

Краткий независимый анализ состояния системы здравоохранения Беларуси

Материал подготовлен группой активистов независимого профсоюза медиков под руководством заместителя представителя Объединенного Переходного Кабинета Станислава Соловья при содействии Фонда медицинской солидарности Беларуси ByMedSol и медиапроекта «Белые халаты». Авторы благодарят инициативу BelPol за помощь.

На государственном портале «СБ. Беларусь сегодня» 26 марта 2026 года вышла обзорная статья о состоянии медицины «Белорусское здравоохранение укрепляет кадры и материально-техническую базу, расширяет экспорт и идет в цифру».

Белорусское здравоохранение развивается: в систему приходит все больше молодых специалистов, укрепляется кадровая и материально-техническая база. Уверенную работу отрасли обеспечивает модернизация инфраструктуры и стабильное финансирование. К тому же медицина страны все активнее выходит на внешний рынок, предлагая свои услуги за рубежом и укрепляя экспортные позиции. Одновременно набирает обороты цифровая трансформация: внедряются электронные сервисы, развивается телемедицина, создаются удобные платформы для пациентов и врачей. На фоне того, как многие страны Евросоюза сталкиваются с нехваткой кадров, перегрузкой больниц и угрозой финансовых разрывов, Беларусь делает ставку на устойчивость и развитие.

Мы — врачи и организаторы здравоохранения с собственным многолетним опытом — провели свой краткий анализ состояния белорусской системы здравоохранения и проверили, насколько заявления пропагандистского материала о достижении «стабильного финансирования и крепкой материально-технической базы» соответствуют действительности.

Краткие выводы (Executive Summary)

Анализ открытых международных и белорусских источников показывает, что официальный тезис о стабильности и развитии белорусского здравоохранения описывает только часть реальности. Ключевые выводы:

- **Финансирование.** Беларусь тратит на здравоохранение около 6,6% ВВП, или примерно 2200 долларов (с учетом паритета покупательной способности) на человека в год. Это существенно ниже среднего уровня ЕС (10,5% ВВП и около 6700 долларов ППС на человека) и ниже всех соседних стран ЕС, а также России. Латвия тратит на одного жителя в 1,4 раза больше, Литва и Польша — в 1,8–1,9 раза, Германия — в 4 раза больше.
- **Сердечно-сосудистая смертность.** Возраст-стандартизированная смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Беларуси (467 на 100 тыс., 2021) в 3,5 раза выше, чем в Германии, в 2,1 раза выше, чем в Польше, и в 1,2 раза выше, чем в России. Объем первичного чрескожного коронарного вмешательства при STEMI

(инфаркте миокарда с подъемом интервала ST) достигает 68%, тогда как в странах ЕС стандартом считается 90–95%.

- **Редкие заболевания с высокой смертностью и существующим лечением.** Беларусь не ввела национальный скрининг новорожденных на спинальную мышечную атрофию (СМА), тогда как в Польше, Литве и России он уже реализуется. Препараты для лечения СМА перечислены в клиническом протоколе, но не включены в Республиканский формуляр. Лечение не предоставляется и зависит от благотворительных сборов.
- **Платные услуги.** Государственные учреждения официально оказывают платные диагностические и хирургические услуги в выходные и праздничные дни — 130 тыс. услуг в 108 учреждениях за год. Это создает конкурирующую мотивацию внутри государственной системы и не решает проблему очередей по медицинским показаниям, увеличивая неравенство в доступе к услугам.
- **Зарплаты.** Средняя зарплата белорусского врача в 2025 году составила 1207 долларов до налогов — в 2–3 раза ниже, чем в Латвии и Литве, в 3–4 раза ниже, чем в Польше, и в 5–7 раз ниже, чем в Германии. Зарплата среднего медицинского персонала составляет 76,1% от средней зарплаты по стране, создавая усиленный отток специалистов из сферы даже внутри страны.
- **Подготовка специалистов.** Белорусский выпускник допускается к самостоятельной работе после 11-месячной интернатуры, тогда как в Польше, Литве и Латвии резидентура занимает 3–6 лет. Краткосрочная переподготовка позволяет менять специальность за несколько месяцев. Малое время подготовки приводит к снижению качества помощи и повышению рисков для пациентов.
- **Кадровая политика и обратная связь.** Удержание кадров обеспечивается распределением, пятилетней отработкой «целевиков», ростом числа работающих пенсионеров (+10,8% за 2025 год среди врачей) и совместительством на уровне 1,25. После 2020 года ликвидированы независимые профсоюзы и более 2000 НКО, что лишило систему публичных каналов профессиональной обратной связи.

Все вместе это показывает, что Беларусь, несмотря на широкую государственную сеть и базовую доступность медицинской помощи, существенно отстает от соседних стран ЕС по объему реальных ресурсов на одного пациента и по доступу к современной медицине. Без увеличения финансирования, реформы подготовки специалистов и восстановления независимых каналов обратной связи белорусское здравоохранение будет оставаться «фасадным» — способным показывать отдельные успехи в крупных центрах, но неспособным обеспечить современную и равную помощь всем гражданам.

1. Финансирование здравоохранения

Финансирование здравоохранения нельзя оценивать только по одной цифре. Для корректного сравнения важны как минимум три показателя: доля расходов на здравоохранение в ВВП, доля здравоохранения в государственных расходах и расходы на здравоохранение на одного жителя с учетом паритета покупательной способности (ППС). Первый показатель показывает, какую часть экономики страна направляет на здравоохранение. Второй — какое место здравоохранение занимает среди государственных приоритетов. Третий — какие реальные ресурсы система имеет на одного пациента.

По данным [World Bank](#) / [WHO Global Health Expenditure Database](#), текущие расходы на здравоохранение в Беларуси находятся примерно на уровне 6,6% ВВП. Государственные внутренние расходы на здравоохранение составляют около 4,7% ВВП и около 11,7% всех государственных расходов. Это означает, что Беларусь по уровню ресурсов ниже большинства соседних стран ЕС и существенно ниже стран Западной Европы.

Для сравнения: в странах OECD (Организация экономического сотрудничества и развития) в 2024 году на здравоохранение в среднем направлялось около 9,3% ВВП (в полтора раза больше, чем в Беларуси), а в 2023 году расходы на здравоохранение составляли в среднем 15,1% всех государственных расходов (в 1,3 раза больше, чем в Беларуси). В странах ЕС текущие расходы на здравоохранение в 2023 году составляли около 10,0% ВВП; Германия находилась на уровне 11,7% ВВП.

Таблица 1. Сопоставление относительных и абсолютных расходов на здравоохранение.

Страна	Текущие расходы, % ВВП	Расходы на 1 чел., ППС, \$	Относительно Беларуси	Год
Беларусь	6,6%	2 194	1,00	2023
Россия	7,0%	3 204	1,46	2023
Латвия	7,3%	3 034	1,38	2023
Литва	7,6%	4 127	1,88	2024
Польша	8,1%	3 939	1,80	2024
Германия	12,3%	8 826	4,02	2024
ЕС	10,5%	6 702	3,05	2024

Годы в таблице различаются, поскольку использован последний доступный сопоставимый показатель по каждой стране. Показатель расходов на человека приведен в international dollars с учетом ППС.

Из этих данных видно, что Беларусь является страной с минимальной долей расходов на здравоохранение в ВВП среди всех соседей и значительно отстает от флагмана ЕС Германии. Однако ключевая проблема состоит в другом: при меньшем размере экономики даже сопоставимая доля ВВП дает значительно меньший объем ресурсов на одного человека. В пересчете на душу населения расходы на здравоохранение в Латвии примерно в 1,4 раза выше, чем в Беларуси, в Литве и Польше — примерно в 1,8–1,9 раза выше, а в Германии — примерно в 4 раза выше. Именно этот показатель лучше отражает реальные возможности системы: сколько можно потратить на оплату труда, диагностику, лекарства, расходные материалы, оборудование, инфраструктуру и новые технологии.

Для современной медицины это различие имеет практические последствия. Часть расходов здравоохранения зависит от внутренних цен: зарплаты, коммунальные услуги, часть

строительных и административных расходов. Но значительная часть современной медицины связана с внешним рынком: в других странах закупается диагностическое оборудование, расходные материалы для высокотехнологичных вмешательств, оригинальные препараты, современные онкологические и орфанные лекарства, лабораторные системы, компоненты цифровой инфраструктуры. Поэтому система с меньшими расходами на одного человека может поддерживать базовую сеть учреждений, но ей труднее обеспечивать равномерный доступ к современным технологиям по всей стране.

Структура расходов также влияет на реальную «бесплатность» системы. В Беларуси около трети текущих расходов на здравоохранение приходится на частные внутренние расходы, то есть на расходы домохозяйств, частных организаций и других негосударственных источников. По данным World Bank, domestic private health expenditure в Беларуси составляли около 33,2% текущих расходов на здравоохранение. Если государственные расходы недостаточны для своевременной диагностики, современных лекарств и плановых вмешательств, недостающая часть постепенно переносится на пациента через платные услуги, покупку лекарств, обращение в частные центры или благотворительные сборы.

Таким образом, официальный тезис о «стабильном финансировании» описывает только часть реальности. Белорусская система здравоохранения хоть и сохраняет широкую государственную инфраструктуру и относительно высокую формальную доступность базовой помощи, но по объему реальных ресурсов на одного пациента она существенно уступает соседним странам ЕС.

Следствием такого финансирования является постепенное расслоение системы. Отдельные республиканские и столичные центры могут демонстрировать высокий уровень медицинской помощи, особенно в отдельных направлениях хирургии, трансплантологии, кардиологии или онкологии. Но масштабировать этот уровень на всю страну сложно. При нынешнем уровне финансирования медицина неизбежно становится «островной»: высокие технологии концентрируются в ограниченном числе центров, тогда как регионы и первичное звено работают в условиях постоянного дефицита.

2. Качество и доступность медицинской помощи

Официальные материалы о состоянии белорусского здравоохранения, как правило, описывают систему через отдельные достижения: открытие новых корпусов, закупку оборудования, развитие высокотехнологичных вмешательств, цифровизацию каких-то локальных процедур, экспорт медицинских услуг. В Беларуси действительно существуют сильные специализированные центры, прежде всего в Минске, где выполняются сложные операции и внедряются современные медицинские технологии.

Однако качество системы здравоохранения оценивается не по отдельным успешным центрам и не по числу торжественно открытых объектов. Для пациента принципиальны другие вопросы: насколько быстро он получает диагностику; доступны ли современные методы лечения в его регионе; есть ли у врача достаточно времени и ресурсов; обеспечены ли учреждения кадрами, расходными материалами и лекарствами; получает ли пациент помощь по медицинским показаниям, а не в зависимости от личных средств, места проживания или способности семьи организовать благотворительный сбор.

Именно здесь находится главный разрыв между официальным описанием и реальным состоянием системы. Беларусь сохраняет широкую сеть государственных медицинских учреждений и формально высокий уровень доступности лишь базовой помощи. Но в направлениях, где медицина зависит от дорогостоящих технологий, постоянных закупок расходных материалов, современных лекарств и хорошо организованной маршрутизации пациентов, белорусская система заметно уступает соседним странам ЕС. Этот разрыв особенно виден в высокотехнологичной кардиологии, лечении редких заболеваний, современной онкологии и доступе к инновационным лекарственным препаратам.

Отдельным фактором, влияющим на доступность современной медицинской помощи, стала дестабилизация поставок иностранных лекарств, медицинских изделий, расходных материалов и комплектующих для оборудования после 2020–2022 годов. Формально санкции ЕС и США, как правило, не направлены непосредственно на лекарства и медицинские изделия, однако на практике медицинский сектор оказался затронут банковскими ограничениями, логистическими проблемами, репутационными рисками, уходом или сокращением активности отдельных поставщиков и изменением дистрибьюторских моделей.

Даже представители белорусского [Минздрава признавали](#), что ряд иностранных производителей и поставщиков лекарственных средств либо полностью прекратили импорт препаратов в Беларусь, либо из-за логистических и иных проблем не смогли исполнять заключенные контракты; в качестве замены назывались поставки аналогов из Армении, России, Индии, Бангладеш и Китая. По данным, приведенным DW/«Зеркало» со ссылкой на [заявления белорусских властей](#), Беларусь примерно на 50% зависит от иностранных лекарств и на 60% — от зарубежного оборудования; в числе проблем назывались прекращение поставок отдельных перевязочных материалов, противоэпилептических, онкологических, противопаркинсонических и других препаратов.

Открытые источники подтверждают закрытие или сокращение прямого присутствия ряда международных фармацевтических компаний, изменение дистрибьюторских моделей и перебои с поставками отдельных препаратов. С белорусского рынка ушло несколько ведущих производителей современных лекарственных средств (Eli Lilly, Johnson &

Johnson/Janssen, Bristol-Myers Squibb, Merck/MSD, Novo Nordisk), другие резко сократили линейку современных препаратов (Novartis, GlaxoSmithKline/GSK, Sanofi); это не всегда означает полное прекращение поставок, но снижает устойчивость доступа к современным препаратам и сервисной поддержке.

2.1. Сердечно-сосудистая помощь как индикатор состояния системы

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одним из наиболее показательных направлений для оценки системы здравоохранения. Они зависят не только от работы кардиологических центров, но и от [всей цепочки помощи](#): профилактики, выявления артериальной гипертензии и дислипидемии, доступности первичного звена, маршрутизации скорой помощи, возможности быстро провести коронарографию и чрескожное коронарное вмешательство, последующей реабилитации и долгосрочного наблюдения.

Возраст-стандартизированная смертность от ССЗ позволяет сравнивать страны с разной возрастной структурой населения. Этот показатель наглядно отражает скоординированность всех звеньев по предотвращению ведущей причины смертности, включая распространенность факторов риска, социально-экономические условия, качество профилактики, доступность первичного звена и приверженность к лечению. По данным [World Heart Federation](#) / IHME за 2021 год, Беларусь имеет существенно более высокую возраст-стандартизированную смертность от ССЗ, чем соседние страны и Германия: Беларусь — 467 на 100 тыс. населения, Россия — 395, Латвия — 330, Литва — 303, Польша — 218, Германия — 133.

Таблица 2. Сопоставление возраст-стандартизированной смертности стран, граничащих с Беларусью, по отношению к этому показателю в Германии.

Страна	Возраст-стандартизированная смертность от ССЗ на 100 тыс., 2021	Относительно Германии
Беларусь	467	3,51×
Россия	395	2,97×
Латвия	330	2,48×
Литва	303	2,28×
Польша	218	1,64×
Германия	133	1,00×

Внутренние белорусские профессиональные документы [подтверждают проблемы](#) выявления, статистического учета и региональной неоднородности. В одной централизованной системе здравоохранения такие различия не могут автоматически объясняться только эпидемиологическими особенностями областей. Они могут отражать различия в выявляемости, регистрации диагнозов, диспансерном наблюдении, качестве работы первичного звена и организационно-методической помощи регионам.

Таблица 3. Расхождение показателей, отражающих помощь при ССЗ в различных регионах Беларуси.

Показатель, 2025	Самый высокий	Самый низкий	В среднем по РБ	Отношение max/min
Общая заболеваемость болезнями системы кровообращения	Гродненская обл. — 43 647,2	Гомельская обл. — 31 936,3	36 111,0	136,7%

Показатель, 2025	Самый высокий	Самый низкий	В среднем по РБ	Отношение max/min
Общая заболеваемость ишемической болезнью сердца	Брестская обл. — 18 735,0	Витебская обл. — 10 390,9	14 656,4	180,3%
Первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения	г. Минск — 5 466,8	Могилевская обл. — 2 592,1	3 998,3	210,9%
Общая заболеваемость инфарктом миокарда	Гродненская обл. — 257,3	Могилевская обл. — 145,2	183,6	177,2%
Первичная заболеваемость инфарктом миокарда	Гродненская обл. — 219,1	Могилевская обл. — 137,1	164,2	159,8%
Общая заболеваемость нестабильной стенокардией	Гомельская обл. — 119,5	Брестская обл. — 50,5	90,0	236,6%
Первичная заболеваемость нестабильной стенокардией	Гомельская обл. — 117,3	Минская обл. — 48,7	80,3	240,9%
Общая заболеваемость цереброваскулярными болезнями	Витебская обл. — 5 972,8	Могилевская обл. — 2 489,6	4 482,8	239,9%
Первичная заболеваемость цереброваскулярными болезнями	г. Минск — 891,9	Могилевская обл. — 496,8	782,8	179,5%

В упомянутом выше проекте резолюции «Республиканского совещания по итогам работы кардиологической, кардиохирургической, рентгено-эндоваскулярной служб и службы сосудистой хирургии Республики Беларусь за 2025 год и задачам на 2026 год» авторы отмечают, что такие различия могут свидетельствовать либо о несовершенстве статистического учета, либо о гипердиагностике (как в Гродненской области) в одних регионах и недостаточной организации наблюдения в других (как в Гомельской области).

Сравнение с данными ESC Atlas по соседним странам указывает на ограниченный объем интервенционной кардиологии в Беларуси. По [данным ESC Atlas](#), в 2024 году число диагностических коронарографий и диагностических катетеризаций на 1 млн населения составляло 7 111,3 в Латвии, 9 491,3 в Литве, 6 354,3 в Польше; в Германии в 2023 году — 9 107,0. Для PCI показатель составлял 4 011,3 на 1 млн населения в Латвии, 3 649,9 в Литве, 3 776,1 в Польше и 4 413,1 в Германии.

Для Беларуси в ESC Atlas сопоставимого ряда нет, но по расчету на основе белорусской резолюции, если 13 152 коронарографии в межрайонных центрах составляли 33,9% всех коронарографий в стране, общий объем коронарографий в Беларуси в 2025 году можно оценить примерно в 38,8 тыс. процедур. При населении около 9,1 млн это дает около 4,25 тыс. процедур на 1 млн населения. Аналогично, если 6 302 плановых и экстренных чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) в межрайонных центрах составляли 35,1% всех ЧКВ в стране, общий объем ЧКВ можно оценить примерно в 18 тыс., или около 1,97 тыс. на 1 млн населения. Россия в ESC Atlas в полном объеме не представлена. Для ориентировочного сравнения использованы [национальные результаты](#) реваскуляризации при остром коронарном синдроме за 2023 год.

Таблица 4. Сопоставление количества высокотехнологичных вмешательств при острой сердечной патологии по странам.

Страна	Коронарография / диагностическая катетеризация на 1 млн	Год	PCI / ЧКВ на 1 млн	Год
Беларусь	4 250	2025	1 970	2025
Россия	3 100–3 700	2023	1 900–2 200	2023
Латвия	7 111	2024	4 011	2024
Литва	9 491	2024	3 649	2024
Польша	6 354	2024	3 776	2024
Германия	9 107	2023	4 413	2023

В Беларуси предпринимаются шаги по расширению высокотехнологической кардиологической помощи, но этот уровень все равно сильно отстает от соседних стран. В 2024–2025 годах начали функционировать новые межрайонные и межрегиональные кардиоэндоваскулярные центры в 1-й ГКБ Бреста, в Жлобине, Волковыске, Лиде, Кричеве и Могилевской БСМП, планируется открытие таких центров в Глубоком и Речице. В 2025 году «показатель доступности КАГ при ОКС увеличился до 67,5% (2024 г. — 61,6%), улучшилась доступность ЧКВ при трансмуральном ИМ до 68,3% (2024 г. — 58,2%)». То есть при наличии показаний более 30% пациентов остаются без эффективной реперфузионной терапии. В то время как в странах Европейского союза первичное ЧКВ (primary PCI) при инфаркте миокарда с подъемом интервала ST (STEMI) является стандартом реперфузионной терапии, доля пациентов, получающих данное вмешательство, в Польше и Германии, например, составляет порядка 90–95%.

2.2. Спинальная мышечная атрофия

А. Г. Лукашенко при обращении с Посланием к белорусскому народу и Национальному собранию 18 декабря 2025 года сказал (эта цитата приведена в статье «СБ. Беларусь сегодня»): «Белорусские хирурги выполняют высокотехнологичные операции в кардиологии, нейрохирургии, травматологии и трансплантологии. Мы прилагаем максимум усилий в борьбе за жизнь деток с самыми тяжелыми прогнозами. В детской онкологии внедрили и совершенствуем инновационные технологии. Держим руку на пульсе в развитии репродуктивной медицины. Только за последние три года наши врачи провели более пяти тысяч ЭКО. Родились почти две тысячи долгожданных малышей».

Отдельные примеры высокотехнологичной помощи в Беларуси действительно есть. Это касается прежде всего республиканских и столичных центров. Но по редким заболеваниям, где нужны ранняя диагностика, дорогие препараты и постоянный государственный механизм обеспечения, система работает иначе.

Показательный пример — спинальная мышечная атрофия.

Спинальная мышечная атрофия, или СМА, — редкое наследственное нервно-мышечное заболевание, при котором из-за дефекта гена SMN1 происходит прогрессирующая утрата альфа-мотонейронов спинного мозга. Это приводит к мышечной атрофии, вялым параличам, нарушению двигательной функции и системным осложнениям. Именно так СМА описана в утвержденном Минздравом Беларуси [клиническом протоколе 2023 года](#).

При тяжелых формах СМА ребенок постепенно теряет способность двигаться, сидеть, глотать и дышать. Интеллект при этом обычно не страдает. СМА 1 типа относится к наиболее тяжелым формам заболевания и без современной патогенетической терапии и адекватной респираторной/нутритивной поддержки связана с высокой ранней смертностью. Поэтому в современной медицине СМА стала тестом на зрелость системы здравоохранения: способна ли страна вовремя выявить заболевание и обеспечить лечение до того, как необратимо погибнет значительная часть моторных нейронов.

Ключевой принцип современной помощи при СМА — раннее выявление. Лечение, начатое до выраженного развития симптомов, дает принципиально лучшие результаты, чем лечение после появления тяжелых двигательных и дыхательных нарушений. Именно поэтому многие страны внедряют скрининг новорожденных на СМА. В Польше программа

скрининга была постепенно внедрена с 2021 года, а с марта 2022 года охватывает всех новорожденных при согласии родителей. [Польская программа лечения](#) СМА финансируется Национальным фондом здравоохранения и включает все три одобренных препарата: нусинерсен (Спинраза), рисдиплам (Эврисди) и онасемноген абепарвовек (Золгенсма). Нусинерсен с 1 января 2019 года стал доступен в Польше пациентам всех возрастов, со всеми типами СМА, независимо от тяжести симптомов и числа копий SMN2, а с сентября 2022 года каталог лечения [был расширен](#) за счет онасемногена абепарвовек и рисдиплама.

Литва также среди стран, где действует национальный скрининг на СМА, он [стартовал в 2023 году](#). Включение СМА в программу скрининга уже произошло и в России: с 1 января 2023 года была расширена национальная программа неонатального скрининга с 5 до 36 наследственных и врожденных заболеваний; в эту расширенную программу включены, среди прочего, СМА и первичные иммунодефициты. В 2023–2024 годах в России были проанализированы образцы 2 466 615 новорожденных, что соответствовало охвату [98,53% когорты рождения](#).

В Беларуси такой системы нет. В феврале 2025 года представительница Минздрава сообщала, что скрининг новорожденных на СМА только планируют внедрить. В том же сообщении признавалось, что лечение СМА очень дорогостоящее, а при внедрении скрининга лечение можно было бы начинать в первые месяцы жизни и получать выраженный клинический эффект. Из этого следует, что медицинская логика раннего скрининга признана, но финансовый механизм для гарантированного скрининга и лечения не создан по финансовым и политическим причинам.

Подход к лечению показывает тот же приоритет: современные препараты признаются клинически, но не гарантируются финансово. Белорусский клинический протокол по СМА перечисляет все три варианта патогенетической терапии: нусинерсен, рисдиплам и онасемноген абепарвовек. Но в том же протоколе указано, что эти препараты не включены в Республиканский формуляр лекарственных средств и перечень основных лекарственных средств, а их приобретение возможно за счет собственных средств, средств юридических лиц или иных источников, не запрещенных законодательством.

Поэтому наличие препарата в клиническом протоколе не означает гарантированного доступа к лечению. По Спинразе ситуация дополнительно ухудшилась: препарат был зарегистрирован в Беларуси 18 августа 2021 года, но действие регистрационного удостоверения было прекращено 30 декабря 2024 года по заявлению держателя. Эврисди зарегистрирован в Беларуси, однако его регистрация также не решает основную проблему, поскольку препарат не включен в формуляр и не обеспечивается как стандартная государственная гарантия для детей, которым он показан.

В результате современная терапия СМА в Беларуси юридически признана, семья может получить медицинское заключение, где препарат указан, однако источник оплаты необходимо искать самостоятельно. Для заболевания с коротким терапевтическим окном это означает крайне высокий риск необратимой потери времени.

В 2023 году Минздрав сообщил, что Золгенсму получили трое детей, а всего к тому моменту такую терапию в Беларуси получили шесть детей. В этом же сообщении указано, что процедура стала возможной после обращения матерей в Совет Республики, а к сбору

средств подключилась вся страна. БелТА описывала тот же случай как первое одновременное введение Золгенсмы трем детям со СМА в Беларуси. Это модель ручного управления отдельными случаями.

Случай девочки из Могилевской области показывает, к чему приводит такая модель. Ребенок 2022 года рождения. Диагноз СМА 2 типа был установлен в 2024 году. В 2026 году волонтеры собрали 1,8 млн долларов на Золгенсму, но к моменту сбора средств республиканский консилиум пришел к выводу, что терапевтическое окно для генной терапии уже упущено. В итоге ребенку был назначен рисдиплам, который нужно принимать постоянно. Препарат был передан благотворительными фондами. В заключении республиканского консилиума было указано, что рисдиплам не включен в Республиканский формуляр лекарственных средств, поэтому обеспечение им может осуществляться за счет личных средств или иных не запрещенных законодательством источников. Подробно об этом случае можно прочитать в [публикации «Белых халатов»](#).

Это не единичный трагический эпизод, а показательный случай работы системы, где доступ к терапии зависит от скорости частного фандрайзинга, публичности случая и ручного вмешательства государства. Клинические показания не превращаются автоматически в гарантированное лечение.

Тезис о «максимуме усилий» не выдерживает проверки на примере СМА. Максимум усилий в такой ситуации означал бы национальный скрининг новорожденных на СМА, регистр пациентов, прозрачные критерии назначения терапии, гарантированную закупку препаратов, понятную маршрутизацию семьи после положительного теста и финансирование лечения по медицинским показаниям. В Беларуси такого механизма нет.

СМА также показывает более широкую проблему орфанных заболеваний. Перечень орфанных заболеваний в Беларуси включает более ста отдельных нозологических форм и групп заболеваний. Редкие заболевания по отдельности встречаются редко, но в совокупности затрагивают значимую часть населения. Совокупная распространенность редких заболеваний составляет [3,5–6% населения](#), но выявлены и получают лечение только 0,2–1%; развитые страны тратят на это 2–5% бюджета на здравоохранение. Часто в таком финансировании нет «экономического смысла», поэтому лечение пациентов с орфанными заболеваниями зависит от политической воли правительства и цивилизованности общества.

Белорусское общество регулярно помогает пациентам с орфанными заболеваниями, но благотворительность не может заменять государственную программу. На уровне государства устойчивый механизм доступа к лечению редких заболеваний, сопоставимый с соседними странами ЕС, не создан.

3. Платные медицинские услуги

Официальный материал представляет платные медицинские услуги как дополнительный источник доходов для системы здравоохранения и как удобный способ получить помощь «в удобное время». Это неполное описание. Расширение платных услуг в государственных учреждениях показывает не силу системы, а ее дефицит: государственная медицина не успевает обеспечить плановую диагностику, консультации и операции в обычном порядке, поэтому пациенту предлагают тот же государственный ресурс, но за отдельную плату.

Беларусь активно развивает экспорт медицинских услуг. По данным Белстата, в 2025 году экспорт медицинских услуг в области здравоохранения составил 51 850,1 тыс. долларов США, что на 20,7% больше, чем в 2024 году; медицинские услуги были оказаны иностранным гражданам из 158 стран. В [топ-5 стран](#) вошли Россия, Казахстан, Латвия, Туркменистан и Китай. В [статье](#) «СБ. Беларусь сегодня» эти данные использованы как доказательство привлекательности белорусской медицины; там же утверждается, что за пять лет число иностранцев, обращающихся за медпомощью в Беларуси, выросло более чем на 37%, а около 72% экспорта медуслуг формирует государственный сектор.

Экспорт медицинских услуг сам по себе не является проблемой. Если страна оказывает качественную помощь иностранным пациентам, это может приносить системе дополнительные деньги. Проблема возникает тогда, когда государственная медицина одновременно продает услуги иностранцам, расширяет платные услуги для собственных граждан и сохраняет очереди на обследования и плановые вмешательства для тех, кто обращается по медицинским показаниям в рамках бесплатной помощи.

С 2023 года Беларусь начала расширять практику платных услуг в государственных учреждениях в выходные и праздничные дни. Постановление Совета Министров [№ 453 от 12 июля 2023 года](#) ввело эксперимент по оказанию таких услуг. Комментарий Минздрава указывал, что число учреждений, участвующих в эксперименте, увеличилось с 18 до 39, а новая концепция должна была разрешить оказание платной плановой первичной, специализированной и высокотехнологичной помощи в выходные и праздничные дни. Исключениями назывались медицинская помощь детям и трансплантация органов и тканей.

В 2025 году эксперимент был закреплён. Постановлением Совмина № 1051 от 30 декабря 2024 года с 1 января 2025 года был расширен перечень платных медицинских услуг, оказываемых государственными учреждениями здравоохранения. В перечень добавили услуги по акушерству и гинекологии, офтальмологии, общей хирургии, нейрохирургии, ортопедии и травматологии, челюстно-лицевой хирургии, оториноларингологии, урологии, эндоскопии, эндоваскулярной хирургии, а также анестезиологическое обеспечение, фотодинамическую терапию и коррекцию рубцов. Часть этих услуг должна оказываться в выходные и нерабочие праздничные дни штатными работниками, содержащимися за счет внебюджетных средств.

Речь идет не только о «комфортных» услугах вроде отдельной палаты или косметологических процедур. В перечень входят диагностические исследования и хирургические вмешательства. Государственная система предлагает пациенту возможность получить их быстрее, но за деньги и в нерабочее время. Формально бесплатная помощь сохраняется, практически же возникает параллельный платный финансовый стимул внутри государственной медицины, снижая приоритет бесплатных услуг.

Министр здравоохранения Александр Ходжаев, по данным «СБ. Беларусь сегодня», сообщил, что платные услуги в выходные и праздничные дни оказывают 108 государственных медицинских организаций. За год они предоставили более 130 тыс. услуг по 26 направлениям. Более половины обращений было связано с диагностикой; также значимую долю составили медосмотры, консультации, косметологические и офтальмологические процедуры. Это расширение платных услуг в нерабочее время медицинские руководители интерпретируют как инструмент повышения доступности медицинской помощи, однако оно свидетельствует скорее о невозможности удовлетворить потребности людей в рамках бесплатной помощи. При этом в РБ сформирована система, в которой граждане страны, заплатив за оказание медпомощи один раз (в виде налогов), платят за обследование в госучреждении «вне очереди» второй раз (платные услуги), даже в том случае, если у пациента есть медицинские показания (то есть «вам положено КТ или МРТ, но очередь через несколько недель, а за деньги — пожалуйста завтра»), или, не имея возможности получить качественную помощь в госучреждениях, вынуждены еще раз заплатить в негосударственных медицинских центрах.

Расширение платных услуг меняет стимулы внутри учреждений. В коллективном договоре одной из государственных клинических больниц указано, что средства для стимулирующих выплат формируются за счет денег, полученных от платных медицинских услуг и клинических испытаний. Из превышения доходов над расходами 70% направляется на премирование работников и 30% — на развитие материально-технической базы. Экономист ежемесячно анализирует выполнение плановых показателей по оказанию платных услуг и рассчитывает размер премии для каждого структурного подразделения; премирование производится по результатам выполнения доведенных плановых заданий на месяц, квартал и год. Это не означает недобросовестность врачей. Врачи работают в системе заданных финансовых стимулов. Но сама конструкция создает конфликт, когда государственное учреждение должно обеспечивать бесплатную помощь в гарантированном объеме и одновременно зарабатывать на платных услугах. Руководство заинтересовано в росте внебюджетных доходов, а подразделения — в выполнении планов. Работники заинтересованы в премиях. Пациент же при этом находится в слабой позиции: он часто не знает, может ли получить ту же услугу бесплатно, в какие сроки и к кому обращаться при задержке.

Сравнение с Литвой показывает, что платное и частное не обязательно должны означать оплату пациентом. В Литве операция по поводу катаракты и имплантируемая линза покрываются из бюджета Фонда обязательного медицинского страхования для застрахованных пациентов. Пациент может обратиться в государственное или частное учреждение, если оно имеет договор с больничными кассами; [лечение оплачивает фонд по установленной базовой цене](#). То есть государство использует частный или смешанный сектор для выполнения гарантированной помощи, а не просто продает пациенту более быстрый доступ внутри государственной системы.

Белорусская модель платных услуг в государственных учреждениях решает финансовую задачу учреждений, но не решает системную задачу доступности. Она не отвечает на главный вопрос: почему диагностическое оборудование, операционные, врачи и расходные материалы доступны пациенту быстрее, когда он платит отдельно, но недоступны в такие же сроки по медицинским показаниям в рамках бесплатной помощи. Если проблема в нехватке кадров, оборудования и расходных материалов, платные услуги не устраняют дефицит, они только усиливают неравенство в пользу тех, кто может заплатить.

4. Оплата труда и кадровая политика

Одна из главных проблем белорусского здравоохранения — отток медицинских кадров. Речь идет не только о миграции за границу, но и об уходе из профессии, переходе в частный сектор, снижении мотивации и перегрузке тех, кто остается в государственной системе. После 2020 года эта проблема стала острее. Низкая конкурентоспособность зарплат по сравнению с соседними странами — одна из причин.

В статье «СБ. Беларусь сегодня» утверждается, что распределение молодых специалистов позволило повысить фактическую укомплектованность врачебных должностей до 96,1%, а коэффициент совместительства снизился до «оптимального» значения 1,25. Эта же формула повторялась в официальных материалах Минздрава. По данным [итоговой коллегии Минздрава](#), прибытие молодых специалистов улучшило укомплектованность занятых должностей врачей-специалистов до 96,1% в 2025 году против 95,7% в 2024 году; по средним медицинским работникам показатель составил 97,5%; коэффициент совместительства был снижен до 1,25, за исключением Витебской, Минской и Могилевской областей.

Укомплектованность должностей не равна достаточному числу врачей как физических лиц. Коэффициент совместительства 1,25 означает, что система все еще опирается на занятость сверх одной ставки. Называть такой показатель «оптимальным» можно только административно. Для врача это дополнительная нагрузка; для пациента — меньше времени на прием, больше усталости врача и выше риск формального подхода. Отдельный источник кадрового удержания — работа людей пенсионного возраста. По данным Белорусского профсоюза работников здравоохранения, с 1 января 2025 года снятие ограничений при выплате пенсий работающим пенсионерам позволило увеличить число работающих пенсионеров среди врачей-специалистов на 10,8%, среди средних медицинских работников — на 7,7%. Этот шаг помогает закрыть смены и ставки, но не решает проблему обновления кадров. Если система все больше зависит от молодых специалистов по распределению и от пенсионеров, это не признак кадровой устойчивости — это признак дефицита.

Государство отвечает на дефицит кадров расширением обязательного распределения и целевой подготовки. Выпускники медицинских вузов, обучавшиеся за счет бюджета, направляются на первое рабочее место по распределению. По [словам представителя Минздрава](#), выпускники, обучавшиеся на бюджете и по целевому набору, распределяются в 100% случаев; в 2024 году также 94% выпускников платной формы согласились взять распределение. Для целевиков обязательная работа после окончания медицинского вуза составляет 5 лет. Масштаб целевой подготовки растет. К примеру, в 2025 году в [Гомельском государственном медицинском университете](#) из 615 бюджетных мест 454 были отведены для абитуриентов-целевиков, что составляет почти три четверти бюджетного набора.

4.1. Зарплаты врачей в Беларуси

Ниже приведена динамика средней начисленной зарплаты врачей до вычета налогов. В эти суммы входят оклад, надбавки, премии, оплата совместительства и другие начисления, поэтому показатель отражает средний доход врача в системе, а не зарплату за одну ставку без дополнительной нагрузки.

Долларовый эквивалент показывает валютную стоимость зарплаты. Он хорошо отражает последствия девальваций и важен для сравнения с соседними странами. Но он не показывает напрямую, сколько товаров и услуг врач мог купить внутри Беларуси. Для этого добавлена реальная зарплата в ценах 2025 года. Она рассчитана через индекс потребительских цен: данные по инфляции за 2015–2024 годы взяты из ряда World Bank/FRED, за 2025 год — из данных Белстата.

Таблица 5. Динамика зарплат врачей в Беларуси.

Год	Средняя зарплата врачей, BYN/BYR	Эквивалент в USD по курсу	Реальная зарплата, в ценах 2025 г., BYN	Индекс реальной зарплаты, 2014 = 1,00
2025	4 006,5 BYN	\$1 207	4 006	1,77
2024	3 268 BYN*	\$999	3 487	1,54
2022	2 300 BYN	\$874	2 726	1,21
2020	1 800 BYN	\$740	2 690	1,19
2016	815,6 BYN	\$410	1 511	0,67
2015	6 718 700 BYR	\$423	1 392	0,62
2014	9 600 000 BYR	\$935	2 258	1,00

* По данным для Минска за 2024 год.

Таблица показывает три разных процесса. Первый — резкое падение валютной стоимости зарплаты после кризиса 2014–2015 годов: в долларовом выражении средняя зарплата врача снизилась с 935 долларов в 2014 году до 423 долларов в 2015 году и 410 долларов в 2016 году.

Второй — падение внутренней покупательной способности. В ценах 2025 года средняя зарплата врача в 2014 году соответствовала примерно 2258 BYN. В 2015 году она снизилась до 1392 BYN, в 2016 году — до 1511 BYN. То есть в 2015–2016 годах врач потерял примерно треть покупательной способности по сравнению с 2014 годом.

Третий — восстановление и последующий рост. Только к 2020 году реальная зарплата врача уже превысила уровень 2014 года. Основной рост пришелся на 2024–2025 годы. В 2025 году средняя зарплата врача составила 4006,5 BYN до вычета налогов, то есть около 1 207 долларов по обменному курсу. Это примерно в 1,77 раза выше уровня 2014 года по внутренней покупательной способности. Данные о средней зарплате врачей за [2025 год — 4006,5 BYN](#) — приводит профсоюз со ссылкой на отраслевую отчетность; аналогичные цифры публиковались в белорусских медиа со ссылкой на Белстат.

По данным Минздрава, номинальная [начисленная среднемесячная зарплата](#) врачей-специалистов в 2025 году составила 3753,2 BYN, или 139,4% от среднереспубликанского уровня. Это выше средней зарплаты по стране, но ниже заявленного целевого уровня: отраслевой профсоюз указывал, что выйти на уровень 150% средней зарплаты по стране для врачей [не удалось](#).

4.2. Зарплаты среднего медицинского персонала

Сравнение зарплат среднего медперсонала (медсестер, фельдшеров) в долларовом эквиваленте показывает ту же динамику, что и у врачей, но доходы медсестер восстановились до уровня 2014 года только к 2022 году.

Таблица 6. Динамика зарплат среднего медперсонала в Беларуси.

Год	Средняя зарплата, BYN/BYR	Эквивалент в USD по курсу	Реальная зарплата, в ценах 2025 г., BYN	Индекс реальной зарплаты, 2014 = 1,00
2025	2 075,0 BYN	\$625	2 075	1,50
2024	1 920 BYN	\$587	2 049	1,48
2022	1 475 BYN	\$561	1 748	1,26
2020	1 150 BYN	\$473	1 719	1,24
2016	537,1 BYN	\$270	995	0,72
2015	4 473 300 BYR	\$282	927	0,67
2014	5 900 000 BYR	\$575	1 388	1,00

Официальные данные [Минздрава](#) дают еще один важный ориентир: в 2025 году зарплата медработников со средним специальным образованием составляла 2049,1 BYN, или 76,1% от средней зарплаты по стране. То есть средний медицинский персонал получает не просто меньше врачей. Он получает существенно ниже средней зарплаты в экономике, хотя работает в сфере с высокой ответственностью, сменным графиком, физической нагрузкой, инфекционными рисками и постоянным контактом с недовольством пациентов.

Для сравнения: в странах ЕС больничные медсестры в среднем получают примерно на 20% больше средней зарплаты всех работников в своей стране, что видно по международным сопоставлениям.

4.3. Зарплаты врачей в сравнении с соседними странами

Несмотря на различия в системах оплаты и налогах, сравнение с соседними странами дает ориентир возможностей врачей.

Таблица 7. Уровень заработной платы врачей по странам относительно Беларуси.

Страна	Зарплаты врачей, брутто, €/мес	€/год	Относительно Беларуси
Беларусь	800–1 200	10–15 тыс.	1×
Россия	1 000–1 500	12–18 тыс.	1,2–1,5×
Латвия	2 000–3 500	25–40 тыс.	2–3×
Литва	2 500–4 000	30–50 тыс.	3×
Польша	3 000–5 500	40–70 тыс.	3–4×
Германия	5 000–8 000+	70–110 тыс.	5–7×

* Конверсия в евро выполнена по средним курсам соответствующих лет; региональная вариация значительная.

Эти диапазоны согласуются с более общими международными ориентирами. OECD [указывает](#), что в 2023 году salaried specialists в большинстве стран получали примерно в 1,5–2,5 раза больше средней зарплаты по стране, а self-employed GPs во многих странах — в 2–4 раза больше. В Германии стартовая зарплата врача в муниципальных больницах составляет около 5300 евро брутто в месяц, в [университетских клиниках](#) — около 5100 евро, без учета доплат за дежурства. В Польше с июля 2025 года минимальная зарплата врачей в секторе здравоохранения выросла до почти [12 тыс. PLN брутто](#), что соответствует примерно 3,2 тыс. долларов США; это базовый уровень, без части дополнительных выплат и дежурств.

4.4. Зарплаты среднего медицинского персонала в сравнении

Разрыв по среднему медицинскому персоналу также сохраняется. Он важен не меньше, чем разрыв по врачам. Без медсестер и фельдшеров не работает ни стационар, ни поликлиника, ни скорая помощь.

Таблица 8. Уровень заработной платы среднего медперсонала по странам относительно Беларуси.

Страна	Зарплаты медсестер, брутто, €/мес	€/год	Относительно Беларуси
Беларусь	500–700	6–9 тыс.	1×
Россия*	600–800	7–10 тыс.	1,1–1,3×
Латвия	1 200–2 000	15–24 тыс.	2–2,5×
Литва	1 500–2 500	18–30 тыс.	2,5–3×
Польша	1 800–3 000	22–36 тыс.	3×
Германия	2 800–4 000	35–50 тыс.	4–5×

Даже если учитывать более низкий уровень цен в Беларуси, зарплаты среднего медперсонала в соседних странах ЕС остаются заметно выше. Для Беларуси особенно опасно другое: средний медперсонал имеет слабую позицию внутри собственной экономики. Врач получает выше средней зарплаты по стране, хотя недостаточно для конкуренции с ЕС. Медсестра получает ниже средней зарплаты по стране. Это создает постоянный стимул уходить из профессии или искать дополнительный доход.

4.5. Кадровые последствия

Разрыв в зарплатах способствует миграции врачей и среднего медицинского персонала из Беларуси. До 2020 года одним из основных направлений для врачей была Россия. После 2020 года значительная часть потока переориентировалась на страны ЕС. Это усиливает дефицит кадров, особенно в специальностях с высокой нагрузкой и высокой международной востребованностью: анестезиология и реаниматология, первичное звено, хирургия, радиология, сестринская помощь.

Дефицит кадров напрямую отражается на пациентах. Больше пациентов на одного врача. Меньше времени на прием. Выше нагрузка на медсестер. Больше формальной коммуникации. Выше риск выгорания и ошибок. Система компенсирует дефицит распределением, целевой подготовкой, совместительством и привлечением работающих пенсионеров. После снятия ограничений при выплате пенсий работающим пенсионерам с 1 января 2025 года число работников пенсионного возраста в здравоохранении увеличилось на 10,9%, в том числе врачей-специалистов — на 10,8%, среднего медицинского персонала — на 7,7%. Это закрывает часть ставок, но не решает проблему обновления кадров.

Белорусская кадровая политика в медицине построена вокруг удержания, а не вокруг конкуренции. Молодого врача удерживают распределением, целевика — пятилетней отработкой. Пенсионера возвращают изменением правил выплаты пенсии. Для отчета это можно назвать «укреплением кадров», в реальности же это модель административного удержания, а не конкурентного рынка труда.

5. Подготовка врачей-специалистов

В материале «СБ. Беларусь сегодня» утверждается, что Беларусь «в отличие от многих стран СНГ сохранила субординатуру и интернатуру», и это якобы повысило качество подготовки молодых врачей. Но сохранение старой модели само по себе ничего не доказывает. Качество подготовки определяется другим: сколько времени врач работает под супервизией до самостоятельной клинической ответственности, в какой клинической среде он учится, как оцениваются его компетенции и кто несет ответственность за его ошибки в первые годы работы.

В Беларуси после шести лет обучения в медицинском университете выпускник проходит интернатуру и сразу же идет работать по направлению. Интернатура длится с 1 августа по 30 июня следующего года — 11 месяцев. После этого врач получает право на самостоятельную работу по специальности. Для системы с дефицитом кадров это удобно: выпускники быстро попадают в поликлиники, стационары и районные учреждения. Такой срок не сопоставим с многолетней резидентурой, принятой в соседних странах ЕС.

В странах Европейского союза обычный путь к самостоятельной работе специалистом проходит через многолетнюю резидентуру. Национальные программы различаются, но общая рамка закреплена в [Директиве 2005/36/ЕС](#): подготовка врача-специалиста проводится после базового медицинского образования, включает теоретическую и практическую подготовку и проходит в университетских, учебных больничных или иных утвержденных клинических базах; минимальная продолжительность определяется по специальностям.

Разница в сроках с Беларусью существенная. В [Польше](#) специализация по внутренней медицине длится 5 лет, по общей хирургии — 6 лет. В [Литве](#) медицинская резидентура длится от 3 до 7 лет в зависимости от специальности. В [Латвии](#) резидентура обычно занимает от 3 до 6 лет: семейная медицина — 3 года, внутренняя медицина — 4 года, хирургические специальности — 5–6 лет. В течение этого времени врач постепенно переходит от обучения к самостоятельности: супервизия, дежурства под контролем, оценка компетенций и работа в среде, где клиническая ответственность нарастает поэтапно.

В Беларуси выпускник после короткой интернатуры может оказаться в центральной районной больнице или поликлинике с высокой нагрузкой и без какой-либо супервизии. Минздрав называет это ранним практическим опытом, а фактически на молодого врача ложится полная ответственность.

Клиническая ординатура могла бы выполнять функцию полноценной резидентуры. Но в Беларуси она не является обязательным этапом для большинства врачей. Правила ординатуры также усиливают административное закрепление врача в системе. В 2025 году [БГМУ указывал](#), что поступление в клиническую ординатуру для граждан Беларуси осуществляется только за счет республиканского бюджета, а срок обязательной отработки после нее составляет не менее 5 лет; аналогичные правила действуют и [в ВГМУ](#). Получается, что врач сначала отрабатывает после университета, затем может попасть в ординатуру через бюджетный или направительный маршрут, а после ординатуры получает новое многолетнее обязательство перед государственной системой.

Отдельная проблема — переподготовка по новым специальностям. Переподготовка сама по себе нужна: врач может менять профиль, получать смежные компетенции, осваивать новые направления. Проблема в том, что [короткая переподготовка](#) используется для быстрого закрытия вакансий в специальностях, где нужна длительная клиническая подготовка. В результате через несколько месяцев обучения врач допускается к работе по новой специальности.

Причина короткого пути к самостоятельной работе понятна. Если Беларусь сделает многолетнюю резидентуру обязательной для всех врачей, государственная система на несколько лет потеряет значительную часть молодых специалистов как самостоятельную рабочую силу. Поликлиники, районные больницы и стационары не смогут так быстро закрывать ставки. Поэтому короткая интернатура, выборочная ординатура и переподготовка выгодны административно: они поддерживают базовую доступность, но переносят часть клинического риска на молодого врача и пациента. Но качество подготовки от этого не повышается. Врачебная специальность требует времени, супервизии, разбора ошибок, доступа к современной диагностике и лечению, регулярной оценки компетенций. Один год интернатуры после университета не заменяет многолетнюю резидентуру. Краткосрочная переподготовка не заменяет специальность, которая в соседних странах требует 4–6 лет контролируемой клинической подготовки.

Тезис о том, что сохранение субординатуры и интернатуры повысило качество подготовки молодых врачей, не выдерживает сравнения с соседними странами ЕС. Белорусская модель быстро допускает врача к самостоятельной работе, потому что системе нужны кадры. Это помогает закрывать должности. Цена этой модели — ранняя ответственность для молодого врача и больший риск для пациента.

6. Коммуникация с пациентами

Пациентские жалобы на белорусскую медицину часто касаются не только диагноза, лечения или очередей. Значительная часть недовольства связана с тем, как с пациентом разговаривают: не объяснили диагноз, не рассказали о лекарствах, ответили резко, обесценили жалобы, не дали задать вопросы. В социальных сетях повторяются похожие формулировки: «со мной разговаривали так, как будто я мешаю», «никто не объяснил, что со мной», «сказали не выдумывать», «дали список лекарств — и все». Эти жалобы нельзя считать полноценной статистикой. Но они показывают устойчивую проблему: пациент часто чувствует себя не участником лечения, а помехой для перегруженной системы.

Официальный ответ на такие жалобы обычно формальный. Учреждение сообщает, что медицинская помощь оказана в соответствии с клиническими протоколами, с сотрудником проведена беседа, нарушения не установлены или обращение носит субъективный характер. Иногда это соответствует фактам: пациент может быть недоволен, даже если помощь оказана правильно. Но такая логика не решает проблему коммуникации. Клинический протокол отвечает на вопрос, что назначить и когда направить, но не отвечает на вопрос, сколько времени врач потратил на разговор, объяснил ли он пациенту смысл лечения, понял ли пациент рекомендации и мог ли задать вопросы.

Одна из причин роста недовольных публикаций в социальных сетях — отсутствие нормальной институционализированной обратной связи. В Беларуси у пациента формально остаются обращения в администрацию учреждения, Минздрав, «горячие линии», чат-боты и книга замечаний. Проблема в том, что эти каналы закрыты внутри самой системы. Они редко создают публичный разбор проблемы, не дают независимой оценки качества помощи и не формируют доверия. Пациент получает ответ учреждения или ведомства, которое само входит в ту же вертикаль управления.

Раньше часть проблем могли поднимать пациентские организации, независимые профессиональные сообщества, профсоюзы, журналисты и экспертные площадки. После 2020 года этот слой публичного контроля был сильно разрушен. Lawtrend описывает кампанию ликвидации некоммерческих организаций после 2020 года как беспрецедентную по масштабу; по состоянию [на март 2023 года](#) потери общественного сектора составляли не менее 1249 институционализированных форм НКО, включая общественные объединения, профсоюзы, фонды, негосударственные учреждения и ассоциации. К апрелю 2026 года, по обзору Lawtrend, число ликвидированных НКО с 2020 года достигло [не менее 2022](#). Независимое профсоюзное движение также было уничтожено как легальный канал защиты работников. Международная конфедерация профсоюзов в июле 2022 года писала о [ликвидации](#) Белорусского конгресса демократических профсоюзов и его членских организаций. Белорусские власти называли эти профсоюзы «так называемыми независимыми» и сообщали о прекращении их деятельности по искам Генпрокуратуры.

В результате жалоба пациента все чаще уходит в социальные сети. TikTok, Threads, Telegram и другие площадки становятся заменой отсутствующего публичного института обратной связи. Такая форма обратной связи ограничена: публикации субъективны, фрагментарны и могут быть несправедливы к конкретному врачу. Пациент не всегда способен оценить клиническую сложность случая, правильность маршрутизации или качество лечения. Массовость таких публикаций показывает недоверие к официальным каналам или неверие в их способность решить проблему.

Исследование [положения медиков в Беларуси](#), подготовленное независимыми социологами при поддержке «Панацеи» и ByMedSol, описывало большую переработку медицинских работников. При норме сокращенной рабочей недели 38,5 часа медики в среднем работали около 55 часов в неделю. Такие условия неизбежно отражаются на коммуникации: уставший врач чаще говорит короче, хуже объясняет и быстрее переходит к формальному стилю общения.

Характерный эпизод произошел на форуме [«Мы молодые, мы в медицине!»](#) в Минске в 2025 году. Молодой медик спросил, что делать врачу, если рабочее время закончилось, а у дверей кабинета остается очередь пациентов. Председатель комитета по здравоохранению Мингорисполкома Юрий Горбич сказал, что не понимает, как врач сможет закрыть дверь перед ожидающими людьми, и вспомнил собственный опыт приема на 84 человека и еще 20 вызовов после него.

Этот ответ хорошо показывает управленческую логику. Вопрос был трудовой: где заканчивается рабочее время врача, как оформляется переработка, кто отвечает за неправильно организованную запись, сколько пациентов можно безопасно принять за смену. Ответ был моральный: врач не может закрыть дверь перед людьми. Так перегрузка превращается из организационной проблемы в личный долг врача. Трудовое законодательство не устроено по такой логике. Сверхурочная работа требует оформления и компенсации. По разъяснениям по [трудовому законодательству](#) Беларуси, за каждый час сверхурочной работы предусмотрена доплата, а замена доплаты другим днем отдыха возможна с согласия работника.

Проблема коммуникации не решается тренингами по «клиентоориентированности». Они могут быть полезны, но не заменяют нормальную организацию труда. Врач не начнет полноценно объяснять лечение, если на пациента отведены минуты. Медсестра не будет спокойно разговаривать с родственниками, если отделение на бумаге укомплектовано, а фактически люди работают на пределе. Поликлиника не станет дружелюбной, если запись формирует поток, который невозможно принять без переработки.

7. «Белорусское здравоохранение идет в цифру»

Представленный общественности в 2025 году проект Кодекса о здравоохранении РБ содержит в качестве целей:

- переход в Беларуси к электронному здравоохранению;
- централизацию медицинских данных;
- развитие телемедицины;
- интеграцию медучреждений в единую цифровую инфраструктуру;
- стандартизацию медицинских информационных систем.

Беларусь в значительной степени отстала в этой сфере: централизованные базы данных есть только в отдельных медучреждениях, а для многих белорусских медицинских руководителей цифровизация — это компьютер на столе у врача и распечатанный (обязательно распечатанный!) рецепт, который затем подшивается или вклеивается в папку. Настоящая современная цифровизация требует больших вложений: это не только достаточное количество компьютеров, но и лицензионное программное обеспечение, а главное — это централизованные базы данных (которые существуют, например, в Германии, Литве, Эстонии и еще во многих развитых странах) — врач имеет доступ к медицинской карте пациента и понимает, чем он болел, что происходило, какие лекарства принимал, когда в последний по времени раз был у врача. Характерна также высокая степень пациентской доступности к своим данным.

Особое внимание уделяется сохранению и защите чувствительных персональных данных. Важный элемент такой защиты — достойные зарплаты ИТ-специалистов в системе здравоохранения; этим Беларусь похвастаться не может.

Современная цифровизация здравоохранения — это качественно новый уровень и принципиально новая инфраструктура; такой цифровизации медицины в Беларуси нет и при нынешнем уровне затрат на систему здравоохранения не предвидится.

8. Итоги

Официальный материал «СБ. Беларусь сегодня» описывает белорусское здравоохранение как устойчивую систему, которая укрепляет кадры, развивает технологии и повышает доступность помощи. Проведенный анализ показывает более сложную картину. В Беларуси действительно есть сильные специалисты, республиканские центры и отдельные высокотехнологичные направления. Но современность системы определяется не отдельными успешными центрами, а тем, насколько равномерно пациент получает диагностику, лечение, лекарства и наблюдение независимо от региона, дохода и публичности его случая.

Главное ограничение белорусского здравоохранения — недостаток ресурсов и грамотного управления. В пересчете на одного человека Беларусь тратит на здравоохранение меньше, чем соседние страны ЕС. Это означает меньше возможностей для закупки современного оборудования, расходных материалов, оригинальных лекарств, орфанных препаратов, сервисного обслуживания техники и удержания кадров. Поэтому система сохраняет базовую доступность, но не может равномерно масштабировать современную медицину на всю страну.

В результате формируется «островная» модель: отдельные центры работают на высоком уровне, а регионы, первичное звено и пациенты с дорогими диагнозами сталкиваются с дефицитом. Это видно по кардиологической помощи, по доступу к лечению СМА, по расширению платных услуг в государственных учреждениях. Последние не решают проблему доступности, а создают параллельный платный контур: пациент уже оплатил систему через налоги, но вынужден платить снова, чтобы быстрее получить обследование или операцию.

Кадровая политика сохраняет ту же логику. Государство удерживает медработников распределением, целевой подготовкой, пятилетней отработкой, совместительством, надбавками и привлечением пенсионеров. Эти меры закрывают отчетные показатели, но не делают профессию конкурентной. Зарплаты остаются ниже, чем в соседних странах, а подготовка врачей слишком быстро допускает молодых специалистов к самостоятельной работе. Клиническая ординатура не стала обязательным аналогом европейской резидентуры, а краткосрочная переподготовка часто служит способом закрывать вакансии.

Проблемы коммуникации с пациентами также являются следствием системной перегрузки. Врач, работающий с чрезмерным потоком пациентов и документации, не может стабильно обеспечивать качественное объяснение и обсуждение лечения. После ликвидации независимых организаций, профсоюзов и пациентских структур жалобы все чаще уходят в социальные сети. Это ограниченный, но закономерный заменитель публичного контроля.

Белорусское здравоохранение устойчиво в административном смысле: оно поддерживает сеть учреждений, закрывает ставки, отчитывается о новых объектах и демонстрирует отдельные достижения. Но такая устойчивость не равна качеству, справедливости и современности. Пока сохраняются нынешний уровень финансирования, административное закрепление кадров, короткая модель подготовки специалистов, рост платных услуг внутри государственной системы и отсутствие независимого контроля, белорусская медицина будет оставаться фасадной: способной показывать успехи в отдельных центрах, но не способной обеспечить современную, равномерную и справедливую помощь для всей страны.