Статья поступила: 21.05.2025
Статья принята: 11.06.2025
УДК: 614.2
МРНТИ: 76.01.79
DOI: 10.24412/1609-8692-2025-2-113-121

Тип статьи: оригинальная статья (анализ вторичных данных)

КАДРОВЫЙ ДЕФИЦИТ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В КАЗАХСТАНЕ: МАСШТАБЫ, ПРИЧИНЫ И ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Айтуреева А.С.
ТОО «Казахстанский медицинский университет "ВШОЗ"», Алматы, Казахстан

Введение. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является базовым звеном системы здравоохранения, однако устойчивый кадровый дефицит ограничивает доступность и непрерывность первичной помощи. Для Казахстана проблема связана не только с общей численностью медицинских работников, но и с их распределением, текучестью, условиями труда и привлекательностью работы в отдельных регионах.
Цель. Проанализировать масштабы, динамику и основные причины кадрового дефицита в системе ПМСП Казахстана, сопоставить реализуемые меры кадровой политики и определить практические направления его сокращения.
Материалы и методы. Выполнен описательный анализ вторичных агрегированных данных. Использованы официальные статистические отчёты и пресс-релизы Министерства здравоохранения Республики Казахстан за 2023–2024 гг., аналитические материалы Национального научного центра развития здравоохранения им. С. Кайрбековой, материалы парламентских слушаний и экспертные публикации. Анализировались численность врачей и среднего медицинского персонала, вакантные штатные единицы, распределение кадров по регионам и специальностям, динамика дефицита, миграция, текучесть и реализуемые меры поддержки.
Результаты. В ПМСП работают более 34 195 врачей и 75 852 специалистов среднего медицинского звена. На конец 2023 г. потребность во врачебных кадрах составляла 4 864 вакантные ставки; около 77% приходилось на городские организации ПМСП и 23% — на сельские. В 2024 г. дефицит врачей сократился на 19%, до 3 954 специалистов. Дефицит среднего медицинского персонала уменьшился приблизительно с 4 820 до 4 505 единиц. Текучесть кадров в ПМСП достигала 29%, а среди врачей ПМСП Астаны и Алматы — 40–43%. Наиболее выраженная нехватка сохранялась по базовым врачебным специальностям. Одновременно расширялись образовательные квоты, меры социальной поддержки, выплаты специалистам, прибывающим в сельскую местность, и инструменты кадрового учёта.
Обсуждение. Сопоставление показателей показывает, что кадровый дефицит определяется не только объёмом подготовки специалистов. Существенное значение имеют удержание кадров, региональный дисбаланс, высокая рабочая и административная нагрузка, социальная инфраструктура сельских территорий, возможности профессионального развития и эффективность кадрового планирования. Поэтому изолированное увеличение числа выпускников не устраняет структурные причины дефицита.
Заключение. Сокращение кадрового дефицита ПМСП требует комплексной и долгосрочной политики, объединяющей подготовку и рациональное распределение специалистов, финансовые и социальные стимулы, развитие сельской инфраструктуры, поддержку профессионального роста, расширение командной модели ПМСП и использование систем кадрового прогнозирования.
Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь; медицинские кадры; кадровый дефицит; Казахстан; кадровая политика; анализ вторичных данных.

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ БАСТАПҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРИЯЛЫҚ КӨМЕК МАМАНДАРЫНЫҢ ТАПШЫЛЫҒЫ: АУҚЫМЫ, СЕБЕПТЕРІ ЖӘНЕ ОНЫ ЕҢСЕРУ ЖОЛДАРЫ

Айтуреева А.С.
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті ЖШС, Алматы, Қазақстан

Кіріспе. Бастапқы медициналық-санитариялық көмек (БМСК) денсаулық сақтау жүйесінің негізгі буыны болып табылады, алайда кадр тапшылығы бастапқы көмектің қолжетімділігі мен үздіксіздігіне әсер етеді. Қазақстанда бұл мәселе медицина қызметкерлерінің жалпы санына ғана емес, олардың өңірлер бойынша бөлінуіне, кадрлардың тұрақтамауына, еңбек жағдайларына және жекелеген аумақтардағы жұмыстың тартымдылығына байланысты.

Мақсаты. Қазақстандағы БМСК жүйесіндегі кадр тапшылығының ауқымын, динамикасын және негізгі себептерін талдау, іске асырылып жатқан кадр саясаты шараларын салыстыру және тапшылықты азайтудың практикалық бағыттарын айқындау.
Материалдар мен әдістер. Екіншілік агрегатталған деректерге сипаттамалық талдау жүргізілді. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2023–2024 жылдардағы ресми статистикалық есептері мен баспасөз хабарламалары, С. Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығының талдамалық материалдары, парламенттік тыңдаулар материалдары және сараптамалық жарияланымдар пайдаланылды. Дәрігерлер мен орта медициналық персонал саны, бос штат бірліктері, кадрлардың өңірлер мен мамандықтар бойынша бөлінуі, тапшылық динамикасы, көші-қон, кадр ауысымы және іске асырылған қолдау шаралары талданды.
Нәтижелер. БМСК жүйесінде 34 195-тен астам дәрігер және 75 852 орта буын медицина қызметкері жұмыс істейді. 2023 жылдың соңында дәрігер кадрларына қажеттілік 4 864 бос штат бірлігін құрады; олардың шамамен 77%-ы қалалық БМСК ұйымдарына, 23%-ы ауылдық ұйымдарға тиесілі болды. 2024 жылы дәрігерлер тапшылығы 19%-ға азайып, 3 954 маманға дейін төмендеді. Орта медициналық персонал тапшылығы шамамен 4 820-дан 4 505 бірлікке дейін азайды. БМСК жүйесіндегі кадр ауысымы 29%-ға, ал Астана мен Алматыдағы БМСК дәрігерлері арасында 40–43%-ға жетті. Негізгі дәрігерлік мамандықтар бойынша тапшылық сақталды. Сонымен қатар білім беру квоталары, әлеуметтік қолдау, ауылдық жерге келген мамандарға төлемдер және кадрлық есеп жүйелері кеңейтілді.
Талқылау. Көрсеткіштерді салыстыру кадр тапшылығы тек мамандар даярлау көлемімен анықталмайтынын көрсетеді. Кадрларды ұстап қалу, өңірлік теңгерімсіздік, жоғары еңбек және әкімшілік жүктеме, ауылдық аумақтардың әлеуметтік инфрақұрылымы, кәсіби даму мүмкіндіктері және кадрлық жоспарлаудың тиімділігі маңызды рөл атқарады. Сондықтан түлектер санын жеке дара арттыру тапшылықтың құрылымдық себептерін толық жоймайды.
Қорытынды. БМСК кадр тапшылығын азайту үшін мамандарды даярлау мен ұтымды бөлуді, қаржылық және әлеуметтік ынталандыруды, ауылдық инфрақұрылымды дамытуды, кәсіби өсуді қолдауды, командалық БМСК моделін кеңейтуді және кадрлық болжау жүйелерін біріктіретін кешенді әрі ұзақ мерзімді саясат қажет.
Түйінді сөздер: бастапқы медициналық-санитариялық көмек; медицина кадрлары; кадр тапшылығы; Қазақстан; кадр саясаты; екіншілік деректерді талдау.

HUMAN RESOURCE SHORTAGE IN PRIMARY HEALTH CARE IN KAZAKHSTAN: SCOPE, CAUSES, AND SOLUTIONS

Aytureyeva A.S.
Kazakhstan's Medical University "KSPH" LLP, Almaty, Kazakhstan

Introduction. Primary health care (PHC) is a fundamental component of the health system, but persistent workforce shortages can limit the accessibility and continuity of primary care. In Kazakhstan, the problem is related not only to the overall number of health workers but also to their distribution, turnover, working conditions, and the attractiveness of employment in different regions.
Objective. To analyze the scale, dynamics, and principal causes of the PHC workforce shortage in Kazakhstan, compare the workforce policy measures being implemented, and identify practical directions for reducing the shortage.
Materials and Methods. A descriptive analysis of aggregated secondary data was performed. The sources included official statistical reports and press releases of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan for 2023–2024, analytical materials of the S. Kairbekova National Research Center for Health Development, parliamentary hearing materials, and expert publications. The analysis covered the number of physicians and mid-level health workers, vacant staff positions, regional and specialty distribution, shortage dynamics, migration, turnover, and implemented support measures.
Results. More than 34,195 physicians and 75,852 mid-level health workers are employed in PHC. At the end of 2023, the physician workforce requirement amounted to 4,864 vacant positions; approximately 77% were in urban PHC organizations and 23% in rural organizations. In 2024, the physician shortage decreased by 19% to 3,954 specialists. The shortage of mid-level health workers decreased from approximately 4,820 to 4,505 positions. PHC staff turnover reached 29%, while turnover among PHC physicians in Astana and Almaty reached 40–43%. Major shortages persisted in core medical specialties. At the same time, educational quotas, social support measures, payments for professionals relocating to rural areas, and workforce information systems were expanded.
Discussion. The comparison of indicators suggests that workforce shortages are determined by more than the volume of professional training. Retention, regional imbalance, high clinical and administrative workload, rural social infrastructure, opportunities for professional development, and the effectiveness of workforce planning are also important. Increasing the number of graduates alone is therefore insufficient to address the structural causes of the shortage.

Conclusion. Reducing the PHC workforce shortage requires a comprehensive long-term policy combining training and rational distribution of professionals, financial and social incentives, development of rural infrastructure, support for professional growth, expansion of team-based PHC, and the use of workforce forecasting systems.
Keywords: primary health care; health workforce; workforce shortage; Kazakhstan; human resources policy; secondary data analysis.

Введение

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) – фундаментальная ступень системы здравоохранения, обеспечивающая широкий охват населения медицинскими услугами и профилактику заболеваний. Укрепление ПМСП признаётся глобальным приоритетом (Декларация Астаны 2018), а полноценное кадровое обеспечение этого звена является залогом эффективности системы в целом. Несмотря на значительные успехи Казахстана в повышении доступа к медицинской помощи, проблема нехватки медицинских работников остаётся актуальной. В Казахстане насчитывается порядка 3 тыс. организаций ПМСП, к которым прикреплено около 20 млн человек, при создании более 12 тыс. врачебных участков. На эту сеть приходится свыше 34 тыс. врачей и 75,9 тыс. специалистов среднего медперсонала. [2] Вместе с тем системные и социально-экономические факторы приводят к хроническому дефициту кадров, особенно в сельских районах и среди ключевых специальностей ПМСП.

Вопрос кадрового обеспечения ПМСП представляет собой не только внутреннюю проблему здравоохранения, но и индикатор социального благополучия, эффективности государственной политики и способности системы реагировать на вызовы современности. Всемирная организация здравоохранения подчёркивает, что сильная первичная медико-санитарная помощь позволяет более эффективно распределять ресурсы, обеспечивает профилактику, управление хроническими заболеваниями и способствует устойчивому развитию здравоохранения. При недостаточном количестве квалифицированных специалистов ПМСП не может в полной мере выполнять свою ключевую роль, что повышает риск снижения доступности помощи, роста госпитализаций и неэффективного использования ресурсов.

В условиях глобального роста потребностей в медицинской помощи, старения населения, увеличения хронических неинфекционных заболеваний, а также частых эпидемиологических кризисов, таких как пандемия COVID-19, нагрузка на первичное звено значительно возрастает. В Казахстане эта тенденция проявляется особенно остро в контексте урбанизации, демографических изменений и социально-экономического неравенства между регионами. Городские центры концентрируют значительную часть кадрового потенциала и ресурсов, в то время как сельские населённые пункты продолжают испытывать дефицит кадров, оборудования и инфраструктуры.

Таким образом, проблема кадрового дефицита в ПМСП Казахстана требует переосмысления подходов и пересмотра приоритетов. Это не просто вопрос численности работников – это отражение более глубоких системных дисбалансов в подготовке, мотивации, управлении и финансировании человеческих ресурсов в здравоохранении. Актуальность темы определяется необходимостью обеспечения устойчивости системы ПМСП, повышения её способности отвечать на современные вызовы, а также стремлением Казахстана двигаться к всеобщему охвату медицинскими услугами и улучшению здоровья населения [15].

Цель настоящего исследования – проанализировать текущую ситуацию с кадровым обеспечением ПМСП в Казахстане, определить масштабы и основные причины дефицита и сформировать практические рекомендации с учётом национального контекста и международных подходов. Особое внимание уделено различиям между городскими и сельскими территориями,

образовательной политике, социальным стимулам, миграции и текучести кадров, а также возможностям кадрового планирования и цифровых инструментов.

Научная новизна работы заключается в комплексном сопоставлении актуальных официальных данных о численности и дефиците кадров ПМСП, их региональном и профессиональном распределении, динамике миграции и текучести с реализуемыми мерами кадровой политики, что позволяет рассматривать проблему одновременно с позиций подготовки, распределения и удержания медицинских работников.

Материалы и методы

Дизайн и источники данных

Исследование выполнено как описательный анализ вторичных агрегированных данных. Для анализа использованы официальные статистические отчёты и пресс-релизы Министерства здравоохранения РК (итоги работы за 2023–2024 гг., сведения о дефиците кадров, квотах на подготовку специалистов и мерах поддержки), материалы Национального научного центра развития здравоохранения им. С. Кайрбековой (аналитические отчёты по кадровому обеспечению), а также данные парламентских слушаний и экспертных публикаций, отражающих кадровую ситуацию в системе здравоохранения [14].

Изучаемые показатели и аналитический подход

Основными изученными показателями являлись численность врачей и среднего медицинского персонала в ПМСП, количество вакантных штатных единиц, распределение кадров по регионам и специальностям, динамика дефицита, миграция и текучесть, а также реализуемые меры кадровой поддержки. Анализ носил описательный характер и был направлен на сопоставление численности и дефицита медицинских работников с принимаемыми мерами кадрового обеспечения. Результаты представлены в виде абсолютных значений, долей и показателей динамики, приведённых в использованных источниках; дополнительное инференциальное статистическое тестирование не проводилось.

Этические аспекты

Исследование основано на анализе общедоступных агрегированных статистических и аналитических материалов и не предусматривало непосредственного участия пациентов или медицинских работников, сбора персональных данных либо вмешательства в оказание медицинской помощи. В связи с этим отдельное этическое одобрение и получение информированного согласия для данного анализа не требовались.

Результаты

Численность кадров ПМСП

В системе здравоохранения РК трудятся свыше 78 тыс. врачей и 180 тыс. специалистов среднего звена. На ПМСП приходится более 34 195 врачей и 75 852 средних медицинских работников. По итогам 2024 г. численность врачей общей практики (ВОП) составила 9 814, участковых педиатров – 1 934, терапевтов – 710. При этом в последние пять лет наблюдается тенденция к сокращению числа участковых терапевтов. В ряде регионов нагрузка врачей ПМСП остаётся критической: в ЗКО на одного врача приходится свыше 2 000 прикреплённого населения при норме 1 700.

Масштаб дефицита и региональное распределение

По данным Минздрава РК, на конец 2023 г. потребность во врачебных кадрах (вакантные ставки) составила 4 864 единицы. Из них около 77% вакансий приходилось на городские организации ПМСП и 23% – на сельские. Таким образом, дефицит в ПМСП оставался значительным. Крупнейшая нехватка наблюдалась по ряду базовых специальностей: терапевтов – 364,3 ставки, врачей общей практики – 290,5, акушеров-гинекологов – 253,2 и анестезиологов-реаниматологов – 225,0. Недостаток педиатров оценивался в 184,3 ставки. Кроме того, сохранялась нехватка среднего медперсонала: по итогам 2023 г. дефицит СМР составлял порядка 4 820

единиц (к концу 2024 г. сократился до ≈4 505) [18].

На рисунке 1 показан дефицит кадров первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) по отдельным регионам Казахстана в расчёте на 10 тысяч населения.[4][8]

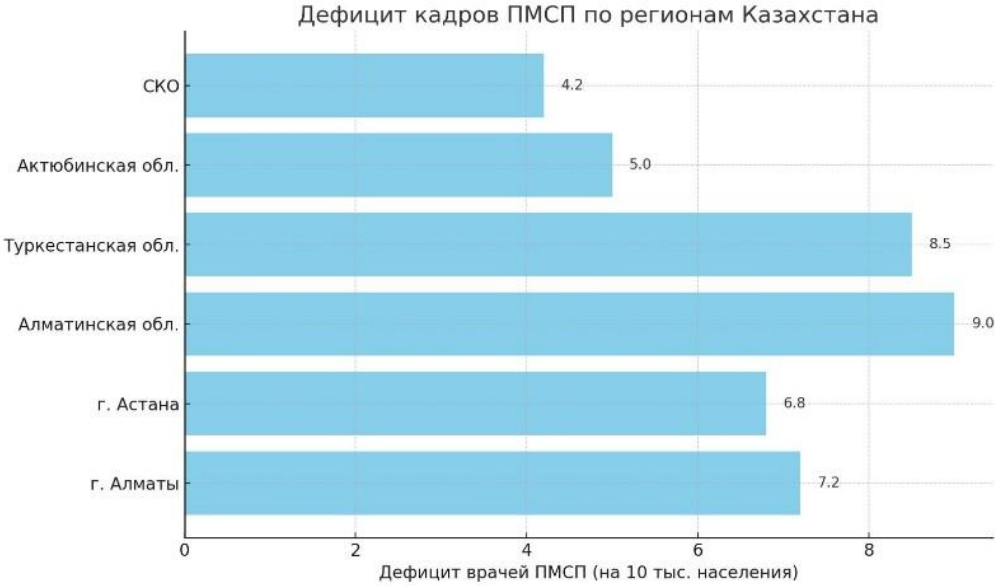


Рисунок 1 – Дефицит кадров ПМСП по регионам Казахстана

Динамика дефицита, миграция и текучесть

С 2021 г. Минздрав наблюдает постепенное снижение дефицита врачей: в 2024 г. он уменьшился на 19% по сравнению с 2023 г. (с 4 864 до 3 954 специалистов). Снижение отмечалось и по средним медицинским работникам (7% за год). Отток медицинских кадров за границу заметно снизился: если в 2020 г. страну покинули 760 врачей, то в 2024 г. – только около 280 (80% эмигрантов выбрали страны СНГ). Одновременно увеличилось число иностранных специалистов (608 человек в 2023 г., в основном из СНГ). Однако заметная доля кадровой потребности по-прежнему не закрывается вовлечением иммигрантов, а требует наращивания отечественного контингента.[7][11]

Высокий уровень мобильности усугубляет кадровый дефицит: по данным ННЦРЗ, общемировая текучесть медработников составляет лишь 8%, тогда как в ПМСП – 29%. Особенно остро это проявляется в крупных городах: в Астане и Алматы показатель текучести среди врачей ПМСП достигал 40–43%. В результате молодой врач зачастую работает в городской поликлинике лишь несколько месяцев и уходит из системы. В то же время средний возраст врачей в РК – 44 года, и значительная часть работающих специалистов имеют пенсионный или предпенсионный возраст, что также ограничивает потенциал кадровых ресурсов [4][7].

Основные факторы кадрового дефицита

Согласно национальной статистике, несмотря на наличие более 70 медицинских вузов, колледжей и центров подготовки, ежегодно на рынок труда выходит недостаточное количество специалистов, готовых работать именно в системе ПМСП.[3] Значительная доля молодых врачей и медсестёр предпочитает узкоспециализированные направления или работу в частных клиниках, оставляя вакантными участки врачей общей практики, педиатров и терапевтов. Проблема усугубляется тем, что от 20% до 30% выпускников вообще не трудоустраиваются в систему здравоохранения или покидают её в течение первых трёх лет после окончания учёбы.[5] Одной из причин такой динамики является низкая привлекательность карьеры в

ПМСП: работа на первичном уровне ассоциируется с высокой административной и психологической нагрузкой, сравнительно невысокой заработной платой, ограниченными возможностями профессионального роста и социальной поддержки.

Проблема кадрового дефицита в ПМСП – это не только количественный, но и качественный вопрос. Даже при формальном присутствии специалиста на участке его готовность к выполнению широкого спектра функций врача общей практики может быть ограничена. Недостаток современных знаний, навыков работы с цифровыми системами и недостаточная развитость непрерывного медицинского образования снижают эффективность работы специалистов. Также наблюдается старение кадров: более 30% врачей ПМСП находятся в предпенсионном или пенсионном возрасте, и с каждым годом эта доля увеличивается [9].

На круговой диаграмме на рисунке 2 представлены основные причины кадрового дефицита в системе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) Казахстана [7]



Рисунок 2 – Причины кадрового дефицита в ПМСП Казахстана

Реализованные меры кадровой поддержки

В ответ на дефицит в последние годы предпринимались активные шаги. В 2023 г. из бюджета было выделено около 6 тыс. образовательных грантов для подготовки врачей и СМР (в т.ч. 2,7 тыс. на бакалавриат/интернатуру и 2,5 тыс. на ординатуру). За счёт местных бюджетов 16,5 тыс. специалистов прошли повышение квалификации (108 – за рубежом). Система медицинского образования выпустила ≈7 тыс. врачей и 23 тыс. средних медработников, более 3 тыс. были трудоустроены по распределению; 601 человек получил разовые пособия при

переезде, 384 – жильё, 74 – другие виды поддержки. С 2020 г. заработная плата врачей выросла на 30%, СМР – на 20%. В 2024 г. введены единовременные выплаты 207 врачам по дефицитным специальностям при работе на селе, поддержку оказали 544 прибывшим на работу врачам (в т.ч. 226 выпускникам текущего года). Министерство здравоохранения увеличило квоты на подготовку узких специалистов с 1 500 до 2 500 мест и внедряет национальную систему учёта кадров (СУР 2.0) для сбалансированного распределения специалистов.[12][18]

Обсуждение

Наблюдаемые результаты свидетельствуют о том, что, несмотря на предпринимаемые меры и стратегические инициативы, кадровый дефицит в первичной медико-санитарной помощи Казахстана сохраняется. Позитивные сдвиги в финансировании, расширении образовательных программ и предоставлении социальных мер поддержки сопровождаются сохранением системных проблем, связанных с распределением и удержанием кадров.

Одной из главных причин остаётся низкая привлекательность работы на уровне ПМСП, особенно в сельских районах. Это обусловлено не только уровнем заработной платы, но и сложными условиями труда, перегрузкой, а также ограниченными возможностями для комфортной жизни и профессионального развития. Врач или фельдшер в ауле нередко вынужден выполнять функции, которые в городах распределяются между несколькими специалистами: он является и диагностом, и терапевтом, и социальным работником, и администратором. Такая ситуация повышает риск профессионального выгорания, особенно среди молодых специалистов. Административная нагрузка и высокий объём отчётности дополнительно снижают мотивацию к долгосрочной занятости в системе ПМСП.

Слаборазвитая социальная инфраструктура сёл также снижает привлекательность сельской медицины. Ограниченный доступ к комфортному жилью, детским садам и школам приемлемого качества, нехватка досуговых и культурных объектов делают переезд в сельскую местность трудным решением, особенно для семейных специалистов. Учитывая, что большинство работников ПМСП — женщины (около 70% среди врачей и до 88% среди среднего медперсонала), социальные условия имеют особое значение. Кадровая политика поэтому должна учитывать семейные обстоятельства, возможность гибких форм занятости и применение телемедицинских технологий.

Система здравоохранения Казахстана осознаёт масштаб проблемы и предпринимает шаги по её решению. Программы «Саламатты Қазақстан», «Денсаулық» [11] и государственные инициативы последних лет включают мероприятия по стимулированию трудоустройства в сельской местности, повышению заработной платы, предоставлению жилья и развитию телемедицины. Однако реализация этих мер может ограничиваться институциональными барьерами, недостаточным финансированием, фрагментарностью подходов и отсутствием единой долгосрочной кадровой стратегии.

Особого внимания требует подготовка и переподготовка специалистов. Хотя Казахстан перешёл к модели врача общей практики, на практике не все участковые врачи владеют широким спектром навыков, предусмотренных этой моделью. Курсы повышения квалификации и сертификационные программы должны в большей степени соответствовать реальным потребностям практики. Высокая рабочая нагрузка и отсутствие дополнительных стимулов могут снижать мотивацию к непрерывному профессиональному развитию.

Международный опыт предлагает ряд моделей, применимых в казахстанском контексте: наставничество для молодых врачей, дистанционное обучение, расширение полномочий среднего медицинского персонала, использование

мобильных медицинских бригад и интеграция цифровых технологий в процессы оказания помощи и управления персоналом. Кроме того, важно привлекать профессиональные ассоциации, местные исполнительные органы, образовательные учреждения и медицинское сообщество к совместной выработке решений.[13]

Реализуемые в Казахстане финансовые надбавки, единовременные выплаты при трудоустройстве в село, рост количества бюджетных мест в медицинских вузах и ординатурах дали определённый эффект: по данным Министерства здравоохранения, к 2024 году дефицит врачей удалось сократить почти на 20%. Однако темпы улучшения пока недостаточны для устранения нехватки специалистов в ключевых направлениях ПМСП, таких как педиатрия, общая практика, терапия и семейная медицина. Сохраняется и региональный дисбаланс: крупные городские и областные центры остаются более привлекательными для выпускников, в то время как отдалённые районы испытывают трудности с привлечением и удержанием специалистов.

Перспективным направлением является перераспределение части функций от врачей к медицинским сёстрам и другим специалистам. В странах с развитой системой ПМСП, включая Финляндию, Канаду и Великобританию, значительную часть рутинной работы выполняют медсёстры с расширенными полномочиями, а врачи концентрируются на более сложных клинических случаях. Такая модель может компенсировать нехватку врачей и повысить эффективность обслуживания за счёт более рационального распределения функций [9-11]. Развитие междисциплинарных команд с участием психологов, социальных работников, фармацевтов и IT-специалистов также способно снизить нагрузку на врачей и усилить медико-социальное сопровождение пациентов.

Ключевым направлением реформ остаётся совершенствование кадрового планирования и прогнозирования. Национальная обсерватория по человеческим ресурсам здравоохранения и система СУР 2.0 должны использоваться не только для статистического учёта, но и для моделирования сценариев кадровой политики. Мониторинг вакансий, миграции кадров, причин увольнений, демографической и эпидемиологической нагрузки может повысить обоснованность распределения ресурсов и государственного заказа на подготовку специалистов.

Не менее важно укреплять связь между системой образования и практическим здравоохранением. Организация университетских клиник, учебно-практических центров и клинических баз в районных больницах может помочь студентам заранее адаптироваться к специфике первичной помощи и создать предпосылки для последующего трудоустройства. Одновременно следует развивать механизмы наставничества и постдипломного сопровождения, способствующие удержанию молодых специалистов в системе [20-21].

В долгосрочной перспективе важны повышение привлекательности профессии врача ПМСП и формирование позитивного общественного восприятия сельской медицины. Необходимо также расширять участие самих медицинских работников в формировании кадровой политики через ассоциации, профессиональные сообщества и механизмы обратной связи. Кадровый дефицит в ПМСП Казахстана является результатом комплексного взаимодействия социально-экономических, институциональных и профессиональных факторов. Его преодоление требует не только количественного увеличения подготовки специалистов, но и качественного реформирования системы распределения, мотивации и удержания кадров. Только целенаправленная, долгосрочная и межсекторальная политика сможет обеспечить устойчивость ПМСП и выполнение её ключевой роли — гарантии доступной, своевременной и качественной медицинской помощи независимо от места жительства.[16]

Ограничения исследования

Исследование имеет ряд ограничений. Во-первых, анализ основан на вторичных агрегированных данных из источников, различающихся по периоду наблюдения, методам формирования показателей и степени методологической детализации, что ограничивает прямую сопоставимость отдельных оценок. Во-вторых, в работе не использовались индивидуальные данные медицинских работников, поэтому невозможно оценить причинные связи между условиями труда, миграцией, текучестью и решением специалистов покинуть ПМСП. В-третьих, описательный дизайн не предусматривает инференциального или многофакторного статистического анализа. Наконец, часть информационной базы представлена официальными пресс-релизами, экспертными и медийными публикациями; приведённые в них агрегированные показатели и графические данные не подвергались независимой верификации на уровне первичных наборов данных. Эти ограничения необходимо учитывать при интерпретации результатов и формулировании управленческих рекомендаций.

Заключение

Кадровый дефицит в системе первичной медико-санитарной помощи Казахстана представляет собой серьёзную проблему, влияющую на доступность и устойчивость медицинской помощи. Несмотря на рост общей численности медицинских работников и внедрение мер поддержки, сохраняются дефицит по ключевым специальностям, высокая текучесть и выраженная региональная неоднородность. Ускоренное восполнение кадров требует скоординированных действий: сочетания финансовых стимулов и социальных гарантий, совершенствования подготовки и распределения медицинских кадров, развития сельской инфраструктуры, расширения командной модели ПМСП и более точного кадрового планирования. Комплексный подход с учётом национальных инициатив и международного опыта позволит последовательно сокращать дефицит и повышать равномерность кадрового обеспечения ПМСП.[20]

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Шора ЖР, Рахметова ВС. Проблемы и перспективы первичной медико-санитарной помощи в Казахстане. Фтизиопульмонология. 2024;(4):281-287. doi:10.26212/2227-1937.2025.36.51.038.

2 Омирбаева БС. Анализ некоторых аспектов кадрового обеспечения здравоохранения Республики Казахстан. Вестник Карагандинского университета. Серия Экономика. 2017;2(86):187-195.

3 Абзалиева АР, Каусова ГК, Баймуратова МА, Тасмагамбетов ЭК. Состояние кадровых ресурсов в мире и Республике Казахстан. Фармация Казахстана. 2023;(5):265-279. doi:10.53511/PHARMKAZ.2023.81.11.034.

4 Надыров КТ, Койков ВВ, Муханова ГТ, и др. Национальный доклад по первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан 2021: аналитический обзор. Нур-Султан: Национальный научный центр развития здравоохранения им. Салидат Каирбековой МЗ РК; 2021. 160 с. ISBN 978-601-305-448-3.

5 Национальный научный центр развития здравоохранения им. Салидат Каирбековой МЗ РК. Национальный доклад о состоянии и развитии системы здравоохранения за 2012–2022 годы. Нур-Султан; 2023.

6 Демушкан ОЮ. Анализ кадровой обеспеченности отрасли здравоохранения Республики Казахстан [Интернет]. Астана: Министерство здравоохранения Республики Казахстан; 2024 [дата обращения: 21.08.2026].

7 Гиният АА. Казахстан по показателям здоровья населения улучшил позиции в рейтинге целей устойчивого развития ООН [Интернет]. Астана: Министерство здравоохранения Республики Казахстан; 2022 [дата обращения: 21.08.2026].
8 Гиният АА. Доклад Министра здравоохранения РК А. Гиният на заседании итоговой Коллегии от 10 января 2023 года [Интернет]. Астана: Министерство здравоохранения Республики Казахстан; 2023 Jan 10 [дата обращения: 21.08.2026].
9 Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Дефицит врачей в Казахстане снизился на 19% по итогам 2024 года [Интернет]. Астана: Министерство здравоохранения Республики Казахстан; 2025 Feb 28 [дата обращения: 21.08.2026].
10 Демесинова А. Проблемы первичной медпомощи в Казахстане перечислил Цой [Интернет]. Казахская правда. 2021 Mar 2 [дата обращения: 21.08.2026].
11 Аманжолова А. От соцподдержки до кадрового потенциала – как улучшается здравоохранение Казахстана [Интернет]. Казахская правда. 2025 Apr 16 [дата обращения: 21.08.2026].
12 Сухоруков И. Дефицит врачей в Казахстане: кого больше всего не хватает? [Интернет]. Tengrinews.kz. 2025 Mar 5 [дата обращения: 21.08.2026].
13 Дефицит врачебных кадров в Казахстане, по итогам 2023 года, составил 4 864 специалиста [Интернет]. Фармацевтическое обозрение Казахстана. 2024 Dec 2 [дата обращения: 21.08.2026].
14 Абенова С. Дефицит каких врачей ощущается в Казахстане сильнее всего [Интернет]. Казахская правда. 2022 Apr 13 [дата обращения: 21.08.2026].
15 Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2019 году: статистический сборник [Интернет]. Нур-Султан; 2020 [дата обращения: 21.08.2026].
16 Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2020 году: статистический сборник [Интернет]. Нур-Султан; 2021. 324 с. [дата обращения: 21.08.2026].
17 Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2021 году: статистический сборник. Астана; 2022.
18 Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2022 году: статистический сборник [Интернет]. Астана; 2023. 340 с. [дата обращения: 21.08.2026].
19 Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2023 году: статистический сборник. Астана; 2024.
20 Всемирная организация здравоохранения. Глобальная стратегия по развитию кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы – 2030. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016.
21 Всемирная организация здравоохранения. Состояние сестринского дела в мире, 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2020. 116 с. ISBN 978-92-4-000492-4.
22 Правительство Республики Казахстан. Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года: постановление Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 года № 945 [Интернет]. 2022 [дата обращения: 21.08.2026].

REFERENCES

1 Shora ZhR, Rakhmetova VS. Problems and prospects of primary health care in Kazakhstan. Ftiziopulmonologiya. 2024;(4):281-287. doi:10.26212/2227-1937.2025.36.51.038. [In Russian].

2 Omirbayeva BS. Analysis of some aspects of staffing of the healthcare system of the Republic of Kazakhstan. Bulletin of the Karaganda University. Economy Series. 2017;2(86):187-195. [In Russian].
3 Abzaliyeva AR, Kausova GK, Baimuratova MA, Tasmagambetov EK. The state of health workforce resources worldwide and in the Republic of Kazakhstan. Farmatsiya Kazakhstana. 2023;(5):265-279. doi:10.53511/PHARMKAZ.2023.81.11.034. [In Russian].
4 Nadyrov KT, Koikov VV, Mukhanova GT, et al. National report on primary health care in the Republic of Kazakhstan 2021: analytical review. Nur-Sultan: Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan; 2021. 160 p. ISBN 978-601-305-448-3. [In Russian].
5 Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan. National report on the state and development of the healthcare system for 2012–2022. Nur-Sultan; 2023. [In Russian].
6 Demushkan OYu. Analysis of health workforce provision in the healthcare sector of the Republic of Kazakhstan [Internet]. Astana: Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan; 2024 [cited 2026 Aug 21]. [In Russian].
7 Giniyat AA. Kazakhstan improved its position in the UN Sustainable Development Goals ranking in terms of population health indicators [Internet]. Astana: Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan; 2022 [cited 2026 Aug 21]. [In Russian].
8 Giniyat AA. Report of the Minister of Healthcare of the Republic of Kazakhstan A. Giniyat at the final board meeting, January 10, 2023 [Internet]. Astana: Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan; 2023 Jan 10 [cited 2026 Aug 21]. [In Russian].
9 Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan. Physician shortage in Kazakhstan decreased by 19% at the end of 2024 [Internet]. Astana: Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan; 2025 Feb 28 [cited 2026 Aug 21]. [In Russian].
10 Demesinova A. Tsoi listed the problems of primary health care in Kazakhstan [Internet]. Kazakhskaya Pravda. 2021 Mar 2 [cited 2026 Aug 21]. [In Russian].
11 Amanzholova A. From social support to workforce capacity: how healthcare in Kazakhstan is improving [Internet]. Kazakhskaya Pravda. 2025 Apr 16 [cited 2026 Aug 21]. [In Russian].
12 Sukhorukov I. Physician shortage in Kazakhstan: which specialists are most needed? [Internet]. Tengrinews.kz. 2025 Mar 5 [cited 2026 Aug 21]. [In Russian].
13 Physician workforce shortage in Kazakhstan amounted to 4,864 specialists at the end of 2023 [Internet]. Pharmaceutical Review of Kazakhstan. 2024 Dec 2 [cited 2026 Aug 21]. [In Russian].
14 Abenova S. Which physicians are in greatest shortage in Kazakhstan? [Internet]. Kazakhskaya Pravda. 2022 Apr 13 [cited 2026 Aug 21]. [In Russian].
15 Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan. Health of the population of the Republic of Kazakhstan and activities of healthcare organizations in 2019: statistical yearbook [Internet]. Nur-Sultan; 2020 [cited 2026 Aug 21]. [In Russian].
16 Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan. Health of the population of the Republic of Kazakhstan and activities of healthcare organizations in 2020: statistical yearbook [Internet]. Nur-Sultan; 2021. 324 p. [cited 2026 Aug 21]. [In Russian].
17 Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan. Health of the population of the Republic of Kazakhstan and activities of healthcare organizations in 2021: statistical yearbook. Astana; 2022. [In Russian].
18 Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan. Health of the population of the Republic of Kazakhstan and activities of healthcare organizations in 2022: statistical yearbook [Internet]. Astana; 2023. 340 p. [cited 2026 Aug 21]. [In Russian].
19 Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan. Health of the population of the Republic of Kazakhstan and activities of healthcare organizations in 2023: statistical yearbook. Astana; 2024. [In Russian].

20 World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016.
21 World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020. 116 p. ISBN 978-92-4-000492-4.
22 Government of the Republic of Kazakhstan. On approval of the Concept for the Development of Healthcare of the Republic of Kazakhstan until 2026: Resolution of the Government of the Republic of Kazakhstan No. 945 dated November 24, 2022 [Internet]. 2022 [cited 2026 Aug 21]. [In Russian].

Декларации

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Внешнее финансирование исследования отсутствовало.

Этическое одобрение и информированное согласие. Исследование основано на анализе общедоступных агрегированных статистических и аналитических материалов и не включало непосредственное участие людей, сбор персональных данных или вмешательство в оказание медицинской помощи. В связи с этим отдельное этическое одобрение и получение информированного согласия не требовались.

Доступность данных. Все использованные данные представлены в общедоступных источниках, указанных в списке литературы.

Вклад автора. Концептуализация - Айтуреева А.С.; проведение исследования - Айтуреева А.С.; формальный анализ - Айтуреева А.С.; написание первоначального варианта рукописи - Айтуреева А.С. Автор прочитала и одобрила окончательную версию рукописи.

Декларациялар

Мүдделер қақтығысы. Автор мүдделер қақтығысының жоқ екенін мәлімдейді.

Қаржыландыру. Зерттеуге сыртқы қаржыландыру жүргізілген жоқ.

Этикалық мақұлдау және ақпараттандырылған келісім. Зерттеу жалпыға қолжетімді жинақталған статистикалық және талдамалық материалдарды талдауға негізделді және адамдардың тікелей қатысуын, дербес деректерді жинауды немесе медициналық көмек көрсетуге араласуды қамтымады. Осыған байланысты жеке этикалық мақұлдау және ақпараттандырылған келісім алу талап етілмеді.

Деректердің қолжетімділігі. Пайдаланылған барлық деректер әдебиеттер тізімінде көрсетілген жалпыға қолжетімді дереккөздерде берілген.

Автордың үлесі. Тұжырымдаманы әзірлеу - Айтуреева А.С.; зерттеу жүргізу - Айтуреева А.С.; формалды талдау - Айтуреева А.С.; бастапқы қолжазбаны жазу - Айтуреева А.С. Автор қолжазбаның соңғы нұсқасын оқып, мақұлдады.

Declarations

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Funding. No external funding was received for this study.

Ethics approval and informed consent. The study was based on publicly available aggregated statistical and analytical materials and did not involve direct participation of individuals, collection of personal data, or intervention in medical care. Therefore, separate ethics approval and informed consent were not required.

Data availability. All data used in the study are available in the publicly accessible sources listed in the references.

Author Contributions (CRediT). Conceptualization - Aytureyeva A.S.; Investigation - Aytureyeva A.S.; Formal analysis - Aytureyeva A.S.; Writing – original draft - Aytureyeva A.S. The author read and approved the final version of the manuscript.

Сведения об авторе:
Айтуреева Акнур Серикқызы – магистрант 1-го года обучения по специальности «Менеджмент в здравоохранении», ТОО «Казахстанский медицинский университет “ВШОЗ”», Алматы, Казахстан. Корреспондирующий автор.

Автор туралы мәлімет:
Айтуреева Акнур Серикқызы – «Денсаулық сақтаудағы менеджмент» мамандығы бойынша 1-курс магистранты, «ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті ЖШС, Алматы, Қазақстан. Хат-хабарға жауапты автор.

Information about the Author:
Aytureyeva A.S. – first-year Master’s student in Healthcare Management, Kazakhstan’s Medical University “KSPH” LLP, Almaty, Kazakhstan. Corresponding author.