

**Н.С. ЖАНАБАЕВ, М.А. БУЛЕШОВ, Ы.С. МОЛДАЛИЕВ, А.М. БУЛЕШОВА, Д.М. БУЛЕШОВ,
Р.Е. БОТАБАЕВА, М.Т. БОТАШЕВА**

*Международный Казахско-Турецкий университет им. Х. А. Ясави,
г. Туркестан, Республика Казахстан¹*

*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия,
г. Шымкент, Республика Казахстан²*

Казахский Национальный медицинский Университет им. С. Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан³

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЕДИНОЙ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В научной работе проведена сравнительная оценка эффективности диспансеризации сельского населения до внедрения и в условиях внедрения. Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ), в Южно-Казахстанской области. Использование результатов экспертной оценки позволила установить сравнительно высокую медико-социальную эффективность диспансеризации, осуществленную в рамках ЕНСЗ.

Ключевые слова: диспансеризация, своевременная, полная, ЕНСЗ, эффективность.

Актуальность темы: В современных условиях политического и социально-экономического развития страны перед здравоохранением Казахстана стоит важнейшая задача – сохранение и укрепление здоровья населения.

Ухудшения показателей здоровья населения Республики Казахстан, особенно ярко проявившееся в начале развала Советского Союза, связано как и с трудностями решения социально-экономических реформ, так и с накопившимися проблемами в самом здравоохранении. В число указанных недостатков входили недостаточное финансирование, низкий уровень качества медицинской помощи, недостаточная квалификация медицинских работников, прекращение профилактической направленности в деятельности амбулаторно-поликлинической службы, устаревшая материально-техническая база, низкая заработная плата, недоверие населения качеству оказываемой помощи. Анализ современных научных работ, посвященных вопросам охраны здоровья и организации медицинской службы населению показал, что важнейшую роль в сохранении и укреплении здоровья работающего населения играет диспансеризация. С 2010 года в Республике Казахстан диспансеризация получила новое развитие в связи с реализацией основных направлений приоритетной Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ).

Единая национальная система здравоохранения в числе основных функций амбулаторно-поликлинического уровня провозглашает диспансеризацию населения с выделением групп риска по развитию социально-значимых неинфекционных заболеваний и разработку индивидуальных программ профилактики (коррекция образа жизни, превентивное лечение), а также диспансерное наблюдение (и углубленные осмотры) за лицами, относящимися к группам риска и хроническими больными. В современных условиях реформирования здравоохранения, организация диспансеризации и ее эффективность зависят от интегрирования этого ведущего метода профилактики, прежде всего в первичную систему оказания лечебно-профилактической помощи населению.

На современном этапе социально-экономического и политического развития страны необходим поиск путей совершенствования организации системы выявления заболеваний у работающего населения и оказания им медицинской помощи, чему и посвящено настоящее исследование.

Цель: научное обоснование необходимости совершенствования организации и проведения диспансеризации работающего населения в условиях внедрения Единой национальной системы здравоохранения.

Материалы и методы исследования. Отбор баз проводился по рекомендациям главных терапевтов сельских районов. При отборе баз репрезентативность полученного материала обеспечивалась выполнением ряда условий.

Были отобраны Байдыбекская, Сарыагашская и Толедийская Центральные районные поликлиники (ЦРП), 9 сельских врачебных амбулаторий Южно-Казахстанской области. В отобранных базах учтено наличие соответствующих условий для работы медперсонала, обеспеченность необходимой лечебно-диагностической аппаратурой и оборудованием. При отборе баз учитывалась укомплектованность кадрами. Отобранные базы почти полностью обеспечены врачами и средними медицинскими работниками. Такой отбор баз позволяет считать выбранные поликлиники ЦРБ, сельские врачебные амбулатории и ФАПы достаточно представительными для проведения настоящего исследования. Методическую помощь в организации и проведении настоящего исследования оказывали главные врачи ЦРП, участковых больниц, врачебных амбулаторий, а также главные терапевты районов.

Для экспертизы качества диспансеризации привлекались главные врачи общей практики базовых районов, врачи общей практики, имеющие достаточный организационный и лечебный опыт работы.

Нами с участием главных врачей общей практики базовых районов для врачей - экспертов был проведен инструктаж по методике экспертизы, и каждому эксперту была вручена разработанная инструкция по заполнению «Карты экспертной оценки качества диспансеризаций сельского населения». Контроль за проведением экспертизы постоянно проводился автором совместно с главными врачами общей практики районов. Другим важным моментом при разработке программы исследования, как известно, является правильный выбор единицы наблюдения и обоснование объема выборочной совокупности.

При экспертизе качества диспансеризации за единицу наблюдения был принят больной, состоящий на диспансерном наблюдении. Расчет необходимого числа единиц наблюдения (индивидуальных карт диспансерных больных) при проведении экспертной оценки диспансеризации проведен по формуле Н.А. Плохинского (1961).

$$n = \frac{N}{\frac{k^2}{Nt^2} + 1}$$

где: n – обоснованное число отбора;

N – генеральная совокупность (т.е. число карт амбулаторных диспансерных больных);

k – показатель точности;

t – критерий достоверности.

Экспертной оценке подвергнуты 500 карт амбулаторных больных с хроническими заболеваниями, находящихся под диспансерным наблюдением у участковых врачей за 2008 - 2009 годы, до внедрения ЕНСЗ. В экспертную оценку взяты амбулаторные карты 50 диспансерных больных болезнью ревматизма, 75 больных с гипертонической болезнью, 75 больных с ишемической болезнью, 40 больных с пневмонией, 55 больных с бронхитами, 25 больных с бронхиальной астмой, 29 больных с язвенной болезнью, 67 больных с гастритами, 39 больных с холециститами, 45 больных с нефритами.

В условиях действия ЕНСЗ экспертной оценке подвергнуто 500 карт амбулаторных больных с законченными случаями за 2010-2015 годы, в том числе с заболеваниями: ревматизм – 50 случаев, гипертоническая болезнь – 80, ишемическая болезнь сердца – 70, пневмония – 40, бронхиты – 60, бронхиальная астма – 20, язвенная болезнь – 30, гастриты – 65, холециститы – 40, нефриты – 45 случаев.

Диагнозы заболеваний шифровались в соответствии с Международной классификацией болезней, одобренной Международной конференцией по десятому пересмотру МКБ в 1989 году. Материалы исследования были подвергнуты вариационной статистической обработке с целью получения основных параметров вариационного ряда: средняя арифметическая величина (M), среднее квадратичное отклонение (σ):

$$M = M_1 + \frac{\sum dp}{n}$$

где: M – средняя арифметическая величина; M_1 – условная средняя;

d – варианта;

p – частота повторений;

n – число наблюдений.

Наиболее полную характеристику разнообразия признака в совокупности дает среднее квадратичное отклонение (σ):

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum d^2 p}{n} - \left(\frac{\sum dp}{n} \right)^2}$$

где: σ – среднее квадратичное отклонение;

d – истинное отклонение вариант от истинной средней ($V - M$);

p – частота повторений;

n – число наблюдений.

Оценка достоверности результатов исследования проводилась через ошибку репрезентативности относительного показателя по формуле:

$$m = \pm \frac{Pq}{n}$$

где: P – относительный показатель;

$q = 100 - p$

n – число наблюдений.

Достоверность разности результатов исследований определялась путем расчета «критерия» Стьюдента по формуле:

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{m_1^2}{n_1} + \frac{m_2^2}{n_2}}}$$

где: P_1 и P_2 – показатели сравниваемых совокупностей; m_1 и m_2 – соответствующие ошибки.

Результаты исследования. До внедрения ЕНСЗ диспансерные больные наблюдались нерегулярно в среднем в 36,6% случаев врачами общей практики и почти половине (49,4%) случаев участковыми терапевтами. В среднем при всех заболеваниях в 37,5% случаев имело место несвоевременное обследование и в 46,3% случаев – неполное обследование диспансерных больных. В 41,4% случаев лечебно-оздоровительные мероприятия (ЛОМ) проводились некачественно. План ЛОМ полностью выполнялся только у 27,4%, частично – у 60,4% и не выполнялся у 12,2% диспансерных больных.

В результате внедрения Единой национальной системы здравоохранения и методических рекомендаций по повышению качества и эффективности диспансеризации в условиях внедрения ЕНСЗ значительно возросла регулярность наблюдения больных участковыми врачами в поликлиниках ЦРБ и в СВА (табл. 1). Так, регулярность наблюдения больных в среднем по всем нозологическим заболеваниям в поликлиниках ЦРБ возросла с 56,49±4,58% до 74,53±6,83% ($t = 8,1$; $p = 0,00$), а на сельских врачебных участках – с 50,28±4,88% до 64,96±5,49% ($t = 6,3$; $p = 0,00$).

Таблица 1 - Сравнительная результаты регулярности наблюдения участковыми врачами общей практики больных с хроническими заболеваниями в поликлиниках ЦРБ и СВА до внедрения и в условиях действия ЕНСЗ (в %)

Заболевание	До внедрения ЕНСЗ		В условиях ЕНСЗ	
	ЦРБ	СВА	ЦРБ	СВА
Ревматизм	55,82	48,67	79,62	67,32
Гипертоническая болезнь	57,92	54,62	68,89	68,76
Ишемическая болезнь сердца	61,67	58,38	73,65	63,72
Пневмония	59,38	53,27	69,39	69,68
Бронхиты (хронические)	64,92	61,09	74,27	70,46
Бронхиальная астма	51,48	45,68	79,14	63,52
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	54,33	43,73	69,65	62,64
артриты (хронические)	57,43	49,22	76,34	67,26
Холециститы (хронические)	50,54	48,39	77,62	67,92
Нефриты (хронические)	47,11	42,29	67,97	64,38
В среднем	56,49±4,58	50,28±4,88	74,53±6,83	64,96±5,49
t, p по сравнению со с данными до внедрения ЕНСЗ			$t=8,1$ $p = 0,00$	$t=6,3$ $p = 0,00$

Особенно это имело место в поликлиниках ЦРБ при ревматизме – с 55,82% до 79,62%, бронхиальной астме – с 51,48% до 79,14%, холециститах – с 56,84% до 77,62% и гастритах – с 57,43% до 76,34%, а в сельских врачебных амбулаториях – при бронхитах (с 61,09% до 70,46%), анемиях (с 59,34% до 69,38%), ревматизме (с 48,67% до 67,32%) и гастритах (с 49,22% до 67,26%).

Значительно улучшились качественные показатели диспансеризации больных с хроническими заболеваниями в ЦРБ и СВА в условиях эксперимента (табл.2,3). Своевременность обследования больных в поликлиниках ЦРБ в среднем по всем заболеваниям возросла с 62,34±5,32% до 75,34±6,82% ($t = 5,7$; $p = 0,00$). Особенно это имело место при ревматизме – с 72,43% до 78,46%, гастритах – с 68,32% до 78,24%, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки – с 63,46% до 79,18% и холециститах – с 64,95% до 79,62%.

Полнота обследования в среднем по всем заболеваниям в поликлиниках ЦРБ увеличилась с 73,42±6,5% до 84,83±7,62% ($t = 4,9$; $p = 0,001$), особенно при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (с 82,68% до 92,38%), анемиях (с 72,89% до 87,46%), ишемической болезни сердца (с 78,94% до 87,46%) и нефритах (с 47,11% до 74,53%).

Качество выполнения лечебно-оздоровительных мероприятий возросло в среднем по всем заболеваниям с 70,5±4,6% до 82,3±4,8% ($t = 9,7$; $p = 0,00$), основным рост отмечается за счет ишемической болезни сердца, бронхитов, бронхиальной астмы и язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

В условиях эксперимента также улучшилось качество диспансеризации и в сельских врачебных амбулаториях (табл. 16). Своевременность обследования больных в среднем по всем заболеваниям возросла с 46±4,2% до 65,6±4,4% ($t = 6,5$; $p = 0,00$), особенно при ревматизме, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, гастритах и холециститах. Полнота обследования в среднем по всем заболеваниям возросла с 53,1±3,9% до 66,9±5,2% ($t=5,8$; $p = 0,00$), в основном рост отмечается за счет ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Полнота выполнения лечебно-оздоровительных мероприятий в среднем по всем заболеваниям возросла с 58,6±4,7% до 73,3±5,4% ($t = 7,4$; $p=0,00$). Особенно это имело место при гастритах (с 55,4% до 77,1%), анемиях (с 63,8% до 76,1%), ишемической болезни сердца (с 60,6% до 75%) и при язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки (с 61,5% до 78,6%).

Таким образом, в условиях эксперимента значительно улучшились качественные показатели лечебно-профилактической помощи в поликлиниках ЦРБ и в СВА. Так, полнота обследования больных в поликлиниках ЦРБ возросла с 65,4% до 81,3%, а в СВА – с 34,9% до 50,1%. Доля больных, которым лечение начато своевременно, в среднем возросла на 11,1%. Число больных, получивших неполноценное лечение, в среднем сократилось в 1,5 раза. В условиях эксперимента несвоевременное обследование больных в среднем по всем заболеваниям в поликлиниках

ЦРБ сократилось на 15,6%, а СВА – на 16,8%, а неполноценное обследование соответственно – с 34,6% до 18,7% и с 65,1% до 49,9%.

Значительно улучшились качественные показатели диспансеризации: регулярность наблюдения больных участковыми терапевтами в ЦРБ возросла на 17,7%, а в СВА – на 15,9%. Полнота обследования диспансерных больных в поликлиниках ЦРБ увеличилась на 11,8%, а в СВА – на 13,8%. Возросла полнота выполнения лечебно-оздоровительных мероприятий в среднем по всем заболеваниям – с 58,6% до 73,3%.

Итак, результаты экспертной проверки качества диспансеризации до внедрения и в условиях действия ЕНСЗ свидетельствуют об эффективности и целесообразности последней.

Таблица 2 - Качество диспансеризации больных у участковых врачей общей практики в поликлиниках ЦРБ до внедрения ЕНСЗ и в условиях действия ЕНСЗ (в %)

Заболевание	До внедрения ЕНСЗ						В условиях внедрения ЕНСЗ					
	Обследование		Объем обследования		Полнота выполнения леч.-озд. мероприятий		Обследование		Объем обследования		Полнота выполнения леч.-озд. мероприятий	
	Своевр.	Несвоевр.	Полный	Непол.	В полном объеме	В непол. объеме	Своевр.	Несвоевр.	Полный	Непол.	В полном объеме	В непол. объеме
Ревматизм	72,43	30,25	67,46	34,22	72,64	29,36	78,46	21,43	82,29	18,24	80,71	18,29
Гипертоническая болезнь	58,89	41,14	78,28	23,54	68,49	33,52	67,86	32,34	84,42	17,36	83,35	18,36
Ишемическая болезнь сердца	53,27	48,21	78,94	21,68	73,62	28,46	68,39	33,26	85,27	16,38	84,76	18,44
Пневмония	58,93	41,67	72,63	28,92	75,29	26,42	72,26	29,41	87,46	14,29	86,25	16,19
Бронхиты (хронические)	67,42	34,83	72,89	29,67	67,52	38,68	75,32	26,73	82,33	19,46	81,63	20,29
Бронхиальная астма	59,67	42,26	69,72	32,35	65,66	36,74	74,27	28,46	80,39	21,22	84,28	17,84
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	63,46	38,09	82,68	19,23	68,83	31,46	79,18	22,49	92,38	9,21	85,72	16,39
Гастриты (хронические)	68,32	33,62	64,29	37,62	67,42	34,62	78,24	21,32	82,72	20,49	80,32	21,92
Холециститы (хронические)	64,95	35,24	68,85	31,54	72,35	29,46	79,62	23,19	85,48	16,62	82,64	19,68
Нефриты (хронические)	61,38	38,79	73,46	28,36	72,83	29,27	77,46	24,41	86,64	15,27	84,29	17,93
В среднем	62,34±5,32	38,69±3,29	73,42±6,51	28,46±2,25	71,42±6,42	30,46±3,02	75,34±6,82	26,31±2,52	84,83±7,62	17,24±1,68	84,29±7,64	18,39±1,22
t,p по сравнению со с данными до внедрения ЕНСЗ							t=5,8 p=0,00	t=5,8 p=0,00	t=4,9 p=0,00	t=4,6 p=0,00	t=9,8 p=0,00	t=9,6 p=0,00

Таблица 3 - Сравнительная оценка качества диспансеризации больных у врачей общей практики в СВА до внедрения ЕНСЗ в условиях действия ЕНСЗ (в %)

	До внедрения ЕНСЗ			В условиях внедрения ЕНСЗ		
	Обследование	Объем	Полнота выполнения	Обследование	Объем	Полнота выполнения

Заболевание			обследование		леч.-озд. мероприятий				обследование		леч.-озд. мероприятий	
	Своевр.	Несвоевр.	Полный	Непол.	В полном объеме	В непол. объеме	Своевр.	Несвоевр.	Полный	Непол.	В полном объеме	В непол. объеме
Ревматизм	46,36	55,29	52,63	49,51	63,82	38,92	70,46	31,63	68,53	33,83	73,82	28,74
Гипертоническая болезнь	37,27	64,11	33,92	43,76	57,76	42,31	61,24	38,96	68,86	31,79	71,76	28,36
Ишемическая болезнь сердца	48,46	53,69	62,21	39,83	62,59	40,27	63,72	36,72	73,79	28,69	76,42	26,12
Пневмония	32,65	69,31	51,29	48,69	67,78	37,31	63,64	38,39	67,68	35,38	77,26	24,84
Бронхиты (хронические)	48,93	51,57	44,63	57,45	52,62	47,62	65,87	37,12	62,29	40,79	70,42	31,93
Бронхиальная астма	61,72	40,79	49,26	52,89	59,38	40,93	62,76	39,36	64,85	37,42	72,64	29,58
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	45,29	56,76	58,64	43,8	62,69	39,67	71,69	28,89	71,42	30,81	79,52	22,39
Гастриты (хронические)	51,48	48,69	53,92	48,46	56,38	46,54	72,93	23,62	65,74	37,49	78,29	23,74
Холециститы (хронические)	38,63	63,72	54,35	47,51	62,79	39,21	69,39	32,78	69,25	32,83	74,42	28,63
Нефриты (хронические)	56,83	45,29	56,32	45,74	54,72	47,33	64,72	37,53	68,46	33,49	69,74	32,29
В среднем	47,68 ±4,21	55,11 ±5,09	54,24 ±4,92	47,58 ±3,95	59,64 ±4,83	42,4 9±3,92	65,98± 5,52	35,39 ±3,39	67,82± 5,79	34,29 ±3,16	74,29 ±5,96	27,8 5±2,69
<i>t, p</i> по сравнению со с данными до внедрения ЕНСЗ							<i>t</i> = 6,4 <i>p</i> = 0,00	<i>t</i> = 6,3 <i>p</i> = 0,00	<i>t</i> = 5,9 <i>p</i> = 0,00	<i>t</i> = 5,6 <i>p</i> = 0,00	<i>t</i> = 7,5 <i>p</i> = 0,00	<i>t</i> = 7,3 <i>p</i> = 0,00

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Стрючков В.В. Повышение доступности медицинской помощи сельским жителям / В.В. Стрючков, А.Г. Сапрыкина // Здоровоохранение. – 2008. – № 6. – С. 47–50.
- 2 Юдченко И.Н. Совершенствование управления в системе оказания медицинской помощи населению сельских муниципальных образований: Автореф. дис. ... канд. мед. наук – СПб., 2006. – 24 с.
- 3 Булешов М.А., Булешова А.М., Талгатбек А.М., Ембердиев А.У. Результаты оценки региональных различий в ожидаемой продолжительности жизни населения Южно-казахстанской област.// Сборник научных трудов по материалам IV Международной научно-практической конференции. – Белгород: 2015. - С. 95-99.
- 4 Булешов М.А., Аликанова Л.Е. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний среди работающего населения // Современный научный вестник. – Белгород: 2008. - № 4(30). - С.45-49.
- 5 Кулкыбаев Г.А., Булешов М.А., Саркулова С.М. Применение методов донозологической диагностики, профилактики и реабилитации сердечно-сосудистых заболеваний у рабочих промышленных предприятия на примере Шымкентского свинцового завода // Методические рекомендации – Астана: 2005. – С. 62-66.
- 6 Булешов М.А., Жанабаев Н.С., Сатханбаев А.З., Доскараева П.Т., Ботабаева Р.Е. Научные основы диспансеризации менеджеров крупных предприятий страдающих ишемической болезнью сердца // Materials of the international scientific-practical conference Sharm el-Sheikh Arab Republic of Egypt. – 2016. – С. 404-411.
- 7 Лисицын Ю.П. Социально-гигиенические проблемы образа жизни // Вестник АМН СССР. - 1987. - №3. - С.9-19.

- 8 Даутов Ф.Ф. Изучение здоровья населения в связи с факторами среды // Сборник научных трудов Казахского Университета. – Казань: 1990. - С.117-120.
- 9 Медетбаева Г.Н. Совершенствование социально-медицинского мониторинга здоровья населения Южного региона Казахстана: Автореф. дис. ... канд.мед.наук – Алматы, 2006. – 23 с.
- 10 Булешов М.А., Г.К.Каусова, А.У.Ембердиев., А. М.Кушқарова., Е.М. Зульфикаров., Э.Т.Зульфикарова. Особенности охраны здоровья сельского населения // «Вестник» ЮКГФА Республиканский научный журнал. – 2015. - №3 (73). - Т. 3. - С. 85-89.
- 11 Булешов М.А., Жанабаев Н.С., Булешова А.М., Ембердиев А.У.,Талгатбек А.М., Булешов Д.М.,Тажибаева К.Н. Ауыл тұрғындарын диспансеризациялаудың әлеуметтік-қырлары // Астана медициналық журналы. – 2016. - №2. – Б. 130-136.

**Н.С. ЖАНАБАЕВ, М.А. БУЛЕШОВ, Ы.С. МОЛДАЛИЕВ, А.М. БУЛЕШОВА, Д.М. БУЛЕШОВ,
Р.Е. БОТАБАЕВА, М.Т. БОТАШЕВА**
БІРЫҢҒАЙ ҰЛТТЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІ
ЖАҒДАЙЫНДА ЖҰМЫС ІСТЕЙТІН ХАЛЫҚТЫҢ
МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРУІН ЖЕТІЛДІРУ

Түйін: Ғылыми еңбекте Бірыңғай Ұлттық денсаулық сақтау жүйесін енгізудің ауыл тұрғындары арасында жүргізілетін диспансеризацияның тиімділігіне тигізетін тиімділігін салыстырмалы түрде бағалау нәтижесі көрсетілген.

Нәтижелерді сараптамалық бағалау БҰДСЖ кезеңінде атқарылған диспансеризацияның медициналық-әлеуметтік тиімділігінің өте жоғары екендігін анықтады.

Түйінді сөздер: диспансеризация, заманауи, толық, БҰДСЖ, тиімділігі.

**N.S. ZHANABAYEV, M.A. BULESHOV, I.S. MOLDALIYEV, A.M. BULESHOVA,
D.M. BULESHOV, R.E. BOTABAYEVA, M.T. BOTASHEVA**
International Kazakh-Turkish University H. A. Yassau,
Republic of Kazakhstan, Turkestan¹
Southern Kazakhstan state pharmaceutical academy,
Republic of Kazakhstan, Shymkent²
Kazakh National Medical University named after S. D. Asfendiyarov,
Republic of Kazakhstan, Almaty³

IMPROVEMENT OF MEDICAL EXAMINATION OF THE WORKING POPULATION IN THE CONDITIONS OF UNIFORM NATIONAL HEALTH SYSTEM

Resume: In scientific work the comparative efficiency evaluation of medical examination of rural population before implementation and in the conditions of implementation is carried out. The Single National Health Care System (SNHCS), in the Southern Kazakhstan area. Uses of results of an expert evaluation I have allowed to establish rather outstanding medico-social performance of medical examination performed within ENSZ.

Keywords: medical examination, timely, complete, ENSZ, efficiency.