

класа по Шредеру. Установлено, що жевательная ефективність полных съёмных протезов верхней челюсти, полученных с использованием модифицированной ложки, на 8-10% превышает таковую протезов, изготовленных по традиционной методике при всех типах атрофии альвеолярных отростков.

**Лабунец В. А., Козлов О. В., Шаблій В. Ф., Поддубська А. І., Кончіев С. Р., Хачіров І. А., Рожкова Н. В.**

### **ПРОГНОЗ РОЗВИТКУ ЗУБОТЕХНІЧНИХ ВИРОБНИЦТВ В УКРАЇНІ**

ДУ «Інститут стоматології АМН України»

Аналіз ситуації на українському ринку стоматологічних послуг і в цілому в охороні здоров'я України дозволяє зробити відповідний прогноз. У державному секторі процес виведення стоматологічних послуг зі сфери бюджетного фінансування, на наш погляд, найближчим часом буде проходити досить широко й інтенсивно. Перехід значної частини державних стоматологічних установ до реального госпрозрахунку примусить їх іти шляхом приватизації або кардинально змінити багато чого у своїй діяльності, в тому числі і в управлінських підходах.

У зв'язку з тим, що темпи зростання конкуренції в сфері стоматологічних послуг перевищують темпи зростання добробуту населення (споживачів цих послуг), рівень конкуренції буде підвищуватися. Підвищенню конкуренції на ринку зуботехнічних виробів буде сприяти також збільшення чисельного складу зубних техніків, пов'язане з додатковим випуском цих спеціалістів за комерційними програмами навчання.

Підвищення конкуренції неминуче призведе до необхідності зміни парку обладнання зуботехнічних виробництв, освоєння нових технологічних процесів, застосування сучасніших матеріалів. Вирішення цих завдань буде пов'язане з необхідністю суттєвих фінансових інвестицій у зуботехнічні виробництва.

З нашої точки зору, ці тенденції можуть призвести до більшого диференціювання зуботехнічних виробництв за організаційними формами, технічним оснащенням та номенклатурою виробів. Відсутність фінансових ресурсів для переоснащення виробництва в умовах реального госпрозрахунку може підштовхнути стоматологічні установи з державною формою власності до рішення закрити або значно скоротити свої зуботехнічні виробництва. Це призведе до появи на ринку праці в сфері зуботехнічних виробництв працівників, працевлаштування яких може відбуватися таким чином. Деякі зубні техніки, як правило, найбільш кваліфіковані, які мають особисті заощадження (фінансові та в частині власного обладнання й інструментів), достатні для організації власних зуботехнічних ділянок, будуть пробувати самі або в кооперації з колегами організувати подібні ділянки. Слід сказати, що в таких регіонах як Західна Україна, Одеса і деяких інших цей процес уже відбувається з виходом дер-

жавних стоматологічних установ зі сфери бюджетного фінансування, і він тільки буде прискорюватись. Друга ж частина зубних техніків буде, вочевидь, пропонувати свою працю як наймані працівники у вже наявній зуботехнічній виробництва в недержавному секторі. Ці тенденції характерніші для Києва і східних регіонів.

Жорстока конкуренція нарівні з підвищенням вимог до зуботехнічних виробів із боку споживачів (пацієнтів) ставить проблему забезпечення якості в число пріоритетних.

У розвинутих країнах співвідношення цін на виробу зуботехнічних виробництв (зубні протези, ортодонтичні апарати й ін.) і зуботехнічного обладнання таке, що за достатньої завантаженості виробництва обладнання відносно швидко окуповується (частка вартості матеріалів, що використовуються в процесі виготовлення зуботехнічних виробів, у ціні самих виробів також невелика). З цим пов'язаний той факт, що навіть у країнах із розвинутим зуботехнічним виробництвом ще достатньо велика кількість зубних техніків здійснюють свою професійну діяльність у організаційній формі, яку визначили як ділянку зуботехнічних робіт. Рівень прибутків дозволяє цим спеціалістам не тільки забезпечити собі гідний рівень життя, але і періодично проводити закупівлю нового обладнання й інструментів. Відносно високий рівень цін на зуботехнічні вироби дозволяє закордонним спеціалістам використовувати найкращі матеріали, розпоряджатися достатнім резервом часу для виготовлення якісних виробів. Тобто особливо гострої необхідності в інтенсифікації виробничого процесу на таких ділянках зуботехнічних виробництв не виникає.

Як правило, більшість закордонних ділянок зуботехнічних робіт є певною мірою самодостатніми і не ставлять перед собою цілі, пов'язані з їх перетворенням у великі зуботехнічні виробництва. Залежно від професіоналізму і досвіду працівників таких зуботехнічних виробництв широта номенклатури виробів, що ними виготовляються, може бути різноманітною.

Проте постійний прогрес у технологіях і матеріалах зуботехнічних виробництв веде до неминучої спеціалізації професійної підготовки і звуження видів робіт, що виконуються на цих ділянках. Спеціалістів-універсалів, здатних на високому рівні стабільно виготовляти різні види зуботехнічних виробів і виконувати відповідно різні роботи, наприклад, мостоподібні зубні протези з облицюванням керамікою, складні комбіновані зубні протези (з атачменами, з телескопічними коронками), якісні повні знімні зубні протези, зубні протези для імплантаційних систем, сучасні ортодонтичні апарати й ін., уже практично немає. Це спостерігається як за кордоном, так і в нашій країні. А спеціалізація, як відомо, в ринкових умовах залишає меншу можливість для зниження ризиків втрати замовників, критичних для діяльності організації в цілому. В такій ситуації особливо гостро перед ділянками зуботехнічних робіт ставиться завдання забезпечення і постійного підвищення якості. Від рівня вирішення цього завдання залежить саме існування таких структур.

Напротивагу ділянкам зуботехнічних робіт у розвинутих країнах аналогічні ділянки на українському ринку поставлені в більш жорсткі умови. Так, у зв'язку з тим, що обладнання, інструменти і матеріали в основному закордонного виробництва, доводиться купувати їх за вищими цінами, а механізми лізингу і банківських кредитів поки що практично не працюють. При цьому структур, що надають допомогу в організації приватної справи в сфері, яка розглядається, зовсім немає. А рівень цін на вироби зуботехнічного виробництва у зв'язку з низьким життєвим рівнем переважної частини населення на українському ринку значно нижчий, ніж у розвинутих країнах. Ці проблеми навіть за наявності стартового капіталу або власного обладнання для початкового етапу організації діяльності ділянки зуботехнічних робіт достатньо важкі для подолання перепон, переборення яких можливе, як правило, лише на шляху правильної орієнтації діяльності ділянки на основі ретельного аналізу локального ринку й інтенсифікації робіт.

Вищенаведене дозволяє нам припустити, що частка зуботехнічних виробництв, які організовані у формі зуботехнічних лабораторій, на сучасному етапі розвитку українського ринку стоматологічних послуг буде скорочуватися. Цей процес у різних регіонах буде йти різними темпами і мати свої особливості. Зокрема, в тих регіонах, де є структури, які отримують у значних обсягах надприбутки або наявні фінанси так званого «тіньового» походження, можуть здійснюватися швидкі, економічно не обґрунтовані інвестиції в будівництво і організацію приватних стоматологічних клінік відносно великого масштабу з власними зуботехнічними лабораторіями. Проте ці лабораторії навіть за успішної роботи клініки в цілому навряд чи зможуть швидко стати самоокупними структурами.

Надалі їхні витрати будуть покриватися прибутками клініки або вони змушені будуть працювати зі сторонніми замовленнями і стануть на шлях перетворення в повноцінні зуботехнічні виробництва.

**Лабунец В. А., Диев Е. В.**

### **СИСТЕМА УЧЕТА ТРУДА ЗУБНИХ ТЕХНИКОВ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ В ИХ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКЕ**

ГУ «Институт стоматологии АМН Украины», Одесса

В ортопедической стоматологии, как ни в какой другой отрасли медицины, весьма и весьма сказывается необходимость в нормировании труда, основа которой кроется в установлении фактических затрат времени как врачей, так и зубных техников на изготовление зубных протезов. Нормативы и нормы затрат их труда служат основополагающей для распределения и согласованности в работе персонала, расстановки и использования кадров, составления плана работы медицинских учреждений.

Следуя основной цели нашей статьи, следует обратить внимание, что ещё в 20-е годы прошлого столетия согласно реформ и новаторских идей П. Г. Дауге зубных техников стали считать полноправными медицинскими

работниками. Последнее, естественно, повлекло за собой и необходимость учёта и оценки их труда.

Однако мнения по этому поводу разделились. Не соглашаясь с П. Г. Дауге о введении «трудоу единицы» и в зуботехническом производстве, в 1928 г. Д. Цитрин в статье «К вопросу о повторительных курсах для зубопротезных техников» писал, что «Зубопротезная техника – наука, не терпящая ремесленного производства, бессмысленного повторения заученных навыков без понимания значения, сущности и условий их применения в каждом отдельном случае». Аналогично утверждал главный стоматолог Ленинграда О. И. Тургель, который в том же году в статье «Перспективы ленинградского зубопротезирования» отмечал: «Зуботехника – это не ремесло, а сложный вид чистого искусства, и всякие увлечения в сторону фабрицирования, фордизации равносильны почти гибели этого дела». Подобного мнения придерживались многие зубные врачи-протезисты и зубные техники – выходцы из дореволюционной зубопротезной школы.

Тем не менее, научно-технический прогресс на месте не стоит, и уже в начале 30-х годов были приведены первые результаты нормирования труда зубных техников. В статье «Опыт нормирования труда зубных техников» В. С. Любимов и С. А. Житницкий утверждали: «Приведённые данные иллюстрируют эффективность нормирования труда, выражающуюся в рационализации всего производственного процесса, увеличении производительности труда и снижении себестоимости при максимальном сохранении сил работников и улучшении их материального положения».

Введение «трудоу единицы» повлекло за собой разработку методик определения величины трудовой нагрузки врачей-стоматологов и зубных техников. По аналогии с методами учёта и нормирования труда в промышленности в стоматологии и зуботехническом производстве был принят метод хронометража для определения временных затрат как основной. Первые основы хронометража в советской стоматологии были заложены в 20- 30-х гг. XX столетия Гинцбургом С. М., Верлоцким А. Е., Любимовым В. С., Житницким С. А.

Первые же официальные нормативы появились в послевоенное время. 4 февраля 1950 г. Приказом №87 МЗ СССР были утверждены нормы нагрузки на одного врача-протезиста в производственных зубопротезных единицах в год, которые были рассчитаны на основании результатов хронометрических исследований, на основе которых проводились дальнейшие расчёты норм времени на ненормированные виды зубных протезов.

По аналогии с данным приказом 28 ноября 1951 г. вышел Приказ № 257-м МЗ СССР, в котором впервые были рассчитаны и утверждены

«Нормы выработки и расценки на зубные протезы, изготавливаемые зубными техниками».

Вместе с тем, необходимо отметить, что в основном УЕТ в ортопедической стоматологии разрабатывались только для учёта труда врачей-ортопедов. Для зубных же техников основным критерием затраченного труда служили по-прежнему только временные затраты,