
СТАТЬИ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Виктория Сакевич

Борис Денисов

Мишель Ривкин-Фиш

НЕПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ КОНТРОЛЯ РОЖДАЕМОСТИ И ДИНАМИКА УРОВНЯ АБОРТОВ В РОССИИ

В статье анализируются изменения государственной политики России в области контроля рождаемости в постсоветское время и их влияние на доступность и распространенность аборт. Источниками информации о регулирующих документах послужили автоматизированная система обеспечения законодательной деятельности Государственной Думы и справочно-правовая система «КонсультантПлюс». В анализ законодательства включены не только вступившие в силу законы и подзаконные акты, но также законопроекты. Оценка динамики временных рядов различных показателей прерывания беременности проведена на основе официальной статистики Росстата и Министерства здравоохранения Российской Федерации. На основании различий государственной политики в отношении внутрисемейного контроля рождаемости и динамики абортов авторы делят постсоветский период на три части: до 1998 г., с 1998 по 2006 и после 2006 г. Как абсолютное число абортов, так и их относительные показатели неуклонно снижаются с конца 1980-х гг.,

Виктория Ивановна Сакевич – к. э. н., старший научный сотрудник Института демографии НИУ ВШЭ, Москва, Россия. Электронная почта: vsakevich@hse.ru

Борис Петрович Денисов – к. э. н., старший научный сотрудник лаборатории экономики народонаселения и демографии экономического факультета МГУ им. М. В. Ломоносова, Москва, Россия. Электронная почта: denisov@demography.ru

Мишель Ривкин-Фиш – PhD, доцент, Университет Северной Каролины в Чапел-Хилл, США. Электронная почта: mrfish@unc.edu

но скорость снижения различна. Два периода быстрого снижения числа абортов разделены периодом их относительно медленного сокращения. При этом периоды быстрого снижения характеризуются разнонаправленной государственной политикой и прямо противоположной официальной риторикой, а промежуточный период – относительным политическим затишьем. Авторы делают вывод о независимости или слабой зависимости поведения населения в рассматриваемой сфере от усилий Государственной Думы, Правительства, Минздрава и т.д. Стоит отметить, что радикальные меры, способные резко ограничить право на прерывание беременности, пока не были приняты. В заключении авторы делают качественный прогноз возможных политических перемен и сценариев реакции населения на них.

Ключевые слова: демографическая политика, прерывание беременности, аборты, контрацепция, контроль рождаемости, планирование семьи, репродуктивное здоровье

В России, как и в других развитых странах, рождаемость давно стала процессом, контролируемым на уровне семьи (Дарский 1972). Сознательный контроль рождаемости осуществляется планированием числа детей и времени их рождения. Для этого семьи используют два основных способа: предотвращение беременности с помощью методов контрацепции и прерывание наступившей беременности (аборт). Современный тип контроля рождаемости предполагает, что основную роль в регулировании рождаемости играют методы предотвращения беременности, а не ее прерывание, и число беременностей у женщины приблизительно равно числу рожденных детей.

В течение многих десятилетий в России значительное место в структуре методов контроля рождаемости занимало искусственное прерывание беременности – СССР и Россия в его в составе находились в числе мировых лидеров по уровню абортов (Вишневыский, Сакевич 2006; Tietze, Henshaw 1986). В советский период главными мерами борьбы с абортами объявлялись «поощрение материнства», то есть стимулирование рождаемости, и разъяснение вредных последствий прерывания беременности для здоровья женщины (Попов 1994; Садвокасова 1969). В постсоветское время в анти-абортной риторике к прежним аргументам добавился новый – греховность и оскорбление религиозных чувств, а пронаталистские мотивы значительно усилились, поскольку после 1992 г. Россия столкнулась с депопуляцией. Это создало питательную почву для околонучной публицистики на эту тему (Силуянова, Алехина 2011).

Одновременно наблюдается рост активности российских законодателей в области репродуктивных прав населения. Все чаще звучат предложения ввести полный запрет на аборт или, по крайней мере, вывести аборт из системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Стоит отметить,

что российская дискуссия вокруг права на аборт не является уникальной, нападки на репродуктивные права происходят во многих странах, имеющих, как Россия, длительную историю либерального законодательства в отношении искусственного прерывания беременности. Примерами могут служить Польша, Хорватия, Венгрия, Словакия, Литва и ряд других стран (CRR 2015). В США острая полемика противников и сторонников права на аборт продолжается в течение десятилетий, причем атаки на репродуктивные права в последние годы только усиливаются. Так, из всех законодательных поправок, ограничивающих доступность искусственного прерывания беременности, принятых после 1973 г. (год легализации аборта в США), 1/3 – вступили в силу в 2011–2016 гг. (Nash et al. 2016).

Цель статьи – проследить, как менялась государственная политика внутрисемейного контроля рождаемости в постсоветское время, и оценить, повлияла ли это на распространенность абортов в стране. Мониторинг законодательства включает не только вступившие в силу законы, но и законопроекты; всего было проанализировано 37 документов (см., Электронное приложение 2016)¹. Основными источниками исследования послужили Автоматизированная система обеспечения законодательной деятельности Госдумы, справочно-правовая система «КонсультантПлюс», государственная статистика Росстата и Министерства здравоохранения РФ.

Законодательство в отношении прерывания беременности и планирования семьи

Россия входит в число стран, имеющих либеральное законодательство в отношении абортов. Согласно ст. 56 закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (2011), женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве, в том числе и на искусственное прерывание беременности по своему желанию при сроке беременности до 12 недель. Медицинская помощь при производстве аборта должна оказываться в рамках базовой программы ОМС, то есть бесплатно. Право на прерывание беременности по желанию закреплено в законодательстве приблизительно трети стран, большинство из которых развитые (United Nations 2014). Россиянки также имеют право на прерывание беременности по социальным показаниям при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний – независимо от срока беременности.

Положения этого закона во многом повторяют соответствующую статью «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», действовавших с 1993 по 2011 гг. Закон 1993 г., в свою очередь,

¹ Список всех цитируемых правовых документов указан в электронном приложении к статье, размещенном на сайте Журнала исследований социальной политики.

закрепил право на искусственное прерывание беременности по желанию женщины, существовавшее в СССР с 1955 г. (Вишневецкий, Сакевич 2006).

Таким образом, на протяжении последних шестидесяти лет – а если прибавить период с 1920 по 1936 гг., то на протяжении 75 лет, – для россиян доступен легальный, не требующий обоснований, бесплатный (с оговорками) аборт. Чего нельзя сказать о контрацепции – законодательно ее применение не регламентировалось ни в советское время, ни в современной России. В «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан» 1993 г. было указано, что граждане имеют право на бесплатные консультации по планированию семьи, но только «по медицинским показаниям» (ст. 22); аналогичная, расплывчатая по содержанию, статья воспроизведена в законе 2011 г. Лишь такому методу планирования семьи как стерилизация посвящена отдельная статья закона. Слово «контрацепция» в официальных документах почти не упоминается, даже в документах Министерства здравоохранения. В учебниках по гинекологии «планирование семьи» определяется как «планирование беременности», то есть подготовка к материнству (Темкина 2013: 13–14).

Анализ изменений российского законодательства в отношении аборт и планирования семьи позволил разделить постсоветский период на три: до 1998 г., с 1998 по 2006 гг. и после 2006 г. Первый условно назовем благоприятным для планирования семьи, связан, прежде всего, с принятием в 1993 г. федеральной целевой программы «Планирование семьи»; в 1994 г. получила статус «президентской», будучи включенной в программу «Дети России», и получила финансирование из государственного бюджета. В качестве целей в программе обозначалось: «рождение только желанных и здоровых детей», борьба с абортами и высокой материнской смертностью. Предусматривалось введение системы полового воспитания подростков. Кроме того, предполагалось разработать специальный закон «О планировании семьи в Российской Федерации». Действительно, во многом благодаря этой программе, в первой половине 1990-х возникла сеть центров планирования семьи и репродукции¹, составивших основу службы планирования семьи. Государственные закупки средств контрацепции позволили многим учреждениям бесплатно раздавать их социально незащищенным группам населения. Велась работа по повышению информированности населения в вопросах предупреждения нежелательной беременности, в которой активно участвовали негосударственные организации. Аналогичные федеральной собственные целевые программы приняли многие регионы страны.

В 1996 г. правительство расширило перечень социальных показаний для аборт (Постановление Правительства 1996). Теперь основаниями

¹ Сохранившиеся до настоящего времени центры планирования семьи меняют название на «Центры охраны здоровья семьи и репродукции (согласно приказу Минздрава России № 529н от 06.08.2013).

для прерывания беременности в сроки от 12 до 22 недель могли стать не только смерть мужа, пребывание в местах лишения свободы, развод или многодетность, как было до этого, но и ситуации, когда кто-либо из супругов является безработным, при отсутствии жилья, при низких доходах, если женщина не состоит в браке и некоторые другие¹. То есть наряду с активным продвижением методов контрацепции в эти годы предпринимались меры и по увеличению доступности безопасного аборта.

Существенную финансовую и техническую помощь в преодолении «пути от абортов к контрацепции» оказывали международные организации, правительственные и частные зарубежные фонды, в частности, Агентство международного развития США (USAID) и Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА). Это вызывало особенное недовольство в консервативных слоях общества. Программу «Планирование семьи» и участие в ней зарубежных организаций они объявляли виновными в депопуляции (Планирование семьи 1997). Кампанию против программы поддержала Госдума, и в 1998 г. ее финансирование было исключено из государственного бюджета в качестве отдельной строки. До внедрения системы сексуального образования и принятия специального закона о планировании семьи и репродуктивных правах дело не дошло.

Показательным является законопроект «О правовых основах биоэтики и гарантиях ее обеспечения», внесенный на рассмотрение Госдумы в 1997 г., который, среди прочего, предлагал запретить иностранным организациям и инвесторам «принимать участие в решении вопросов государственной политики в области репродуктивного здоровья и демографии и осуществлять деятельность в этой сфере» (Проект ФЗ 1997). Также законопроект предусматривал запрет абортов после 12 недель по социальным показаниям, а планирование семьи отождествлял с сокращением рождаемости, что, по мнению авторов, не могло финансироваться за счет государства. Законопроект не был принят, но его основные идеи имеют и сейчас немало сторонников.

После 1998 г. все законодательные новации носили только ограничительный характер. Остроты ситуации добавили неблагоприятные демографические тенденции; например, суммарный коэффициент рождаемости опустился в 1999 г. до рекордно низкой отметки 1,16 (Захаров и др. 2015). Стала меняться официальная риторика, значение терминов «планирование семьи», «контроль рождаемости», «безопасный секс» претерпели искажения, более того, были объявлены враждебными для России (Rivkin-Fish 2006: 151–173). Период с 1998 по 2006 гг. с точки зрения политики в отношении контроля рождаемости мы бы назвали умеренно неблагоприятным.

¹ Аборты по немедицинским показаниям в сроки беременности после 12 недель были разрешены в СССР в 1987 г., было предусмотрено 7 показаний для таких абортов. В 1996 г. Правительство РФ увеличило перечень до 13 пунктов.

Предложений по ужесточению законодательства было выдвинуто много, но практически все они были отклонены.

Автором нескольких инициатив выступил глава ЛДПР, бывший в те годы заместителем председателя Госдумы Владимир Жириновский. В 2000 г. он разработал законопроект «О чрезвычайных мерах по изменению демографической ситуации в Российской Федерации», в котором, в частности, предлагал объявить мораторий на искусственное прерывание беременности на 10 лет. Также предлагалось ограничить выезд за границу женщин моложе 42 лет. Спустя десять лет Жириновский выдвинул другое экзотическое предложение – выплачивать пособие в 100 тыс. рублей женщине, отказавшейся от аборта и передавшей новорожденного ребенка на попечение государства, то есть, по сути, покупать ребенка у женщины (Проект ФЗ 2010).

В этот период активным борцом с правом на аборт выступал депутат Александр Чуев. На протяжении 2002–2004 гг. он внес на рассмотрение Думы несколько законопроектов, в которых предлагал, среди прочего: ограничить производство абортотворных препаратов по социальным показаниям, запретить финансирование абортов в рамках программ ОМС, запретить соответствующую рекламу (Сакевич 2005). Чуев последовательно отстаивал религиозный взгляд на определение начала человеческой жизни, призывая защищать права «неродившихся детей».

Инициативы Жириновского и Чуева были отклонены Госдумой, тем не менее первый шаг по ограничению права на прерывание беременности был сделан: в 2003 г. правительство приняло решение резко сократить перечень социальных показаний для аборта – с 13 до 4 пунктов (Постановление Правительства 2003).

После 2006 г. начался период активного наступления на репродуктивные права. С 2007 г. ведет отсчет новый этап демографической политики в России, имеющий сильную пронаталистскую – то есть нацеленную на рост рождаемости – составляющую (Елизаров 2011). Принимаемые меры в отношении абортов и планирования семьи во многом имеют ту же декларативную направленность, что и демографическая политика в целом, – увеличение численности населения: «Чтобы Россия была суверенной и сильной, нас должно быть больше...», – сказал Президент РФ в ежегодном послании Федеральному Собранию (Послание Президента 2012).

С целью повышения рождаемости в 2007 г. было принято решение создавать при женских консультациях кабинеты медико-социальной помощи, одна из функций которых – формировать у женщины, пришедшей сделать аборт, «сознания необходимости вынашивания беременности», то есть сделать так, чтобы женщина отказалась от прерывания беременности в пользу рождения ребенка (Приказ Минздравсоцразвития 2007а). Под «профилактикой абортов» в официальных документах стали подразумевать отказ женщины от решения прервать незапланированную беременность, а не меры по предупреждению незапланированной беременности.

В 2007 г. сокращен перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности (Приказ Минздравсоцразвития 2007b). Руководители здравоохранения обосновали такой шаг развитием новых технологий, позволяющих вести беременность у женщин, для которых раньше она считалась противопоказанием. Министерство здравоохранения утвердило образец информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности. Полезная идея сообщить женщине о порядке оказания медицинской помощи и правах пациента дополнена в этом документе «страшилкой», что в результате аборта у женщины могут в дальнейшем случиться внематочная беременность, преждевременные роды, нервно-психические расстройства, бесплодие и т. д. (Приказ Минздравсоцразвития 2007с)¹. Между тем, ВОЗ относит аборт к числу наиболее безопасных вмешательств, если он выполняется квалифицированным персоналом с использованием правильных методов и лекарственных средств и соблюдением должных санитарно-гигиенических норм (ВОЗ 2013: 21).

В 2011 г. законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» был введен специальный период времени после обращения в медицинское учреждение по поводу аборта, в течение которого женщина, по замыслу авторов, могла бы еще раз обдумать свое решение, то есть была введена так называемая «неделя тишины». В это время женщине рекомендуется пройти «психологическое» консультирование, на самом деле нацеленное на то, чтобы воздействовать на ее решение и сохранить беременность. К слову, аналогичные периоды ожидания перед абортom существуют в ряде штатов США, однако, как показывают исследования, они не оказывают никакого влияния на частоту абортom (Medoff 2013).

К консультированию Минздрав предлагает привлекать сотрудников РПЦ. Ранее, в своем приветствии в адрес участников II Всероссийского съезда православных врачей России Министр здравоохранения и социального развития сказала:

Одним из существенных моментов, где роль Церкви особенно значима, является сохранение семейных традиций и ценностей, профилактика и снижение числа абортom. Необходимо и дальше развивать пропаганду о том, какой вред наносят абортom здоровью, информировать население, особенно молодежь, о возможных осложнениях, рассказывать о влиянии абортom на психологическое состояние женщины и формировать правильный психологический настрой на материнство (Министр здравоохранения и социального развития 2009).

¹ В 2016 г. утверждена новая форма информированного добровольного согласия на прерывание беременности, которая завершается словами: «Мне разъяснены возможность не прибегать к искусственному прерыванию беременности и предпочтительность сохранения и вынашивания беременности и рождения ребенка» (Приказ Минздрава 2016а).

В этой цитате сформулированы основные принципы данного этапа: отказ от научного подхода и переход к руководству иррациональными архаичными догматами, названными «традицией». В целом третий период можно назвать периодом архаизации, наблюдаемой и во многих других сферах жизни страны.

В 2012 г. из четырех социальных оснований для аборта осталось одно – беременность, наступившая в результате изнасилования (Постановление Правительства 2012).

Принятию нового закона об охране здоровья предшествовала бурная дискуссия (Егофеева 2013). В начале 2011 г. со своими рекомендациями по совершенствованию государственной политики в области семьи, материнства и детства выступил глава РПЦ (Патриарх 2011). Пожелания патриарха подхватили несколько депутатов Госдумы (Е. Б. Мизулина, Н. В. Герасимова, В. Г. Драганов и др.). Предлагаемые депутатами меры включали, в частности, запрет аборт в частных клиниках, «визуализацию плода и его сердцебиения при ультразвуковом исследовании» перед аборт¹, для замужней женщины – получение письменного согласия мужа, для врача – право отказаться от проведения аборта по убеждениям и ряд других. Часть предложений по ужесточению законодательства в последний период была реализована, часть остается на рассмотрении законодателей. Самая серьезная мера, способная ограничить доступность аборта, пока не получила поддержки ни в правительстве, ни среди большинства депутатов; речь идет о выводе абортов из системы ОМС.

Динамика прерванных беременностей

Рассмотрим, влияют ли колебания государственной политики на динамику абортов в стране. Ежегодное число абортов неуклонно снижается с конца 1980-х годов; с 1988 по 2014 гг. оно упало в 5 раз. Тем не менее Россия до сих пор сохраняет лидерство среди развитых стран по распространенности абортов (Сакевич 2016). Следует пояснить, как устроен учет прерванных беременностей. Статистику публикуют как Росстат, так и Министерство здравоохранения: большинство абортов выполняется в учреждениях, подведомственных Министерству здравоохранения; сведения об этих абортах публикуются в документах и статистических сборниках Минздрава. Росстат дополняет статистику прерванных беременностей, учтенных Минздравом, данными по медицинским учреждениям других министерств и ведомств, а также по негосударственным медицинским учреждениям. Таким образом,

¹ Не дожидаясь рассмотрения законопроекта, Минздрав внес поправку в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», добавив условие продемонстрировать изображение эмбриона и его сердцебиение при проведении УЗИ органов малого таза беременной женщины, обратившейся по поводу прерывания беременности (Приказ Минздрава 2016b).

учет и соответствующие публикации в сборниках Росстата являются более полными. А исследования показали, что его статистика достаточно достоверно отражает ситуацию с абортами в стране (Entwisle, Kozyreva 1997; Philipov et al. 2004; Денисов, Сакевич 2014).

Официальная статистика прерванных беременностей включает не только искусственные, но и самопроизвольные аборты. Тем самым российские показатели завышаются относительно других стран, где в статистику, как правило, попадают только легальные искусственные аборты. Самопроизвольные аборты или выкидыши происходят помимо воли женщины, и их частота не зависит от законодательства. Поэтому, чтобы оценить влияние государственной политики на распространенность абортов, мы исключили самопроизвольные аборты из рассмотрения.

Для целей нашего анализа существенным ограничением является отсутствие помесечной статистики абортов – годовая статистика сглаживает возможные реакции на инициативы законодателя. Официальная статистика также не позволяет изучать неоднородность населения, выявлять наиболее уязвимые группы.

В таблице представлены темпы снижения основных показателей абортов, как в целом, так и без самопроизвольных абортов. Среднегодовой темп снижения и абсолютного, и относительного числа абортов за весь постсоветский период составил около 6%. Показатели, не учитывающие самопроизвольные аборты, снижались быстрее – в среднем почти на 7% в год.

Выделенным выше периодам отношения государства к репродуктивным правам соответствуют и разные темпы снижения основных показателей искусственных абортов. Средние темпы снижения специального коэффициента абортов (на 1000 женщин 15–49 лет) без учета выкидышей составили: 7,6% в год в 1992–1997, 5,5% – в 1998–2006 и 7,5% – после 2006 г. Согласно этим данным, медленнее всего число абортов снижалось в середине интервала – между 1997 и 2007 гг. Самое большое снижение за один год случилось в 1995 г. – сразу на 12%, во время действия президентской программы «Планирование семьи».

Если посмотреть на суммарный коэффициент абортов – более точный измеритель уровня абортов, не зависящий от возрастной структуры женщин, – то окажется, что после 2006 г., то есть в период активных нападков на право женщин на аборт, снижение ускорилось: в среднем 8,2% в год против 6,3% в 1992–1997 гг.

Как было показано выше, самыми существенными мерами, непосредственно затрагивающими доступность искусственного аборта, стали сокращение социальных и медицинских показаний для прерывания беременности и введение «недели тишины». Число абортов по социальным показаниям и их доля в общем числе зарегистрированных абортов и до этого были очень малы, а после введенных ограничений «социальных» абортов

почти не осталось. По данным Минздрава России, максимум числа абортот по социальным показателям был зафиксирован в 1999 г. – 46,5 тыс., что составило 2,5% от всех искусственных абортот. Затем их число стало снижаться, особенно резко после 2003 г. В 2004 г. было сделано 5,8 тыс. абортот по социальным показателям (0,4%), а в 2014 г. – всего 43 (0,01%).

Таблица

**Среднегодовые темпы снижения¹
основных показателей абортот в России (%), 1991–2014 гг.
(по данным Росстата и Минздрава России)**

Период	Всего абортот		В том числе без учета самопроизвольных абортот	
	тысяч	на 1000 женщин 15–49 лет	на 1000 женщин 15–49 лет	Суммарный коэффициент абортот*
1992–2014	5,8	5,7	6,7	6,9
1992–1997	6,2	7,4	7,6	6,3
1998–2006	4,9	5,1	5,5	6,0
2007–2014	6,6	5,4	7,5	8,2

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

Примечание: данные за 2014 г. не включают Крымский федеральный округ.

Число абортот по медицинским показателям, когда продолжение беременности угрожает здоровью матери и ребенка, также не вносит существенного вклада в общее число прерванных беременностей. В 2014 г. они составили 5% от всех искусственных абортот, зарегистрированных в подведомственных Минздраву организациях. Частота абортот по медицинским показателям (но не доля) за весь рассматриваемый период имела тенденцию к снижению, хотя в отдельные годы наблюдалось увеличение этого показателя. Особенно выделяется скачок и абсолютного, и относительного числа абортот по медицинским показателям в 2006 г., за год до принятия решения о сокращении перечня медицинских показаний. Можно предположить, что в категорию абортот по медицинским показателям стали записывать «запрещенные» после 2003 г. социальные абортот, но доказательств этого у нас нет. В 2008 г., когда новый порядок вступил

¹ Темп снижения вычислялся как отношение первой разности к предыдущему значению.

в силу, показатель беременностей, прерываемых по медицинским показаниям, значительно снизился и стабилизировался.

Что касается последствий введения «недели тишины», то следует признать, что официальная статистика не дает возможности их оценить. Начиная с 2009 г. в форме учета прерванных беременностей Минздрава России появилась строка «аборты в ранние сроки», проведенные методом вакуум-аспирации и медикаментозным методом (при задержке менструации не более 20 дней). Эти данные указывают на явное увеличение удельного веса ранних абортов в общем числе искусственных абортов до 12 недель беременности: с 28,8% в 2009 г. до 32,6% в 2014 г. То есть принятая мера на данный момент не привела к сокращению доли ранних абортов. Но в любом случае введение периода ожидания означает необходимость дополнительного визита женщины в клинику, а значит, повышает ее временные и материальные затраты.

Заключение

С конца 1980-х гг. число абортов неуклонно снижается, но темпы снижения переменчивы. Несмотря на почти пятикратное сокращение числа прерванных беременностей, Россия сохраняет лидерство среди развитых стран по распространенности абортов, и эта проблема продолжает привлекать повышенное внимание. Относительно причин сохранения высокого уровня и его снижения мнения расходятся.

С точки зрения государственной политики в отношении внутрисемейного контроля рождаемости, постсоветский период делится на три части. Первая (до 1998 г.) – благоприятна для планирования семьи, была связана, прежде всего, с принятием федеральной целевой программы «Планирование семьи». Период с 1998 по 2006 гг. был умеренно неблагоприятным: предложений по ужесточению законодательства было выдвинуто много, но практически все они были отклонены. После 2006 г., в период архаизации, активность законодателей в области репродуктивных прав населения значительно усилилась, что совпало с новым этапом пронаталистской политики в России. Принимаемые в последние годы меры в отношении абортов во многом имеют ту же декларативную направленность, что и демографическая политика в целом, – рост рождаемости и увеличение численности населения. Все громче звучит голос РПЦ, к прежним антиабортным аргументам добавилось оскорбление религиозных чувств.

Некоторая часть предложений по ужесточению законодательства в последний период была реализована («неделя тишины»), сокращение перечня медицинских и социальных показаний для прерывания беременности, социально-психологическая консультация с целью отговорить женщину от аборта, запрет соответствующей рекламы, обязательная демонстрация эмбриона при УЗИ перед абортом). Однако самая серьезная мера, способная

ограничить доступность аборта, – вывод аборт из системы ОМС – пока не получила поддержки в руководстве страны.

Выделенным периодам отношения государства соответствуют разные темпы снижения основных показателей искусственных абортов. Медленнее всего они снижались в середине интервала – между 1997 и 2007 гг., начальный и текущий этапы характеризуются более высокими темпами снижения. Примечательно, что быстрое снижение уровня абортов в первый период происходило одновременно со снижением рождаемости в стране, тогда как ускоренное снижение абортов после 2006 г. фиксируется на фоне роста рождаемости, что в общем подтверждает хорошо известный демографам тезис об отсутствии связи между абортами и рождаемостью.

Что касается абортов по социальным и медицинским показаниям, то их вклад в общее число прерванных беременностей настолько незначителен, что не способен повлиять на общий уровень абортов в стране. Иными словами, результат наиболее существенных законодательных мер на уровне макростатистики не виден, скорее всего, он просто отсутствует. Почему именно аборт по социальным показаниям привлекают пристальное внимание политиков, неясно. Возможно, частое изменение законодательства в отношении социальных абортов призвано создать видимость активных действий по борьбе с абортами.

После введения «недели тишины» удельный вес ранних абортов в общем числе искусственных абортов до 12 недель беременности даже возрос. По-видимому, это связано с расширением практики применения медикаментозного метода прерывания беременности. Надежных данных о том, сколько женщин проходит социально-психологическое консультирование перед абортом и скольких женщин удалось отговорить от прерывания беременности, не существует. «Доабортные консультации в 2015 году помогли 30 тысячам женщин принять решение о сохранении детей», – об этом на слушаниях в Общественной палате заявила директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава Елена Байбарина (Regnum 2016). Каким образом получено это число, неизвестно; нет никакой уверенности в том, что женщины, которых отговорили в одном месте, не реализовали свое решение в другом.

Таким образом, самые высокие темпы снижения показателей абортов наблюдались в периоды с противоположной государственной политикой; это заставляет предположить, что снижение не зависит или мало зависит от законодательной активности. По мнению некоторых авторов, в советский период динамика абортов в значительной степени отражала государственную политику в области планирования семьи (Итоговый отчет 2013: 43–46). Очевидно, что, если связь и существовала ранее, в постсоветский период она была утеряна. Определяющим фактором в изменении уровня абортов стала доступность контрацепции.

Оживленная деятельность Государственной Думы и Минздрава России по регулированию репродуктивных прав вызвана, предположительно, двумя причинами: (1) заблуждением об обратной связи аборт и рождаемости и (2) очевидными успехами России в снижении аборт и желанием стать соавторами этого успеха. Наиболее решительный шаг – полный запрет аборт – представляется маловероятным, однако перспектива дальнейшего усложнения доступа и увеличения стоимости процедуры искусственного прерывания беременности весьма велика. И сейчас аборт в большинстве случаев не являются полностью бесплатными. Менее 1/3 женщин, которые прерывали беременность в 2006–2011 гг., ничего не платили за медицинскую помощь; больше всего таких женщин было среди сельских жительниц, имеющих самые низкие доходы и многодетных (Итоговый отчет 2013: 57). Возросшая стоимость процедуры в результате вывода аборт из системы ОМС усложнит жизнь многим российским семьям, но особенно затронет наиболее уязвимые слои населения.

Схематично можно предположить три основных варианта последствий введения существенного уменьшения доступности легального аборт: (1) увеличение числа «нежеланных» и брошенных детей; (2) рост контрацептивной культуры населения и увеличение доли эффективных методов в структуре используемой контрацепции (для чего необходимы дополнительные усилия по продвижению современного планирования семьи); (3) рост числа аборт, производимых нелегально, с риском для здоровья. Ни о каком росте рождаемости, вызванном этими запретами, не может быть и речи. Не стоит забывать уроков истории. Опыт сталинского СССР, нацистской Германии, Румынии времен Чаушеску и посткоммунистической Польши хорошо известен, запрет аборт никогда не давал обещанных результатов.

Выражение признательности

В статье использованы результаты научно-исследовательской работы в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2016 г.

Список источников

Regnum (2016) В Минздраве назвали беби-боксы опасными для здоровья, 21 марта 2016 г. Доступно по ссылке: <https://clck.ru/ADURU> (дата обращения: 12 августа 2016).

Вишневский А. Г., Сакевич В. И. (2006) Россия между аборт и планированием семьи. А. Г. Вишневский (ред.) *Демографическая модернизация России, 1900–2000*, М.: Новое издательство: 195–246.

ВОЗ (2013) *Безопасный аборт: Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики*, Женева: Всемирная организация здравоохранения.

Дарский Л. Е. (1972) *Формирование семьи*, М.: Статистика.

Денисов Б. П., Сакевич В. И. (2014) Аборты в постсоветской России: есть ли основания для оптимизма? *Демографическое обозрение*, (1): 144–169, доступно по ссылке: <https://clck.ru/ADULt> (дата обращения: 30 мая 2016).

Елизаров В. В. (2011) Стимулирование рождаемости и поддержка семей с детьми в современной России. А. А. Авдеев, И. А. Троицкая (ред.) *Рождаемость и планирование семьи в России: История и перспективы. Демографические исследования*, (18), М.: ТЕИС: 152–188.

Захаров С. В., Вишневский А. Г., Исупова О. Г., Сакевич В. И. (2015) Рождаемость. С. В. Захаров (отв. ред.) *Население России 2013*, М.: Изд. дом Высшей школы экономики: 81–181.

Итоговый отчет (2013) *Репродуктивное здоровье населения России 2011*, М.: Росстат.

Министр здравоохранения и социального развития (2009) *Приветствие в адрес участников II Всероссийского съезда православных врачей*. Доступно по ссылке: <https://clck.ru/ADUMj> (дата обращения: 22 мая 2011).

Патриарх Московский и всея Руси (2011) *Предложения по совершенствованию национальной политики в сфере заботы о семье и детстве*. Доступно по ссылке: <https://clck.ru/58Q1> (дата обращения: 12 августа 2016).

Попов А. А. (1994) Краткая история аборта и демографической политики в России. *Планирование семьи в Европе*, (1): 5–7.

Послание Президента (2012) *Послание Президента Федеральному Собранию*. Доступно по ссылке: <https://clck.ru/ADUNn> (дата обращения: 11 октября 2016).

Садвокасова Е. А. (1969) *Социально-гигиенические аспекты регулирования размеров семьи*, М.: Медицина.

Сакевич В. И. (2005) Молодцы думцы! *Демоскоп Weekly*, (193–194), доступно по ссылке: <https://clck.ru/A9zVT> (дата обращения: 30 мая 2016).

Сакевич В. И. (2016) От аборта к контрацепции. *Демоскоп Weekly*, (687–688), доступно по ссылке: <https://clck.ru/A9zVf> (дата обращения: 12 августа 2016).

Силуянова И. В., Алехина Е. В. (2011) Христианский смысл жизни как мировоззренческая основа решения этических проблем современных биомедицинских технологий. *Вестник МГОУ. Серия «Философские науки»*, (1): 40–52.

Темкина А. (2013) Советы гинекологов о контрацепции и планировании беременности в контексте современной биополитики в России. *Журнал исследований социальной политики*, 11 (1): 7–24.

Электронное приложение (2016) Список законодательных актов и законопроектов. Доступно по ссылке: <https://jsps.hse.ru/2016-14-4/196512341.html> (дата доступа: 10 декабря 2016).

CRR (2015) *Mandatory Waiting Periods and Biased Counseling Requirements in Central and Eastern Europe: Restricting Access to Abortion, Undermining Human Rights and Reinforcing Harmful Gender Stereotypes*. Доступно по ссылке: <https://clck.ru/A9zWJ> (дата обращения: 30 мая 2016).

Entwisle B., Kozyreva P. (1997) New Estimates of Induced Abortion in Russia. *Studies in Family Planning*, 28 (1): 14–23.

Erofeeva L. V. (2013) Traditional Christian Values and Women's Reproductive Rights in Modern Russia – Is a Consensus Ever Possible? *American Journal of Public Health*, (103): 1931–1934.

Medoff M. H. (2013) Social Policy and Abortion: A Review of the Research. *The Open Demography Journal*, (6): 18–27.

Nash E., Gold R. B., Ansari-Thomas Z., Cappello O., Mohammed L. (2016) *Laws Affecting Reproductive Health and Rights: State Trends at Midyear*, New York: Guttmacher Institute.

Philipov D., Andreev E., Kharkova T., Shkolnikov V. (2004) Induced abortion in Russia: recent trends and under-reporting in surveys. *European Journal of Population*, (20): 95–117.

Rivkin-Fish M. (2006) From 'Demographic Crisis' to a 'Dying Nation': The Politics of Language and Reproduction in Russia. H. Gosciolo, A. Lanoux (eds.) *Gender and Nation in Russia*, Dekalb: University of Northern Illinois Press: 151–173.

Tietze C., Henshaw S. K. (1986) *Induced Abortion: A World Review*, New York: The Alan Guttmacher Institute.

United Nations (2014) *Abortion Policies and Reproductive Health around the World*, New York: United Nations.

Viktoria Sakevich

Boris Denisov

Michele Rivkin-Fish

INCOHERENCE IN BIRTH CONTROL POLICY AND THE DYNAMICS OF ABORTION IN RUSSIA

This article analyzes changes to the Russian Federation's state policy in the field of birth control in the post-Soviet period and the impact this has had on both access to abortion and its incidence in the country. This research is based on an analysis of regulatory documents emerging from the automated system that tracks State Duma legislative activity and the online reference system 'Consultant+'. This analysis includes not only the adopted laws and regulations, but also the legislative proposals. An assessment of the dynamics of a variety of abortion indicators was carried out on the basis of the official statistics of Rosstat and the Russian Federation Ministry of Health. Based on changes in government policy, the authors distinguish three distinct periods in this process: firstly, the relatively positive trends in existence up to 1998; secondly, mildly unfavorable ones from 1998–2006; and, finally, the shift towards the archaic from 2006. The total numbers of abortions and more specific rates have been steadily declining since the late 1980s, even if the rates of this decline may vary. Two periods of rapid decrease in abortions are separated by a period of relatively slow decrease. The periods of the fastest decrease are characterized by contradictory policies and rhetoric. The authors conclude that population behavior in this area is independent of the controlling efforts of policy makers and that the abortion rate depends on the availability of and access to high-quality modern contraception. It is worth noting that the most radical measures that would sharply restrict the right to abortion have not yet been adopted. In conclusion, the authors provide a qualitative forecast of possible political changes and scenarios of population response to these changes.

Keywords: population policy, pregnancy termination, abortion, contraception, birth control, family planning, reproductive health

Viktoria Sakevich – kandidat nauk (PhD) in Economics, Senior Research Fellow, Institute for Demography of the Higher School of Economics, Moscow, Russian Federation. Email: vsakevich@hse.ru

Boris Denisov – kandidat nauk (PhD) in Economics, Senior Research Fellow, Laboratory for Economy of People and Demography at the Department of Economics, Moscow State University, Moscow, Russian Federation. Email: denisov@demography.ru

Michele Rivkin-Fish – PhD, Associate Professor, University of North Carolina at Chapel Hill, USA. Email: mrfish@unc.edu

References

- CRR (2015) *Mandatory Waiting Periods and Biased Counseling Requirements in Central and Eastern Europe: Restricting Access to Abortion, Undermining Human Rights and Reinforcing Harmful Gender Stereotypes*. Available at: <https://clck.ru/A9zWJ> (accessed 30 May 2016).
- Darski L. (1972) *Formirovanie sem'i* [Family Formation], Moscow: Statistika.
- Denisov B., Sakevich V. (2014) Aborty v postsovetskoj Rossii: est' li osnovaniya dlya optimizma? [Abortion in Post-soviet Russia: Is There Any Reason for Optimism?] *Demograficheskoe obozrenie* [Demographic Review 2014: English selection], № 1: 144–169. Available at: <https://clck.ru/ADULt> (accessed 30 May 2016).
- Electronic Supplement (2016) *Spisok zakonodatel'nikh akotov i zakonoproektov* [List of Legal Documents and Drafts]. Available at: <https://jsps.hse.ru/2016-14-4/196512341.html> (accessed 10 December 2016).
- Elizarov V. V. (2011) Stimulirovanie rozhdanosti i podderzhka semey s det'mi v sovremennoj Rossii [Fertility stimulation and support families with children in modern Russia]. A. A. Avdeev, I. A. Troitskaya (eds.) *Rozhdanost' i planirovanie sem'i v Rossii: Istoriya i perspektivy* [Fertility and Family Planning in Russia: History and Perspectives], (18), Moscow: TEIS: 152–188.
- Entwisle B., P. Kozyreva (1997) New Estimates of Induced Abortion in Russia. *Studies in Family Planning*, 28 (1): 14–23.
- Erofeeva L. V. (2013) Traditional Christian Values and Women's Reproductive Rights in Modern Russia – Is a Consensus Ever Possible? *American Journal of Public Health*, (103): 1931–1934.
- Ito govyy otchet (2013) *Reproduktivnoe zdorov'e naseleniya Rossii 2011* [The Reproductive Health of Russia's Population 2011], Moscow: Rosstat.
- Medoff M. H. (2013) Social Policy and Abortion: A Review of the Research. *The Open Demography Journal*, (6): 18–27.
- Ministr zdravookhraneniya i sotsial'nogo razvitiya (2009) *Privetstvie v adres uchastnikov II Vserossiyskogo s'ezda pravoslavnykh vrachey* [Welcoming Address to the Participants of the Second All-Russian Congress of Orthodox Doctors]. Available at: <https://clck.ru/ADUMj> (accessed 22 May 2011).
- Nash E., Gold R. B., Ansari-Thomas Z., Cappello O., Mohammed L. (2016) *Laws Affecting Reproductive Health and Rights: State Trends at Midyear*, New York: Guttmacher Institute.
- Patriarkh Moskovskiy i vseya Rusi (2011) *Predlozheniya po sovershenstvovaniyu natsional'noy politiki v sfere zaboty o sem'e i detstve* [Suggestions for Improvements in the National Policy in the Field of Caring for the Family and Child]. Available at: <https://clck.ru/58Q1> (accessed 12 August 2016).
- Philipov D., E. Andreev, T. Kharkova, V. Shkolnikov (2004) Induced Abortion in Russia: Recent Trends and Under-reporting in Surveys. *European Journal of Population*, (20): 95–117.
- Popov A. A. (1994) *Kratkaya istoriya aborta i demograficheskoy politiki v Rossii* [A Brief History of Abortion and Demographic Policy in Russia]. *Planirovanie sem'i v Evrope* [Family Planning in Europe], (1): 5–7.

- Poslanie Prezidenta (2012) *Poslanie Prezidenta Federal'nomu Sobraniyu* [Message from the President to the Federal Assembly]. Available at: <https://clck.ru/ADUNn> (accessed 11 October 2016).
- Regnum (2016) *V Minzdrave nazvali bebi-boksy opasnymi dlya zdorov'ya* [The Health Ministry Have Deemed Baby Boxes Hazardous to Health]. Available at: <https://clck.ru/ADURU> (accessed 12 August 2016).
- Rivkin-Fish M. (2006) From 'Demographic Crisis' to a 'Dying Nation': The Politics of Language and Reproduction in Russia. H. Goscilo, A. Lanoux (eds.) *Gender and Nation in Russia*, University of Northern Illinois Press: 151–173.
- Sadvokasova E. A. (1969) *Sotsial'no-gigienicheskie aspekty regulirovaniya razmerov sem'i* [Socially-Hygienic Aspects of Family Size Control], Moscow: Meditsina.
- Sakevich V. (2005) Molodtsy dumtsy! [Well done dumtsy] *Demoskope Weekly*, № 193–194. Available at: <https://clck.ru/A9zVT> (accessed 30 May 2016).
- Sakevich V. (2016) Ot aborta k kontratsepsii [From Abortion to Contraception]. *Demoskope Weekly*, (687–688). Available at: <https://clck.ru/A9zVf> (accessed 12 August 2016).
- Siluyanova I. V., Alekhina E. V. (2011) Khristianskiy smysl zhizni kak mirovozzrencheskaya osnova resheniya eticheskikh problem sovremennykh biomeditsinskikh tekhnologiy [The Christian need capitals of life as the Ideological Basis of the Ethical Issues of Modern Biomedical Technologies]. *Vestnik MGOU. Seriya 'Filosofskie nauki'* [Bulletin of MGOU. A Series of 'Philosophical Sciences'], (1): 40–52.
- Temkina A. (2013) Sovety ginekologov o kontratsepsii i planirovanii beremennosti v kontekste sovremennoy biopolitiki v Rossii [Gynecologists' Advices on Contraception and Pregnancy Planning in the Context of Contemporary Biopolitics in Russia]. *The Journal of Social Policy Studies*, 11(1): 7–24.
- Tietze C., Henshaw S. K. (1986) *Induced Abortion: A World Review*, New York: The Alan Guttmacher Institute.
- United Nations (2014) *Abortion Policies and Reproductive Health around the World*, New York: United Nations publication.
- Zakharov S. V., Vishnevskiy A. G., Isupova O. G., Sakevich V. I. (2015) Rozhdaemost' [Fertility]. Zakharov S. V. (ed.) *Naselenie Rossii 2013* [Population of Russia], Moscow: Izd. dom Vysshey shkoly ekonomiki: 81–181.
- Vishnevskiy A. G., Sakevich V. I. (2006) Rossiya mezhdub abortom i planirovaniem sem'i [Russia between Abortion and Family Planning]. A. G. Vishnevskiy (ed.) *Demograficheskaya modernizatsiya Rossii, 1900–2000* [Demographic Modernization in Russia, 1900–2000], Moscow: Novoe izdatel'stvo: 195–246.
- WHO (2013) *Bezopasnyy abort: Rekomendatsii dlya sistem zdravookhraneniya po voprosam politiki i praktiki* [Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Healthcare], Geneva: World Health Organization.