

Над темой номера
работала



Виктория
САКЕВИЧ^[1]

От аборта к контрацепции

Введение

Внутрисемейный контроль рождаемости стал массовой практикой в большинстве стран мира, включая Россию. Семьи планируют число детей и время их рождения. Большинство пар в странах, где завершился демографический переход, хотят иметь двоих детей, а это значит, что на протяжении многих лет жизни женщине приходится уклоняться от нежелательной беременности. Для регулирования рождаемости пары используют либо методы контрацепции, позволяющие предотвратить беременность, либо аборт, то есть прерывание наступившей беременности. Современный, цивилизованный тип контроля рождаемости подразумевает, что основную роль в ее внутрисемейном регулировании играют методы предотвращения нежелательной беременности, а не ее прерывание, и общее число беременностей у женщины приблизительно равно числу желанных детей.

В течение десятилетий во внутрисемейном регулировании рождаемости в России, в отличие от многих других стран со сходным уровнем рождаемости, большую роль играл искусственный аборт. Россия раньше всех в мире легализовала искусственный аборт по желанию женщины. Не имея альтернативы в виде надежной контрацепции, семьи были вынуждены прибегать к прерыванию беременности. СССР - а в его составе Россия - занимал одно из первых мест в мире по уровню абортов.

За постсоветские годы России удалось значительно продвинуться по пути перехода «от аборта к контрацепции» и сократить разрыв с другими развитыми странами. Тем не менее, «лидерство» Российской Федерации по показателям абортов, по крайней мере, среди европейских стран, сохраняется. Опираясь на официальную статистику и результаты выборочных обследований, рассмотрим подробнее, как выглядит наша страна на фоне стран ОЭСР, что у нас общего и в чем проявляются особенности внутрисемейного регулирования рождаемости у россиян.

Право на аборт в странах мира

Россия входит в число стран, имеющих либеральное законодательство в отношении искусственного прерывания беременности (аборта). Согласно ст. 56 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (от 21.11.2011 № 323-ФЗ), каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве, в том числе право на искусственное прерывание беременности по своему желанию при сроке беременности до 12 недель. Также женщина имеет

право на прерывание беременности по социальным показаниям при сроке беременности до двадцати двух недель, а при наличии медицинских показаний - независимо от срока беременности. Медицинская помощь при производстве аборта должна оказываться в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, то есть бесплатно.

Аналогичное российскому право на прерывание беременности по желанию предоставляют женщине только приблизительно треть стран мира (58 из 196 стран), но в этих странах проживает больше половины мирового населения (в эту группу входит Китай). Почти во всех странах мира аборт разрешен с целью спасения жизни женщины, в 2/3 стран - при наличии угрозы физическому и психическому здоровью женщины, в половине стран - в случаях, если беременность является результатом изнасилования или инцеста[2]. Чили, Доминиканская Республика, Сальвадор, Никарагуа, Ватикан, Мальта не допускают искусственного прерывания беременности ни при каких обстоятельствах. В развивающихся странах законодательство в отношении аборта в целом является намного более запретительным, чем в развитых. Право прервать беременность по желанию женщины гарантировано в 71% развитых стран и только в 16% развивающихся стран. Остановимся подробнее на странах - членах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР).

Как видно из табл. 1, большинство стран ОЭСР имеют, как и Российская Федерация, либеральное законодательство: 23 из 34 стран-членов ОЭСР разрешают аборт по желанию женщины. Еще пять стран - Великобритания, Исландия, Люксембург, Финляндия и Япония - предоставляют право на прерывание беременности по социально-экономическим основаниям, которые трактуются достаточно широко. Четыре страны - Израиль, Южная Корея, Новая Зеландия и Польша - законодательно разрешают аборт только при определенных условиях, например, при аномалиях развития плода, если беременность наступила в результате изнасилования или инцеста или если есть медицинские показания для прерывания беременности. Но правоприменительная практика в этих странах имеет существенные различия. Так, в Израиле, хоть закон и налагает ограничения, прерывание беременности является вполне доступной услугой, женщине следует получить разрешение специальной комиссии[3]. А вот в Польше легальный аборт, действительно, почти недоступен. Даже если жительница Польши имеет законное основание для прерывания беременности, реализовать свое право ей непросто, врачи часто отказываются делать аборт, ссылаясь на идеологические мотивы[4]. Польские женщины вынуждены обращаться к нелегальным услугам в частные клиники или ехать в другую страну; в последние годы в Польше отмечен рост отказов от детей и даже случаи детоубийства[5]. В настоящее время в Польше рассматривается законопроект, предусматривающий полный запрет аборта.

В Ирландии искусственный аборт допускается законом только в одном случае: когда беременность представляет угрозу жизни женщины. Но и в тех редких случаях, когда у женщины есть легальные основания для аборта, прерывание беременности почти никогда не проводится[6]. В Чили, единственной из стран-членов ОЭСР, аборт не разрешается ни при каких условиях[7]. К слову, на фоне государств Латинской Америки ситуация в Чили, скорее, правило, чем исключение; только три страны региона имеют либеральное законодательство, касающееся аборта: Куба, Гайана и Пуэрто-Рико.

Итак, в разных странах признаются разные основания, по которым разрешено искусственное прерывание беременности. Приведем список этих оснований:

1. спасение жизни женщины;
2. защита физического здоровья женщины;
3. защита психического здоровья женщины;
4. беременность в результате изнасилования и инцеста;
5. аномалии развития плода;
6. социально-экономические причины;
7. по желанию женщины.

В табл. 1 содержится информация о том, какие из этих оснований считаются законными в каждой из стран ОЭСР.

Таблица 1. Легальные основания для искусственного прерывания беременности в странах ОЭСР и России. По состоянию на 2013 г.

Страна	Основания, по которым разрешено искусственное прерывание беременности
Австралия	1,2,3,4,5,6,7
Австрия	1,2,3,4,5,6,7
Бельгия	1,2,3,4,5,6,7
Великобритания	1,2,3,5,6
Венгрия	1,2,3,4,5,6,7
Германия	1,2,3,4,5,6,7
Греция	1,2,3,4,5,6,7
Дания	1,2,3,4,5,6,7
Израиль	1,2,3,4,5
Ирландия	1
Исландия	1,2,3,4,5,6
Испания	1,2,3,4,5,6,7
Италия	1,2,3,4,5,6,7
Канада	1,2,3,4,5,6,7
Люксембург	1,2,3,4,5,6
Мексика	1,2,3,4,5,6,7*
Нидерланды	1,2,3,4,5,6,7
Новая Зеландия	1,2,3,4,5
Норвегия	1,2,3,4,5,6,7
Польша	1,2,3,4,5
Португалия	1,2,3,4,5,6,7
Россия	1,2,3,4,5,6,7
Словакия	1,2,3,4,5,6,7
Словения	1,2,3,4,5,6,7
США	1,2,3,4,5,6,7
Турция	1,2,3,4,5,6,7
Финляндия	1,2,3,4,5,6
Франция	1,2,3,4,5,6,7
Чехия	1,2,3,4,5,6,7
Чили	запрещен
Швейцария	1,2,3,4,5,6,7
Швеция	1,2,3,4,5,6,7
Эстония	1,2,3,4,5,6,7
Южная Корея	1,2,3,4,5
Япония	1,2,4,6

*в Мексике есть различия между штатами.

Источник: United Nations, World Population Policies Database. URL:
http://esa.un.org/poppolicy/wpp_datasets.aspx

Общей мировой тенденцией последних десятилетий является либерализация законодательства в отношении искусственного прерывания беременности. Таких стран, как Ирландия, среди развитых стран единицы.

В большинстве стран ОЭСР, по крайней мере, в европейских странах, как и в России, производство аборта входит в базовый пакет медицинской помощи, покрываемый страховкой. Исключения составляют, в частности, Чехия, Словакия и Венгрия.

Таким образом, с точки зрения права на искусственное прерывание беременности между Россией и большинством стран ОЭСР нет больших различий.

Уровень абортов в России по-прежнему выше, чем в других развитых странах

Легальный статус аборта мало влияет на его распространенность [8], однако влияет на наличие и качество статистики абортов. Для стран, где аборт законодательно запрещен, можно говорить только о косвенных оценках распространенности практики прерывания беременности. Да и в ряде стран с либеральным законодательством (Австрии, Канаде, Греции и ряде других) статистика абортов либо отсутствует, либо признается неполной. Из 34 стран ОЭСР достоверная статистика прерванных беременностей существует для 22-х стран. На сравнении с ними мы и остановимся.

В России государственную статистику абортов публикует Росстат, который дополняет статистику прерванных беременностей, учтенных Министерством здравоохранения, данными из медицинских учреждений других министерств, а также из негосударственных организаций, имеющих лицензию на производство аборта. Большинство абортов выполняется в организациях, подведомственных Министерству здравоохранения (89% в 2014 году). Полноту учета прерванных беременностей Росстата можно считать вполне удовлетворительной [9].

С конца 1980-х годов официальная статистика фиксирует неуклонное снижение ежегодных чисел абортов в России (табл. 2, рис. 1). С 1988 (года, после которого началось постоянное снижение) по 2014 год абсолютное число прерванных беременностей уменьшилось в 5 раз (с 4,6 млн. до 0,9 млн.), а специальный коэффициент абортов на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет - в 4,9 раза (с 127 до 26).

В 2007 году произошло знаменательное событие - годовое число рождений в России превысило годовое число прерванных беременностей, чего не наблюдалось в течение нескольких десятилетий до этого. В 1967 году на 100 живорождений приходилось 293 аборта (максимум), в 1990 году - 206, в 2007 году - 92, а в 2014 году - 48 абортов. Иными словами, в 1960-е на одни роды приходилось около 3-х абортов, а сейчас родов вдвое больше, чем абортов.

Таблица 2. Основные показатели зарегистрированных аборт, Россия, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010-2014 годы

Годы	Число абортов:		
	тысяч	на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет	на 100 живорождений
1990	4103,4	113,9	206
1995	2766,4	72,8	203
2000	2138,8	54,2	169
2005	1675,7	42,7	117
2010	1186,1	31,7	66
2011	1124,9	30,5	63
2012	1064,0	29,3	56
2013	1012,4	28,3	53
2014	919,1	26,0	48
1990 к 2014, разы	4,5	4,4	4,3

Примечание: Данные за 1995, 2000, 2005 без Чеченской Республики; за 2014 – без Крымского ФО.

Источник: данные Росстата

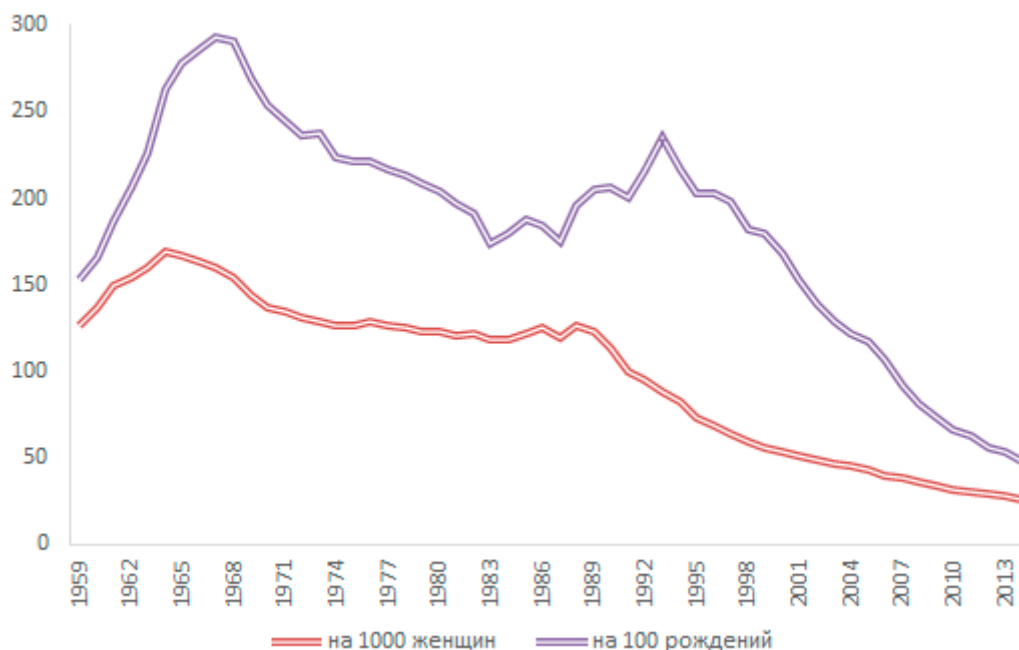


Рисунок 1. Число абортов на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет и на 100 живорождений. Россия, 1959-2014 гг.

Источник: данные Росстата

Снижение частоты аборт в России происходит во всех возрастных группах, при этом чем моложе женщины, тем быстрее снижается число аборт. За 1991-2014 годы коэффициент аборт в возрасте моложе 20 лет сократился в 6 раз, в возрасте 20-34 года – в 3,9 раза и в возрасте 35 лет и старше – в 3,5 раза (табл. 3). Статистика аборт по пятилетним возрастным группам, которая появилась с 2008 года, также свидетельствует о более быстром снижении распространенности аборт среди самых молодых россиянок (рис. 2). За последние шесть лет (2008-2014) возрастной коэффициент аборт сократился в возрасте 15-19 лет в 2,2 раза, в возрасте 20-24 года – в 1,6 раза, в возрасте 25-29 лет – в 1,5 раза и в гораздо меньшей степени среди женщин старше 35 лет. Очевидно, что молодые поколения ведут себя иначе, чем поколения их матерей.

Таблица 3. Число аборт* по укрупненным возрастным группам и суммарный коэффициент аборт. Россия (без Крымского ФО), 1991, 1995, 2000, 2005, 2010-2014 годы

Годы	Число аборт на 1000 женщин в возрасте, лет:			Суммарный коэффициент аборт***
	15-19**	20-34	35 и старше	
1991	69,7	152,5	50,5	3,39
1995	57,1	122,4	33,1	2,62
2000	36,0	97,6	23,8	2,00
2005	28,4	72,7	18,3	1,51
2010	19,1	49,5	15,2	1,07
2011	17,2	47,1	15,2	1,02
2012	15,7	44,7	15,1	0,97
2013	14,0	42,8	15,2	0,93
2014	11,6	39,5	14,3	0,85
<i>1991 к 2014, разы</i>	<i>6,0</i>	<i>3,9</i>	<i>3,5</i>	<i>4,0</i>

*Включая самопроизвольные аборт.

**Включая аборт в возрасте до 15 лет.

***Среднее число аборт, приходящееся на одну женщину за весь репродуктивный период при сохранении возрастной интенсивности производства аборт в расчетном году. До 2008 г. рассчитан по укрупненным возрастным группам, в 2008-2014 годах – по пятилетним возрастным группам.

Источник: рассчитано по данным Росстата.

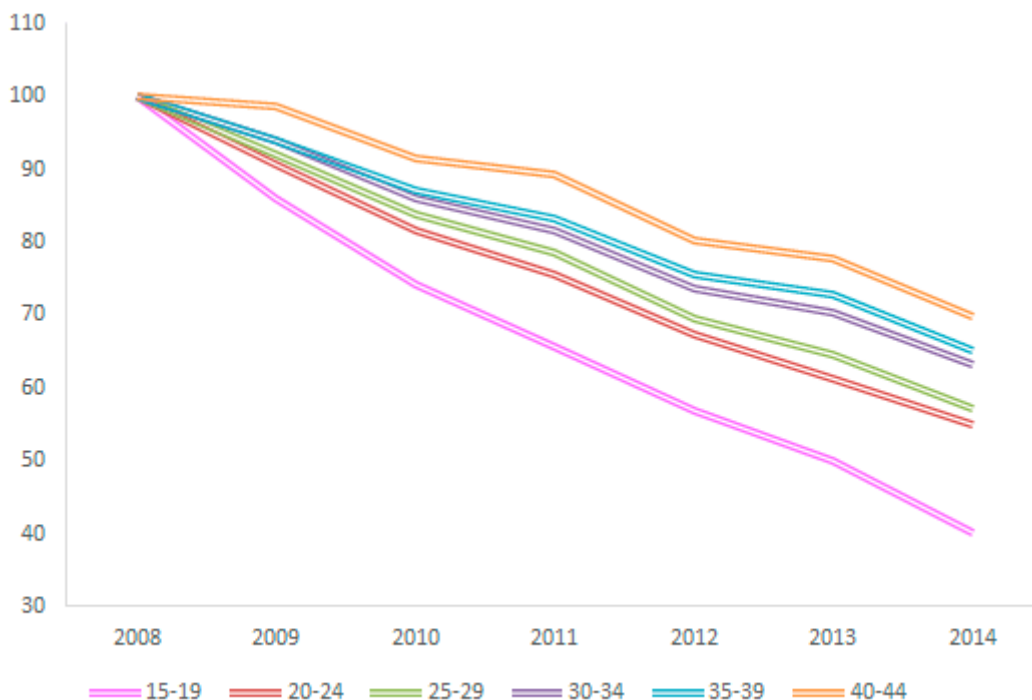


Рисунок 2. Снижение возрастных коэффициентов абортс* (на 1000 человек соответствующего возраста). 2008 год = 100%. Россия (без Крымского ФО)

* без учета самопроизвольных абортов.

Источник: рассчитано по данным Росстата.

Суммарный коэффициент абортов (СКА) снизился в России с 3,39 аборта в среднем на одну женщину репродуктивного возраста в 1991 году до 0,85 в 2014 году, т.е. при возрастных коэффициентах абортов 1991 года на 100 женщин приходилось в среднем 339 абортов за всю жизнь, а при возрастных коэффициентах 2014 года – «всего» 85 абортов.

Тем не менее, несмотря на значительные успехи последних десятилетий, по уровню абортов Россия по-прежнему опережает все рассматриваемые страны-члены ОЭСР. Причем в данном случае для международных сравнений использовались скорректированные российские показатели. Дело в том, что официальная статистика абортов в России включает не только искусственные, но и самопроизвольные аборты, в последние годы их доля превышает 20%. Тем самым российские показатели завышаются относительно других стран, где в официальную статистику, как правило, попадают только легальные искусственные аборты. На рис. 3 и 4 коэффициенты абортов для России рассчитаны без учета самопроизвольных абортов.

Ближе всех к России из рассматриваемых стран - Эстония и Швеция. На другом полюсе, с самой низкой частотой абортов, - Швейцария и Германия. Заметим, что все эти страны имеют либеральное законодательство в отношении искусственного прерывания беременности, это значит, что различия между ними обусловлены другими факторами. Среднее значение специального коэффициента абортов для стран ЕС составляет примерно 10 на 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет, что вдвое ниже, чем в России^[10]. Российский показатель выше швейцарского в 3,5 раза.

Предположительно, более высоким, чем в России, уровнем аборт характеризуется Мексика [11], а также многие другие страны Латинской Америки и Африки, но эти страны не располагают надежной статистикой абортов.

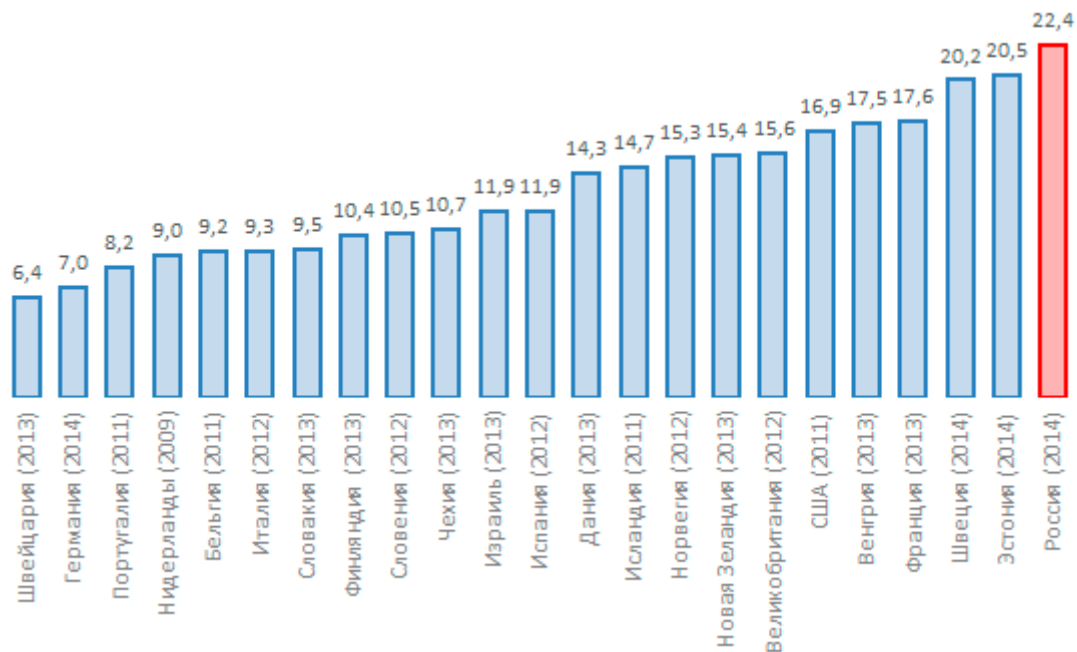


Рисунок 3. Специальный коэффициент абортов (на 1000 женщин в возрасте 15-44 года) в странах ОЭСР и России

Примечание: Показатель по России не включает самопроизвольные аборты.

Источники: Рассчитано на основе базы данных Eurostat, URL:

<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> . Эстония: Statistics Estonia, URL: <http://pub.stat.ee/px-web.2001/dialog/statfile1.asp> . Швеция: Statistics on induced abortions 2014. Socialstyrelsen 2015. США: Институт Гуттмахера, URL: <http://www.guttmacher.org/sections/abortion.php> Израиль: Central Bureau of Statistics of Israel, URL: http://cbs.gov.il/reader/cw_usr_view_SHTML?ID=595 Новая Зеландия: Statistics New Zealand, http://www.stats.govt.nz/browse_for_stats/health/abortion/info-releases.aspx

Основываясь на более точном, чем специальный коэффициент, измерителе уровня абортов - суммарном коэффициенте абортов, рассматриваемые страны можно условно разделить на три группы: 1) с низким уровнем абортов, СКА = 0,2-0,3 (Швейцария, Германия, Португалия, Нидерланды, Словакия, Бельгия, Италия, Словения, Чехия, Финляндия), 2) со средним уровнем, СКА = 0,4-0,55 (Израиль, Испания, Дания, Исландия, Норвегия, Великобритания, Франция, Новая Зеландия, Венгрия) и 3) с высоким уровнем, СКА около 0,6 и выше (США, Швеция, Эстония, Россия), рис. 4. России стоило бы внимательно изучить опыт стран первой группы по снижению числа нежелательных беременностей.

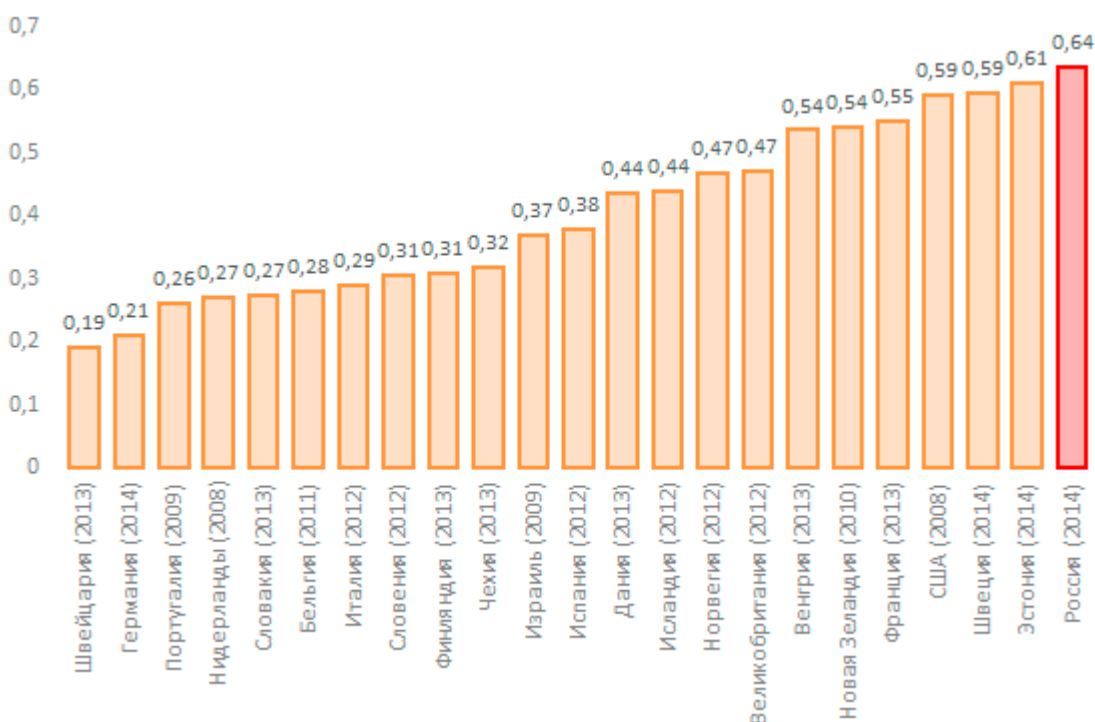


Рисунок 4. Суммарный коэффициент аборт в странах ОЭСР и России

Примечание: Показатель по России не включает самопроизвольные аборты.

Источники: Рассчитано на основе базы данных Eurostat, URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. Эстония: Statistics Estonia, URL: <http://pub.stat.ee/px-web.2001/dialog/statfile1.asp>. Швеция: Statistics on induced abortions 2014. Socialstyrelsen 2015. Норвегия, Исландия: Nordic Statistics, URL: <http://norden.statbank.dk/heal15>. Франция: INED, URL: http://www.ined.fr/en/everything_about_population/data/france/abortion-contraception/abortions/. Новая Зеландия, Израиль, Португалия, Нидерланды, США: Sedgh Gilda, Akinrinola Bankole, Susheela Singh and Michelle Eilers. Legal Abortion Levels and Trends By Woman's Age at Termination // International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2012, 38 (3): 143–153.

Возрастные различия - кто чаще делает аборты

Еще одна особенность отличает Россию от многих западных стран и стран ОЭСР, а именно: возрастное распределение абортов. В западных странах, особенно в англосаксонских и странах Северной Европы, аборты чаще всего являются результатом случайной беременности у молодых незамужних девушек и служат средством отложить рождение ребенка на более поздний возраст [12], тогда как в современной России аборт в большей степени служит средством избежать рождения у женщин, уже имеющих желаемое число детей, или для регулирования интергенетического интервала. Видимо, влияет фактор более раннего формирования семьи и рождения детей в России по сравнению с западными странами. В результате вклад молодежных возрастных групп в суммарный коэффициент абортов там существенно выше, чем в нашей стране. Доля искусственных абортов в возрастах моложе 25 лет в суммарном коэффициенте абортов в 11 из 22-х рассматриваемых стран ОЭСР превышает 40%, а в США и Новой Зеландии превышает 50%, тогда как в России она ниже 30% (табл. 4).

Таблица 4. Вклад возрастных групп женщин в суммарный коэффициент аборт в странах ОЭСР и в России, %

	Возраст, лет						Всего
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40+	
Бельгия (2011)	15	26	24	18	12	5	100
Великобритания (2012)	19	29	22	16	10	4	100
Венгрия (2013)	16	22	22	19	15	7	100
Германия (2014)	11	23	23	21	16	7	100
Дания (2013)	15	26	21	18	13	6	100
Израиль (2009)	12	20	19	20	19	10	100
Исландия (2012)	16	30	22	17	11	5	100
Испания (2012)	17	26	23	17	12	5	100
Италия (2012)	11	22	22	21	17	8	100
Нидерланды (2008)	13	28	22	18	13	6	100
Новая Зеландия (2010)	20	31	22	15	10	4	100
Норвегия (2012)	12	29	24	18	12	5	100
Португалия (2009)	14	21	21	21	15	7	100
Россия (2014)	7	22	25	23	17	7	100
Словакия (2013)	9	18	21	23	19	10	100
Словения (2012)	9	18	21	23	20	8	100
США (2008)	17	34	24	14	8	3	100
Финляндия (2013)	17	28	21	16	12	5	100
Франция (2009)	15	26	23	18	13	6	100
Чехия (2013)	11	20	21	21	18	9	100
Швейцария (2013)	10	23	22	20	16	7	100
Швеция (2014)	13	25	23	19	14	7	100
Эстония (2014)	13	22	21	21	17	8	100

Примечание: Показатели по России не включают самопроизвольные аборты.

Источники: рассчитано на основе базы данных Eurostat, URL:

<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. Эстония: Statistics Estonia, URL: <http://pub.stat.ee/pw-web.2001/dialog/statfile1.asp>. Швеция: Statistics on induced abortions 2014. Socialstyrelsen 2015. Норвегия, Исландия: Nordic Statistics, URL: <http://norden.statbank.dk/heal15>. Новая Зеландия, Израиль, Португалия, Франция, Нидерланды, США: Sedgh Gilda, Akinrinola Bankole, Susheela Singh and Michelle Eilers. Legal Abortion Levels and Trends By Woman's Age at Termination // International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2012, 38 (3): 143–153.

За исключением нескольких стран в восточной и южной частях Европы, максимум абортов в странах ОЭСР приходится на возрастной интервал 20-24 года, при этом уровень абортов среди 30-летних женщин, как правило, ниже, чем среди 20-летних. В России же максимум абортов приходится на возраст 25-29 лет, а вклад возрастной группы 30-34 года в суммарный коэффициент абортов больше, чем вклад возрастной группы 20-24 года (рис. 5). Россия характеризуется самыми высокими

среди рассматриваемых стран коэффициентами аборт в возрастных интервалах 30-34 и 35-39 лет, тогда как по уровню прерванных беременностей среди подростков наша страна далеко не лидер – 13 из 22-х стран обходят Россию по частоте аборт в возрасте 15-19 лет. Самые высокие показатели аборт среди подростков имеют на сегодня такие страны ОЭСР, как Новая Зеландия, США, Великобритания, Венгрия.

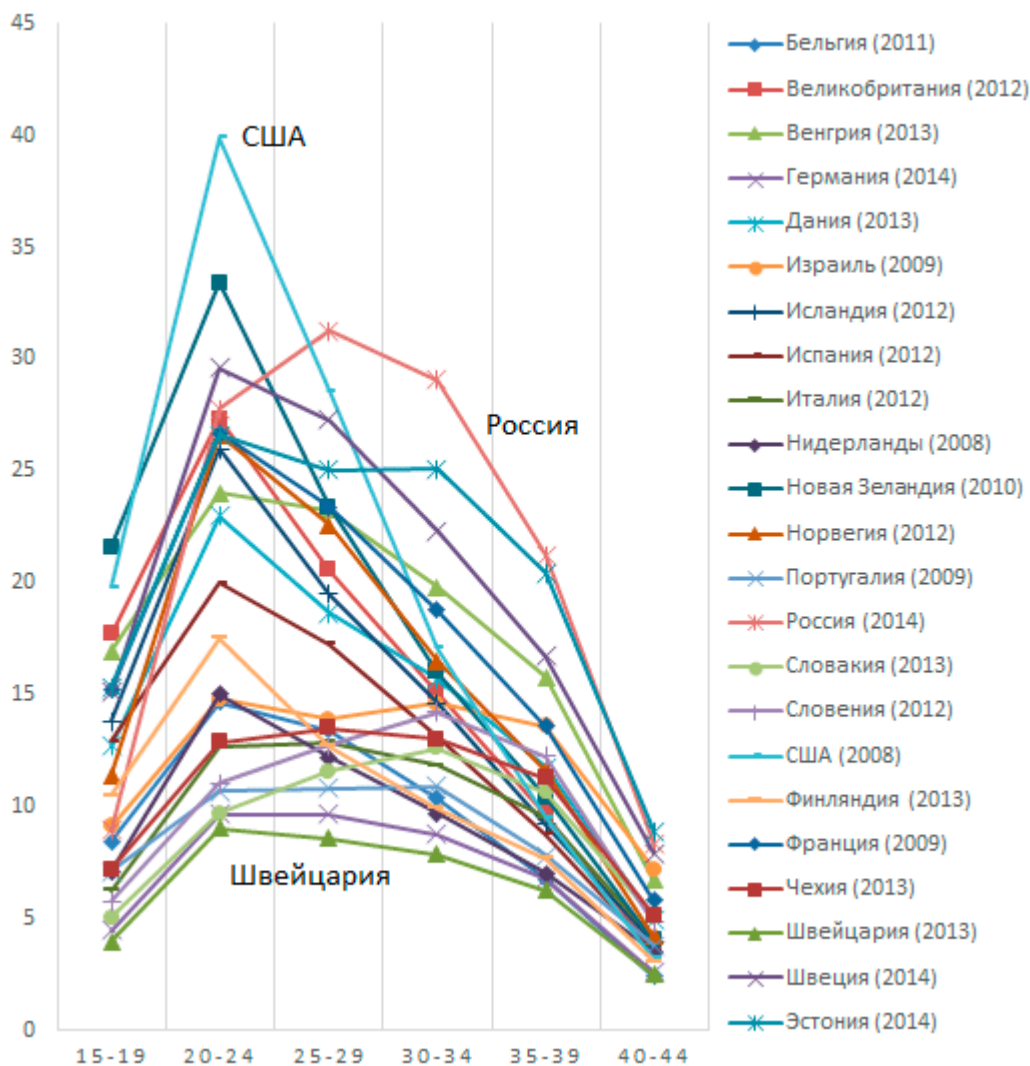


Рисунок 5. Возрастные коэффициенты аборт в странах ОЭСР и в России, на 1000 женщин соответствующего возраста

Примечание: Показатели по России не включают самопроизвольные аборт.

Источники: см. источники табл. 4.

Особенности контрацептивного поведения

Почти пятикратное снижение уровня аборт в постсоветской России стало возможным благодаря расширению практики применения эффективного планирования семьи. Все недавние выборочные

обследования в нашей стране показали, что распространенность контрацепции в современной России высока и вполне сопоставима с развитыми странами.

На рис. 6 представлены два показателя: распространенность контрацепции (любого метода) и распространенность современных методов контрацепции[13] среди женщин, состоящих в зарегистрированном или незарегистрированном браке, полученные в ходе последнего обследования репродуктивного поведения населения той или иной страны. Отметим, что в некоторых странах такого рода обследования проводились очень давно, а в ряде стран (Австрия, Исландия, Израиль и Люксембург) вообще не проводились, или о них неизвестно международным наблюдателям.

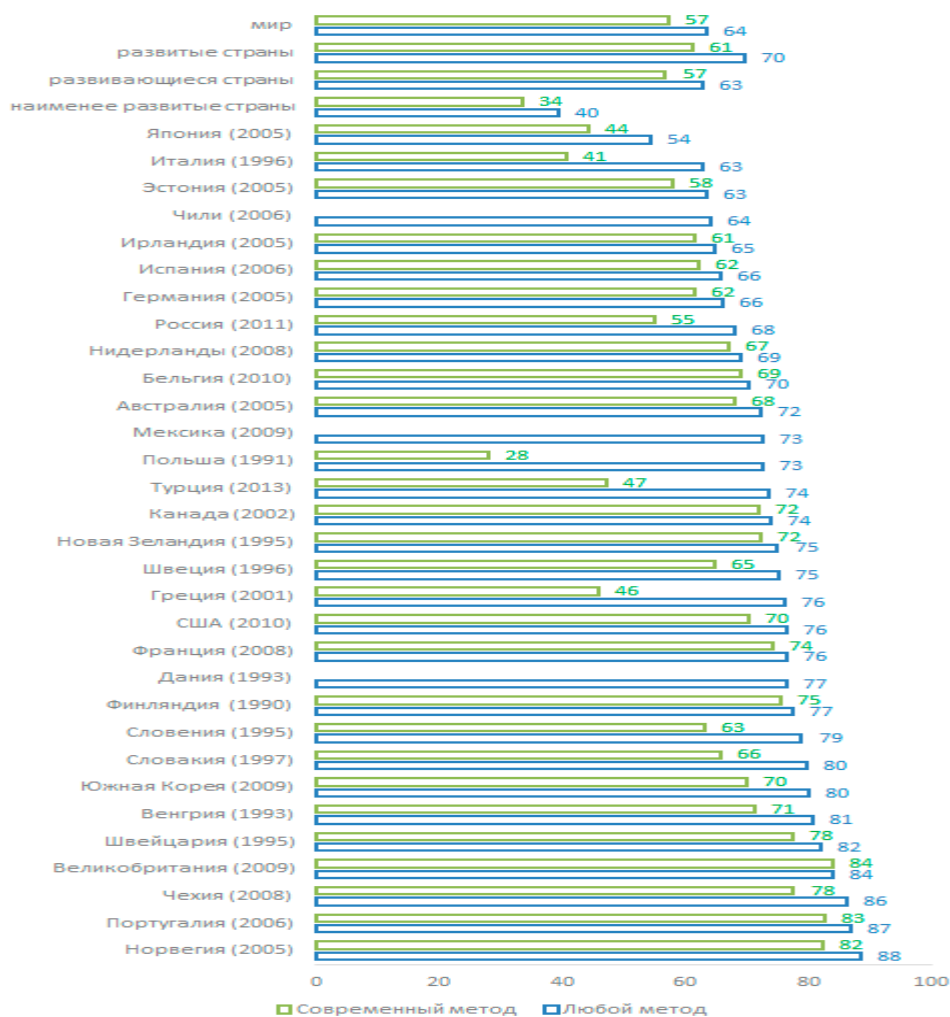


Рисунок 6. Доля женщин репродуктивного возраста, использующих методы контрацепции, среди женщин, состоящих в браке/партнерстве, %. По данным выборочных обследований. Страны ОЭСР и Россия

Примечание: данные по регионам мира – оценка ООН 2015 года.

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). 2015 Update for the MDG Database: Contraceptive Prevalence (POP/DB/CP/A/MDG2015).

Доля пар, применяющих любой метод контрацепции, варьируется от 54% в Японии до 88% в Норвегии. Кроме Норвегии, среди стран ОЭСР очень высока распространенность контрацепции в Португалии, Чехии и Великобритании. Указанные страны входят в число мировых лидеров по уровню использования методов контрацепции.

В России, согласно «Выборочному обследованию репродуктивного здоровья населения России 2011 года», 68% состоящих в партнерстве женщин и 74% сексуально активных женщин (независимо от брачного статуса) в возрасте от 15 до 44 лет применяют методы контрацепции [14] – это средний уровень использования контрацепции для развитых стран. Схожие с российским показатели распространенности контрацепции характерны для таких стран, как Бельгия, Нидерланды, Испания, Германия. Можно сказать, что Россия по этому показателю не выделяется на фоне стран с близким уровнем рождаемости (не только развитых).

Доля применяющих современные, эффективные методы планирования семьи тоже довольно высока сейчас в России, особенно если сравнить с советским периодом. Более 80% пользователей контрацепции в России предпочитают современные методы. А, например, в Польше эта доля не доходит до 40%, в Италии, Греции, Турции – не выше 65%. Правда, во многих странах ОЭСР (Великобритании, Бельгии, Финляндии, Канаде, Нидерландах, Франции и других) эта доля приближается к 100%, то есть малонадежные традиционные методы практически не используются.

На показатель использования контрацепции влияет уровень рождаемости в стране – чем больше распространено желание/намерение родить ребенка, тем меньше пары нуждаются в методах предотвращения беременности. Поэтому, наряду с распространенностью контрацепции, обычно рассматривается показатель *неудовлетворенной потребности в планировании семьи*, который определяется как доля женщин, состоящих в партнерстве, которые хотят прекратить или отсрочить деторождение, но при этом не используют методов контрацепции. Для измерения неудовлетворенной потребности в планировании семьи требуются данные специальных выборочных опросов, содержащие информацию о репродуктивных планах, календаре беременностей, грудном вскармливании, применении контрацепции и бесплодии, а такие опросы проводятся далеко не везде. Коллектив авторов, представляющих, в частности, Отдел народонаселения ООН, разработал модель, которая позволяет оценивать неудовлетворенную потребность в планировании семьи для всех стран мира, включая те страны, для которых существует мало эмпирических данных [15].

Согласно оценочным данным, неудовлетворенная потребность в планировании семьи колеблется от 5-6% в Великобритании, Южной Корее, Норвегии, Турции, Франции и Швейцарии до почти 16% в Японии (рис. 7). Средний уровень для развитых стран составляет около 10%, для стран ОЭСР - 9%. Для сравнения: в странах Африки к югу от Сахары этот показатель превышает 24%. Россия находится приблизительно в середине ранжированного ряда рассматриваемых стран. Причем реальный показатель в нашей стране по данным «Выборочного обследования репродуктивного здоровья населения России 2011 года» составил 8% (а не 9,6% по расчетам ООН).

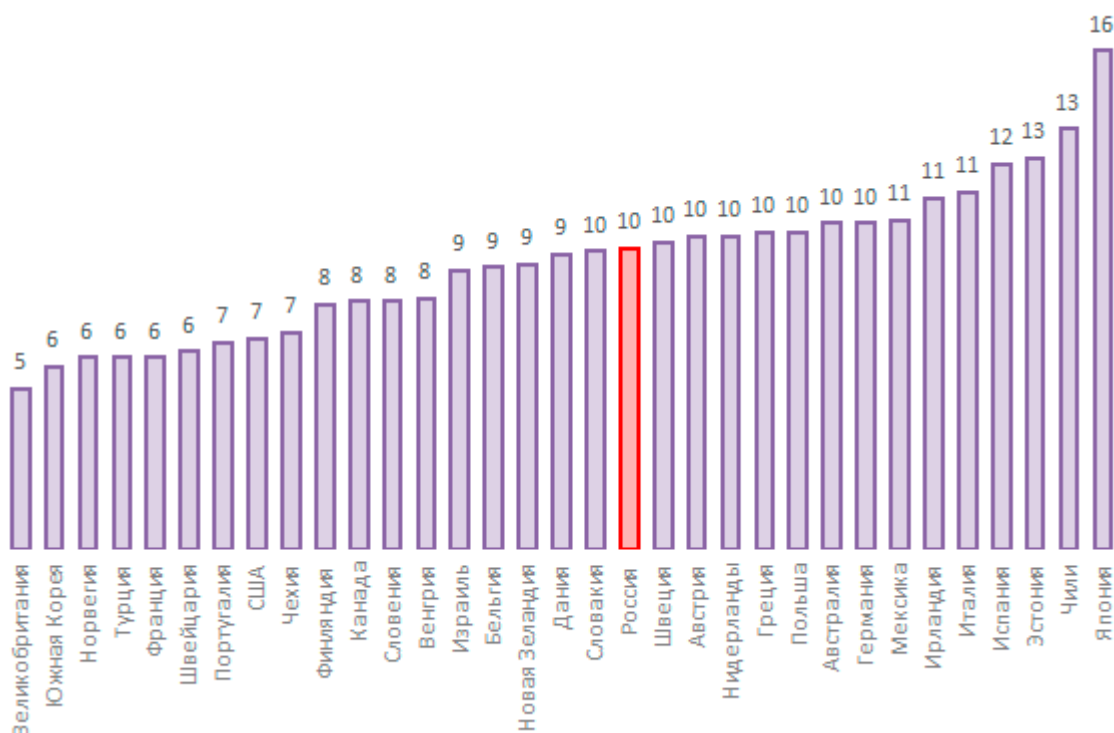


Рисунок 7. Неудовлетворенная потребность в планировании семьи, %. Оценка на 2015 год, страны ОЭСР и Россия

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2015. New York: United Nations.

В ряде стран, например, в Испании и Италии, наблюдается парадоксальная картина: низкий уровень абортов сочетается с довольно высоким для развитых стран показателем неудовлетворенной потребности в контрацепции. В случае с Россией, наоборот: высокий уровень использования контрацепции и относительно низкая неудовлетворенная потребность в планировании семьи сочетаются с высоким для развитой страны уровнем абортов. Это говорит о том, что проблема России заключается не в отказе от контрацепции и не в выборе аборта как метода регулирования рождаемости, а в регулярности и адекватности применения любого из методов контрацепции (а, может быть, отчасти и в «приукрашивании» своего поведения во время выборочных опросов). При использовании россиянами методов контрацепции часто происходят сбои или «контрацептивные неудачи».

Если сравнить использование контрацепции в России, Германии и Нидерландах, то видно, что при одинаковой распространенности контрацепции, т.е. доле пар, применяющих методы контрацепции, среди всех пар, существуют значительные различия в структуре применяемых методов (рис. 8). В Германии и Нидерландах большинство женщин-пользователей контрацепции (около 60%) используют гормональные таблетки, еще 14-16% женщин – стерилизацию; это очень эффективные методы предохранения. В России самый популярный метод – презерватив (около 40% пользователей контрацепции), который считается менее надежным, и еще 20% российских пар, использующих контрацепцию, полагаются на так называемые традиционные методы, которые относятся к малоэффективным методам защиты от нежелательной беременности.

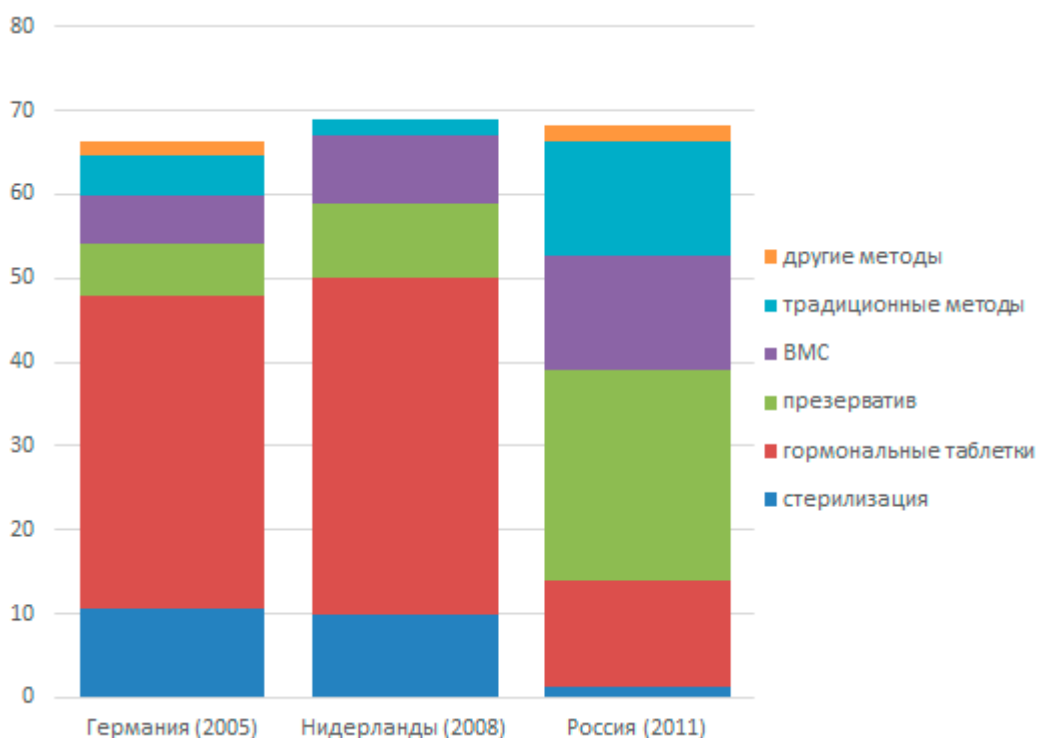


Рисунок 8. Доля женщин, применяющих различные методы контрацепции, среди всех женщин, состоящих в партнерстве, %

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Contraceptive Use 2015 (POP/DB/CP/Rev2015).

Структуру применяемых методов контрацепции в России трудно назвать высокоэффективной. Противозачаточные средства последнего поколения (например, гормональные инъекции, импланты) очень редко упоминаются при опросах; самый популярный в мире и очень эффективный метод планирования семьи – добровольная стерилизация – не получил распространения в России [16]. Здесь кроется резерв для повышения эффективности внутрисемейного контроля рождаемости в России.

Вместо заключения

Высокий, по сравнению с развитыми странами, уровень аборт в России свидетельствует о том, что переход к современному планированию семьи, когда семьи контролируют рождаемость путем предотвращения нежелательной беременности, а не путем ее прерывания, в России не завершен. Ускорить снижение уровня абортов можно было бы повышением контрацептивной грамотности, сексуальным образованием, развитием услуг по планированию семьи. Однако российское руководство выбрало другой путь «борьбы с абортами»: через стимулирование рождаемости («формирование у женщины сознания необходимости вынашивания беременности») и через законодательное ограничение искусственного прерывания беременности.

В сознании многих российских политиков живет миф о том, что планирование семьи и доступная контрацепция ведут к снижению рождаемости. Между тем, этот миф легко опровергается примером многих европейских стран. Так, во Франции, имеющей один из самых высоких в Европе уровень

рождаемости, существует частичная компенсация затрат на противозачаточные средства: 65% стоимости гормональных таблеток (а это самый популярный метод во Франции), имплантов, ВМС, экстренной контрацепции (если есть рецепт) покрывается базовой страховкой[17]. Несовершеннолетние французские подростки имеют возможность получить контрацептивы бесплатно в специальных центрах планирования семьи или получить рецепт на бесплатные контрацептивы у школьной медсестры[18]. Начиная с 6 лет, для французских школьников предусмотрены обязательные занятия по программе сексуального образования в объеме 2 часа в год. Субсидии на приобретение средств контрацепции предоставляются государством и в Испании.

В Нидерландах профилактика нежелательных беременностей названа одним из приоритетов политики правительства. С 1971 по 2004 год гормональные средства контрацепции, ВМС, диафрагма, стерилизация полностью покрывались базовой медицинской страховкой[19], после 2004 года – только для женщин младше 21 года, для остальных женщин затраты на контрацепцию могут компенсироваться через систему дополнительного страхования. Консультации по планированию семьи доступны в Нидерландах через врачей общей практики, специальные молодежные клиники и государственные центры сексуального здоровья. Сексуальное образование является обязательным и охватывает школьников от 6 до 15 лет.

В Германии, где показатели аборт – одни из самых низких в мире, для девушек моложе 18 лет стоимость контрацептивов полностью покрывается из фондов обязательного медицинского страхования, а для девушек в возрасте 18-19 лет предоставляется скидка. Как и во многих других странах Европы, в Германии существует система обязательного сексуального образования в школах для детей и подростков от 6 до 18 лет[20].

Что касается России, право на планирование семьи у нас законодательно не регламентировано; в законе "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" содержится ни к чему не обязывающая формулировка о том, что граждане имеют право на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи, но только «по медицинским показаниям». Лишь стерилизации, которая непопулярна в России, посвящена отдельная статья закона. Слово «контрацепция» в официальных документах почти не упоминается, включая документы Министерства здравоохранения. Как показало «Выборочное обследование репродуктивного здоровья населения России – 2011», 72% женщин, применяющих современные методы контрацепции, приобрели контрацептивы в аптеке, следовательно, сами заплатили за противозачаточные средства, около 20% в качестве источника приобретения назвали учреждение здравоохранения, но платили они при этом или нет, не уточняется[21]. Специальных центров планирования семьи сейчас практически не существует, послеродовое и послеабортное консультирование охватывает далеко не всех женщин. Системы сексуального образования в стране нет.

Вместо продвижения идеологии планирования семьи, то есть рождения желанных детей в оптимальные для пары сроки, в России один за другим принимаются законодательные акты, ограничивающие доступность аборта. Уже сокращены перечни медицинских и социальных показаний для аборта, введена «неделя тишины» (период ожидания между обращением женщины в клинику и самой процедурой), запрещена реклама аборт. В течение "недели тишины" женщине рекомендуется пройти так называемое психологическое консультирование, основная цель которого - способствовать изменению ее решения о прерывании беременности в пользу рождения ребенка. Это, скорее, псевдоконсультирование, поскольку оно предполагает нажим и давление на женщину. Интересно, что во Франции, наоборот, существовавшая с 1970-х годов неделя тишины недавно была отменена – эта и некоторые другие принятые во Франции меры призваны «расширить право женщин на добровольное прерывание беременности»[22].

В начале 2016 года Минздрав России внес поправку в Порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология", добавив антигуманное условие – обязательную «демонстрацию изображения эмбриона и его сердцебиения при проведении УЗИ органов малого

таза беременной женщины, обратившейся по поводу прерывания беременности» (Приказ Минздрава России от 12.01.2016 №5н).

В Государственной Думе находятся на рассмотрении инициативы по дальнейшему ограничению репродуктивных прав, например, предложение запретить производство абортов в частных клиниках, а также, что особенно важно, исключить аборты из программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, кроме абортов по медицинским показаниям. Предложения исключить аборты из программы госгарантий уже отклонялись Госдумой в 2004, 2011 и 2015 годах, но это не останавливает противников права на аборт, тем более что рекомендация исключить финансирование абортов из системы ОМС исходит от Патриарха Московского и Всея Руси[23].

Как уже упоминалось, законодательство в отношении аборта мало влияет на его распространенность, но в значительной мере определяет степень безопасности процедуры. История разных стран (и нашей в том числе) показывает, что ограничение или запрет аборта не приносит положительных результатов, ни с точки зрения демографической динамики, ни с точки зрения репродуктивного здоровья женщин. В рекомендациях по оказанию медицинской помощи при аборте, подготовленных экспертами Всемирной организации здравоохранения, указано, что правовые ограничения доступа к медицинской помощи по прерыванию беременности не снижают потребности в ней, но увеличивают число женщин, выполняющих криминальные и небезопасные аборты, что ведет к повышению частоты осложнений и летальных исходов. Правовые ограничения также ведут к тому, что многие женщины обращаются за медицинской помощью в другие страны, что дорого, увеличивает время до оказания медицинской помощи и создает социальную несправедливость[24].

[1] Сакевич Виктория Ивановна – кандидат экономических наук, старший научный сотрудник Института демографии НИУ ВШЭ.

[2] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World (United Nations publication, Sales No. E.14.XIII.11).

[3] Steinfeld Rebecca. Wars of the Wombs: Struggles Over Abortion Policies in Israel // Israel Studies, Volume 20, Number 2 (Summer 2015), pp. 1-26.

[4] См., например: Сакевич В.И. Помог ли Польше запрет аборта?

<http://demoscope.ru/weekly/2010/0433/reprod01.php>

[5] Abortion legislation in Europe. IPPF European Network, Rue Royale 146 1000 Brussels Belgium, May 2012. URL: www.ippfen.org

[6] См., например: Сакевич В.И. Ирландия - остров запрещенного аборта,

<http://demoscope.ru/weekly/2010/0413/reprod02.php>

[7] В марте 2016 г. нижняя палата Конгресса Чили приняла поправки, разрешающие прерывание беременности при определенных обстоятельствах: беременность в результате изнасилования, угроза жизни и здоровью женщины, аномалии развития плода (<http://www.bbc.com/news/world-latin-america-35838760>)

[8] Sedgh G. et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008 // Lancet, 2012; 379: 625–32.

[9] Подробнее об этом см.: Денисов Б.П., Сакевич В.И. Аборты в постсоветской России: есть ли основания для оптимизма? // Демографическое обозрение, 2014, №1, с. 144-169, URL:

<http://demreview.hse.ru/2014--1/120991286.html>

- [10] Gissler M, Fronteira I, Jahn A, Karro H, Moreau C, Oliveira da Silva M, Olsen J, Savona-Ventura C, Temmerman M, Hemminki E, the REPROSTAT group. Terminations of pregnancy in the European Union. BJOG 2012; 119: 324–332.
- [11] Fatima Juarez and Susheela Singh. Incidence of Induced Abortion by Age and State, Mexico, 2009: New Estimates Using a Modified Methodology // International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2012, 38 (2): 58–67.
- [12] Gissler M. et al. Terminations of pregnancy in the European Union // BJOG 2012; 119: 324–332.
- [13] «Современные» методы контрацепции включают: женскую и мужскую стерилизацию, гормональные таблетки, ВМС, мужской и женский презерватив, инъекции, импланты, вагинальные барьерные методы (механические и химические), срочную контрацепцию. «Традиционные» методы контрацепции включают: периодическое воздержание (метод ритма), прерванный половой акт, метод лактационной аменореи, спринцевание и разные народные методы.
- [14] Итоговый Отчет "Репродуктивное здоровье населения России 2011". Росстат, Минздрав РФ, ЮНФПА, Отдел репродуктивного здоровья Центров по контролю и профилактике заболеваний (США), Информационно-издательский центр «Статистика России». Май 2013.
- [15] Alkema Leontine, Vladimira Kantorova, Clare Menozzi, Dr Ann Biddlecom. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. The Lancet, 12, March 2013.
- [16] Более подробно о применении контрацепции в России см.: Население России 2013: двадцать первый ежегодный демографический доклад / Ответственный редактор: С.В.Захаров. М.: Издательский дом НИУ ВШЭ, 2015, раздел 3.
- [17] <http://www.radiancehumanis.com/conseils-sante/infos-sante/moyens-contraception-remboursements>
- [18] Barometer of Women's access to modern contraceptive choice. IPPF EN, 2015, <http://www.ippfen.org/resources/barometer-2015-womens-access-modern-contraceptive-choice>
- [19] Sexual and reproductive health - The Netherlands in international perspective. Rutgers Nisso Groep, 2009.
- [20] Barometer of Women's access to modern contraceptive choice. IPPF EN, 2015, <http://www.ippfen.org/resources/barometer-2015-womens-access-modern-contraceptive-choice>
- [21] Итоговый Отчет "Репродуктивное здоровье населения России 2011". Росстат, Минздрав РФ, ЮНФПА, Отдел репродуктивного здоровья Центров по контролю и профилактике заболеваний (США), Информационно-издательский центр «Статистика России». Май, 2013.
- [22] Ирина Троицкая. Дебаты вокруг репродуктивных прав во Франции // Демоскоп Weekly, №639-640, 2015, <http://demoscope.ru/weekly/2015/0639/reprod01.php>
- [23] <http://demoscope.ru/weekly/2011/0477/reprod02.php>
- [24] ВОЗ (2013). Безопасный аборт: Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. Второе издание. Всемирная организация здравоохранения.