаимодействия покупателей и продавцов стоматологических товаров и услуг.

**Государственное регулирование рынка стоматологических услуг** – это механизм применения государственными органами, учреждениями системы здравоохранения мер законодательного, исполнительного и контролирующего характера, направленных на достижение определенных социально-экономических целей.

**Целью дипломного проекта является –** изучение государственного регулирования рынка стоматологических услуг Чувашской Республики с целью определения перспектив дальнейшего развития рынка и разработки предложений по совершенствованию механизма его государственного регулирования.

Для достижения намеченной цели нами были сформулированы следующие **задачи**:

1. Рассмотреть теоретические основы государственного регулирования рынка стоматологических услуг в Чувашской Республике;

2. Провести комплексный анализ внешней и внутренней среды рынка стоматологических услуг Чувашской Республики с применением метода SWOT- анализа;

3. Провести анализ методов государственного регулирования рынка стоматологических услуг Чувашской Республики;

4. Определить перспективы развития рынка стоматологических услуг на территории Чувашской Республики;

5. Сформулировать проблемы государственного регулирования рынка стоматологических услуг Чувашской Республики;

6. Разработать предложения по совершенствованию механизма государственного регулирования рынка стоматологических услуг в виде концепции механизма государственного регулирования рынка стоматологических услуг Чувашской Республики.

**Объектом** изучениядипломного проекта – рынок стоматологических услуг Чувашской Республики.

**Предметом** изучениядипломного проекта – механизм государственного регулирования рынка стоматологических услуг Чувашской Республики.

Для получения эмпирической информации нами была собрана и проанализирована информация о деятельности государственных, муниципальных, частных стоматологических учреждениях в период 2002 -2005 г.г.

В дипломном проекте были использованы данные реестра действующих лицензий на осуществление стоматологической деятельности, данные государственного доклада «О состоянии здоровья населения Чувашской Республики за 2004 год», государственного доклада «О состоянии здоровья населения Чувашской Республики за 2003 год», статистических сборников ГУЗ «Медицинского информационно-аналитического центра», и другие общедоступные информационные материалы.

Кроме этого нами был проведен опрос руководителей 43стоматологических учреждений разных форм собственности по специально составленной анкете (приложение №1), с целью выявления тенденций изменения рынка стоматологических услуг. Самое маленькое стоматологическое учреждение имело штат из 2 человек и 1 стоматологическое кресло, самое крупное- штат из 120 человек и 23 стоматологических кресел.

Для репрезентативности выборки отбирались учреждения здравоохранения, оказывающие стоматологические услуги различного размера и различного возраста.

При анализе собранной информации использовались как количественные, так и качественные методы. Методы стратегического менеджмента.

**ГЛАВА I.ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ РЫНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**1.1 Понятие и виды стоматологических услуг**

Любая услуга - есть полезное действие, удовлетворяющее потребность того, кто в ней нуждается (это действие, приносящее пользу другому) [ ].

В развитие темы о многообразии понимания термина "услуга" заслужи­вает внимания его официальное толкование, принятое Международной орга­низацией по стандартизации (ИСО), согласно которому услуга - это резуль­тат непосредственного взаимодействия исполнителя и потребителя, а так­же собственной деятельности исполнителя по удовлетворению потребнос­тей потребителя (МС ИСО 9004-2; ГОСТ 50646).

В приказе Минздрава РФ от 10 апреля 2001 г. N 113 «О введении в действие отраслевого классификатора "Простые медицинские услуги» медицинские услуги определяются следующим образом:

Медицинская услуга - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Стоматологические услуги являются разновидностью профессиональных медицинских услуг, ориентированных на особое благо - здоровье чело­века. Следовательно, стоматологическая услугаесть необходимое и достаточное профессиональное действие, осуществляемое по отношению к па­циенту с профилактической, диагностической, лечебной и (или) реабилита­ционной целью.

***Под стоматологической услугой понимается*** *- ме­роприятие (или комплекс мероприятий), направленное на профилактику бо­лезней зубов и полости рта, их диагностику и лечение, имеющее самостоя­тельное законченное значение и определенную стоимость.*

Стоматологические услуги имеют четыре основ­ных признака, отличающих любую услугу от товара. Этими универсальными отличительными признаками считаются:

А) Неосязаемость;

Б) Неотделимость от источника услуги;

В) Непостоянство качества;

Г) Не сохраняемость.

Неосязаемость. Пациент, пришедший на прием к стоматологу, не может заранее знать результат посещения, он вынужден просто верить стоматологу на слово. Однако, для повышения «осязаемости» предлагаемых стоматологических услуг в ряде случаев можно дать некоторое представление о характере конкретной услуги. Например, можно продемонстрировать пациенту фотографии с результатами эстетической реставрации зубов.

Неотделимость от источников услуги. Пациент, записавшийся к определенному стоматологу, получит уже не ту услугу если попадет из-за отсутствия этого стоматолога к другому.

Непостоянство качества. Одну и ту же стоматологическую услугу врачи разной квалификации оказывают по-разному, и даже один и тот же стоматолог может помочь пациенту по-разному в зависимости от своего состояния.

Несохраняемость – стоматологическую услугу невозможно сохранить для дальнейшего предоставления. Оказать услугу возможно лишь тогда, когда есть пациент.

**Особенностью стоматологических услуг** является то, что часть из них имеют вещественные атрибуты, т.е. конкретные мате­риальные результаты в виде пломб, различных конструкций зубных проте­зов, имплантантов, ортодонтических аппаратов. Данное обстоятельство су­щественно отличает стоматологическую деятельность от большинства других видов медицинской деятельности, предопределяя возможные особенности договорных отношений при осуществлении стоматологической практики.

Надо отметить, что наряду с указанными вещественными атрибутами предоставление стоматологических услуг зачастую сопровождается рядом дополнительных услуг, обеспечивающих тот или иной уровень общего сер­виса. Так комфортные условия ожидания приема в холле перед кабинетом врача, эстетичный дизайн интерьеров, отсутствие очередей, внимательное отношение и предупредительность со стороны персонала клиники к запросам пациента - все эти сервисные атрибуты хоть и не меняют профессионального медицинского существа стоматологической помощи, все же явля­ется важными элементами ее предоставления.

**Виды стоматологических услуг**

Ввиду высокой степени неоднородности стоматологических услуг их абсолютная унификация в значительной степени затруднена. Между тем можно использовать различные подходы к классификации стоматологических услуг, Так, например, согласно приказу Минздрава РФ от 10 апреля 2001 г. N 113 «О введении в действие отраслевого классификатора «Простые медицинские услуги», по степени сложности стоматологические услуги дифференцируются на простые, сложные и комплексные.

*Простая стоматологическая услуга* - неделимая услуга, выполняемая по формуле "пациент" + "специалист" = "один элемент профилак­тики, диагностики или лечения".

*Сложная стоматологическая услуга* - набор простых стоматологических услуг, который требует для своей реализации определенного состава персонала, специальных помещений, технического оснащения и т.д., отвечающий формуле "пациент" + "комплекс простых услуг" = "этап профилактики, диагностики или лечения".

*Комплексная стоматологическая услуга* - набор сложных и (или) простых стоматологических услуг, заканчивающихся либо проведением профилактики, либо установлением диагноза, либо окончанием проведения определенного этапа лечения, например, санация полости рта, протезирование и т.д., по формуле "пациент" + "простые + сложные услуги"= "прове­дение профилактики, установление диагноза или окончание проведе­ния определенного этапа лечения".

По функциональному назначению стоматологические услуги определяются как:

1. Лечебно-диагностические - направленные на установление диагноза или лечение заболевания;

2. Профилактические - направленные на предупреждение заболевания (профессиональная гигиена полости рта, санитарное просвещение);

3. Реабилитационные - связанные с социальной и медицинской реабилитацией стоматологических больных (протезирование зубов).

Кроме того, по функциональному признаку среди стоматологических услуг можно выделить:

1. Материальные услуги, связанные с необходимостью по изготовлению или восстановлению (изменению, сохранению) потребительских свойств изделий стоматологического назначения (зубных и челюстно-лицевых протезов и др.);

2.Нематериальные услуги, обеспечивающие поддержание и восстановление здоровья пациента без необходимости выполнения указанных работ.

По направлению деятельности стоматологические услуги разделяются:

1. Профилактические, направленные на профилактику стоматологических заболеваний;

2. Терапевтические, направленные на лечение стоматологических заболеваний;

3. Ортопедические, направленные на восстановление утраты зубов;

4. Хирургические, направленные на удаление патологически измененных тканей;

5. Ортодонтические, направленные на исправление прикуса, положения зубов;

6. Детские терапевтические - направлены на лечение стоматологических заболеваний у детей;

7. Детские хирургические – направлены на удаление патологически измененных тканей у детей;

8. Детские ортопедические – направлены на восстановление утраты зубов у детей.

**1.2 Рынок стоматологических услуг и его характеристики**

Рынок стоматологических услуг - система взаимодействия покупателей и продавцов стоматологических товаров и услуг.

Это взаимодействие приводит, в конце концов, к возможностям обмена между участниками рынка. Под покупателями понимаются потребители, которые приобретают стоматологические товары и услуги. К продавцам относятся стоматологические учреждения либо врачи стоматологи, имеющие разрешение на осуществление деятельности в виде лицензии, осуществляющие частную стоматологическую практику, продающие стоматологические товары и услуги. Рынок формируется на основании спроса и предложения, которые создаются соответственно покупателями и продавцами. В идеале считается, что результат рыночных отношений ни покупатель, ни продавец останутсяудовлетворенными результатами обмена между ними.

Теория идеального рынка была описана видным английским экономистом XVIII в. Адамом Смитом, который предполагал, что рынок должен действовать в условиях свободной конкуренции множества продавцов и покупателей. При этом продавцы не вступают в сговор друг с другом и конкурируют, используя для этого только цены на собственные товары и услуги, озабоченные получ­ением максимальной прибыли. Вместе с тем покупатели озабочены приобретением товаров, которые максимально удовлетворяли бы их нужды, свободно тратя деньги на те из них, которые больше всего им подходят в данный момент времени. При этом покупатели полностью информированы о потребительских свойствах и ценах на товары.

Здравоохранение как отрасль общественного хозяйства обладает рядом характеристик, нарушающих действие рыноч­ного механизма. Рассмотрим наиболее важные из них.

Часть медицинских услуг обладает свойствами «общест­венных благ». Экономическая теория выделяет особый тип результатов хозяйственной деятельности — так называемые «общественные блага» (public goods). Им свойственны харак­теристики, отличающие их от товаров индивидуального потребления. Во-первых, они являются объектом коллективного потребления. Это означает, что потребление услуг одним человеком не уменьшает ресурсы потребления, доступные другим членам общества. Во-вторых, на общественные блага, в отличие от благ индивидуального потребления, не распространя­ется принцип исключения других лиц из процесса потребления. Например, санитарно-гигиенические мероприятия неизбежно становятся достоянием больших групп населения. Возникает эффект «транспортного зайца»: люди получают блага, но не платят за них.

Для удовлетворения потребностей в услугах с характе­ристиками «общественных благ» во всех странах действует так называемый сектор «общественного здравоохранения» (public health). Он включает службы, осуществляющие контроль за эпидемиологической ситуацией, ведущие работу по лечению инфекционных заболеваний, занимающиеся санитарно-просветительской работой и прочее. В сферу общественного здравоохранения традиционно входят санитарно-эпидемиологические станции, общественные оздоровительные центры и т. д. Эти учреждения обычно финансируются из государственного бюд­жета на основе принципа содержания, то есть оплачивается их готовность к работе (вложенные ресурсы), а не конкретные ее результаты.

Следует, однако, признать, что наличие свойств обществен­ного блага лишь в малой степени объясняет нарушение рыночного механизма в здравоохранении. Эти свойства присущи относительно небольшой части медицинских услуг. Услуги по лечению, например, восстановление отсутствующих зубов не наделены характе­ристиками общественных благ, их потребление строго инди­видуально и не имеет внешнего эффекта. То есть эти услуги обладают свойствами частного блага.

Значительно более важное значение имеют другие характе­ристики медицинских услуг. Они и определяют отклонения от обычной рыночной модели. Экономическая теория определяет эти отклонения как «изъяны рынка» (market failures). К ним относятся:

1. Недостаточная информированность потребителя;

2. Невозможность самостоятельного выбора необходимых услуг;

3. Невозможность самостоятельного выбора необходимого объема предоставляемых услуг, т. к. выбор определяется производителем услуг – врачом;

Недостаточная информированность потребителя. Рынок может быть надежным регулятором распределения ресурсов только при условии полной информированности потребителя и его независимости от производителя товаров. В здравоохранении эти условия, как правило, не соблюдаются, кроме того, больной человек как потребитель медицинских услуг не обладает теми знаниями, которые позволили бы ему оценить объем и цену приобретаемых услуг. Ему трудно выбрать врача, способного предоставить услугу по более низкой цене.

Во многих случаях потребитель не может осуществлять рациональный выбор необходимых услуг уже в силу своего болезненного состояния, а иногда и в результате временной или полной недееспособности.

В отличие от обычных рынков, в здравоохранении производитель, а не потребитель определяет объем предостав­ляемых благ. Врачи выступают в двух лицах — как агенты пациентов, определяющие меру их потребностей и объем необходимых услуг, и как производители этих услуг. Иными словами, врачи определяют не только предложение услуг, но и спрос на них. В результате возможен конфликт между меди­цинскими и экономическими интересами врачей. Они могут преувеличивать объем необходимых процедур, исключить из набора товаров и услуг дешевые заменители, выбирать те виды услуг, которые обеспечивают полную нагрузку поликлиник и т. д.

Экономическая теория оперирует понятием спроса, спро­воцированного предложением (supply-induced demand). Речь идет о навязывании пациенту услуг, не очень нужных или совсем не нужных для достижения клинического результата, но необхо­димых производителям медицинских услуг для обеспечения своих экономических интересов.

Информационная «асимметрия» поставщика и потребителя стоматологических услуг деформирует обычное взаимодействие спроса и предложения. Достаточно сказать, что в странах, где стоматологическая помощь оплачивается за каждую отдельную услугу (действует гонорарный принцип), объем этих услуг заметно выше, чем в странах, где эта помощь оплачивается в виде фиксированной суммы на одного пациента (действует подушевой принцип). Так, в Германии и Франции, относящихся к первой группе стран, число стоматологических посещений составляет соответственно 11,5 и 7,2 на душу населения. В Великобритании, где используется подушевой принцип оплаты врачей, на одного человека приходится только 5,5 посещений в год.

Можно схематично показать отличия рынка совершенной конкуренции от той рыночной структуры, которая характерна в целом для рынка стоматологических услуг (таблица 1.1).

Таблица 1.1

**Отличительные характеристики рынка стоматологических услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| **Рынок совершенной конкуренции** | **Рынок стоматологическихуслуг** |
| Большое количество продавцов. | Число продавцов ограничено, существуют ограничения входа на рынок. |
| Однородность товара. | Неоднородность стоматологической услуги, ее индивидуальность, уникальность. |
| Хорошая информированность покупателей. | Информационная «ассиметрия». |
| Возможность сопоставления цены товара и его качества. | Невозможность или затруднительность сопоставления цены и качества. |
| Производители стремятся к максимизации прибыли. | Наличие большого числа государственных,частных. |
| Реализация продукции осуществляется, как правило, напрямую. | В большинстве случаев требуется участие «третьей стороны» - компетентного посредника, который и оплачивает значительную часть медицинских услуг. |

Исходя из приведенного сравнения, можно утверждать, что рынок стоматологических услуг, с точки зрения организационной структуры, является рынком несовершенной конкуренции. При этом по своим основным характеристикам он в большей мере приближается к структурам, которые в экономической теории классифицируются **каколигополия** (приложение 2). Эти обстоятельства неизбежно накладывают свой отпечаток на поведение производителей, изменение их первоочередных целей, систему ценообразования, что также требует специфического регулирования происходящих процессов в этих рыночных структурах со стороны государства.

На сегодняшний день рынок стоматологических услуг организован по типу олигополии. Доступ на рынок ограничен. Имеется частичный контроль цен на услуги. Складывается ситуация, когда пациенты ищут «своего» врача - того, кто не обманет и окажет наиболее качественные услуги за определенную цену.

Особая роль принципов доступности и равенства в получении медицинской помощи. Объем потребления медицинских услуг не может определяться только уровнем платежеспособности человека. Это особенно очевидно в тех случаях, когда для уменьшения страданий и спасения жизни человека требуется экстренная медицинская помощь.

Необходимость корректировки рыночного механизма распределения ресурсов диктуется и тем обстоятельством, что наибольшую потребность в медицинской помощи, в том числе и стоматологической, имеют лица с низким доходом. Они имеют худшие условия жизни и труда, соответственно показатели их здоровья ниже, чем у обеспе­ченных слоев населения.

Обеспечение равных возможностей в потреблении медицин­ских услуг диктует необходимость перераспределения бюджета здравоохранения в пользу наиболее нуждающихся — стариков, детей, лиц с низким доходом, хронических больных и т. д. Основой развития отрасли становится принцип общественной солидарности: богатый платит за бедного, здоровый — за больного. Реализация этого принципа требует активного вме­шательства государства.

Мы перечислили главные специфические характеристики рынка стоматологических услуг, ограничивающие возможности рыночной самонастройки в сфере здравоохранения. Из этого можно сделать следующие выводы.

1. Информационная «асимметрия» в сочетании с возмож­ностью нерационального поведения потребителя повышают вероятность формирования затратного механизма в здравоох­ранении, особенно в стоматологии. Производители стоматологических услуг в рыночной среде не имеют достаточных ограничителей для рационального использования ресурсов. Они могут расширять объем услуг, чтобы обеспечить загрузку имеющихся мощностей (стоматологического оборудования и прочего) и увеличить свой доход. Если этим процессом не управлять, то будет расти удельный вес дорогостоящих видов стоматологических услуг и общие затраты на случай лечения. Снизится заинтересованность в профилактике заболеваний и использовании относительно простых, но эффективных стоматологических технологий.

2. Специфика рынка стоматологических услуг определяет воз­можность противоречия между действиями, направленными на повышение локальной и структурной эффективности. Локальная (внутренняя) эффективность характеризует результаты использования ресурсов в конкретной стоматологической организации. Структурная эффективность характеризует результаты использования ресурсов в системе здравоохранения в целом. Известный американский экономист Питер Друкер определил различие между двумя этими понятиями следующим образом: «Локальная эффективность — это умение делать вещи нужными методами. Структурная эффективность — это способность делать нужные вещи»[ ].

В условиях, когда решения об объеме и составе стоматологических услуг прини­мают сами их производители, оплата деятельности стоматологов за конкретную услугу ведет к увеличению объема услуг в расчете на единицу затраченных ресурсов. Локальная эффективность функционирования стоматологических организаций повышается. Что же касается структурной эффективности, то рыночные меха­низмы не обеспечивают ее автоматического повышения. Заинтересованность конкретного стоматолога в наращивании объема услуг отнюдь не всегда ведет к повышению конечных результатов работы системы в целом.

Итак, недостаточная информированность пациента в сочетании с особой ролью стоматологов в определении объема и структуры стоматологических услуг таит в себе значительный потен­циал структурных диспропорций в стоматологии. В отличие от большинства других отраслей хозяйства, в здравоохранении, особенно в стоматологии рыночный механизм распределения ресурсов не гарантирует эффективного использования ресурсов в системе в целом.

3. Для повышения структурной эффективности необходимо обеспечить целенаправленное управление объемами и струк­турой оказания стоматологической помощи, оказываемой населению. Субъекты управления могут быть разными в зависимости от господствующего принципа финансирования стоматологии. В самом общем виде это финансирующая сторона, то есть организация, заказывающая объемы стоматологической помо­щи у производителя стоматологических услуг и оплачивающая эти объемы.

Примеры проблем, решаемых финансирующей стороной:

- как выбрать экономически наиболее рациональный вари­ант лечения конкретного случая без ущерба для качества помощи;

- как обеспечить участие врачей в поиске ресурсосбере­гающих технологий;

- как стимулировать интерес населения к здоровому образу жизни и оптимизировать поведение пациентов.

Финансирующая сторона должна сделать то, что не спо­собен сделать отдельный пациент в силу недостаточной информированности и слабой возможности влиять на медиков, спланировать оказание стоматологической помощи, обеспечить оптимальное соотношение между отдельными ее видами, заи­нтересовать стоматологов в наиболее рациональном использовании ресурсов.

Особое значение доступности и равенства в получении медицинской помощи диктует необходимость специфических форм государственного регулирования, которые либо вообще отсутствуют в других отраслях рыночной экономики, либо выражены значительно слабее. Прежде всего, государство берет на себя финансирование значительной части стоматологической помощи населению. Для этого используются механизмы пере­распределения доходов — на основе общего налогообложения или целевых налогов на нужды здравоохранения. Кроме того, государство берет на себя прямое оказание части медицинской помощи — не только тех видов, которые обладают свойствами «общественных благ», но и услуг, потребление которых носит индивидуальный характер, например, бесплатное зубопротезирование для льготных групп граждан.

Государство в той или иной форме регулирует цены в системе общественного здравоохранения, устанавливает стандарты стоматологической помощи для защиты пациентов, осуществляет лицензирование стоматологических организаций, планирует трудовые и материальные ресурсы и осуществляет множество других ре­гулирующих функций. Большинство из этих функций определя­ются стремлением государства нейтрализовать «ошибки» рынка.

**1.3 Механизм государственного регулирования рынка стоматологических услуг**

Государственное регулирование рынка стоматологических услуг – это механизм применения государственными органами, учреждениями системы здравоохранения мер законодательного, исполнительного и контролирующего характера, направленных на достижение определенных социально-экономических целей.

Государственное регулирование рынка стоматологических услуг в Чувашской Республике является частью государственного регулирования экономики в целом.

Генеральной целью государственного регулирования рынка стоматологических услуг является обеспечение социально-экономической стабильности в обществе, приспособление существующей социально-экономической системы к изменяющимся условиям.

От этой главной цели возникают множество конкретных целей, без осуществления которых не может быть достигнута главная цель. Эти конкретные цели неразрывно связаны с объектами государственного регулирования рынка стоматологических услуг Чувашской Республики.

"Дерево целей" видоизменяется в зависимости от конкретных проблем, стоящих перед Чувашской Республикой. Конкретные цели можно сгруппировать по определенным блокам, определяющим достижение наиболее общих целей.

В целом "дерево целей" можно представить следующим образом.

**1. Обеспечение стабильности, выравнивание долгосрочных циклических и краткосрочных конъюнктурных колебаний рынка стоматологических услуг Чувашской Республики:**

1.1 Поддержание устойчивости стоматологической службы ЧР;

1.2 Обеспечение развития стоматологической службы Чувашской Республики:

а) расширение сети стоматологических учреждений на территории ЧР;

б) улучшение обеспечения стоматологической сети ЧР оборудованием и расходными материалами;

в) улучшение подготовки управленческих и стоматологических кадров;

1.3 Обеспечение гарантированного объема бесплатной неотложной стоматологической помощи населению Чувашской Республики;

1.4 Обеспечение гарантированного объема бесплатной амбулаторно-поликлинической стоматологической помощи населению Чувашской Республики в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

1.5 Обеспечение гарантированного объема бесплатной стационарной стоматологической помощи населению Чувашской Республики в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

1.6 Дальнейшее совершенствование системы организации и управления стоматологической службой ЧР;

1.7 Обеспечение полной занятости в стоматологической службе ЧР;

1.8 Обеспечение экономической эффективности стоматологических учреждений ЧР;

1.9 Обеспечение экономичности и сбалансированности стоматологической помощи;

1.10 Обеспечение качества стоматологической помощи;

1.11 Предоставление равного доступа к стоматологическим услугам различных социально-экономических групп населения ЧР;

1.12 Преимущественное направление на профилактику стоматологических заболеваний;

**2. Обеспечение рамочных условий функционирования стоматологической службы Чувашской Республики:**

2.1 Обеспечение правовой основы функционирования стоматологической службы Чувашской Республики;

2.2 Финансовое обеспечение стоматологической службы Чувашской Республики;

2.3 Материально-техническое обеспечение стоматологической службы Чувашской Республики;

2.4 Внедрение новых технологий лечения стоматологических заболеваний;

2.5 Усиление роли общественного контроля за рынком стоматологических услуг Ассоциацией стоматологов Чувашской Республики.

**З. Обеспечение социальной поддержки населения Чувашской Республики:**

3.1 Предоставление мер социальной поддержки отдельным категориям граждан

**4. Координация хозяйственной деятельности:**

4.1 Обеспечение информацией о конъюнктуре рынка, перспективах развития рынка стоматологических услуг Чувашской Республики;

4.2 Разработка мотивационного механизма, системы поощрения и санкций.

**5. Поддержка конкурентной среды на стоматологическом рынке Чувашской Республики:**

5.1 Создание экономических, правовых условий, правил системы конкурентных отношений, зашита конкурентной среды; борьба против недобросовестной конкуренции;

5.2 Разработка стратегических и тактических мер развития предпринимательскойактивности(правовых, административных, экономических: финансовых, налоговых, таможенных и других мер);

5.3 Поддержка малого и среднего предпринимательства.

**6. Управление государственным и муниципальным сектором рынка стоматологических услуг Чувашской Республики:**

6.1 Управление государственными и муниципальными стоматологическими учреждениями;

6.2 Управлениесобственностью государственных и муниципальных стоматологических учреждений.

***1.3.1 Нормативно-правовое регулирование***

В соответствии со ст. 41Конституции РФ «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

Здоровье является высшим неотчуждаемым благом человека, без которого утрачивают значение многие другие блага и ценности. В то же время оно не является только личным благом гражданина, а имеет еще и социальный характер. Иначе говоря, не только каждый должен заботиться о своем здоровье, но и общество обязано принимать все необходимые меры, содействующие сохранению и улучшению здоровья его членов, препятствовать посягательству кого бы то ни было на здоровье граждан.

Закрепляя это право в Конституции, государство принимает на себя обязанность осуществлять целый комплекс мер, направленных на устранение в максимально возможной степени причин ухудшения здоровья населения, предотвращение заболеваний, а также на создание условий, при которых каждый человек может воспользоваться любыми не запрещенными методами лечения и оздоровительными мерами для обеспечения наивысшего достижимого на современном этапе уровня охраны здоровья.

Всестороннее развитие человеческой личности недостижимо, если в обществе не функционирует эффективная система, гарантирующая охрану здоровья. Об этом, в частности, говорится в Декларации социального прогресса и развития, одобренной Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН N 2542 (XXIV) от 11 декабря 1969 г., и в Европейской социальной хартии, принятой Советом Европы 18 октября 1961 г.[].

(СССР и международное сотрудничество в области прав человека. Документы и материалы. М., 1989, с. 448-453, 255-256).

В Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г.признается значение охраны здоровья граждан как неотъемлемого условия жизни российского общества и подтверждается ответственность государства за сохранение и укрепление здоровья его граждан. Создание нормальных условий для реализации гражданами своего права требует государственных мероприятий по охране здоровья граждан. Эта деятельность государства, как записано в ст. 1 Основ, представляет собой совокупность **мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера**, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи. Для осуществления перечисленных мер в России функционирует развитая система охраны здоровья граждан, включающая государственную, муниципальную и частную системы здравоохранения, систему государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Право граждан на охрану здоровья обеспечивается предоставлением населению доступной медико-социальной помощи. При этом государство гарантирует реализацию гражданами указанного права независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств.

Гарантиями права граждан на медицинскую помощь выступает **развитая сеть медицинских учреждений, доступность медицинской помощи, развитие лекарственной помощи.** Как записано в ч. 1 статьи 41, медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, конкретизируя эту норму, устанавливают **гарантированный объем бесплатной медицинской помощи** гражданам, который им обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования. Он включает: первичную медико-санитарную; скорую медицинскую и специализированную медицинскую помощь; **медико-социальную помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями (психическими, онкологическими, венерическими, туберкулезом, СПИДом); медико-социальную помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, т.е. инфекционными.** Кроме того, граждане имеют право на дополнительные медицинские услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также **за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств** и иных источников, не запрещенных российскими законами.

Порядок обеспечения граждан медицинской помощью на основе обязательного и добровольного медицинского страхования подробно регламентирован в Законе РФ от 28 июня 1991 г. (в ред. от 2 апреля 1993 г.) "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" (ВВС РСФСР, 1991, N 27, ст. 920). Принципиальное значение в этом законе имеет закрепление положения о том, что обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам России равные возможности получения медицинской помощи. Нужно также отметить, что право на медицинскую (в Основах - медико-социальную) помощь включает в себя такие элементарные права, как: право на профилактическую помощь, право на лечебно-диагностическую помощь, право на реабилитационную помощь, право на информацию о состоянии здоровья, право дать согласие на медицинское вмешательство или отказаться от него, право на зубопротезную помощь.

Материальной гарантией права граждан на бесплатную медицинскую помощь выступает созданный Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

Граждане реализуют свое право на бесплатную медицинскую помощь на основе страхового медицинского полиса обязательного страхования. Однако экстренная медицинская помощь в соответствии с Законом от 2 апреля 1993г. оказывается вне зависимости от наличия у пациента страхового полиса, поскольку она финансируется за счет государственного бюджета. Поэтому отказ от оказания такой помощи является явным нарушением Закона.

При отказе поликлиники в оказании медицинской помощи гражданин вправе обратиться в страховую компанию, выдавшую ему страховой полис, или территориальный страховой фонд. Эти органы обязаны защищать права пациента.

Основы законодательства об охране здоровья граждан определяют компетенцию Российской Федерации и ее субъектов в вопросах охраны здоровья граждан, устанавливают источники ее финансирования (средства бюджетов всех уровней, единый социальный налог, средства целевых фондов, средства хозяйствующих субъектов, доходы от ценных бумаг и др.) и предусматривают разработку и реализацию федеральных программ по развитию здравоохранения, профилактики заболеваний и по другим вопросам. НУЖНО ЛИ ДОБАВИТЬ ПРО ЧР?

***1.3.2Методы государственного регулирования рынка стоматологических услуг***

Выбор инструментов государственного регулирования рынка стоматологических услуг, характера и механизма их использования не может быть случайным. Инструментарий регулирования определяется наиболее оптимально выбранными стратегией и путями развития здравоохранения в целом.

Государственное регулирование рынка стоматологических услуг непосредственно связано сполитикой в области здравоохранения и направлено на ее реализацию.

Государство для реализации целей своей политики в области здравоохранения использует различные формы и методы, которые и образуют инструментарий государственного регулирования рынка стоматологических услуг.

Методы классифицируются по двум признакам: по формам влияния и по способам влияния.

По формам влияния методы делятся на две группы: методы прямого влияния методы косвенного влияния.

Методы прямого влияния непосредственно действуют на функционирование субъектов рынка. Такое непосредственное влияние осуществляется при помощи административных и правовых методов.

Методы косвенного регулирования– это методы, которые регламентируют поведение субъектов рынка не прямо, а опосредованно, через создание определенной экономической среды, которая заставляет их действовать в нужном государству направлении.

В зависимости от способов влияния **КОГО?** выделяют методы государственного регулирования рынка стоматологических услуг на территории Чувашской Республики:

**1. Правовые методы;**

Задачей является создание и регулирование правовой основы функционирования рынка стоматологических услуг. Элементами правовых методов являются Конституция Российской Федерации, Конституция Чувашской Республики, Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, а также другие законы, регулирующие деятельность ?**объектов** государственного регулирования, к которым относятся нормативные акты защищающие права и свободы граждан настоматологическую помощь,определяющие полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления в области охраны здоровья, организация охраны здоровья граждан в Российской Федерации, права граждан, а также гарантии в области охраны здоровья, условия функционированиястоматологических учреждений,их взаимоотношениямеждусобойи органамигосударственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления.

- Предоставление равного доступа к стоматологическим услугам различных социально-экономических групп населения ЧР;

**2. Административные методы;**

Эти методы не связаны с созданием дополнительного материального стимула или опасностью финансового ущерба и базируются на силе государственной власти и включают в себя меры запрета, разрешения и принуждения. К ним относятся:

- разработка, утверждение и контроль выполнения программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной стоматологической помощи, включающей в себя базовую программу обязательного медицинского страхования;

- координация деятельности органов государственной власти, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области стоматологии;

- аккредитация стоматологических учреждений;

- лицензирование стоматологических работ и услуг;

- установление фиксированных цен на стоматологические товары и услуги;

- применение санкций к стоматологическим учреждениям;

- определение нормуровня подготовки стоматологических кадров;

- планирование необходимого количества стоматологических кадров;

- проведение аттестации стоматологических работников;

-установление стандартов стоматологической помощи и контрольза их соблюдением, нормативные требования к качеству стоматологических услуг;

- проведение единойсистемы статистической отчетности в стоматологических учреждениях;

- сертификация стоматологических услуг;

- выдача разрешений на применение новых стоматологических технологий;

- организация и обеспечение государственного санитарно-эпидемиологического надзора за стоматологическими учреждениями;

????

- Определение стратегических целей развития и их выражение в индикативных и иных планах, целевых программ

- ? квоты;

- ? гос. Бюджетн расходы;

- ? лимиты;

- ? макроэкономические планы;

- административные ограничения и запреты по выпуску определённых видов продукции и т.п.;

- \*внедрение новых технологий

- \*внедрение стандартов оказания стоматологической помощи

- \*занятость в

-\* условия конкуренции

обеспечение медицинской помощи муниципальными и государственными учреждениями здравоохранения сверх Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в Чувашской Республике;

проводит аттестацию медицинских работников;

разрабатывает и реализует кадровую политику в здравоохранении, вносит предложения в федеральные органы исполнительной власти и органы исполнительной власти Чувашской Республики по развитию кадровых ресурсов;

готовит для органов исполнительной власти Чувашской Республики информацию о потребности в кадрах в соответствии с перспективами развития отрасли и разрабатывает предложения по формированию государственного заказа на подготовку специалистов в образовательных учреждениях республики;

**3. Экономические методы;**

Использование экономических методов государственного регулирования рынка стоматологических услуг даёт возможность создавать экономические условия, которые заставляют субъектов рынка действовать в необходимом для общества направлении, решая те или иные задачи в соответствии с общегосударственными и частными интересами.

- бюджетное финансирование;

- централизованные торги на поставку стоматологического оборудования и материалов в государственные и муниципальные стоматологические учреждения;

- финансирование целевых программ здравоохранения в областистоматологии Чувашской Республики;

- государственного экономического планирования;

- налогооблажения;

- политика в области перераспределения доходов (покупка нового оборудования);

- социальной политики;

- таможенной политики;

- инновационной политики.

**4. Пропагандистские методы.**

Пропагандистские методы государственного регулирования рынка стоматологических услуг – обращение государства к чести и совести людей.

- метод морального убеждения;

- меры морального поощрения;

- популяризация целей;

- разъяснения политики в области здравоохранения и стоматологии в частности;

-размещения в сети Интернет информации о состоянии здоровья населения, развитии сферы здравоохранения республики, деятельности учреждений и предприятий здравоохранения;

- воспитания.

***1.3.3 Органы государственного регулирования стоматологических услуг***

Общее руководство системой оказания стоматологической помощи насе­лению Чувашской Республики осуществляет государственный орган исполнительной власти - Министерство здравоохранения и социального развития Чувашской Республики. В целях координации деятельности государственной, муни­ципальной и частной систем предоставления медицинской помощи Министерство здравоохранения и социального развития в пределах своей компетенции издает приказы, инструкции и другие нормативные акты, обязательные для исполнения ? *всеми* лечебно-профилактическими учреждениями на территории Чувашской Республики.

Министерству здравоохранения и социального развития подведомственны (находятся в его непосредственном подчинении) государственные учреждения здраво­охранения (многопрофильные и специализированные больницы и дис­пансеры), оказывающие специализированную стоматологическую помощь. Минздравсоцразвития утверждает уставы и на­значает на должность руководителей указанных учреждений, опреде­ляет объемы помощи и финансирования в рамках государственного заказа на оказание бесплатной медицинской помощи.

Организация, содержание и развитие муниципальных учреждений здравоохранения отнесены к ведению органов местного самоуправле­ния. Непосредственное руководство системой предоставления стоматологической помощи в городах осуществляют управления (отделы) здра­воохранения в составе органов местного самоуправления (админист­раций), в сельских муниципальных образованиях - главные врачи цен­тральных районных больниц. Руководители муниципальных органов управления здравоохранением назначаются главами местного самоуп­равления по согласованию с Министерством здравоохранения и социального развития ЧР.

Особенностью системы предоставления медицинской помощи в сельских районах является наличие двух типов ее организации. При "централизованной" системе (характерна для большинства сельских районов республики) все имеющиеся в районе лечебно-профилактические учреждения (центральная районная и участковые больницы, сельские врачебные амбулатории, фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты) функционируют в качестве единого юридического лица. В ряде сельских районов (Марпосадский, Моргаушский, Ядринский, Цивильский) имеется несколько муниципальных учреждений здравоохранения, наряду с центральной районной больницей в качестве самостоятельного юридического липа выступают отдельные участковые боль­ницы с прикрепленными фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами ("децентрализованный" тип).

Частный сектор здравоохранения представлен 68 стоматологическими организациями и учреждениями негосударственной формы собственности. Министерство здравоохранения в своей работе взаимодействует со службой санитарно-эпидемиологического надзора. В от­личие от здравоохранения руководство которым в настоящее время носит децентрализованный характер, служба санитарно-эпидемиологического надзора сохранила централизованную схему управления сельские и городские центры подчиняются республиканскому, республиканский - федеральному Департаменту государственного санитар­но-эпидемиологического надзора.

Руководство деятельностью органов местного самоуправления и организация межведомственного взаимодействия по обеспечению са­нитарно-эпидемиологического благополучия возложены на Межведом­ственную санитарно-противоэпидемическую комиссию при Кабинете Министров Чувашской Республики, председателем которой является министр здравоохранения и социального развития, заместителем председателя - главный государственный санитарный врач республики.

Медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования оказывают78 лече6но-пролактических учреждений.

Координация работы медицинских учреждений в системе обязательного медицинского страхования осуществляется путем издания Министерством здравоохранения и социального развития и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования совместных приказов и других нормативных документов. Организована работа Межведомственной coгласительной комиссии. Межведомственной комиссии по ценообразованию и ряда других совещательных органов. Министр здравоохранения и социального развития является председателем правления Территориального фронда обязатель­ного медицинского страхования, исполнительный директор фонда - членом коллегии Министерства здравоохранения и социального развития.

Система управления здравоохранением республики представлена следующими уровнями:

1. **Федеральный уровень:**

- Министерством здравоохранения и социальной развития РФ;

- Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения социального развития;

- Федеральным агентством по здравоохранению социальному развитию;

- Фондом обязательного медицинского страхования РФ;

- Центром государственного санитарно-эпидемиологического надзора РФ;

**II. Республиканский уровень:**

- Министерством здравоохранения и социальной развития Чувашской республики;

- Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения социального развития;

- Территориальным органом Федерального агентства по здравоохранению социальному развитию;

- Фондом обязательного медицинского страхования Чувашской Республики;

- Центром государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Чувашской Республике;

**III. Муниципальный уровень:**

В сельских муниципалитетах – центральными районными больницами или территориальными медицинскими объединениями. В 6 из 21 созданы территориальные медицинские объединения. Главный врачявляется руководителем муниципального органа управления здравоохранением. В городских муниципалитетах — отделами (в г. Чебоксары, г. Новочебоксарск, г.Алатырь— управлением) здравоохранения в составе городских администраций.

**Организация государственного регулирование рынка стоматологических услуг на федеральном уровне**

В основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 (с последними изменениями 7 марта 2005г.) закреплены следующие полномочия федеральных органов государственной власти:

- принятие и изменение федеральных законов в области охраны здоровья граждан и контроль за их исполнением;

- регулирование и защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;

- установление основ государственной политики в области охраны здоровья граждан, разработка и реализация федеральных программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения и другим вопросам в области охраны здоровья граждан;

- управление федеральной государственной собственностью, используемой в области охраны здоровья граждан;

- сертификация продукции, работ и услуг; выдача разрешений на применение новых медицинских технологий;

- установление единой федеральной системы статистического учета и отчетности в области охраны здоровья граждан;

- разработка единых критериев и программ подготовки медицинских работников, определение номенклатуры специальностей и организаций в здравоохранении;

- установление стандартов медицинской помощи и контроль за их соблюдением; разработка и утверждение программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающей в себя базовую программу обязательного медицинского страхования; установление тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование граждан Российской Федерации;

- координация деятельности органов государственной власти, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан;

- лицензирование отдельных видов деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- международное сотрудничество Российской Федерации и заключение международных договоров Российской Федерации в области охраны здоровья граждан.

- выдача разрешений на применение на территориях субъектов Российской Федерации новых методов профилактики, диагностики и лечения, новых медицинских технологий.

**Функции, организация государственное регулирование рынка стоматологических услуг на уровне субъекта РФ.**

К полномочиям органов государственной власти субъекта Российской Федерации относятся:

- принятие законодательных и иных правовых актов, контроль за их соблюдением и исполнением, законодательная инициатива в области охраны здоровья граждан;

- защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;

- разработка и реализация программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения и другим вопросам в области охраны здоровья граждан;

- установление структуры органов управления государственной системы здравоохранения субъектов Российской Федерации, порядка их организации и деятельности; развитие учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации; их материально-техническое обеспечение; контроль за соблюдением стандартов медицинской помощи в порядке, установленном законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации;

- разработка и утверждение территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающих в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования; установление порядка и объема предоставляемых отдельным группам населения мер социальной поддержки в оказании медико-социальной помощи;

- координация деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан;

- координация деятельности по подготовке кадров в области охраны здоровья граждан;

**Функции, организация государственное регулирование рынка стоматологических услуг на уровне муниципального образования**

К ведению органов местного самоуправления в вопросах охраны здоровья граждан относятся:

- контроль за соблюдением законодательства в области охраны здоровья граждан;

- защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;

- формирование органов управления муниципальной системы здравоохранения; развитие учреждений муниципальной системы здравоохранения, определение характера и объема их деятельности; создание условий для развития частной системы здравоохранения; организация первичной медико-санитарной помощи, обеспечение ее доступности, контроль за соблюдением стандартов медицинской помощи.

**Государственная система здравоохранения**

К государственной системе здравоохранения в Чувашской Республике относится уполномоченный орган исполнительной власти Чувашской Республики в области здравоохранения (далее - орган исполнительной власти Чувашской Республики в области здравоохранения), который в пределах своей компетенции планирует и осуществляет меры по охране здоровья граждан.

В государственную систему здравоохранения Чувашской Республики также входят находящиеся в государственной собственности Чувашской Республики и подчинении органа исполнительной власти Чувашской Республики в области здравоохранения лечебно-профилактические учрежденияи иные предприятия, учреждения и организации.

Финансовое обеспечение деятельности лечебно-профилактических учреждений, учреждений судебно-медицинской экспертизы, образовательных учреждений государственной системы здравоохранения Чувашской Республики является расходным обязательством Чувашской Республики.

**Муниципальная система здравоохранения**

В соответствии с федеральным законодательством к муниципальной системе здравоохранения в Чувашской Республике могут относиться муниципальные органы управления здравоохранением, а также находящиеся в муниципальной собственности медицинские, организации, которые являются юридическими лицами.

В соответствии с федеральным законодательством финансовое обеспечение деятельности организаций муниципальной системы здравоохранения является расходным обязательством муниципального образования.

**Частная система здравоохранения**

К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой.

В соответствии с федеральным законодательством в частную систему здравоохранения входят медицинские и другие организации, создаваемые и финансируемые юридическими и физическими лицами.

**Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации**

В соответствии с Указом Президента РФ от 9 марта 2004 г. N 314 образовано Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, с передачей ему функции по принятию нормативных правовых актов в установленной сфере деятельности упраздняемых Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социального развития Российской Федерации.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сферах:

- здравоохранения;

- социального развития;

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации осуществляет координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении:

1. Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития;

2. Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию;

3. Координацию деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации осуществляет следующие полномочия:

- вносит проекты федеральных законов, нормативных правовых актов, по вопросам, относящимся к установленной сфере ведения Министерства и к сферам ведения подведомственных ему федеральных служб и федеральных агентств;

- на основании и во исполнение Конституции Российской Федерации, федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации Министерство самостоятельно принимает следующие нормативные правовые акты:

- положения о территориальных органах федеральных служб и федеральных агентств, подведомственных Министерству;

- квалификационные требования к работникам и номенклатура специальностей в сфере, отнесенной к компетенции Министерства;

- виды, объем и стандарты качества специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения;

- порядок применения новых методов диагностики и лечения;

- порядок переподготовки, совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников, получения ими квалификационных категорий;

- размеры тарифных ставок и разряды оплаты труда Единой тарифной сетки для работников бюджетной сферы в зависимости от предъявляемых к работникам требований и (или) отнесения работ по их сложности к квалификационным группам;

- проводит в установленном порядке конкурсы и заключает государственные контракты на размещение заказов на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг для нужд Министерства, а также на проведение научно-исследовательских работ для иных государственных нужд в установленной сфере деятельности;

- обобщает практику применения законодательства и проводит анализ реализации государственной политики в установленной сфере деятельности;

- осуществляет функции главного распорядителя и получателя средств Федерального бюджета, предусмотренных на содержание Министерства и реализацию возложенных на Министерство функций;

- организует профессиональную подготовку работников Министерства, их переподготовку, повышение квалификации и стажировку;

**Организация деятельности**

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации возглавляет Министр, назначаемый на должность и освобождаемый от должности Президентом Российской Федерации по представлению Председателя Правительства Российской Федерации.

Министр несет персональную ответственность за выполнение возложенных на Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации полномочий и реализацию государственной политики в установленной сфере деятельности.

Министр имеет заместителей, назначаемых на должность и освобождаемых от должности Правительством Российской Федерации.

Структурными подразделениями Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации являются департаменты по основным направлениям деятельности Министерства. В состав департаментов включаются отделы.

**Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития**

В соответствии с Указом Президента РФ от 9 марта 2004 г. N 314 образована Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, с передачей ей функций по контролю и надзору упраздняемого Министерства здравоохранения Российской Федерации, за исключением функций, переданных Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Основными функциями Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития являются:

а) организация и осуществление контроля и надзора в сфере здравоохранения и социальной защиты населения, в том числе за медицинской деятельностью;

б) осуществление контроля за оказанием медико-социальной помощи населению;

в) осуществление лицензирования видов деятельности;

д) аккредитация медицинских организаций

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития обладает следующими полномочиями:

- осуществляет контроль за соблюдением стандартов качества медицинской помощи;

- выдает лицензии на осуществление медицинской деятельности;

- выдает разрешения на применение новых медицинских технологий.

Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития возглавляет руководитель, назначаемый на должность и освобождаемый от должности Правительством Российской Федерации по представлению Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

**Организация деятельности**

Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития возглавляет руководитель, назначаемый на должность и освобождаемый от должности Правительством Российской Федерации по представлению Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития несет персональную ответственность за осуществление возложенных на Службу задач и функций.

Руководитель Службы имеет заместителей, назначаемых на должность и освобождаемых от должности Министром здравоохранения и социального развития Российской Федерации по представлению руководителя Службы.

**Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию**

Постановление Правительства РФ от 30 июня 2004 г. N 325 "Об утверждении Положения о Федеральном агентстве по здравоохранению и социальному развитию".

Постановление Правительства РФ от 6 апреля 2004 г. N 165 "Вопросы Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию" (с изменениями от 27 мая 2004 г.). Общие положения

Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом в сфере здравоохранения и социального развития, включая оказание медицинской помощи, организацию предоставления социальных гарантий, установленных законодательством Российской Федерации для социально незащищенных категорий граждан.

В ведении Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию находятся федеральные государственные унитарные предприятия, федеральные казенные предприятия и государственные учреждения.

Основными функциями Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию являются:

а) издание индивидуальных правовых актов, а также ведение реестров и регистров в сфере здравоохранения и социальной защиты населения;

б) издание государственной фармакопеи;

в) формирование мобилизационного резерва медицинского, санитарно-хозяйственного и другого имущества;

г) осуществление специальных мероприятий в период мобилизации и в военное время, а также подготовка федеральной медицинской службы гражданской обороны к оказанию медицинской помощи;

д) оказание государственных услуг в сфере здравоохранения и социального развития, в том числе:

- организация предоставления социальных гарантий, установленных законодательством Российской Федерации для социально незащищенных категорий граждан.

- проводит в установленном порядке конкурсы и заключает государственные контракты на размещение заказов на поставку товаров, оказание услуг, выполнение работ, включая научно-исследовательские, опытно-конструкторские и технологические работы для государственных нужд;

- организует деятельность по профессиональной переподготовке, повышению квалификации медицинских работников;

- осуществляет функции государственного заказчика федеральных целевых, научно-технических и инновационных программ и проектов в сфере здравоохранения и социального развития;

**Организация деятельности**

Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию осуществляет свою деятельность непосредственно и через свои территориальные органы.

Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию возглавляет руководитель, назначаемый на должность и освобождаемый от должности Правительством Российской Федерации по представлению Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

**А) Миссия стратегия, цели, задачи, политика органов**

**Б) Организационная структура органов**

**В) Организация управления здравоохранением на регио­нальном и муниципальном уровнях (на примере пилотных регионов)**

**Анализ системы управления здравоохранением Чувашской Республики**

**Система управления здравоохранением в регионе.**

**Взаимодействие субъектов управления на региональном уровне**

Минздрав соцразвития Чувашской республики осуществляет взаимодействие с Центром государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Чувашской Рес­публике (ЦГСЭН) путем разработки и реализации целевых республиканских и территориальных программ по вопросам охраны здоровья населения, профилактики заболеваний; под­готовки проектов нормативно-правовых документов органов государственной власти Чувашской Республики; разработки и издания методических документов; подготовки ежегодных государственных докладов о состоянии здоровья населения. В целях координации деятельности МЗСР и ЦГСЭН Постановлением Кабинета Министров ЧР была создана Межведомственная санитарно-противоэпидемическэя комиссия под председательством вице-премьера — министра здравоохранения и социального развития ЧР. Заместителем председателя Межведомственной Санитарно-противоэпидемической комиссии является главный санитарный врач ЧР.

МЗСР ЧР координирует свою деятельность с территориальным фондом ОМС. В состав правления ТФОМС ЧР входят представители МЗСР. Принятие совместных решений осуществляется на заседаниях правления фонда, Межведом­ственной согласительной комиссии, Межведомственной комиссии по ценообразованию.

**Роль Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики**

Анализ деятельности МЗСР ЧР показал, что в настоящее время его важнейшими функциями являются:

- формирование политики и организация работы, направленной на  
формирование здорового образа жизни;

- разработка проектов нормативных и законодательных документов по  
вопросам охраны здоровья населения;

- осуществление организационно-методического руководства органами и учреждениями здравоохранения по лечебно-профилактической, лекарственной и реабилитационной помощи;

- разработка предложений по совершенствованию взаимодействия органов и учреждений здравоохранения;

- обобщение и распространение положительного опыта деятельности учреждений здравоохранения в новых экономических условиях;

- разработка и утверждение порядка аттестации медицинских работников;

- организация подготовки и переподготовки медицинских кадров.

**Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 апреля 2003г. N 95 "О Стратегическом плане реструктуризации системы предоставления медицинской помощи в Чувашской Республике на 2003-2010 годы" (с изменениями от 26 октября 2004г.)**

1.1. Формирование в составеорганов управления здравоохранением всех уровней структурныхподразделений,ответственныхзапроцессы текущего и стратегичекогопланированияв сфере здравоохранения

2. ПодписаниетрехстороннихСоглашенийовзаимодействии между Министерст мздравоохраненияЧувашскойРеспублики, Территориальным фондомобязательногомедицинскогострахованияЧувашскойРеспублики иадминистрациями районови городов по вопросам организации медицинской помощи

1.3. Разработка муниципальными образованиями краткосрочного (трехлетнего) и│долгосрочного (семилетнего) планов реструктуризации системы предоставления медицинской помощи

1.4. Формирование и реализация Программы государственных гарантийи муниципальных заказов по обеспечению бесплатной медицинской помощью населения районов и городов

│1.5. Осуществление непрерывной подготовки и повышения квалификации организаторов здравоохранения различного уровня по вопросам стратегического планирования и управления процессом реформирования здравоохранение"

1.6. Разработка и принятие нормативных документов, регламентирующих деятельность медицинского персонала в условиях реструктуризации системы здравоохранения

3.1. Разработка нормативных документов регламентирующих работу межведомственных профилактических советов - центров здоровья

3.5. Организация общественного движения "Здоровые общины","Здоровые города»

**Анализ действующей организационной структуры Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики (по состоянию на 1.02.2006.)**

**Ее соответствие или несоответствии избранной стратегии управления**

Организационная структура МЗСР ЧР представлена в приложении 3.

В 1999 году из штата Министерства были выведены главные специалисты, в нашем случае – главный стоматолог Чувашской Республики. В настоящее время главные специа­листы функционально подчиняются начальнику управления организации медицинской помощи населению МЗСР ЧР, административно — главному врачу республиканской клинической больницы (РКБ)и руководителю республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДОМ (главному эпидемиологу).

Организационная структура МЗСР ЧР характеризуется следующими показателями:

**Число уровней управления**: представлена двухуровневой системой управления: министр - заместитель министра - начальник управления (отдела). Отсутствуют управления имеющие в своем составе отделы. Оргструктура по типу приближается к плоской.

**Диапазон управляемости** - количество подчиненных, приходящихся на одного руководителя колеблются от 7 человеку министра, от 2до 7 человек у заместителя министра. Эти диапазоны не превышают нормы управляемости, составляющие 6-8 человек на руководителя.

**Сфера контроля руководителя:**

**Оценка централизации и децентрализации в управлении**

**Оценка элементов системы управления.** Соблюдается баланс функций и ответственности при их распределении между структурными подразделениями.

**Оценка уровня управления**

**Оценка содержания управления.** Не выявлено случаев дублирования функций различными структурнымиподразделениями.Полномочия соответствуют ответственности. Нет разрывов в горизонтальных связях между подразделениями. Отсутствуют случаи двойного подчинения

**Оценка функциональной специфики.** Соблюдается баланс функций и ответственности при их распределении между структурными подразделениями.

**Характер взаимосвязеймежду элементами системы управления.** Достаточно четкое разграничение обязанностеймежду руководителями, отсутствуют сложности в отношении регламентации предоставленных полномочий, отсутствие конфликтов между различными подразделениями.

В целях координации деятельности между МЗСП ЧР и муниципальными органами управления здравоохранением в штате МЗСП предусмотрен институт «кураторства» -за сотрудниками министерства закрепляются определенные муниципалитеты. Главные специалисты МЗ постоянно выезжают в муниципалитет с целью оказания организационно-методической помощи муниципальным образованиям, а также медико-консультативной помощи врачам муниципальных учреждений.

К основным проблемам организационной структуры Министерства относятся следующие.

**Функционально-организационные проблемы**

Функции методической помощи по правовым, экономико-управленческим вопросам, а также по вопросам внедрения оргтехники не полностью обеспечены специалистами соответствующего профиля.

Отсутствует структурная единица, отвечающая за работу с письмами и  
жалобами, в то время как эта деятельность отнимает много времени, в  
первую очередь — у руководителей.

Проблемы внутреннего механизма управления:

По мнению не большого числа опрошенных, проблемой внутреннего механизма управления является излишняя централизация управления. Она проявляется в том, что:

- распоряжения руководителям подразделений отдаются напрямую, минуя соответствующего заместителя министра;

- заместителям министра не предоставляются полномочия по принятию решений, входящих в их компетенцию. Заместители министра боятся последующей ответственности

Двойное подчинение мешает инициативности руководителей.

Организации труда главных специалистов

Основные проблемы управления региональной системой здравоохранения

В результате проведенного анализа в качестве основных проблем управления здравоохранением на республиканском и муниципальном уровнях могут быть названы следующие:

- разрыв административной вертикали управления здравоохранением;

- недостаточность у республиканского МЗСР ЧР экономических рычагов воздействия на муниципальные органы управления здравоохранением;

- отсутствие механизмов административного воздействия на муниципальные органы управления здравоохранением и ЛПУ; сохраняющаяся практика согласования назначения руководителей нормативно не подкреплена; имеются случаи освобождения от должности главных врачей вопреки позиции МЗСР ЧР Министерство не имеет реальной власти наказания тех руководителей, которые не выполняют распоряжения и инструкции министерства;

- отсутствие подчинения Минздраву муниципальных органов управления здравоохранением и механизмов воздействия на них приводит к тому, что последние могут принимать решения, противоречащие республиканской Концепции развития здравоохранения; это в первую очередь относится к таким направлениям совершенствования организации медицинской по­мощи, как перераспределение части ее объемов из стационарного сектора в амбулаторный, рациональная реструктуризация коечного фонда и др.;

- частичное дублирование функций республиканских и муниципальных органов управления здравоохранением. Это объясняется принятым Зако­ном о местном самоуправлении, который, с одной стороны, приветствует самоуправление и самостоятельность принятия решений муниципальных органов управления здравоохранением; с другой стороны, создает сложности в организации непосредственной вертикальной подчиненности вышестоящим республиканским органам управления здравоохранением;

- финансирование медицинских учреждений из различных источников, отсутствие единых критериев финансирования медицинских учреждений приводят к нерациональному использованию имеющихся средств;

- отсутствие системы централизованных закупок медикаментов (даже жизненно важных, таких как инсулин, противотуберкулезные препараты и др.) и оборудования; подобный механизм позволил бы значительно снизить цены на приобретаемые товары, а также способствовал бы улучшению качества закупаемых товаров;

- проблема в организации медицинской помощи в ЛПУ разного уровня дублирование медицинской помощи в республиканских и муниципальных ЛПУ (отсутствие строгого разграничения потоков пациентов);

- отсутствие подчиненности ведомственных ЛПУ (таких как медицинских учреждения МПС и др.) МЗ ЧР затрудняет руководство республиканским программами, т.к. эти учреждения не предоставляют необходимо Министерству информации о ходе реализации этих программ;

- несогласованность действий МЗСР ЧР и Медицинского факультета Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова (находится в ведении Министерства образования): количество подготовленных молоды, специалистов, врачей различных специальностей значительно больше требуемого практическому здравоохранению числа;

- отсутствие финансовых ресурсов, необходимых для реализации принимаемых решений; в частности, принятая Правительством республики  
программа государственных гарантий обеспечения населения бесплатной  
медицинской помощью практически не может быть выполнена в полном  
объеме в связи с дефицитом финансовых средств.

Таким образом. МЗСР ЧР несет ответственность за состояние здравоохранения в Республике, но не в полной мере имеет необходимые финансовые и административные рычаги воздействия на этот процесс. На муниципальном уровне управления одной из основных проблем является не совладение интересов органов местного самоуправления и органов управления здравоохранением. Наличие разных интересов у органов самоуправления

**Анализ действующих органов, осуществляющих регулирование рынка стоматологических услуг в Чувашской Республике**

**Система государственного регулирования рынка стоматологических услуг в Чувашской Республике**

Государство должно задавать свойства рынка стоматологических услуг - каким рынок стоматологических услуг должен быть.

Идеальная МОДЕЛЬ рынка стоматологических услуг?

Цель рынка стоматологических услуг – удовлетворение потребности в стоматологической помощи.

В чем оценить УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ?

Отл хор уд неуд

Что понимается под ПОТРЕБНОСТЬЮ в стоматологических услуг?

- Гарантированность

- Качество

- Цена

- Срок оказания помощи

- Надежность

- Эффективность

- ?

Что такое ПОТРЕБНОСТЬ номинальная?

Реальная?

Государство должно с уменьшением государственного сектора вводить более жесткие механизмы регулирования, как то: квоты на количество выдаваемых ежегодно лицензий; отказ в выдаче лицензий организациям, у которых она была отозвана в связи с нарушениями действующего законодательства и прочее. Должен ли существовать такой механизм или рынок сам всё отрегулирует?

Первое - государство должно регулировать рынок, но только экономическими методами. Например, государство хочет улучшить качество стоматологической помощи населению. В то же время, оно видит, что часть населения не может получать качественную помощь, потому государственный сектор не в состоянии обеспечить это качество в силу неразвитости некоторых видов помощи, а обслуживаться в негосударственном секторе эта часть населения не может из-за отсутствия финансовых возможностей. Государство в этом случае может выделить какие-то средства для адресной дотации населения, и за счет этих денег население сможет получить более качественную стоматологическую помощь в негосударственном секторе. То есть, речь идет о системе социального госзаказа.

Второй способ регулирования рынка заключается в дифференциации лицензий по качеству помощи. Мы знаем, что, во многом, качество стоматологической помощи зависит от помещения, в котором оказываются стоматологические услуги, от оборудования и квалификации персонала. Оценить все эти факторы государство не в состоянии, поскольку данный вопрос находится исключительно в компетенции профессионалов. А вот с помощью таких организаций, какой является Ассоциация, сделать это возможно. Мы можем оценить необходимые условия для обеспечения того или иного уровня качества стоматологической помощи. И вот этот раздел может быть включен в лицензирование. Но лишь при условии, что оценка будет производиться только профессионалами. Тогда и отношение к Ассоциации со стороны стоматологической общественности изменится, и с государства будет снята несвойственная ему функция. Вот тогда можно будет не просто выдавать лицензию на вид деятельности, но и дифференцировать лицензии в зависимости от тех факторов, о которых мы говорили выше. Это способ регулирования позволит практически «отрезать» некомпетентную часть рынка, которая только в Москве, по нашим оценкам, составляет от 20 до 25%! Это та «плавающая», неподконтрольная часть рынка, где клиники постоянно открываются и закрываются. С помощью дифференциации лицензий этот процесс можно будет регулировать грамотно.

Необходим, на наш взгляд, и государственный контроль соблюдения санитарно-гигиенических требований. Не следует, в то же время, забывать, что многие из них устарели. Имеющиеся нормы должны подвергаться постоянной ревизии на предмет их соответствия новым технологиям, технике и знаниями. В этом вопросе мы заинтересованы в тесном сотрудничестве и с санитарно-эпидемиологической, и с противопожарной службами. Однако у проблемы есть и обратная сторона. Дело в том, что упомянутые организации являются абсолютными монополистами. В итоге мы постоянно находимся под «присмотром» и грубым давлением со стороны этих двух организаций. Мы знаем весь негативизм такого положения, приведший и к возникновению коррупции, и к процветанию системы поборов, о которой все знают. Наша задача найти оптимальный выход из сложившейся ситуации. В одиночку, без помощи государства мы не можем этого сделать. Нам остается только соглашаться или не соглашаться с его решениями. Мы готовы финансировать процесс пересмотра норм, если он будет проводиться осмысленно, целенаправленно и только на должной научной основе. А во всем остальном я вижу регулирование рынка стоматологических услуг исключительно экономическими, рыночными методами.

**1.4 Зарубежный опыт функционирования рынка стоматологических услуг**

Профессиональные ассоциации есть во всем мире, и действительно играют достаточно важную роль в развитии стоматологии как отрасли медицины.

***1.4.1 Опыт Германии***

В Германии очень хорошо развита государственная медицина. Государственные лечебные учреждения составляют примерно 45% всех лечебных учреждений. Так же как и в других странах, государство ввело в каждой области квоту количества врачей на количество населения. Получается, что в среднем, в области может работать приметно 3 - 4 госпиталя. С учетом этих квот и образуются медицинские центры. Госпиталем или клиникой может называться лечебное учреждение, где есть не менее 100 коек. Все учреждения, где коек меньше, называются "частные практики". При этом в госпиталях, не только в государственных, но и частных, как таковой стоматологии нет. Госпиталь оказывает услуги только по челюстно-лицевой хирургии. Терапевтическая стоматологическая помощь есть только в специальных "учебных" клиниках при университетах. Но нельзя сказать, что многие хотят там лечиться у стоматолога. Хотя там оказывают квалифицированную помощь. Кстати, после обучения и практики в университете, молодой стоматолог обязан отработать 4 года ассистентом врача.Для того чтобы открыть свою частную практику в Германии необходимо, во-первых, обязательно быть стоматологом. Вы не сможете владеть частной медицинской практикой, если вы экономист, юрист или вольный предприниматель. Во-вторых, необходимо получить степень «Fach Artz», то есть стать врачом высшей категории и к моменту открытия практики пройти повторное обучение и аттестацию. Если в области нет перенасыщения врачей на количество пациентов, и врач получил все необходимые документы, можно открыть свою практику, которая, конечно, требует очень значительных вложений.

В Германии категорически запрещена реклама медицинских учреждений. И поэтому вопрос привлечения клиентов достаточно сложный. Разрешено только дать объявление об открытии частной стоматологической практики. Там можно указать только адрес, телефон и часы работы. В России, все частные практики называются клиниками и имеют имена собственные. Даже о дипломах и сертификатах сообщать нельзя.

Основа нашей частной медицины - это страховой бизнес. В Германии есть частные и государственные страховые компании. Например, есть специальная государственная организация, в которую входят все стоматологи страны. Она называется "Kassenzahnartztfereinigung" (Союз зубных врачей для страховой медицины). Эта организация продает в наши клиники страховки. Это очень удобно и практике, и пациенту. Пациент не платит за лечение живыми деньгами. Как правило, начиная с 35 лет, немцы предпочитают именно эту государственную страховку. Обычно на медицинскую страховку отчисляется 12-15% своей заработной платы. Молодые, напротив, обычно страхуются в частных страховых компаниях. Это несколько усложняет процесс. Так как они отдают в практику живые деньги, но только после того, как их частная страховая компания проверит все документы, счета и выдаст деньги. Здесь приходится очень долго ждать оплаты. В частных компаниях цена страховки зависит от возраста и количества болезней, а не от заработной платы. "Союз зубных врачей для страховой медицины" старается стимулировать обращение населения к стоматологу. Он занимается не только пропагандой здорового образа жизни, но и мотивирует своих клиентов, наших пациентов, материально. Например, в среднем зубной протез в Германии стоит около 1000 DM. Если пациент посещает стоматолога не меньше 4-х раз в год, то страховая компания оплатит ему 65% стоимости зубного протеза, если не менее 2 раз в год, то 35% стоимости. Пациентам становится выгодно проходить регулярную профилактику у стоматолога. Кроме того, "Kassenzahnartztfereinigung" (Союз зубных врачей для страховой медицины) очень строго следит за качеством лечения в частных практиках. Скажем, если больной не доволен лечением, он обращается в эту организацию с жалобой. После этого обязательно начинается очень серьезное разбирательство. Если на частную практику поступает 3 жалобы, врача могут лишить диплома, а практику продать или закрыть. "Kassenzahnartztfereinigung" также следит за тем, чтобы врач, владелец частной практики, регулярно, не менее 1-го раза в три года, проходил обучение и аттестацию.

***1.4.2 Опыт Великобритании***

***1.4.3 Опыт Японии***

***1.4.4 Опыт Израиля***

Все стоматологи Израиля автоматически являются членами Британской Королевской Ассоциации стоматологов. Звучит странно, но вполне объяснимо. Израиль когда-то был подмандатной территорией старушки Британии. Поэтому и по сей день стоматологи, действительные члены ассоциации этой европейской страны. Кстати хочу сказать, что Британская Королевская Ассоциация ведет очень активную просветительскую работу. Ею ведется очень большой объем корреспонденции от ассоциации, где-то порядка 50 пакетов. Как правило, это бывают приглашения на семинары и конференции. Участия в них для нас бесплатно. Мы оплачиваем только билеты и проживание. Свои конференции Британская ассоциация проводит по всему миру и это не только обучение, но и общение с коллегами, некий информационный обмен. Помимо приглашений на конференции мне присылают много профессиональной литературы, касающейся новых технологий или новых материалов. Британская ассоциация, с моей точки зрения, аккумулирует всю современную научную и техническую мысль в нашей области. Я уверен, что её членам приятно постоянно быть в курсе событий. Я имею достаточно значительный опыт работы стоматологом в Америке и, по моим ощущениям, американские ассоциации, такие как, например, «Dentist», ведут менее активную работу со своими членами.

В Соединенных Штатах работать было значительно проще. Там 100 % страховая медицина. В задачу владельца входит лишь заключение удачного договора со страховой компанией. Уже страховая компания продает твои услуги или пакет твоих услуг конкретному потребителю. Ну, например, пакет «только терапия» или пакет «терапия + хирургия». При этом в Штатах страховая компания незамедлительно оплачивает владельцу проведенное лечение. При том, что, по сути, привлечением клиентуры занимается страховая компания, владелец частной практики еще может разместить свое объявление в специализированной газете. Это там очень принято. В этой газете врач рассказывает о себе, о своей учебе, где стажировался, какие технологии применяет. В Соединенных Штатах, в этом смысле, более комфортные условия работы. В Израиле работа врача стоматолога организованна совершенно иначе. Во-первых, нет никаких специализированных газет и объявлений. Все, что может себе позволить частный кабинет - это вывеска на входе. Вся остальная реклама категорически запрещена. Да, термин «частный кабинет» у нас используется только по отношению, например, к массажным кабинетам. В Израиле даже одна стоматологическая установка гордо называется клиникой. У нас, как и в моем случае, принято давать клиникам имена собственные. По-моему, такое можно встретить только в России и в Израиле. Думаю, что сходство в этом вопросе наших стран вполне объяснимо. Что же касается страховой медицины, то она существует и в Израиле. Однако далеко не все владельцы клиник спешат работать со страховщиками. Это связанно, в первую очередь, с очень жесткими условиями работы.

Скажем, например, к тебе приходит пациент, который нуждается в протезировании. Разумеется это недешевое удовольствие. В Израиле это стоит в среднем от 120 у.е. до 1500 у.е. Сразу оговорюсь, что цены колеблется не от уровня клиники, а от материалов, которые при протезировании используются. У нас нет, в отличие от России понятие «супер закрытой», «супер - элитной», «супер дорогой» стоматологии или, наоборот, «супер дешевой» и для простого народа. Так вот, ты как врач, конечно, хочешь сделать работу лучше, что часто означает «более дороже». Но, если ты работаешь со страховым пациентом, ты обязан послать все рентгеновские снимки, все материалы осмотра, планы лечения в страховую компанию. Там уже специальная комиссия должна установить правильность выбранного будущего лечения и, соответственно, оплатить его или не оплатить. При этом выплаты могут тянуться очень долго. Поэтому нам не всегда выгодно работать с таким скупым и тяжелым посредником. Легче договориться напрямую с пациентом и, в конце концов, если мои услуги ему сейчас не по карману, я с удовольствием даю ему кредит. Надо отметить, что в Израиле нет государственной, в смысле бесплатной, стоматологии. И это абсолютно правильно. Стоматология идеологически не может быть бесплатной. Ведь её сфера не касается жизненно важных функций человеческого организма. Это не сердце, не почки, не пулевое ранение. Ну, вспомните, даже советские времена, разве наша стоматология была бесплатной? В Израиле даже в Государственных больничных кассах, а это учреждение можно сравнить с советскими государственными поликлиниками (не по уровню медицины и обслуживанию, конечно), стоматология платная. Причем, цены там могут быть и выше, чем скажем, в маленькой клиники.

Говоря о профессиональных сообществах Израиля, конечно нельзя не рассказать об очень влиятельной организации «Профсоюз зубных врачей». Это Дамоклов меч и верный товарищ израильских врачей стоматологов. В эту организацию автоматически входят все стоматологи страны. Организация эта государственная и имеет достаточно рычагов власти. Все врачи через профсоюз и страховую компанию застрахованы от профессиональной ошибки. В случае если в течение года на врача не было подано ни одной жалобы, врач набирает так называемые бонусы и сумма его страховки растет. Я, например, практически рекордсмен. У меня здесь за десять лет практики не было ни одного страхового случая. Страшно сказать, но сумма моей страховки с бонусами составляет 5,5 миллионов фунтов стерлингов. Не дай Бог конечно, но смерть троих пациентов вследствие врачебной ошибки - обойдется дешевле. Кстати, о врачебной ошибке. Если, например, мой пациент недоволен лечением - он пишет жалобу именно в Профсоюз зубных врачей. Профсоюз организует комиссию, которая проводит тщательное расследование. Если комиссия устанавливает, что пациент высказывает обоснованные претензии - ему выплачивается компенсация. А меня, в свою очередь, Профсоюз лишает лицензии. Ведь вопрос лицензирования входит в его прерогативу. Профсоюз так же регулирует «концентрацию» стоматологических клиник на один квадратный километр. Конечно, эта организация занята не только жалобами пациентов. Профсоюз очень серьезно следит за профессиональной подготовкой врачей стоматологов. Он в обязательном порядке и бесплатно проводит обучение и переквалификацию врачей. Именно Профсоюз, совместно с компаниями - производителями, проводит для нас презентации новых материалов, паст, вплоть до презентаций ополаскивателей для полости рта. Что же касается государственных профилактических оздоровительных программ… Понимаете, Израиль - страна, в которой соседствует множество очень разных культур. Например, африканские евреи. Они не склонны посещать стоматолога регулярно. Они идут к врачу только, когда боль становится невыносимой и уже необходимо хирургическое вмешательство. Или наши с вами бывшие соотечественники из небольших провинциальных городков. Доложу вам, что профилактика заболеваний им тоже незнакома. Поэтому, видимо, государство решило, что единой программы быть просто не может. Государство хоть как-то вмешивается в проблемы стоматологии своих граждан, только когда граждане (женщины и мужчины) служат в армии и проходят регулярные осмотры. Самые дисциплинированные пациенты - это бывшие москвичи и ленинградцы. Они действительно ходят к стоматологу каждые пол года. И, кстати, это моя самая стабильная клиентура, для которой важнее всего - мнение пролечившегося у меня пациента, «сарафанное радио», так сказать. Здесь это «срабатывает» на все 100 процентов.

Сравнивая ситуацию с профессиональными ассоциациями в России и в Израиле, можно сказать однозначно, что в Израиле, конечно, работа построена на совершенно других принципах. В Израиле эти организации обладают реальными полномочиями и реальной властью и решают реальные задачи. Остается только пожелать моим российским коллегам удачи в создании мощных и деятельных профсоюзов и ассоциаций.

Израильтяне считают медицину условно бесплатной. Не принимая во внимание различие социальных систем, можно с уверенностью отнести ее к одной из лучших в мире и, следовательно. заслуживающей внимательного рассмотрения. Предоставление и оплата медицинских услуг в Израиле осуществляется в рамках государственной программы обязательного медицинского страхования (ОМС). Медицинское страхование, так же, как и Национальное (Социальное)страхование, является обязательным и гарантирует предоставление услуг здравоохранения для всех граждан Израиля. Право на получение большинства страховых пособий обусловлено выплатой страховых взносов, которые граждане страны обязаны ежемесячно выплачивать (начиная с 18 лет, кроме домохозяек). Эти выплаты перечисляются в службу Национального страхования. Ответственность за отчисление средств на организацию медицинской помощи населению лежит на работодателе. Аналогом российских фондов ОМС в Израиле выступают несколько так называемых больничных касс. У каждой из них имеются свои незначительные отличия, но принципы, лежащие в основе их организации, одинаковые.  
 Четыре существующие в Израиле больничные кассы не являются государственными, но находятся под его жестким контролем. Каждая больничная касса связана договорами со своими, как правило самоокупаемыми, лечебными учреждениями, и выбор одной из них во многом определяется удобным месторасположением как самой кассы, так и сети ее клиник в разных городах для клиента. Качество медицинского обслуживания в различных кассах фактически одинаково и мало влияет на предпочтение в выборе. В поликлиниках Израиля население может получить бесплатно практически все виды амбулаторного медицинского обслуживания, оформить бюллетень, пройти комиссию для получения прав на вождение автотранспорта и профпригодность, сдать анализы, а также пройти полное обследование в случае заболевания, не требующего госпитализации. Хотя иногда и приходится платить небольшие взносы при проведении сложных анализов. Поликлиники Израиля прекрасно оборудованы и укомплектованы квалифицированным персоналом. Практически все компьютеризировано. Каждый клиент поликлиники имеет свою личную магнитную карточку, без которой не обходится даже простой прием у врача. Клиентам предоставляется право выбора и замены любого лечащего врача. Следует отметить, что услуги врача педиатра ("семейного врача") дополнительно оплачиваются клиентами раз в три месяца на приеме, так как не учитываются медицинской страховкой. При отсутствии необходимости посещения врача в течение длительного времени данные платежи не являются обязательными. Но при всех достоинствах системы медицинской помощи в Израиле не существует такой услуги, как вызов врача на дом, за исключением случаев, когда старики прикованы к постели или в очень тяжелом состоянии. Лечащий врач только раз в три месяца обходит своих хронических больных. Для большинства людей, в принципе здоровых, это недоступно. Какая бы ни была температура у больного, у него есть выбор: пойти на прием к семейному врачу или, если совсем плохо, вызвать "Скорую помощь". Конечно, большую часть расходов берет на себя государство, но для больного она тоже обойдется в немалую сумму. Кроме этого, в медицинскую страховку не входят услуги стоматолога. Они в большей степени частные и их услуги стоят недешево. Например, удаление зуба стоит 80-130 шекелей, лечение без удаления нерва 100-170 шекелей, лечение с удалением нерва 150-250 шекелей. В организации всей государственности Израиля и медицины, в частности, лежит национальная ментальность.

**ГЛАВА II. АНАЛИЗ РЫНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ И МЕХАНИЗМА ЕГО ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**2.1 Внешний анализ рынка стоматологических услуг Чувашской республики**

К факторам внешней макросреды относятся: социальные –численность населения, возрастной состав населения, естественный прирост,заболеваемость, смертность и т.д.; технологические -уровень научно-технического прогресса, позволяющий внедрить новые технологии и на базе этого производить новые виды продукции, стандарты в области производства и потребления;экономические – ориентация и структура хозяйства, состояние финансовой системы, уровень инфляции, конвертируемость денежной единицы, покупательная способность населения; политические - социально-политический строй, особенности законодательной системы и ее исполнения.

***2.1.1 Анализ дальнего окружения***

Изучение непосредственного окружения направлено на анализ состояния тех составляющих внешней среды, с которыминаходится в непосредственном взаимодействии.

1. Социально-демографические факторы

Динамика основных демографических процессов в 2004 г. сохра­нила сформировавшиеся в 2002 г. положительные тенденции: про­должился рост рождаемости, зарегистрировано снижение смертности, естественная убыль сократилась на 17,2%, впервые за 10 лет зареги­стрировано снижение темпов убыли населения в сельских районах Чувашской Республики (таблица 2.1).

Таблица 2.1

**Основные показатели демографической ситуации Чувашской Республики**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2002** | **2003** | **2004** | **2005** |
| **Численность населения на конец года, тыс. человек:** | | | | |
| все население | 1346,3 | 1339,4 | 1305,0 | 1299,3 |
| городское | 826,6 | 825,2 | 794,8 | 791,2 |
| сельское | 519,7 | 514,2 | 510,2 | 508,1 |
| **Естественное движение населения, на 1 тыс. человек населения:** | | | | |
| рождаемость | 9,7 | 10,1 | 10,5 | ? |
| смертность | 14,8 | 15,3 | 14,9 | ? |
| естественный прирост,  убыль (-) населения | -5,1 | -5,2 | -4,4 | ? |
| **Из общей численности населения:** | | | | |
| мужчины | 629,2 | 625,7 | 604,3 | 601,3 |
| женщины | 717,1 | 713,7 | 700,7 | 698,0 |
| **Из общей численности населения – население в возрасте, тыс. человек:** | | | | |
| дети 0-14 лет | 249,6 | 236,3 | 220,6 | 211,1 |
| подростки 15-17 лет | 74,8 | 76,4 | 76,4 | 73,7 |
| женщины 15-49 лет | 371,1 | 373,2 | 368,9 | 368,8 |
| моложе трудоспособного | 275,5 | 262,3 | 245,2 | 234,3 |
| трудоспособном | 809,7 | 818,2 | 805,3 | 812,4 |
| старше трудоспособного | 261,1 | 258,9 | 254,5 | 252,6 |
| **Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, число лет:** | | | | |
| все население | 66,05 | 66,09 | 66,31 | ? |
| мужчины | 59,77 | 59,72 | 59,97 | ? |
| женщины | 72,86 | 73,03 | 73,18 | ? |

Численность постоянного населения ЧР на 1 января 2005 г. со­ставила 1299,3 тыс. человек, сократившись за последний год на 5678, или на 0,4%.

Динамика численности населения в разрезе городов и районов определяется комплексом факторов, основными являются естествен­ное движение населения, состояние внутренних и межрегиональных миграционных процессов, социально-экономической привлекательно­стью административных территорий.

Прогрессирующее старение населения и связанный с этим высо­кий уровень смертности населения, миграция наиболее активной час­ти трудоспособного населения привели к устойчивому сокращению численности в Алатырском, Вурнарском, Красноармейском, Красночетайском, Порецком, Шумерлинском и Ядринском районах, убыль населения в которых в 2-3 раза превысила средне республиканский показатель (приложение 4). В городах Чебоксары и Новочебоксарске прирост населе­ния обусловлен ростом рождаемости, снижением смертности, мигра­цией молодого поколения сельчан.

Из числа проживающих в ЧР 60,9% являются горожанами, 39,1% -сельскими жителями (РФ - 27,0%). С момента проведения переписи структура населения изменилась в сторону увеличения удельного веса городских жителей (приложение 5).

В среднем по ЧР плотность населения на 1 января 2005 г. соста­вила 71,0 человек на 1 км2 (РФ - 8,4). Наибольшая плотность отмечается на территории городов Новочебоксарск, Шумерля, Канаш, Чебоксары и Алатырь (1305,8-2654,1 человек на 1 км2), наименьшая - в Алатырском, Порецком, Шумерлинском районах (менее 15 человек на 1 км2).

Возрастно-половой состав является одной из основных харак­теристик населения, от которого в значительной степени зависят уровни рождаемости, смертности, брачности, миграции. Значитель­ные изменения в нем влияют на характер и уровень распространенно­сти заболеваний и учитываются при формировании адекватной сис­темы здравоохранения.

Средний возраст жителей ЧР за прошедший трехлетний период увеличился на 0,63 года и составил на начало 2004 г. 37,23 года (РФ -37,94 года). Среди мужчин и женщин средний возраст составил соот­ветственно 34,72 и 39,39 года. Основной тенденцией возрастной струк­туры населения является рост доли лиц трудоспособного возраста (61,7% в 2004 г.), что связано со вступлением в трудоспособный воз­раст поколения середины 80-х годов, когда наблюдались высокие пока­затели рождаемости. Указанные тенденции определяют благоприятные перспективы социально-экономического развития республики.

В сельской местности выраженный характер носит процесс ста­рения населения: доля лиц старше трудоспособного возраста в 1,6 раза выше, чем в городе (25,7 и 15,6%). Наибольший удельный вес старших возрастных групп отмечается в Шумерлинском, Порецком, Алатырском и Красночетайском районах (более 30% всего населе­ния).

На 1 января 2004 г. численность мужчин в Чувашии составила 604,3 тыс. (46.3%), женщин - 700,7 тыс. (53,7% всего населения). Преобладание в структуре населения женщин отмечается с 30-летнего возраста, все более увеличиваясь с возрастом, что в значительной сте­пени обусловлено преждевременной смертностью мужчин.

Продолжается рост числа женщин фертильного возраста, что оп­ределяет потенциальную возможность дальнейшего улучшения демо­графической ситуации в республике (2004 г. - 368856, удельный вес в общей численности женского населения - 52,6%).

Естественное воспроизводство. В 2004 г. в республике родилось 13734 младенца. Показатель рождаемости за три года увеличился на 8,2% и составил в 2004 г. 10,5 на 1 тыс. населе­ния. Наибольшее число родившихся (более 11 на каждую 1000 чел.) зарегистрировано в Аликовском, Батыревском, Канашском, Красноармейском и Моргаушском районах, в г. Канаше и Новочебоксарске.

В 2004 г. впервые за последний пятилетний период в ЧР зареги­стрировано снижение общей смертности населения на 2,6%, которая составила 14,9 на 1 тыс. населения. Относительно низкий уровень смертности (менее 15 чел. на каждую 1000) отмечается в Комсомоль­ском районе и г.Чебоксары, Канаше и Новочебоксарске. Максималь­ное число умерших (более 22 человек на 1 тысячу жителей) - в Алатыр­ском, Красночетайском, Порецком и Шумерлинском районах.

Ожидаемая продолжительность жизни, как интегрированное отражение демографических процессов и состояния здоровья населе­ния ЧР, увеличилась в 2003 г. до 66,09 года, в том числе для мужчин -59,72, для женщин - 73,03. Разрыв в продолжительности жизни муж­чин и женщин Чувашии составил в 2004 г. 13,31 года (ПФО - 13,56 года).

Анализ состояния, тенденций демографических процессов и их причин свидетельствует о возможности благоприятного развития рынка стоматологических услуг на территории Чувашской республики.

**Потребность в стоматологических услугах на территории Чувашской Республики**

Таблица 1.5

**Динамика потребности в стоматологической помощи населения Чувашской Республики\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **2003** | **2004** | **2005** |
| Потребность в стоматологической помощи, % населения ЧР | 63,4 | 64,3 | 65,4 |
| Получили стоматологическую помощь из числа нуждавшихся, % населения ЧР | 85,8 | 86,1 | 85,2 |

\* по данным

Таблица 1.6

**Показатели работы стоматологической службы по административным территориям Чувашской Республики**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Административные территории | Количество пломб в день, шт. | | | Получили стоматологическую помощь из числа нуждающихся, % населения | | |
| 2002 | 2003 | 2004 | 2002 | 2003 | 2004 |
| Алатырский | 8,8 | 10,1 | 12,2 | 89,2 | 74,8 | 76,6 |
| Аликовский | 11,1 | 12,5 | 11,1 | 83,7 | 81,8 | 83,5 |
| Батыревский | 11,5 | 11 | 10,4 | 82 | 83,8 | 82 |
| Вурнарский | 10 | 8,4 | 8 | 84,3 | 89 | 90,7 |
| Ибресинский | 8,2 | 7,1 | 6,4 | 67 | 78,1 | 75,1 |
| Канашский | 13 | 10,2 | 9,8 | 83,6 | 73,1 | 82,4 |
| Козловский | 12,6 | 10,1 | 8,8 | 91,4 | 86,4 | 86 |
| Комсомольский | 9,8 | 8,6 | 8,9 | 81,6 | 69,3 | 74,1 |
| Красноармейский | 9,7 | 10,3 | 9,8 | 72,5 | 84,4 | 72,9 |
| Красночетайский | 14,4 | 12,8 | 15,5 | 49,7 | 78,3 | 71,5 |
| Марпосадский | 8,7 | 10,2 | 8,5 | 75,1 | 80 | 75 |
| Моргаушский | 10,6 | 11,4 | 11,8 | 82,6 | 86,8 | 82,2 |
| Порецкий | 12,6 | 12 | 11,3 | 74,3 | 79,5 | 81,8 |
| Урмарский | 14,9 | 12,9 | 11,9 | 92 | 92,5 | 93 |
| Цивильский | 9 | 8,5 | 10 | 77,9 | 83,2 | 85,2 |
| Чебоксарский | 10,6 | 11,4 | 10,8 | 79,1 | 83,6 | 78,4 |
| Шемуршинский | 8 | 7,9 | 7 | 58,3 | 48 | 43,7 |
| Шумерлинский | 13,2 | 8,3 | 13,2 | 71,3 | 73,3 | 74,3 |
| Ядринский | 11,2 | 11,1 | 10,6 | 69,4 | 83,1 | 82,9 |
| Яльчикский | 13,2 | 12,8 | 13,5 | 92 | 91,9 | 95,8 |
| Янтиковский | 7,1 | 5,6 | 6,5 | 62,1 | 84,8 | 90 |
| г. Алатырь | 12,5 | 11,1 | 9,7 | 87,7 | 92,4 | 91,5 |
| г. Канаш | 11 | 11,7 | 12 | 94,8 | 95,5 | 90 |
| г. Чебоксары | 10,5 | 9 | 9,8 | 85,2 | 90,4 | 90,5 |
| г. Новочебоксарск | 11,8 | 9,8 | 8,2 | 88,9 | 83,6 | 87 |
| **Итого по республике** | **10,9** | **10,8** | **10,1** | **84,7** | **86,1** | **85,8** |
| Город | 10,7 | 10,8 | 9,9 | 85,3 | 96 | 89 |
| Село | 11,6 | 10,7 | 9,8 | 83,6 | 64,1 | 79,9 |

**Состояние стоматологической службыЧувашской Республики**

Стоматологическая служба Чувашской Республики представлена государственными, муниципальными и частными учреждениями здравоохранения. Число учреждений отражено в таблице 2.2.

Таблица 2.2

**Распределение стоматологических учреждения здравоохранения Чувашской Республики по форме собственности:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Форма собственности учреждения здравоохранения | Количество | Доля,% |
| Государственные учреждения здравоохранения, оказывающие стоматологические услуги | 28 | 21,2% |
| Муниципальные учреждения здравоохранения, оказывающие стоматологические услуги | 38 | 28,8% |
| Частные стоматологические практики | 66\* | 50,0% |

**\*** учитывалось количество частных стоматологических практик по зарегистрированному месту осуществления деятельности.

Для облегчения понимания ситуации на рынке стоматологических услуг ЧР под частными стоматологическими практиками мы будем пониматьчастные учреждения здравоохранения, где оказывается стоматологическая помощь на основе выданной лицензии предпринимателям,как с образованиемюридического лица, так и без образованияюридического лица.

Таблица 2.4

**Структура стоматологических учреждений ЧР по форме собственности и видам деятельности**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Структура стоматологических учреждений ЧР | Кол-во | Доля |
| 1. Учреждения, находящиеся в федеральной собственности, оказывающие только стоматологические услуги в рамках обязательного медицинского страхования; | 4 | 3% |
| 2. Учреждения, находящиеся в федеральной собственности, оказывающие хозрасчетные стоматологические услуги | 1 | 0,8% |
| 3. Учреждения, находящиеся в федеральной собственности, оказывающие одновременно стоматологические услуги в рамках обязательного медицинского страхования и хозрасчетные услуги | 1 | 0,8% |
| 4. Учреждения, находящиеся в собственности субъекта РФ, оказывающие только стоматологические услуги в рамках обязательного медицинского страхования; | 16 | 12,0% |
| 5. Учреждения, находящиеся в собственности субъекта РФ, оказывающие одновременно стоматологические услуги в рамках обязательного медицинского страхования и хозрасчетные услуги; | 5 | 3,8% |
| 6. Учреждения, находящиеся в собственности субъекта РФ, оказывающие только хозрасчетные услуги | 1 | 0,8% |
| 5. Учреждения, находящиеся в муниципальной собственности, оказывающие только услуги в рамках обязательного медицинского страхования по стоматологии; | нет | нет |
| 6. Учреждения, находящиеся в муниципальной собственности, оказывающие одновременно услуги обязательного медицинского страхования по стоматологиии хозрасчетные услуги; | 38 | 28,8% |
| 7. Учреждения, находящимися в частой собственности, оказывающие стоматологические услуги на основе возмездного договора. | 66\* | 50,0% |

**\*** учитывалось количество частных стоматологических практик по месту осуществления деятельности

Только 20 (15%) стоматологических учреждений работают только в рамках обязательного медицинского страхования, причем в федеральной собственности находятся 4 (66,7%) учреждения, находящиеся в собственности ЧР -16 (72,7%) учреждений.

Одновременно оказывают услуги хозрасчетные и в рамках обязательного медицинского страхования44 (33,3%) стоматологических учреждений. Из них38 (100%) муниципальных учреждений,5 (%) учреждений, находящихся в собственности ЧР, 1 (16,7%) - в федеральной собственности.

Исключительно платные стоматологические услуги населению оказывают 68 (51,1%) учреждений, включающиевсе частные стоматологические практики, 1 (16,7%)учреждение федеральной собственности, 1 (4,5%) учреждение, находящееся в собственности ЧР.

Таблица 2.4

**Стоматологические учреждения Чувашской Республики**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2002** | **2003** | **2004** | **2005** |
| Число самостоятельных стоматологических поликлиник (бюджетных и хозрасчетных) | 12 | 12 | 11 | 11 |
| из них детские поликлиники | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Число лечебно-профилактических учреждений, имеющих стоматологические отделения (кабинеты) | 112 | 107 | 112 | 112 |
| Число зубопротезных отделений (кабинетов) – самостоятельных ине входящих в состав лечебно-профилактических учреждений | 12 | 12 | 13 | 13 |
| Число выданных лицензий на стоматологические работы и услуги | **21** | **51** | **69** | **85** |

Таблица 1.7

**Обеспеченность врачами стоматологами административных территорий Чувашской Республики**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Административные территории | Стоматологи | | | | | |
| абс. число | | | на 10 тыс. | | |
| **2002** | **2003** | **2004** | **2002** | **2003** | **2004** |
| Алатырский и г.Алатырь | 9 | 11 | 11 | 1,4 | 1,7 | 1,7 |
| Аликовский | 7 | 7 | 6 | 3,3 | 3,3 | 2,8 |
| Батыревский | 7 | 8 | 6 | 1,8 | 1,9 | 1,5 |
| Вурнарский | 4 | 4 | 5 | 0,9 | 1 | 1,2 |
| Ибресинский | 7 | 7 | 8 | 2,5 | 2,5 | 2,8 |
| Канашский | 4 | 3 | 4 | 0,9 | 0,7 | 0,9 |
| Козловский | 5 | 5 | 6 | 2 | 1,9 | 1,4 |
| Комсомольский | 4 | 5 | 5 | 1,4 | 1,8 | 1,8 |
| Красноармейский | 2 | 2 | 2 | 1,1 | 1,1 | 1,1 |
| Красночетайский | 3 | 3 | 3 | 1,4 | 1,4 | 1,4 |
| Марпосадский | 4 | 3 | 2 | 1,5 | 1,1 | 0,7 |
| Моргаушский | 11 | 11 | 10 | 3 | 3 | 2,7 |
| Порецкий | 2 | 1 | 1 | 1,1 | 0,6 | 0,6 |
| Урмарский | 5 | 4 | 5 | 1,7 | 1,4 | 1,8 |
| Цивильский | 6 | 6 | 6 | 1,7 | 1,6 | 1,6 |
| Чебоксарский | 14 | 13 | 14 | 2,4 | 2,2 | 2,4 |
| Шемуршинский | 3 | 2 | 4 | 1,9 | 1,2 | 2,4 |
| Шумерлинский и г.Шумерля | 11 | 11 | 11 | 2,1 | 2,3 | 2,3 |
| Ядринский | 8 | 8 | 9 | 2,3 | 2,4 | 2,7 |
| Яльчикский | 3 | 3 | 3 | 1,2 | 1,2 | 1,2 |
| Янтиковский | 4 | 4 | 4 | 2,1 | 2,2 | 2,2 |
| г. Канаш | 17 | 15 | 17 | 3,2 | 3 | 3,5 |
| г. Новочебоксарск | 43 | 48 | 53 | 3,5 | 3,8 | 4,2 |
| г. Чебоксары | 221 | 230 | 235 | 4,7 | 5,1 | 5,1 |
| **Итого по республике** | **510** | **521** | **539** | **3,8** | **4** | **4,1** |

Таблица 1.8

**Обеспеченность медицинскими кадрами**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Наименование должностей** | **2003** | **2004** | **2005** |
| стоматологи-ортодонты | 10 | 10 | 10 |
| стоматологи-детские | 53 | 66 | 53 |
| стоматологи-терапевты | 225 | 223 | 204 |
| стоматологи-ортопеды | 8 | 10 | 10 |
| стоматологи-хирурги | 62 | 61 | 49 |
| стоматологи | 63 | 60 | 51 |
| зубные врачи | 163 | 166 | 149 |
| зубные техники | 25 | 25 | 24 |
| **ВСЕГО** | 609 | 621 | 550 |

**Подготовка специалистов с высшим профессиональным образованием по специальности «Стоматология»**

Подготовкой специалистовс высшим профессиональным образованием по специальности «Стоматология» занимается стоматологический факультет Чувашского государственного университета им. И. Н. Ульянова. Ежегодно наблюдается увеличение числа студентов, с одновременнымуменьшением бюджетных мест (таблица 2.9).

Таблица 2.9

**Подготовка специалистов на стоматологическом факультете Чувашского государственного университета им. И. Н. Ульянова**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2002/03** | **2003/04** | **2004/05** | **2005/06** |
| Принято студентов | 69 | 85 | 135 | 142 |
| Число бюджетных мест | 35 | 35 | 35 | 35 |
|  | **2001/02** | **2002/03** | **2003/04** | **2004/05** |
| Выпущено специалистов | 44 | 58 | 62 | 71 |

Как видно из таблицы 2.9 наблюдается увеличение числа слушателей 2002/2003 к 2005/2006 почтив 2 раза. Если сохранится положительная динамика, то к 2010 году можно прогнозировать увеличение числа специалистов стоматологов в 4 раза, что приведет к большему развитию частного сектора рынка стоматологических услуг, увеличению конкуренции между ними.

**2. Технологические факторы**

Уровень подготовки специалистов стоматологов определяется уровнем квалификации, но не всегда номинальный уровень квалификации соответствуют реальному.

Таблица 1.11

**Распределение численности врачей стоматологов по квалификационным категориям, в %**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Квалификация врачейстоматологов** | **2002** | **2003** | **2004** |
| Имеют высшую квалификационную категорию | 10,6 | 12,0 | 13,7 |
| Имеют первую квалификационную категорию | 27,1 | 27,4 | 27,5 |
| Имеют вторую квалификационную категорию | 14,8 | 15,4 | 16,7 |

**Техническое обеспечение диагностики**

Основным диагностическим методом в стоматологии является рентгенография. Распределение дентальных рентгеновских установок представлена в таблице 1.1

Таблица 1.11

**Распределение дентальных рентгеновских установок по секторам рынка стоматологических услуг ЧР**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Сектор рынка | Кол-во | Доля | Количество установок, приходящихся на 1 стоматологическое кресло |
| Государственный сектор | 21 | 35,0% | 0,75 |
| Муниципальный сектор | 32 | 53,3% | 0,84 |
| Частный сектор | 7 | 11,7% | 0,11 |
| **Всего** | **60** | **100,0%** | **-** |

Основная масса дентальных рентгеновских установок сосредоточена в муниципальном секторе, это объясняется большим количеством муниципальных учреждений здравоохранения, оказывающих стоматологические услуги.

**Техническое обеспечение лечения, протезирования**

Преимущество частного сектора над бюджетным государственным и муниципальным значительно. Это связано с ограниченностью финансирования бюджетного приема. Преимущество частного сектора над платным сегментом государственного и муниципального секторов в целом незначительное, хотя некоторые частные стоматологические учреждения по уровню внедрения новых технологий на порядок опережают другие.

**3. Экономические факторы**

Таблица 1.2

**Объем валового регионального продукта в Чувашской Республике (по данным)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование показателей** | **2003** | **2002** | **2001** | **2000** |
| **Валовой региональный продукт:** |  |  |  |  |
| вценахсоответствующих лет |  | 42049,9 |  |  |
| в сопоставимых ценах |  | 14492,8 |  |  |
| **Валовойрегиональный продукт на душу населения, рублей:** |  |  |  |  |
| в ценах соответствующих лет |  | 31308,1 |  |  |
| в сопоставимых ценах |  | 10790,6 |  |  |

**Основные экономические показатели**

Таблица 1.2

**Основные социально-экономические показатели, характеризующие доходы и уровень жизни населения Чувашской Республики**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **2002** | **2003** | **2004** | **2005** |
| Денежные доходы населения, млн. руб. | 32677,5 | 43164,4 | 49469,5 |  |
| Реальные денежные доходы,в % к предыдущему году | 112 | 115,7 | 102,6 |  |
| Реальные располагаемые денежные доходы, в % к предыдущему году | 111 | 114,7 | 102 |  |
| Среднедушевые денежные доходы населения, руб. в месяц | 2069,8 | 2749,2 | 3165,9 |  |
| Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работающих в экономике, руб. | 2461,3 | 3215 | 4048,2 |  |
| Реальная начисленная заработная плата, в % к предыдущему году | 120,5 | 114,4 | 112,7 |  |
| [[1]](#footnote-1)Средний размер назначенных месячных пенсий на конец года, руб. | 1316,1 | 1572,1 | 1797,3 |  |
| Реальный размер назначенных месячных пенсий, в % к предыдущему году | 109,1 | 105,5 | 103,3 |  |
| Платные услуги населению, млн. руб. | 6134,8 | 8261,5 | 10370,1 |  |
| в % к предыдущему году(в сопоставимых ценах) | 98,6 | 105,9 | 106,9 |  |
| Численность населения с доходами ниже прожиточного минимума, в % к общей численности населения | 41,7 | 31,9 | 30,8 |  |
| Коэффициент фондов (коэффициент дифференциации доходов),в разах | 7,7 | 8,6 | 9,1 |  |

Таблица 1.2

**Распределение населения по величине среднедушевых денежных доходов (в процентах от общей численности населения)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2002** | **2003** | **2004** | **2005** |
| Все население | 100 | 100 | 100 | 100 |
| в том числе со среднедушевым денежным доходом в месяц, руб. |  |  |  |  |
| до 1000,0 | 16,4 | 8,1 | 5,5 |  |
| 1000,1-2000,0 | 43,6 | 32,6 | 26,8 |  |
| 2000,1-3000,0 | 23,5 | 26,5 | 25,9 |  |
| 3000,1-4000,0 | 9,6 | 15,2 | 16,9 |  |
| 4000,1-5000,0 | 3,9 | 8,0 | 10,1 |  |
| 5000,1-7000,0 | 2,3 | 6,5 | 9,3 |  |
| свыше 7000,0 | 0,7 | 3,1 | 5,5 |  |

Таблица 1.2

**Объем и структура платных услуг населению в области здравоохранения и отдыха**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2001** | **2002** | **2003** | **2004** |
| Платные услуги населению – всего | 4343,3 | 6134,8 | 8261,5 | 10370,1 |
| из них: |  |  |  |  |
| - медицинские | 393,2 | 498,5 | 649,6 | 850,7 |
| - санаторно-оздоровительные | 85,7 | 121,3 | 121,8 | 197,5 |
| - услуги физической культуры и спорта | 5,0 | 11,0 | 18,9 | 25,4 |
| В процентах к итогу,% | | | | |
| Платные услуги населению – всего | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| из них: |  |  |  |  |
| - медицинские | 9,0 | 8,1 | 7,9 | 8,2 |
| - санаторно-оздоровительные | 2,0 | 2,0 | 1,5 | 1,9 |
| - услуги физической культуры и спорта | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |

Таблица 1.2

**Средние потребительские цены на отдельные виды платных стоматологических услуг населению (на конец года, рублей)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Виды стоматологических услуг** | **2002** | **2003** | **2004** | **2005** |
| Первичный осмотр больного у стоматолога, посещение | 29,98 | 31,76 | 47,40 | 61,53 |
| Удаление одного зуба под местным обезболиванием, удаление | 65,48 | 73,67 | 100,26 | 135,02 |
| Изготовление коронки, штука | 185,76 | 240,06 | 311,92 | 361,91 |

Таблица 1.2

**Индексы потребительских цен на платные стоматологические услуги населению Чувашской Республики (на конец года, в процентах к декабрю предыдущего года)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Виды стоматологических услуг** | **2002** | **2003** | **2004** |
| Первичный осмотр больного у стоматолога, посещение | 137,9 | 138,3 | 130,0 |
| Удаление одного зуба под местным обезболиванием, удаление | 130,2 | 137,0 | 136,1 |
| Изготовление коронки, штука | 124,4 | 114,5 | 129,9 |

Таблица 1.2

**Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников организации отрасли «Здравоохранение» по формам собственности**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Рублей** | | | **В процентах к итогу** | | |
| **2002** | **2003** | **2004** | **2002** | **2003** | **2004** |
| **Всего** | **1948,6** | **2226,9** | **2911,2** | **100,0** | **100,0** | **100,0** |
| в том числе по формам собственности: |  |  |  |  |  |  |
| государственная | 2229,0 | 2604,7 | 3306,7 | 114,4 | 117,0 | 113,6 |
| муниципальная | 1781,6 | 1989,2 | 2632,2 | 91,4 | 89,3 | 90,4 |
| частная | 2032,9 | 3460,9 | 4162,7 | 104,3 | 155,4 | 143,0 |

**4. Политико-правовые факторы**

Регулирование рынка стоматологических услуг с позиции законодательства можно разделить на уровни, регулирующие:

- отношения между врачом и пациентом;

- отношения между врачом и работодателем;

- отношения между стоматологическими учреждениями и фирмами поставщиками;

- отношения между стоматологическими учреждениями, фирмами поставщиками, потребителями и органами исполнительной власти и другими организациями.

К первому уровню относятся:

а) Закон о защите прав потребителей

б) Ст.111, 112Уголовный кодекс РФ от 13 июня 1996 г. N 63-ФЗ (с последними изм. и доп. от21 июля 2005 г.)

в) ст. 779, 780, 781, 782, 783 Гражданский кодекс Российской Федерации (части первая, вторая и третья) (с последними изм. и доп. от 21 июля 2005 г.)

Ко второму уровню относятся:

К третьему уровню относятся:

К четвертому уровню относятся:

Налоговый кодекс Российской Федерации (с последними изм. и доп. от 22 июля 2005 г.)Подпункт 3/ Раздел VIII. Федеральные налоги (ст.ст. 143 - 346).Глава 23. Налог на доходы физических лиц (ст.ст. 207 - 233).Пункт 4 /

Федеральный закон от 21 декабря 1994 г. N 69-ФЗ "О пожарной безопасности" (с последнимиизм. и доп. от 9 мая 2005 г.)

Статья 33. Подтверждение соответствия в области пожарной безопасности

Специфика правового регулирования договора возмездного оказания сто­матологических услуг заключается в том, что на основании статьи 783 Гражданского кодекса РФ к нему могут применяться общие положения о подряде (статьи 702-729) и положения о бытовом подряде (статьи 730-739). При этом подряд понимается как выполнение подрядчиком по заданию заказчика определенной работы и сдача ее результата заказчику, а бытовой подряд - как выполнение определенной работы с цепью удов­летворения личных потребностей граждан.

**Обеспечение социальной поддержки населения Чувашской Республики:**

Предоставление мер социальной поддержки отдельным категориям граждан по обеспечению их льготным зубопротезированием производится в соответствии с законами Чувашской Республики "О социальной поддержке тружеников тыла военных лет и ветеранов труда", "О социальной поддержке реабилитированных лиц и лиц, признанных пострадавшими от политических репрессий". Финансирование расходов, связанных с предоставлением мер социальной поддержки отдельным категориям граждан по обеспечению лекарственными средствами при амбулаторно-поликлиническом лечении, изготовлению и ремонту зубных, осуществляется за счет средств Фонда субвенций и субсидий республиканского бюджета Чувашской Республики, выделяемых бюджетам районов и городов Чувашской Республики.

**STEP – анализ рынка стоматологических услуг**

STEP – анализ включает в себя исследование внешней среды учреждения. К факторам внешней макросреды относятся: социальные –численность населения, возрастной состав населения, естественный прирост,заболеваемость, смертность и т.д. Технологические -уровень научно-технического прогресса, позволяющий внедрить новые технологии и на базе этого производить новые виды продукции, стандарты в области производства и потребления.Экономические – ориентация и структура хозяйства, состояние финансовой системы, уровень инфляции, конвертируемость денежной единицы, покупательная способность населения. Политические - социально-политический строй, особенности законодательной системы и ее исполнения.

Для составления таблицы 1,1 были выбраны факторы и сгруппированы по параметрам STEP-анализа, затем эти факторы были оценены по 5 – бальной системе, где 5 это наиболее важное значение для исследуемой проблемы, а 1 наименее важное значение.

Таблица 1.1

**Анализ макросреды ???рынка стоматологических услуг**

**Чувашской Республики**

| **Факторыи ихпараметры** | Ранг (Р) | Цена веса фактора =  1/ Σ Р | Wi =Р\*сумму Wi | Ai оценка  веса фактора | Pi парамет-  рический  индекс]  =Wi\*Ai |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Социальные факторы** | | | | | |
| Демографическая ситуация в Российской Федерации |  |  |  |  |  |
| Демографическая ситуация в Чувашской Республике |  |  |  |  |
| Численность населения Чувашской Республики |  |  |  |  |
| Продолжительность жизни населения Чувашской Республики |  |  |  |  |
| Стоматологическая болезненность и заболеваемость населения Чувашской Республики |  |  |  |  |
| Состояние стоматологической службы в Чувашской Республике |  |  |  |  |
| Социальные льготы |  |  |  |  |
| Пенсионное обеспечение |  |  |  |  |
| Сводный параметрический индекс по фактору сумма (Pi) | Всего |  |  |  |
| **Технологические факторы** | | | | | |
| Уровень подготовки специалистов |  |  |  |  |  |
| Техническое обеспечение диагностики |  |  |  |  |
| Техническое обеспечение лечения, протезирования |  |  |  |  |
| Техническое обеспечение проведения профилактики стоматологических заболеваний |  |  |  |  |
| Техническое обеспечение качества медицинских инструментов |  |  |  |  |
| Внедрение стандартов оказания стоматологической помощи |  |  |  |  |
| Наличие стандартов лечения в стоматологии |  |  |  |  |
| Сводный параметрический индекс по фактору сумма (Pi) |  |  |  |  |  |
| **Экономические факторы** | | | | | |
| Экономическое развитиеЧувашской Республики |  |  |  |  |  |
| Экономическая политика РФ в области здравоохранения |  |  |  |  |
| Экономическая политика Чувашской Республики в области здравоохранения |  |  |  |  |
| Уровень инфляции в ЧР |  |  |  |  |
| Курс рубля по отношению к доллару |  |  |  |  |
| Уровень прожиточного минимума населения ЧР |  |  |  |  |
| Уровень пенсионного обеспечения ЧР |  |  |  |  |
| Среднедушевые денежные доходы населения ЧР |  |  |  |  |
| Политика в области перераспределения доходов (покупка нового оборудования, материально-технического обеспечения); |  |  |  |  |
| Государственный и муниципальный заказ |  |  |  |  |
| Государственная поддержка программ, заказов и контрактов |  |  |  |  |
| Экономическое обеспечение государственных гарантий в области оказания стоматологической помощи |  |  |  |  |
| Экономическое обеспечение социальных льгот (бесплатное зубопротезирование) |  |  |  |  |
| Условия конкуренции |  |  |  |  |
| Экономическая самостоятельность стоматологических учреждений |  |  |  |  |
| Сводный параметрический индекс по фактору сумма (Pi) |  |  |  |  |  |
| **Политические факторы** | | | | | |
| Политическая ситуация в РФ |  |  |  |  |  |
| Политическая ситуация в Чувашской Республики |  |  |  |  |
| *Правовые факторы* | | | | | |
| Правовые акты РФ |  |  |  |  |  |
| Правовые акты ЧР |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Сводный параметрический индекс по фактору сумма (Pi) |  |  |  |  |  |
| *Административные факторы* | | | | |  |
| Нормативные требования к качеству и сертификации технологии и продукции; |  |  |  |  |  |
| Аккредитация |  |  |  |  |
| Лицензирование |  |  |  |  |
| применение санкций |  |  |  |  |
| Установление фиксированных цен на услуги |  |  |  |  |  |
| Подготовка кадров |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Сводный параметрический индекс по фактору сумма (Pi). |  |  |  |  |  |

Wi = цена веса фактора\* ранг;Ai – оценка веса фактора(от 1 до5)

Цена Wi = 1.сумму рангов;Pi – параметрический индекс = Wi\*Ai

P(n) – сводный параметрический индекс

Вывод: Из приведённых в таблице данных наглядно видно, что наиболее значимыми для данного вида услуг являются технологические, а так же экономические факторы, на 3 месте – социальные, и на 4 месте – политические факторы.

***2.1.2 Анализ ближнего окружения рынка стоматологических услуг Чувашской Республики. Анализ потребителей рынка стоматологических услуг***

Профиль покупателя может быть составлен по следующим характеристикам:

**Периодичность обращения к стоматологу:**

- обращаются 1-2 раза в год – 61,5%,

- 1 раз в несколько лет – 25,2%,

- 3-5 раз в год – 10,3%,

- Более 6 раз в год – 3%;

**Причины обращения к стоматологу:**

- по поводу выпадения пломбы -37,6%;

- по поводу острой боли или воспаления– 29,4%;

- с целью профилактического осмотра - 18,7%;

- с целью протезирования – 14,3%.

**Население Чувашской Республики выбирает стоматологическое учреждение**

- по рекомендации знакомых, друзей, родственников -52,9%;

- по близости к дому, месту работы, учебы – 22,6%;

- по стоимости лечения – 22,5%;

- по рекламе в СМИ – 2%.

**Население Чувашской Республики обращается в стоматологическое учреждение**

- в стоматологическую поликлинику по месту жительства - 41,7%;

- в частные стоматологические клиники – 37,7%;

- в стоматологическую поликлинику не по месту жительства– 20,6%.

**Получая платные стоматологические услуги пациенты считают, что платят за:**

- за внимательное отношение врачей – 38,7%

- за помощь, оказываемую с использованием более современных

лекарств, материалов и оборудования - 24,0%;

- за более быструю помощь -14,9%;

- за профессионализм -12,5%,

- за лучшие условия оказания помощи – 9,9%.

Как видно из представленных данных, главное достоинство платных медицинских услуг заключается во внимании со стороны медицинского персонала

Распределение ответов пациентов на вопрос о причинах неудовлетворенности качеством и организацией лечебного процесса в поликлиниках по месту жительства:

|  |  |
| --- | --- |
| **Причины неудовлетворенности** | **Доля опрошенных,%** |
| Неудобное стоматологическое кресло | 7,0 |
| Устаревшее оборудование | 18,5 |
| Плохое санитарное состояние кабинета | 4,3 |
| Много пациентов в одном кабинете | 12,6 |
| Сложность с получением талона в регистратуре | 32,3 |
| Невозможность выбора врача | 7,6 |
| Грубость персонала | 2,0 |
| Долгое ожидание приема врача 32 | 14,2 |
| Другое | 1,5 |

***Анализ поставщиков стоматологического оборудования и материалов на территории Чувашской Республики***

Для определения наиболее известных фирм, была разработана анкета опроса главных врачей и директоров стоматологических учреждений и проведено анкетирование. Форма анкеты представлена в приложении №\_\_.

Сегодня на рынке поставщиками стоматологических материалов на территории Чувашской Республики являются 6 фирм:

1. ООО «Рокада-Мед г. Чебоксары»;
2. ООО «Комед»;
3. ООО «Витадент»;
4. ООО «Ориент-сервис»;
5. ООО «Здрава»;
6. ООО «Сан-Фарм»;

В целом рынок стоматологических товаров на территории Чувашской Республики оценивается директорами фирм 2-3 млн. рублей в год.

Диаграмма 2.1

**Доля рынка поставок стоматологического оборудования и стоматологических материалов**



Было опрошенореспондентов в количестве 43 человек и выявленлидер среди фирм поставщиков - ООО «Рокада-Мед г. Чебоксары».

ООО «Рокада-Мед г.Чебоксары» - является официальным дилером компаний «3М ESPE», «Renfert», «Bisico», «Septodont» (Франция),«Аверон» (Россия), «Heraeus Kulzer» (Германия) и других известных производителей стоматологического оборудования и материалов. Входит в состав холдинга ООО «Рокада-Мед».

«Рокада-Мед» позиционирует себя как компания, ориентированная на развитие. Это означает, что мы нацелены на постоянное внедрение в практику работы компании различных нововведений.Это подразумевает не только поставку полного спектра товаров длястоматологии (свыше 3,5 тысяч наименований) и сервисное обслуживание проданного оборудования, но и обучение врачей передовым технологиям лечения на регулярно проводимых научно-практических семинарах и мастер - классах с участием ведущих российских и зарубежных стоматологов.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Параметры** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| Доля рынка поставок | 54% | 18% | 9% | 5% | 7% | 7% |
| Стоимость товаров | на 10% выше средне рыночных цен | на 4 % выше средне рыночных цен | соответствуют средне рыночным ценам | соответствуют средне рыночным ценам | соответствуют средне рыночным ценам | на 4% ниже средне рыночных цен |
| Гарантии качества поставляемых товаров | +++ | ++ | + | + | + | ++ |
| Время от поступления заказа до получения | 0,5-1,0 недели | 1,0-1,5 недели | 1,0-1,5 недели | 1,0-1,5 недели | 1,0-1,5 недели | 1,0-1,5 недели |
| Имеют свой магазин | + | - | - | - | + | + |
| Степень «раскрученности» | +++ | ++ | + | + | + | + |
| Сотрудничество с органамивласти | +++ | ++ | + | + | + | + |
| Пунктуальность и обязательность выполнения поставок | +++ | ++ | + | + | ++ | ++ |
| Гарантийный и постгарантийный сервис | +++ | ++ | + | + | ++ | +++ |
| Уровень специализированности | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ |
| Количество работников, человек | 6 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 |

Поставки стоматологических материалов в государственные и муниципальные стоматологические поликлиники осуществляется через тендер. В частные – по потребности.

Стоматологические товары не являются стандартными предметами потребления, поставляемыми на открытый рынок большим числом фирм, так как здесь действуют ограничения:

1. Рынок поставок не является открытым, т.к. на осуществление деятельности по поставкам стоматологического оборудования и стоматологических материалов требуется лицензия.

2. Общее количество фирм поставщиков – 6.

3. Спрос на стоматологические товары ограничен спросом населения на стоматологические услуги.

4. Сложность переключения на товары-заменители в силу «стереотипов» врачей-стоматологов. Например, стоматологи ортопеды привыкли работать слепочным материалом «Ypeen» и не заказывают другие слепочные материалы, хотя некоторые из них превосходят «Ypeen» по многим характеристикам.

5. Фирмы поставщики в силу ограниченного спроса вынуждены работать не только на рынке стоматологических товаров, но и переключаться на кардиохирургическое оборудование.

***Анализ конкуренции на стоматологическом рынке***

***Чувашской Республики***

1. Соперничество между стоматологическими учреждениями

А) конкуренция между сегментами рынка стоматологических услуг Чувашской Республики

Б) конкуренция внутри сегментов рынка стоматологических услуг Чувашской Республики

2.Попытки других медицинских учреждений войти на рынок стоматологических услуг Чувашской Республики

3.Возможность появления новых сильных конкурентов внутри отрасли

4.Способность поставщиков стоматологических материалов и оборудования диктовать свои условия

5.Способность потребителей стоматологических услуг диктовать свои условия

**2.2. Внутренний анализ разных секторов рынка стоматологических услуг Чувашской Республики**

Чтобы государство могло эффективно регулировать рынок стоматологических услуг в Чувашской Республике, необходимо иметь понимание, что же представляет собой сектора рынка стоматологических услуг на территории Чувашии сегодня. Для этого мы провели обзорное исследование рынка услуг государственных, муниципальных, частных стоматологических учреждений Чувашской Республики, которое и предлагаем Вашему вниманию. Представленный обзор подготовлен по материалам, полученным в ходе исследования 28 государственных, 22 муниципальных и 66 частных стоматологических учреждений, включая 7 учреждений федерального значения. Исследование проводилось нами с ноября 2004 года по декабрь 2005 года путем проведения сплошного телефонного опроса и выборочного посещения учреждений.

Для облегчения понимания ситуации на рынке стоматологических услуг ЧР под частными стоматологическими практиками мы будем понимать учреждения здравоохранения где оказывается стоматологическая помощь на основе выданной лицензии предпринимателям как с образованием юридического лица, так и без образования юридического лица.

Характеристика секторов рынка стоматологических услуг Чувашской Республики представлена в таблице 1.1.

Таблица 1.1

**Характеристика секторов рынка стоматологических услуг Чувашской Республики**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Общее количество  учреждений | Количество учреждений, ведущих платный прием | Количество установок, шт. | Норма времени на одного пациента, мин. |
| Государственные учреждения | 28 | 4 | 150 | 20 (45\*) |
| Муниципальные учреждения | 38 | 38 | 630 | 20 (45\*) |
| Частные практики | 66 | 66 | 165 | 60 |

\* - на платном приеме

Доля государственных стоматологических учреждений составляет21,2%, доля муниципальных – 28,8%, доля частных – 50%.

Из указанных в таблице 1.1 28государственных учреждений здравоохранения, оказывающие стоматологические услуги 28 (100%) поликлиник предназначены для обслуживания взрослого населения. Платные услуги оказываются в 4 (14 %) учреждениях государственного сектора.

Из указанных 38 муниципальных учреждений 2 (5%) являются специализированными детскими стоматологическими поликлиниками,36 предназначены для обслуживания взрослого населения. Только 11 (29%) – являются самостоятельными стоматологическими поликлиниками. Платные услуги оказываются во всех муниципальных учреждениях.

Общая численность стоматологических установок, сосредоточенных в государственном секторе, составляет около 150 единиц, из которых примерно 28 (19%) предназначено для ведения платного приема. В муниципальном секторе - около 630 единиц, из которых примерно 40 (6%) предназначено для ведения детского приема. На платном приеме задействовано 144 (23%).

Общее количество стоматологических установок, эксплуатируемых в 66 частных стоматологических учреждениях, составляет 165.

Отношение числа установок к числу учреждений для государственного сектора составляет – 5,36, для муниципального сектора – 16,6, для частного – 2,5.

Основную долю частного сектора рынка (более 85,6%) занимают небольшие частные практики с количеством установок от 1 до 2. Средние клиники с количеством установок от 3 до 5 в совокупности занимают 14,5% рынка. Все стоматологические практики состоятиз одного филиала. Сетевых клиник на территории Чувашской Республики нет.

В государственном и муниципальном секторена бесплатный прием по нормативу отводится 20 минут на одного пациента, на платном приеме– 45 минут. В частном секторе время увеличено до 60 минут.

|  |  |
| --- | --- |
| Структура стоматологических учреждений ЧР | Кол-во |
| 1 Учреждения, находящиеся в федеральной собственности, оказывающие только стоматологические услуги в рамках обязательного медицинского страхования; | 4 |
| 2. Учреждения, находящиеся в федеральной собственности, оказывающие хозрасчетные стоматологические услуги | 1 |
| 3. Учреждения, находящиеся в федеральной собственности, оказывающие одновременно стоматологические услуги в рамках обязательного медицинского страхования и хозрасчетные услуги | 1 |
| 4. Учреждения, находящиеся в собственности субъекта РФ, оказывающие только стоматологические услуги в рамках обязательного медицинского страхования; | 17 |
| 5. Учреждения, находящиеся в собственности субъекта РФ, оказывающие одновременно стоматологические услуги в рамках обязательного медицинского страхования и хозрасчетные услуги; | 5 |
| 6. Учреждения, находящиеся в собственности субъекта РФ, оказывающие только хозрасчетные услуги | 1 |
| 5. Учреждения, находящиеся в муниципальной собственности, оказывающие только услуги в рамках обязательного медицинского страхования по стоматологии; | нет |
| 6. Учреждения, находящиеся в муниципальной собственности, оказывающие одновременно услуги обязательного медицинского страхования по стоматологиии хозрасчетные услуги; | 38 |
| 7. Учреждения, находящимися в частой собственности, оказывающие стоматологические услуги на основе возмездного договора. | 66\* |

**\*** учитывалось количество частных стоматологических практик по месту осуществления деятельности

В отличие от негосударственных стоматологических клиник, государственные и муниципальные стоматологические учреждения на территории Чувашской Республики распределены относительно равномерно.

Проведение анализа по параметрам, характеризующим уровень оснащенности и универсализации среди государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, оказывающие стоматологические услуги, на наш взгляд, не имеет смысла, поскольку очевидно, что учреждения оказывают почти весь спектр услуг, рентгеновское оборудование имеется еще с советских времен, зуботехнические лаборатории присутствуют в каждом учреждении.

Возможности частных стоматологических практик по оказанию полного комплекса стоматологической помощи напрямую связаны с их оснащенностью и наличием лаборатории. Только 7% частных стоматологических практик обладают и собственной зуботехнической лабораторией, и радиовизиографом. Проблема отсутствия в практиках собственных лабораторий отчасти решается путем размещения ими заказов в лабораториях других клиник, а также привлечения многочисленных техников, работающих в домашних условиях, "на коленке", или техников, занимающихся частной практикой на своих рабочих местах. Ситуация с отсутствием рентгенологического оборудования более сложная – стоматологическая практика вынуждена направлять пациентов в другие организации или вообще игнорировать лучевую диагностику, что при проведении, например, эндодонтического лечения граничит с преступной безответственностью. Главная причина подобной ситуации кроется, прежде всего, в трудновыполнимых нормах и требованиях СЭС к эксплуатации данной техники. Многократно поднимался вопрос о пересмотре завышенных в ряде случаев требований Госсанэпиднадзора к оказанию стоматологической помощи. Однако, несмотря на усилия профессиональных ассоциаций стоматологов, в компетенцию которых входит решение этих вопросов, мало что меняется.

В таблице 2.2 представлено процентное распределение стоматологических учреждений по административным территориям Чувашской Республики.

Таблица 2.2

**Распределение учреждений здравоохранения, оказывающие стоматологические услуги по административным территориям Чувашской Республики**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Административные территории | Численность населения, тыс. человек |  |  |  | Количество учреждений, оказывающие стоматологические услуги | | |
|  |  |  | Государственные учреждения | Муниципальные учреждения | Частные практики |
| Алатырский | 20,5 |  |  |  |  | 1 |  |
| Аликовский | 20,6 |  |  |  |  | 1 |  |
| Батыревский | 40,6 |  |  |  |  | 1 | 1 |
| Вурнарский | 40,7 |  |  |  | 1 | 1 | 1 |
| Ибресинский | 28,1 |  |  |  | 1 | 1 | 2 |
| Канашский | 42,1 |  |  |  | 1 |  |  |
| Козловский | 25,3 |  |  |  | 1 | 1 |  |
| Комсомольский | 27,3 |  |  |  |  | 1 | 1 |
| Красноармейский | 17,3 |  |  |  |  | 1 |  |
| Красночетайский | 20,7 |  |  |  |  | 1 |  |
| Мариинско-Посадский | 26,6 |  |  |  |  |  | 1 |
| Моргаушский | 36,8 |  |  |  |  | 2 |  |
| Порецкий | 16,6 |  |  |  |  | 1 |  |
| Урмарский | 28,0 |  |  |  |  | 1 |  |
| Цивильский | 38,4 |  |  |  | 1 | 2 |  |
| Чебоксарский | 58,5 |  |  |  | 3 | 1 | 5 |
| Шемуршинский | 16,0 |  |  |  |  | 1 |  |
| Шумерлинский | 13,0 |  |  |  |  | 1 |  |
| Ядринский | 33,3 |  |  |  |  | 2 | 2 |
| Яльчикский | 23,8 |  |  |  |  | 1 |  |
| Янтиковский | 18,4 |  |  |  |  | 1 | 1 |
| г. Канаш | 49,0 |  |  |  | 1 | 2 | 6 |
| г. Алатырь | 42,7 |  |  |  |  | 1 | 4 |
| г. Новочебоксарск | 125,7 |  |  |  | 1 | 1 | 5 |
| г. Чебоксары | 453,7 |  |  |  | 18 | 14 | 36 |
| г. Шумерля | 35,2 |  |  |  |  | 1 | 1 |
| **Всего по республике** | **1299,1** |  |  |  | **28** | **38** | **66** |

Большинство, равно как и медицинских учреждений других видов, оказывающих стоматологические услуги, расположены в г.Чебоксары, г. Новочебоксарск, г. Канаш, Чебоксарском районе.

Наибольшее число частных стоматологических учреждений приходится на г. Чебоксары, там сосредоточено 38 стоматологических практик.

Таблица 1.8

**Распределение частных стоматологических практик по г.Чебоксары**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Районы г. Чебоксары** | **Количество частных стоматологических учреждений** | **Доля** |
| Северо-западный район | 10 | 27,8% |
| Центр | 14 | 38,8% |
| Новоюжный район | 6 | 16,7% |
| Юго-западный район | 5 | 13,9% |
| Южный поселок | 1 | 2,8% |
| **г. Чебоксары ВСЕГО** | **36** | **100%** |

По данным Медицинского информационно аналитического центра на начало 2005 года в числилось 526 врачей стоматологов всех специальностей (таблица 2.3).

Таблица 1.8

**Обеспеченность медицинскими кадрами государственных и муниципальных учреждений здравоохранения**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Наименование должностей** | **2003** | **2004** | **2005** |
| стоматологи-ортодонты | 10 | 10 | 10 |
| стоматологи-детские | 53 | 66 | 53 |
| стоматологи-терапевты | 225 | 223 | 204 |
| стоматологи-ортопеды | 8 | 10 | 10 |
| стоматологи-хирурги | 62 | 61 | 49 |
| стоматологи | 63 | 60 | 51 |
| зубные врачи | 163 | 166 | 149 |
| **ВСЕГО** | **584** | **596** | **526** |
| зубные техники | 25 | 25 | 24 |

Статистический учет врачей стоматологов, работающих в частном секторе, а так же деятельность частных стоматологических учреждений не ведется, так как частные стоматологические учреждения не сдают в Медицинский информационно аналитический центр и территориальный орган Федеральной государственной статистики по Чувашской Республики годовую отчетную форму №30.

Но можно примерно оценить число занятых в частном секторе врачей по числу выданных лицензий, оно составляет 78 человек.

Оперировать последней цифрой следует осторожно, так как есть основания считать ее заниженной:

- многие врачи, работающие в муниципальных поликлиниках, ведут прием по совместительству в частных стоматологических учреждениях, часто неофициально;

- система найма во многих коммерческих организациях строится таким образом, что примерно половина или даже более работающих сотрудников не состоят в штате.

Таблица 1.8

**Обеспеченность врачами стоматологами\* административных территорий Чувашской Республики**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Административные территории | Стоматологи | | | | | |
| Человек | | | Человек на 10 тыс. населения | | |
| **2002** | **2003** | **2004** | **2002** | **2003** | **2004** |
| Алатырский и г.Алатырь | 9 | 11 | 11 | 1,4 | 1,7 | 1,7 |
| Аликовский | 7 | 7 | 6 | 3,3 | 3,3 | 2,8 |
| Батыревский | 7 | 8 | 6 | 1,8 | 1,9 | 1,5 |
| Вурнарский | 4 | 4 | 5 | 0,9 | 1 | 1,2 |
| Ибресинский | 7 | 7 | 8 | 2,5 | 2,5 | 2,8 |
| Канашский | 4 | 3 | 4 | 0,9 | 0,7 | 0,9 |
| Козловский | 5 | 5 | 6 | 2 | 1,9 | 1,4 |
| Комсомольский | 4 | 5 | 5 | 1,4 | 1,8 | 1,8 |
| Красноармейский | 2 | 2 | 2 | 1,1 | 1,1 | 1,1 |
| Красночетайский | 3 | 3 | 3 | 1,4 | 1,4 | 1,4 |
| Марпосадский | 4 | 3 | 2 | 1,5 | 1,1 | 0,7 |
| Моргаушский | 11 | 11 | 10 | 3 | 3 | 2,7 |
| Порецкий | 2 | 1 | 1 | 1,1 | 0,6 | 0,6 |
| Урмарский | 5 | 4 | 5 | 1,7 | 1,4 | 1,8 |
| Цивильский | 6 | 6 | 6 | 1,7 | 1,6 | 1,6 |
| Чебоксарский | 14 | 13 | 14 | 2,4 | 2,2 | 2,4 |
| Шемуршинский | 3 | 2 | 4 | 1,9 | 1,2 | 2,4 |
| Шумерлинский и г.Шумерля | 11 | 11 | 11 | 2,1 | 2,3 | 2,3 |
| Ядринский | 8 | 8 | 9 | 2,3 | 2,4 | 2,7 |
| Яльчикский | 3 | 3 | 3 | 1,2 | 1,2 | 1,2 |
| Янтиковский | 4 | 4 | 4 | 2,1 | 2,2 | 2,2 |
| г. Канаш | 17 | 15 | 17 | 3,2 | 3 | 3,5 |
| г. Новочебоксарск | 43 | 48 | 53 | 3,5 | 3,8 | 4,2 |
| г. Чебоксары | 221 | 230 | 235 | 4,7 | 5,1 | 5,1 |
| **Итого по республике** | **510** | **521** | **539** | **3,8** | **4** | **4,1** |

\* учитывались только врачи стоматологи, работающие в государственном и муниципальных секторах.

По данным реестра лицензий медицинской деятельности Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в Чувашской Республике на 1 февраля 2006 года выдано 85 лицензий юридическим лицам частной формы собственности и предпринимателям без образования юридического лица на осуществление стоматологических работ и услуг, причем 27 лицензий зарегистрированы по одному и тому же месту осуществления деятельности. Всего «мест» – учреждений здравоохранения, где осуществляется лицензированные стоматологические работы и услугина 1 января 2006 года - 66, т.е. на территории Чувашской Республики 66 частных стоматологических практик. Только 41 стоматологическая практика зарегистрирована с образованием юридического лица, остальные как предприниматели без образования юридического лица.

Важной характеристикой стоматологической практики с точки зрения потребителя является комплексность предлагаемых услуг, то есть возможность получить всю необходимую медицинскую помощь и сделать сопутствующие медицинские манипуляции в одном месте. В результате анализа клиник по количеству видов оказываемой стоматологической помощи были получены следующие данные, которые отражены втаблице 2.2

Таблица 2.2

**Распределение лицензий по виду стоматологической деятельности**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Лицензируемый вид деятельности** | **Количество выданных лицензий** | **Доля** |
| Работы и услуги по терапевтической стоматологии | 45 | 53,1% |
| Работы и услуги по ортопедической стоматологии | 6 | 7,1% |
| Работы и услуги по терапевтической, ортопедической стоматологии | 21 | 24,8% |
| Работы и услуги по терапевтической,хирургическойстоматологии | 1 | 1,1% |
| Работы и услуги по терапевтической, ортопедической, хирургическойстоматологии | 2 | 2,3% |
| Работы и услуги по терапевтической стоматологии, ортодонтии | 1 | 1,1% |
| Работы и услуги по терапевтической, ортопедической стоматологии, ортодонтии | 2 | 2,3% |
| Работы и услуги по ортопедической стоматологии (доврачебная помощь) | 5 | 5,9% |
| Доврачебная помощь - стоматология | 2 | 2,3% |
| **Всего лицензиатов** | **85** | **100%** |

Наибольшей популярностью пользуются работы и услуги по терапевтической стоматологии – 53,1%,затем работы и услуги по терапевтической и ортопедической помощи – 24,8%. Это объясняется «неразрывностью» технологического процесса в ходе проведения лечения.

Как видно из таблицы 2, около 60% лицензий выдано только на один вид помощи. Как правило, это терапевтическая стоматология или ортопедия. В наибольшей части клиник27,26% лицензий выдано на оказание двух видов помощи. В большинстве случаев это терапевтическая и ортопедическая или хирургическая помощь. На третьем месте лицензиаты, предлагающие своим клиентам услуги по трем видам помощи (5%). Наиболее распространенным является сочетание терапия, ортопедия и хирургия или ортодонтия. Стоматологических клиник, оказывающих полный комплекс лицензированных стоматологических услуг, включая детскую стоматологию на территории Чувашской Республики нет. Это связано с трудностями при лицензировании таких специальностей как хирургия, имплантология и детская стоматология. Объективно, большинство клиник не в состоянии выполнить требования Госсанэпиднадзора, но ведут соответствующий прием нелегально. Еще сложнее складывается ситуация с детской стоматологией. Ни одна частная стоматологическая практика не имеет лицензии на детскую стоматологию. Требования к наличию отдельного входа, гардероба, раздельным потокам, как правило, невыполнимы.

Очевидно, что ситуация с хирургической помощью сложная. Большинство частных стоматологических практик оказывает терапевтическую и ортопедическую помощь. При этом только в 3,5% практик официально ведется хирургический прием. Подготовка к протезированию, как правило, требует услуг хирурга. И эта помощь оказывается, но только вне требований и норм СЭС к хирургическим кабинетам или врачом, не имеющим соответствующего сертификата, чаще всего стоматологом-терапевтом.

Особенностями частных учреждений здравоохранения, оказывающие стоматологические услуги являются:

- небольшое количество персонала (штат 51 частных стоматологических учреждений не превышает 2-3 человек, 12 учреждений - 4-7 человек, 3 стоматологические клиники - не более 8 человек);

- в 56 учреждениях собственники сами осуществляют управление фирмами;  
- в 54 учреждениях собственники одновременно являются руководителями и лечащими врачами.

- большая часть фирм, за исключением дорогих, ориентируется на предоставление услуг клиентам, проживающем в районе местонахождения фирмы.

Ситуация на рынке стоматологических услуг Чувашской Республики характеризуется высоким уровнем конкуренции, показателем которой являются тенденция к снижению темпов прироста числа лицензий на стоматологические работы и услуги. Так, например, если в 2003 году число лицензий выросло на242%, по сравнению с предыдущим годом, то в 2004-2005гг. ежегодный прирост числа лицензий составил35% и 23% соответственно.

Диаграмма 1.1

**Динамика выдачи лицензий на стоматологические услуги**

**частным стоматологическим учреждениям**



Пик выдачи лицензий выдался на 2003 год. В 2005 году лицензий выдано почти в 2 раза меньше. Это признак насыщения частного сектора рынка.

На диаграмме 1.1 отражена динамика роста числа частных стоматологических практик.

Диаграмма 1.1



В 2003 году число частных стоматологических практик увеличилось на 100% по сравнению с 2002 годом, что объясняется благоприятной экономической ситуацией в целом по РФ.В 2004 году количество практик увеличилось на 17,4%, а в 2005 году на 22,2%, что объясняется замедлением экономического роста в целом по стране.

Ужесточение конкуренции заставляет уделять большее внимание вопросам эффективности управления. В условиях высокой динамичности и конкуренции на рынке, возникает вопрос о том, как должен осуществляться процесс организационных изменений в стоматологических учреждениях, чтобы они могли выживать и повышать свою эффективность.

В отличие от негосударственного сектора государственный и муниципальный сектор однороден по составу и не подвержен количественным и структурным колебаниям в зависимости от конъюнктуры рынка. Поэтому наиболее интересным с точки зрения анализа представляется уровень цен.

Для сравнительной оценки учреждений по формам собственности мы в качестве определяющих показателей мы приняли стоимость постановки одной гелио композитной пломбы и стоимость одной металлокерамической коронки без стоимости постановки, выбрав ценовые шкалы одинаковой размерности.

Распределение учреждений здравоохранения разных форм собственности по шкале цен на гелиокомпозитную пломбу показано в таблице 1.1.

Таблица 1.1

**Распределение учреждений здравоохранения, оказывающие стоматологические услуги по группам цен на гелиокомпозитную пломбу**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Цена, руб. | Количество государственных учреждений здравоохранения | Количество муниципальных учреждений здравоохранения | Количество частных практик |
| от 200 до 400 | - | - | 3 |
| от 400 до 600 | 3 | 9 | 20 |
| от 600 до 800 | 1 | 10 | 37 |
| от 800 до 1000 | - | - | 4 |
| от 1000 до 1200 | - | - | 2 |
| Количество учреждений, оказывающиеэтот вид услуг | 4 | 19 | 66 |
| **Всего учреждений** | **28** | **38** | **66** |

Постановка гелиокомпозитной пломбы осуществляется в 4 из 28 государственных учреждений здравоохранения, в муниципальных учреждениях - в 19 из 38, оказывающих стоматологическую помощь. В частных – во всех 66 учреждениях.

Как видно из таблицы 1.1, в наибольшем количестве цены на предлагаемую услугу в государственных учреждениях находятся в пределах от 400 до 600 руб., в муниципальных - от 600 до 800 руб., как и в негосударственном секторе.

Средняя стоимость постановки пломбы из гелиокомпозитных материалов на конец 2005 года в государственных стоматологических учрежденияхЧувашской Республики составляет 550 рублей, в муниципальных – 564 рублей, в частных – 697 рублей.

Что касается металлокерамических коронок, то услугу по их установке оказывают в 2 (7%) из 28государственных учреждений здравоохранения, в 16 (42%) из 38 муниципальных учреждениях здравоохранения,в 31 (47%) из 66 частных учреждений, оказывающие стоматологические услуги.

Распределение учреждений разных форм собственности, оказывающие стоматологические услуги по шкале цен на одну металлокерамическую коронку представлено в таблице 1.1**.**

Таблица 1.1

**Распределение учреждений здравоохранения, оказывающие стоматологические услуги по группам цен на одиночную металлокерамическую коронку (без стоимости установки)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Цена, руб. | Количество государственных учреждений здравоохранения | Количество муниципальных учреждений здравоохранения | Количество частных практик |
| от 1600 до 1800 | - | 3 | - |
| от 1800 до 2000 | - | 4 | 4 |
| от 2000 до 2200 | 2 | 7 | 13 |
| от 2200 до 2400 | - | 2 | 7 |
| от 2400 до2600 | - | - | 3 |
| от 2600 до 2800 | - | - |  |
| от 2800 до 3000 | - | - | 2 |
| от 3000 до 3200 | - | - | - |
| от 3200 до 3400 | - | - | 2 |
| Количество учреждений, оказывающиеэтот вид услуг | 2 | 16 | 31 |
| **Всего учреждений** | **28** | **38** | **66** |

Как видно из таблицы 1.1, в наибольшем количестве цены на предлагаемую услугу в государственных, муниципальных и частных учрежденияхнаходятся в пределах от 2000 до 2200 рублей.

Средняя стоимость установки металлокерамической коронки в государственном секторе рынка равна 2038 руб., в муниципальном секторе – 2082 рублей, в негосударственном секторе она составляет 2236 рублей.

По сравнению с декабрем 2004 годом, когда проводилось первое исследование секторов рынка стоматологических услуг Чувашской Республики, цены в государственном и муниципальном секторах выросли на гелиокомпозитную пломбу на 35%, а на металлокерамические коронки – на 20%. Рост цен в негосударственном секторе за этот же период времени составил около 29% и16% соответственно.

Посещение в день непосредственного обращения возможно в 30 (79 %)муниципальных учреждениях из 38 опрошенных. В оставшихся 8 (21 %) на прием можно попасть через неделю с момента записи. В частном секторе посещение в день непосредственного обращения возможно лишь в 8(12%) из 66 учреждений.

Анализ разброса цен на услуги по постановке гелиокомпозитной пломбы и металлокерамической коронки позволяет судить о том, что государственный и муниципальный сектор работает по вполне коммерческим ценам, масштаб которых лишь немного ниже масштаба цен в негосударственном секторе рынка.

Учитывая то, что государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, оказывающие платную стоматологическую помощь стали, фактически, полноправными участниками коммерческого сегмента рынка следует обратить особое внимание на качество сервиса в них. В ходе телефонного опроса выяснилось, что сотрудники регистратуры зачастую не могут или не хотят предоставить потенциальному пациенту необходимую информацию. Больше всего затруднений вызывает вопрос о стоимости услуг (во время первого этапа сбора информации администраторы 4 поликлиник наотрез отказалась обозначить стоимость основных видов помощи). Часто отказ мотивируется отсутствием прейскуранта в регистратуре, а качество общения и работы с клиентами остается на уровне советского времени. Таким образом, человеку, решившему воспользоваться платными услугами государственной и муниципальной стоматологии, приходится либо многократно дозваниваться для уточнения информации, либо выкраивать время для консультации непосредственно с врачом, только попав на которую он может получить сколько-нибудь достоверную информацию о ценах.

Резюмируя все вышесказанное, мы можем сделать несколько основных выводов.

**ВАРИАНТ №1**

За прошедшие с начала рыночных реформ годы сектор государственной стоматологии обрел неопределенный рыночный статус. С одной стороны, он продолжает являться частью государственной системы здравоохранения, находясь на бюджетном финансировании и выполняя функции государства по обеспечению населения бесплатной стоматологической помощью. С другой стороны, он уже не является полностью государственным, оказывая платные услуги наравне с коммерческим стоматологическими учреждениями. Благодаря этому, государственная стоматология, перестала быть интересной для всех участников рынка: для государства, поскольку оно вынуждено по-прежнему нести значительные расходы на ее содержание, для пациентов, поскольку те не могут быстро получить бесплатные и качественные услуги; для инвесторов, поскольку те не заинтересованы вкладывать деньги в заведомо неэффективную структуру с неясным статусом; для врачей, поскольку уровень зарплат в государственном секторе не способствует удержанию в нем высококвалифицированных специалистов. Сейчас государство, не имея четких целей и стратегии в области охраны стоматологического здоровья населения, занимается "латанием дыр" по факту, стараясь минимизировать издержки на содержание поликлиник. Резко сократив финансирование и поставив сектор на грань выживания в начале рыночных реформ, оно разрешило государственным стоматологическим поликлиникам оказывать платные услуги, чтобы покрыть дефицит финансирования. Такая двойственность положения позволила им, поддерживая относительно невысокие цены на услуги, удержать значительную часть платежеспособных пациентов. Это привело к замедлению темпов роста негосударственного сектора и возникновению нездоровой конкуренции, что отрицательно сказалось на развитии всего рынка стоматологических услуг в Чувашской Республике.

1. Государственные учреждения здравоохранения, оказывающие стоматологические услуги, осуществляя одновременно бюджетный и платный прием населения, оказывают негативное влияние на развитие стоматологического рынка Чувашской Республики в целом. Сеть государственных стоматологических учреждений стала «де факто» полноценным участником коммерческого рынка стоматологических услуг. Об этом свидетельствует уровень цен на услуги, установленный в поликлиниках, сравнявшийся с нижним и средним ценовыми сегментами частного сектора рынка. Однако, бюджетное финансирование и многочисленные льготы ставят многие государственные и муниципальные стоматологические учреждения в исключительно привилегированное положение по отношению к другим участникам рынка. Используя «неконкурентные преимущества», они имеют возможность удерживать у себя значительную часть относительно платежеспособных пациентов, которых не хватает частному сектору для нормального развития.

2. В государственных учреждения здравоохранения, оказывающие стоматологические услуги сегодня происходит подмена их основных задач по обеспечению населения бесплатной медицинской в рамках государственных гарантий зарабатыванием денег. Государственные поликлиники, имея существенные льготы, вполне могут оказывать недорогую стоматологическую помощь населению. Однако, как показал сравнительный анализ цен за период 2004-2005 годов, цены в государственном секторе росли опережающими темпами, «догнав», в итоге, а иногда и «перегнав» цены в частном секторе. Кроме того, смешение платного и бесплатного приема в одних помещениях производит асоциальный эффект, нарушая положение Конституции о равных правах граждан на гарантированную государством бесплатную медицинскую помощь.

3. Уровень сервиса и качество обслуживания в государственных и муниципальных стоматологических учреждениях значительно отстает от уровня сервиса в частной сети, это при том, что уровень цен в них почти сравнялся.

В целом можно сказать, что только комплексный подход к решению проблем стоматологического рынка сможет обеспечить его интенсивное, а не экстенсивное развитие. И реформа государственной системы стоматологической помощи населению Чувашской Республики является одним из ключевых элементов комплекса мер. Однако она невозможна без четкого понимания государством целей, задач и механизмов развития системы здравоохранения в целом в стране и определения взвешенной, экономически обоснованной стратегии развития отрасли.

**ВАРИАНТ №2**

В настоящее время государственные и муниципальные учреждения здравоохранения оказывают на рынок стоматологических услуг влияние, определенное для них рамками законодательства. А именно, обслуживают социально незащищенные слои населения, используя государственные и муниципальные средства. К сожалению, осуществляя параллельно и платный прием. Тем самым они, в некоторой степени, мешают частному сектору, отбирая у них определенную часть пациентов. При этом государственные и негосударственные учреждения находятся в заведомо неравных условиях. Государственные и муниципальные учреждения имеют государственное и муниципальное финансирование, им не нужно в полном объеме платить за помещение и землю, закупать на свои средства материалы; оплачивать полностью коммунальные услуги, электроэнергию. Как следствие, должен быть совершенно другой уровень цен на услуги. Но уровень цен практически соответствует уровню цен в частном секторе, применяя не всегда высокое качество услуг, материалов, технологий.

**2.3 SWOT- анализ разных секторов рынка стоматологических услуг Чувашской Республики**

SWOT- анализ государственного сектора рынка стоматологических услуг ЧР

|  |  |
| --- | --- |
| **Потенциальные внутренние сильные стороны (S)** | **Потенциальные внутренние слабые стороны (W)** |
| Возможность получения всех видов стоматологических услуг по одной крышей  Четко проявляемая компетентность  Адекватные финансовые источники  Высокое искусство конкурентной борьбы  Хорошее понимание потребителей  Признанный рыночный лидер  Четко сформулированная стратегия  Использование экономии на масштабах производства, ценовое преимущество  Собственная уникальная технология, лучшие производственные мощности  Проверенное надежное управление  Надежная сеть распределения  Высокое искусство НИОКР  Наиболее эффективная в отрасли реклама | Потеря некоторых аспектов компе­тентности  Недоступность финансов, необходи­мых для изменения стратегии  Отсутствие на руководящих должностях людей с профессиональным управленческим образованием  Командно-административная система управления  Наличие государственного заказа. Это приводит к ослаблению стремления к развитию. Потому что в этом случае за клиентом бегать не надо, он сам придет, а куда он денется.  Рыночное искусство ниже среднего  Отсутствие анализа информации о своих потребителях  Слабый участник рынка  Отсутствие четко выраженной стратегии, непоследовательность в ее реализации  Высокая стоимость продукции в сравнении с ключевыми конкурентами  Устарелые технология и оборудование  Низкий уровень качества стоматологического лечения.  Применение методов и технологий, приносящих вред здоровью пациента  Потеря глубины и гибкости управле­ния  Слабая сеть распределения  Слабые позиции в НИОКР  Слабая политика продвижения  Пациенты не всегда могут получить качественные услуги качественными материалами  Уровню цен не соответствуют качество услуг  Плохое оформление медицинской документации - заплатив большие деньги, в случае возникновения проблемы может оказаться незащищенным из-за отсутствия правильно оформленного договора и гарантий.  Низкий уровень заработных плат у персонала  Поборы пациентов со стороны врачей  «Раздутость» непроизводящего персонала |
| **Потенциальные внешние благоприятные возможности (О)** | **Потенциальные внешние угрозы (Т)** |
| Возможность обслуживания дополни­тельных групп потребителей - возможность оказания платных стоматологических услуг  Расширение диапазона возможных товаров  Благодушие конкурентов – большинство населения с доходами ниже среднего предпочитают услуги государственного сектора, часто платные  У большей части населения нет возможностей оплачивать стоматологические услуги в дорогих частных клиниках  Большее доверие к государственному сектору, так как считают его более надежным  Снижение торговых барьеров в выходе на внешние рынки  Благоприятный сдвиг в курсах валют  Большая доступность ресурсов  Ослабление ограничивающего зако­нодательства  Ослабление нестабильности бизнеса | Ослабление роста рынка, неблагопри­ятные демографические изменения ввода новых рыночных сегментов  Увеличение продаж заменяющих товаров, изменение вкусов и потреб­ностей покупателей  Ожесточение конкуренции  Появление иностранных конкурентов с товарами низкой стоимости  Неблагоприятный сдвиг в курсах валют  Усиление требований поставщиков  Законодательное регулирование цены  Чувствительность к нестабильности внешних условий бизнеса |

**Основные проблемы государственной стоматологии**

**1. Низкий уровень качества стоматологического лечения.**

Это приводит к тому, что нуждаемость населения в стоматологической помощи слишком высока. Т.е. срок службы пломб и протезов, результаты лечения слишком низкие. Пациент вынужден постоянно обращаться за стоматологической помощью. По данным Бутовой В.Г. и др. за период с 1995 по 2000 гг. Бюро судебно-медицинской экспертизы г. Москвы провело 341 экспертизу судебных дел, из них 14, 66 % приходилось на стоматологическую службу. При этом 32,84 % дел возбуждено в отношении частных медицинских организаций и 67, 16 % в отношении государственных учреждений, разница показателей статистически достоверна (t>2). Практически все гражданские судебные иски, предъявляемые к стоматологическим организациям, были обусловлены неудовлетворительным качеством оказанной ортопедической помощи. Причем большинство претензий предъявляются к мостовидным цельнолитым металлокерамическим протезам. Среди истцов превалируют женщины, доля которых составляет около 85%.

**Причины:**

- использование устаревших технологий лечения   
- применение методов и технологий, приносящих ятрогенный вред здоровью пациента

- низкая квалификация врачей

**2. Применение методов и технологий, приносящих ятрогенный вред здоровью пациента.**

К методам, вредным для здоровья, в первую очередь следует отнести резорцин-формалиновый метод и штампованные коронки. Необходимо встать прямо перед зеркалом, взглянуть в свои умные глаза и честно признать - что использование резорцин-формалинового метода и штампованных коронок приносит вред здоровью человека! Если Вы не можете этого сделать, значит перед Вами нет зеркала, или у Вас «хитрые» глаза. Не отчаивайтесь - нет нерешаемых проблем!

**Свойства штампованных коронок:**

- Они не восстанавливают анатомическую структуру зуба.

- Они не восстанавливают окклюзионные и гнатологические взаимоотношения зубов и зубных рядов.

- Травмируют ткани десны.

- Не восстанавливают эстетику.

- При их установке возникает слишком большой зазор между коронкой и зубом, что в результате приводит к быстрому разрушению цемента под коронкой. В образовавшиеся пустоты попадают остатки пищи, и зуб начинает разрушаться под действием микробов - вплоть до полного растворения!

Врачи-стоматологи прекрасно знакомы со свойствами штампованных коронок, поэтому у них нет мотивации к получению знаний и навыков по окклюзии и гнатологии, анатомии зубов, пародонтологии, эстетике зубов. Чтобы сделать штампованную коронку не надо постоянно учиться и совершенствоваться, не нужны качественные материалы, инструменты и оборудование.

**Свойства литых коронок:**

- Полностью восстанавливают анатомическую структуру зуба.

- Восстанавливают окклюзионные и гнатологические взаимоотношения зубов и зубных рядов.

- Не травмируют ткани десны.

- Не восстанавливают эстетику.

- При их установке зазор между коронкой и зубом - минимален. Срок службы таких коронок может составлять 10 и более лет. Зубы под ними не разрушаться и впоследствии можно будет изготовить новые коронки.

Почему же «молчат» пациенты? - потому что в экспертных комиссиях заседают те же самые стоматологи, специалисты по штампованным коронкам. Однако, любой эксперт-стоматолог в развитой зарубежной стране будет приятно удивлен, т.к. в этих странах штампованные коронки взрослым уже давно не делают. Для них это будет музейным экспонатом.

Нужно ли говорить о том, что такой подход к протезированию зубов стимулирует только производство гильз для штамповки и дешевых сортов гипса, воска и оттискных материалов. И терпят коллосальные убытки рынки отечественного производства современного литейного и сопутствующего оборудования, рынки постдипломного образования и повышения квалификации.

Широко разрекламированный миф о дешевизне штампованных коронок по сравнению с литыми далеко не очевиден, т.к. после протезирования штампованными коронками нуждаемость пациента в повторном стоматологическом лечении значительно выше, и на это будут потрачены дополнительные средства, как пациентом, так и государством.

**3. Командно-административная система управления.**

На руководящие должности в системе государственной стоматологии назначаются врачи по принципу лояльности к вышестоящему руководству или вследствие каких-либо родственных отношений. Как правило, это специалисты с низкой квалификацией, т.к. у них отсутствует мотивация к постоянному обучению. Отсутствует постоянная ротация руководящих кадров. Должности занимаются на десятилетия, отсутствует ротация кадров. В результате приток свежих идей, инноваций и усовершенствований ограничивается до минимума - основным принципом командно-административной системы: как бы чего не вышло! Делаем штампованные коронки со времен царской России и хорошо, а литые коронки - плохо: как бы чего не вышло! И так во всем. Покупка современного оборудования для государственных клиник приводит к его простою или к использованию не по назначению. Только в государственной зуботехнической лаборатории можно увидеть современный зуботехнический стол фирмы KaVo и рядом бревно для штамповки.

В чем разница отношения к своей работе начальника назначенного и выбранного?

Назначенный руководитель, как правило, обладает низкой квалификацией как специалист, и поэтому стремится всеми силами удержаться на своей должности. Он понимает, что, потеряв место, может остаться не у дел. Основная задача такого руководителя - быть лояльным вышестоящему начальству и устранять возможных претендентов на его место. Повышение квалификации не входит в его задачи, т.к. это не является определяющим фактором при назначении.

Выбранный руководитель - высококвалифицированный специалист, не боится потерять место, т.к. он уверен, что будет востребован как профессионал. Он постарается своей работой подтвердить свою квалификацию.

**2.5.2 SWOT- анализ муниципального сектора рынка стоматологических услуг ЧР**

**2.5.3 SWOT- анализ частного сектора рынка стоматологических услуг ЧР**

Частный сектор

|  |  |
| --- | --- |
| Потенциальные внутренние сильные стороны (S) | Потенциальные внутренние слабые стороны (W) |
| Четко проявляемая компетентность  Адекватные финансовые источники  Высокое искусство конкурентной борьбы  Хорошее понимание потребителей  Признанный рыночный лидер  Имеется тенденция среди директоров клиник получения специального образования в сфере управления  Четко сформулированная стратегия  Использование экономии на масштабах производства, ценовое преимущество  Применение «проверенных» технологий, лучшие производственные мощности  Проверенное надежное управление  Надежная сеть распределения  Высокое качество применяемых технологий и материалов  Более эффективная в отрасли реклама  Отсутствие государственного или муниципального заказов стимулирует на поиск клиентов  Рыночное искусство выше среднего  Относительно более высокое качество по сравнению с государственным и муниципальным сектором, стоматологическоголечения  Применение гибкости в управлении клиникой  Наличие постоянных клиентов клиники  Постоянное расширение клиентской сети  Постоянный анализ информации о своих потребителях  Применение внутренних стандартов  Практическое отсутствие обслуживающего персонала | Потеря некоторых аспектов компе­тентности - ограниченность видов стоматологических услуг  Недоступность финансов, необходи­мых для изменения стратегии  Отсутствие на руководящих должностях людей с профессиональным управленческим образованием  Нарушение трудового законодательства.  Преобладание экстенсивных подходов к развитию клиники.  Демпинг. Нечестная конкуренция.  Осуществление гарантийных обязательств клиники и повышение квалификации персонала за счет заработной платы врачей.  Недобросовестная реклама  Рыночное искусство выше среднего  Сильный участник рынка  Высокая стоимость продукции в сравнении с ключевыми конкурентами  Сравнительно высокие издержки  Слабая сеть распределения  Слабые позиции в НИОКР  Слабая политика продвижения  Стремление врачей «левачить» в стенах клиники |
| Потенциальные внешние благоприятные возможности (О) | Потенциальные внешние угрозы (Т) |
| Возможность обслуживания дополни­тельных групп потребителей  Расширение видов стоматологических услуг  Благодушие конкурентов  Существующие проблемы в обеспечении государственных гарантий в сфере медицинского обслуживания населения (недостаток финансирования, низкое качество предоставляемых услуг, низкая заработная плата врачей и недовольство их работой со стороны населения) способствуют поддержанию устойчивого массового спроса на медицинские услуги, оказываемые на коммерческой основе.  Благоприятный сдвиг в курсах валют  Большая доступность ресурсов  средства, получаемыеот оказания платных услуг, направлялись на развитие производственной базы (новые материалы, технологии, оборудование и т.д.)  Ослабление ограничивающего зако­нодательства  Ослабление нестабильности бизнеса | Ослабление роста рынка как следствие неблагопри­ятных демографических изменений – уменьшения числа жителей Чувашской Республики  Увеличение продаж заменяющих товаров, Изменение вкусов и потреб­ностей потребителей  Ожесточение конкуренции  Введение стандартизации стоматологических услуг – это потребует дополнительных материальных затрат на приобретение оборудования  Ужесточение законодательства о лицензировании и аккредитации учреждений, оказывающие медицинские услуги  Отзыв лицензии  Появление иностранных конкурентов с услугами более низкой стоимости  Появление конкурентов с более низкими издержками и услугами более низкой стоимости  Неблагоприятный сдвиг в курсах валют  Усиление требований поставщиков  Введениерегулирования цен  Чувствительность к нестабильности внешних условий бизнеса  Проблема подготовки специалистов в ЧГУ и ИУВ |

Преобладание экстенсивных подходов к развитию клиники.

Владельцы, развивающие свои бизнес экстенсивным путем, постоянно ощущают ущербность своего бизнеса. Потому что рядом находятся клиники, где при отсутствии внешней рекламы, требующей постоянных значительных затрат, постоянный приток пациентов. Так сложилось, что оценка качества стоматологического лечения у нас возложена на пациентов, и они пытаются найти клиники с наилучшим соотношением цена-качество. В клиниках, оказывающих добросовестные медицинские услуги, владельцы, как правило, врачи. В этих клиниках наиболее доброжелательная и комфортная психологическая атмосфера, т.к. у врачей и обслуживающего персонала нет стрессов, связанных с низкой зарплатой, нехваткой материалов или оборудования, наличием неоправданных требований от владельца по увеличению интенсивности труда. В этих клиниках врачи имеют выходные дни, и работают не перенапрягаясь. Рабочий день у врача может начинаться с 10 утра и даже позже, а заканчиваться в 18 или 20 часов. Как правило, в таких клиниках нет текучести кадров и среди врачей и среди ассистентов, т.к. все получают достойную зарплату. В клиниках с интенсивным типом развития постоянно улучшается качество и расширяется спектр услуг, что создает у пациентов ощущение нужности и полезности лечения на постоянно высоком уровне.

Получение сверхприбыли за счет снижения необходимых издержек. Нечестная конкуренция.

Существует определенный минимум расходования материалов для проведения качественных манипуляций. Вот этот минимум и стараются сократить «великие» финансисты - владельцы клинки. Предположим, в клинике средней ценовой категории алмазные боры должны меняться на новые один раз в месяц, в дорогой клинике для каждого пациента должны использоваться новые боры. Чем новее, острее и качественнее боры, тем быстрее будет выполнено препарирование зуба, меньше будет напряжение и усталость врача, меньше риск врачебной ошибки, выше качество лечения. Соответственно в клинике, где новые боры врачу покупают один раз в год качество услуг ниже, чем в другой клинике с такими же ценами, но своевременно закупающей расходные материалы. Пациенты переплачивают за качество услуги, т.к. экономятся не дополнительные, а необходимые издержки. Оценить, сколько времени он проводит в кресле и насколько качественно проводится препарирование, пациент никогда не сможет. Это по зубам только стоматологу- профессионалу. Экономить можно на всем, и это распространенная практика. Довольно распространенная практика, это экономия на сменной рабочей одежде и обуви для врача и медперсонала, отсутствие мест отдыха для врачей, плохо организованное питание персонала, отсутствие в принципе обеденного перерыва у врача, работающего 12 часов подряд.

2. Нарушение трудового законодательства. Нечестная конкуренция.

Внимательно посмотрите рекламу любой частной клиники: «Мы работаем с 9 до 21 без выходных». В большинстве клиник врач работает не полдня, а именно с 9 до 21, т.е. 12 часов подряд. Иногда вообще без выходных дней, т.к. совмещает работу в нескольких клиниках. Хотя согласно постановлению Правительства РФ от 14 февраля 2003 года № 101 продолжительность рабочего дня, например, врача-ортопеда должна быть не более 33 часов в неделю. Продолжительность еженедельного непрерывного отдыха не может быть менее 42 часов (ст.110 ТК РФ). После того, как врач отработал полдня риск врачебной ошибки (при добросовестном отношению к лечению) резко возрастает, снижается качество лечения. Цена лечения при этом не меняется, и в этом заключается нечестность конкуренции, по сравнению с другими клиниками, правильно организующими врачебную работу. В тоже время, пациенты переплачивают за услуги, т.к. качество их значительно снижено.

3.Демпинг. Нечестная конкуренция.

Клиники постоянно конкурируют за пациентов, и цена услуги является одним из конкурентных преимуществ. Однако, пациенту сложно оценить соотношение цена-качество, и пользуясь этим клиники с более дешевыми ценами вводят его в заблуждение. Они утверждают, что качество лечения такое же, что и в более дорогой клинике, просто там дороже ремонт, стоимость аренды помещения и т.д. На самом деле, это - неправда. Если сравнивать клиники, оказывающие добросовестные услуги, то в более дорогой клинике будут применяться более дорогостоящие материалы и оборудование, выше будет квалификация врачей.

4. Превышение врачами своей квалификации.

Владельцу клиники не выгодно брать на работу опытного специалиста, т.к. он потребует высокой заработной платы. Выгодно взять на работу начинающего врача и поручить ему сложные и дорогостоящие манипуляции. Кроме того, существующие врачебные категории не отражают реальной картины знаний и умений врача. Не специалисту сложно провести оценку квалификации врача. Превышение квалификации, как правило не влечет за собой какую-либо ответственность врача. К сложному лечению, требующему высокой квалификации от врача, можно отнести установку имплантатов в случаях недостатка костной ткани, эндодонтическое лечение искривленных или прежде обтурированных плотным материалом или обломками инструментов корневых каналов, ортопедическое лечение сложных эстетических случаев, изготовление цельнокерамических коронок, лечение нарушений окклюзий и дисфункций ВНЧС.

Сюда же можно отнести неинформирование пациента о различных возможностях стоматологического лечения. Я неоднократно встречал пациентов, которым уже депульпировали интактные зубы при подготовке к изготовлению коронок в клинике, где не практикуется имплантация. Узнав о возможностях имплантации, они перешли в другую клинику, т.к. хотели бы сохранить свои зубы, однако, здоровье зубов уже было испорчено. В Германии недавно введена парламентом уголовная ответственность для врача, если он не информировал пациента о возможностях имплантации.

5. Осуществление гарантийных обязательств клиники и повышение квалификации персонала за счет заработной платы врачей.

Во многих клиниках в случае наступления гарантийного случая врач несет материальную ответственность перед владельцем клиники в полном объеме (т.е. выплачивает полную цену услуги) . Владелец не теряет не только уже полученную прибыль, но и приобретает дополнительную. Это полностью снимает ответственность владельца перед пациентом, и создает материальные проблемы для врача, который не всегда может позволить себе такие расходы. В конечном итоге, страдает и пациент и врач: пациент не получает высококачественную услугу, врач приобретает дополнительные стрессы и материальные трудности.

Постоянное повышение квалификации врача также очень часто полностью производится за счет его заработной платы. Однако, прибыль клиники напрямую зависит от квалификации врача, а заработная плата должна обеспечивать минимально достойный уровень жизни врача.

6. Недобросовестная реклама.

С одной стороны реклама - это неотъемлемая часть рыночных отношений. С другой, при отсутствии независимой экспертизы и стандартов лечения, недобросовестная реклама может принести вред большому количеству пациентов. Здоровье - это одна из главных ценностей человека, следовательно реклама медицинских услуг должны быть под жестким контролем.

**2.4 Анализ методов государственного регулирования рынка стоматологических услуг**

1. Правовые.

На территории ЧР действует законы

Задачей является создание и регулирование правовой основы функционирования экономики. Элементами правовых методов являются Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, а также другие законы, регулирующие деятельность субъектов экономики, к которым относятся нормативные акты защищающие права граждан наохрану здоровья и медицинскую помощь, определяющие полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления в области охраны здоровья, организация охраны здоровья граждан в Российской Федерации, права граждан, а также гарантии в области охраны здоровья, условия функционированиялечебных учреждений,их взаимоотношениямеждусобойи государством. Правовые нормы распространяются на качество продукции и безопасность труда.

Столько-то - нормативно-правовые акты; перечислить

- законодательные акты ф с м;

- положения;

2. Административные.

2.1 Определение стратегических целей развития и их выражение в индикативных и иных планах, целевых программ

*Концепция охраны стоматологического здоровья населения Свердловской области на период до 2010 года*

2.2 Целевые программы;

2.3 государственная поддержка программ, заказов и контрактов;

2.4 центрально установленные цены;

2.5 квоты;

2.6 гос. бюджетные расходы;

2.7 лимиты;

2.8 макроэкономические планы;

2.9 применение санкций;

2.10 нормативные требования к качеству и сертификации технологии и продукции;

2.11 административные ограничения и запреты по выпуску определённых видов продукции и т.п.;

2.12 лицензирование;

2.13 аккредитация;

2.14 установление фиксированных цен на товары и услуги

2.15 подготовка кадров

2.16 внедрение новых технологий

2.17 внедрение стандартов оказания стоматологической помощи

2.18 занятость в

2.19 условия конкуренции

3. Экономические.

- государственного экономического прогнозирования;

- государственного экономического программирования;

- государственного экономического планирования;

- бюджетно-налоговой системы;

- денежно-кредитной политики;

- валютной политики;

- таможенной политики;

- инвестиционной политики;

- амортизационной политики;

- целевые программы;

- антимонопольной политики;

- политика в области перераспределения доходов (покупка нового оборудования)

- инновационной политики;

- социальной политики.

4. Пропагандистские.

- метод морального убеждения;

- меры морального поощрения;

- популяризация целей;

- разъяснения;

- воспитания.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Формы | Методы, которые исп |  |
|  | Правовые методы |  |
| Административные методы |  |
| Экономические методы |  |
| Пропагандистские методы | Программа «…» |
|  | Правовые методы |  |
| Административные методы |  |
| Экономические методы |  |
| Пропагандистские методы | Программа «…» |

**2.5 Обобщение результатов анализа и формулирование проблем**

Владельцы, развивающие свои бизнес экстенсивным путем, постоянно ощущают ущербность своего бизнеса. Потому что рядом находятся клиники, где при отсутствии внешней рекламы, требующей постоянных значительных затрат, постоянный приток пациентов. Так сложилось, что оценка качества стоматологического лечения у нас возложена на пациентов, и они пытаются найти клиники с наилучшим соотношением цена-качество. В клиниках, оказывающих добросовестные медицинские услуги, владельцы, как правило, врачи. В этих клиниках наиболее доброжелательная и комфортная психологическая атмосфера, т.к. у врачей и обслуживающего персонала нет стрессов, связанных с низкой зарплатой, нехваткой материалов или оборудования, наличием неоправданных требований от владельца по увеличению интенсивности труда. В этих клиниках врачи имеют выходные дни, и работают не перенапрягаясь. Рабочий день у врача может начинаться с 10 утра и даже позже, а заканчиваться в 18 или 20 часов. Как правило, в таких клиниках нет текучести кадров и среди врачей и среди ассистентов, т.к. все получают достойную зарплату. В клиниках с интенсивным типом развития постоянно улучшается качество и расширяется спектр услуг, что создает у пациентов ощущение нужности и полезности лечения на постоянно высоком уровне.

**ГЛАВА III. КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ РЫНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМА ЕГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

Сохранение здоровья населения и повышение качества жизни является стратегической целью государственной политики Президента Чувашской Республики и Кабинета Министров Чувашской Республики. (Указ Президента Чувашской Республики от 18 июня 2004 г. N 65  
"О Концепции охраны здоровья населения Чувашской Республики на 2004-2010 годы").

Существуют медико-социальные проблемы, требующие внимания не только стоматологической службы, но и всего общества. К ним можно отнести:

- ослабление государственной политики по профилактике заболеваний полости рта в условиях формирования рыночных отношений;

- недостаточная ответственность жителей за состояние своего стоматологического здоровья;

- снижение доступности стоматологическойпомощи для основной массы населения;

- излишне узкая специализация врачей-стоматологов, не отвечающая потребностям населения в комплексной стоматологической помощи;

- отсутствие мониторинга стоматологического здоровья населения, что не позволяет иметь объективную картину заболеваемости жителей Чувашской Республики.

**3.1 Основные направления развития государственного регулирования рынка стоматологических услуг Чувашской Республики**

Исходя из стоящих перед системой здравоохранения республики целей, сложившихся тенденций изменений состояния здоровья населения, а также системы общественных ценностей в качестве основных критериев уста­новления приоритетов были выбраны следующие:

**1.Совершенствование системы организации и управления стоматологической службой;**

Стоматологическую помощь в Чувашской Республике оказывают 28 государственных, 38 муниципальных поликлиник (из них 2 детские), а также 66частных практик. Общая мощность государственной и муниципальной сетиостается практически без изменения.Организационно развитие стоматологической службы происходит, главным образом, за счет открытияновых частных практик. Этот процесс, обусловленный объективными причинами, будет продолжаться и в дальнейшем. Частные структуры, как показывает практика, в своем развитии формируютнаправление развития, ориентированное на современные дорогостоящие стоматологические и организационные технологии. При этом не исключается возможность приватизации части муниципальных стоматологических поликлиник.

**2.Обеспечение доступности и качества стоматологической помощи;**

Государство не намерено отказываться от планов повышения доступности стоматологической помощидля социально незащищенных категорий населения. Поэтому останется сеть государственных и муниципальных стоматологических учреждений, работающих на основе государственного и муниципального заказов. Она будет ориентирована на оказание бесплатной и льготной помощи, однако ее перспективы в значительной мере станут определяться объемом платных услуг для трудоспособного населения.

Вопросы обеспечения доступности и качества стоматологической помощи остаются наиболее актуальными для населения Чувашской Республики. Доступность помощи зависит от:

А) развитости сети стоматологических организаций;

Б) утвержденных объемов программы государственных гарантий на бесплатную медицинскую помощь;

В) уровня цен на стоматологические услуги.

*Развитие сети стоматологических организаций*

В настоящее время существуют сильные диспропорции в возможностях и уровне получения стоматологической помощи в различных районах республики, в городе и на селе. Традиционно испытывают острый дефицит специалистов Канашский, Мариинско-Посадский, Порецкий и некоторые другие районы. Распределение ресурсов здравоохранения, по различ­ным административным территориям республики крайне неравномерно, неравномерно ресурсы распределены также и по своему качественному составу. Ресурсы здравоохранения сосредоточены в основном в городских поселениях, что значительно снижает доступ к медицинской помощи сельского населения. При проведении анализа состояния здоровья населения сельских районов обращают на себя внимание низкие, по сравнению со средне республиканскими, показатели как общей, так и первичной заболеваемости в 2,2 и 2,3 раза соответственно. Однако данные показатели ни в коей мере не свидетельствуют об удовлетворительном состоянии здоровья сельских жителей, а являются результатом недостаточной выявляемости заболеваний, малой обращаемостью сельского жителя за медицинской помощью, его низкой медицинской культурой.

Для выравнивания ситуации с доступностью помощи требуется мобилизация усилий на местах и принятие нестандартных решений. Перспективы для расширения сети можно увидеть: при создании в Чувашской Республике общеврачебных практик; в сотрудничестве с учреждениями министерств образования, социальной защиты, культуры и другими министерствами и ведомствами. Приоритетными задачами по развитию сети являются - восстановление школьной стоматологии и открытие стоматологического приема в женских консультациях.

*Расширение объемов стоматологической помощи, предоставляемой в рамках Территориальной программы государственных гарантий*

Стоматологическая служба Чувашской Республики может добиваться увеличения объема бесплатной помощи, опираясь на положения Федеральной программы государственных гарантий обеспечения бесплатной медицинской помощью граждан Российской Федерации, предусматривающей лечение всех заболеваний полости рта, кроме услуг по зубопротезированию и ортодонтии за счет средств территориального фонда обязательного медицинского страхования и бюджетов всех уровней.

Учитывая слабую социальную защищенность пенсионеров и высокую нуждаемость их в стоматологической помощи, расширение государственных гарантий следует проводить в первую очередь для старших возрастных групп населения.

*Регулирование уровня цен на платные услуги*

Возрастание объема стоматологических услуг населению, осуществляемых частным сектором и высокие темпы роста числа частных стоматологических фирм за последние 3 года неизбежно потребуют введения на федеральном уровне государственного регулирования цен на платные стоматологические услуги, оказываемые организациями всех видов собственности.

*Повышение качества стоматологической помощи*

*и обеспечение его контроля*

Переход здравоохранения от экстенсивных способов развития к интенсивным методам способствует повышению внимания к качеству оказываемых услуг. Это достигается через формирование территориальной системы управления качеством стоматологической помощи, которая направлена на защиту прав пациента.

Она предполагает комплексную стандартизацию стоматологической деятельности и организацию контроля соблюдения нормативных требований путем проведения ведомственной и вневедомственной экспертиз.

Для координации работы и осуществления работы по стандартизации и экспертизе в стоматологической службе республики предполагается создание сети уполномоченных по качеству и республиканского регистра экспертов.

Повышение требований к качеству стоматологических услуг в рыночных условиях затрагивает вопросы этики взаимоотношений стоматологов с пациентами и коллегами, а также страхования профессиональной ответственности. Эти аспекты деятельности должны быть под особым вниманием профессиональных ассоциаций и учебных заведений, занимающихся подготовкой и переподготовкой специалистов стоматологической службы

**3.Усиление профилактики стоматологических заболеваний;**

Реальное снижение стоматологической заболеваемости населения главным образом зависит от эффективности профилактических мероприятий. Профилактика заболеваемости, как важная составляющая гигиены человека, должна быть обязательной составляющей общественной и личной воспитательной работы. Она не ограничивается возможностями стоматологической помощи и требует внимания всех сторон, участвующих в формировании культуры человека (врачей, педагогов, журналистов, деятелей культуры и т.д.).

В рыночных условиях активность профилактической работы заметно снизилась, что не могло не сказаться на ухудшении эпидемиологической ситуации заболеваемости полости рта.

Усиление профилактики стоматологических заболеваний в новых условиях потребует новых организационных подходов, которые можно рассматривать в двух плоскостях: через восстановление и развитие популяционной, групповой и индивидуальной профилактики и путем укрепления профессиональной профилактики.

**4. Улучшение финансирования и материально-технического обеспечения;**

Вопрос улучшения финансового обеспечения стоматологической службы связан с возможностью Чувашской Республики и государства поддерживать социально незащищенные и малоимущие слои населения и развитостью системы добровольного медицинского страхования.

Одним из путей оптимизации финансирования муниципальных стоматологических поликлиник является переход от финансирования по посещениям к оплате за фактический объем оказанных услуг, выражаемый через условные единицы труда (УЕТ).

Важным элементом улучшения финансового обеспечения стоматологических учреждений должно быть внедрение ресурсосберегающих технологий, которое первоначально требует организации в поликлиниках более строгого нормированного учета и контроля потребления и расходования электроэнергии, воды, тепла, расходных материалов.

Развитие материально-технической базы республиканской стоматологической службы должен проходить в двух направлениях.

Первое направление связано с развитием стоматологических учреждений, ориентирующихся на передовые технологии, материалы и оборудование ведущих зарубежных и отечественных фирм. Большие затраты на современное материально-техническое обеспечение будут определять высокую стоимость предлагаемых услуг и соответственно ограниченный контингент потребителей. *Однако, благодаря такой технической политике, будет задаваться направление совершенствования оснащения стоматологии на перспективу.*

Второе направление в развитии материально-технической базы больше приемлемо для основной массы стоматологических учреждений и кабинетов Чувашской Республики, которые будут стремиться достичь или соответствовать международному уровню требований к используемым материалам, инструментам и оборудованию. Оптимизация этого процесса потребует унификации приобретаемого оборудования, что позволитвпоследствии инициировать создание региональных центров сервисного обслуживания и ремонта.

**5.Совершенствование кадровой политики и подготовка кадров;**

В стоматологической службе Чувашской Республики по данным Медицинского информационно аналитического цента работает около 377 стоматологов, 149 зубных врачей и24 зубных техника. Средний возраст специалистов 36-38 лет. В результате в целом обеспеченность врачами лечебного профиля приближается к общероссийскому нормативу и составляет 3,9 на 10 тыс. населения при общероссийском нормативе 4,0. Существует дефицит в обеспеченности врачами ортопедами. При нормативе РФ 0,8-1,0 он составляет 0,7.

Высокие темпы развития стоматологии, доходность и престижность профессии и в ближайшие годы будут привлекать в эту сферу деятельности молодежь. Это ощущается по возрастанию конкурса на стоматологический факультет Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова, который ежегодно выпускает около 70 молодых специалистов.

Однако это не решает проблему обеспеченности кадрами удаленных от районных центров.

**6. Развитие науки и внедрение новых технологий.**

Высокий научный потенциал, сложившийся в сфере стоматологии Чувашской Республики создает хорошие предпосылки для создания научно-исследовательского института на базе ГОУ «Института усовершенствования врачей». Это позволило бы усилить научное обоснование территориальных стоматологических программ, реализовать накопленный потенциал по разработке и комплексной оценке технологий в стоматологии и организовать сертификацию новых отечественных препаратов и материалов.

Провести анализ существующей ситуации в Чувашской Республике стоматологических учреждений разных форм собственности и условий их деятельности, в том числе анализ демографической и географической сегментации рынка стоматологических услуг;

- социально-гигиеническая характеристика пациентов, обратившихся в за стоматологической помощью в стоматологические учреждения разной формы собственности;

- научное обоснование целей и структуры крупной негосударственной стоматологической организации, как основных параметров внутренней среды организации в условиях развития рынка стоматологических услуг;

- изучение основных механизмов обеспечения качества оказываемой стоматологической помощи;

- изучение форм, методов и организации рекламы стоматологической помощи при развитии рынка стоматологических услуг;

- научное обоснование формирования имиджа крупной стоматологической фирмы;

- анализ формирования штатов, подготовки и повышения квалификации медицинского персонала в негосударственной стоматологической организации;

- выбор оптимальной стратегии и тактики ценообразования в деятельности крупной негосударственной стоматологической организации в современных условиях;

- разработка и применение системно-ситуационного метода в управлении деятельностью крупной негосударственной стоматологической организацией;

- поиск путей оптимизации социально-психологического климата в коллективе сотрудников фирмы с целью совершенствования управления ее работой.

В целом "дерево целей" можно представить следующим образом.

**1. Обеспечение стабильности, выравнивание долгосрочных циклических и краткосрочных конъюнктурных колебаний рынка стоматологических услуг Чувашской Республики:**

1.1 Поддержание устойчивости стоматологической службы ЧР;

1.2 Обеспечение развития стоматологической службы Чувашской Республики:

а) расширение сети стоматологических учреждений на территории ЧР;

б) улучшение обеспечения стоматологической сети ЧР оборудованием и расходными материалами;

в) улучшение подготовки стоматологических кадров;

1.3 Обеспечение гарантированного объема бесплатной неотложной стоматологической помощи населению Чувашской Республики;

1.4 Обеспечение гарантированного объема бесплатной амбулаторно-поликлинической стоматологической помощи населению Чувашской Республики в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

1.5 Обеспечение гарантированного объема бесплатной стационарной стоматологической помощи населению Чувашской Республики в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

1.6 Дальнейшее совершенствование системы организации и управления стоматологической службой ЧР;

1.7 Обеспечение полной занятости в стоматологической службе ЧР;

1.8 Обеспечение экономической эффективности стоматологических учреждений ЧР;

1.9 Обеспечение экономичности и сбалансированности стоматологической помощи;

1.10 Обеспечение качества стоматологической помощи;

1.11 Предоставление равного доступа к стоматологическим услугам различных социально-экономических групп населения ЧР;

1.12 Преимущественное направление на профилактику стоматологических заболеваний;

**2. Обеспечение рамочных условий функционирования стоматологической службы Чувашской Республики:**

2.1 Обеспечение правовой основы функционирования стоматологической службы Чувашской Республики;

2.2 Финансовое обеспечение стоматологической службы Чувашской Республики;

2.3 Материально-техническое обеспечение стоматологической службы Чувашской Республики;

2.4 Внедрение новых технологий лечения стоматологических заболеваний;

2.5 Усиление роли общественного контроля за рынком стоматологических услуг ассоциацией стоматологов Чувашской Республики.

**З. Обеспечение социальной поддержки населения Чувашской Республики:**

3.1 Предоставление мер социальной поддержки отдельным категориям граждан

**4. Координация хозяйственной деятельности:**

4.1 Обеспечение информацией о конъюнктуре рынка, перспективах развития рынка стоматологических услуг Чувашской Республики;

4.2 Разработка мотивационного механизма, системы поощрения и санкций.

**5. Поддержка конкурентной среды на стоматологическом рынке Чувашской Республики:**

5.1 Создание экономических, правовых условий, правил системы конкурентных отношений, зашита конкурентной среды; борьба против недобросовестной конкуренции;

5.2 Разработка стратегических и тактических мер развития предпринимательской активности (правовых, административных, экономических: финансовых, налоговых, таможенных и других мер);

5.3 Поддержка малого и среднего предпринимательства.

**6. Управление государственным и муниципальным сектором рынка стоматологических услуг Чувашской Республики:**

6.1 Управление государственными и муниципальными стоматологическими учреждениями;

6.2 Управление собственностью государственных и муниципальных стоматологических учреждений.

1. [↑](#footnote-ref-1)