

При планировании и организации стоматологических коек на местах не всегда учитывается и истинная потребность в них, что также не может не отразиться на качестве оказываемой специализированной помощи стоматологическим больным. Многие в решении этой проблемы зависят от активности главных специалистов и руководителей органов здравоохранения.

Таким образом, назрела необходимость в увеличении числа коек в существующих специализированных стоматологических стационарах и в создании новых в Татарской АССР. Целесообразно шире использовать все пути подготовки специалистов по оказанию хирургической стоматологической помощи в районах и городах ТАССР. Настала пора ввести и утвердить нормативы обеспеченности населения стоматологическими койками исходя из реальной потребности в них.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безруков В. М., Семкин В. А., Михайлова Р. И. В кн.: Труды VII Всесоюзного съезда стоматологов (Ташкент, 1981 г.) М., 1981.— 2. Лурье Т. М. Там же.— 3. Наумов П. В. и др. Там же.— 4. Удинцев Е. И., Рогачев Г. И. В кн.: Справочные материалы по специальной гигиене и организации здравоохранения для студентов и врачей стоматологического профиля. М., 1973.

Поступила 5 января 1984 г.

УДК 616—08:362.13

ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

И. В. Поляков, О. А. Гусев

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав. — проф. В. А. Миняев) 1-го Ленинградского медицинского института имени И. П. Павлова

В опубликованных работах, посвященных санаторному лечению, его экономическая эффективность определяется как разница предотвращенного ущерба от болезней за определенный период времени до и после лечения в санатории [1] или в санатории-профилактории [3, 4].

Предлагаемая нами методика комплексного анализа эффективности санаторного лечения опробована на одном из крупных промышленных предприятий Ленинграда у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ), леченных в одном из санаториев Кавказа или южного берега Крыма, а также в санатории-профилактории этого предприятия.

Экономическую эффективность определяли двумя путями. При первом варианте оценки сравнивали экономический ущерб вследствие заболевания у каждого конкретного больного, работающего на данном предприятии, за год до лечения в санатории или в санатории-профилактории и за год после лечения и сопоставляли при этом экономические выгоды и затраты государства. У каждого больного в течение года до санаторного лечения и в течение года после него учитывали ряд необходимых для расчета сведений: число дней временной утраты трудоспособности в связи с данным заболеванием, а также пособие при этой временной нетрудоспособности; число дней стационарного лечения до и после пребывания в санатории; число амбулаторных посещений и посещений на дому, а также число вызовов врачей неотложной помощи. Все полученные данные заносили в специально разработанную статистическую карту.

При втором варианте оценки сравнивали экономический ущерб вследствие заболеваний в группе леченных в санатории или санатории-профилактории и в контрольной группе больных, которые в течение изучаемого периода не лечились в санатории.

Экономическую эффективность (Эф) в результате заболеваемости определяли как разницу между экономическим ущербом (Уд) за 12 мес до лечения и экономическим ущербом (Уп) за 12 мес после него ($Эф = Уд - Уп$). Экономический ущерб вследствие заболевания вычисляли сложением прямых затрат на больного в течение года, которые состоят из расходов на медицинскую помощь (М), затрат на пособия по временной нетрудоспособности (Б), и косвенных расходов, то есть народнохозяйственных потерь (П) в результате заболеваемости с временной нетрудоспособностью ($У = М + Б + П$).

Для расчета экономического ущерба в результате заболеваемости с временной нетрудоспособностью мы применяли методику Э. Н. Кулагинной (1978), предусматривающую учет недопроизведенной основной части новой стоимости в результате заболеваемости работников. При определении затрат на медицинскую помощь учитывали стоимость стационарного лечения каждого больного, стоимость амбулаторной помощи и помощи на дому врачом поликлиники, а также врачом неотложной помощи.

При расчете и сопоставлении экономических выгод и затрат за выгоду принимали величину предотвращенного экономического ущерба в течение 12 мес после лечения в санатории или санаторий-профилактории, то есть экономическую эффективность, а за величину затрат при лечении в санатории — сумму стоимости путевки (120 руб) и средней величины пособия на одного больного по листу нетрудоспособности для санаторно-курортного лечения лиц с недостаточной для такого лечения продолжительностью отпуска (имеется в виду, что все путевки изученной группы больных были выданы полностью за счет профсоюзной организации предприятия). Сумма этого пособия в разных санаториях составила в среднем от 7 до 7 руб. 50 коп. в расчете на каждого больного. Таким образом, общие затраты на санаторное лечение одного больного оказались равными 127 руб. 50 коп. Поскольку 25% больных получили путевку в санаторий-профилакторий стоимостью 54 руб. бесплатно, а 75% — за 16 руб., затраты для предприятия и его профсоюзной организации при направлении больного в санаторий-профилакторий составили в среднем 42 руб. $[54 \cdot 0,25 + (54 - 16) \cdot 0,75]$.

Как показало наше исследование, заметная доля предотвращенного экономического ущерба (15,2%) приходится на предотвращенные прямые затраты на лечение больных и выплату пособия по временной нетрудоспособности. Если же за долю косвенного экономического ущерба принять средние потери национального дохода в день на душу населения, то часть предотвращенного экономического ущерба, который приходится на прямые потери, возрастет до 48,8%. Поэтому в тех случаях, когда требуется определить экономическую эффективность санаторного лечения больных, занятых в сфере нематериального производства, можно принять в расчет размер только прямого экономического ущерба, то есть сумму расходов на медицинскую помощь и пособия по временной утрате трудоспособности. Такой же расчет следует выполнить, если невозможно учесть недопроизведенную в результате заболеваемости работников основную часть новой стоимости, а брать в качестве народнохозяйственных потерь средний национальный доход в день на душу населения нецелесообразно.

Расчеты экономической эффективности лечения больных ХНЗЛ в санаториях и в санаторий-профилактории, полученные как разность потерь от заболеваний в среднем на одного больного в течение 12 мес до и после лечения, убедительно показали высокую эффективность такого лечения у больных всех групп. Размер снижения потерь на одного больного в год при различных заболеваниях после лечения в разных санаториях составил в среднем от 1486 до 2701 руб., а при лечении в санаторий-профилактории — от 391 до 1891 руб. В то же время в контрольной группе больных уровень потерь от заболеваний в среднем на одного больного вырос с 962 до 1026 руб в год. Общий размер предотвращенного экономического ущерба вследствие ХНЗЛ при лечении больных в санаториях и в санаторий-профилактории за один год на базовом предприятии составил 156 988 руб.

О высокой экономической эффективности санаторного лечения и лечения в санаторий-профилактории свидетельствует также сопоставление выгод (то есть предотвращенного экономического ущерба) и затрат на такое лечение. На каждый рубль, затраченный государством на санаторное лечение, размер выгоды при различных заболеваниях в разных санаториях колебался от 11 руб. 70 коп. до 21 руб. 26 коп., а в санаторий-профилактории — от 9 руб. 30 коп. до 45 руб. 02 коп.

Учет числа дней снижения нетрудоспособности за 12 мес после санаторного лечения в среднем на одного больного позволяет определить не только экономическую, но и социальную эффективность такого лечения для данного предприятия. Для оценки социальной эффективности санаторного лечения следует использовать также разницу в числе дней стационарного лечения таких больных и амбулаторных посещений в течение 12 мес после санаторного лечения. По нашим расчетам, лечение 100 больных ХНЗЛ в южных санаториях снижает у них число дней временной нетрудоспособности на 2630, что равно увеличению условного числа работающих на данном предприятии на 10 круглогодичных рабочих. Число койко-дней пребывания в стационаре уменьшается на 1920, что достаточно для дополнительного на тех же койках стационарного лечения примерно 90 — 100 больных терапевтического профиля, а число амбулаторных посещений уменьшается на 690, что при современных нормативах потребности населения в амбулаторной помощи в крупном городе обес-

печивает потребность 40 — 45 человек в год. Направление 100 больных ХНЗЛ в санаторий-профилакторий соответственно равно увеличению условного числа работающих на одном предприятии на 4 круглогодичных рабочих, дополнительной госпитализации 12 — 13 человек и оказанию амбулаторной помощи 20 — 25 больным в год.

Таким образом, комплексная социально-экономическая оценка эффективности санаторно-курортного лечения и лечения в санатории-профилактории демонстрирует не только расчет предотвращенного экономического ущерба, но значительно шире показывает эффективность таких методов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов Ю. Е. и соавт. Сов. здравоохран., 1971, 1.— 2. Кулагина Э. Н. Там же, 1982, 2.— 3. Сдобнов Л. П. Там же, 1978, 4.— 4. Сергеев В. А. Там же, 1975, 3.

Поступила 28 декабря 1983 г.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.314.2—08

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОГЕНИИ

Л. М. Демнер, С. А. Дубивко, Г. Х. Ахметова, Д. Л. Демнер

Кафедра ортопедической стоматологии (зав. — проф. Л. М. Демнер) Казанского орден Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Прогения (мезиальный прикус) относится к тяжелым формам зубочелюстных аномалий. При этой форме сагиттальной аномалии прикуса, наряду с изменением соотношения челюстей и зубных рядов, возникают функциональные и эстетические нарушения. Однако работ, посвященных изучению отдаленных результатов лечения прогении, мало [1, 2, 4, 5]. Это, вероятно, связано с тем, что исследования требуют повторного вызова ранее вылеченных больных, которые уже неохотно являются на обследование. Многолетний опыт показал, что отдаленные результаты ортодонтического лечения удается изучить в среднем только у 30% вылеченных.

Целью настоящей работы являлось изучение отдаленных исходов лечения прогении, причин рецидивов после терапии, их частоты, а также разработка профилактических и лечебных мероприятий.

Нами проведен анализ 3684 амбулаторных историй болезни с кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтического отделения стоматологической поликлиники Казанского медицинского института за последние 10 лет. Вызваны больные, которым закончено ортодонтическое лечение. При повторной явке больным проводили жевательную пробу, мастикациографию по Рубинову, электромиографию и биометрические исследования диагностических моделей челюстей.

Из 3684 больных, обратившихся в ортодонтический кабинет, прогения определена у 372 (10,1%) человек в возрасте от 5 до 35 лет. Из 372 больных отказались от лечения после первого посещения 96 (25,8%), прервали его по разным причинам 94 (25,3%), довели до конца 182 (48,9%) человека. Из вылеченных 182 пациентов по вызову явились только 60 (33%). Из них у 2 лечение было закончено 10 лет назад, у 3 — 7 лет, у 5 — 5, у 15 — 2 и у 35 — год назад.

Для лечения мезиального прикуса мы применяли в периоде молочного прикуса у 15 детей разобщающие каппы и шапочку с внеротовой тягой и у 2 больных аппарат Брюкля. В периоде сменного прикуса у 11 детей были использованы регуляторы функции Френкеля. Аппаратами О. М. Башаровой лечили 76 больных, пластинками с расширяющим винтом и с протракционными пружинами — 7, коронками Катца — 53, дугой Энгля — 8 и сочетанием нескольких аппаратов — 10 больных.

При клиническом обследовании выявлены в основном стойкие положительные результаты лечения мезиального прикуса. Больные не предъявляли жалоб. Не отме-