



## Репродуктивный туризм: дети, технологии и миграция

*Над темой номера  
работала*



*Ольга ИСУПОВА<sup>1</sup>*

### **Репродуктивный туризм, репродуктивная ссылка, или лечение бесплодия за границей?**

Репродуктивный туризм – это практика, связанная с временным выездом в другую страну для репродуктивного лечения с целью зачатия/вынашивания/рождения ребенка. Его можно рассматривать как частный случай так называемого «медицинского туризма», то есть намеренной поездки в другую страну с целью получения какого-либо платного лечения.

Бесплодия, конечно, нет. Но до какой степени нет – это очень зависит от того, в какой стране живет пациент, насколько свободно смотрит на жизнь, и сколько свободных денег имеет. Зачатие ребенка старым «естественным» способом (возможное, впрочем, только для тех, кто репродуктивно здоров) все же гораздо проще, быстрее, дешевле, а главное, привычнее использования репродуктивных технологий, как бы они ни развивались и как бы широко ни распространялись. Соответственно, очень многие бесплодные жители Земли, даже осознав проблему собственного бесплодия и зная о существовании новых способов ее решения, по-прежнему не прибегают к ним – либо потому, что не хотят или не могут вкладывать в преодоление своего бесплодия слишком много усилий и ресурсов, либо потому, что не считают этот путь этически приемлемым, либо еще по каким-либо соображениям.

Тем не менее применение вспомогательных репродуктивных технологий ширится во всем мире и приобретает характер глобального процесса, не знающего границ и создающего еще одну линию взаимодействия между странами, в частности, между богатыми развитыми и бедными развивающимися.

Можно не сомневаться, что эта линия взаимодействия будет только упрочиваться, - по разным причинам:

- Поскольку у большей части населения Земли, прежде всего, в развивающихся странах, нет бесплатного или дешевого доступа к достаточно квалифицированной медицинской помощи в самых разных областях здоровья;
- Поскольку, с другой стороны, во многих развитых и богатых странах на пути решения проблем бесплодия стоят разнообразные законодательные препоны;
- Поскольку в бедных странах имеется огромное количество женщин, по экономическим причинам готовых за умеренную цену продавать свой репродуктивный труд;
- Поскольку современные технологии позволяют быстро перемещать из одного отдаленного региона в другой пациентов, суррогатных мам, доноров, биологические материалы, оборудование, технологические знания, врачей и других экспертов, а также мгновенно переводить деньги;
- Поскольку, наконец, все это может приносить, и приносит, весьма немалую прибыль.

Возможно, наш перечень не полон, но и он позволяет понять, почему репродуктивные технологии к настоящему времени породили новый вид деятельности, имеющий отношение к рождению детей, а тем самым и новую отрасль глобальной экономики, которую можно называть и называют очень по-разному:

- прокреативный туризм (термин, впервые придуманный Knoppers & LeBris<sup>2</sup>),
- “крестовый поход за зачатием”<sup>3</sup>,
- репродуктивный туризм или туризм рождаемости (термины, созданные журналистами в 1990-е годы, и принятые учеными), эти формулировки подчеркивают легкомысленный и необязательный характер явления,
- репродуктивная ссылка<sup>4</sup>, термин, призванный показать, напротив, вынужденный характер временной миграции в другую страну для решения репродуктивных проблем пациентов, которым их собственная страна отказывает в помощи,
- транснациональное размножение<sup>5</sup>,
- репродуктивное путешествие<sup>6</sup>, и, наконец,
- репродуктивное лечение за границей.

В настоящее время, в академической среде, наиболее общепринята последняя формулировка, как наиболее нейтральная и политкорректная<sup>7</sup>. Впрочем, некоторые ученые продолжают настаивать на выражении «репродуктивный туризм», поскольку именно в этом случае лучше всего концептуализируется связь этого явления с более широким понятием «медицинский туризм», а также с индустрией туризма в целом<sup>8</sup>.

Мнение же большинства исследователей, пишущих на эту тему, о термине «туризм» - негативное. Они считают эту формулировку неаккуратной, поскольку она подразумевает путешествие ради удовольствия, а бесплодные пары отправляются в путь отнюдь не в поисках удовольствия. Особенно оскорбительно для них сравнение с «секс-туризмом», где принцип удовольствия, напротив, является основополагающим. Кроме того, термин «репродуктивный туризм» упрощает проблему бесплодия, придает ей некий легкомысленный оттенок. В связи с этим формулировка «репродуктивная ссылка», подчеркивающая социально стигматизирующий характер отношения большинства к

меньшинству, следствием чего стало принятие определенных законов в области репродуктивных технологий, является более подходящей. Она подчеркивает вынужденный характер миграции, в данном случае, близкой к тому же к миграциям по политическим причинам.

Факт, что именно в области «медикализированного» продолжения рода термин «туризм» прижился, сам по себе говорит о многом. Ведь никому не приходит в голову назвать «трудовым туризмом» миграцию, связанную с рынками труда, или говорить об «онкологическом» или «кардиологическом» туризме!

Поскольку изучаемое явление достаточно сложно и многопланово, отдельные его стороны привели к созданию дополнительной терминологии для его обозначения, например:

- «обратный репродуктивный туризм», или «возвратный репродуктивный трафик» (в зависимости от степени позитивности/негативности оценки явления автором) – применяется при исследовании миграции суррогатных матерей или доноров в страну проживания пациентов;
- «репродуктивные проекты» - стратегии, конструируемые пациентами для решения своих проблем с привлечением различных ресурсов, в том числе, связанных с географическими перемещениями;
- «путешествия по поводу бесплодия»;
- «глобальная торговля «яйцами»» (т.е. яйцеклетками, подразумевает как перемещения доноров в другую страну, так и, с недавних пор, перевозку замороженных биоматериалов – яйцеклеток и спермы (впрочем, донорскую сперму без ее «производителей» перевозят уже довольно давно));
- «коммерческая эксплуатация яйцеклеток»;
- и даже, в устах тех, кто особенно негативно оценивает явление, «новый секс-туризм».

Если изучаемое явление воспринимается исследователем именно как туризм, то пациенты определяются как «клиенты» соответствующего бизнеса<sup>9</sup>; или, несколько более нейтрально – как «репродуктивные агенты»<sup>10</sup>; или, наоборот, более жестко – как «репродуктивные оппортунисты»<sup>11</sup>.

### **Репродуктивная миграция и законодательство**

Последнее определение связано с тем, что одной из главных побудительных причин репродуктивного лечения за границей для многих пациентов являются законодательные ограничения на некоторые (иногда многие) процедуры в своей собственной стране. Это заставляет некоторых аналитиков-юристов считать «репродуктивных туристов» обычными нарушителями закона, «противоправная» деятельность которых должна пресекаться.

Пока, однако, только в одной стране мира (Турции) официально запрещено лечение бесплодия за границей, с привлечением, в случае обнаружения этого факта, виновных к суду и максимальным наказанием до трех лет тюремного заключения. Еще в одной стране

– латиноамериканской Коста-Рике – напротив, запрещены все репродуктивные технологии внутри страны. Видимо, это подразумевает и то, что нельзя открыто демонстрировать тот факт, что ваш зачатый за границей ребенок «получен» с помощью ВРТ, раз эти технологии, как таковые, в принципе незаконны.

До какой степени все это останавливает людей, стремящихся решить проблему бесплодия?

Сказать крайне сложно, ибо именно вследствие существующих запретов, а также в связи с неоднозначным общественным мнением, чреватым периодически возникающими то тут, то там моральными паниками, очень сложно проводить по-настоящему репрезентативные исследования вынесенного в заголовок явления – слишком малы стимулы, и слишком велики возможные проблемы, не только для пациентов, но и для клиник, в случае, если они полностью раскроют информацию.

В целом в мире в этом отношении сложилась несколько противоречивая ситуация.

С одной стороны, во многих странах некоторые технологии запрещены (донорство яйцеклеток, не-анонимное донорство спермы, суррогатное материнство, а в Италии запретов столько, что граждане этой страны стремятся даже обычное ЭКО делать за границей, подробнее об этом ниже).

При этом местные законы других стран допускают применение этих процедур не только для своих, но и для иностранных граждан.

И ни в одной стране, кроме Турции, нет запрета на применение любых способов зачатия за границей, везде существует возможность легализации как беременности, так и уже «готового» ребенка, «созданных» не на родине. Причем беременность можно наблюдать, а ребенка рожать на тех же основаниях, что и при обычной беременности, то есть для граждан, как правило, бесплатно.

Представители медицинской профессии, в связи с этим, выступают за то, чтобы можно было сотрудничать с клиниками за границей, ведь для врача важно знать историю болезни пациента, представлять себе, с какими осложнениями есть вероятность столкнуться. Медики отмечают и то, что эти возможные осложнения ложатся дополнительным бременем на налогоплательщиков, «спонсирующих» бесплатную медицину своей страны.

Казалось бы, не проще ли изменить законодательство, и совершать все манипуляции в собственной стране, так, чтобы минимизировать возможные риски и для пациентов, и для медицинской системы?

Нет, не проще. «Запретительные» законы приняты в различных странах под давлением представителей «этического» большинства – религиозных и других общественных организаций, между которыми был достигнут определенный консенсус.

А пациенты ВРТ – это всегда меньшинство. По оценкам ICMART, Международной Ассоциации Репродуктологов, в среднем по миру бесплодие распространено на уровне 15% населения репродуктивного возраста (имели опыт бесплодия когда-либо в течение жизни), 9% имеют такую проблему в текущий момент. По странам и регионам эти цифры могут варьироваться, но в не очень значительной степени, и различия в основном касаются не абсолютных цифр, а того, какое именно бесплодие, первичное или вторичное, более распространено.

При этом далеко не для всех бесплодных это состояние является проблемой, какая-то их часть и не хочет (больше) детей. Что же касается тех, кто все же этого хочет – во многих случаях им не показано применение репродуктивных технологий, достаточным оказывается более простое лечение (например, гормональная стимуляция овуляции).

Тем не менее, те 2-3-4% (или чуть больше) населения репродуктивного возраста, которые все же обращаются в клиники по поводу более сложных вмешательств, могут быть очень мобилизованными в отношении своего намерения иметь детей. Но, как правило, при наличии законодательных ограничений они настроены скорее прагматично, чем протестно, и если остаются даже минимальные приемлемые каналы для достижения желанной цели, такие, например, как лечение за границей, пациенты скорее воспользуются ими, чем будут затевать политические кампании внутри собственной страны за изменение законов.

Голоса же медиков-репродуктологов и фармацевтов «этиками» обычно не учитываются в связи с якобы «коммерческой ангажированностью» представителей этих профессий.

Как считают многие исследователи, если бы были приняты еще более жесткие запретительные законы, пациенты могли бы политически мобилизоваться и начать бороться за изменение законов в своих странах. Поэтому правительства совершенно сознательно закрывают глаза на репродуктивный туризм, обусловленный ограничительным законодательством, и даже готовы толерантно относиться к тому, что финансируемая государством медицинская система их стран вынужденно имеет дело с его последствиями, поскольку считают все это меньшим злом по сравнению с возможным обострением протестной активности пациентов, и нарушением достигнутого политического консенсуса в своей стране.

Кроме законодательных и этических запретов в стране «исхода», которые все-таки служат в настоящий момент основными причинами репродуктивного туризма, исследователи выделяют еще как минимум девять классов побудительных мотивов<sup>12</sup>:

1. Отказ в доступе к процедурам определенным категориям людей (старше определенного возраста, как правило граница устанавливается где-то около 40 лет, не состоящим в зарегистрированном браке, имеющим нетрадиционную сексуальную ориентацию);
2. Высокая стоимость услуг в родной стране при наличии возможности получить их в другом месте дешевле, даже с учетом транспортных расходов и затрат на проживание;



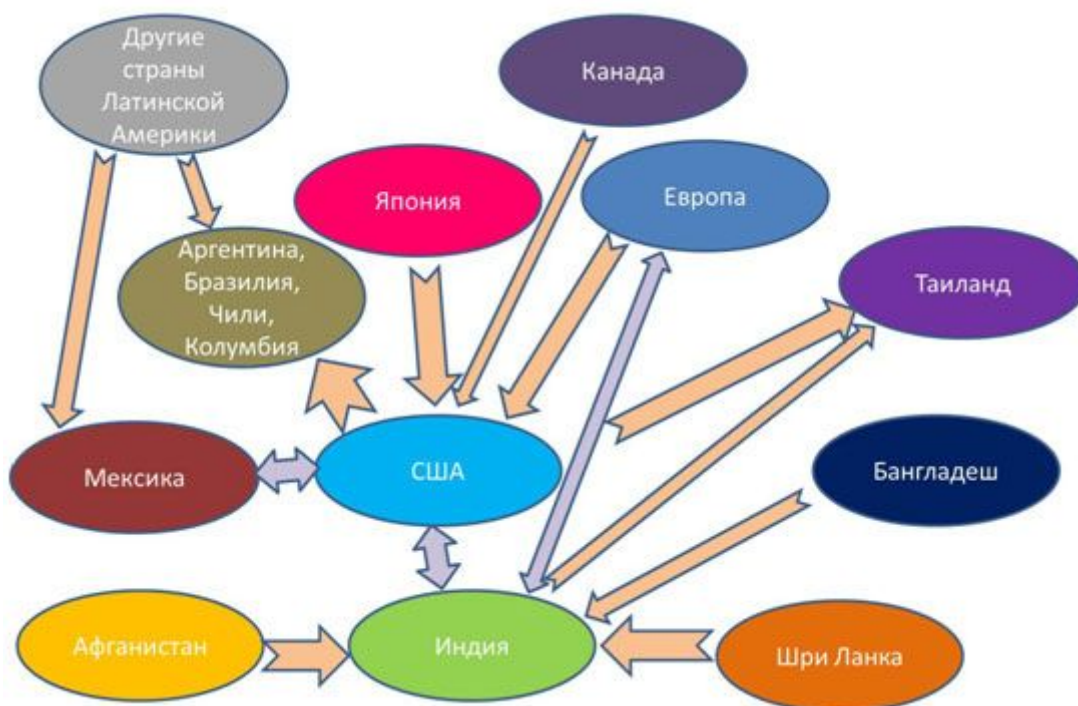
3. Отсутствие репродуктивных клиник в стране в связи с отсутствием специалистов и/или оборудования;
4. Слишком долгое время ожидания вызова на процедуру, в связи с нехваткой ресурсов, в то время как для пациентов ВРТ нежелателен даже один месяц промедления;
5. Соображения безопасности (качество услуг в другой стране с медицинской точки зрения выше, чем в своей, вероятность опасных для жизни осложнений/заражения инфекционными заболеваниями там ниже);
6. Низкое качество медицинского обслуживания и низкая вероятность наступления беременности в своей стране (недостаточная эффективность лечения);
7. Стремление к культурному взаимопониманию (быть в среде своего языка, своей религии – соображение, особенно важное для недавних мигрантов в чужую этнонациональную среду – именно они часто стремятся временно возвращаться в свою родную страну для прохождения репродуктивного лечения);
8. Близость к родственникам и другим группам поддержки – что опять-таки способствует возвращению недавних мигрантов для лечения в страну происхождения, или путешествиям в регион, где, допустим, живет большинство «друзей по несчастью», с которыми пациент познакомился в интернете, при условии, что они рекомендуют конкретную клинику или врача именно в этом регионе;
9. Соображения приватности/анонимности – в этом случае, наоборот, человек стремится вырваться на время лечения бесплодия из привычной обстановки/привычного окружения, стремясь скрыть стигматизирующий факт использования ВРТ, или же просто желая пройти курс лечения в спокойной обстановке, на отдыхе, совместив его с отпуском, в надежде, что это поможет достижению успеха; именно этот последний вариант лучше всего соответствует понятию «репродуктивный туризм», поскольку в этом случае элемент туризма все-таки в какой-то степени представлен.

### **Репродуктивный туризм в мире и отдельных регионах**

По недавним оценкам специалистов<sup>13</sup>, каждый год не менее 20000-25000 бесплодных получают «технологическое» лечение бесплодия не в своей стране. За обычным ЭКО, очень многие едут в Израиль, поскольку уровень развития медицины там традиционно считается весьма высоким, а клиник очень много (количество лечебных циклов на душу населения является одним из самых высоких в мире – 3688 (в 2002 году) на миллион жителей, при том, что исходя из эпидемиологических оценок распространенности бесплодия, достаточно около 1500<sup>14</sup>).

Многие европейцы едут в США – там также высока эффективность лечения, к тому же разрешены суррогатное материнство, везде в Европе запрещенное, и все виды донорства. В США также разрешен выбор пола младенца, в связи с чем туда регулярно отправляются многие жительницы Великобритании (где, из-за опасений по поводу возможных злоупотреблений и нарушения прав человека, связанных с выбором генетических характеристик до рождения, запрещена любая преимплантационная диагностика, кроме

тех случаев, когда речь идет о предотвращении подтвержденных тяжелейших наследственных заболеваний).



**Рисунок 1. Направления «репродуктивных» путешествий в мире**

Поскольку стоимость лечения в США крайне высока, американки, в свою очередь, едут в Индию, прежде всего, в поисках более дешевых суррогатных матерей, а также доноров яйцеклеток. К ним присоединяются и многие европейские пациенты. В Индии суррогатное материнство – массовый бизнес, поскольку местные женщины, с одной стороны, достаточно бедны и имеют не очень хорошие конкурирующие перспективы трудоустройства, и, с другой стороны, достаточно традиционны для того, чтобы считать процесс беременности и родов, много раз в течение жизни, «естественным» женским делом и состоянием. Кроме того, в отличие от русских, украинок, румынок и даже канадок и американок, индийские женщины чаще более правильно питаются и реже употребляют алкоголь.



**Рисунок 2. Индийские суррогатные мамы – реклама одной из клиник**

К числу стран с массовой «временной эмиграцией» пациентов по репродуктивным причинам относятся, прежде всего, Италия и Германия, где слишком много законодательных ограничений в отношении различных процедур.

Для Японии, традиционными направлениями репродуктивной миграции являются США (для более богатых пациентов), а также Таиланд и Индия (для более бедных). Причинами миграции чаще всего являются также суррогатное материнство и выбор пола.

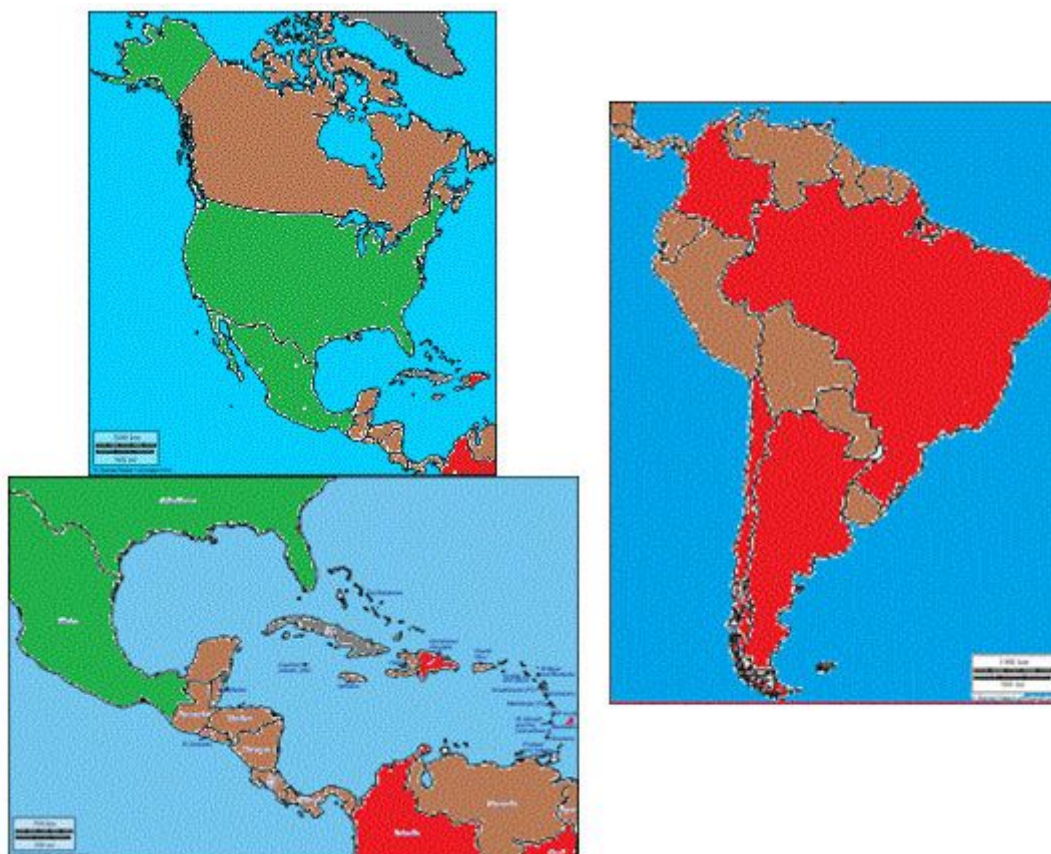
Всегда важен фактор расстояния. Ведь во многих случаях суррогатная мать из другого региона несколько раз за время беременности путешествует в место проживания своих «клиентов» (или они приезжают к ней), поэтому, при больших расстояниях цены на билеты и проживание могут чуть ли не удвоить гонорар суррогатной матери и существенно увеличить стоимость лечения как таковую.





Принцип географической близости имеет большое значение везде в мире, поскольку стоимость проезда и проживания увеличивает общие расходы на процедуру ВРТ. Соответственно, пациенты часто стремятся решить свои проблемы не просто в ближайшей к ним стране, где ниже цены или либеральнее законодательство, но и предпочитают клиники, расположенные чуть ли не прямо на границе, на минимальном расстоянии от места своего проживания.

### **Обе Америки**

Жительницы США едут также в Аргентину, Чили, Мексику, Колумбию, Бразилию и на Барбадос – поскольку для многих из них эти страны, лидирующие в отношении эффективности ВРТ в Латинской Америке, близки не только в географическом, но и в культурно-языковом отношении. При этом стоимость лечения в этих странах существенно ниже, чем в США. В эти же страны мигрируют и жители остальных латиноамериканских стран<sup>15</sup>, где ВРТ значительно менее развиты.





-  страны-реципиенты репродуктивного туризма
-  страны, где сочетается репродуктивная иммиграция и эмиграция
-  страны, откуда пациенты временно "репродуктивно эмигрируют"
-  нет информации или миграция незначительна

**Рисунок 3. Репродуктивные миграции в Северной, Центральной и Южной Америке**

Например, только в одной клинике Аргентины<sup>16</sup>, рекламирующей свои услуги на сайте [reproductive.tourism.com](http://reproductive.tourism.com), ежегодно проходят 80 циклов донации ооцитов для иностранок (в основном из США, но также из Канады, Уругвая, Чили, Мексики, Бразилии и Перу).

Риски, связанные с путешествием в страны более дешевого производства ВРТ, касаются, например, увеличения вероятности многоплодной беременности, опасной для здоровья матери и детей, поскольку во многих из этих стран не регулируется максимальное количество одновременно имплантируемых эмбрионов.

Жительницы Канады<sup>17</sup> регулярно мигрируют в США в связи со стремлением использовать услуги доноров яйцеклеток (суррогатное материнство разрешено и в самой Канаде, в США оно, возможно, дороже, но существует на более открыто коммерческой основе, что может также служить причиной миграции). В Канаде разрешено только некоммерческое

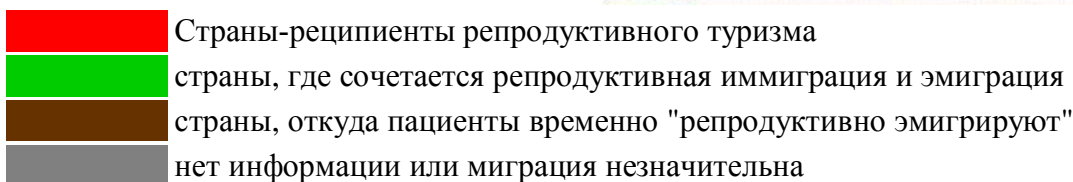
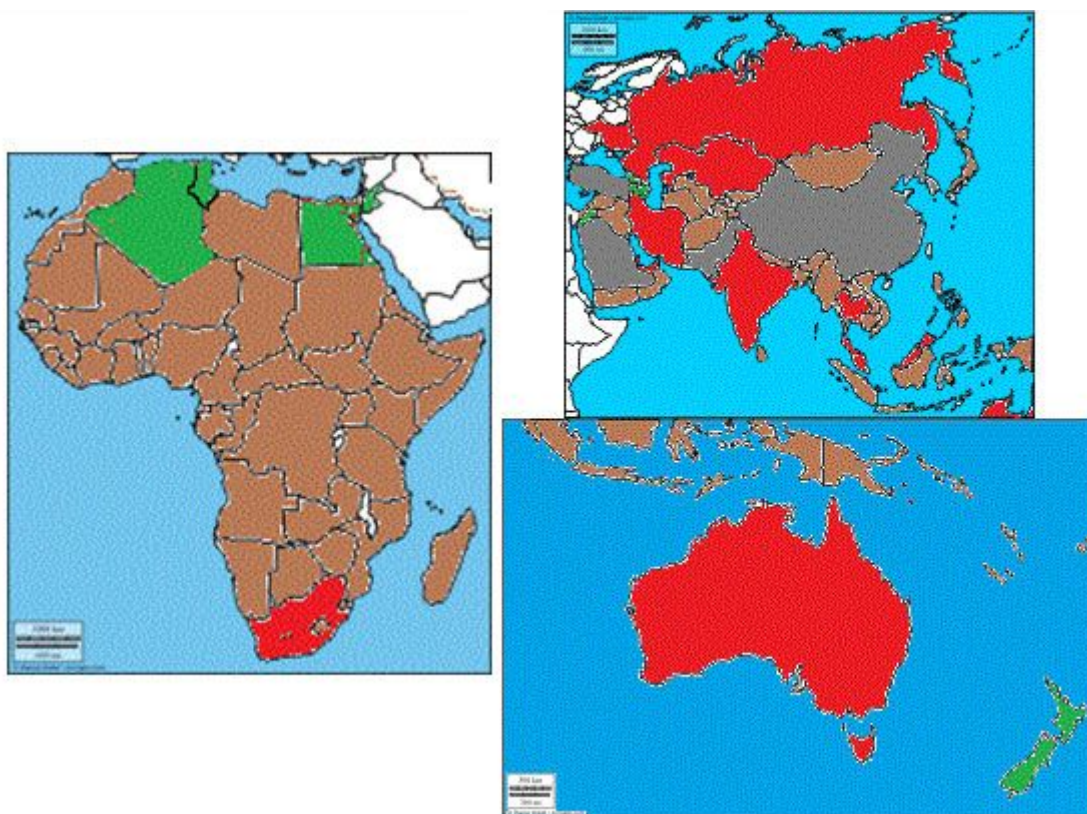
донорство – однако, можно привозить «коммерческую сперму» из-за границы. А яйцеклетки нельзя, это незаконно. Соответственно, остается только ехать в США, чтобы пройти процедуру там.

### Африка, Азия, Австралия и Океания

В Африке южнее Сахары<sup>18</sup> мало не только достаточно развитых, эффективных и безопасных репродуктивных клиник, но и людей, способных оплатить соответствующее лечение, тем более за границей. Тем не менее, те немногие, у кого есть на это деньги, мигрируют, в поисках более высокой эффективности, в ЮАР или в те страны Европы, с которыми у той или иной страны имеются традиционные связи, как с бывшей метрополией (Португалия, Франция) (рис. 4).



Рисунок 4. Направления репродуктивных путешествий в Африке южнее Сахары



**Рисунок 5. Репродуктивные миграции в Африке, Азии и Океании**

Выше отмечалась заметная роль Индии как страны, привлекающей репродуктивных туристов из США и Европы. Но, поскольку в целом ВРТ в Индии хорошо развиты, эффективны и достаточно дешевы, в эту страну едет также и большое число пациентов из соседних небогатых стран, например, из Афганистана и Бангладеш.

Индийские пациенты во многих случаях, наоборот, едут в США и Европу в поисках еще более эффективного лечения, например, для преодоления мужского бесплодия. В этом последнем отношении мировым лидером является Бельгия, где были изобретены ИКСИ<sup>19</sup> и его модификации, позволяющие получить потомство даже от мужчины, у которого в принципе не бывает эякуляции, или в эякуляте нет сперматозоидов. В Бельгии, кроме того, разрешены все виды ВРТ, кроме клонирования (запрещенного везде) и суррогатного материнства (запрещенного везде в Западной Европе).

Таиланд<sup>20</sup> также привлекает огромное количество пациентов со всех концов света, специализируясь на одновременно дешевых и законных процедурах преимплантационной диагностики эмбриона в целях выбора пола (запрещенной очень во многих странах как

христианской, так и мусульманской культуры, кроме того, там, где это разрешено, например, в Грузии, Армении, Азербайджане, не всегда хватает ресурсов и экспертизы для того, чтобы поставить выполнение манипуляции на действительно массовые рельсы, обеспечить маркетинг и рекламу, и, что также очень важно, убедить пациентов в их полной безопасности).

Распространена миграция в поисках более высокой эффективности лечения и в мусульманских странах – например, многие арабы из разных стран едут в Египет или в ОАЭ<sup>21</sup>. Проходить лечение в «исламской» клинике может быть предпочтительно потому, что процедуры врачебного приема и различных манипуляций здесь, вероятно, проходят таким образом, чтобы не противоречить установлениям шариата.

Достаточно обеспеченные пациенты-мусульмане могут также мигрировать в Египет, Тунис или Алжир, где довольно эффективно работают клиники, однако в настоящее время решиться на такую миграцию, может быть, несколько сложнее, чем раньше, в связи с недавними революциями в этих странах.

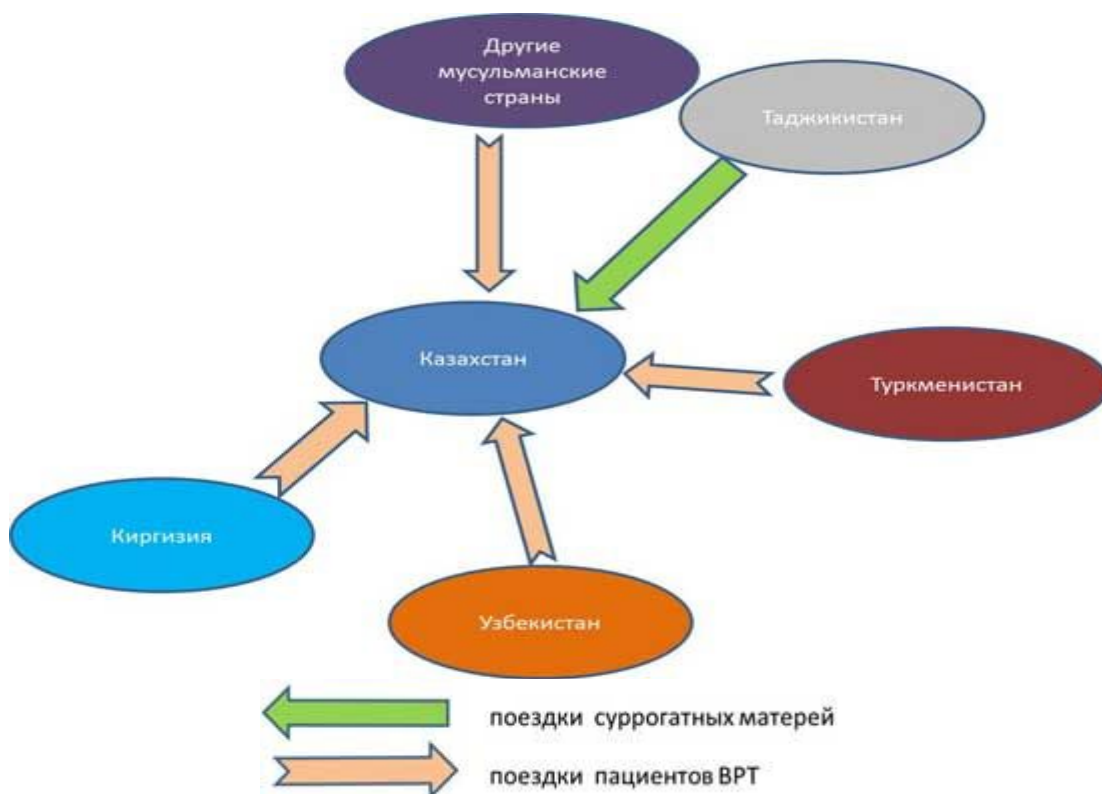
Но ислам, прежде всего, суннитского толка, негативно относится к донорству и суррогатному материнству, соответственно, если таковое необходимо, приходится как-то разрешать личные этические вопросы и ехать – в зависимости от того, что ближе к конкретной стране, и какая именно процедура необходима

- в Испанию (Магриб – донорство ооцитов, донорство спермы),
- в Казахстан (Центральная Азия – суррогатное материнство, любое донорство, сюда, в поисках более эффективного лечения, едут, прежде всего, жители постсоветских центрально-азиатских государств, а также представители тюркских народностей, в связи с языковой близостью),
- или в Иран (шиитская религия допускает женское донорство и суррогатное материнство «исламского» толка путем комбинации временных разводов и временных браков мужчины из бесплодной пары с донорами/суррогатными матерями, но не допускает мужское донорство; в случае непреодолимого мужского фактора возможно усыновление донорских эмбрионов, т.е. женщина, даже фертильная, в этом случае также должна отказаться от своей генетики) (рис. 6 и 7).





**Рисунок 6. Репродуктивные миграционные потоки в исламских странах**



**Рисунок 7. Репродуктивные миграционные потоки в странах Центральной Азии**

Для Северной Европы, напротив, характерно весьма положительное отношение к использованию донорской спермы (об этом ниже).

И, наконец, Австралия и Океания.





**Рисунок 8. Репродуктивные миграционные потоки в Австралии и Океании**

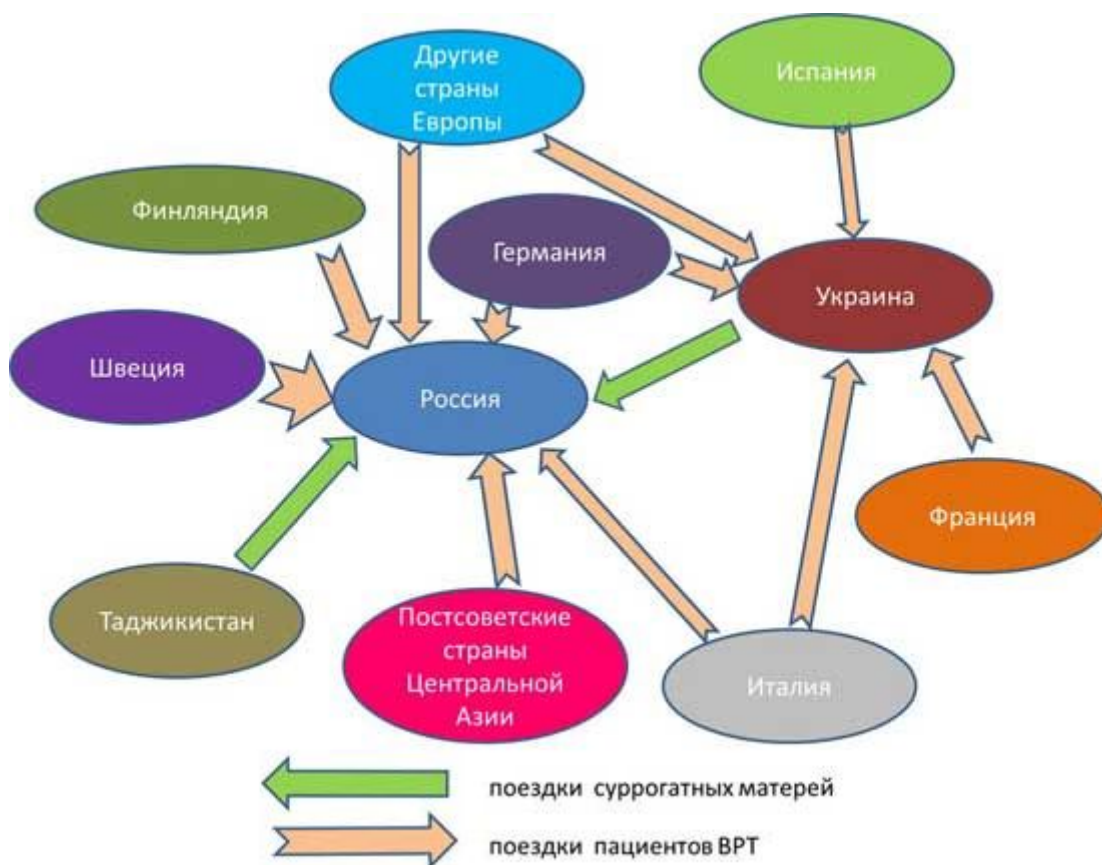
В этом регионе все предельно просто – несмотря на не самую высокую эффективность австралийских и новозеландских клиник, жители остальных государств региона (малых островных) – мигрируют по поводу ВРТ именно в эти две страны в связи с их географической близостью и отсутствием клиник у себя на родине.

Вследствие более развитой и безопасной медицины, а также в связи с налаженными миграционными связями, что обеспечивает, при желании, близкую культурную среду в клинике, Австралия представляет собой привлекательное направление репродуктивного туризма для жителей Индонезии и Филиппин. Конкурирующее направлением репродуктивных миграций внутри этого региона - это, конечно, Таиланд, в связи с дешевой услугой и либеральным законодательством (разрешено любое донорство, можно выбирать пол ребенка). Малайзия привлекательна для мусульман – как страна с достаточно развитой медициной, мусульманская, и в то же время достаточно либеральная в самых разных отношениях.

### **Россия и другие страны СНГ**

Россия и Украина стали устоявшимися традиционными направлениями для репродуктивного туризма женщин из Европы, прежде всего, Германии и Италии. При этом можно сказать, что в России и на Украине сформирована географическая сегментация по стоимости услуг суррогатных матерей – таким образом, что практически никогда пациентка и суррогатная мать не бывают из одного и того же региона, - просто потому, что экономически сделка между ними не будет оптимальной ни для одной из сторон. Например, суррогатная мать, живущая в Москве, может продать свои услуги

гораздо дороже гражданам Германии, а не москвичам, в то время как москвичка-пациентка, как правило, находит гораздо более дешевые услуги суррогатной матери на Украине.



**Рисунок 9. Репродуктивные миграции в Россию и на Украину**

Как и везде, важную роль играет фактор расстояния. Жительницам Москвы, например, выгоднее иметь дело с гражданками Украины, чем с русскими из Сибири и иногда даже уже с Урала, хотя требуемые этими россиянками гонорары могут быть изначально сопоставимы по величине с украинскими.

Суррогатное материнство для одиноких мужчин или мужских гомосексуальных пар также возможно осуществить в России (есть несколько примеров таких случаев, утвержденных судебным решением, но в целом общественное мнение относится к этому не очень доброжелательно) и в США (очень дорого), поэтому большинство известных европейских случаев такого отцовства связано с Украиной, где законы еще более либеральны, чем в России, а цены ниже. Есть все основания полагать, что в Индии это также возможно и тоже очень дешево (в этой стране пока не приняты законы, детально регулирующие все аспекты применения технологий, но и незаконным не является ничто).

В России развивается и ПГД<sup>22</sup>, но ее стоимость выше, чем, например, в Таиланде, и, в то же время, с научной точки зрения наиболее развиты эти технологии в Бельгии. Поэтому причиной для «туризма» в Россию ПГД не является.

### **Исследование ICMART**

На 2010 год, по оценкам Международного Комитета по мониторингу вспомогательных репродуктивных технологий (ICMART), в мире было рождено более 3,5 миллионов детей, зачатых с помощью ВРТ. Предполагая, что пропорция женщин, нуждающихся в такой медицинской помощи примерно (с некоторыми исключениями) одинакова в разных странах и регионах, географическое распределение ВРТ-рождаемости демонстрирует весьма значительное неравенство в отношении доступности подобного лечения.

В 2008 году ICMART попытался собрать данные по всему миру относительно распространенности использования ЭКО, ИКСИ и других «технологических» методов вне страны проживания/гражданства пациентов (по состоянию на 2006 год)<sup>23</sup>. Для этого были составлены две стандартные формы, распространенные во всех странах, участвующих в мониторинге ВРТ, постоянно проводимом этой организацией.

Первая форма была посвящена репродуктивной временной «эмиграции» из страны; вторая – соответствующей «иммиграции» в нее. Вопросы касались направления движения бесплодных пар, страны происхождения пациентов, конкретных услуг и технологий, в поисках доступности которых они совершали свои «репродуктивные путешествия», количества случаев в год, и причин миграции (обозначенных как законодательство, стоимость, качество, другие причины). В сопроводительном письме объяснялись цели исследования и давалось разрешение ассоциациям репродуктологов различных стран, в случае отсутствия точных данных, представить оценочные.

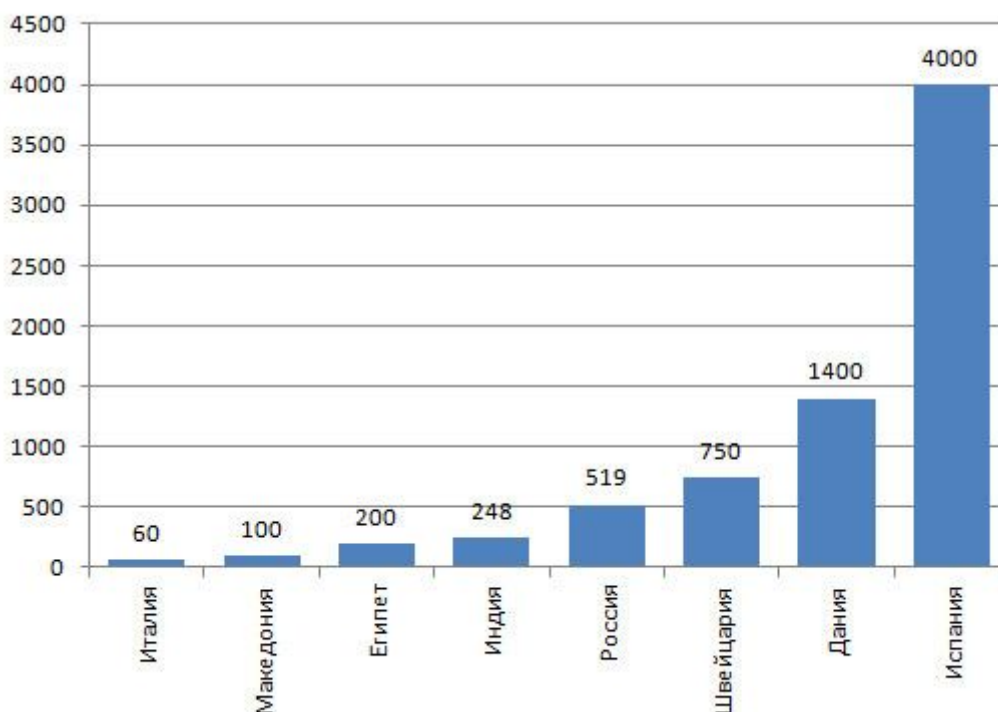
Формы были разосланы по электронной почте в середине 2008 года во все страны, состоящие в ICMART. Таких стран было 49. Члены Центрального Комитета ICMART из всех основных регионов мира были назначены ответственными за сбор данных, каждый в своем регионе. Двойной счет, неизбежный при такой отчетности, подвергался проверке и перепроверке, и на него делались необходимые поправки.

В результате собранные данные оказались В ОСНОВНОМ оценочными, и, по признанию ICMART, отражают скорее генеральные тренды, чем конкретные цифры. Собирались только данные на основе национальных регистров, никаких индивидуальных данных не было. Ответы были получены только из 23 стран, при этом 20 из них предоставили только оценку масштабов явления (18 – представляли собой или официальную оценку ситуации в стране, или, в случае Италии, оценку, созданную на основе материалов исследования частной пациентской организации, 2 – оценку ситуации в отдельных клиниках страны).

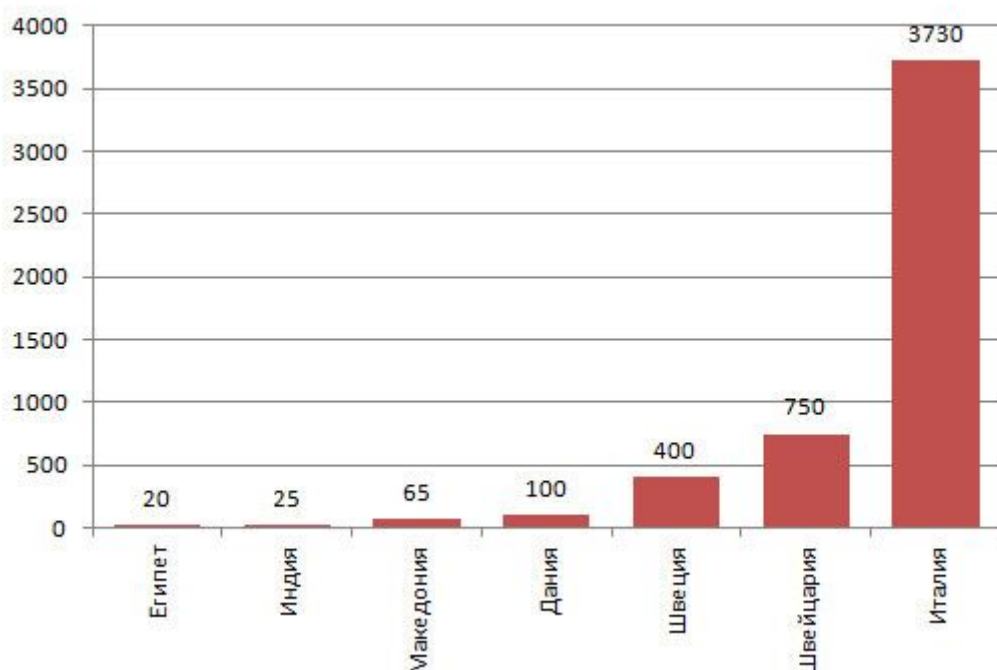
Таким образом, более половины членов ICMART не смогли предоставить даже оценочные данные.

Это, безусловно, связано с полутеневым характером международных репродуктивных услуг, в раскрытии тайны которых подчас не заинтересованы ни пациенты, ни клиники. Поэтому точные данные о каждом случае репродуктивного туризма часто невозможно собрать просто в связи с отсутствием их регистрации.

Итак, по исследованию ICMART, общее мировое количество случаев лечения бесплодия за границей в 2006 году оказалось на уровне около 8000. Это, абсолютно точно, недооценка. Об этом говорит хотя бы даже и то, что большая часть случаев зафиксированного репродуктивного лечения за границей – это наиболее достоверные данные (по Италии и Испании, см. рис. 10), собранные пациентской организацией, мобилизованной на изменение чрезмерно ограничительного итальянского законодательства) – около 4000. Практически невероятно, чтобы миграция только между двумя странами мира представляла собой половину всех случаев в мире.



**Рисунок 10. Страны-реципиенты репродуктивного туризма, количество лечебных циклов в год, 2006**



**Рисунок 11. Страны-доноры пациентов, количество циклов в год, 2006**

Косвенно о масштабах репродуктивного туризма в мире позволяют судить данные о количестве клиник в разных странах (на 2010 год), предоставляющих услуги иностранцам<sup>24</sup>. Лидируют Индия и США, возможно, в связи с развитостью в этих странах сектора коммерческого суррогатного материнства.

**Таблица 1. Количество клиник в стране, предоставляющих репродуктивные услуги иностранцам**

Страна	Количество клиник
Индия	580
Соединенные Штаты Америки	347
Греция	31
Египет	27
Сингапур	26
Израиль	25
Россия	25
Южная Африка	18
Испания	18
Объединенные Арабские Эмираты	13



Кипр	12
Иордания	12
Саудовская Аравия	12
Гонконг	9
Чехия	9
Мексика	8
Хорватия	7
Украина	7
Иран	6
Болгария	6
Италия	6
Аргентина	5
Бразилия	5
Португалия	5
Индонезия	3
Япония	3
Малайзия	3
Доминиканская республика	2
Перу	1
Албания	1
Белоруссия	1
Словакия	1

### **Некоторые особенности европейского репродуктивного лечения за границей**

Как было отмечено выше, в Европе, особенно Северной, популярно использование донорских клеток, но в законодательстве при этом распространен ригористический подход, запрещающий анонимность доноров. В результате наблюдается нехватка как самих доноров (мало кто согласен выступать в этой роли при условии, что генетическое потомство впоследствии будет иметь право их разыскивать), так и пациентов, согласных знать «био-отцов» своих детей в лицо и по имени. Поэтому из Швеции и Норвегии значительна репродуктивная миграция в Данию, поскольку там анонимное мужское донорство разрешено (и, в отличие от Швеции, возможна инсеминация одиноких женщин).

Во Франции ВРТ запрещены для одиноких женщин и лесбийских пар, соответственно, в больших количествах француженки выезжают в соседнюю Бельгию, во франкоговорящие регионы, для прохождения процедур искусственной инсеминации спермой доноров. Интересно, что бельгийцы при этом сперму импортируют, в основном, из восточной

Европы, так как внутри страны недостаточно желающих ее сдавать, подходящих по состоянию здоровья.

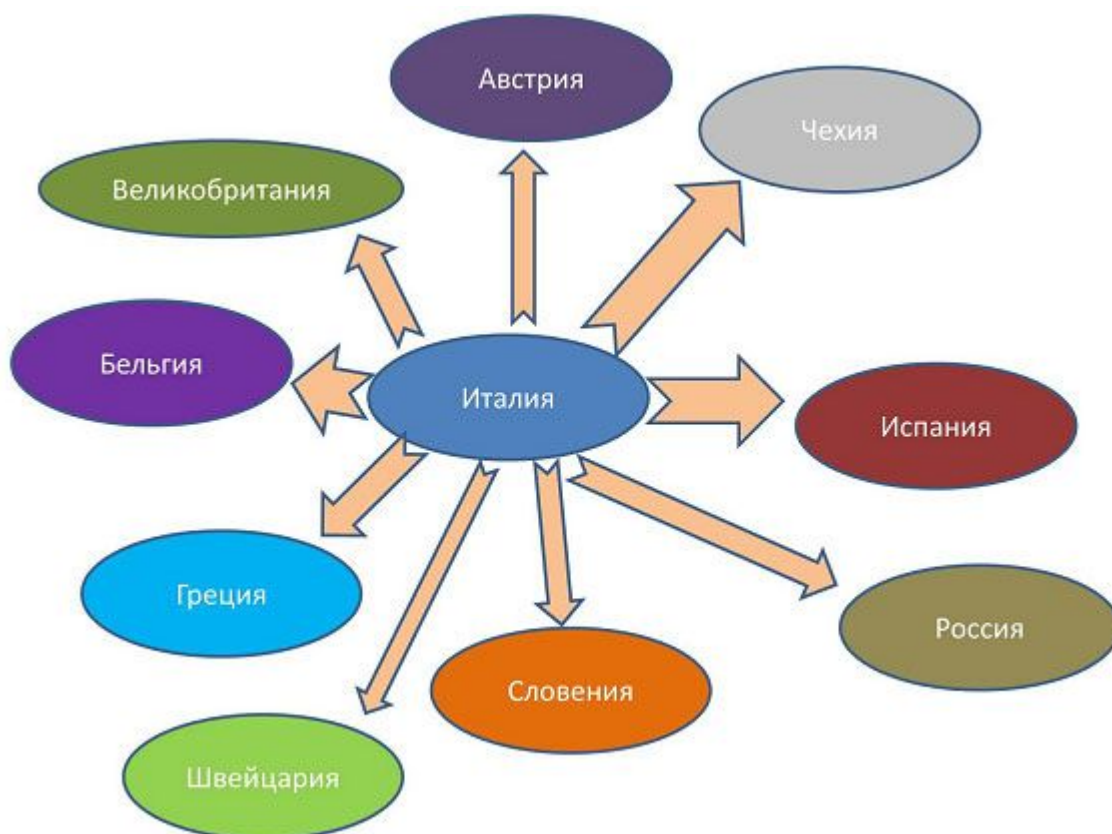
Парадоксален тот факт, что бельгийцы часто покупают сперму в Великобритании и используют для британских пациентов у себя в стране – поскольку как для доноров, так и для пациентов предпочтительнее анонимность плюс отсутствие других ограничительных условий, существующих в Великобритании<sup>25</sup>. Например, ограничения на количество детей, рожденных от одного донора внутри Великобритании (не более 10) – в то время как за границей его сперму можно использовать и после этого.

А вот за донорскими ооцитами европейцы из всех стран Западной Европы отправляются совсем в других направлениях – в уже указанную Испанию, Чехию, или в Восточную Европу – в Румынию, в Россию, на Украину. Для Скандинавии, самое простое и традиционное направление – Санкт-Петербург, где есть как минимум одна популярная и очень эффективная финская клиника.

Для более южных стран, предпочтительнее достаточно дешевая Чехия, расположенная в центре Европы.

В Италии<sup>26</sup>, под воздействием католического лобби, в 2004 году были приняты законы, согласно которым запрещены не только суррогатное материнство, донорство спермы и яйцеклеток, но и криоконсервация эмбрионов. В связи с этим, сколько бы яйцеклеток у женщины при стимуляции ни созрело, по закону разрешено оплодотворять только три. В случае, если все оплодотворились – все должны имплантироваться в матку. Редукция (частичный аборт прижившихся эмбрионов), естественно, запрещена.

Для более молодых женщин с «механическим» трубным бесплодием это чревато многоплодной беременностью, связанной с высокими рисками для здоровья матери и детей, вплоть до гибели всех детей/потери матки матерью. Кроме того, сама по себе стимуляция суперовуляции связана с относительно высоким риском осложнений для здоровья (гиперстимуляция, повышение риска возникновения раковых заболеваний в будущем), а такое законодательство заставляет женщин проходить эту процедуру гораздо большее число раз, чем действительно необходимо (поскольку по закону эмбрионы нельзя замораживать).



**Рисунок 12. Репродуктивные миграции, итальянский случай**

Для женщин старшего репродуктивного возраста такое законодательство чревато крайне низкой эффективностью процедур ВРТ – поскольку при стимуляции у них созревает очень мало яйцеклеток, а те, которые созревают, редко образуют жизнеспособные эмбрионы; запреты отказывают им в наиболее рациональном использовании всех тех незначительных шансов, которые у них еще остались (для этого нужно разрешение крио); применять же яйцеклетки других женщин закон опять-таки запрещает.

В Германии<sup>27</sup> разрешено крио и ограничено количество одновременно подсаживаемых эмбрионов (не более чем 2), но запрещено не только суррогатное материнство, но и любое донорство яйцеклеток.

Во многих других европейских странах существуют ограничения/запреты на не-анонимное донорство, и/или ограничения для одиноких женщин, гомосексуальных пар, а также мужчин и женщин старше 40 лет в отношении доступности применения ВРТ. Суррогатное материнство запрещено везде, за исключением ряда стран Восточной Европы. Анонимное донорство спермы разрешено в Бельгии, Дании, Чехии и Испании. Анонимное донорство яйцеклеток разрешено в Испании, не-анонимное и некоммерческое – в Великобритании, Франции и ряде других стран. Но условие не-анонимности сразу резко сокращает спрос и предложение в области донации половых клеток, поэтому основными странами миграции заинтересованных пациентов-реципиентов в Европе

являются Испания и Чехия (где к тому же еще и дешевле). Из Италии едут, прежде всего, в Испанию (из-за культурной близости и в связи с интенсивными неформальными связями между двумя странами – многие итальянские врачи имеют второе официальное рабочее место в Испании и принимают своих итальянских пациентов там, по испанским законам), но и в абсолютно все другие страны Европы – поскольку итальянцы прежде всего заинтересованы в более безопасном и эффективном проведении самого обычного ЭКО.



**Рисунок 13. Репродуктивные миграции. Испанский случай**

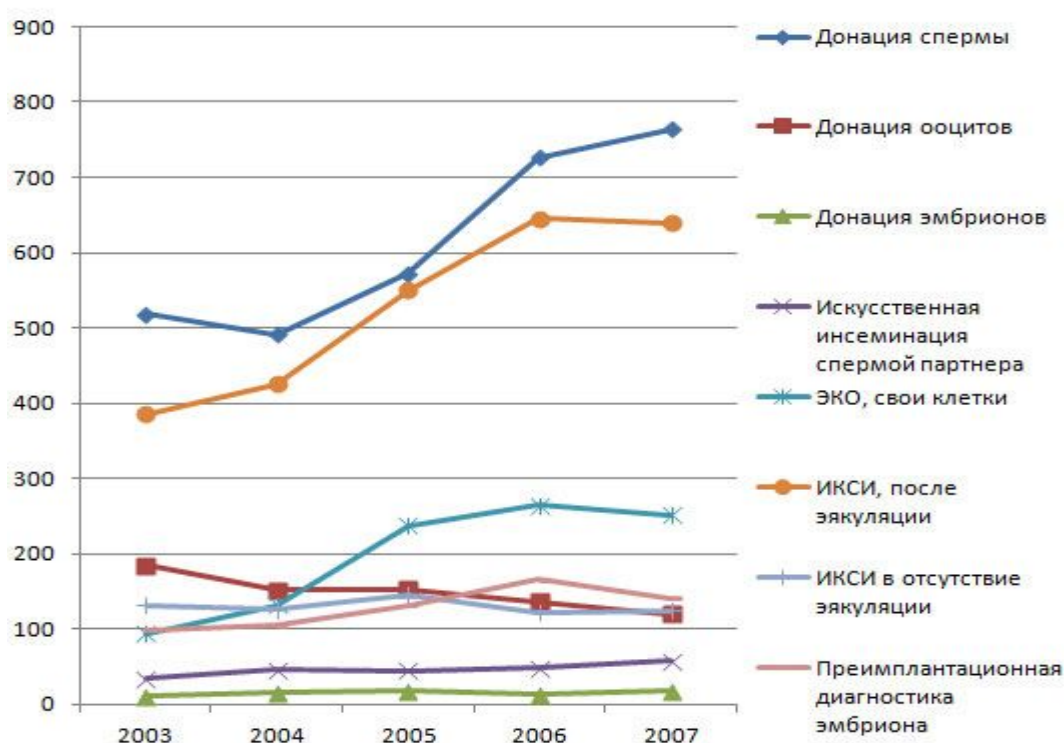
Дания является местом «паломничества» для тех, кто хочет анонимно получить донорскую сперму; Бельгия – страна наивысшей эффективности самых разных процедур, за этим туда и едут из многих стран, прежде всего из соседних Нидерландов, где в области медицины в целом достаточно много проблем.

Кроме того, в Бельгии и более либеральное законодательство. Например, известен случай англичанки Дианы Блад, чей муж скоропостижно умер, когда они собирались «начать работать» над зачатием ребенка. Она настояла на том, чтобы врачи собрали сперму у ее уже умершего мужа (технически это вполне возможно в первые часы после смерти, и это будет вполне жизнеспособный «материал»). Однако в дальнейшем британский суд отказал ей в законной инсеминации его спермой. Тогда она вывезла ее в Бельгию, где прошла процедуру по законам этой страны, завершившуюся беременностью и рождением ребенка. Из Британии в Бельгию также едут женщины старше 40 лет, доступность ВРТ в Великобритании для которых близка к нулю.

Бельгийский регистр репродуктивных технологий за 1999 год отмечает, что около 30% ЭКО-пациентов в этой стране были иностранцами; в области донорства ооцитов это было 60% на тот момент (с тех пор направления миграции в этой последней области, как было сказано выше, изменились). До сих пор в Бельгию едут за ПГД (в Германии и Франции она запрещена), а также за ТЕЗА (извлечением сперматозоидов из тестикулов при неправильной или отсутствующей эякуляции), поскольку в Бельгии это направление наиболее развито, а соответствующее лечение эффективно.

Недавнее исследование предоставления бельгийскими клиниками репродуктивных услуг иностранцам показало, что общее число иностранных пациентов (в основном из соседних Франции, Нидерландов и Германии, а также, естественно, из Италии) в этой стране увеличилось с 1456 в 2003 до 2117 в 2007 году.

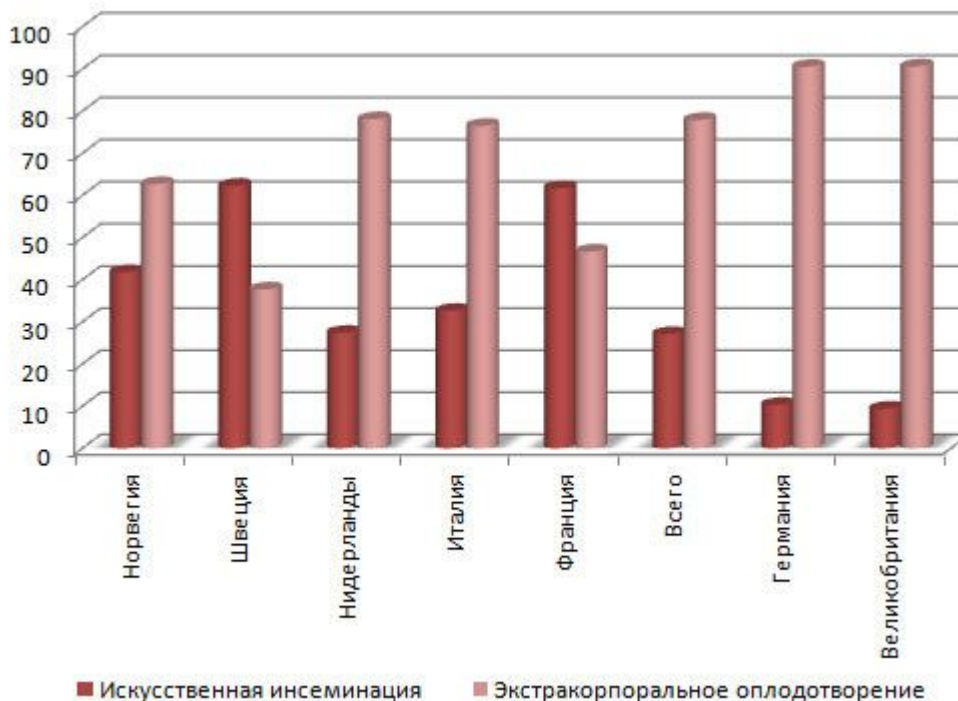
При этом француженок (одиноких женщин и лесбиянок, состоящих в союзе), прежде всего, интересовала донация спермы. Для пациентов из Нидерландов главной процедурой были плохо развитые в их собственной стране ИКСИ и ТЕЗА. Более половины итальянцев приезжали за обычным ЭКО, немцы – за ИКСИ и ПГД. При этом в целом наиболее популярными у иностранных пациентов все время остаются донация яйцеклеток и спермы.



**Рисунок 14. Распределение циклов лечения бесплодия иностранцами в Бельгии по видам лечения и по годам**

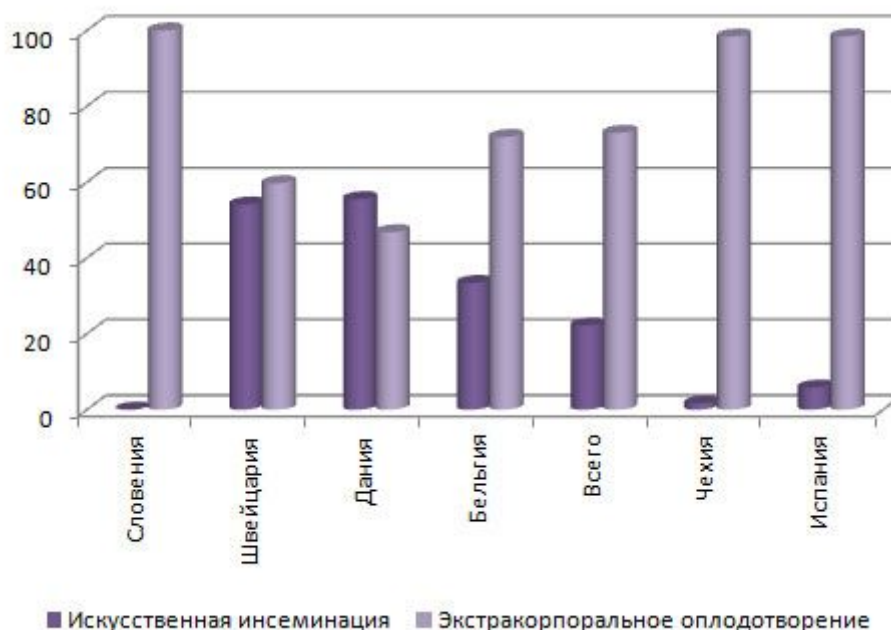


Результаты исследования репродуктивного туризма (как «иммиграции», так и «эмиграции») в 6 европейских странах приведены на 4-х нижеследующих графиках (рис. 15-18).



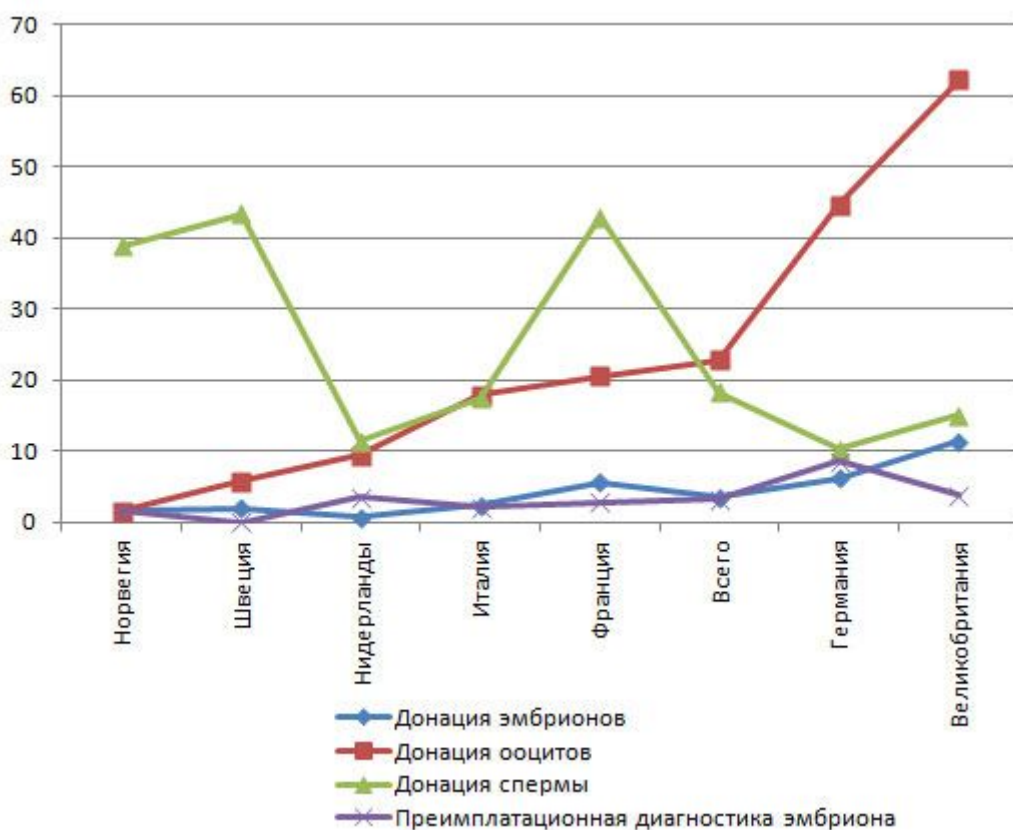
**Рисунок 15. Виды лечения по странам проживания пациентов**

Можно видеть, что за процедурой очень простой в исполнении искусственной инсеминации больше всего едут из Швеции, Франции и Норвегии, что связано с потребностью в донорской сперме и вышеуказанными ограничениями внутри стран. За ЭКО же едут из Великобритании (доступность, возраст, качество), Германии и Италии (законодательство), Нидерландов и Норвегии (качество, доступность). Важно отметить, что использование донорских ооцитов, как правило, предполагает ЭКО.



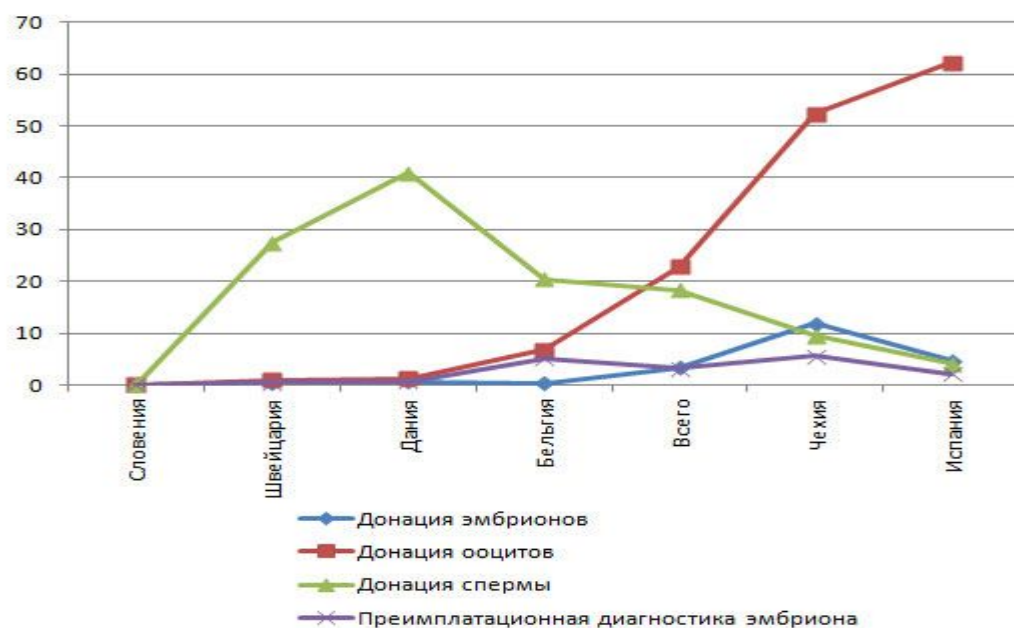
**Рисунок 16. Виды лечения по странам-реципиентам**

За ЭКО едут в относительно дешевые и уже достаточно эффективные Словению и Чехию, а также в Испанию. В этих странах также нет проблем с донорством яйцеклеток. В Бельгию едут уже меньше, т.к. там не хватает женщин-доноров. В Швейцарию много едут из соседней Италии, и не только за донорством. В Данию – как и следовало ожидать, за донорской спермой и инсеминациями.



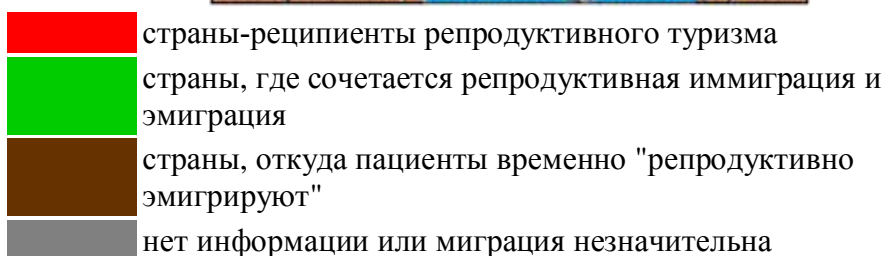
**Рисунок 17. Виды лечения по странам проживания пациентов**

Потребность именно в донорстве яйцеклеток наиболее высока у англичанок (и просто высока – у немок), и она даже выше, чем потребность в донорской сперме у шведок и француженок. Помимо законодательств стран, все это может еще быть связано с культурными особенностями – традициями особенно надолго отложенного материнства, отсутствием предрассудков относительно «не своего» генетического материала в странах протестантской культуры.



**Рисунок 18. Виды лечения по странам-реципиентам**

Ну а реализуются эти потребности вполне ожидаемо, из исследуемых шести стран, чаще всего в Испании (ДО) и Дании (ДС).



**Рисунок 19. Репродуктивные миграции в Европе**

**Заключение**

Как можно видеть, репродуктивное лечение за границей, или, все-таки, репродуктивный туризм, поскольку в некоторых случаях люди все же используют такие поездки в том числе и для того, чтобы как минимум вырваться из привычного окружения, за весьма короткое время привел к созданию новой глобальной отрасли экономики.

Поскольку унификация законов в отношении репродуктивных технологий в мире в целом в ближайшее время маловероятна, и еще менее вероятно выравнивание ВВП на душу населения во всех странах мира, решение своих репродуктивных проблем в другой стране будет оставаться весьма привлекательным для того значительного (в абсолютных цифрах, если говорить о мире в целом) меньшинства, которым являются нынешние и перспективные пациенты репродуктивных клиник.

Соответственно, «последствия» – «сделанные за границей» дети – пусть и в небольшом, но в стабильном, а то и в стабильно растущем, количестве, будут появляться в семьях как обеспеченных граждан развитых стран, так и наиболее богатых жителей стран развивающихся.

Как бы то ни было, данное явление все же представляется гораздо более значимым, если его рассматривать не в контексте вклада в мировую рождаемость (более чем скромного), а в контексте современной глобализации решения вопросов репродуктивного здоровья, помогающей обойти национальные легальные барьеры при условии достаточно сильной мотивации к реализации избранного репродуктивного решения.

При этом континуум принимаемых решений, благодаря развитию как медицинскому, так и социальному, становится все многообразнее (дети в гомосексуальных союзах, дети у одиноких женщин и мужчин, не желающих вступать ни в брак, ни в сожительство, дети, зачатие которых происходит уже после смерти их биологических отцов, генетически здоровые дети у генетически больных родителей, дети у родителей пост-репродуктивного возраста с использованием донорских клеток, и т.д.).

Несмотря на любые биоэтические паники и локальные победы «запретительных лобби», общественное развитие требует этого разнообразия – о чем и свидетельствует бурное и быстрое развитие описанного в этой статье репродуктивного туризма.

---

<sup>1</sup> Исупова Ольга Генриховна – PhD в социологии, с.н.с. Института демографии НИУ ВШЭ.

<sup>2</sup> Knoppers, B.M., LeBris, S., 1991. Recent advances in medically assisted conception: legal, ethical and social issues. *Am. J. Law Med.* 17, 239–361.

<sup>3</sup> Inhorn, M.C., 1994. *Quest for Conception: Gender, Infertility, and Egyptian Medical Traditions.* University of Pennsylvania Press, Philadelphia.

<sup>4</sup> Inhorn, M.C., Patrizio, P., 2009. Rethinking reproductive ‘tourism’ as reproductive ‘exile’. *Fertil. Steril.* 92 (3), 904–906; Matorras, R., 2005. Reproductive exile versus reproductive



tourism. Hum. Reprod. 20 (12), 3571.

<sup>5</sup> Whittaker, A., 2009. Global technologies and transnational reproduction in Thailand. Asian Stud. Rev. 33 (3), 319–332.

<sup>6</sup> Inhorn, M.C., Patrizio, P., 2009. Rethinking reproductive ‘tourism’ as reproductive ‘exile’. Fertil. Steril. 92 (3), 904–906; Gürtin, Z.B., 2011. Banning Reproductive Travel: Turkey’s ART Legislation and Third-Party Assisted Reproduction. Reprod. Biomed. Online. 23, 555–564; Whittaker, A., Speier, A., 2010. ‘Cycling overseas’: care, commodification and stratification in cross-border reproductive travel. Med. Anthropol. 29, 363–383.

<sup>7</sup> Pennings et al. 2009, Shienfield et al. 2010.

<sup>8</sup> Ikemoto, L.C., 2009. Reproductive Tourism: equality Concerns in the global market for fertility services. Law Inequality 27, 277–309; Martin, L.J., 2009. Reproductive tourism in the age of globalization. Globalizations 6 (2), 249–263; Nahman, M., 2011. Reverse Traffic: intersecting inequalities in human egg ‘donation’. Reprod. Biomed. Online 23, 626–633; Pfeffer, N., 2011. Eggs-ploiting women: A critical feminist analysis of the different principles in transplant and fertility tourism. Reprod. Biomed. Online 23, 634–641.

<sup>9</sup> Culley, L., Hudson, N., 2009. Fertility tourists or global consumers? A sociological agenda for exploring cross-border reproductive travel. Int. J. Interdiscip. Soc. Sci. 10, 139–150; Speier, A., 2011. Brokers, Consumers and the Internet: How North American Consumers Navigate their Infertility Journeys. Reprod. Biomed. Online 23, 592–599.

<sup>10</sup> Bergmann, S., 2011. Reproductive Agency and Projects: Germans Searching for Egg Donation in Spain and the Czech Republic. Reprod. Biomed. Online. 23, 600–608

<sup>11</sup> Whittaker, A., 2011. Reproductive opportunists in the new global sex trade: PGD and non-medical sex selection. Reprod. Biomed. Online 23, 609–617.

<sup>12</sup> Inhorn M. C., Gürtin Z. B., Cross-border reproductive care: a future research agenda. Reproductive BioMedicine Online (2011) 23, 665–676.

<sup>13</sup> Lunt, N. & Carrera, P. (2010), Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad. Maturitas,

66, 27-32

<sup>14</sup> Pennings et al., 2009.

<sup>15</sup> Nicholson, R.F., Nicholson, R.E., 1994. Assisted reproduction in Latin America. J. Assist. Reprod. Genet. 11 (9), 438–444.

<sup>16</sup> Smith, E., Behrmann, J., Martin, C., Williams-Jones, B., 2009. Reproductive tourism in Argentina: clinic accreditation and its implications for consumers, health professionals and policy makers. Developing World Bioethics 8, 2009. doi:10.1111/j.1471-8847.2009.00256.x, Early view, Published June 8, 2009.

<sup>17</sup> Hughes, E., Dejean, D., 2010. Cross-border fertility services in North America: a survey of Canadian and North American providers. Fertil. Steril. 94, e16 – e19.

<sup>18</sup> Ferguson, J., 2006. Global Shadows: Africa in the Neoliberal World Order. Duke University Press, Duke NC.

<sup>19</sup> Интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида в яйцеклетку (Intra Cytoplasmic Sperm Injection).

<sup>20</sup> Whittaker, A., 2009. Global technologies and transnational reproduction in Thailand. Asian Stud. Rev. 33 (3), 319–332.

<sup>21</sup> Inhorn, M.C., Shrivastav, P., 2010. Globalization and reproductive tourism in the United Arab Emirates. Asia Pas. J. Public Health 22, 68S–74S.

<sup>22</sup> Преимплантационная генетическая диагностика.

<sup>23</sup> Nygren, K., Adamson, D., Zegers-Hochschild, F., de Mouzon, J., International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies, 2010. Cross-border fertility care – International Committee

Monitoring Assisted Reproductive Technologies global survey: 2006 data and estimates. *Fertil. Steril.* 94 (1), e4–e10.

<sup>24</sup> Deonandan, R., *Reproductive Tourism: Public Health and Ethics* paper delivered at CPHA 2010 conference, Toronto.

<sup>25</sup> Culley, L., Hudson, N., Rapport, F., Blyth, E., Norton, W., Pacey, A.A., 2011. Crossing borders for fertility treatment: motivations, destinations and outcomes of UK fertility travellers. *Hum. Reprod.* Available for online access from 29 June 2011.

<sup>26</sup> Bartolucci, R., 2008. Cross-border reproductive care: Italy, a case example. *Hum. Reprod.* 23 (Suppl. 1), i88; Zanini, G., 2011. Abandoned by the State, Betrayed by the Church: Italian experiences of cross-border reproductive care. *Reprod. Biomed. Online* 23, 565–572.

<sup>27</sup> Bergmann, S., 2011. Reproductive Agency and Projects: Germans Searching for Egg Donation in Spain and the Czech Republic. *Reprod. Biomed. Online.* 23, 600–608.