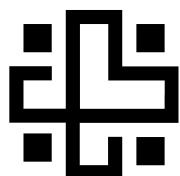




ФОНД МЕДЫЧНАЙ
САЛІДАРНАСЦІ БЕЛАРУСІ

ПРАВА НА ЗДAROЎЕ

Міжнародныя стандарты
і беларуская рэчаіснасць



ФОНД МЕДЫЧНАЙ
САЛІДАРНАСЦІ БЕЛАРУСІ

| ЗМЕСТ

УВОДЗІНЫ	4
I. ПАНЯЦЦЕ «ПРАВА НА ЗДАРОЎЕ»	5
II. НАРМАТЫЎНАЯ РАМКА ПРАВА НА ЗДАРОЎЕ	9
III. СІСТЭМА АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Ё БЕЛАРУСІ СЁННЯ	11
IV. ДОСТУП ДА МЕДЫЦЫНСКІХ УСТАНОЎ, ТАВАРАЎ І ПАСЛУГ	16
Наяўнасць дастатковай колькасці функцыянуючых устаноў, тавараў і паслуг у сферы аховы здароўя	16
Даступнасць — фізічная, эканамічная, інфармацыйная	20
Прымальнасць	23
Якасць	24
V. БАЗА МІЖНАРОДНЫХ РЕКАМЕНДАЦЫЙ ПА ПРАВЕ НА ЗДАРОЎЕ	26
Найбольш часта згадваныя праблемы	26
Хранічныя праблемы	28
Эвалюцыя падыходаў міжнародных механізмаў	30
VI. АСНОЎНЫЯ ВЫСНОВЫ ПА ВЫНІКАХ АПЫТАННЯ АБ УСПРЫМАННІ ПРАВА НА ЗДАРОЎЕ	31
ЗАКЛЮЧЭННЕ	33

| УВОДЗІНЫ

Гэты даклад прысвечаны праву на здароўе і накіраваны на папулярызацыю ў Беларусі праваабарончага падыходу ў сферы аховы здароўя. Даклад падрыхтаваны сумесна **Беларускім Хельсінкскім Камітэтам** і **Фондам медыцынскай салідарнасці**, што дазволіла сфарміраваць адзіную рамку, у межах якой міжнародныя і нацыянальныя стандарты, што датычацца права на здароўе, былі правераны праз призму клінічнай экспертызы.

Мэтадалогія даследавання ўключае кабінетны аналіз нацыянальнай нарматыўнай базы, статыстычных дадзеных і іншых даступных крыніц, а таксама міжнародных актаў. Упершыню ў адным масіве былі сабраныя, прааналізаваныя і абагульненыя ўсе рэкамендацыі міжнародных механізмаў, якія датычацца рэалізацыі права на здароўе ў Рэспубліцы Беларусь, у тым ліку прававыя пазіцыі Камітэта па правах чалавека (КПЧ), Камітэта па правах інвалідаў (КПІ), Камітэта па правах дзіцяці (КПД), Камітэта па ліквідацыі дыскрымінацыі ў дачыненні да жанчын (КЛДЖ) Камітэт па ліквідацыі расавай дыскрымінацыі (КЛРД), а таксама рэкамендацыі ў рамках Універсальнага перыядычнага агляду (УПА), добраахвотнага нацыянальнага агляду Мэтаў устойлівага развіцця (ДНА МУР) і спецыяльных працэдур Савета па правах чалавека ААН (СПЧ).

Акрамя таго, было праведзена невялікае сацыялагічнае апытанне. Яно не прэтэндуе на агульнанацыянальную рэпрэзентатыўнасць і, на жаль, супала ў часе з вынясеннем **прысуду** за правядзенне сацыялагічных даследаванняў, у тым ліку ў галіне аховы здароўя, што яшчэ больш «ахаладзіла» рэспандэнтаў. Тым не менш атрыманыя адказы дазваляюць лепш зразумець паводзінныя ўстаноўкі людзей і тое, як яны ўспрымаюць сваё права на здароўе.

Выказваем падзяку ўдзельнікам і ўдзельніцам **праграмы стажыровак** Беларускага Хельсінкскага Камітэта за першасны збор дадзеных.

Даклад падрыхтаваны з выкарыстаннем прававых крыніц і даступных статыстычных дадзеных па стане на 5 снежня 2025 года.

I. ПАНЯЦЦЕ «ПРАВА НА ЗДAROЎЕ»

Міжнародныя стандарты ў галіне правоў чалавека зыходзяць з вызначэння права на здароўе, дадзенага ў артыкуле 12 **Міжнароднага пакта аб эканамічных, сацыяльных і культурных правах**, як **«права кожнага чалавека на найвышэйшы дасяжны ўзровень фізічнага і псіхічнага здароўя»**. Менавіта на міжнародным разуменні права на здароўе грунтуецца дадзены даклад. Больш падрабязна змест гэтага права раскрываецца ў **Заўвазе агульнага парадку № 14 (2000)**. У ёй Камітэт па эканамічных, сацыяльных і культурных правах (КЭСКП) падкрэслівае, што «найвышэйшы дасягальны ўзровень фізічнага і псіхічнага здароўя» не абмяжоўваецца «правам на ахову здароўя», а ўключае «шырокі спектр сацыяльна-эканамічных фактараў, якія ствараюць умовы, што дазваляюць людзям весці здорае жыццё, і ахоплівае асноўныя перадумовы здароўя, такія як харчаванне і рэжым харчавання, жыллё, доступ да бяспечнай пітной вады і належных санітарных умоў, бяспечныя і здаровыя ўмовы працы і здорае навакольнае асяроддзе» (п. 4).

Таксама Камітэт раскрывае змест права на здароўе (п. 11), адзначаючы, што яно ўключае як свабоды, так і звязаныя з імі правы. Да свабод адносяцца права на кантроль над уласным здароўем і цэлам, утым ліку сэксуальная і рэпрадуктыўная свабода, а таксама права быць свабодным ад любога ўмяшання, напрыклад, права быць свабодным ад катаванняў і не падвяргацца без свабоднай згоды медыцынскім або навуковым эксперыментам. Да вытворных правоў адносіцца права на сістэму аховы здароўя, якая забяспечвае людзям роўныя магчымасці ў імкненні да найвышэйшага дасягальнага ўзроўню здароўя. Найбольш поўная рэалізацыя права на здароўе магчымая пры выкананні патрабаванняў 1) наяўнасці, 2) даступнасці, 3) прымальнасці і 4) якасці (у англамоўным дыскурсе вядомых як рамка **AAAQ – Availability, Accessibility, Acceptability, Quality**) ва ўсіх аспектах гэтага права. Іх змест больш падрабязна разглядаецца ніжэй.

У Беларусі права на «ахову здароўя», у спадчыну ад савецкай тэрміналогіі, атрымала канстытуцыйнае замацаванне ў артыкуле 45 **Канстытуцыі 1994 года**¹. Наступныя змены, унесеныя ў канстытуцыйны тэкст, закранулі і гэтае права. Фармальна дзеючая рэдакцыя **Канстытуцыі 2022 года** ў артыкуле 45 утрымлівае

¹ Грамадзянам Рэспублікі Беларусь гарантуецца права на ахову здароўя, уключаючы бясплатнае лячэнне **ва ўстановах дзяржаўнай аховы здароўя**.

Права грамадзян Рэспублікі Беларусь на ахову здароўя таксама забяспечваецца развіццём фізічнай культуры і спорту, мерамі па паляпшэнні навакольнага асяроддзя, магчымасцю карыстацца ўстановамі аховы здароўя і паляпшэннем аховы працы.

фармулёўку², у якой «бясплатнае лячэнне ў дзяржаўных установах аховы здароўя» заменена на «бясплатнае лячэнне **за кошт дзяржаўных сродкаў у парадку, устаноўленым законам**». Больш за тое, норма, якая павінна гарантаваць права грамадзян, была дапоўнена абавязкам: **«Грамадзяне клапацяцца пра захаванне ўласнага здароўя»**. Тое, што дадзеная фармулёўка з’яўляецца не канстатацыяй прававых магчымасцяў носьбіта правоў, а спробай ускласці на людзей канстытуцыйны абавязак, пацвярджае судоў Канстытуцыйнага суда А. Бодак, якая ў сваім навуковым [артыкуле](#) 2023 года, прысвечаным зместу права на ахову здароўя, піша пра неабходнасць замацавання «выразнага і зразумелага канстытуцыйна-прававога механізму, які вызначае меру неабходных паводзінаў індывіда як клопат пра ўласнае здароўе». Верагодна, адным з механізмаў рэалізацыі такога абавязку грамадзян варта лічыць «здароўезберажэнне» — тэрмін, які з’явіўся ў [дзяржаўнай праграме](#) «Здароўе народа і дэмаграфічная бяспека» на 2021–2025 гады ў якасці прыярытэтнага напрамку ў галіне аховы здароўя.

Новая рэдакцыя канстытуцыйнай нормы дадаткова ўдакладняе пазітыўныя абавязкі дзяржавы: **«Дзяржава стварае ўмовы даступнага для ўсіх грамадзян медыцынскага абслугоўвання»**. З аднаго боку, гэта адпавядае міжнародным стандартам, якія прадугледжваюць «даступнасць» як адзін з элементаў права на здароўе, аднак з улікам папярэдняга аб’ёму «права на ахову здароўя» такая фармулёўка можа трактавацца як фактычнае абмежаванне права на «бясплатную» медыцынскую дапамогу, выкладзенага ў частцы 1 артыкула, паколькі відавочна, што «даступнае» не з’яўляецца раўназначным «бясплатнаму».

Дэталізацыю канстытуцыйная норма аб праве на здароўе атрымала ў [Законе аб ахове здароўя](#), артыкул 4 якога тлумачыць, што менавіта азначае «даступнае медыцынскае абслугоўванне»³, часткай якога з’яўляецца «бясплатная

² Грамадзянам Рэспублікі Беларусь гарантуецца права на ахову здароўя, уключаючы бясплатнае лячэнне **за кошт дзяржавы ў адпаведнасці з парадкам, устаноўленым законам**. Грамадзяне клапацяцца пра захаванне ўласнага здароўя.

Дзяржава стварае ўмовы для даступнай медыцынскай дапамогі для ўсіх грамадзян.

Права грамадзян Рэспублікі Беларусь на ахову здароўя таксама забяспечваецца развіццём фізічнай культуры і спорту, мерамі па паляпшэнні навакольнага асяроддзя, доступам да медыцынскіх устаноў і паляпшэннем аховы працы.

³ Грамадзяне Рэспублікі Беларусь маюць права на даступную медыцынскую дапамогу, якая аказваецца:

- прадастаўленне бясплатнай медыцынскай дапамогі на аснове дзяржаўных мінімальных сацыяльных стандартаў у галіне аховы здароўя ў дзяржаўных установах аховы здароўя;
- прадастаўленне медыцынскай дапамогі ў дзяржаўных арганізацыях аховы здароўя, недзяржаўных арганізацыях аховы здароўя і індывідуальнымі прадпрыемствамі, якія ажыццяўляюць медыцынскую дзейнасць, у адпаведнасці з парадкам, устаноўленым законам, за кошт уласных сродкаў, сродкаў юрыдычных асоб і іншых крыніц, не забароненых законам;
- даступнасць лекаў;
- правядзенне мерапрыемстваў па санітарна-эпідэміялагічным дабрабыце насельніцтва;
- правядзенне медыцынскіх аглядаў

медыцынская дапамога», якая, у сваю чаргу, зводзіцца да **«дзяржаўных мінімальных сацыяльных стандартаў у галіне аховы здароўя»** (Закон аб дзяржаўных мінімальных сацыяльных стандартах дзейнічае з 1999 года; актуальны пералік асноўных бясплатных медыцынскіх паслуг па аказанні першаснай, спецыялізаванай, высокатэхналагічнай і паліятыўнай медыцынскай дапамогі зацверджаны **Пастановай** Савета Міністраў у 2016 годзе).

Праект Кодэкса аб ахове здароўя, які ў цяперашні час знаходзіцца на завяршальных этапах дапрацоўкі,⁴ уводзіць дадатковы элемент права на здароўе – «якасць» медыцынскага абслугоўвання. Змест права на медыцынскае абслугоўванне, які быў перанесены ў артыкул 4 праекта Кодэкса⁵ з артыкула 4 Закона аб ахове здароўя, практычна цалкам паўтараецца, аднак фармулюецца як права на «даступнае і **якаснае** медыцынскае абслугоўванне». У праекце больш падрабязна (падаецца, што залішне падрабязна, паколькі ў выпадку рэарганізацыі спатрэбіцца ўносіць змены непасрэдна ў Кодэкс) выкладзены пералік дзяржаўных устаноў і арганізацый аховы здароўя, у якіх можа аказвацца бясплатная медыцынская дапамога.

Сярод вызначэнняў, прапанаваных у артыкуле 1 праекта Кодэкса, змяшчаецца паняцце «якасць медыцынскай дапамогі», якое разумеецца як «сукупнасць характарыстык медыцынскай дапамогі, што адлюстроўваюць яе здольнасць задавальняць патрэбы пацыента, своєчасовасць аказання медыцынскай дапамогі, ступень яе адпаведнасці клінічным пратаколам і іншым нарматыўным прававым актам у галіне аховы здароўя, а таксама ступень дасягнення запланаванага выніку аказання медыцынскай дапамогі».

Такім чынам, першапачаткова гарантаванае Канстытуцыяй «права на бясплатнае лячэнне ў дзяржаўных установах аховы здароўя» як важны складнік права на ахову здароўя трансфармавалася ў канстытуцыйнае «права на бясплатнае лячэнне за кошт дзяржаўных сродкаў у парадку, устаноўленым законам» і праз

⁴ *Аналіз тэксту праекта Кодэкса і ўказанне на сістэмны дэфіцыт грамадскага ўдзелу пры распрацоўцы такога значнага галіновага дакумента, які кадыфікуе істотны масіў заканадаўства, гл. у [праекце](#) праваабарончай арганізацыі «Урачы за праўду і справядлівасць» і ініцыятывы «Белыя халаты».*

⁵ *Грамадзяне Рэспублікі Беларусь маюць права на даступнае і якаснае медыцынскае абслугоўванне, якое забяспечваецца:*

- *прадастаўленнем бясплатнай медыцынскай дапамогі за кошт дзяржаўных сродкаў на падставе дзяржаўных мінімальных сацыяльных стандартаў у галіне аховы здароўя ў дзяржаўных арганізацыях аховы здароўя, універсітэцкіх клініках, **25 дзяржаўных установах сацыяльнага абслугоўвання, медыцынскіх падраздзяленнях вайсковых фарміраванняў і военізаваных арганізацый**;*
- *прадастаўленнем медыцынскай дапамогі ў дзяржаўных арганізацыях аховы здароўя, універсітэцкіх клініках, недзяржаўных арганізацыях аховы здароўя і ў індывідуальных прадпрыемствах, якія ажыццяўляюць медыцынскую дзейнасць у парадку, устаноўленым заканадаўствам, за кошт уласных сродкаў, сродкаў юрыдычных асоб і іншых крыніц, не забароненых актамі заканадаўства;*
- *даступнасцю лекавых сродкаў;*
- *ажыццяўленнем мер па забеспячэнні санітарна-эпідэміялагічнага дабрабыту насельніцтва;*
- *правядзеннем медыцынскіх экспертыз.*

Закон (а ў перспектыве — і праз Кодэкс) зводзіцца да права на медыцынскую дапамогу «на падставе дзяржаўных мінімальных сацыяльных стандартаў».

Эвалюцыя канстытуцыйнай нормы, якая гарантуе права на ахову здароўя, дазваляе выказаць здагадку пра сувязь паміж трансфармацыяй абавязкаў дзяржавы і паступовым развіццём недзяржаўнага сектара аховы здароўя. У першапачатковай рэдакцыі Канстытуцыі 1994 года замацоўвалася гарантыя бясплатнай медыцынскай дапамогі менавіта ў дзяржаўных установах аховы здароўя, што адпавядала характару сістэмы: яна была амаль цалкам дзяржаўнай, аднаўляючы мадэль, успадкаваную ад савецкага перыяду. Па меры пашырэння недзяржаўнага сегмента аховы здароўя можна было б казаць пра паступовы пераход да іншай сістэмы грамадскага здароўя, у межах якой роля дзяржавы трансфармуецца. У дадзеным выпадку гаворка ідзе не проста пра тэхнічную карэкціроўку фармулёвак, але пра магчымае істотнае змяненне мадэлі рэалізацыі права на здароўе, якое прадугледжвае пераразмеркаванне функцый, абавязкаў і адказнасці дзяржавы.

Аднак гэтая змена не стала прадметам паўнаўважанага грамадскага абмеркавання ў момант прыняцця рэдакцыі Канстытуцыі 2022 года. Адсутнасць адкрытых і бяспечных каналаў для выказвання розных прафесійных і грамадскіх пазіцый (асабліва пасля палітычнага крызісу 2020 года) прывяла да таго, што значная прававая трансфармацыя адбылася без належнага ўцягвання зацікаўленых бакоў. Аналагічным чынам у цяперашні час абмеркаванне праекта новага Кодэкса аб ахове здароўя адбываецца ў вельмі сціслых тэрміны і пераважна ў закрытым фармаце, што істотна абмяжоўвае магчымасці для экспертнай дыскусіі і грамадскага кантролю.

Уяўляецца, што ў дзяржавы адсутнічае стратэгічнае разуменне ўмоў аказання медыцынскай дапамогі ў межах абноўленай канстытуцыйнай мадэлі (у тым ліку таго, якім чынам на практыцы павінны рэалізоўвацца абавязацельствы дзяржавы па забеспячэнні яе бясплатнасці ў дзяржаўных установах аховы здароўя і агульнай даступнасці: праз пашырэнне выкарыстання недзяржаўных арганізацый аховы здароўя з дапамогай фінансавых інструментаў, праз захаванне пераважна дзяржаўнага характару сістэмы аховы здароўя ці іншым чынам). Падобныя змены патрабуюць шырокай грамадскай і прафесійнай ацэнкі. У адваротным выпадку ўзрастае рызыка фарміравання новай мадэлі рэалізацыі права на здароўе без дастатковай празрыстасці, без аналізу сацыяльных наступстваў і без уліку разнастайнасці інтарэсаў пацыентаў, медыцынскіх работнікаў і іншых актараў сістэмы аховы здароўя.

II. НАРМАТЫЎНАЯ РАМКА ПРАВА НА ЗДAROЎЕ

Канстытуцыйныя нормы фарміруюць нарматыўную аснову правоў чалавека, у тым ліку «права на ахову здароўя», і змяшчаюць агульныя гарантыі роўнасці. Пашыраную і дэталёвую рэгламентацыю канстытуцыйнае права на ахову здароўя атрымала ў Законе «Аб ахове здароўя», які ўстанаўлівае прававыя механізмы аказання медыцынскай дапамогі, а таксама ў шэрагу іншых галіновых законаў. У цяперашні час адбываецца працэс кадыфікацыі сектаральнага заканадаўства ў адзіны Кодэкс аб ахове здароўя.

Нацыянальнае заканадаўства Беларусі павінна адпавядаць міжнародным стандартам. Беларусь з’яўляецца ўдзельніцай асноўных універсальных дагавораў у галіне правоў чалавека, у тым ліку **Міжнароднага пакта** аб эканамічных, сацыяльных і культурных правах, **Міжнароднага пакта** аб грамадзянскіх і палітычных правах, **Канвенцыі** аб ліквідацыі ўсіх формаў дыскрымінацыі ў дачыненні да жанчын, **Канвенцыі** аб правах дзіцяці і **Канвенцыі** аб правах асоб з інваліднасцю, а таксама дзяржавай-членам Сусветнай арганізацыі аховы здароўя (СAAЗ). Беларусь дэкларуе арыентацыю на дасягненне Мэтаў устойлівага развіцця, у прыватнасці МУР 3 — «Забеспячэнне здоровага ладу жыцця і садзейнічанне дабрабыту для ўсіх у любым узросце».

Стратэгічныя напрамкі развіцця сацыяльнай сферы замацаваны ў Нацыянальнай **стратэгіі** ўстойлівага развіцця Рэспублікі Беларусь да 2035 года, якая ў пункце 4.3 вызначае стратэгічнай мэтай «павелічэнне працягласці здоровага актыўнага жыцця насельніцтва, забеспячэнне поўнамаштабнага ахопу ўсіх грамадзян незалежна ад месца іх пражывання якаснай медыцынскай дапамогай». Сярод значных задач названыя павышэнне прафілактычнай накіраванасці медыцынскай дапамогі, забеспячэнне паўнавартаснага доступу да якасных медыцынскіх паслуг шляхам аптымізацыі працы арганізацый аховы здароўя, а таксама двойчы — у паслядоўных абзацах — згадваецца «добраахвотнае страхаванне».

У дадатак да Нацыянальнай стратэгіі дзейнічаюць галіновыя праграмы і рэгіянальныя дакументы планавання, якія вызначаюць прыярытэты ў сферы аховы здароўя на сярэднетэрміновую перспектыву. Асноўным праграмным дакументам у галіне аховы здароўя з’яўляецца Дзяржаўная **праграма** «Здароўе народа і дэмаграфічная бяспека» на 2021-2025 гады, зацверджаная пастановай

Савета Міністраў Рэспублікі Беларусь ад 19 студзеня 2021 года № 28. Праграма дэкларуецца як комплексная і міжведамасная. Сярод прыярытэтных напрамкаў вылучаюцца:

- распрацоўка мер па ўмацаванні рэпрадуктыўнага здароўя, фарміраванні культуры здаровага ладу жыцця і здароўезберажэння;
- удасканаленне сістэмы падтрымкі сем'яў з дзецьмі, паляпшэнне ўмоў іх жыццядзейнасці, умацаванне інстытута сям'і;
- развіццё амбулаторна-паліклінічнай службы;
- пераход ад пастацейнага фінансавання арганізацый аховы здароўя да сістэмы фінансавання на аснове дасягнутых вынікаў;
- увядзенне нацыянальнай сістэмы медыцынскай акрэдытацыі арганізацый аховы здароўя;
- развіццё аховы здароўя рэгіёнаў, у тым ліку міжрэгіянальных і міжраённых цэнтраў.

Канстатуючы вынікі рэалізацыі папярэдняй дзяржаўнай **праграмы** на 2016-2020 гады, у новай праграме сцвярджаецца, што да 2020 года былі дасягнуты заяўленыя паказчыкі ў галіне аховы мацярынства і дзяцінства, падтрымкі сям'і, стабілізацыі ўзроўню смяротнасці і паляпшэння асобных індыхатараў здароўя насельніцтва. Таксама заяўлена «прасоўванне ў фарміраванні самазахавальных паводзінаў і зніжэнні негатыўных фактараў, у тым ліку распаўсюджанасці п'янства (менавіта так у дакуменце), алкагалізму, ВІЧ-інфекцыі і туберкулёзу».

Завяршэнне папярэдняй і пачатак дзеючай дзяржаўных праграм у галіне аховы здароўя ўдала для ўладаў супалі з перыядам пандэміі COVID-19. У выніку справаздачнасць аб паспяховым выкананні папярэдняй праграмы была сфарміравана на падставе дадзеных, якія не ўключаюць пандэмічны перыяд («да 2020 года дасягнуты»). Адэкватная ацэнка стану сістэмы аховы здароўя ў постпандэмічны перыяд істотна ўскладненая ў сувязі са значным скажэннем і ўтойваннем афіцыйных дадзеных.

III. СІСТЭМА АХОВЫ ЗДAROЎЯ Ў БЕЛАРУСІ СЁННЯ

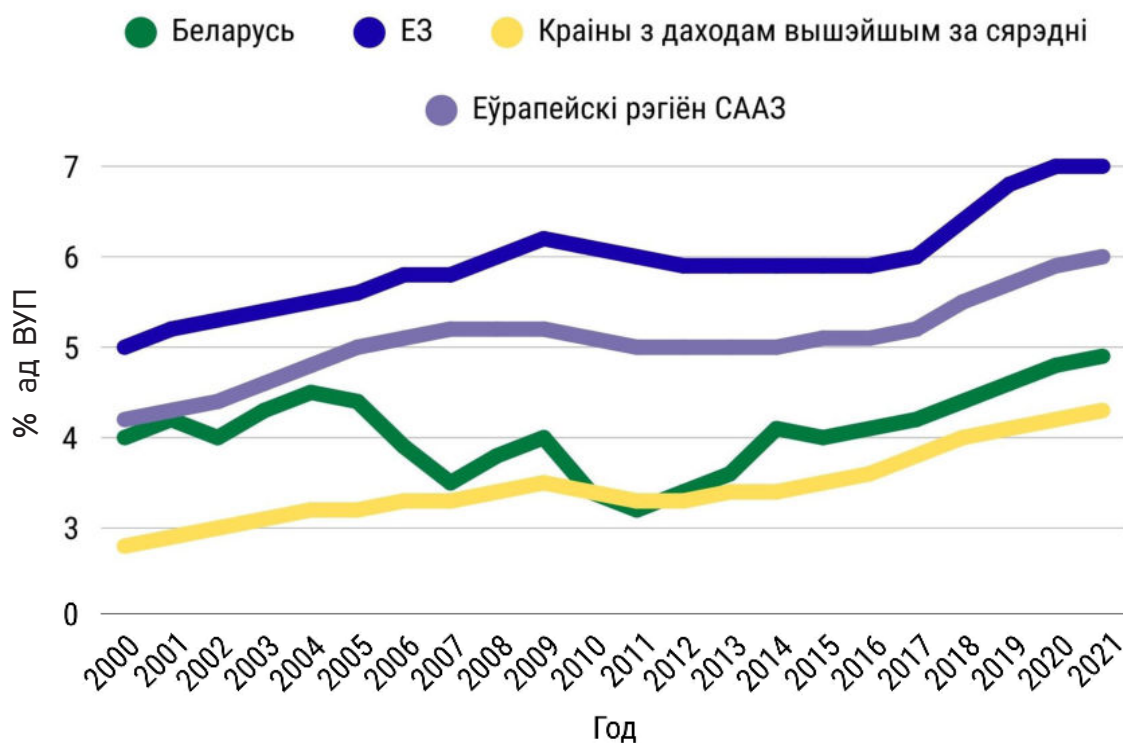
Сістэма аховы здароўя ў Беларусі цэнтралізаваная: Міністэрства аховы здароўя фарміруе палітыку і вызначае прыярытэты, якія рэалізуюцца на ніжэйшых адміністрацыйных узроўнях (абласным, раённым). Асноўныя медыцынскія паслугі па аказанні першаснай, спецыялізаванай, высокатэхналагічнай і паліятыўнай медыцынскай дапамогі, а таксама медыка-сацыяльнай дапамогі фінансуюцца з дзяржаўнага бюджэту і прадастаўляюцца бясплатна (у адпаведнасці з Пералікам асноўных бясплатных медыцынскіх паслуг, зацверджаным пастановай Савета Міністраў у 2016 годзе) у дзяржаўных медыцынскіх установах.

Паводле **дадзеных** СААЗ, у 2021 годзе каля трох чвэрцяў сукупных выдаткаў на ахову здароўя мелі дзяржаўны характар, што адпавядае ўзроўню краін з узроўнем даходаў вышэй за сярэдні. Пры гэтым доля выдаткаў хатніх гаспадарак на ахову здароўя змяняецца: паводле дадзеных СААЗ, у 2000-х і 2010-х гг. доля выдаткаў «з уласнай кішэні» ў бягучых выдатках на ахову здароўя павялічвалася, дасягнуўшы піка ў 36,2 % у 2015 годзе. У 2016 годзе іх доля рэзка знізілася да 26,7 % і з таго часу працягвала скарачацца, што, верагодна, звязана са зніжэннем выкарыстання прыватных медыцынскіх паслуг у перыяд пандэміі COVID-19. У 2021 годзе доля выдаткаў з уласнай кішэні дасягнула мінімальнага значэння – 21,9 %.

Сучасныя рэкамендацыі СААЗ не ўсталёўваюць канкрэтнага парогавага значэння выдаткаў «з уласнай кішэні», аднак заклікаюць да іх мінімізацыі праз узмацненне публічнага фінансавання, а таксама да поўнага ўхілення такіх выдаткаў для бедных і ўразлівых груп. У дакладзе СААЗ і Сусветнага банка аб стане ўсеагульнага ахопу паслугамі аховы здароўя за 2025 год адзначаецца, што больш як у трэці развітых краін доля выдаткаў «з уласнай кішэні» перавышае 20 % ад агульных выдаткаў на ахову здароўя, што разглядаецца як праблема, якая патрабуе вырашэння. Паводле дадзеных за 2021 год, Беларусь з доляй каля 22 % перавышае гэты ўзровень пры значна ніжэйшых агульных выдатках на ахову здароўя, што стварае двойны бар'ер для доступу да медыцынскай дапамогі.

Таксама, паводле **аналізу** СААЗ, структура выдаткаў застаецца арыентаванай на стацыянарную медыцынскую дапамогу, нягледзячы на намаганні па ўмацаванні першаснай медыцынскай дапамогі, скарачэнні колькасці бальніц і пашырэнні амбулаторнай сеткі. Пры гэтым Беларусь захоўвае адзін з самых высокіх паказчыкаў забяспечанасці бальніцамі і бальнічнымі ложкамі ў Еўрапейскім

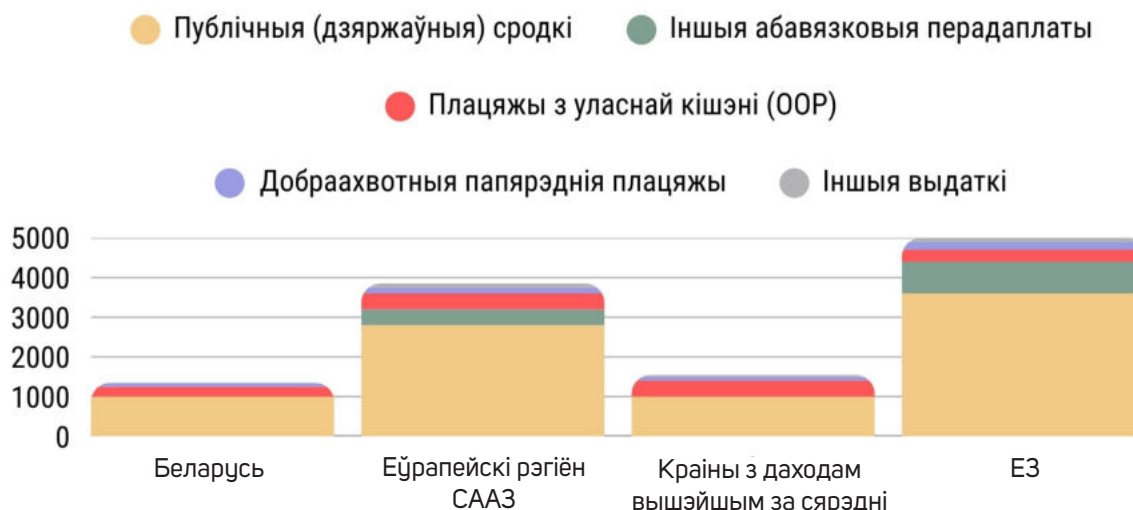
Публічныя (дзяржаўныя) выдаткі на ахову ў % ад ВУП



СААЗ, Сістэмы аховы здароўя ў дзеянні: Беларусь, 2024

Выдаткі на ахову здароўя

У доларах ЗША паводле парытэту пакупніцкай здольнасці на аднаго чалавека. Дадзеныя за 2021 г.



СААЗ, Сістэмы аховы здароўя ў дзеянні: Беларусь, 2024

Заўв. «Дзяржаўныя сродкі» ўключаюць трансферты з дзяржаўных бюджэтаў і ўзносы на сацыяльнае медыцынскае страхаванне. «Іншыя абавязковыя папярэднія плацяжы» — гэта ўзносы на абавязковае медыцынскае страхаванне ў Бельгіі, Фінляндыі, Францыі, Германіі, Нідэрландах і Швейцарыі.

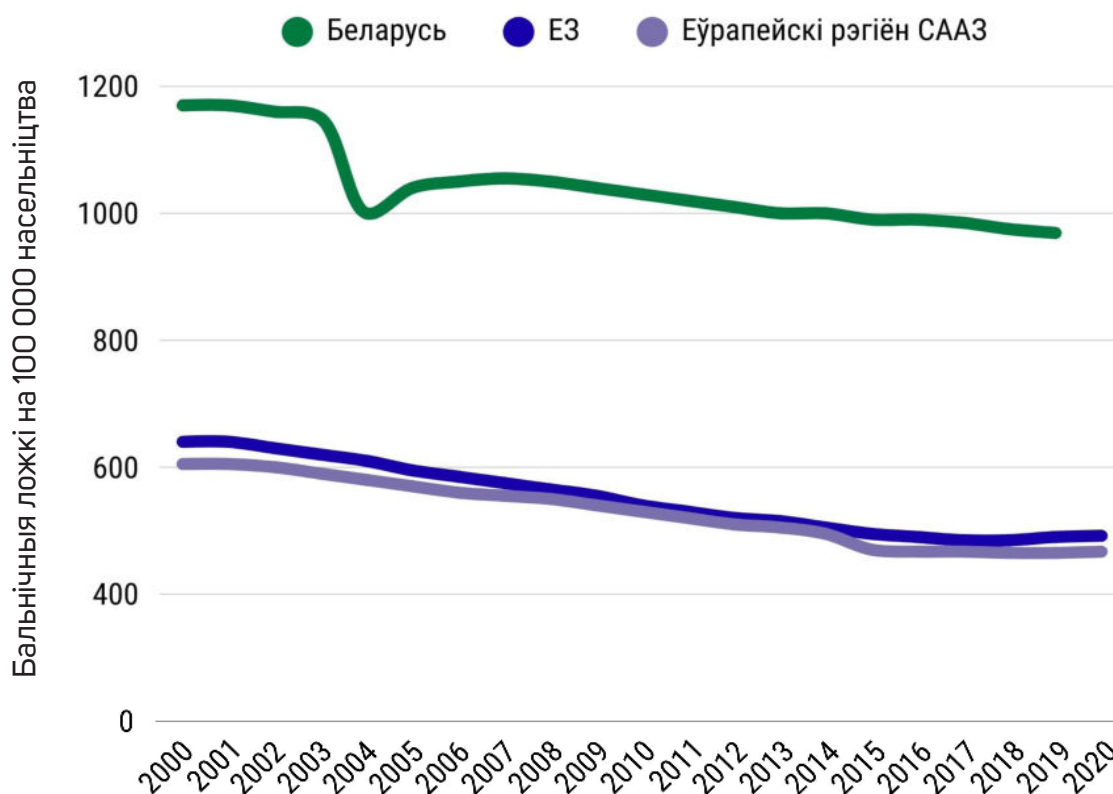
«Іншыя выдаткі» ўключаюць знешняе фінансаванне і іншыя нязначныя крыніцы

рэгіёне СААЗ. Гэты паказчык выглядае значным, аднак не дазваляе ацаніць эфектыўнасць аказання медыцынскай дапамогі, паколькі «ложкі» могуць знаходзіцца ва ўстановах без сучаснага медыцынскага абсталявання і, у выніку, не ўплываць ні на даступнасць, ні на якасць медыцынскай дапамогі. У асобных выпадках такія неэфектыўны ложкавы фонд становіцца хутчэй своеасаблівым сацыяльным абцяжараннем для сістэмы аховы здароўя, забяспечваючы цяпло, харчаванне і пражыванне для ўразлівых груп насельніцтва.

Беларусь, што парадасальна, характарызуецца высокай забяспечанасцю ўрачамі і медыцынскімі сёстрамі, аднак пры гэтым сутыкаецца з **дэфіцытам кадраў** (асабліва ў сельскай мясцовасці), нягледзячы на рост колькасці месцаў у медыцынскіх установах вышэйшай адукацыі і **павелічэнне** ліку выпускнікоў. Сярод **тлумачэнняў** такога парадоксу называецца спецыфіка працоўных адносін у сферы аховы здароўя, у прыватнасці распаўсюджанасць працы на некалькі ставак, абавязковая адпрацоўка па размеркаванні, мэтавыя кантракты.

Асноўныя медыка-дэмаграфічныя тэндэнцыі, зафіксаваныя ў дакавідны перыяд, уключаюць рост сярэдняй працягласці жыцця, выразны гендарны разрыў, а таксама дамінаванне неінфекцыйных захворванняў, на долю якіх прыпадае больш за 80 % выпадкаў смерці, у тым ліку высокі ўзровень заўчаснай смяротнасці мужчын.

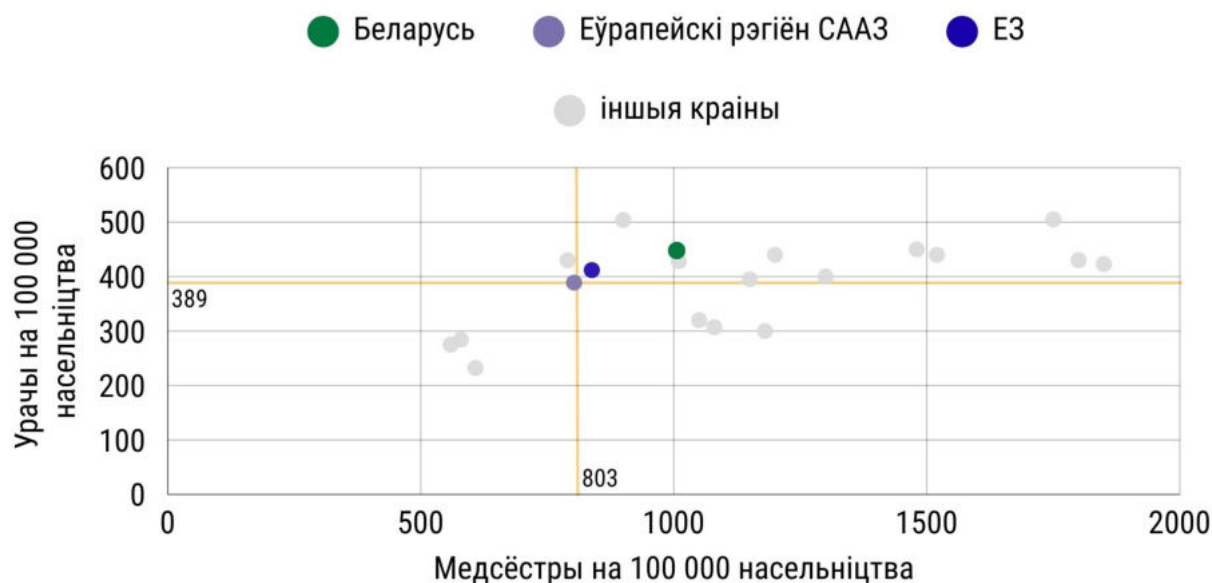
Забяспечанасць бальнічнымі ложкамі



СААЗ. Сістэмы аховы здароўя у дзеянні: Беларусь, 2024

Забяспечанасць медыкамі на 100 000 насельніцтва

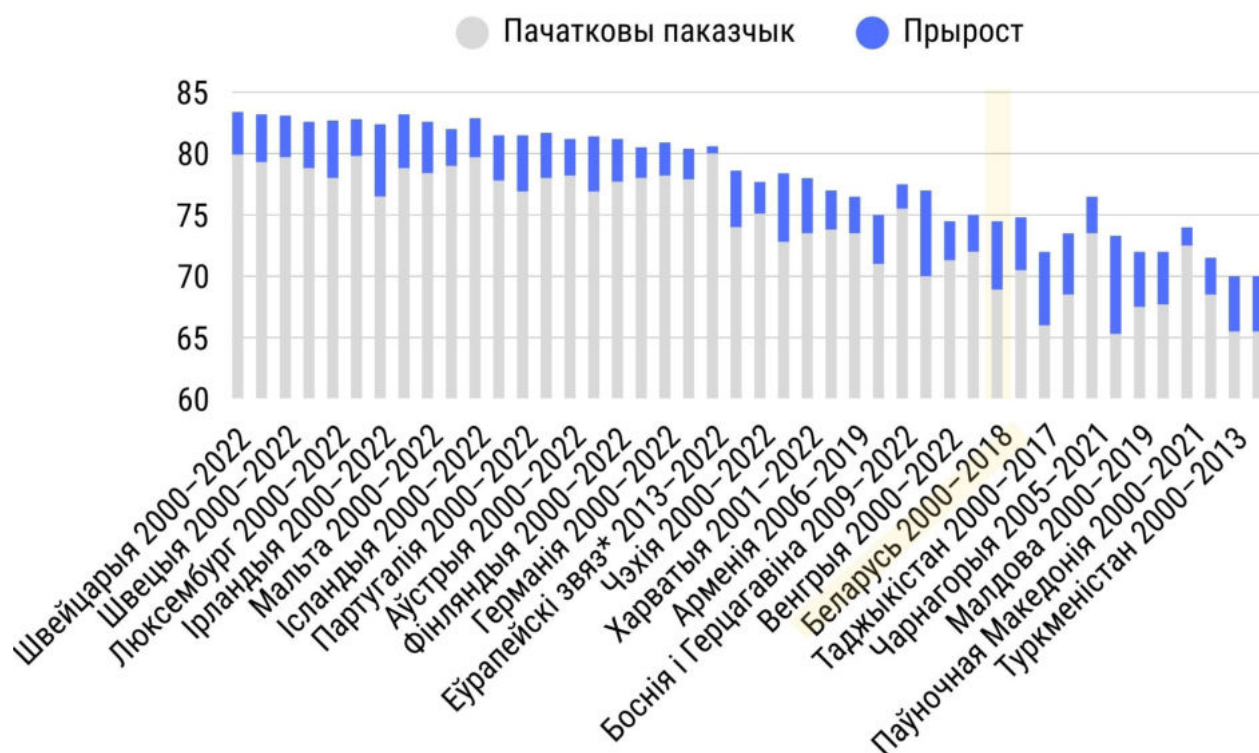
Дадзеныя за 2020 г.



[СААЗ, Сістэмы аховы здароўя ў дзеянні: Беларусь, 2024](#)

Заўв. На зыходным графіку СААЗ адлюстравана большая колькасць краін

Чаканая працягласць жыцця пры нараджэнні



[СААЗ, Сістэмы аховы здароўя ў дзеянні: Беларусь, 2024](#)

Заўв. Крыніцы дадзеных: Eurostat, 2024; Еўрапейскае рэгіянальнае бюро СААЗ, 2024.

*Сярэднія значэнні разлічаны на аснове даступных дадзеных.

Топ-10 фактараў рызыкі па долі ўсіх смерцяў

Дадзеныя за 2021 г.



САЗ. Сістэмы аховы здароўя ў дзеянні: Беларусь, 2024

Заўв. Працэнт усіх смерцяў, абумоўленых фактарамі рызыкі, для абодвух палоў і ўсіх узроставых груп. Долі перакрываюцца і таму ў суме перавышаюць 100%

Паводле высноў САЗ, сістэма аховы здароўя ў Беларусі сутыкаецца са значнымі паводзіннымі фактарамі рызыкі, што патрабуюць узмацнення прафілактыкі, адначасова дэманструючы высокі ўзровень ахопу імунізацыяй і наяўнасць вертыкальных нацыянальных праграм па туберкулёзе і ВІЧ. Гэтыя ж мэты адлюстраваны ў Нацыянальнай стратэгіі і дзяржаўнай праграме ў галіне аховы здароўя: павышэнне прафілактычнай накіраванасці медыцынскай дапамогі; узмацненне працы па стварэнні эфектыўнай сістэмы прафілактыкі сацыяльна значных захворванняў; забеспячэнне ахопу ўсіх грамадзян прафілактычнымі медыцынскімі аглядамі.

IV. ДОСТУП ДА МЕДЫЦЫНСКІХ УСТАНОЎ, ТАВАРАЎ І ПАСЛУГ

Камітэт па эканамічных, сацыяльных і культурных правах (КЭСКП) у Заўвазе агульнага парадку № 14 раскрывае ключавыя ўзаемазвязаныя элементы рэалізацыі права на здароўе, якія з’яўляюцца рэlevantнымі для ўсіх яго аспектаў і на ўсіх узроўнях:

- *наяўнасць* дастатковай колькасці функцыянуючых устаноў, тавараў і паслуг⁶ у сферы аховы здароўя, а таксама адпаведных праграм;
- іх фізічная, эканамічная і інфармацыйная *даступнасць* без дыскрымінацыі;
- *прымальнасць* (адпаведнасць прынцыпам медыцынскай этыкі і культурным крытэрыям);
- *якасць* (прымальнасць з навуковага і медыцынскага пунктаў гледжання).

Прымяненне гэтых крытэрыяў павінна ўлічваць сацыяльна-эканамічныя ўмовы канкрэтнага грамадства, а таксама фактары, якія могуць перашкаджаць рэалізацыі права і знаходзяцца па-за кантролем дзяржавы.⁷

Дадзены раздзел ацэньвае рэалізацыю права на здароўе ў Беларусі праз прызму пералічаных крытэрыяў на падставе рэкамендацый міжнародных механізмаў, афіцыйных дадзеных і высноў нацыянальных экспертаў

4.1. Наяўнасць дастатковай колькасці функцыянуючых устаноў, тавараў і паслуг у сферы аховы здароўя

Апісваючы базавую сітуацыю з рэалізацыяй права на здароўе ў 2019 годзе, эксперты **Нацыянальнага індэкса правоў чалавека** (Індэкс) адзначалі «дастатковую колькасць функцыянуючых устаноў, тавараў і паслуг у сферы аховы здароўя». Аднак з 2019 года ацэнка гэтага крытэрыя паслядоўна зніжалася і да

⁶ Да іх адносяцца, сярод іншага, «інфраструктура для забеспячэння бяспечнай пітной вадой і належнымі санітарнымі паслугамі, бальніцы, паліклінікі і іншыя ўстановы аховы здароўя, падрыхтаваны ўрачэбны і медыцынскі персанал, які атрымлівае канкурэнтаздольнае на ўнутраным узроўні ўзнагароджанне, а таксама найважнейшыя лекавыя сродкі, вызначаныя ў Праграме дзеянняў СААЗ адносна базавых медыкаментаў»: <https://www.refworld.org/ru/legal/general/cescr/2000/ru/36991>

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

2024 года скарацілася ўдвая.⁸ Сярод ключавых прычын называюцца рэакцыя сістэмы аховы здароўя на эпідэмію COVID-19, а таксама шырокамаштабныя рэпрэсіі, што наступілі пасля выбараў 2020 года і закранулі, у тым ліку, сферу аховы здароўя.⁹

Пры гэтым нацыянальныя эксперты **адзначаюць** неаднароднасць сітуацыі: у асобных сегментах дзяржаве ўдаецца захаваць дастатковы ўзровень забеспячэння насельніцтва таварамі і паслугамі аховы здароўя, у той час як у іншых — сітуацыя істотна пагаршаецца.

Наяўнасць медыцынскіх устаноў

Эксперты Індэкса ў 2021–2024 гадах паслядоўна фіксавалі пагаршэнне забяспечанасці насельніцтва функцыянуючымі ўстановамі аховы здароўя, звяртаючы асаблівую ўвагу, у прыватнасці, на пазбаўленне ліцэнзій прыватных медыцынскіх цэнтраў у выніку рэпрэсійных мер,¹⁰ а таксама на масавае закрыццё ўстаноў аховы здароўя ў малых населеных пунктах.¹¹

Адначасова эксперты падкрэсліваюць, што фармальна высокая забяспечанасць бальнічнымі ложкамі не кампенсуе дэфіцыт сучаснага, спраўнага абсталявання і кваліфікаванага персаналу. Гэта абмяжоўвае здольнасць устаноў забяспечваць не толькі фізічнае размяшчэнне пацыентаў, але і выкананне неабходных дыягнастычных і лячэбных умяшанняў у клінічна значныя тэрміны.

Рэкамендацыі міжнародных механізмаў таксама звяртаюць увагу на недастатковую арыентаванасць сістэмы аховы здароўя на патрэбы ўразлівых груп. Так, неаднаразова згадваліся недахоп крызісных пакояў і прытулкаў для ахвяр хатняга і гендарнага гвалту¹², а таксама часовых прытулкаў для ахвяр гандлю людзьмі.¹³ Нацыянальныя эксперты адзначалі таксама, сярод іншага, **адсутнасць** дастатковай колькасці стацыянарных рэабілітацыйных аддзяленняў для працы з людзьмі з досведам залежнасці.

⁸ [знізілася] з 7 да 3,5 пункта: гл. кампанент «Агульныя прынцыпы» ў рэалізацыі права на здароўе: <https://index.belhelcom.org/>

⁹ [Права на здароўе 2023](#), [Права на здароўе 2021](#)

¹⁰ [Права на здароўе 2023](#)

¹¹ [Права на здароўе 2021](#), [Права на здароўе 2022](#), [Права на здароўе 2023](#). У якасці ілюстрацыі дадзенай праблемы можна прывесці «рэарганізацыю» ўчастковай бальніцы ў аграгарадку Светілавічы: у 2025 годзе міжраённае аддзяленне ранняй медыцынскай рэабілітацыі (20 ложкаў), якое шмат гадоў [функцыянавала](#) на яе базе, было пераведзена ў раённую бальніцу, размешчаную прыкладна за 30 км ад аграгарадка. Нягледзячы на фармальнае павелічэнне ложкавага фонду на новым месцы, для жыхароў Светілавічаў і бліжэйшых населеных пунктаў гэта фактычна азначае страту лакальнага доступу да стацыянарнай рэабілітацыйнай дапамогі, у той час як на месцы засталіся толькі амбулаторныя службы, сястрынскі догляд і пункт хуткай медыцынскай дапамогі: <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

Наяўнасць падрыхтаванага ўрачэбнага і медыцынскага персаналу, які атрымлівае канкурэнтаздольнае на ўнутраным узроўні ўзнагароджанне

Абмежаванне доступу да статыстычных дадзеных і магчымасцяў правядзення незалежных даследаванняў ускладняе ацэнку кадровай сітуацыі, аднак даступныя звесткі сведчаць пра яе ўстойлівае пагаршэнне. Незалежныя даследаванні ўказваюць на звышэнне афіцыйных ацэнак колькасці практыкуючых урачоў. Паводле падлікаў Фонду медыцынскай салідарнасці Беларусі, фактычныя страты сярэдняга медыцынскага персаналу за апошнія дзесяцігоддзі складаюць каля сарака тысяч спецыялістаў, што сведчыць пра сістэмны характар праблемы.

Афіцыйная статыстыка¹⁴ не адлюстроўвае масавы адток спецыялістаў, які паскорыўся ў выніку рэпрэсіўнай палітыкі дзяржавы пасля 2020 года. Эксперты Індэкса паслядоўна фіксуюць якаснае пагаршэнне сітуацыі з забяспечанасцю насельніцтва медыцынскімі спецыялістамі. Пры гэтым меры, якія прымаюцца дзяржавай, не ўхіляюць ключавых прычын дэфіцыту, звязаных з цяжкімі ўмовамі працы медыкаў, неканкурэнтаздольнай аплатай працы, арыентацыяй на прымус у палітыцы ўтрымання кадрў у краіне, а таксама з пераследам іншадумства, што, у тым ліку, прыводзіць да абмежавання працоўных правоў медыцынскіх работнікаў.¹⁵

Нацыянальныя эксперты адзначаюць фармальны падыход да ацэнкі забяспечанасці медыцынскімі работнікамі, што прыводзіць да з'яўлення на месцах некваліфікаваных спецыялістаў; пры гэтым у сельскіх рэгіёнах фіксуюцца выпадкі адсутнасці спецыялістаў, якія маюць неабходную кваліфікацыю.¹⁶

Міжнародныя механізмы ўказваюць таксама на недахоп кваліфікаваных кадрў для працы з уразлівымі групамі — дзецьмі,¹⁷ людзьмі з інваліднасцю,¹⁸ ахвярамі гэндарнага гвалту,¹⁹ жанчынамі, якія знаходзяцца ў месцах пазбаўлення волі,²⁰ — а таксама на ўстойлівую праблему дэфіцыту кваліфікаванага і бесстаронняга медыцынскага персаналу ў месцах утрымання пад вартай — праблему, якая адзначалася рознымі механізмамі на працягу некалькіх справаздачных цыклаў.²¹

¹⁴ <https://www.belstat.gov.by/upload/iblock/3f3/5xvzuapkxahc813whcc53fniit7yeuz.pdf>, гл. раздзел 6.1 «Асноўныя паказчыкі аховы здароўя».

¹⁵ Беларускаму фонду медыцынскай салідарнасці вядома як мінімум пра 299 работнікаў сферы аховы здароўя, якія падвергліся палітычным рэпрэсіям у перыяд з 2020 па канец 2024 года; сярод іх — у тым ліку найбольш запатрабаваныя ў краіне вузкія спецыялісты: <https://www.belhalat.news/articles/itogi-2024-go-chast-chetvertaya>. Аб палітычных звальненнях, стварэнні перашкод для наступнага працаўладкавання, масавых арыштах спецыялістаў і, як вынік, дэфіцыце персаналу гл. таксама: Права на здароўе 2020–2024: <https://index.belhelcom.org/>

¹⁶ Права на здароўе 2023, Права на здароўе 2024

¹⁷ CRC/C/BLR/CO/3-4 (2011), п. 21; КПП/С/BLR/CO/5-6 (2020) nn. 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), nn. 53-54

Наяўнасць матэрыяльна-тэхнічнай базы і медыцынскіх прэпаратаў

На працягу некалькіх гадоў нацыянальныя эксперты паслядоўна фіксуюць адставанне матэрыяльна-тэхнічнай базы сістэмы аховы здароўя, выкарыстанне састарэлага абсталявання (асабліва ва ўстановах аховы здароўя ў сельскай мясцовасці), а таксама тэндэнцыю да эканоміі на абслугоўванні медыцынскага абсталявання.²²

Адзначаецца таксама абмежаваная даступнасць шэрагу лекавых сродкаў.²³ Палітыка «замышчэння імпарту» **вядзе** да пераважнай арыентацыі сістэмы на выкарыстанне айчынных аналагаў, якасць і рэгістрацыя якіх кантралююцца Міністэрствам аховы здароўя, якое адначасова нясе адказнасць за іх прасоўванне. Асобныя міжнародныя ацэнкі ўказваюць²⁴ на сярэдне-высокі ўзровень забяспечанасці насельніцтва базавымі прэпаратамі. У той жа час нацыянальныя эксперты фіксуюць, сярод іншага, праблемы з доступам да замежных прэпаратаў для хіміятэрапіі,²⁵ недахоп прэпаратаў для імунатэрапіі і лячэння анкалагічных захворванняў,²⁶ а таксама адсутнасць доступу да замежных вакцын супраць COVID-19 (за выключэннем расійскай і кітайскай вакцын).²⁷

Паралельна адзначаюцца выпадкі адсутнасці доступу да сучасных высокавыдатковых відаў тэрапіі. У прыватнасці, пацыенты з рэдкімі захворваннямі (напрыклад, дзеці са спінальнай мышачнай атрафіяй, пацыенты з мукавісцыдозам) не атрымліваюць неабходныя дарагія прэпараты за кошт дзяржавы. Адсутнасць наладжанай сістэмы комплекснага ранняга ўмяшання, сучасных метадаў і інструментаў дыягностыкі і карэкцыі асобных захворванняў у дзяцей вымушае бацькоў вывозіць дзяцей за мяжу для атрымання лекаў, вакцын і лячэння, якія адсутнічаюць у Беларусі.²⁸

Міжнародныя механізмы, у сваю чаргу, звярталі ўвагу на неабходнасць забеспячэння дастатковай колькасці стацыянарных і мабільных устаноў, а таксама кваліфікаваных спецыялістаў для ўсеагульнага правядзення мамаграфіі; на

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 [Права на здароўе 2019, Права на здароўе 2021](#)

²³ У тым ліку пры ацэнцы гэтага параметра важна ўлічваць, што дадзеныя аб рэальным доступе да лекавых сродкаў застаюцца фрагментарнымі.

²⁴ Гл. даследаванне аб даступнасці хіміятэрапеўтычных прэпаратаў: <https://dam.esmo.org/image/upload/ESMO23-Insights-in-essential-medicine-availability-and-accessibility-Nathan-Cherny.pdf>, а таксама даследаванне аб наяўнасці супрацьракавых прэпаратаў: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11656608/pdf/12885_2024_Article_13247.pdf

²⁵ [Права на здароўе 2019](#)

²⁶ Там жа; у 2023–2024 гадах адзначалася падаражанне супрацьпухлінных і імунамадуруючых прэпаратаў на 22 % пры агульнай умеранай інфляцыі: <https://investigatebel.org/en/investigations/zakupka-lekarstv-u-brata-shakutina-dorogo>

²⁷ [Права на здароўе 2021, Права на здароўе 2022](#)

²⁸ [Права на здароўе 2019](#)

неабходнасць забеспячэння кваліфікаванай псіхалагічнай дапамогі, рэабілітацыі і рэканструктыўнай хірургіі для жанчын з ракам малочнай залозы;²⁹ а таксама на абавязак гарантаваць своєчасовую дыягностыку шматрэзістэнтнага туберкулёзу, лячэнне і падтрымку пацыентаў у адпаведнасці з рэкамендацыямі СААЗ.³⁰

4.2. Даступнасць — фізічная, эканамічная, інфармацыйная

Даступнасць медыцынскіх устаноў, тавараў і паслуг без дыскрымінацыі

Міжнародныя механізмы паслядоўна адзначалі неабходнасць забеспячэння роўнага доступу да медыцынскіх устаноў, тавараў і паслуг, што, у тым ліку, прадугледжвае клопат пра даступнасць аховы здароўя для³¹: жанчын (уключаючы пажылых жанчын, жанчын з інваліднасцю, ЛБТІ-жанчын,³² жанчын, якія займаюцца прастытуцыяй³³), дзяцей (у тым ліку тых, хто знаходзіцца ў сітуацыі міграцыі, і дзяцей-апатрыдаў³⁴), людзей, якія жывуць з ВІЧ,³⁵ асоб з інваліднасцю,³⁶ асоб ромскага паходжання,³⁷ ЛГБТК+ людзей.³⁸ У кантэксце ўмоў утрымання і доступу да медыцынскай дапамогі ў месцах несвабоды вылучаюцца асобныя рэкамендацыі³⁹ ў дачыненні да непаўналетніх, асуджаных за злачынствы, звязаныя з наркотыкамі,⁴⁰ жанчын-зняволеных⁴¹ і іншых уразлівых груп.

Нацыянальныя эксперты таксама паслядоўна фіксуюць крытычную сітуацыю з доступам да медыцынскіх паслуг, лекавых сродкаў і інфармацыі ў месцах несвабоды, асабліва ў выпадках, звязаных з пераследам па палітычных матывах.⁴²

Фізічная даступнасць

Нераўнамернае размеркаванне ўстаноў, тавараў і паслуг паміж буйнымі гарадамі і сельскай мясцовасцю паслядоўна адзначаецца як нацыянальнымі

²⁹ CEDAW/C/BLR/CO/7 (2011), п. 38

³⁰ E/C.12/BLR/CO/4-6 (2013), п. 26

³¹ Больш падрабязныя рэкамендацыі адносна рэалізацыі права на здароўе ў дачыненні да асобных уразлівых груп гл. ніжэй.

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 CRC/C/BLR/CO/3-4 (2011), п. 53; CRC/C/BLR/CO/5-6 (2020), п. 18(c)

³⁵ A/HRC/44/55 (2020), nn. 60–61; E/C.12/BLR/CO/7 (2022), nn. 39–40;

³⁶ CRC/C/BLR/CO/1 (2024), п. 22, 24, 49–50; A/HRC/WG.6/50/BLR/2 (2025), п. 50–54;

³⁷ A/HRC/44/55 (2020), nn. 90–91; A/HRC/WG.6/50/BLR/2, п. 21; Даклад арганізацый грамадзянскай супольнасці аб выкананні Рэспублікай Беларусь палажэнняў Міжнароднай канвенцыі аб ліквідацыі ўсіх формаў расавай дыскрымінацыі, п. 26

³⁸ Альтэрнатыўны даклад арганізацыі грамадзянскай супольнасці TG House, Універсальны перыядычны агляд, Беларусь, 2025.

³⁹ CRC/C/BLR/CO/5-6 (2020), п. 42(g)

⁴⁰ CEDAW/C/BLR/CO/7 (2011), п. 40

⁴¹ A/HRC/WG.6/50/BLR/2 (2025), nn. 74–75

⁴² Гл. экспертныя каментарыі адносна права на здароўе: <https://index.belhelcom.org/>

экспертамі,⁴³ так і міжнароднымі механізмамі. Акрамя вышэй згаданай праблемы з наяўнасцю дастатковай колькасці медыцынскіх устаноў у малых населеных пунктах, нацыянальныя эксперты звяртаюць увагу на ўскладненую транспартную даступнасць⁴⁴ існых устаноў аховы здароўя для жыхароў малых населеных пунктаў, абмежаваны пералік вузкіх спецыялістаў і медыцынскіх паслуг, а таксама абмежаваны доступ да экстраннай высокатэхналагічнай дапамогі па-за межамі буйных гарадоў.⁴⁵

Шэраг рэкамендацый міжнародных механізмаў надае асаблівую ўвагу прадстаўнікам уразлівых груп (перш за ўсё дзяўчынкам і жанчынам)⁴⁶, якія пражываюць у сельскай мясцовасці і з гэтай прычыны знаходзяцца ў асабліва ўразлівым становішчы. Захоўваецца неабходнасць сістэмнай працы па забеспячэнні фізічнай даступнасці аховы здароўя для асоб з інваліднасцю.⁴⁷ нацыянальныя эксперты адзначаюць «агульную недаступнасць або частковую даступнасць» сістэмы для гэтай групы насельніцтва.⁴⁸

Эканамічная даступнасць

Згаданыя вышэй рэкамендацыі міжнародных механізмаў адносна забеспячэння даступнасці аховы здароўя для асобных груп уключаюць у сябе і аспект эканамічнай даступнасці. Дадатковы акцэнт на ёй змяшчаецца ў наступных рэкамендацыях: забяспечыць эканамічную даступнасць бяспечных сучасных сродкаў кантрацэпцыі (у тым ліку гарманальных)⁴⁹; гарантаваць бясплатнае медыцынскае абслугоўванне для ўсіх дзяцей — у тым ліку замежных грамадзян і асоб без грамадзянства з часовым відам на жыхарства;⁵⁰ а таксама забяспечыць

⁴³ Аб адрозненнях у доступе да лекавых сродкаў, якія прадастаўляюцца бясплатна, паміж буйнымі гарадамі і сельскай мясцовасцю гл. Індэкс 2019; аб агульнай даступнасці ўстаноў, тавараў і паслуг у рэгіёнах гл. [Права на здароўе 2019](#), [Права на здароўе 2022](#).

⁴⁴ У якасці ілюстрацыі праблемы фізічнай даступнасці паслуг нацыянальныя эксперты звяртаюць увагу, у прыватнасці, на скарачэнне сеткі радзільных аддзяленняў, якое можа быць эканамічна мэтазгодным, аднак на практыцы — з улікам інфраструктурных абмежаванняў — прыводзіць да [павелічэння адлегласці да месца родаў](#) для жыхароў шэрагу рэгіёнаў.

⁴⁵ [Права на здароўе 2019](#); У прыватнасці, у шэрагу рэгіёнаў адсутнічае магчымасць своєчасова правесці каранаграфію пры інфаркце міякарда, экстраннае КТ і трамбалізис пры ішэмічным інсульте, які патрабуе аказання дапамогі ў кароткія тэрміны. Адсутнасць паўнаважнай санітарнай авіяцыі абмяжоўвае магчымасці хуткай транспарціроўкі цяжка пацярпелых з невялікіх населеных пунктаў у буйныя спецыялізаваныя цэнтры, здольныя аказаць медыцынскую дапамогу на сучасным узроўні.

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

⁴⁷ «...надаючы асаблівую ўвагу сэксуальнаму і рэпрадуктыўнаму здароўю жанчын і дзяўчынак, а таксама даступнай інфармацыі для людзей з аўтызмам, псіхасацыяльнымі і інтэлектуальнымі парушэннямі, парушэннямі зроку і слыху»: CRPD/C/BLR/CO/1 (2024), п. 50

⁴⁸ Сярод асноўных праблем вылучаюцца адсутнасць разумных умоў і індывідуальнага суправаджэння; дэфіцыт аб'ектыўнай інфармацыі пра дыягназы і метады лячэння; стыгматызацыя і прадузатае стаўленне з боку медыцынскага персаналу; факты адмовы ў страхаванні жыцця і здароўя: [Пісьмовы ўклад грамадзянскай супольнасці ў межах разгляду Рэспублікі Беларусь Камітэтам па правах асоб з інваліднасцю, 2024](#); [Права на здароўе 2019](#)

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

⁵⁰ CRC/C/BLR/CO/3-4 (2011), п. 54

жанчынам, якія займаюцца прастытуцыяй, эканамічна даступныя медыцынскія паслугі без дыскрымінацыі.⁵¹

Нацыянальныя эксперты таксама адзначаюць эканамічную няроўнасць у доступе да лекавых сродкаў, асабліва для ўразлівых груп насельніцтва.⁵²

Даступнасць інфармацыі: права шукаць, атрымліваць і распаўсюджваць інфармацыю і ідэі, якія датычацца пытанняў здароўя

Агульная аўтарытарная тэндэнцыя абмежавання доступу да грамадска значнай інфармацыі, фільтрацыі і маніпулявання дадзенымі, а таксама неправамерных абмежаванняў на распаўсюджванне інфармацыі закранае і беларускую сістэму аховы здароўя. Ацэньваючы яе інфармацыйную даступнасць у 2019 годзе, эксперты Індэкса ўжо адзначалі фальсіфікацыю статыстычных дадзеных «практычна ва ўсіх сферах медыцыны».⁵³ Маніпуляванне дадзенымі або іх адсутнасць, а таксама пастаяннае скарачэнне аб'ёму публічна даступнай інфармацыі аб ахове здароўя фіксаваліся і ва ўсе наступныя гады.⁵⁴

Дадзеныя, якія прадастаўляюцца афіцыйнымі крыніцамі, часта з'яўляюцца няпоўнымі або супярэчлівымі. У прыватнасці, з 2020 года па красавік 2025 года не публікавалася афіцыйная інфармацыя аб нараджальнасці і смяротнасці;⁵⁵ адсутнічае ўзгодненасць у дадзеных аб колькасці бальнічных ложкаў і медыцынскіх спецыялістаў;⁵⁶ няма выразных звестак аб дзяржаўных выдатках на сістэму аховы здароўя. У раздзеле «Статыстыка аховы здароўя» на сайце Нацыянальнага статыстычнага камітэта 34 % паказчыкаў не абнаўляюцца як мінімум з 2020 года.

Сярод асобных праяў сістэмнай праблемы непразрыстасці таксама адзначаюцца замоўчванне маштабаў успышак захворванняў⁵⁷ і эпідэміяў,⁵⁸ фальсіфікацыя

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

⁵² [Права на здароўе 2019](#)

⁵³ Там жа.

⁵⁴ Права на здароўе 2019–2024: <https://index.belhelcom.org/>; <https://news.zerkalo.io/economics/8037.html>

⁵⁵ Нават апублікаваная інфармацыя пакідае прамежак з 2019 па 2024 год, што не дазваляе зрабіць высновы аб натуральным руху насельніцтва ў гэты перыяд на падставе афіцыйных дадзеных: <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 <https://news.zerkalo.io/life/88727.html?c;> [https://civicmonitoring.health/post/hospital-availability-2023/;](https://civicmonitoring.health/post/hospital-availability-2023/) https://t.me/belhalat_by/9290

⁵⁷ У прыватнасці, сітуацыя 2024 года са ўспышкай гепатыту А: https://t.me/belhalat_by/9361, а таксама рост захворвання на коклюш: <https://charter97.org/ru/news/2024/6/27/600668/>

⁵⁸ Гл. сітуацыю з утойваннем статыстыкі ў разгар эпідэміі COVID-19: вось што вырашыў Белстат. Мы тлумачым, якую статыстыку хавалі ад беларусаў

статыстыкі па вакцинацыі⁵⁹ і дзіцячай смяротнасці,⁶⁰ перабоі ў пастайках вакцын і лекавых сродкаў, у тым ліку ў выніку **непразрыстай сістэмы** дзяржаўных закупак.

Міжнародныя механізмы надаюць асаблівую ўвагу праву грамадскасці, асабліва ўразлівых груп, шукаць і атрымліваць якасную інфармацыю па пытаннях здароўя. Рэкамендацыі, адрасаваныя Беларусі ў гэтым кантэксце, уключалі: пашырэнне інфармацыйных кампаній па ВІЧ,⁶¹ укараненне заснаванага на навуковых дадзеных і ўзроставых асаблівасцях сэксуальна-рэпрадуктыўнага асветніцтва ў школьныя праграмы,⁶² забеспячэнне даступнасці інфармацыі і камунікацыі ў сістэме аховы здароўя для асоб з аўтызмам, псіхасацыяльнымі і інтэлектуальнымі парушэннямі, а таксама для людзей з парушэннямі зроку і слыху⁶³.

Варта адзначыць, што абмежаванні тычацца не толькі доступу да грамадска значнай інфармацыі, але і магчымасцяў яе распаўсюджвання,⁶⁴ а таксама незалежнага ўдзелу ў прыняцці рашэнняў па пытаннях аховы здароўя на розных узроўнях. Ліквідацыя профільных няўрадавых арганізацый (гл. ніжэй), прымяненне «антыэкстрэмісцкага» заканадаўства, у тым ліку для абмежавання доступу да платформаў нізавой мабілізацыі,⁶⁵ а таксама выхад з Орхускай канвенцыі звужэння і без таго абмежаваную прастору для незалежнай ініцыятывы і магчымасці ўплываць на працэсы прыняцця рашэнняў у сферы аховы здароўя.

Абмежаванні доступу да інфармацыі закранаюць і медыцынскую прафесію, асабліва ў выпадках, звязаных з выездам за мяжу: удзел у міжнародных канферэнцыях і іншых мерапрыемствах, якія забяспечваюць навучанне і абмен досведам, патрабуе атрымання дазволу на ўзроўні міністэрства.

4.3. Прымальнасць⁶⁶

Назіранні нацыянальных экспертаў і рэкамендацыі міжнародных органаў у частцы прымальнасці *сыходзяцца ў неабходнасці прымянення падыходу*, заснаванага на правах чалавека, асабліва ў працы з уразлівымі групамі.

⁵⁹ https://t.me/belhalat_by/9299; *Права на здароўе 2019, Права на здароўе 2022*.

⁶⁰ На працягу дзесяцігоддзяў фіксуюцца выпадкі фальсіфікацыі статыстыкі дзіцячай смяротнасці, калі выкідкі афармляюцца як абарты; прымусовага медыцынскага ўмяшання – штучнага правакавання выкідка або стымуляцыі родаў без інфармаванай згоды жанчыны; прызначэння медыцынскіх працэдур дзеля паказчыкаў, а не дзеля здароўя маці і дзіцяці: *Права на здароўе 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), nn. 39(e)-40(e)

⁶³ CRPD/C/BLR/CO/1 (2024), п. 50(a)

⁶⁴ Гл. неправамерныя абмежаванні свабоды выказвання меркаванняў у межах сістэмнай, шырокамаштабнай палітыкі падаўлення іншадумства: Нацыянальны індэкс правоў чалавека, *Свабода выказвання меркаванняў* (2020-2024) <https://index.belhelcom.org/>

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

⁶⁶ «Усе ўстановы, тавары і паслугі ў сферы аховы здароўя павінны адпавядаць прынцыпам медыцынскай этыкі і культурным крытэрыям, гэта значыць культуры асобных асоб, меншасцяў, народаў і супольнасцяў, улічваюць патрабаванні ўдачненні да гендарнай праблематыкі і ладу жыцця, а таксама быць накіраванымі на захаванне канфідэнцыяльнасці і паляпшэнне стану здароўя адпаведных асоб»

У прыватнасці, адзначаецца неабходнасць выкарыстання такога падыходу пры лячэнні асоб, якія злоўжываюць алкаголем або ўжываюць наркатыкі;⁶⁷ стварэння арыентаванай на чалавека сістэмы падтрымкі для асоб з інваліднасцю;⁶⁸ гарантавання жанчынам недобраахвотнага перадперапынкавага кансультавання, а таксама магчымасці прымаць свабодныя і інфармаваныя рашэнні адносна свайго цела і права на аборт без умяшання партнёраў, сваякоў або рэлігійных актараў.⁶⁹

Эксперты таксама адзначаюць устойлівыя праблемы адсутнасці гуманнага падыходу ў дачыненні да людзей з псіхічнымі захворваннямі, выкарыстанне сістэмы аховы здароўя ў якасці рэпрэсійнага інструмента,⁷⁰ а таксама рызыкі парушэння канфідэнцыі медыцынскай інфармацыі.⁷¹

4.4. Якасць⁷²

Ацэньваючы ўстановы, тавары і паслугі беларускай сістэмы аховы здароўя ў 2019 годзе, нацыянальныя эксперты адзначалі іх агульную прымальнасць з навуковага і медыцынскага пунктаў гледжання. У той жа час фіксаваліся нізкая кваліфікацыя часткі медыцынскага персаналу, выкарыстанне састарэлых пратаколаў лячэння для асобных захворванняў, абмежаваная эфектыўнасць і навуковая прымальнасць шэрагу айчынных аналагаў лекавых сродкаў.⁷³ Адзначаліся таксама праблемы з навуковай абгрунтаванасцю інфармацыі, якая размяшчаецца медыцынскімі ўстановамі.⁷⁴

Міжнародныя механізмы ў сваіх высновах і рэкамендацыях звярталі ўвагу, у прыватнасці, на неабходнасць павышэння якасці медыцынскіх паслуг, якія аказваюцца дзецям, у тым ліку акушэрскай дапамогі;⁷⁵ забеспячэння якаснай

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

⁶⁸ CRPD/C/BLR/CO/1 (2024), п. 49-50; [Права на здароўе 2019](#)

⁶⁹ CEDAW/C/BLR/CO/9 (2025), пп. 45-46

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

⁷¹ У дачыненні да непаўналетніх дзяўчат, якія вядуць палавое жыццё, а таксама людзей, якія жывуць з ВІЧ, гл. [Права на здароўе 2019](#).

⁷² «Установы, тавары і паслугі ў сферы аховы здароўя, акрамя культурнай адпаведнасці, павінны таксама быць прымальнымі з навуковага і медыцынскага пунктаў гледжання і характарызавацца высокай якасцю. Для гэтага, у прыватнасці, неабходна наяўнасць кваліфікаванага медыцынскага персаналу, навукова правяраных і прыдатных лекавых сродкаў і медыцынскага абсталявання, бяспечнай пітной вады і належных санітарных паслуг.»

⁷³ [Права на здароўе 2019](#)

⁷⁴ Сярод іншага, на афіцыйных сайтах шэрагу лячэбных устаноў былі выяўленыя грубыя фактаграфічныя памылкі ў матэрыялах аб вакцынацыі супраць віруса папіломы чалавека, у тым ліку недаказаныя сцвярджэнні адносна шляхоў перадачы ВПЧ; прыклады гл. тут: https://drive.google.com/drive/folders/1LXNbE_vTkQUhnURYPqtKlmi_t6UTAvAh

⁷⁵ CRC/C/BLR/CO/5-6 (2020), п. 60(b)

медыцынскай дапамогі для вайскоўцаў;⁷⁶ паляпшэння даступнасці і якасці медыцынскага абсталявання і паслуг для асоб з інваліднасцю;⁷⁷ а таксама павышэння якасці паслуг наведвання на даму ў межах сістэмы першаснай медыка-санітарнай дапамогі шляхам увядзення маніторынгу развіцця дзіцяці.⁷⁸

Наступствы неправамернага абмежавання свабоды выказвання меркаванняў і свабоды сходаў для рэалізацыі права на здароўе

Масавая ліквідацыя профільных няўрадавых арганізацый і ініцыятыў у межах рэпрэсіўнай палітыкі дзяржавы, а таксама іншыя неправамерныя абмежаванні свабоды аб'яднанняў і свабоды выказвання меркаванняў — нягледзячы на неаднаразовыя рэкамендацыі міжнародных механізмаў па ўмацаванні супрацоўніцтва з профільнымі арганізацыямі і ўзмацненні іх фінансавання⁷⁹ — дадаткова звужаюць магчымасці рэалізацыі права на здароўе **ва ўсіх яго ключавых кампанентах**.

Экспертныя меркаванні, акумуляваныя ў Індэксе, сведчаць пра пагаршэнне сітуацыі ў аспектах наяўнасці, даступнасці (у значнай ступені — інфармацыйнай), якасці і прымальнасці ўстаноў, тавараў і паслуг у сувязі са знікненнем арганізацый, якія ў асобных сегментах бралі на сябе функцыі дзяржавы. Негатыўныя наступствы масавай ліквідацыі профільных арганізацый закранулі, сярод іншых, асоб з досведам залежнасці,⁸⁰ ахвяр хатняга гвалту,⁸¹ дзяцей і падлеткаў,⁸² дзяцей з расстройтвамі аутыстычнага спектра,⁸³ ВІЧ-позітыўных людзей⁸⁴ і іншыя ўразлівыя групы.

У выніку ў Беларусі практычна адсутнічаюць як незалежныя прафесійныя ўрачэбныя супольнасці, так і супольнасці пацыентаў. Арганізацыі, якія працягваюць дзейнічаць, фактычна інтэграваныя ў дзяржаўную сістэму і не выконваюць функцый, якія ў еўрапейскай практыцы традыцыйна ўскладаюцца на незалежныя прафесійныя структуры, у тым ліку распрацоўку стандартаў дыягностыкі і лячэння, удзел у фарміраванні клінічных пратаколаў, арганізацыю паслядыпломнай адукацыі і іншыя.

⁷⁶ A/HRC/44/55 (2020), раздз. 65

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 [Права на здароўе 2021](#)

⁸¹ [Права не падвяргацца катаванням і жорсткаму абыходжанню 2023](#)

⁸² [Права на здароўе 2021](#)

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

⁸⁴ [Права на здароўе 2021](#)

V. БАЗА МІЖНАРОДНЫХ РЕКАМЕНДАЦЫЙ ПА ПРАВЕ НА ЗДAROУЕ

Сістэмныя праблемы, апісаныя ў папярэднім раздзеле, звязаныя з наяўнасцю ўстаноў аховы здароўя, тавараў і паслуг, іх даступнасцю, прымальнасцю і якасцю, а таксама працяглае пагаршэнне сітуацыі ў выніку рэпрэсіўнай дзяржаўнай палітыкі, якая закранае і сферу аховы здароўя, **непрапарцыйна моцна адбіваюцца на ўразлівых групах беларускага грамадства**. У гэтай сувязі асаблівае значэнне набываюць ацэнкі і рэкамендацыі міжнародных механізмаў, якія надаюць прыярытэтную ўвагу абароне правоў менавіта гэтых груп.

Для мэт дадзенага дакладу былі прааналізаваныя 37 дакументаў, прынятых міжнароднымі механізмамі ў галіне правоў чалавека ў сувязі з сітуацыяй у Беларусі. З іх было адабрана 188 цытат (вытрымак), якія датычацца права на здароўе. Гэтыя дадзеныя ахопліваюць увесь перыяд незалежнасці Беларусі — з 1991 па 2025 гады.

Сярод рэкамендацый, у тым ліку, адзначаюцца пэўныя поспехі і прызнаюцца намаганні Беларусі, што ў асноўным характэрна для дакументаў Універсальнага перыядычнага агляду і добраахвотных нацыянальных аглядаў Мэтаў устойлівага развіцця. Значным фактарам пазітыўнага міжнароднага іміджу з'яўляецца заяўленая прыхільнасць Беларусі прынцыпам сацыяльнай дзяржавы, у прыватнасці — забеспячэнне насельніцтва бясплатным аховай здароўя (УПА 2015, 2021). У кантэксце ўстойлівага развіцця падкрэсліваліся зніжэнне дзіцячай смяротнасці, ахова мацярынства і эфектыўная барацьба з распаўсюджваннем ВІЧ/СНІДу сярод моладзі (УПА 2021). Станоўчую ацэнку атрымалі таксама намаганні па рэабілітацыі тэрыторый, пацярпелых у выніку аварыі на Чарнобыльскай АЭС (УПА 2021).

У той жа час аналіз рэкамендацый дагаворных органаў ААН і спецыяльных працэдур выяўляе шэраг ужо згаданых **сістэмных праблем** у сферы права на здароўе, якія ахопліваюць шырокі спектр аспектаў — ад даступнасці паслуг для ўразлівых груп да ўмоў утрымання ў закрытых установах.

5.1. Найбольш часта згадваныя праблемы

Доступ да медыцынскай дапамогі і ўмовы ўтрымання ў месцах пазбаўлення волі

Адной з найбольш часта згаданых праблем з'яўляецца стан здароўя зняволеных і якасць медыцынскай дапамогі ў пенітэнцыярнай сістэме. Міжнародныя органы выказваюць сур'ёзную заклапочанасць у сувязі з перапоўненасцю месцаў

пазбаўлення волі, адсутнасцю належнай і своєчасовай медыцынскай дапамогі, што ў шэрагу выпадкаў прыводзіць да смерці зняволеных. Камітэт па правах чалавека⁸⁵ неаднаразова ўказваў на паведамленні пра самагубствы і смерці зняволеных у выніку адсутнасці адэкватнай медыцынскай дапамогі і заклікаў палепшыць умовы ўтрымання ў адпаведнасці з Правіламі Нэльсана Мандэлы.

Спецыяльны дакладчык па сітуацыі з правамі чалавека ў Беларусі адзначаў⁸⁶ недахоп кваліфікаванага і незалежнага медыцынскага персаналу ў месцах пазбаўлення волі, што прыводзіць да пагаршэння стану здароўя і інваліднасці зняволеных. Камітэт па ліквідацыі дыскрымінацыі ў дачыненні да жанчын і Камітэт па правах інвалідаў звярталі ўвагу на нездавальняючыя санітарна-гігіенічныя ўмовы для жанчын-зняволеных, а таксама на выпадкі смерці асоб з інваліднасцю ў месцах утрымання пад вартай.⁸⁷

Сексуальнае і рэпрадуктыўнае здароўе і правы

Пытанні сэксуальнага і рэпрадуктыўнага здароўя рэгулярна падымаюцца ў рэкамендацыях міжнародных механізмаў, перадусім Камітэта па ліквідацыі дыскрымінацыі ў дачыненні да жанчын (КЛДЖ). Заклапочанасць выклікаюць як даступнасць адпаведных паслуг, так і ўзровень інфармаванасці насельніцтва.

КЛДЖ на працягу многіх гадоў заклікае ўрад пашырыць доступ да сучасных і эканамічна даступных метадаў кантрацэпцыі з мэтай зніжэння колькасці абортў, а таксама выказвае занепакоенасць ростам антыабортнага руху і ўвядзеннем абавязковага перадперапынкавага кансультавання, якое можа падрываць аўтаномію жанчын⁸⁸.

Камітэт па правах дзіцяці і КЛДЖ указваюць на неабходнасць укаранення ў школьныя праграмы абавязковай, комплекснай і навукова абгрунтаванай сэксуальнай адукацыі для павышэння ўзроўню інфармаванасці падлеткаў адносна рэпрадуктыўнага здароўя, метадаў кантрацэпцыі і прафілактыкі інфекцый, якія перадаюцца палавым шляхам⁸⁹.

КЛДЖ таксама выказваў заклапочанасць ростам анкалагічных захворванняў сярод жанчын і рэкамендаваў прыняць меры для забеспячэння ўсеагульнага скрынінгу рака малочнай залозы і шыйкі маткі, асабліва для жанчын, якія пражываюць у сельскай мясцовасці⁹⁰.

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.

На практыцы фіксуецца праблема позняга інфармавання маладых жанчын з анкалагічнымі захворваннямі аб магчымасці захавання фертыльнасці: пацыенткі даведваюцца пра праграму крыякансервацыі яйцаклетак ужо пасля пачатку агрэсіўнай хіміятэрапіі, калі рэпрадуктыўны патэнцыял незваротна зніжаецца. Такая практыка парушае права на своечасовую і поўную медыцынскую інфармацыю і фактычна пазбаўляе жанчын магчымасці рэалізаваць свае рэпрадуктыўныя правы.

Палітыка ў дачыненні да ВІЧ/СНІДу і барацьба са стыгмай

Нягледзячы на пэўныя поспехі ў барацьбе з распаўсюджваннем ВІЧ, міжнародныя механізмы ўказваюць на шэраг заканадаўчых і палітычных бар'ераў, якія перашкаджаюць эфектыўнай прафілактыцы і лячэнню. Да ключавых праблем адносяцца крміналізацыя перадачы ВІЧ і абавязковае тэсціраванне для асобных груп насельніцтва,⁹¹ а таксама недастатковая абарона канфідэнцыянасці медыцынскіх дадзеных.⁹² Гэтыя фактары фарміруюць атмасферу страху і стыгматызацыі, якая замінае людзям звяртацца па дапамогу і праходзіць тэсціраванне.

Псіхічнае здароўе і падыходы да лячэння залежнасцей

Рэкамендацыі ў галіне псіхічнага здароўя закранаюць як сістэмныя праблемы, так і падыходы да лячэння. Асаблівую трывогу выклікае высокі ўзровень самагубстваў сярод падлеткаў, што патрабуе ўзмацнення службаў псіхалагічнай падтрымкі ў школах.⁹³ Камітэт па правах інвалідаў (КПІ) выказвае заклапочанасць практыкай прымусовай шпіталізацыі і лячэння асоб з псіхасацыяльнымі парушэннямі⁹⁴.

Асобнай увагі заслугоўвае практыка накіравання асоб з алкагольнай і наркатычнай залежнасцю ў лячэбна-працоўныя прафілакторыі, якую Камітэт па эканамічных, сацыяльных і культурных правах разглядае як форму прымусовай працы, а не лячэння,⁹⁵ што з'яўляецца грубым парушэннем правоў чалавека. Камітэт заклікае ліквідаваць гэтую сістэму і перайсці да падыходаў, заснаваных на павазе да правоў чалавека, уключаючы добраахвотнае лячэнне і праграмы зніжэння шкоды⁹⁶.

5.2. Хранічныя праблемы

Аналіз масіва рэкамендацый дазваляе вылучыць так званыя «хранічныя праблемы» — тыя, што згадваюцца ўжо ў самых ранніх з даступных рэкамендацый

⁹¹ A/HRC/46/5, 2021

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

⁹³ CRC/C/BLR/CO/5-6, 2020

⁹⁴ CRC/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

(з 1990-х гадоў) і працягваюць фігураваць у дакументах на працягу многіх гадоў, а нярэдка і дзесяцігоддзяў. Гэта сведчыць пра іх глыбока ўкаранёны, сістэмны характар і пра недастатковы прагрэс у іх вырашэнні..

Наступствы аварыі на Чарнобыльскай АЭС

Праблема наступстваў Чарнобыльскай катастрофы для здароўя насельніцтва з’яўляецца адной з самых старажытных і ўстойлівых. У 1990-я гады Камітэт па правах дзіцяці (КПД) і Камітэт па эканамічных, сацыяльных і культурных правах (КЭСКП) выказвалі агульную заклапочанасць станам здароўя насельніцтва і дзяцей, якія пражываюць на забруджаных тэрыторыях.⁹⁷ Да 2010-х гадоў фокус рэкамендацый зрушыўся ў бок больш канкрэтных і доўгатэрміновых наступстваў. КПД і Камітэт па ліквідацыі дыскрымінацыі ў дачыненні да жанчын (КЛДЖ) пачалі ўказваць на рост пэўных захворванняў, у тым ліку рака шчытападобнай залозы ў дзяцей і анкалагічных захворванняў у жанчын, а таксама заклікаць да ўзмацнення мер па ранняй дыягностыцы і спецыялізаваным лячэнні⁹⁸.

Здароўе ў пенітэнцыярнай сістэме

Праблема забеспячэння права на здароўе ў месцах пазбаўлення волі таксама застаецца хранічнай. Скаргаў на неадпаведную медыцынскую дапамогу і жорсткае абыходжанне зафіксавана ўжо больш за дзесяць гадоў. Яшчэ ў 2010 годзе Камітэт па правах чалавека ў сваім рашэнні па індывідуальнай скарге⁹⁹ выявіў парушэнне правоў зняволенага, які не атрымаў неабходнага лячэння пасля інсульту. Гэтая праблема працягвае падымацца ў рэкамендацыях розных механізмаў да 2024-2025 гадоў і ахоплівае шырокі спектр парушэнняў: ад катаванняў і адсутнасці кваліфікаванага медыцынскага персаналу да смерцяў у месцах зняволення асоб з інваліднасцю і палітычных зняволеных¹⁰⁰.

Устойлівыя праблемы ў галіне гендарнай роўнасці і рэпрадуктыўнага здароўя

Рэкамендацыі Камітэта па ліквідацыі дыскрымінацыі ў дачыненні да жанчын дэманструюць значную пераемнасць у фармуляванні праблем. Заклікі забяспечыць шырокі і даступны доступ да сучаснай кантрацэпцыі, крыміналізаваць хатні гвалт і стварыць дастатковую колькасць прытулкаў для пацярпелых жанчын гучаць пачынаючы з 2000 года¹⁰¹ і практычна даслоўна паўтараюцца ў кожным наступным цыкле справаздачнасці – у 2004, 2011, 2016 і 2025 гг.

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

⁹⁸ CRC/C/BLR/CO/3-4, 2011; CEDAW/C/BLR/CO/7, 2011

⁹⁹ CCPR/C/99/D/1502/2006

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

¹⁰¹ A/55/38

5.3. Эвалюцыя падыходаў міжнародных механізмаў

З цягам часу змяняліся не толькі праблемы, якія стаяць перад Беларуссю, але і падыходы саміх міжнародных механізмаў у галіне правоў чалавека. Рэкамендацыі эвалюцыянавалі ад агульных заўваг да дэталёвых, юрыдычна вывераных патрабаванняў, якія адлюстроўваюць развіццё міжнародных стандартаў у галіне правоў чалавека. Масіў рэкамендацый па праве на здароўе ўмоўна можна падзяліць на тры этапы.

Ранні этап (1990-я – пачатак 2000-х гадоў) характарызуецца фокусам на базавых патрэбах і наступствах пераходнага перыяду. У гэты час рэкамендацыі мелі больш агульны характар. Яны былі сканцэнтраваныя на наступствах распаду СССР, эканамічных цяжкасцях пераходнага перыяду і катастрофе на Чарнобыльскай АЭС. Асноўная ўвага надавалася развіццю першаснай медыка-санітарнай дапамогі, зніжэнню колькасці абортаў праз планаванне сям’і і заахвочванню груднога кармлення¹⁰².

Сярэдзіна 2000-х – 2010-я гады, адзначаюцца тым, што рэкамендацыі становяцца больш канкрэтнымі і адраснымі. З’яўляецца дэталёвы аналіз праблем, звязаных з распаўсюджваннем ВІЧ і туберкулёзу, псіхічным здароўем падлеткаў, гвалтам у дачыненні да жанчын і ўмовам і месцах пазбаўлення волі. На гэтым этапе становіцца заўважным разыходжанне ў тональнасці: дагаворныя органы (КЛДЖ і КПЧ) фармулююць усё больш крытычныя і падрабязныя заўвагі, у той час як у межах Універсальнага перыядычнага агляду працягваюць гучаць больш агульныя і заахвочвальныя рэкамендацыі з боку іншых дзяржаў.

Сучасны этап (канец 2010-х – да цяперашняга часу) (характарызуецца канчатковым пераходам да праваабарончай мадэлі, асабліва ў рэкамендацыях Камітэта па правах інвалідаў (КПІ), які настойвае на адмове ад медыцынскай мадэлі інваліднасці і прымусовага лячэння.¹⁰³ Актыўна выкарыстоўваецца інтэрсекцыянальны падыход, які аналізуе, як перасякаюцца розныя фактары дыскрымінацыі (напрыклад, у дачыненні да жанчын у сельскай мясцовасці або жанчын з інваліднасцю). Акрамя таго, пасля палітычнага крызісу 2020 года парушэнні права на здароўе непасрэдна звязваюцца з палітычным кантэкстам: з’яўляюцца рэкамендацыі адносна стану здароўя палітычных зняволеных і пераследу праваабаронцаў і праваабаронніц, у тым ліку з пагрозамі прымусовай шпіталізацыі. Гучаць заклікі да дэрыміналізацыі (перадачы ВІЧ, ужывання наркатыкаў) і ўкаранення праграм зніжэння шкоды.

¹⁰² CRC/C/15/Add.17, 1994; E/C.12/1/Add.1/Rev.1, 1996

¹⁰³ CPI/C/BLR/CO/1, 2024

VI. АСНОЎНЫЯ ВЫСНОВЫ ПА ВЫНІКАХ АПЫТАННЯ АБ УСПРЫМАННІ ПРАВА НА ЗДAROЎЕ

Апытанне дазваляе зрабіць папярэднія высновы адносна ўспрымання права на здароўе, стаўлення да сістэмы аховы здароўя і бар'ераў у рэалізацыі гэтага права. Нягледзячы на абмежаваную выбарку, атрыманыя дадзеныя адлюстроўваюць характэрныя тэндэнцыі грамадскіх устаноў і асабістых пераваг.

Разуменне здароўя і права на здароўе

Большасць рэспандэнтаў звязваюць здароўе не толькі з адсутнасцю захворванняў, але і з фізічным і эмацыйным дабрабытам, дастатковасцю сіл і магчымасцю весці самастойнае жыццё. Такое ўспрыманне адпавядае міжнароднаму вызначэнню здароўя як стану фізічнага, псіхічнага і сацыяльнага дабрабыту.

Паняцце «права на здароўе» ўдзельнікі апытання ў першую чаргу звязваюць з абавязкам дзяржавы забяспечваць даступнасць і якасць медыцынскай дапамогі, а таксама з паважлівым стаўленнем і недыскрымінацыяй у сферы аховы здароўя. Пры гэтым права на ўдзел у прыняцці рашэнняў і на атрыманне інфармацыі аб медыцынскіх паслугах згадваецца значна радзей (16 % і 8 % адпаведна).

Паводзіны пры праблемах са здароўем і прафілактыка

Больш за палову апытаных (67%) аддаюць перавагу таму, каб самастойна змагацца з самаадчуваннем, выкарыстоўваючы абязбольвальныя, народныя сродкі або адпачынак. Толькі 18% адразу ж ідуць да доктара. Пры гэтым 54% адзначылі, што праходзяць прафілактычныя агляды па ўласнай ініцыятыве, што можа сведчыць пра давер да дыягностыкі, але не да медыцынскага абслугоўвання. Гэта спалучэнне сведчыць пра шырока распаўсюджаны недавер і жаданне мінімізаваць кантакт з афіцыйнай медыцынай.

Даступнасць і якасць медыцынскага абслугоўвання

Каля 33 % удзельнікаў апытання ацэньваюць эканамічную даступнасць медыцынскіх паслуг як недастатковую. Толькі 16 % рэспандэнтаў не адзначылі цяжкасцяў тэрытарыяльнага і арганізацыйнага доступу (чаргі, адлегласці, умовы для пажылых людзей і асоб з інваліднасцю). Якасць медыцынскіх паслуг ацэньваецца яшчэ горш: 66 % выбралі ацэнку «здавальняюча», 24 % — «дрэнна» і «вельмі дрэнна». Такім чынам, можна канстатаваць, што нават калі да асобных спецыялістаў захоўваецца давер, у цэлым сістэма ўспрымаецца як неэфектыўная і нязручная.

Інфармаванасць і звароты па абарону

Толькі 16 % апытаных добра арыентуюцца ў пераліку бясплатных медыцынскіх паслуг; большасць (66 %) ведаюць пра яго толькі часткова. Палова рэспандэнтаў лічыць, што звароты са скаргамі або водгукамі адносна працы медыцынскіх устаноў не маюць сэнсу. Гэта сведчыць пра нізкі ўзровень даверу да механізмаў зваротнай сувязі і ўспрыманне іх як неэфектыўных.

Крыніцы інфармацыі і гарызантальныя практыкі

Асноўнымі крыніцамі інфармацыі пра медыцынскія паслугі застаюцца інтэрнэт і асабістыя кантакты. 69 % атрымліваюць звесткі праз інтэрнэт і месенджары, 30 % – ад знаёмых. 66 % рэспандэнтаў лічаць карыснымі абмен досведам паміж людзьмі і ўзаемную падтрымку ў пытаннях здароўя. Пры гэтым каля трэці ведаюць пра існаванне ініцыятыў і супольнасцяў пацыентаў, але не ўдзельнічаюць у іх, а больш за палову – не ведаюць пра іх увогуле. Гэта пацвярджае значнасць нефармальных каналаў абмену і іх патэнцыял як механізму доступу да інфармацыі ва ўмовах нізкага даверу да афіцыйных крыніц.

Няроўнасць і індывідуальны падыход

Толькі траціна рэспандэнтаў не сутыкалася з выпадкамі няроўнага стаўлення ў сферы аховы здароўя. Няроўнае або несправядлівае стаўленне было звязана з узростам (30 %), станам здароўя (30 %), узроўнем даходу (30 %) або месцам пражывання (23 %). Ліш 16 % адзначылі, што лекары ўлічвалі іх індывідуальныя асаблівасці пры прызначэнні лячэння. Гэтыя дадзеныя сведчаць пра захаванне практык дыскрымінацыі і фармалізму пры аказанні медыцынскай дапамогі.

Давер і самацэнзура

Частка рэспандэнтаў устрымлівалася ад адказаў на адчувальныя пытанні (пра ўзрост, месца пражывання, ацэнку сістэмы аховы здароўя і інш.) або выбірала нейтральныя фармулёўкі «цяжка адказаць». Ва ўмовах абмежаванай свабоды выказвання меркаванняў і вядомай практыкі пераследу за ўдзел у апытаннях такія адказы могуць адлюстроўваць не адсутнасць пазіцыі, а асцярожнасць і недавер да ананімнасці.

| ЗАКЛЮЧЭННЕ

- Эвалюцыя нарматыўнай базы, якая рэгулюе права на здароўе, сведчыць пра паступовае звужэнне аб'ёму абавязкаў дзяржавы. Перамяшчэнне канстытуцыйных гарантый бясплатнай медыцынскай дапамогі ў плоскасць заканадаўча вызначаных мінімальных сацыяльных стандартаў – як аднаго з варыянтаў даступнага медыцынскага абслугоўвання, – а таксама адсутнасць адкрытага і інклюзіўнага абмеркавання праекта новага Кодэкса аб ахове здароўя ствараюць рызыкі зніжэння даступнасці медыцынскай дапамогі і прадказальнасці мадэлі яе аказання.
- Ключавыя кампаненты права на здароўе – наяўнасць, даступнасць, прымальнасць і якасць – характарызуюцца сістэмнымі праблемамі. Міжнародныя органы і нацыянальныя эксперты фіксуюць дэфіцыт кваліфікаваных кадраў, нераўнамернасць інфраструктуры, выкарыстанне састарэлага абсталявання, абмежаванні ў доступе да сучасных лекавых сродкаў і высоказатратнай тэрапіі, а таксама адсутнасць адаптаваных паслуг для ўразлівых груп. Дадзеныя апытання адлюстроўваюць аналагічную дынаміку: большасць рэспандэнтаў ацэньваюць якасць медыцынскіх паслуг як незадавальняючую або сярэднюю, значная частка аддае перавагу самалячэнню, а эканамічная і тэрытарыяльная даступнасць успрымаецца як абмежаваная.
- Маштаб і характар няроўнага стаўлення сведчаць пра недастатковую рэалізацыю прынцыпу недыскрымінацыі. Хоць медыцына ў Беларусі часта ўспрымаецца як фармальна агульнадаступная, міжнародныя рэкамендацыі паслядоўна дэманструюць устойлівую заклапочанасць доступам да медыцынскай дапамогі для жанчын, дзяцей, асоб з інваліднасцю, ЛГБТК+ людзей, людзей, якія жывуць з ВІЧ, жыхароў сельскіх тэрыторый і зняволеных. Дадзеныя апытання пацвярджаюць наяўнасць практык няроўнага стаўлення, пераважна звязаных з узростам, станам здароўя, узроўнем даходу і месцам пражывання.
- Абмежаванне доступу да інфармацыі і звужэнне прасторы для дзейнасці грамадзянскай супольнасці падрываюць механізмы падсправаздачнасці і ўдзелу грамадскасці ў прыняцці рашэнняў. Ліквідацыя профільных арганізацый і абмежаванні свабоды выказвання меркаванняў аслабляюць магчымасці насельніцтва і экспертаў уплываць на палітыку ў сферы аховы здароўя, што, у прыватнасці, непазбежна адаб'ецца на якасці распрацоўваемага Кодэкса аб ахове здароўя.

- Хранічныя праблемы захоўваюцца дзесяцігоддзямі, нягледзячы на неаднаразовыя міжнародныя рэкамендацыі, якія гучаць пачынаючы з 1990-х гадоў: доступ да медыцынскай дапамогі ў месцах несвабоды, наступствы аварыі на Чарнобыльскай АЭС, доступ да кантрацэпцыі і сэксуальнай адукацыі, барацьба са стыгмай у сферы ВІЧ, умовы для жанчын і дзяцей.
- Праваабарончы падыход з’яўляецца неабходнай умовай умацавання сістэмы аховы здароўя. Ключавыя элементы права на здароўе – наяўнасць, даступнасць, прымальнасць і якасць – у спалучэнні з агульнымі прынцыпамі рэалізацыі правоў чалавека (недыскрымінацыя, доступ да інфармацыі, празрыстасць і падсправаздачнасць) рэалізуюцца ў Беларусі фрагментарна.

Аналіз прававых пазіцый міжнародных кантрольных органаў па пытаннях права на здароўе ў Беларусі, беларускага заканадаўства і практыкі функцыянавання сістэмы аховы здароўя дазваляе сфармуляваць шэраг рэкамендацый, якія павінны былі б быць адрасаваныя дзяржаве. Аднак ва ўмовах аўтарытарнай закрытасці аўтары дакладу лічаць важным прыцягнуць увагу беларускай грамадзянскай супольнасці да найбольш істотных складнікаў права на здароўе:

- Для забеспячэння адпаведнасці нацыянальнага заканадаўства міжнародным абавязкам у галіне правоў чалавека, у тым ліку максімальна поўнай імплементацыі зместу артыкула 12 Міжнароднага пакта аб эканамічных, сацыяльных і культурных правах і Заўваг агульнага парадку № 14 (праваабарончага падыходу да права на здароўе) у заканадаўства і практыку, пры наяўнасці магчымасцяў важна весці працу з дзяржавай, якая нясе асноўныя абавязкі па рэалізацыі права на здароўе. Адначасова істотнае значэнне маюць дзеянні, накіраваныя на павышэнне асведамлёнасці людзей – носьбітаў правоў – адносна праваабарончага падыходу да права на здароўе.
- Шырокае абмеркаванне канстытуцыйнай і заканадаўчай рамкі права на здароўе можа спрыяць зніжэнню нявызначанасці ў аб’ёме дзяржаўных абавязкаў па забеспячэнні бясплатнай медыцынскай дапамогі і ўсталяванню выразных крытэрыяў даступнасці, якасці і прымальнасці.
- Пры адсутнасці празрыстага і інклюзіўнага працэсу распрацоўкі і абмеркавання праекта Кодэкса аб ахове здароўя важна выкарыстоўваць усе даступныя грамадзянскай супольнасці механізмы адвакатавання і публічнасці для павышэння асведамлёнасці людзей аб праве на здароўе ў цэлым і для ўплыву на змест праекта Кодэкса ў прыватнасці.

- Ва ўмовах абмежаваных магчымасцяў удзелу грамадзян, прафесійных медыцынскіх арганізацый і пацыенцкіх супольнасцяў у прыняцці рашэнняў істотнае значэнне набывае выкарыстанне інструментаў грамадскага кантролю і маніторынгу рэалізацыі права на здароўе з фокусам на праваабарончым падыходзе, у прыватнасці – на крытэрыях наяўнасці, даступнасці, прымальнасці і якасці медыцынскіх паслуг.