

ГЛАВА 8



Репродуктивное поведение,
права и здоровье

...Репродуктивное здоровье подразумевает, что у людей есть возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь, и что у них есть возможность воспроизводить себя, и что они вольны принимать решение о том, делать ли это, когда делать и как часто. Последнее условие подразумевает право мужчин и женщин быть информированными и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам планирования семьи по их выбору, а также другим методам регулирования деторождения по их выбору, которые не противоречат закону, и право иметь доступ к соответствующим услугам в области охраны здоровья, которые позволили бы женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов и предоставили бы супружеским парам наилучший шанс иметь здорового младенца. [Глава 7, раздел А-7.2]

...Цель программ в области планирования семьи должна заключаться в том, чтобы дать возможность супружеским парам и отдельным лицам свободно и с чувством ответственности решать вопрос о количестве и времени рождения своих детей и иметь в своем распоряжении информацию и средства, позволяющие им сделать это и обеспечить осознанный выбор, а также дать им возможность использовать весь диапазон безопасных и эффективных методов. [Глава 7, раздел В-7.12]¹²⁵

8.1. Репродуктивное поведение и внутрисемейное регулирование рождаемости

Репродуктивное поведение населения в современной России характеризуется резким усилением внутрисемейного контроля над рождаемостью. Внутрисемейный контроль рождаемости давно стал массовой практикой в России, подтверждением чему может служить низкий с середины 1960-х годов уровень рождаемости, не обеспечивающий простого возобновления поколений. Большинство пар регулируют как число детей, так и сроки их появления на свет. Вопрос заключается в том, какие методы они используют для регулирования рождаемости: методы планирования семьи, позволяющие предотвратить нежелательное в данный момент зачатие, или пре-

рывание незапланированной беременности (искусственный аборт). В отличие от многих других стран в России долгие годы был широко распространен второй вариант.

В 1990-е годы ситуация существенно изменилась. Свою роль сыграли возникновение рынка, в том числе рынка контрацептивов, открытость и гласность, повышение информированности населения, активность официального здравоохранения.

На протяжении последних 20 лет уровень абортон неуклонно снижается (рис. 8.1). Сегодня можно утверждать, что в России идет

¹²⁵ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию. Каир, 5–13 сентября 1994 г.

активное замещение аборта планированием семьи, а само планирование семьи становится все более эффективным.

Официальные данные о числе аборт в стране, публикуемые Федеральной службой государственной статистики (Росстатом), складываются из аборт, учтенных в: (1) учреждениях, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития РФ; (2) лечебных учреждениях других министерств и ведомств; (3) негосударственном секторе. Соотношение этих трех источников составляет приблизительно: 89 % – 1 % – 10 % (2007). В нескольких регионах удельный вес негосударственного сектора как минимум вдвое больше, чем в среднем по стране.

Несмотря на ограниченный набор показателей, официальная статистика в целом приблизительно отражает ситуацию с абортами в стране¹²⁶. За 1990–2008 годы абсолютный показатель аборт снизился почти в 3 раза, а относительный показатель (на 1000 женщин в репродуктивном возрасте) – более чем в 3 раза (табл. 8.1). При этом положительная тенденция снижения частоты аборт наблюда-

далась во всех возрастных группах женщин, включая подростков. Суммарный коэффициент аборт¹²⁷ – интегральный показатель, не зависящий от возрастного состава женщин, – снизился с 3,39 аборт в среднем на одну женщину репродуктивного возраста в 1991 году до 1,25 – в 2008 году.

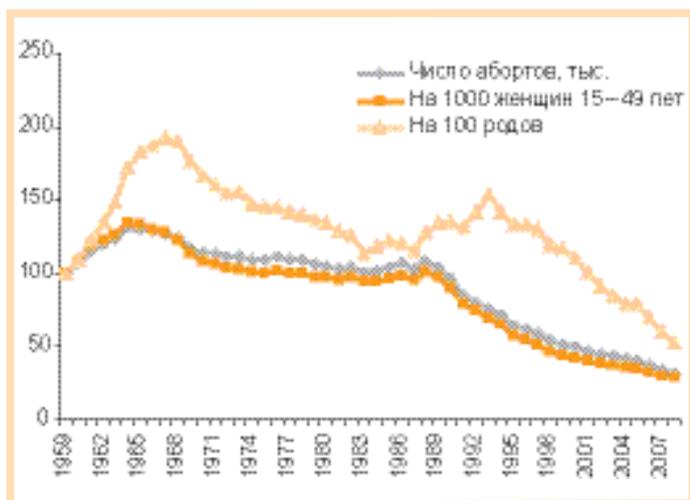
Долгое время абортами заканчивалось в среднем 2/3 ежегодного числа беременностей в стране. Соотношение изменилось лишь после 2000 года, когда число родов стало расти, а число аборт продолжало снижаться. В 2007 году, впервые за период после 1959 года (когда был налажен учет), годовое число рождений превысило годовое число аборт; в 2008 году этот разрыв еще более увеличился. В 2008 году аборт составили 45 % всех беременностей (если за общее число беременностей условно принять сумму родов и аборт).

Наряду с благоприятной тенденцией уменьшения уровня аборт в стране происходит и снижение материнской смертности по причине аборт (см. главу 7).

Однако, несмотря на достигнутый прогресс, Россия по-прежнему остается в числе мировых лидеров по уровню аборт (рис. 8.2).

Острой проблемой, связанной с абортами в России, является *качество услуг* по прерыванию беременности. Среди аборт, произведенных в системе Минздравсоцразвития в 2008 году, доля мини-аборт, выполненных методом вакуум-аспирации, составила 22 % от общего числа, а доля медикаментозных аборт – менее 3 % от общего числа. То есть в государственном секторе здравоохранения аборт, выполненные наиболее щадящими для здоровья женщин методами, не превышают 1/4 от общего числа. Самый распространенный метод производства аборт в России – выскабливание – ВОЗ допускает только в исключительных случаях.

Рисунок 8.1. Изменение числа аборт в России с 1959 года (1959 год = 100%)



Источник: данные Росстата.

¹²⁶ Более того, статистика аборт в России включает часть самопроизвольных аборт, которые начались спонтанно вне стен медицинского учреждения, что завышает российские показатели относительно других стран.

¹²⁷ Среднее число искусственных аборт, приходящееся на одну женщину за весь репродуктивный период при сохранении возрастной интенсивности производства аборт в расчетном году.

Таблица 8.1. Основные показатели зарегистрированных аборт, Россия, 1990, 1994, 1999, 2004–2008 годы

| | По данным Росстата | | | | Число аборт по данным Минздравсоцразвития, тыс. |
|------|--------------------|--------------------------|---------------------|------------------------------------|---|
| | Число аборт | | | Доля аборт среди беременностей*, % | |
| | тыс. | на 1000 женщин 15–49 лет | на 100 живорождений | | |
| 1990 | 4103,4 | 113,9 | 206 | 67,4 | 3920,3 |
| 1994 | 3060,2 | 82,4 | 217 | 68,5 | 2808,1 |
| 1999 | 2181,2 | 55,5 | 180 | 64,2 | 2059,7 |
| 2004 | 1797,6 | 45,5 | 122 | 54,9 | 1610,5 |
| 2005 | 1675,7 | 42,7 | 117 | 54,0 | 1501,6 |
| 2006 | 1582,4 | 40,3 | 107 | 51,7 | 1407,0 |
| 2007 | 1479,0 | 38,0 | 92 | 47,9 | 1302,5 |
| 2008 | 1385,6 | 36,1 | 81 | 44,7 | 1236,4 |

* Для простоты принято, что число беременностей приблизительно равно сумме числа аборт и числа живорождений.

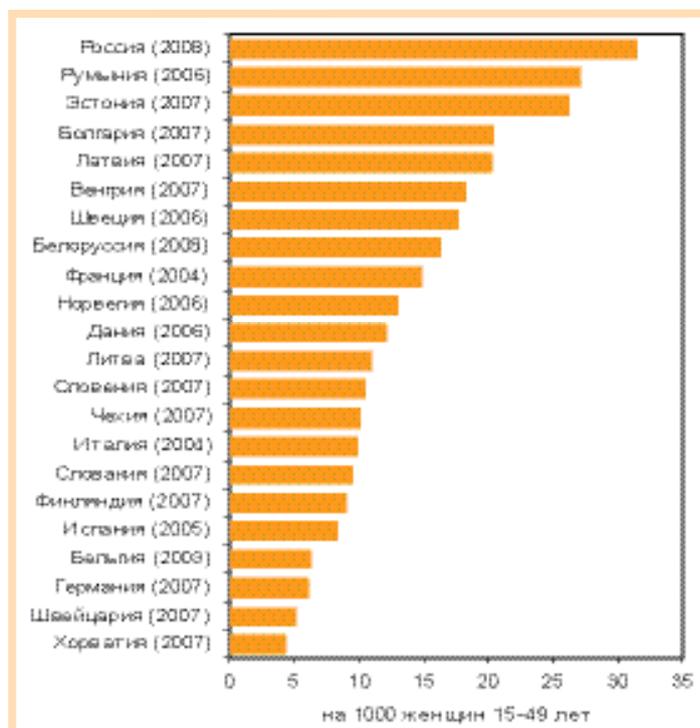
Источники: данные Росстата; данные Минздравсоцразвития.

Если услуга по прерыванию беременности оказывается в рамках программы ОМС, у женщины, как правило, отсутствует право выбора учреждения, врача, метода прерывания беременности и типа обезболивания (либо это право соблюдается формально). Это общая проблема российского здравоохранения, носящего еще с советских времен «авторитарный» характер по отношению к пациенту. Кроме того, как показывают опросы, далеко не всегда услуга по прерыванию беременности сопровождается консультированием по вопросам профилактики нежелательной беременности (хотя по инструкции должна)¹²⁸.

Значительное снижение уровня аборт может означать только одно – изменения в массовом контрацептивном поведении россиян. Однако национально репрезентативные исследования этого поведения в стране не проводились.

Официальная статистика Министерства здравоохранения и социального развития РФ содержит сведения о числе женщин, имеющих внутриматочные спирали (ВМС), использующих гормональную контрацепцию, и о годовом числе операций стерилизации. Речь идет о

Рисунок 8.2. Число искусственных аборт в России и европейских странах, на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет



Примечание: показатель по России приведен без учета самопроизвольных аборт.

Источник: рассчитано на основе базы данных Eurostat: <http://err.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/introduction>

¹²⁸ Аборт и контрацепция в Российской Федерации. Стратегическая оценка политики, программ и исследований: Отчет и рекомендации / МЗСР РФ; ВОЗ. – М., 2009 [В печати].

женщинах (и мужчинах в случае стерилизации), обратившихся в данном году в медицинские учреждения Минздравсоцразвития. Эти данные, вероятно, неполные и вряд ли могут служить достоверной оценкой распространенности контрацепции среди населения страны.

Согласно данным Минздравсоцразвития, на конец 2008 года 5 млн женщин пользовались ВМС и 4,1 млн женщин – гормональными противозачаточными средствами, или, соответственно, 13 и 11 % от всех женщин репродуктивного возраста. Число женщин, использующих ВМС, на протяжении последних пятнадцати лет снижалось. Число женщин, применяющих гормональную контрацепцию, неуклонно увеличивалось.

Такой эффективный метод планирования семьи, как стерилизация, в России непопулярен, хотя законодательно разрешен (по желанию, если человек не моложе 35 лет или имеет не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний – независимо от возраста

и наличия детей). Тогда как во многих странах мира стерилизация – женская и мужская – служит основным методом планирования семьи, к ней прибегают 30 % и более общего числа семейных пар. В 2008 году в России было зарегистрировано 18 тыс. операций по поводу стерилизации, 82 % из них – среди женщин. Если просуммировать число операций стерилизации, по официальным данным, с 1991 по 2008 годы и соотнести его с нынешней численностью женщин репродуктивного возраста, то получится около 1 %.

Социологические обследования, в частности, обследование НИСП¹²⁹, показывают, что удельный вес пар, использующих контрацепцию, и в 2004, и в 2007 годах в России относительно высок – 80 % и выше¹³⁰. Это близко к уровню стран Северной и Западной Европы – наиболее благополучных регионов с точки зрения репродуктивного здоровья. Однако по структуре применяемых методов контрацепции наша страна существенно от них отличается.

Таблица 8.2. Применение методов контрацепции в России (респонденты моложе 50 лет, имеющие партнера), 2007 год, %

| Метод | Женщины | Мужчины |
|--|---------|---------|
| Какой-либо метод | 79,5 | 81,3 |
| В том числе: | | |
| презерватив | 30,3 | 38,0 |
| ВМС | 20,4 | 18,9 |
| противозачаточные таблетки | 14,1 | 14,7 |
| календарный метод | 14,5 | 11,3 |
| прерванный половой акт | 13,6 | 11,7 |
| спринцевание | 2,9 | 2,2 |
| другое | 5,2 | 5,9 |
| Никакого метода | 20,5 | 18,7 |
| Только современные методы | 51,8 | 56,9 |
| Сочетание современных и традиционных методов | 13,1 | 12,9 |
| Только традиционные методы | 14,6 | 11,5 |
| Число респондентов* | 2273 | 1561 |

* Респонденты могли указать несколько методов.

Источник: обследование НИСП РидМиЖ (2007).

¹²⁹ См.: Захаров С. В., Сакевич В. И. Особенности планирования семьи и рождаемость в России: контрацептивная революция – свершившийся факт? // Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе: Сб. аналитических статей: Вып. 1 / Под науч. ред. Т. М. Малевой, О. В. Сияевской. – М.: НИСП, 2007. С. 127–170; Денисов Б. П., Сакевич В. И. Применение контрацепции в России (по материалам выборочного обследования) // Доказательная медицина и клиническая эпидемиология. 2009. № 1. С. 34–39.

¹³⁰ Есть, правда, вероятность, что респонденты при опросе говорят не столько о реальной практике применения контрацепции, сколько о своих знаниях и намерениях использовать тот или иной метод или о применении контрацепции когда-либо в своей жизни. РидМиЖ не позволяет это проверить.

По этим данным, значительная часть пар в России применяет только традиционные методы, обладающие невысокой эффективностью: 15 % по ответам женщин и 12 % по ответам мужчин. Самым популярным противозачаточным методом в России является презерватив (табл. 8.2), причем его популярность возросла после 2004 года. Распространено также использование таких методов, как внутриматочная спираль (ВМС), календарный (учет опасных дней), гормональные противозачаточные таблетки и прерванный половой акт. Другие методы контрацепции используются очень редко.

Показатель неудовлетворенной потребности в планировании семьи – доля здоровых

(способных к зачатию пар), которые не желают заводить ребенка в ближайшее время, но при этом не применяют никаких средств предохранения, – составляет в России 9–10 % пар. В принципе это немного, но если к этому показателю добавить процент пар, применяющих только традиционные методы (то есть нуждающихся в современных методах регулирования рождений), группа риска нежелательной беременности увеличится до 21–24 % пар.

Это свидетельствует о том, что переход к современным, более рациональным методам планирования семьи в России еще не завершен.

8

8.2. Репродуктивное здоровье

Репродуктивное здоровье – состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов по всем вопросам, касающимся репродуктивной системы, ее функций и процессов. Важнейшими критериями репродуктивного здоровья женщин являются заболевания репродуктивной системы у женщин различных возрастных групп, состояние здоровья беременных женщин и его влияние на исходы родов, материнская и перинатальная смертность.

В настоящее время в российском обществе обсуждается проблема женского бесплодия. Официальные данные говорят о тенденции к его росту. В 2008 году этот показатель на 100 000 женского населения в возрасте от 18 лет и старше составил 516,7 (по данным выборочного исследования – 8,2 на 100 браков)¹³¹, что превышает показатели 1999 года в среднем на 60 % (218,3 и 390,9 на 100 000 женского населения)¹³². Однако по данным статистики обращаемости в медицинское учреждение невоз-

можно судить о реальной распространенности бесплодия.

Социологические обследования дают более ясную картину. Обследование НИСП¹³³, для которого вопрос о рождаемости является ключевым, показывает, что подавляющее большинство женщин (78 %), полагающих, что они, скорее всего, бесплодны, принадлежат к старшей возрастной группе от 40 до 49 лет. Большая часть этих женщин вообще низко оценивают состояние своего здоровья.

Среди женщин, имеющих, по их мнению, проблемы с плодovitостью, 92 % уже имеют детей, в том числе 60 % – двоих и более, и 88 % не хотят рожать (еще одного) ребенка. Лишь 1,3 % всех опрошенных женщин хотят, но не могут физически родить ребенка. Если к ним добавить «сомневающих» в своей плодovitости (+0,6 %), а также женщин, чей партнер предположительно не может физически иметь ребенка (+0,5 %), то цифра вырастет до 1,9 %

¹³¹ Кулигина и др. Репродуктивное поведение и здоровье населения. – Иваново, 2008.

¹³² Служба охраны здоровья матери и ребенка в 2002 г. – М.: МЗСР, 2003; Справочно-информационные материалы Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации – на основе отчетных форм службы за 2008 г.

¹³³ См.: Захаров С. В., Сакевич В. И. Цит. соч. С. 153–155.

женщин репродуктивного возраста, которые хотели бы в настоящее время завести ребенка, но имеют трудности с зачатием или вынашиванием. Этот процент колеблется от 0,4 в возрастной группе 20–24 лет до 3,6 в возрастной группе 35–39 лет. Эта оценка, по-видимому, и есть приблизительный масштаб бесплодия в России.

В то же время это не означает, что проблема репродуктивного здоровья для россиян неактуальна, что проблема бесплодия как медико-биологическая проблема, как психологическая проблема на индивидуально-семейном уровне не существует. Более того, учитывая стремление современных поколений отодвигать рождение детей на более поздние возрасты, планировать наступление беременностей в желательные сроки, социальное значение развития служб планирования семьи, центров репродукции, гинекологических и андрологических центров будет все больше возрастать.

Среди проблем в сфере репродуктивного здоровья и репродуктивных потерь значительное место занимает внематочная беременность. Ежегодное число этой патологии превышало 40 тыс. случаев¹³⁴.

Как и в целом в структуре патологии, рост доли онкологических заболеваний наблюдается и в репродуктивной сфере. В последние годы регистрируется ее рост по всем видам локализации. О необходимости расширения профилактической работы среди женщин свидетельствует относительно высокая, хотя и снижающаяся, доля выявления злокачественных новообразований в III–IV стадиях (18–30 %)¹³⁵.

Основными видами патологии беременных женщин, которые ежегодно учитываются статистикой, являются анемия беременных, болезни мочеполовой системы, болезни системы крово-

обращения, осложнения беременности. Среди женщин, закончивших беременность, процент страдающих анемией несколько сократился (на 10 %), но болезни мочеполовой системы и системы кровообращения имели тенденцию к росту: болезни системы кровообращения с 9 % в 1999 году до 11 % в 2008 году; болезни мочеполовой системы с 18 % (1999) до 20 %¹³⁶. Осложнения беременности составляют 19–20 % к числу закончивших беременность и демонстрируют тенденцию к снижению.

Преждевременные роды сократились с 4 % в 1999 году до 2,5 % в 2008 году, доля нормальных родов возросла с 31 (1999) до 37 % (2008). Возрастает число оперативных родов. Если в 1999 году лишь 13 % родов завершалось операцией кесарева сечения, то в 2002 году – 15 %; в 2004 году – 17 %; а в 2008 году – уже 20 %¹³⁷.

В последние годы мир столкнулся с новым вызовом – рост заболеваемости ВИЧ/СПИД. Рост заболеваемости ВИЧ/СПИД обусловил необходимость анализа показателей, характеризующих частоту беременностей и родов у женщин с данными заболеваниями. Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин в России возрастает: еще в 1999 году их доля составляла 0,02 %; в 2004 году – 0,36 %; а в 2008 году – 0,45 %. По данным официальной статистики Минздравсоцразвития РФ, в 2008 году 4636 ВИЧ-инфицированных женщин прервали беременность, у 8873 женщин состоялись роды и родилось 8931 детей. По оперативным данным, полный курс химиопрофилактики (во время беременности и родов) прошли 85 % от числа ВИЧ-инфицированных беременных женщин, завершивших беременность родами¹³⁸.

Основными показателями и состояниями репродуктивного здоровья, и качества акушерской

¹³⁴ Служба охраны здоровья матери и ребенка в 2002 г. – М.: МЗСР, 2003; Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребенка в 2007 г. – М., 2007; Справочно-информационные материалы Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации – на основе отчетных форм службы за 2008 г.

¹³⁵ Там же.

¹³⁶ Там же.

¹³⁷ Там же.

помощи являются материнская и перинатальная смертность. Этим вопросам и Каирская программа, и позднее Цели развития Тысячелетия уделяют особое внимание. В России оба показателя существенно сократились, и это является реальным достижением последних лет (см. главу 7).

В России действует трехуровневая система оказания медицинской помощи женщинам во время беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным детям, которая обеспечивается многопрофильной сетью лечебно-профилактических учреждений¹³⁹. Большинство родов (59 %) в России проходит в учреждениях родовспоможения II уровня; в учреждениях I и III уровней – соответственно 21 и 20 %¹⁴⁰.

В рамках национального проекта «Здоровье», стартовавшего в 2006 году, предусмотрена специальная программа «Родовой сертификат», которая призвана повысить качество медицинской помощи при родовспоможении и снизить уровень материнской и младенческой смертности. Родовые сертификаты позволили привлечь в систему родовспоможения дополнительные финансовые ресурсы. В 2008 году общая сумма средств, перечисленных учреждениям здравоохранения, составила 16 508,5 млн рублей, что позволило улучшить оснащение родовспомогательных учреждений, обеспечить их современными лекарственными средствами, повысить квалификацию кадров.

8.3. Репродуктивные права: базовые принципы и государственная политика

Репродуктивные права – это права граждан на охрану их репродуктивного здоровья и свободное принятие решений в отношении рождения или отказа от рождения ребенка в браке или вне брака, а также на медико-социальную информированную и консультативную помощь в этой сфере. Право человека, семейной пары свободно решать, сколько детей иметь и когда, располагая для этого необходимой информацией и широким выбором средств регулирования деторождения, а также право на достижение максимально высокого уровня сексуального и репродуктивного здоровья признаны на Каирской конференции неотъемлемым элементом общих прав человека.

В настоящее время законодательство Российской Федерации в отношении тех или иных аспектов репродуктивных прав регламентировано:

- Конституцией РФ (1993);
- Основами законодательства об охране здоровья граждан (1993) (с последующими поправками);
- Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (1991);
- Семейным кодексом РФ (1995);
- Трудовым кодексом РФ (2001);
- Законом РФ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» (1995) (с последующими дополнениями) и другими законодательными актами.

В Конституции России в соответствии со ст. 19 государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от пола: мужчина и женщина имеют равные права и свободы и равные возможности для их реализации.

¹³⁸ Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребенка в 2007 г. – М., 2007; Справочно-информационные материалы Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации – на основе отчетных форм службы за 2008 г.

¹³⁹ Филиппов О. С. и соавт. Многоуровневая система организации акушерской помощи и показатель материнской смертности // Здравоохранение. 2009. № 7.

¹⁴⁰ Там же.

В «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (24.12.1993 г. с учетом ФЗ до 2006 г.) подтверждена ответственность государства за сохранение и укрепление здоровья граждан РФ, определены права беременных женщин и матерей; права на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона; искусственное прерывание беременности (по желанию женщины) при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям – при сроке беременности до 22 недель, при наличии медицинских показаний и согласия женщины – независимо от срока беременности.

Трудовым кодексом (от 30.12.2001 г. № 197-ФЗ) определен порядок на неполное рабочее время при наличии ребенка, об отпуске по беременности, родам, по уходу за ребенком, о переводе на другую работу беременных женщин и женщин, имеющих детей до полутора лет, отпуска работникам, усыновившим ребенка, а также перерывы для кормления ребенка. Этими документами также определены: право на пособие по беременности и родам, период выплаты этих пособий и их размер; право по медицинским показаниям на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-генетические, другие консультации и обследования в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения с целью предупреждения возможных наследственных заболеваний у потомства; право на работу беременным женщинам в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья; право на бесплатную и доступную медицинскую и иную помощь на всех стадиях беременности; право на доступ ко всем современным методам и средствам поддержания репродуктивного здоровья и регулирования рождаемости, а также на всеобъемлющую информацию о них.

На каждом этапе социально-экономического развития страны рядом документов уточняются права граждан по ряду вопросов. Действую-

щие в настоящее время национальный проект «Здоровье» и программа «Родовой сертификат» позволяют обеспечить доступность медицинской помощи, повысить ее качество, дают право беременной женщине выбрать родоспомогательное учреждение для наблюдения во время беременности и родоразрешения.

Вместе с тем следует признать, что традиционно репродуктивные права в нашей стране связываются, главным образом, с материнством. Основное внимание в нормативных документах уделяется охране материнства и детства, репродуктивному здоровью женщины-матери, и в этом направлении, как было указано, делается немало. Отношение государства к праву на безопасную и приносящую удовлетворение сексуальную жизнь, на планирование семьи и репродуктивный выбор было и остается двусмысленным (хотя и искусственный аборт, и применение средств контрацепции законодательно разрешены), а часть общества настроена по отношению к этим правам откровенно негативно. Миф о том, что регулирование рождаемости является синонимом ее ограничения, и широкий доступ к услугам по планированию семьи приводит, якобы, к снижению рождаемости, достаточно распространен как на бытовом уровне, так и на уровне лиц, принимающих решения.

За последние пятнадцать лет политика в отношении планирования семьи кардинально менялась – от благоприятствования и содействия до критики и игнорирования. В начале 1990-х годов на волне демократических преобразований в России была принята Федеральная целевая программа «Планирование семьи», получившая незадолго до начала Каирской конференции статус президентской (в рамках программы «Дети России», Указ Президента РФ от 18.08.1994 г. № 1696). Программа была призвана коренным образом изменить отношение к репродуктивным правам в обществе, сформировать у населения потребность в реализации права на планирование семьи и создать условия для реализации этого права. Предполагалось, что повышение сексуальной культуры населения, переход к более цивилизованному способу контроля рождаемости позволят, сре-

ди прочего, существенно снизить материнскую и младенческую заболеваемость и смертность.

Так совпало, что как раз в годы, последовавшие за МКНР, практически впервые в стране была создана служба планирования семьи, открыты сотни центров планирования семьи и репродукции в ведении Министерства здравоохранения. В рамках программы осуществлялись государственные закупки средств контрацепции, так что многие учреждения имели возможность бесплатного обеспечения ими социально незащищенных групп населения. Были организованы курсы подготовки и повышения квалификации специалистов. Велась значительная работа по повышению информированности населения, предусматривалось создание и внедрение программ сексуального образования подростков. Программа оказалась очень эффективной: в стране быстрыми темпами снижались число искусственных абортов, материнская смертность (см. соответствующие разделы).

Однако принимаемые меры по расширению репродуктивных прав происходили на фоне острой политической дискуссии и встретили сопротивление. Против программы была развернута кампания, которая нашла поддержку в Государственной Думе РФ, и уже в 1998 году ее финансирование было исключено из государственного бюджета. Основными направлениями государственной политики в области снижения числа абортов в настоящее время приняты: постепенное ограничение доступности услуг по искусственному прерыванию беременности¹⁴¹, активное распространение информации о вредных последствиях аборта для здоровья женщины и его неприемлемости с этической точки зрения¹⁴².

В настоящее время никаких программ по продвижению идеологии планирования семьи – рождения желанных детей в оптимальные сроки, – которая является действенным инструментом борьбы с абортom (как и инструментом профилактики ИППП, включая ВИЧ/СПИД), нет. Кроме того, специальные нормативно-правовые акты, регулирующие статус, распространение средств контрацепции, консультирование по вопросам планирования семьи¹⁴³ и т. д. в стране до сих пор отсутствуют.

Нет в России и государственных программ всестороннего сексуального образования в школах; некоторые его элементы включены в факультативные программы воспитания здорового образа жизни, профилактики ВИЧ/СПИД и др.

Хотя в принятой в 2007 году Концепции демографической политики РФ на период до 2025 года в части задач «по укреплению института семьи, возрождению и сохранению духовно-нравственных традиций семейных отношений» говорится о необходимости реализации мер по дальнейшему снижению числа абортов, однако сами меры при этом не раскрываются.

Непоследовательность государственной политики и отсутствие финансовой поддержки ставит под сомнение устойчивость положительных изменений репродуктивного поведения в части регулирования рождаемости последних лет. В то же время как позитивный шаг можно рассматривать создание в 2009 году рабочей группы по разработке законопроекта «Об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации»¹⁴⁴.

¹⁴¹ Например, в 2003 году Правительство Российской Федерации (Постановление от 11.08.2003 г. № 485) приняло решение резко сократить перечень социальных показаний для производства искусственного аборта в сроки после 12 недель беременности – с 13 до 4 пунктов. В 2007 году был сокращен перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 03.12.2007 г. № 736). В 2009 году приняты поправки в ст. 24 и 38 Федерального закона «О рекламе», которые предусматривают введение ограничений на рекламу абортов.

¹⁴² В этом правительство активно сотрудничает с Русской Православной Церковью.

¹⁴³ Профилактический компонент оказания медицинской помощи не оплачивается из Фонда ОМС.

¹⁴⁴ В начале 2000-х годов законопроект «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления» был снят с рассмотрения в Государственной Думе.