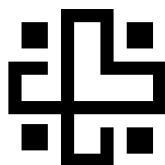




ФОНД МЕДИЦИНСКОЙ
СОЛИДАРНОСТИ БЕЛАРУСИ

ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ

Международные стандарты
и беларусская реальность



ФОНД МЕДИЦИНСКОЙ
СОЛИДАРНОСТИ БЕЛАРУСИ

| ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
I. ПОНЯТИЕ «ПРАВА НА ЗДОРОВЬЕ»	5
II. НОРМАТИВНАЯ РАМКА ПРАВА НА ЗДОРОВЬЕ	10
III. СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛАРУСИ СЕГОДНЯ	12
IV. ДОСТУП К УЧРЕЖДЕНИЯМ, ТОВАРАМ И УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	17
Наличие достаточного количества функционирующих учреждений, товаров и услуг в сфере здравоохранения	17
Доступность - физическая, экономическая, информационная	21
Приемлемость	24
Качество	25
V. БАЗА МЕЖДУНАРОДНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ПРАВУ НА ЗДОРОВЬЕ	27
Наиболее часто упоминаемые проблемы	27
Хронические проблемы	29
Эволюция подходов международных механизмов	30
VI. ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОПРОСА О ВОСПРИЯТИИ ПРАВА НА ЗДОРОВЬЕ	32
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	34

| ВВЕДЕНИЕ

Настоящий доклад посвящен праву на здоровье и ориентирован на популяризацию в Беларуси правозащитного подхода в сфере здравоохранения. Доклад подготовлен совместно **Белорусским Хельсинкским Комитетом** и **Фондом медицинской солидарности**, что позволило сформировать единую рамку, проверяя клинической экспертизой международные и национальные стандарты, касающиеся права на здоровье.

Методология исследования включает кабинетный анализ национальной нормативной базы, статистических данных и других доступных источников, а также международных актов. Впервые в одном массиве были собраны, проанализированы и обобщены все рекомендации международных механизмов, касающиеся реализации права на здоровье в Республике Беларусь, включая правовые позиции Комитета по правам человека (КПЧ), Комитета по правам инвалидов (КПИ), Комитета по правам ребенка (КПР), Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ), Комитета по ликвидации расовой дискриминации (КЛРД), а также рекомендации в рамках Универсального периодического обзора (УПО), добровольного национального обзора Целей устойчивого развития (ДНО ЦУР) и специальных процедур Совета по правам человека ООН (СПЧ). Дополнительно был проведен небольшой социологический опрос. Он не претендует на общенациональную репрезентативность и, к сожалению, совпал по времени с вынесением **приговора** за социологические исследования, в т.ч. касательно здравоохранения, что дополнительно «охладило» респондентов, но полученные ответы позволяют лучше понять поведенческие установки людей и восприятие ими своего права на здоровье.

Мы благодарим участников и участниц программы **стажировок БХК** за первичный сбор данных.

Доклад подготовлен с использованием правовых источников и доступных статистических данных по состоянию на 5 декабря 2025 г.

I. ПОНЯТИЕ «ПРАВА НА ЗДОРОВЬЕ»

Международные стандарты в области прав человека исходят из определения права на здоровье, как оно дано в ст. 12 [Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах](#) **«право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья»**. Именно на международной трактовке права на здоровье базируется настоящий доклад. Более подробно содержание данного права раскрывается в [Замечании общего порядка № 14 \(2000\)](#). В нем Комитет по экономическим, социальным и культурным правам (КЭСКП) подчеркивает, что «наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья» не ограничивается «правом на охрану здоровья», а включает «широкий спектр социально-экономических факторов, создающих условия, позволяющие людям жить здоровой жизнью, и охватывает основополагающие предпосылки здоровья, такие как пища и режим питания, жилище, доступ к безопасной питьевой воде и адекватным санитарным условиям, безопасные и здоровые условия труда и здоровая окружающая среда» (п.4).

Также Комитет раскрывает содержание права на здоровье (п. 11): оно включает как свободы, так и смежные права. К свободам относятся право на контроль за своим здоровьем и телом, включая половую и репродуктивную свободу, и право быть свободным от всякого вмешательства, например право быть свободным от пыток и не подвергаться без свободного согласия медицинским или научным опытам. К производным правам относится право на систему здравоохранения, обеспечивающую людям равные возможности в стремлении к наивысшему достижимому уровню здоровья. Наиболее полная реализация права на здоровье возможна при выполнении требований 1) наличия, 2) доступности, 3) приемлемости и 4) качества (в англоязычном дискурсе известные как *AAAQ framework (Availability, Accessibility, Acceptability, Quality)*) ко всем аспектам этого права. Подробнее их содержание рассмотрено ниже.

В Беларуси право на «охрану здоровья», наследуя советской терминологии, нашло свое конституционное закрепление в ст. 45¹ [Конституции 1994 г.](#) Последующие изменения, внесенные в конституционный текст, затронули и данное право.

¹ *Гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения.*

Право граждан Республики Беларусь на охрану здоровья обеспечивается также развитием физической культуры и спорта, мерам по оздоровлению окружающей среды, возможностью пользования оздоровительными учреждениями, совершенствованием охраны труда.

Формально действующая редакция **Конституции 2022 г.** в ст. 45 содержит формулировку², в которой «бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения» заменено на «бесплатное лечение **за счет государственных средств в порядке, установленном законом**». Более того, норма, которая должна гарантировать право граждан, дополнена фактически обязанностью: **«Граждане заботятся о сохранении собственного здоровья.»** То, что данная формулировка является не констатацией правомочия носителя прав, а попыткой возложить на людей конституционную обязанность, подтверждает судья Конституционного суда А. Бодак, которая в своей **научной статье 2023 г.**, посвященной содержанию права на охрану здоровья, говорит о необходимости закрепления «четкого и ясного конституционно-правового механизма, определяющего меру необходимого поведения индивида как заботу о собственном здоровье». Вероятно, одним из механизмов реализации такой обязанности граждан следует считать «здоровьесбережение», термин, который появился в **гос. программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 гг.** в качестве приоритетного направления в области охраны здоровья.

Новая редакция конституционной нормы дополнительно уточняет позитивные обязательства государства: **«Государство создает условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания»**, что с одной стороны соответствует международным стандартам, предполагающим «доступность» в качестве одного из элементов права на здоровье, но с учетом предыдущего объема «права на охрану здоровья» может трактоваться как фактическое ограничение права на «бесплатное» лечение, изложенное в части 1 статьи, т.к. очевидно, что «доступное» неравнозначно «бесплатному».

Детализацию конституционная норма о праве на здоровье получила в **Законе о здравоохранении**, ст. 4 которого расшифровывает, что именно значит

² *Гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение **за счет государственных средств в порядке, установленном законом. Граждане заботятся о сохранении собственного здоровья.***

Государство создает условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания.

Право граждан Республики Беларусь на охрану здоровья обеспечивается также развитием физической культуры и спорта, мерами по оздоровлению окружающей среды, возможностью пользования оздоровительными учреждениями, совершенствованием охраны труда

³ *Граждане Республики Беларусь имеют право на доступное медицинское обслуживание, которое обеспечивается:*

- *предоставлением бесплатной медицинской помощи на основании государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения в государственных учреждениях здравоохранения;*
- *предоставлением медицинской помощи в государственных организациях здравоохранения, негосударственных организациях здравоохранения и у индивидуальных предпринимателей, осуществляющих в установленном законодательством порядке медицинскую деятельность, за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством;*
- *доступностью лекарственных средств;*
- *осуществлением мер по санитарно-эпидемиологическому благополучию населения;*
- *проведением медицинских экспертиз.*

«доступное медицинское обслуживание»³, частью которого является «бесплатная медицинская помощь», которая, в свою очередь, сводится к **«государственным минимальным социальным стандартам в области здравоохранения»** (Закон о государственных минимальных социальных стандартах действует с 1999 г.; актуальный перечень основных бесплатных медицинских услуг по оказанию первичной, специализированной, высокотехнологичной и паллиативной медицинской помощи утвержден **Постановлением** Совета Министров в 2016 г.)

Находящийся в настоящее время на последних этапах доработки **проект** Кодекса о здравоохранении⁴ вводит дополнительный элемент права на здоровье – **«качество»** медицинского обслуживания. Содержание права на медицинское обслуживание, перешедшее в ст. 4⁵ проекта Кодекса из ст. 4 Закона о здравоохранении, практически полностью повторяется, но формулируется как право на «доступное и **качественное** медицинское обслуживание». В проекте подробнее (представляется, что излишне подробно, т.к. в случае реорганизаций придется вносить изменения в Кодекс) расписан перечень государственных учреждений и организаций здравоохранения, в которых может быть получена бесплатная медицинская помощь.

Среди определений, предложенных в проекте Кодекса в ст. 1 – «качество медицинской помощи» как «совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациента, своевременность оказания медицинской помощи, степень ее соответствия клиническим протоколам и иным нормативным правовым актам в области здравоохранения, а также степень достижения запланированного результата оказания медицинской помощи».

⁴ Анализ текста проекта Кодекса и указание на системный дефицит общественного участия при разработке столь значимого отраслевого документа, кодифицирующего значительный массив законодательства, см. в [проекте](#) правозащитной организации «Врачи за правду и справедливость» и инициативы «Белые халаты».

⁵ Граждане Республики Беларусь имеют право на доступное и качественное медицинское обслуживание, которое обеспечивается:

- предоставлением бесплатной медицинской помощи за счет государственных средств на основании государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения в государственных организациях здравоохранения, **университетских клиниках, 25 государственных учреждений социального обслуживания, медицинских подразделениях воинских формирований и военизированных организаций;**
- предоставлением медицинской помощи в государственных организациях здравоохранения, университетских клиниках, негосударственных организациях здравоохранения и у индивидуальных предпринимателей, осуществляющих в установленном законодательством порядке медицинскую деятельность, за счет собственных средств, средств юридических лиц, иных источников, не запрещенных актами законодательства;
- доступностью лекарственных средств;
- осуществлением мер по санитарно-эпидемиологическому благополучию населения;
- проведением медицинских экспертиз.

Таким образом, первоначально гарантированное Конституцией «право на бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения», как важный составной элемент права на охрану здоровья, превратилось в конституционное «право на бесплатное лечение за счет государственных средств в порядке, установленном законом» и благодаря Закону (и в перспективе – Кодексу) сводится к праву на помощь «на основании государственных минимальных социальных стандартов».

Эволюция конституционной нормы, гарантирующей право на охрану здоровья, позволяет предположить связь между трансформацией обязательств государства и постепенным развитием негосударственного сектора здравоохранения. В первоначальной редакции Конституции 1994 г. закреплялась гарантия бесплатной медицинской помощи именно в государственных учреждениях здравоохранения, что соответствовало характеру системы: она была почти полностью государственной, воспроизводя модель, унаследованную от советского периода. По мере расширения негосударственного сегмента здравоохранения можно было бы говорить о постепенном переходе к иной системе общественного здравоохранения, в которой роль государства трансформируется. Речь идет не просто о технической корректировке формулировок, но о возможном значимом изменении модели реализации права на здоровье, предполагающем перераспределение функций, обязанностей и ответственности государства. Однако данное изменение не было предметом полноценного общественного обсуждения в момент принятия редакции Конституции 2022 г.

Отсутствие открытых и безопасных каналов выражения различных профессиональных и общественных позиций (особенно после политического кризиса 2020 г.) привело к тому, что значимая правовая трансформация произошла без должного вовлечения заинтересованных сторон. Аналогичным образом в настоящий момент обсуждение проекта нового Кодекса о здравоохранении проводится в очень сжатые сроки и преимущественно в закрытом формате, что ограничивает возможности для экспертной дискуссии и общественного контроля. Те люди, которые все-таки смогут пройти этот фильтр, будут подвергаться дополнительному давлению, усиливающему самоцензуру, создающую атмосферу страха, которые, в свою очередь, порождают вынужденную лояльность государству и ставят человека в полностью зависимое положение от воли руководства.

Представляется, что у государства отсутствует стратегическое понимание условий предоставления медицинской помощи по обновленной конституционной модели (как практически должны реализовываться

обязательства государства по обеспечению ее бесплатности в гос. учреждениях здравоохранения и доступности в целом: через расширение использования негосударственных организаций здравоохранения с помощью финансовых инструментов, через сохранение преимущественно государственного характера системы здравоохранения, или еще каким-либо образом?) Подобные изменения требуют широкой общественной и профессиональной оценки. В противном случае возрастает риск формирования новой модели реализации права на здоровье без достаточной прозрачности, без анализа социальных последствий и без учета разнообразия интересов пациентов, медицинских работников и других акторов системы здравоохранения.

II. НОРМАТИВНАЯ РАМКА ПРАВА НА ЗДОРОВЬЕ

Конституционные нормы формируют нормативную основу прав человека, в том числе «права на охрану здоровья» и содержат общие гарантии равенства. Расширенную детальную регламентацию конституционное право на охрану здоровья получило в Законе «О здравоохранении», устанавливающем правовые механизмы оказания медицинской помощи, а также в ряде иных отраслевых законов. В настоящее время происходит процесс кодификации отраслевого законодательства в единый Кодекс о здравоохранении.

Национальное законодательство Беларуси должно соответствовать международным стандартам. Беларусь является участницей основных универсальных договоров по правам человека, включая [Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах](#), [Международный пакт о гражданских и политических правах](#), [Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин](#), [Конвенцию о правах ребенка](#) и [Конвенцию о правах инвалидов](#), а также государством-членом ВОЗ. Беларусь ориентируется на достижение Целей устойчивого развития, в частности ЦУР 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте».

Стратегические направления развития социальной сферы закреплены в [Национальной стратегии устойчивого развития](#) Республики Беларусь до 2035 г., которая в п. 4.3. определяет стратегической целью «увеличение продолжительности здоровой активной жизни населения, обеспечение полномасштабного охвата всех граждан независимо от места их проживания качественной медицинской помощью»; среди значимых задач - повышение профилактической направленности медицинской помощи, обеспечение полноценного доступа к качественным медицинским услугам посредством оптимизации работы организаций здравоохранения, и дважды, в идущих подряд абзацах упоминается «добровольное страхование».

В дополнение к Национальной стратегии действуют отраслевые программы и региональные документы планирования, определяющие приоритеты в сфере здравоохранения на среднесрочную перспективу. Основным программным документом в области здравоохранения является Государственная [программа «Здоровье народа и демографическая безопасность»](#) на 2021–2025 гг., утвержденная постановлением Совета Министров Республики Беларусь

от 19 января 2021 г. № 28. Программа декларируется как комплексная и межведомственная. Среди приоритетных направлений выделены:

- разработка мер по укреплению репродуктивного здоровья, формированию культуры здорового образа жизни и здоровьесбережения;
- совершенствование системы поддержки семей с детьми, улучшение условий их жизнедеятельности, укрепление института семьи;
- развитие амбулаторно-поликлинической службы;
- переход от постатейного финансирования организаций здравоохранения к системе финансирования на основе достигнутых результатов;
- внедрение национальной системы медицинской аккредитации организаций здравоохранения;
- развитие здравоохранения регионов, в том числе межрегиональных и межрайонных центров.

Констатируя результаты реализации предыдущей гос. **программы** на 2016–2020 гг., в новой программе утверждается что к 2020 г. были достигнуты заявленные показатели в области охраны материнства и детства, поддержки семьи, стабилизации уровня смертности и улучшения отдельных индикаторов здоровья населения. Заявлено «продвижение в формировании самосохранительного поведения и снижении негативных факторов, включая распространенность пьянства (так в документе), алкоголизма, ВИЧ-инфекции и туберкулеза».

Завершение предыдущей и начало текущей гос. программ по здравоохранению удачно для властей пришлось на период пандемии COVID-19. В итоге отчетность об успешном выполнении предыдущей программы сделана на основании данных, не включающих пандемийный период («к 2020 г. достигнуты»). Адекватная оценка состояния системы здравоохранения в постпандемийный период затруднена в силу значительного искажения и сокрытия официальных данных

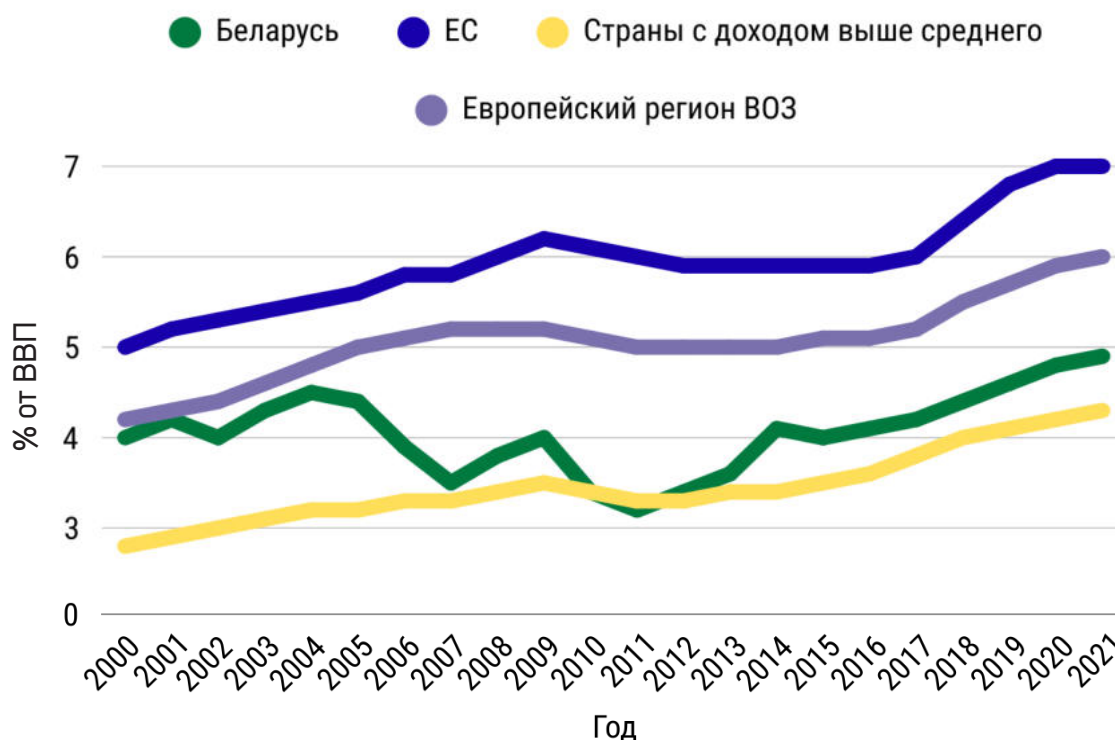
III. СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛАРУСИ СЕГОДНЯ

Система здравоохранения Беларуси является централизованной: Министерство здравоохранения формирует политику и приоритеты, которые реализуются на нижестоящих административных уровнях (областном, районном). Основные медицинские услуги по оказанию первичной, специализированной, высокотехнологичной и паллиативной медицинской помощи, а также медико-социальной помощи финансируются из государственного бюджета и предоставляются бесплатно (в соответствии с Перечнем основных бесплатных медицинских услуг, утвержденным [Постановлением](#) Совета Министров 2016 г.) в государственных медицинских учреждениях.

По [данным](#) ВОЗ, в 2021 г. около трех четвертей совокупных расходов на здравоохранение было государственным, что соответствует уровню стран с доходом выше среднего. При этом доля расходов на здравоохранение домохозяйств меняется; по данным ВОЗ в 2000-х и 2010-х гг. доля расходов «из собственного кармана» в текущих расходах на здравоохранение выросла, достигнув пика в 36,2% в 2015 г. В 2016 г. их доля резко снизилась до 26,7% и с тех пор продолжает падать, что, вероятно, связано со снижением использования частных медицинских услуг во время пандемии COVID-19. В 2021 г. доля расходов из собственного кармана достигла минимума в 21,9%. Современные рекомендации ВОЗ не устанавливают конкретного порогового значения расходов «из собственного кармана», но призывают к его минимизации через усиление публичного финансирования и полному устранению для бедных и уязвимых групп. В [отчете](#) ВОЗ и Всемирного банка о состоянии всеобщего охвата услугами здравоохранения за 2025 г. отмечается, что более чем в трети развитых стран доля расходов «из собственного кармана» превышает 20% от общих расходов на здравоохранение, что рассматривается как проблема, требующая решения. По данным 2021 г. Беларусь с долей в 22% превышает этот уровень при значительно более низких общих расходах на здравоохранение, что создает двойной барьер для доступа к медицинской помощи

Также, согласно [анализу](#) ВОЗ, структура расходов остается ориентированной на стационарную помощь, несмотря на усилия по укреплению первичной медицинской помощи, сокращению числа больниц и расширению амбулаторной сети; при этом Беларусь сохраняет один из самых высоких показателей обеспеченности больницами и койками в Европейском регионе ВОЗ. Этот показатель кажется значимым, но не позволяет оценить эффективность

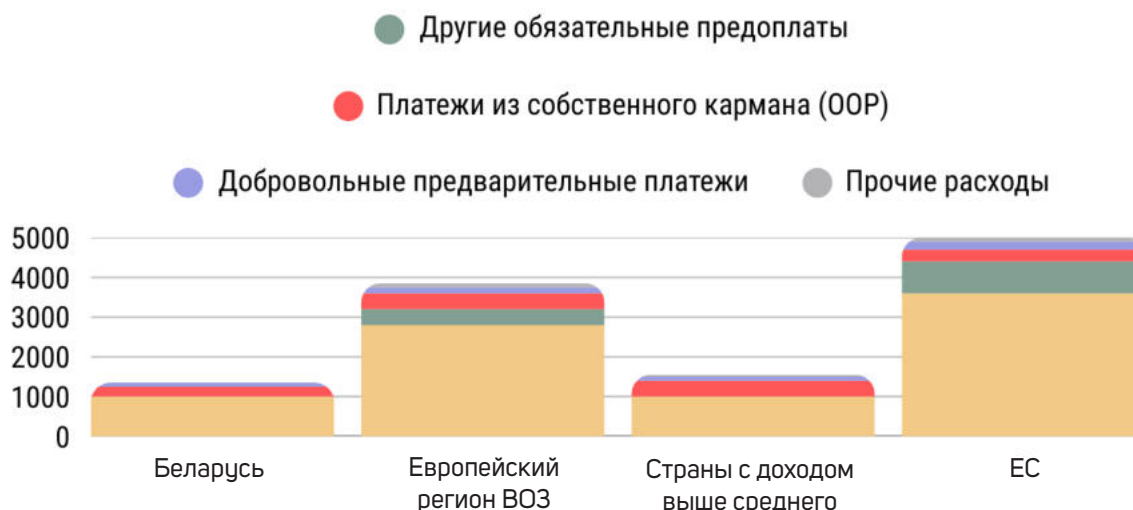
Публичные (государственные) расходы на здравоохранение в % от ВВП



ВОЗ, Системы здравоохранения в действии: Беларусь, 2024

Затраты на здравоохранение

В долларах США по паритету покупательской способности на человека.
Данные 2021 г.



ВОЗ, Системы здравоохранения в действии: Беларусь, 2024

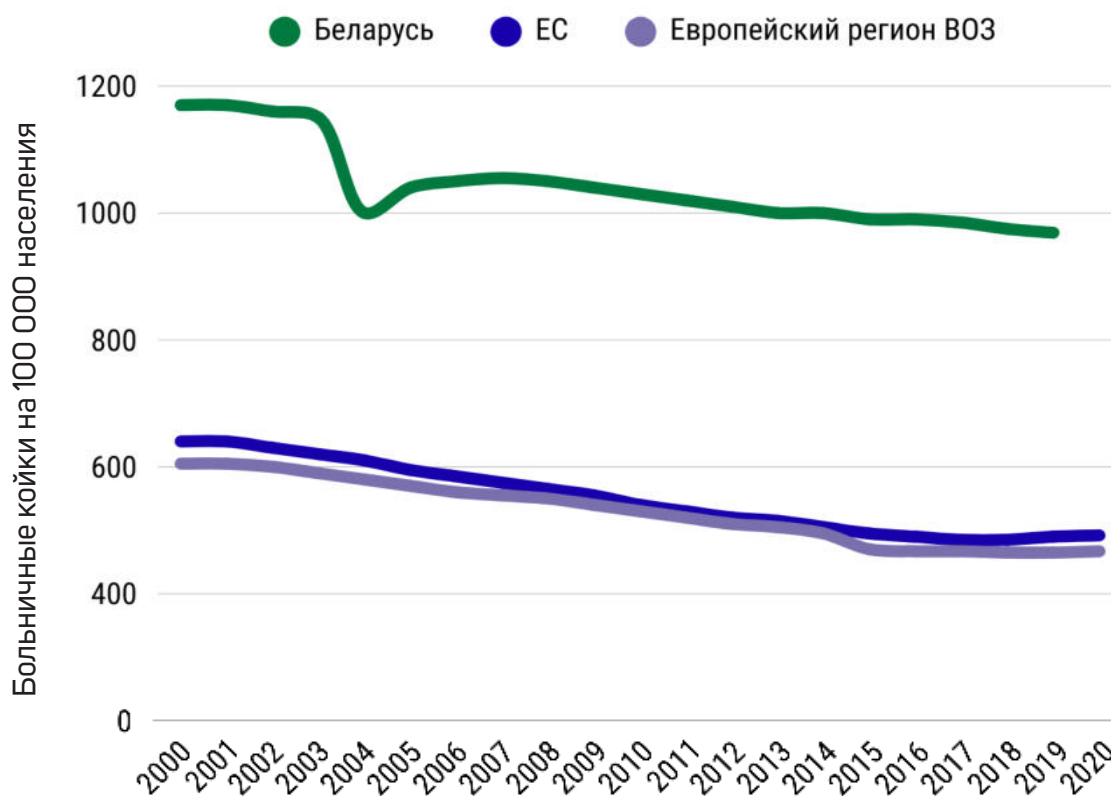
Прим. «Государственные средства» включают трансферты из государственных бюджетов и взносы на социальное медицинское страхование. «Другие обязательные предоплаты» - это взносы на обязательное медицинское страхование в Бельгии, Финляндии, Франции, Германии, Нидерландах и Швейцарии. «Прочее» включает внешнее финансирование и другие незначительные источники.

оказания медицинской помощи, поскольку «койки» могут находиться в учреждении с отсутствующим современным медицинским оборудованием и в результате не влиять на доступность и качество медицинской помощи. Иногда такой неэффективный коечный фонд становится скорее своеобразным социальным обременением для системы здравоохранения, обеспечивая тепло, питание и проживание для уязвимых людей.

Беларусь парадоксально характеризуется высокой обеспеченностью врачами и медсестрами, но сталкивается с дефицитом **кадров** (особенно в сельской местности), при том, что количество мест в медицинских вузах, и количество выпускников **растет**. Среди **объяснений** такого парадокса – специфика трудовых отношений в секторе здравоохранения, в частности, распространенность работы на несколько ставок, обязательная отработка по распределению, целевые контракты.

Собранные в доковидный период основные медико-демографические тенденции включают рост средней продолжительности жизни, выраженный гендерный разрыв, а также доминирование неинфекционных заболеваний, вызывающих более 80% смертей, в том числе высокий уровень преждевременной смертности мужчин.

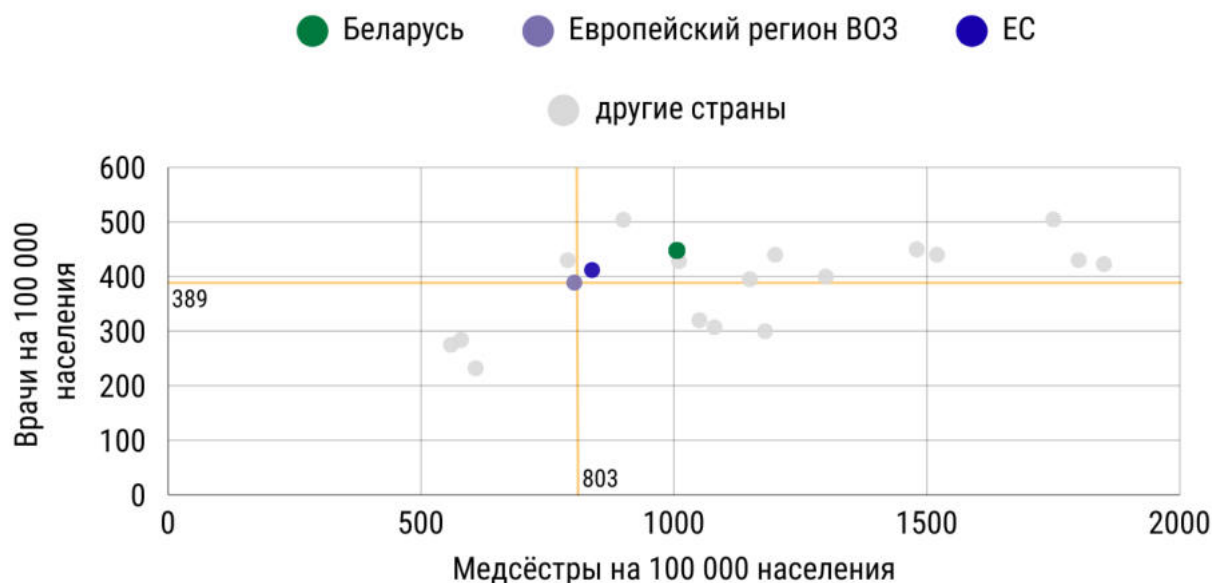
Обеспеченность больничными койками



ВОЗ, Системы здравоохранения в действии: Беларусь, 2024

Обеспеченность медиками на 100 000 населения

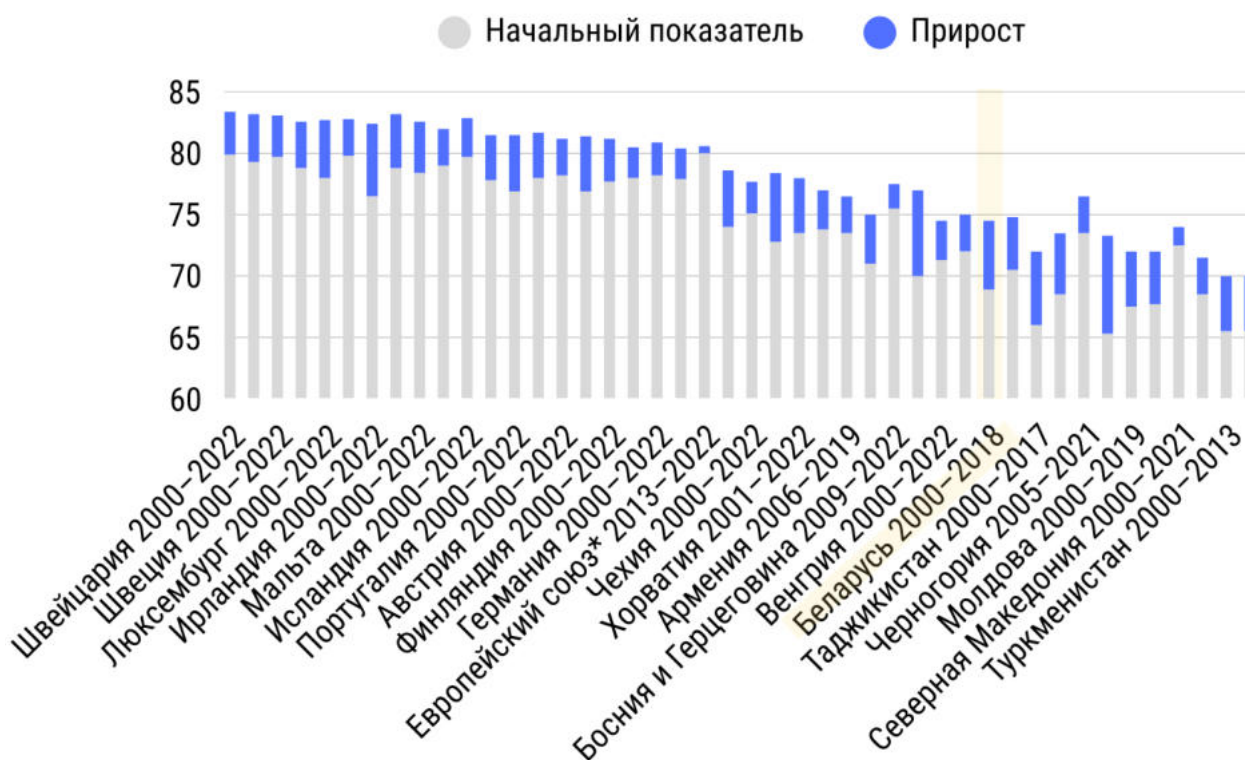
Данные 2020 г.



[ВОЗ, Системы здравоохранения в действии: Беларусь, 2024](#)

Прим. На исходном графике ВОЗ отображено большее количество стран

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении



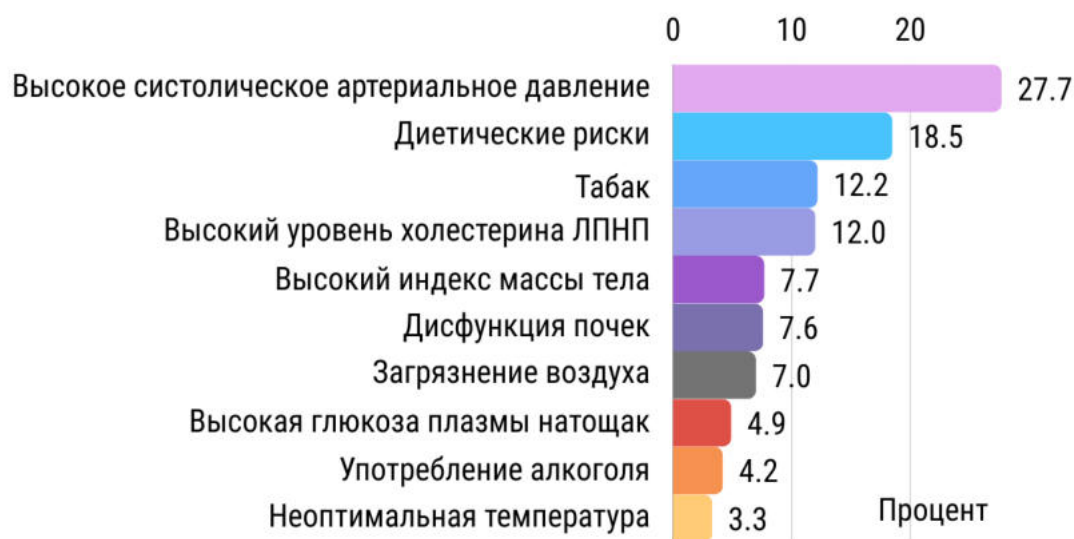
[ВОЗ, Системы здравоохранения в действии: Беларусь, 2024](#)

Прим. Источники данных: Eurostat, 2024; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2024.

*Средние значения рассчитаны на основе доступных данных

Топ-10 факторов риска по доле всех смертей

Данные 2021 г.



ВОЗ, Системы здравоохранения в действии: Беларусь, 2024

Прим. Процент всех смертей, обусловленных факторами риска, для обоих полов и всех возрастных групп. Доли перекрываются и поэтому в сумме превышают 100%

По заключению ВОЗ - здравоохранение в Беларуси сталкивается с существенными поведенческими факторами риска, требующими усиления профилактики, одновременно демонстрируя высокий охват иммунизацией и наличие вертикальных национальных программ по туберкулезу и ВИЧ. Эти же цели отражены в Национальной стратегии и госпрограмме по здравоохранению: повышение профилактической направленности медицинской помощи; усиление работы по созданию эффективной системы профилактики социально-значимых заболеваний, охвату всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами.

IV. ДОСТУП К УЧРЕЖДЕНИЯМ, ТОВАРАМ И УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КЭСКП в Замечании общего порядка №14 раскрывает ключевые взаимосвязанные элементы реализации права на здоровье, релевантные для всех его аспектов, на всех уровнях:

- *наличие* достаточного количества функционирующих учреждений, товаров и услуг в сфере здравоохранения⁶, а также соответствующих программ;
- их физическая, экономическая, информационная *доступность* в отсутствие дискриминации,
- *приемлемость* (соответствие принципам медицинской этики и культурным критериям),
- *качество* (приемлемость с научной и медицинской точек зрения). Применение этих критериев должно принимать во внимание социально-экономические условия отдельного общества, а также факторы, которые могут препятствовать реализации права, *находящиеся вне контроля государства*.⁷

Данный раздел оценивает реализацию права на здоровье в Беларуси через призму перечисленных критериев на основе рекомендаций международных механизмов, официальных данных и заключений национальных экспертов.

4.1. Наличие достаточного количества функционирующих учреждений, товаров и услуг в сфере здравоохранения

Описывая базовую ситуацию с реализацией права на здоровье в 2019 г., эксперты **Национального индекса прав человека** (Индекс) отмечали «достаточное количество функционирующих учреждений, товаров и услуг в сфере здравоохранения». С 2019 г. оценка данного критерия последовательно

⁶ К ним относятся, в числе прочего, «инфраструктура для снабжения безопасной питьевой водой и адекватными санитарными услугами, больницы, поликлиники и другие учреждения здравоохранения, подготовленный врачебный и медицинский персонал, получающий конкурентоспособное на внутреннем уровне вознаграждение, и важнейшие лекарственные средства, определяемые в Программе действий ВОЗ в отношении базовых медикаментов»: <https://www.refworld.org/ru/legal/general/cescr/2000/ru/36991>

⁷ Пункт 12: <https://www.refworld.org/ru/legal/general/cescr/2000/ru/36991>

снижалась и к 2024 г. уменьшилась вдвое.⁸ Среди ключевых причин отмечается реакция системы на эпидемию COVID-19, а также широкомасштабные репрессии, последовавшие за выборами 2020 года и затронувшие в том числе сферу здравоохранения.⁹ При этом национальные эксперты **отмечают** неоднородность ситуации: в отдельных сферах государству удастся сохранить достаточный уровень обеспечения населения товарами и услугами здравоохранения, в то время как в иных - ситуация ухудшается.

Наличие учреждений здравоохранения

Эксперты Индекса в 2021–2024 гг. последовательно фиксировали ухудшение обеспеченности населения функционирующими учреждениями здравоохранения, обращая особое внимание, в частности, на лишение лицензий частных медицинских центров в результате репрессивных мер¹⁰ и массовое закрытие учреждений здравоохранения в малых населенных пунктах.¹¹

Одновременно эксперты подчеркивают, что формально высокая обеспеченность больничными койками не компенсирует нехватку современного, исправного оборудования и квалифицированного персонала. Это ограничивает способность учреждений обеспечивать не только физическое размещение пациентов, но и выполнение необходимых диагностических и лечебных вмешательств в клинически значимые сроки.

Рекомендации международных механизмов также обращают внимание на недостаточную ориентированность системы здравоохранения на потребности уязвимых групп: так, неоднократно упоминалась нехватка кризисных комнат и приютов для жертв домашнего и гендерного насилия,¹² а также временных приютов для жертв торговли людьми.¹³ Национальные эксперты отмечали также, среди прочего, **отсутствие** достаточного количества стационарных реабилитационных отделений для работы с людьми с опытом зависимости.

⁸ С 7 до 3,5 пунктов: см. компонент «Общие принципы» в реализации права на здоровье: <https://index.belhelcom.org/>

⁹ [Право на здоровье 2023](#), [Право на здоровье 2021](#)

¹⁰ [Право на здоровье 2023](#)

¹¹ [Право на здоровье 2021](#), [Право на здоровье 2022](#), [Право на здоровье 2023](#). В качестве иллюстрации этой проблемы можно привести «реорганизацию» участковой больницы в агрогородке Светиловичи: в 2025 году межрайонное отделение ранней медицинской реабилитации (20 коек), **много лет функционировавшее** на ее базе, было переведено в районную больницу, расположенную примерно в 30 км от агрогородка. Несмотря на формальное увеличение коечного фонда на новом месте, для жителей Светиловичей и близлежащих населённых пунктов это фактически означает утрату локального доступа к стационарной реабилитационной помощи, тогда как на месте остались лишь амбулаторные службы, сестринский уход и пост скорой помощи: <https://news.zerkalo.io/life/113726.html>, <https://flagshtok.info/ru/naviny/oprovergaja-fejk-propagandisty-podtverdili-problemu-izvestnoj-bolnicy-v-gomelskoj-oblasti.html>

¹² CEDAW/C/BLR/CO/7 (2011), n. 20(f); CEDAW/C/BLR/CO/8 (2016), nn. 22(f), 23(c); CEDAW/C/BLR/CO/9 (2025), nn. 11-12; A/HRC/WG.6/50/BLR/2 (2025), n. 39.

¹³ CEDAW/C/BLR/CO/7 (2011), n. 22 (c-e); CERD/C/BLR/CO/18-19 (2013), n. 17

Наличие подготовленного врачебного и медицинского персонала, получающего конкурентоспособное на внутреннем уровне вознаграждение

Ограничение доступа к статистическим данным и возможности проведения независимых исследований осложняют оценку кадровой ситуации, однако доступные данные свидетельствуют об ее устойчивом ухудшении. Независимые исследования **указывают** на завышение официальных оценок численности практикующих врачей. По **подсчетам** Фонда медицинской солидарности Беларуси, фактические потери среднего медицинского персонала за последние десятилетия составляют около сорока тысяч специалистов, что указывает на системный характер проблемы.

Официальная статистика¹⁴ не отражает массовый исход специалистов, ускорившийся вследствие **репрессивной политики** государства после 2020 г. Эксперты Индекса последовательно фиксируют качественное ухудшение ситуации с обеспеченностью населения медицинскими специалистами. При этом принимаемые государством меры не устраняют ключевые причины дефицита, связанные с **тяжелыми условиями** труда медиков, **неконкурентной оплатой труда, ориентацией** на принуждение в политике удержания кадров в стране, а также с преследованием инакомыслия, приводящим, в том числе, к ограничению трудовых прав медицинских работников.¹⁵

Национальные эксперты отмечают формальный подход к обеспеченности медицинскими работниками, что приводит к появлению на местах неквалифицированных специалистов; в сельских регионах при этом фиксируются случаи отсутствия специалистов, имеющих необходимую квалификацию.¹⁶

Международные механизмы указывают на нехватку квалифицированных кадров для работы с уязвимыми группами - детьми,¹⁷ людьми с инвалидностью,¹⁸ жертвами гендерного насилия,¹⁹ женщинами-заключенными²⁰ - а также на устойчивую проблему дефицита квалифицированного и беспристрастного медицинского персонала в местах содержания под стражей - проблему,

¹⁴ <https://www.belstat.gov.by/upload/iblock/3f3/5xvzuapkhahc813whcc53fniit7yeuz.pdf>, см. секцию 6.1. Основные показатели здравоохранения

¹⁵ Белорусскому фонду медицинской солидарности известны как минимум 299 работников сферы здравоохранения, подвергшихся политическим репрессиям в период с 2020 по конец 2024 года; среди них - в том числе наиболее востребованные в стране узкие специалисты: <https://www.belhalat.news/articles/itogi-2024-go-chast-chetvertaya>. О политических увольнениях, создании препятствий для последующего трудоустройства, массовых арестах специалистов и, как следствие, нехватке персонала, см. Право на здоровье 2020-2024: <https://index.belhelcom.org/>

¹⁶ [Право на здоровье 2023](#), [Право на здоровье 2024](#)

¹⁷ CRC/C/BLR/CO/3-4 (2011), п. 21; КПП/С/BLR/CO/5-6 (2020) пп. 32, 34(d), 39(f)

¹⁸ CRPD/C/BLR/CO/1 (2024), п. 49

¹⁹ A/59/38 (2004), п. 348

²⁰ CEDAW/C/49/D/23/2009 (2011), п. 7.9(2)(e); CEDAW/C/BLR/CO/9 (2025), пп. 53-54

отмечавшуюся различными механизмами на протяжении нескольких отчетных циклов.²¹

Наличие материально-технической базы, медицинских препаратов

На протяжении нескольких лет национальные эксперты последовательно фиксируют отставание материально-технической базы, использование устаревшего оборудования (особенно в учреждениях здравоохранения в сельской местности), тенденцию к экономии на обслуживании медицинской аппаратуры.²²

Отмечается также ограниченная доступность ряда лекарственных средств.²³ Политика «импортозамещения» приводит к **преимущественной ориентации** системы на использование отечественных аналогов, качество и регистрация которых контролируются Министерством здравоохранения, одновременно ответственным за их продвижение. Отдельные международные оценки указывают²⁴ на средне-высокую обеспеченность населения базовыми препаратами. Национальные эксперты фиксируют, среди прочего, проблемы с доступом к иностранным препаратам химиотерапии²⁵, нехватку препаратов для иммунотерапии и лечения онкологических заболеваний;²⁶ отсутствие доступа к иностранным вакцинам против COVID-19 (за исключением российской и китайской вакцин).²⁷

Параллельно указываются случаи отсутствия доступа к современным дорогостоящим видам терапии: в частности, пациенты с редкими заболеваниями (например, дети со спинальной мышечной атрофией, пациенты с муковисцидозом) не получают необходимые высокочувствительные препараты за счет государства. Отсутствие налаженной системы комплексного раннего вмешательства, современных методик и инструментов диагностики и коррекции отдельных заболеваний у детей вынуждает родителей вывозить детей за границу для получения лекарств, вакцин и лечения, отсутствующих в Беларуси.²⁸

²¹ A/HRC/15/16 (2010), п. 138.228; nn. 62, 88; CEDAW/C/49/D/23/2009 (2011), п. 7.9(2)(e); A/HRC/44/55 (2020); CEDAW/C/BLR/CO/9 (2025), nn. 53-54.

²² [Право на здоровье 2019, Право на здоровье 2021](#)

²³ В том числе в оценке этого параметра важно иметь в виду, что данные о реальном доступе к медикаментам остаются фрагментарными.

²⁴ См. исследование о доступности химиопрепаратов: <https://dam.esmo.org/image/upload/ESMO23-Insights-in-essential-medicine-availability-and-accessibility-Nathan-Cherny.pdf>, исследование о наличии препаратов против рака: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11656608/pdf/12885_2024_Article_13247.pdf

²⁵ [Право на здоровье 2019](#)

²⁶ Там же; в 2023-2024 гг. отмечается подорожание противоопухолевых и иммуномодулирующих препаратов на 22% при общей умеренной инфляции: <https://investigatebel.org/en/investigations/zakupka-lekarstv-u-brata-shakutina-dorogo>

²⁷ [Право на здоровье 2021, Право на здоровье 2022](#)

²⁸ [Право на здоровье 2019](#)

Международные механизмы, в свою очередь, обращали внимание на необходимость обеспечить достаточное количество стационарных и мобильных установок, а также квалифицированных специалистов для всеобщего проведения маммографии, необходимость обеспечить квалифицированную психологическую помощь, реабилитацию и реконструктивную хирургию для женщин с раком груди;²⁹ а также гарантировать своевременную диагностику множественно-резистентного туберкулеза, лечение и поддержку пациентов в соответствии с рекомендациями ВОЗ.³⁰

4.2. Доступность - физическая, экономическая, информационная

Доступность медицинских учреждений, товаров, услуг без дискриминации

Международные механизмы последовательно отмечали необходимость обеспечить равный доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам, подразумевающий, в том числе, заботу о доступности здравоохранения для³¹: женщин (включая пожилых женщин, женщин с инвалидностью, ЛБТИ-женщин³², женщин, занимающихся проституцией³³), детей (в том числе находящихся в ситуации миграции и детей-апатридов³⁴), людей, живущих с ВИЧ,³⁵ лиц с инвалидностью,³⁶ лиц ромского происхождения³⁷, ЛГБТК+ людей.³⁸ Применительно к условиям содержания и доступу к медицине в местах несвободы выделяются отдельные рекомендации для несовершеннолетних, осужденных за преступления, связанные с наркотиками,³⁹ заключенных-женщин⁴⁰ и других уязвимых групп.⁴¹ Национальные эксперты также последовательно фиксируют плачевную ситуацию с доступом к медицинским услугам, медикаментам и информации в местах несвободы, особенно ассоциированные с преследованием по политическим мотивам.⁴²

²⁹ CEDAW/C/BLR/CO/7 (2011), п. 38

³⁰ E/C.12/BLR/CO/4-6 (2013), п. 26

³¹ Более детальные рекомендации для реализации права на здоровье применительно к отдельным уязвимым группам см. ниже.

³² CEDAW/C/BLR/CO/7 (2011), п. 34; CEDAW/C/BLR/CO/8 (2016), nn. 42–43; CEDAW/C/BLR/CO/8 (2016), п. 48

³³ CEDAW/C/BLR/CO/9 (2025), nn. 35, 36(b)-(f)

³⁴ КПП/С/BLR/CO/3-4 (2011), п. 53; КПП/С/BLR/CO/5-6 (2020), п. 18(c)

³⁵ А/НRC/44/55 (2020), nn. 60-61; E/C.12/BLR/CO/7 (2022), nn. 39-40;

³⁶ КПИ/С/BLR/CO/1 (2024), nn. 22, 24, 49-50; А/НRC/WG.6/50/BLR/2 (2025), nn. 50-54;

³⁷ А/НRC/44/55 (2020), nn. 90-91; А/НRC/WG.6/50/BLR/2, п. 21; Доклад организаций гражданского общества о выполнении Республикой Беларусь положений Международной конвенции о ликвидации всех форм расовой дискриминации, п. 26

³⁸ Альтернативный доклад организации гражданского общества TG House, Универсальный периодический обзор, Беларусь, 2025:

³⁹ КПП/С/BLR/CO/5-6 (2020), п. 42(g)

⁴⁰ CEDAW/C/BLR/CO/7 (2011), п. 40

⁴¹ А/НRC/WG.6/50/BLR/2 (2025), nn. 74-75

⁴² См. экспертные комментарии к праву на здоровье: <https://index.belhelcom.org/>

Физическая доступность

Неравномерное распределение учреждений, товаров и услуг между крупными городами и сельской местностью последовательно отмечается и национальными экспертами,⁴³ и международными механизмами. Помимо вышеупомянутой проблемы с наличием достаточного количества медицинских учреждений в малых населенных пунктах, национальные эксперты отмечают затруднительную транспортную доступность⁴⁴ имеющихся учреждений здравоохранения для жителей малых населенных пунктов, ограниченный набор узких специалистов и услуг, а также ограниченный доступ к экстренной высокотехнологичной помощи вне крупных городов.⁴⁵

Многие рекомендации международных механизмов обращают особое внимание на представителей уязвимых групп (особенно девочек и женщин)⁴⁶, проживающих в сельской местности, и по этой причине находящихся в особо уязвимом положении. Сохраняется необходимость работать над обеспечением физической доступности здравоохранения для лиц с инвалидностью⁴⁷: национальные эксперты отмечают «общую недоступность или частичную доступность» системы для таких людей.⁴⁸

Экономическая доступность

Указанные выше рекомендации международных механизмов по обеспечению доступности здравоохранения для отдельных групп включают в себя и аспект экономической доступности. Дополнительный акцент на ней содержится в следующих рекомендациях: обеспечить экономическую доступность безопасных

⁴³ О разнице в доступе к медикаментам, предоставляемым бесплатно, между крупными городами и сельской местностью, см. Индекс 2019; об общей доступности учреждений, товаров и услуг в регионах, см. [Право на здоровье 2019](#), [Право на здоровье 2022](#).

⁴⁴ В качестве иллюстрации проблемы физической доступности услуг национальные эксперты обращают внимание, в частности, на сокращение сети родильных отделений, которое может быть экономически целесообразным, однако на практике – с учетом инфраструктурных ограничений – приводит к [увеличению расстояния](#) до места родов для жителей ряда регионов.

⁴⁵ [Право на здоровье 2019](#); В частности, в ряде регионов отсутствует возможность своевременно провести коронарографию при инфаркте миокарда, экстренное КТ и тромболитизис при ишемическом инсульте, требующем оказания помощи в краткие сроки. Отсутствие полноценной санитарной авиации ограничивает возможность быстрой транспортировки тяжело пострадавших из небольших населенных пунктов в крупные специализированные центры, способные оказать медицинскую помощь на современном уровне.

⁴⁶ CEDAW/C/BLR/CO/7 (2011), п. 36; CRPD/C/BLR/CO/1 (2024), п. 50 (b)

⁴⁷ «...уделяя особое внимание сексуальному и репродуктивному здоровью женщин и девочек, а также доступной информации для людей с аутизмом, психосоциальными и интеллектуальными нарушениями, нарушениями зрения и слуха»: CRPD/C/BLR/CO/1 (2024), п. 50

⁴⁸ Среди основных проблем выделяются отсутствие разумных условий и индивидуального сопровождения; дефицит объективной информации о диагнозах и методах лечения; стигма и предвзятое отношение со стороны медицинского персонала; факты отказов в страховании жизни и здоровья: [Письменный вклад гражданского общества в рамках рассмотрения Республики Беларусь Комитетом по правам лиц с инвалидностью, 2024](#); [Право на здоровье 2019](#)

современных контрацептивов (в том числе гормональных),⁴⁹ гарантировать бесплатное медицинское обслуживание для всех детей - в том числе иностранных граждан и лиц без гражданства с временным видом на жительство,⁵⁰ а также обеспечить женщинам, занимающимся проституцией, экономически доступные медицинские услуги без дискриминации.⁵¹

Национальные эксперты также отмечают экономическое различие в доступе к медикаментам, особенно – для уязвимых групп.⁵²

Доступность информации: право искать, получать и распространять информацию и идеи, касающиеся вопросов здоровья

Общая авторитарная тенденция ограничения доступа к общественно важной информации, фильтрации и манипуляции данными, а также неправомерных ограничений на распространение информации касается и белорусской системы здравоохранения. Оценивая ее информационную доступность в 2019 г., эксперты Индекса уже отмечали фальсификацию статистики «практически во всех сферах медицины». Манипуляции данными или их отсутствие, наряду с постоянным сокращением объема публично доступной информации о здравоохранении, фиксировались и все последующие годы.⁵⁴

Предоставляемые официальными источниками данные зачастую неполны или противоречивы: в частности, с 2020 по апрель 2025 г. не публиковалась официальная информация о рождаемости и смертности;⁵⁵ не согласованы данные о количестве больничных коек и медицинских специалистов⁵⁶, **отсутствуют** четкие сведения о государственных расходах на систему здравоохранения. В **разделе** «статистика здравоохранения» на сайте Национального статистического комитета 34% показателей не обновляются как минимум с 2020 года. Среди отдельных проявлений системной проблемы непрозрачности отмечают замалчивание масштабов вспышек заболеваний⁵⁷ и эпидемий⁵⁸, фальсификация статистики по

⁴⁹ A/55/38 (2000), n. 374; A/59/38 (2004), n. 356; CEDAW/C/BLR/CO/8 (2016), nn. 36-37; CEDAW/C/BLR/CO/9 (2025), nn. 45-46; A/HRC/WG.6/50/BLR/2 (2025), n. 35

⁵⁰ CRC/C/BLR/CO/3-4 (2011), n. 54

⁵¹ CEDAW/C/BLR/CO/9 (2025), nn. 35, 36 (b,c,f)

⁵² *Право на здоровье 2019*

⁵³ Там же.

⁵⁴ *Право на здоровье 2019-2024*: <https://index.belhelcom.org/>; <https://news.zerkalo.io/economics/8037.html>

⁵⁵ И даже опубликованная информация пропускает промежуток с 2019 по 2024 год, не позволяя сделать выводы о естественном движении населения в это время, основанные на официальных данных: <https://dataportal.belstat.gov.by/osids/indicator-info/10101200001>, <https://dataportal.belstat.gov.by/osids/indicator-info/10101200003>, <https://dataportal.belstat.gov.by/osids/indicator-info/10101200019>

⁵⁶ «Белые халаты»: Официальная статистика завышает количество медиков в стране на 20% Читать полностью: <https://news.zerkalo.io/life/88727.html?c>; <https://civicmonitoring.health/post/hospital-availability-2023/>; https://t.me/belhalat_by/9290

⁵⁷ В частности, ситуация 2024 г. со вспышкой гепатита А: https://t.me/belhalat_by/9361, повышением уровня заболеваемости коклюшем: <https://charter97.org/ru/news/2024/6/27/600668/>

⁵⁸ См. ситуацию со скрытой в разгар эпидемии COVID-19 статистикой: Так решил Белстат. Рассказываем, какую статистику закрыли от белорусов

вакцинированию⁵⁹ и детской смертности,⁶⁰ перебои в поставке вакцин и лекарств, в том числе – вследствие **непрозрачной системы** государственных закупок.

Международные механизмы обращают особое внимание на право общественности, особенно уязвимых групп, искать и получать качественную информацию по вопросам здоровья. Рекомендации Беларуси в этом отношении включали: расширение кампании по информированию о ВИЧ,⁶¹ внедрение основанного на научных данных и соответствующего возрасту сексуально-репродуктивного образования в школьные программы,⁶² обеспечение доступности информации и коммуникации в системе здравоохранения для лиц с аутизмом, психосоциальными и интеллектуальными нарушениями, а также для людей с нарушением зрения и слуха⁶³.

Важно отметить, что ограничения касаются не только доступа к общественно значимой информации, но и возможностей ее распространения,⁶⁴ а также – независимого участия в принятии решений по вопросам здравоохранения на различных уровнях. Ликвидация профильных неправительственных организаций (см. ниже), применение «антиэкстремистского» законодательства в том числе для ограничения доступа к платформам низовой мобилизации⁶⁵, выход из Орхусской конвенции сузили и без того ограниченное пространство для независимой инициативы и возможности влиять на принятие решений в сфере здравоохранения.

Ограничения на доступ к информации касаются и медицинской профессии, особенно если это связано с выездом за рубеж: участие в международных конференциях и других мероприятиях, обеспечивающих обучение и обмен опытом, предполагает получение разрешения на уровне министерства.

4.3. Приемлемость⁶⁶

Наблюдения национальных экспертов и рекомендации международных органов в отношении приемлемости сходятся в необходимости применять

⁵⁹ https://t.me/belhalat_by/9299; *Право на здоровье 2019, Право на здоровье 2022.*

⁶⁰ На протяжении десятилетий фиксируются случаи фальсификации статистики детской смертности, когда выкидыши оформляются как аборты; принудительного медицинского вмешательства - искусственного провоцирования выкидыша или стимуляции родов без информированного согласия женщины; назначения медицинских процедур ради показателей, а не ради здоровья матери и ребенка: *Право на здоровье 2019*

⁶¹ CRC/C/BLR/CO/3-4 (2011), п. 60; CEDAW/C/BLR/CO/7 (2011), п. 36

⁶² CRC/C/BLR/CO/5-6 (2020), п. 34(b); CEDAW/C/BLR/CO/9 (2025), пп. 39(e)-40(e)

⁶³ CRPD/C/BLR/CO/1 (2024), п. 50(a)

⁶⁴ См. неправомерные ограничения свободы выражения мнений в рамках системной, широкомасштабной политики по подавлению инакомыслия: Национальный индекс прав человека, Свобода выражения мнений (2020-2024) <https://index.belhelcom.org/>

⁶⁵ <https://spring96.org/ru/news/118154>; https://t.me/belhalat_by/9308

⁶⁶ «Все учреждения, товары и услуги здравоохранения должны соответствовать принципам медицинской этики и культурным критериям, т.е. культуре отдельных лиц, меньшинств, народов и общин, учитывать требования в отношении гендерной проблематики и жизненного уклада, а также быть направленными на сохранение конфиденциальности и улучшение состояния здоровья соответствующих лиц.»

подход, основанный на правах человека, особенно - в работе с уязвимыми группами. В частности, отмечается необходимость применения этого подхода к лечению лиц, злоупотребляющих алкоголем или принимающих наркотики,⁶⁷ создать ориентированную на человека систему для лиц с инвалидностью,⁶⁸ гарантировать женщинам непринудительное преабортное консультирование, а также возможность принимать свободные и информированные решения о своем теле и праве на аборт без вмешательства партнеров, родственников или религиозных акторов.⁶⁹

Эксперты отмечают также устойчивые проблемы отсутствия гуманного подхода в отношении людей с психическими заболеваниями, использования системы здравоохранения в качестве репрессивного инструмента,⁷⁰ а также риски нарушения конфиденциальности медицинской информации.⁷¹

4.4. Качество⁷²

Оценивая учреждения, товары и услуги белорусского здравоохранения в 2019 г., национальные эксперты отмечали их общую приемлемость с научной и медицинской точек зрения. Вместе с тем, отмечалась низкая квалификация части медицинского персонала, использование устаревших протоколов лечения для отдельных заболеваний, ограниченная эффективность и научная приемлемость ряда отечественных аналогов медикаментов.⁷³ Отмечаются также проблемы с научной достоверностью информации, размещаемой медицинскими учреждениями.⁷⁴

Международные механизмы в своих заключениях и рекомендациях обращали внимание, в частности, на необходимость повышения качества оказываемых детям медицинских услуг, включая акушерскую помощь,⁷⁵ обеспечения качественной медицинской помощи для членов вооруженных сил,⁷⁶ улучшения доступности и

⁶⁷ E/C.12/BLR/CO/4-6 (2013), п. 25; [Право на здоровье 2019](#)

⁶⁸ CRPD/C/BLR/CO/1 (2024), пп. 49-50; [Право на здоровье 2019](#)

⁶⁹ CEDAW/C/BLR/CO/9 (2025), пп. 45-46

⁷⁰ [Право на здоровье 2019](#), [Право на здоровье 2021](#), [Право на здоровье 2022](#); <https://www.belhalat.news/articles/bel-psychiatry-04>

⁷¹ В отношении несовершеннолетних девушек, ведущих половую жизнь, людей, живущих с ВИЧ: [Право на здоровье 2019](#).

⁷² «Учреждения, товары и услуги здравоохранения наряду с их культурной адекватностью должны быть также приемлемыми с научной и медицинской точек зрения и характеризоваться высоким качеством. Для этого, в частности, требуется наличие квалифицированного медицинского персонала, научно проверенных и пригодных медикаментов и медицинского оборудования, безопасной питьевой воды и адекватных санитарных услуг.»

⁷³ [Право на здоровье 2019](#)

⁷⁴ Среди прочего, на официальных сайтах ряда лечебных организаций выявлены грубые фактологические ошибки в материалах о вакцинации против вируса папилломы человека, включая недоказанные утверждения о путях передачи ВПЧ; примеры см. здесь: https://drive.google.com/drive/folders/1LXNbE_vTkQUhnURYPqtKlmi_t6UTAvAh

⁷⁵ CRC/C/BLR/CO/5-6 (2020), п. 60(b)

⁷⁶ A/HRC/44/55 (2020), п. 65

качества медицинского оборудования и услуг для лиц с инвалидностью,⁷⁷ а также повышения качества услуг по посещению на дому в рамках системы первичной медико-санитарной помощи путем введения мониторинга развития ребенка.⁷⁸

Последствия неправомерного ограничения свободы выражения мнений и свободы собраний на реализацию права на здоровье

Массовая ликвидация профильных неправительственных организаций и инициатив в рамках репрессивной политики государства и другие неправомерные ограничения свободы ассоциаций и свободы выражения мнений - несмотря на повторяющиеся рекомендации международных механизмов по укреплению сотрудничества с профильными организациями и усилению их финансирования⁷⁹ - дополнительно сужают возможности реализации права на здоровье **во всех его ключевых компонентах.**

Экспертные мнения, аккумулированные в Индексе, демонстрируют ухудшение в аспектах наличия, доступности (в значительной степени - информационной), качества и приемлемости учреждений, товаров и услуг с исчезновением организаций, которые в отдельных аспектах брали на себя функции государства. Негативные последствия массовой ликвидации профильных организаций затронули, среди прочих, лиц с опытом зависимости,⁸⁰ жертв домашнего насилия,⁸¹ детей и подростков,⁸² детей с расстройством аутистического спектра,⁸³ ВИЧ-положительных людей⁸⁴ и другие группы.

В результате в Беларуси практически отсутствуют как независимые профессиональные врачебные сообщества, так и сообщества пациентов. Действующие организации фактически интегрированы в государственную систему и не выполняют функций, которые в европейской практике традиционно возлагаются на независимые профессиональные структуры, включая разработку стандартов диагностики и лечения, участие в формировании клинических протоколов, организацию постдипломного образования и др.

⁷⁷ CRPD/C/BLR/CO/1 (2024), n. 49(a)

⁷⁸ A/HRC/WG.6/50/BLR/2, n. 39(c)

⁷⁹ CEDAW/C/BLR/CO/7 (2011), n. 20(f); A/HRC/46/5 (2021), n. 97.6; CEDAW/C/BLR/CO/9 (2025), n. 33–34 (b,d). CRPD/C/BLR/CO/1 (2024), n. 22.

⁸⁰ [Право на здоровье 2021](#)

⁸¹ [Право не подвергаться пыткам и жестокому обращению 2023](#)

⁸² [Право на здоровье 2021](#)

⁸³ <https://www.belhalat.news/articles/rasstroystva-autisticheskogo-spektra-v-belarusi>

⁸⁴ [Право на здоровье 2021](#)

V. БАЗА МЕЖДУНАРОДНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ПРАВУ НА ЗДОРОВЬЕ

Приведенные в предыдущем разделе системные проблемы, связанные с наличием медицинских учреждений, товаров и услуг, их доступностью, приемлемостью и качеством, а также продолжающееся ухудшение ситуации вследствие репрессивной государственной политики, затрагивающей и сферу здравоохранения, **непропорционально сильно сказываются на уязвимых группах белорусского общества**. В этой связи особое значение приобретают оценки и рекомендации международных механизмов, уделяющих приоритетное внимание защите прав именно этих групп.

Для целей данного отчета было проанализировано 37 документов, принятых международными механизмами в области прав человека по поводу ситуации в Беларуси. Из них отобрано 188 цитат (выдержек), касающихся права на здоровье. Данные охватывают весь период независимости Беларуси: 1991 – 2025 гг.

Среди рекомендаций в том числе отмечаются успехи и признаются усилия Беларуси, что в основном характерно для УПО и ДНО ЦУР. Значимым фактором позитивного международного имиджа является заявленная приверженность Беларуси принципам социального государства, в частности предоставление населению бесплатного здравоохранения (УПО 2015, 2021). В области устойчивого развития подчеркивалось снижение детской смертности, охрана материнства и эффективная борьба с распространением ВИЧ/СПИДа среди молодежи (УПО 2021). Также положительную оценку получили усилия по реабилитации территорий, пострадавших от аварии на Чернобыльской АЭС (УПО 2021).

В то же время анализ рекомендаций договорных органов ООН и специальных процедур выявляет ряд уже отмеченных **системных проблем** в сфере права на здоровье, охватывающих широкий спектр аспектов - от доступности услуг для уязвимых групп до условий содержания в закрытых учреждениях.

5.1. Наиболее часто упоминаемые проблемы

Доступ к медицинской помощи и условия содержания в местах лишения свободы

Одной из наиболее часто упоминаемых проблем является состояние здоровья заключенных и качество медицинской помощи в пенитенциарной системе. Международные органы выражают серьезную обеспокоенность по поводу переполненности тюрем, отсутствия надлежащей и своевременной

медицинской помощи, что в ряде случаев приводит к смерти заключенных. КПЧ⁸⁵ неоднократно указывал на сообщения о самоубийствах и смертях заключенных из-за отсутствия адекватной медицинской помощи и призывал улучшить условия содержания в соответствии с Правилами Н. Манделы. Специальный докладчик по ситуации с правами человека в Беларуси отмечал⁸⁶ нехватку квалифицированного и независимого медицинского персонала в местах лишения свободы, что приводит к ухудшению здоровья и инвалидизации заключенных. КЛДЖ и КПИ обращали внимание на неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия для женщин-заключенных и случаи смерти лиц с инвалидностью в местах содержания под стражей⁸⁷.

Сексуальное и репродуктивное здоровье и права

Вопросы сексуального и репродуктивного здоровья регулярно поднимаются в рекомендациях, в первую очередь КЛДЖ. Озабоченность вызывают как доступность услуг, так и уровень осведомленности населения.

КЛДЖ на протяжении многих лет призывает правительство расширить доступ к современным и доступным методам контрацепции, чтобы снизить количество абортов, а также обеспокоен ростом антиабортного движения и введением обязательного доабортного консультирования, которое может подрывать автономию женщин⁸⁸.

КПР и КЛДЖ указывают на необходимость введения в школьную программу обязательного, комплексного и научно обоснованного сексуального образования для повышения осведомленности подростков о репродуктивном здоровье, методах контрацепции и профилактике заболеваний, передающихся половым путем⁸⁹.

КЛДЖ выражал обеспокоенность ростом онкологических заболеваний среди женщин и рекомендовал принять меры для обеспечения всеобщего скрининга рака молочной железы и шейки матки, особенно для женщин в сельской местности⁹⁰.

На практике отмечается проблема позднего информирования молодых женщин с онкологическими заболеваниями о возможности сохранения фертильности: пациентки узнают о программе криоконсервации яйцеклеток уже после начала агрессивной химиотерапии, когда репродуктивный потенциал

⁸⁵ CCPR/C/BLR/CO/5, 2018

⁸⁶ A/HRC/44/55, 2020

⁸⁷ CEDAW/C/BLR/CO/8, 2016; CRPD/C/BLR/CO/1, 2024

⁸⁸ A/55/38, 2000; CEDAW/C/BLR/CO/8, 2016; CEDAW/C/BLR/CO/9, 2025

⁸⁹ A/59/38, 2004; CRC/C/BLR/CO/5-6, 2020

⁹⁰ CEDAW/C/BLR/CO/7, 2011; CEDAW/C/BLR/CO/8, 2016.

необратимо снижается. Такая практика нарушает право на своевременную и полную медицинскую информацию и фактически лишает женщин возможности реализовать свои репродуктивные права

Политика в отношении ВИЧ/СПИДа и борьба со стигмой

Несмотря на успехи в борьбе с распространением ВИЧ, международные механизмы указывают на ряд законодательных и политических барьеров, которые препятствуют эффективной профилактике и лечению. Ключевые проблемы включают криминализацию передачи ВИЧ и обязательное тестирование для определенных групп населения⁹¹, а также недостаточную защиту конфиденциальности медицинских данных⁹². Эти факторы создают атмосферу страха и стигмы, мешая людям обращаться за помощью и проходить тестирование.

Психическое здоровье и подходы к лечению зависимостей

Рекомендации в области психического здоровья затрагивают как системные проблемы, так и подходы к лечению. Особую тревогу вызывает высокий уровень самоубийств среди подростков, что требует усиления служб психологической поддержки в школах⁹³. КПИ выражает обеспокоенность практикой принудительной госпитализации и лечения лиц с психосоциальными нарушениями⁹⁴.

Отдельного внимания заслуживает практика направления лиц с алкогольной и наркотической зависимостью в лечебно-трудовые профилактории (ЛТП), которую КЭСКП расценивает как форму принудительного труда, а не лечения⁹⁵, что является грубым нарушением прав человека. Комитет призывает упразднить эту систему и перейти к подходам, основанным на уважении прав человека, включая добровольное лечение и программы снижения вреда⁹⁶.

5.2. Хронические проблемы

Анализ массива рекомендаций позволяет выделить «хронические проблемы» - те, что упоминаются в самых ранних из доступных рекомендаций (с 1990-х гг.) и продолжают фигурировать в отчетах на протяжении многих лет, зачастую десятилетий, что указывает на их глубоко укоренившийся, системный характер и на недостаточный прогресс в их разрешении.

⁹¹ A/HRC/46/5, 2021

⁹² E/C.12/BLR/CO/4-6, 2013; CEDAW/C/BLR/CO/9, 2025

⁹³ КПР/C/BLR/CO/5-6, 2020

⁹⁴ КПИ/C/BLR/CO/1, 2024

⁹⁵ E/C.12/BLR/CO/4-6, 2013; E/C.12/BLR/CO/7, 2022

⁹⁶ E/C.12/BLR/CO/4-6, 2013; E/C.12/BLR/CO/7, 2022

Последствия аварии на Чернобыльской АЭС

Проблема последствий Чернобыльской катастрофы для здоровья населения является одной из самых старых и устойчивых. В 1990-е гг. КПР и КЭСКО выражали общую обеспокоенность состоянием здоровья населения и детей, проживающих на загрязненных территориях⁹⁷. К 2010-м гг. фокус рекомендаций сместился на более конкретные и долгосрочные последствия. КПР и КЛДЖ стали указывать на рост конкретных заболеваний, таких как рак щитовидной железы у детей и онкологические заболевания у женщин, и призывать к усилению мер по ранней диагностике и специализированному лечению⁹⁸.

Здоровье в пенитенциарной системе

Проблема обеспечения права на здоровье в местах несвободы также носит хронический характер. Жалобы на неоказание надлежащей медицинской помощи и жестокое обращение фиксируются на протяжении более чем десятилетия. Еще в 2010 г. КПЧ в своем решении по индивидуальной жалобе⁹⁹ установил нарушение прав заключенного, который не получал необходимого лечения после инсульта. Эта проблема продолжает звучать в рекомендациях различных механизмов вплоть до 2024-2025 гг., охватывая широкий спектр нарушений: от пыток и отсутствия квалифицированного медперсонала до смертей в заключении лиц с инвалидностью и политических заключенных¹⁰⁰.

Устойчивые проблемы в области гендерного равенства и репродуктивного здоровья

Рекомендации КЛДЖ демонстрируют значительную преемственность в постановке проблем. Призывы обеспечить широкий и доступный доступ к современной контрацепции, криминализировать домашнее насилие и создать достаточное количество убежищ для пострадавших женщин звучат начиная с 2000 г.¹⁰¹ и практически дословно, повторяются в каждом последующем цикле отчетности - в 2004, 2011, 2016 и 2025 гг.

5.3. Эволюция подходов международных механизмов

С течением времени менялись не только проблемы, стоящие перед Беларусью, но и подходы самих международных механизмов в области прав человека. Рекомендации эволюционировали от общих замечаний к детализированным,

⁹⁷ КПП/С/15/Add.17, 1994; E/C.12/1/Add.1/Rev.1, 1996

⁹⁸ КПП/С/BLR/CO/3-4, 2011; CEDAW/С/BLR/CO/7, 2011

⁹⁹ ССРР/С/99/D/1502/2006

¹⁰⁰ КПИ/С/BLR/CO/1, 2024; A/HRC/WG.6/50/BLR/2, 2025

¹⁰¹ A/55/38

юридически выверенным требованиям, отражающим развитие международных стандартов в области прав человека. Массив рекомендаций по праву на здоровье можно условно разбить на три этапа.

Ранний этап (1990-е - начало 2000-х гг.) характеризуется фокусом на базовых потребностях и последствиях переходного периода. В этот период рекомендации носили более общий характер. Они были сосредоточены на последствиях распада СССР, экономических трудностях переходного периода и катастрофы на Чернобыльской АЭС. Основное внимание уделялось развитию первичной медико-санитарной помощи, снижению числа аборт за счет планирования семьи и поощрению грудного вскармливания¹⁰².

Середина 2000-х – 2010-е гг., когда рекомендации становятся более конкретными и адресными. Появляется детальный анализ проблем, связанных с распространением ВИЧ и туберкулеза, психическим здоровьем подростков, насилием в отношении женщин и условиями в тюрьмах. На этом этапе становится заметным расхождение в тональности: договорные органы (КЛДЖ и КПЧ) формулируют все более критические и подробные замечания, в то время как в рамках УПО продолжают звучать более общие и поощрительные рекомендации от других государств.

Современный этап (конец 2010-х – настоящее время) Происходит окончательный переход к правозащитной модели, особенно в рекомендациях КПИ, который требует отказа от медицинской модели инвалидности и принудительного лечения¹⁰³. Активно используется интерсекциональный подход, анализирующий, как пересекаются различные факторы дискриминации (например, в отношении сельских женщин или женщин с инвалидностью). Кроме того, после политического кризиса 2020 г. нарушения права на здоровье увязываются с политическим контекстом: появляются рекомендации о здоровье политзаключенных и о преследовании правозащитниц, включая угрозы принудительной госпитализации. Звучат призывы к декриминализации (передачи ВИЧ, употребления наркотиков) и внедрению программ снижения вреда.

¹⁰² КПП/С/15/Add.17, 1994; Е/С.12/1/Add.1/Rev.1, 1996

¹⁰³ КПИ/С/BLR/CO/1, 2024

VI. ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОПРОСА О ВОСПРИЯТИИ ПРАВА НА ЗДОРОВЬЕ

Опрос позволяет сделать предварительные выводы о восприятии права на здоровье, отношении к системе здравоохранения и барьерах в реализации этого права. Несмотря на ограниченную выборку, полученные данные отражают характерные тенденции общественных установок и личных предпочтений.

Понимание здоровья и права на здоровье

Большинство респондентов связывают здоровье не только с отсутствием заболеваний, но и с физическим и эмоциональным благополучием, достатком сил и возможностью вести самостоятельную жизнь. Такое восприятие соответствует международному определению здоровья как состояния физического, психического и социального благополучия.

Понятие «право на здоровье» участники опроса в первую очередь связывают с обязанностью государства обеспечивать доступность и качество медицинской помощи, а также с уважительным отношением и недискриминацией в сфере здравоохранения.

При этом право на участие в принятии решений и получение информации о медицинских услугах упоминается значительно реже (16% и 8% соответственно).

Поведение при проблемах со здоровьем и профилактика

Больше половины опрошенных предпочитает справляться с ухудшением самочувствия самостоятельно, используя обезболивающие препараты, народные средства или отдых (67%). Лишь 18% обращаются к врачу сразу. Одновременно 54% заявили, что проходят профилактические осмотры по собственной инициативе, что может указывать на доверие к диагностике, но не к медицинской помощи. Такое сочетание свидетельствует о распространенном недоверии и стремлении минимизировать контакты с официальной медициной.

Доступность и качество медицинской помощи

Около 33% участников оценивают экономическую доступность медицинских услуг как недостаточную. Только 16% респондентов не отметили сложности территориального и организационного доступа (очереди, расстояния, условия для пожилых и людей с инвалидностью). Качество медицинских услуг оценивается еще хуже: 66% выбрали «удовлетворительно», 24% «плохо» и «очень плохо».

Таким образом можно констатировать, что даже если к отдельным специалистам сохраняется доверие, то в целом система воспринимается как неэффективная и неудобная.

Информированность и обращение за защитой

Только 16% опрошенных хорошо ориентируются в перечне бесплатных медицинских услуг; большинство (66%) знают о нем лишь частично. Половины считают, что обращение с жалобами или отзывами о работе медицинских учреждений не имеет смысла. Это свидетельствует о низком уровне доверия к механизмам обратной связи и восприятию их как неэффективных.

Источники информации и горизонтальные практики

Главным источником информации о медицинских услугах остаются интернет и личные контакты. 69% получают сведения через интернет и мессенджеры, 30% - от знакомых. 66% респондентов считают полезным обмен опытом между людьми и взаимную поддержку в вопросах здоровья. При этом около трети знают о существовании инициатив и сообществ пациентов, но не участвуют в них, а больше половины - не знают вовсе. Это подтверждает важность неформальных каналов обмена и их потенциал как механизма доступа к информации в условиях низкого доверия к официальным источникам.

Неравенство и индивидуальный подход

Только треть респондентов не сталкивались с случаями неравного отношения в здравоохранении. Неравное или несправедливое отношение было связано с возрастом (30%), состоянием здоровья (30%), доходом (30%) или местом проживания (23%). Лишь 16% отметили, что врачи учитывали их индивидуальные особенности при назначении лечения. Эти данные указывают на сохраняющиеся проявления дискриминации и формализм в оказании помощи.

Доверие и самоцензура

Часть респондентов воздерживалась от ответов на чувствительные вопросы (о возрасте, месте проживания, оценке системы здравоохранения и др.) или выбирала нейтральные формулировки «затрудняюсь ответить». В условиях ограниченной свободы выражения мнений и известной практики преследования за участие в опросах такие ответы могут отражать не отсутствие позиции, а осторожность и недоверие к анонимности.

| ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Эволюция нормативной базы, регулирующей право на здоровье, свидетельствует о постепенном сужении объема государственных обязательств. Перемещение конституционных гарантий бесплатной медицинской помощи в плоскость законодательно-установленных минимальных социальных стандартов, одного из вариантов доступного медицинского обслуживания, так же, как и отсутствие открытого обсуждения проекта нового Кодекса о здравоохранении, создают риски снижения доступности медицинской помощи и предсказуемости модели ее оказания.
- Ключевые компоненты права на здоровье (наличие, доступность, приемлемость и качество) характеризуются системными проблемами. Международные органы и национальные эксперты фиксируют дефицит квалифицированных кадров, неравномерность инфраструктуры, использование устаревшего оборудования, ограничения в доступе к современным лекарственным средствам и высокочувствительной терапии, а также отсутствие адаптированных услуг для уязвимых групп. Данные опроса отражают аналогичную динамику: большинство респондентов оценивают качество услуг как неудовлетворительное или среднее, значительная часть предпочитает самолечение, а экономическая и территориальная доступность воспринимается как ограниченная.
- Масштаб и характер неравного обращения указывают на недостаточную реализацию принципа недискриминации. Хотя кажется, что медицина в Беларуси общедоступна, международные рекомендации демонстрируют устойчивую обеспокоенность доступом к медицинской помощи для женщин, детей, людей с инвалидностью, ЛГБТК+, людей, живущих с ВИЧ, жителей сельских районов и заключённых. Данные опроса подтверждают наличие практик неравного отношения, преимущественно связанных с возрастом, состоянием здоровья, доходом и местом проживания.
- Ограничение доступа к информации и сокращение пространства для действий гражданского общества подрывают механизмы подотчетности и участия общественности в принятии решений. Ликвидация профильных организаций и ограничения свободы выражения ослабляют возможности населения и экспертов влиять на политику в сфере здравоохранения, что, в частности, с неизбежностью скажется на качестве разрабатываемого Кодекса о здравоохранении.

- Хронические проблемы сохраняются десятилетиями, несмотря на повторяющиеся международные рекомендации начиная с 1990-х гг.: доступ к медицине в местах несвободы, последствия Чернобыльской аварии, доступ к контрацепции и сексуальному образованию, борьба со стигмой в сфере ВИЧ, условия для женщин и детей.
- Правозащитный подход является необходимым условием укрепления системы здравоохранения. Ключевые элементы права на здоровье (наличие, доступность, приемлемость и качество) вместе с общими принципами реализации прав человека (недискриминация, доступ к информации, прозрачность и подотчетность) реализуются в Беларуси фрагментарно.

Анализ правовых позиций международных контрольных органов по вопросам права на здоровья в Беларуси, белорусского законодательства и практики функционирования системы здравоохранения позволяет сформулировать ряд рекомендаций, которые должны были бы быть адресованы государству, однако в ситуации авторитарной закрытости авторы доклада полагают важным привлечь внимание белорусского гражданского общества к наиболее важным составляющим права на здоровье:

- Для обеспечения соответствия национального законодательства международным обязательствам в области прав человека, включая наиболее полную имплементацию содержания ст.12 МПЭСКП и Замечаний общего порядка № 14 (правозащитного подхода к праву на здоровье) в законодательство и в практику при наличии возможностей важно работать с государством, которое несет основные обязательства по реализации права на здоровье. Также важны действия по повышению осведомленности людей (носителей прав) о правозащитном подходе к праву на здоровье.
- Широкое обсуждение конституционной и законодательной рамки права на здоровье поможет уменьшить неопределенность в объеме государственных обязательств по обеспечению бесплатной медицинской помощи и установить четкие критерии доступности, качества и приемлемости.
- В отсутствие прозрачного и инклюзивного процесса разработки и обсуждения проекта Кодекса о здравоохранении, важно использовать все доступные гражданскому обществу механизмы адвокации и публичности для повышения осведомленности людей о праве на здоровье в целом и для влияния на содержание проекта Кодекса в частности.

- В ситуации ограниченных возможностей для участия граждан, профессиональных медицинских организаций и пациентских сообществ в принятии решений, важно использовать инструменты общественного контроля и мониторинга за реализацией права на здоровье с фокусом на правозащитном подходе, в частности, критериев наличия, доступности, приемлемости и качества медицинских услуг.